

OLGU SUNUMU

POSTPUBERTAL PAROTİS LENFANJİOMLARI

POSTPUBERTAL PAROTID LYMPHANGIOMAS

**Dr. İsmet ASLAN (*), Dr. Nermin BAŞERER (*), Dr. Hakan YENİCE (*),
Dr. Engin YAZICIOĞLU (*), Dr. Bora BAŞARAN (*)**

ÖZET: Lenfanjiomlar nadir görülen selim lezyondur. Çoğunluğu 2 yaş öncesinde görülür ve baş-boyun en sık ortaya çıktıkları bölgedir. Daha farklı yaş ve yerleşimli lezyonlar ise son derece nadirdir. Bu yayında postpubertal dönemde ortaya çıkan ve orijin noktası parotis bezi olan 2 adet lenfanjiom olgusu sunulmuştur. Vurgulanmak istenen Özellikler lenfanjiomların periinfantil dönem sonrası da ortaya alışılmamış bölgelerde çıkabilecekleri ve tedavilerinde nüks olasılığına karşı radikal cerrahi uygulamanın daha avantajlı olmasıdır.

Anahtar Sözcükler: Parotis bezi, lenfanjiom

SUMMARY: Lymphangiomas are benign lesions which are encountered infrequently. Majority of cases present before the age of 2 and head and neck region is their preferential localisation. Cases with different age location are rare. In this report we present 2 cases of parotid lymphangioma presenting in postpubertal ages. Point of interest is the fact that lymphangiomas may also be encountered after periinfantile period In unusual locations and radical surgical extirpation is advantageous due to high risk of recurrence.

Key Words: Parotid gland, lymphangioma

GİRİŞ

Lenfanjiomlar perinfantil yaş grubunda genellikle baş-boyun bölgesinde ortaya çıkan tümörlerdir. Biyolojileri belli değildir. Fakat primordial lenf kanallarının normal gelişiminde konjenital bir blokaj neticesinde ortaya çıktıklarına inanılır (5). Lenfatik sisteminin konjenital hamartomları da verilen isimlerdendir (7). Bu tümörler selim davranışlı ve yavaş büyüme eğiliminde olduklarından dolayı genellikle semptom vermezler fakat bazen solunum ve yutma sıkıntılarına yol açan boyutlara ulaşabilirler.

Lenfanjiomların büyük bir bölümü baş-boyun bölgesinden kaynaklanmakla birlikte servikal bölge en sık orijin noktasıdır. Lenfanjiomların tükrük bezlerinden orijin alması nadir bir olaydır. Parotis bezinde lokalize bir lenfanjiom ise, tükrük bezinin primer tümöründen ziyade boyun kitlesinin parotis bezine sekonder uzanımı şeklinde tesbit edilir (5,8). Parotis bezinin primer lenfanjiomu ise nadir bir olay olup konu ile ilgili az sayıda literatür bulunmaktadır (3).

(*) İstanbul Tıp Fakültesi KBB Anabilim Dalı,
İSTANBUL

OLGULAR

Olgu 1:

Daha öncesi sağlıklı, 21 yaşında erkek hasta kliniğimize sağ kulak önünde ve arkasında şişlik ve sağ kulak sayvanında giderek artan şekil bozukluğu şikayeti ile başvurdu. Hastanın şikayetleri yaklaşık 2 yıl kadar önce başlamış ve bu iki yıl içinde 3 kere ağrılı infektif parotid atakları geçirmişti. Hastanın yapılan fizik muayenesinde büyük bir kısmı sağ kulak sayvanı önünde lokalize olan fakat lobulus altından postauriküler bölgeye dönen ve kulak sayvanında belirgin protrüzyona yol açan kitle saptandı (Şekil 1a, 1b). Ağrısız olan kitle, fluktuasyon vermekle beraber palpasyonda sınırları tam olarak belirlenemiyordu. Hastanın çekilen parotis ultrasonografisinde multikistik, multilobule kitle saptandı ve parotis dokusu içindeki kistlerin birbirleriyle ilişkili oldukları ortaya çıktı. Lezyonun boyutunun saptanması için yapılan BT incelemesinde parotisin hem derin hem süperfisyel dokusundan kaynaklanmış, yukarda zigoma, önde maseter kası ön sınırına ilerleyen posteriorda ise sayvanı çevreleyerek ramus mandibula arkasından pterigomaksiller bölgeye uzanan multikistik kitle imajı saptandı (Şekil 2).



