

24 Yıllık Bir Dev Kistik Higroma Olgusu Işığında Tanı ve Tedavi Yaklaşımı

Diagnosis and Treatment Approach to A Case of Huge Cystic Hygroma of 24 Years

Dr. Selda KARGIN, Dr. Ahmet İSLAM, Dr. Haldun OĞUZ, Dr. Necmi ARSLAN,
Dr. Mustafa Asım ŞAFAK, Dr. Münir DEMİRCİ
SB Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. Kulak Burun Boğaz Kliniği

ÖZET

Kistik higroma erişkinlerde nadir görülür. Bu lezyon, çoğunlukla boyunda, özellikle arka üçgende ağrısız şişlik olarak gözlenir. Kistik higromanın etyolojisi tam anlaşılmamıştır. Kistik higroma, haftalar veya aylar sonrasında büyük boyutlara ulaşabilirken, günler içerisinde de hızlıca büyük boyutlara ulaşabildiği tarif edilmiştir. Boyunda 24 yıldır tedavisiz iyileşmeyen ve progresif büyüme gözlenen dev kistik higromalı erişkin bir erkek olgu ışığında kistik higroma tanı ve tedavisi tartışılmıştır.

Anahtar Sözcükler

Lenfanjioma, kistik higroma, erişkin, tedavi

ABSTRACT

Cystic hygroma is rarely seen in adults. The lesion usually presents as a painless swelling in the neck; particularly in the posterior triangle. The etiology of cystic hygroma is poorly understood. Although cystic hygromas tend to enlarge progressively over a time of weeks or months, relatively rapid enlargement over a time of days has been described. A case of an adult male who had a huge cystic hygroma, that did not resolve without treatment and progressively grew in the neck for 24 years, is presented.

Keywords

Lymphangioma, cystic hygroma, adult, treatment

KBB-BBC Derneği 7. Uluslararası Toplantısında 23-25 Mart 2006 tarihlerinde poster olarak sunulmuştur.
Çalışmanın Dergiye Ulaştığı Tarih: 31.03.2006. • Çalışmanın Basıma Kabul Edildiği Tarih: 13.05.2006

Yazışma Adresi

Dr. Haldun OĞUZ

Elvankent Emlakbankası Konutları A26-58 06930 Etimesgut/ANKARA
Tel: 0533 300 00 00 E-posta: drhoguz@gmail.com