Şekil 1a,b: Olgu 1'in önden ve arkadan preoperatif görünümü.



Şekil 2: Olgu 1'in preoperatif bilgisayarlı tomografisi

Bu bulgular üzerine hastaya fasyal sinir diseksiyonu ile beraber total parotidektomi+level I,II ve III'ü içeren selektif boyun eksplorasyonu yapıldı. Boyunda incelenen rölelerde lenfanjiom lehine değerlendirilecek bir lezyon ile karşılaşılmadı ve kontrol amacıyla alınan gözele doku örneklerinin histolojik incelenmesi neticesi nonspesifik lenfadenit, parotis

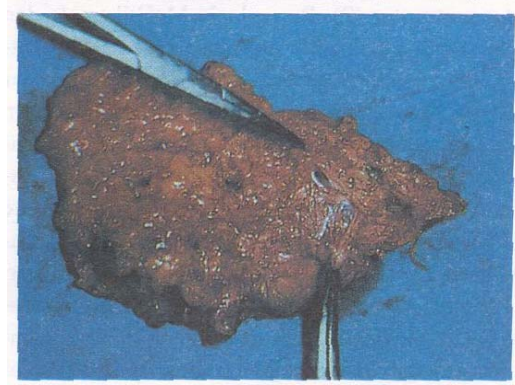
dokusu ise lenfanjiom olarak geldi. Postoperatif erken ya da geç dönemde bir sorun yaşamayan hastanın 1.5 yıldır yapılan takibinde her hangi bir nüks olayı ile karşılaşılmamıştır.

Olgu 2:

16 yaşında bayan hasta sağ parotis bölgesinde tesbit edilen ve yavaş bir şekilde büyüyen kitle nedeniyle başvurdu. Fizik muayenede sağ parotis bölgesinden başlayarak jugulodigastrik bölgeye kadar uzanan 5x4 cm boyutlarında yumuşak kitle tespit edildi. Ağrı hikayesi, enflamasyon bulgusu veya fasyal sinire ait patoloji mevcut değildi. Kitlenin boyutunda zaman içinde fluktuasyonlar gözleendiği hasta yakınları tarafından tarif edildi. Boyunda palpabl lenfadenopati saptanmadı. Hastanın yapılan ultrasonografik incelemesinde multilobule kistik kitle tespit edildi. BT incelenmesinde ise parotisi tutan, mandibulanın asandan kolu üzerinden II. Boyun rölisine inen, sınırları belirgin kitle saptandı (Şekil 3). Hastaya fasyal sinir korunarak sağ superfisyel parotidektomi ve sağ selektif boyun disseksiyonu uygulandı. Cerrahi olarak eksize edilen parotis kitlesinin (Şekil 4) histopatolojik incelemesi sonucunda "lenfanjiom" saptandı. Hastanın 8 aylık takibinde sorun ile karşılaşılmadı.