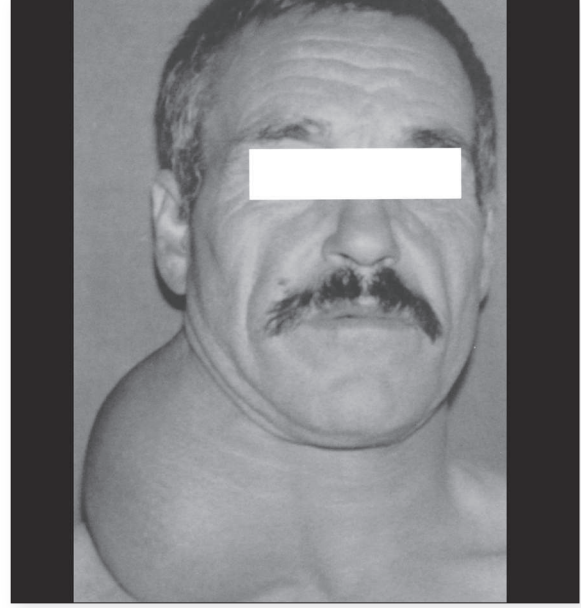
GİRİŞ

Lenfanjiomalar sıklıkla hayatın birinci dekatında görülen nadir tümörlerdir (1). Bu lezyonların sınıflandırılması genellikle, kapiller (basit) lenfanjioma, kavernöz lenfanjioma ve kistik higroma (kistik lenfanjioma) (KH) şeklindedir (2). Kistik lenfanjioma teriminin yerine, etyolojide karışıklığa neden olduğu için KH teriminin kullanılmaya başlanması yüzyıldan daha uzun bir süreçtir (3). Bu tümör, Redenbacher (4) tarafından ilk kez tanımlanmasına rağmen, 1843 yılında Adolph Wernher higroma terimini ilk kez kullanmıştır (5). KH'li olgular, doğum sırasında %50–60, 2 yaşına kadar %90 ve ergenlik döneminde %95 oranında tanı alırlar (6,7). Erişkinlerde oldukça nadir tanımlanmıştır. Literatürde KH'li erişkin olgu sayısı 100'ü geçmemektedir (3). En çok tercih edilen tedavi cerrahidir. Çocuklarda tedavisiz iyileşme gözlemlendiğine dair bulgular bildirilmiştir (8). 24 yıldır boyunda progresif büyüyen kitle şikayeti ile başvuran, KH tanısı alan ve tedavi edilen 44 yaşında bir olgu ışığında konu tartışılmıştır.

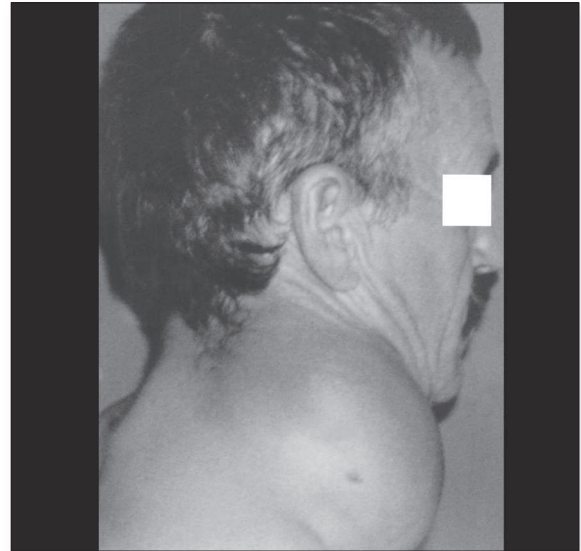
OLGU SUNUMU

44 yaşında erkek hasta, boyun sağ tarafında, yaklaşık 24 yıldır mevcut olan, yavaş büyüyen kitle şikayeti ile Kulak Burun Boğaz kliniğine başvurdu. Hastada ağrı, nefes darlığı, yutma güçlüğü, kol da ağrı veya uyuşukluk şikayeti mevcut değildi. Geçirilmiş bir boyun travması, cerrahi tedavi veya enfeksiyon öyküsü olmayan hastanın çocukluk dönemine ait boyunda şişlik şikayeti de yoktu. Hastanın diğer fizik muayene bulguları normal idi. Boyunda sağ tarafta, 2, 3, 4, 5. seviyelerde yaklaşık 17x20 cm boyutlarında sınırları çevre dokulardan ayrılabilen, yumuşak, ağrısız, ısı artışı ya da kızarıklık bulgusu olmayan, supraklaviküler kitle mevcuttu (Resim 1a ve 1b). Transilluminasyon veren kitlede thrill mevcut değildi. İnce iğne aspirasyon biyopsi sonucu lenfanjioma ile uyumlu idi. Bilgisayarlı tomografi sonucu kontrast tutan, geniş, homojen, keskin kenarlı kistik lezyon olarak rapor edildi (Resim 2a ve 2b). Genel anestezi altında total cerrahi eksizyon yapıldı. Kistin arka alt kenarının servikal sempatik sistem ile komşuluk gösterdiği, 11. kranial sinirin kistin üzerinden geçtiği gözlemlendi (Resim 3). Operasyon esnasında kitlenin 12x10 cm boyutlarında, içerisi sıvı ile dolu, sarımsı renkte ve lobü-

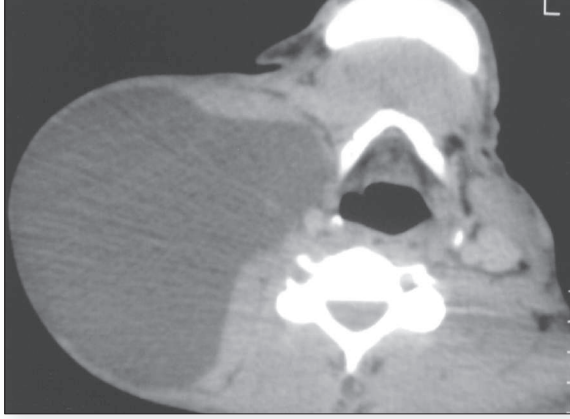
le olduğu görüldü (Resim 4). Postoperatif hastada Horner sendromu ya da 11. kranial sinir fonksiyon bozukluğu gözlenmedi. Patoloji sonucu kistik higroma ile uyumlu geldi. Operasyondan 1 hafta sonra taburcu edilen hastada postoperatif 4 ay süresince nüks gözlenmedi.



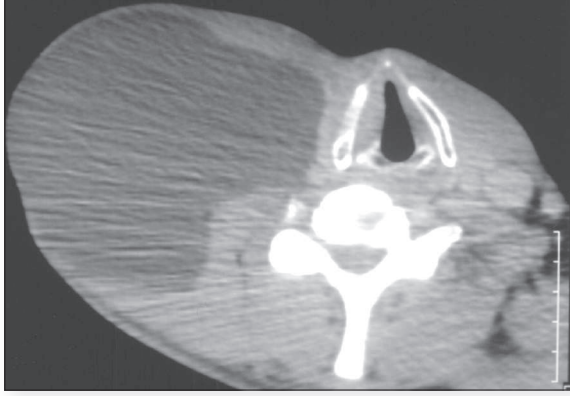
Resim 1a. 44 yaşında erkek hastada, boyun sağ lateralinde, 2, 3, 4, 5. seviyelerde yaklaşık 17x20 cm boyutlarında supraklaviküler kitle önden izlenmektedir.



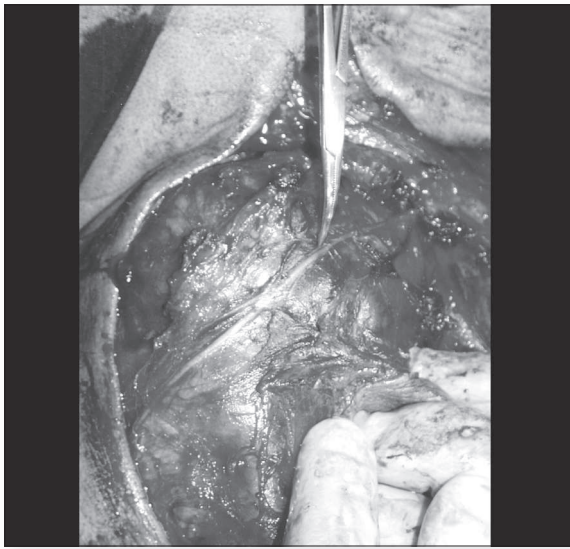
Resim 1b. 44 yaşında erkek hastada, boyun sağ lateralinde, 2, 3, 4, 5. seviyelerde yaklaşık 17x20 cm boyutlarında supraklaviküler kitle yandan izlenmektedir.



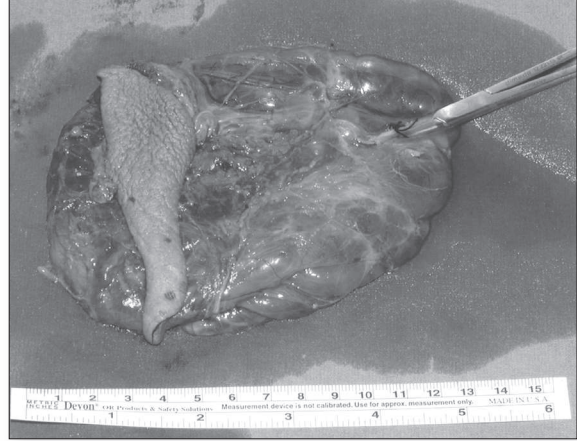
Resim 2a. Resim 1'deki hastaya ait boyun bilgisayarlı tomografisinde geniş, homojen, keskin kenarlı kistik lezyon izlenmektedir.