Şekil 3: Olgu 2'nin preoperatif bilgisayarlı tomografisi



Şekil 4: Olgu 2'nin cerrahi piyesi

TARTIŞMA

Lenfanjiomların tanısında laboratuvar yöntemlerinden ziyade fizik muayane ve radyodiagnostik görüntülemenin önemi büyüktür. Fizik muayenede yumuşak, ağrısız, fluktuasyon veren sünger kıvamında kitle mevcuttur. Kitlenin yumuşak olduğundan dolayı sınırlarını palpasyon ile tam olarak belirlemek her zaman mümkün değildir. Fizik muayenede en sık karıştırıldıkları lezyonlar kıvamlarından dolayı hemanjiomalar ve lipomdur (9). Radyolojik görüntüleme yöntemlerinden ultrasonografi, lezyonun dilate lenf kanallarını ve multiloküleritesini gösterirse de lezyonun tam sınırlarını belirlemede yetersiz kalır. Bilgisayarlı tomografi lezyon boyutunu belirlemede ultrasonografiden daha üstündür ve lezyonun çevre dokular ile ilişkisini ortaya koyar. Magnetik rezonans görüntülemesi ise Yuh tarafından da belirtildiği gibi lezyonun çevre yumuşak dokulardan ayırt edilmesini ve dolayısıyla sınırlarının tam olarak belirlenmesinde hem ultrasonografiden hem de bilgisayarlı tomografiden daha doğru bilgi verir (8,9).

Tanıda ince iğne aspirasyonunun yeri sınırlıdır çünkü aspirat mataryeli kolesterol, lökosit ve lenfosit dışında pek bir şey vermez ve nonspesifiktir (1). Ayrıca lezyonunu ayırıcı tanısında hemanjiom bulunduğu tehlikeli olabilen Kasabach Merit sendromu gelişme riski vardır (6, 8).

Lenfanjiomların hem patolojik hem de klinik sınıflaması mevcuttur. Histopatolojik olarak lenfanjiomlar lenfatik kanalların boyutuna göre 3 sınıfa ayrılırlar (2,7): Lenfanjioma simplex, kavernoöz lenfanjioma ve kistik higroma. Bu sınıflamada sınıflar arasında tam bir ayırım yoktur ve mevcut bir özellik birkaç sınıfın ortak özelliği olabilir (2). Histopatolojik temele dayanan bu sınıflamanın klinik olarak ya da prognoz belirlemede fazla önemi olmadığına dair iddalar mevcuttur (2). Bu nedenle McGill tarafından lokalizasyona dayanan bir sınıflama sistemi geliştirilmiştir (4). Bu sınıflamaya göre Tip I Lezyonlar mylohyoid kas tabakasının altında yerleşmiş olup hem anterior hem de posterior boyun üçgenlerini tutabilir. Tip II lezyonlar ise mylohyoid kas planının üstünde yerleşimlidir ve tipik olarak dudak, oral kavite ve dili tutar. Parotisteki lenfanjiomlar da bu sınıflamaya göre Tip II olarak sınıflansa da çok nadirdirler. Tip I lezyonlara hem daha sık rastlanırken prognozları da Tip II lezyonlara göre daha iyidir. Tip I lezyonlar daha belirgin kistik lezyonlar iken tip II lezyonlar

ise daha çok yumuşak dokular içinde yerleşimli sınırları tam olarak belirlenemeyen kitleler olarak karşımıza çıkar.

Spontan rezolüsyon olasılığını ön planda tutan yayımlar olmasına karşılık (7,9) bir çok araştırmacı gibi bize göre de parotise lokalize lenfanjiomların tedavisinde temel cerrahidir (5,8). Cerrahinin yanında başka tedavi şekilleri de denenmiştir. Aspirasyon, insizyon ve drenaj, OK 432 ve Bleomisin, hipotonik solüsyon gibi sklerozan madde enjeksiyonu ve radyoterapi bu tedavi yöntemleri arasında sayılabilir. Aspirasyon ve insizyon-drenaj kesin çözüm sağlamaz ve bu tedavi yöntemlerinin uygulanmasından sonra nüks ihtimali yüksektir. Sklerozan madde olarak kullanılan OK 432 kompleman sistemini aktive ederek anafilaktoid ve kemotaktik maddelerin salgılanmasına yol açar (7). Bu maddeler de lezyon içinde inflamasyon ve fibrosis yaratarak lezyonun büzüşmesini sağlar. Sklerozan maddeler yoğun fibrosise yol açtıklarından, her hangi bir nüks durumunda cerrahi diseksiyonu güçleştirerek fasyal sinirin korunmasını zorlaştırır.

Parotisle lokalize olan lenfanjiomların tedavisinde yukarıda anlatılan nedenlerden dolayı bizim kabul ettiğimiz tedavi yöntemi cerrahidir. Bu cerrahi özel bir cerrahidir ve uygulanması esnasında uyulması gereken bazı kurallar ve dikkat edilmesi gerekli olan bazı durumlar vardır. Bunlar şu şekilde özetlenebilir.

1- Tümörün fasyal sinir ile ilişkisi nedeniyle sinir disseke edilerek çok iyi ortaya konmalı ve selim bir lezyon tedavi edildiğinden dolayı her koşulda korunmalıdır.

2- Bu lezyonlar multikanallar vasıtasıyla birbirleriyle ilişkili olan kistlerden oluştuğundan dolayı lenfoid sıvı ile dolu olan kistik kitleyi rüptüre etmeden komplet ve an-blok çıkarılmalıdır. Aksi takdirde kist cidarı tek bir noktadan rüptüre olursa bütün kistler içindeki sıvı boşalır ve cerrahinin geri kalan kısmı güçleşir çünkü cerrahi tümör sınırları tam olarak belirlenemez.

3- Tedavide mümkün olduğunca geniş cerrahi sınırlar ile rezeksiyon yapılmalıdır. Cerrahi sonrası bırakılan parotis dokusunda lezyonun spesifik özelliği neticesinde kapalı olan lenf kanallarının açılması hastalığın nüksüne yol açabilir. Nüks eden bir parotis lojunda fasyal siniri skar dokusu içinde bulup sağlıklı olarak korumak mümkündür ama opere edilmemiş bakir bir parotidektomiye oranla çok daha güçtür.

Aynı zamanda literatürde parsiyel rezekte edilen olguların daha yüksek oranda nüks ettikleri bildirilmiştir (2,7,8).

Travma nedeniyle ortaya çıkabilen hemoraji, rekürren infeksiyon ve progressif büyüme özelliklerinden dolayı tanısı konan bir parotid lenfanjiomunda zaman kaybetmeden cerrahi tedavi planlanmalıdır.

Yazışma Adresi: Dr. İsmet ASLAN
Kardelen 4-5 D:3
81120 Ataşehir
İSTANBUL

KAYNAKLAR

1. BATSAKIS JG, Tumors of the Head and Neck. Clinical and pathological consideration. 2nd edition. Williams and Wilkins, Baltimore. 1979, p: 301-302.
2. CURRAN AJ, MALIK N, MCSHANE D, TIMON CV1, Surgical management of lymphangiomas in adults, Journal of Laryngol Otol. 1996; 110: 586-89.
3. CLIVESEY JP, SOAMES JV, View from beneath: Pathology in focus. Cystic lymphangioma of the adult parotid. Journal of Laryngol Otol, 1992; 106: 3 . 566-8,
4. MCGILL T, MULLIKEN J., Vascular anomalies of the head and neck. Otolaryngol Head Neck Surg. Mosby Year Book, 1993; pp:333-346.
5. MORGAN M, BENNET M, WILSON JA., Cavernous lymphangioma in the adult parotid, Journal of Laryngol Otol, 1997; 111: 590-1.
6. NOONE RB, BROWN HJ., Cystic hygroma of the parotid gland. Am J Surg. 1970; 120 (3): 404-7.
7. SMITH RJH, BURKE DK, ŞATO Y, POUST RI, KIMURA K, BAUMAN NM, OK-432 therapy for lymphangiomas, Arch Otolaryngol Head Neck Surg 1996; 122: 1195-1199.
8. STENSON KM, MICHELLE J, TORIUMI DM, Cystic hygroma of the parotid gland. Annals of Otol Rhinol Laryngol. 1991; 100(6): 518-20,
9. YUH WTC, BUEHNER LS, KAO SCS, ROBINSON RAR, DOLAN KD, PHILIPS JJ. Magnetic resonance imaging of pediatric Head and Neck cystic hygromas. Ann Otol Rhinol Laryngol 1991; 100: 737-42.