Resim 2b. Resim 1'deki hastaya ait boyun bilgisayarlı tomografisinde geniş, homojen, keskin kenarlı kistik lezyon izlenmektedir.



Resim 3. Operasyon esnasında 11. kranial sinirin kistin üzerinden geçtiği izlenmektedir.



Resim 4. Operasyondan hemen sonra kitlenin 12x10 cm boyutlarında, içeriği sıvı dolu, sarımsı renkte ve lobüle olduğu izlenmektedir.

TARTIŞMA

Lenfanjiomalar sıklıkla hayatın birinci dekatında görülen nadir tümörlerdir (1). Bu lezyonların sınıflandırılması genellikle, kapiller (basit) lenfanjioma, kavernöz lenfanjioma ve kistik higroma (KH) şeklindedir (2). KH sıklıkla baş boyunda özellikle arka üçgende gözlenir. Aksilla, göğüs duvarı, omuz, mediastinum, karın duvarı ve uyluk diğer sık görüldüğü bölgelerdir (3,9). Erişkinlerde oldukça nadir tanımlanmıştır. Literatürde KH'lı erişkin olgu sayısı 100'ü geçmemektedir (3). Erişkinlerde görüldüğü ortalama yaş 45'dir (10). Lenfanjiomaların etyolojisinde sıklıkla lenfatik sistemin anormal gelişmesi yer almaktadır (3,9,11). Dowd (12), lenfanjiomaların anormal boşaltım kanallarına sahip primitif kesenin lenfatik dokusunun, konjenital sekestrasyonları olarak geliştiğini bildirmiştir. Bu primitif lenfatik dokunun sekestrasyonları, embriyonik potansiyellerini hızlı ve düzensiz büyümek için korumaktadırlar. Bu, lenfanjiomaların primitif keselerin yakınında ve sıklıkla boyunda bulunmalarını açıklamaktadır. Erişkinlerde, servikal lenfanjiomaların gelişmesine yönelik açıklamalar çok açıklayıcı değildir. Schefter (10), önceden var olan ancak şikayete neden olmamış lezyonların spontan genişlemesi sonucu oluştuğunu bildirmiştir. Gleason (11), kaza sonucu gelişen kistik higroma olgusu rapor etmiştir. Kennedy ve arkadaşları (8), travmatik, infeksiyöz, iatrojenik ve neoplazik nedenlerle gelişen olgular bildirmişlerdir. Bazı hastalar-

da ise neden saptanamamaktadır. Örneğin, Bret (3), Karkos (9) ve Baer (13), travma, enfeksiyon öyküsü olmaksızın gelişmiş servikal kistik higroma olgularını bildirmişlerdir. Bizim hastamızda da herhangi bir neden bulunamamıştır.

Schefter (10), kendi olgularında kitlenin 6 aydan daha kısa süre içinde ortaya çıktığını, sıklıkla ve kendi olgularının %53'ünde görüldüğü gibi hızlı ve progressif bir şekilde birkaç hafta içinde büyüdüğünü bildirmiştir. Erişkinde hızlı şekilde büyümesinin travma, enfeksiyon gibi faktörlere bağlı olmadığı ancak kesin bir nedenin de belirlenemediğini bildirmektedir.

Karkos ve ark. (9), boyun sol tarafında 10 yıldır kitlesi olan ancak son birkaç ay içinde kitlenin boyutunda hızlı bir artma gözlenen 67 yaşındaki kadın olguyu rapor etmişlerdir. Bizim olgumuzda, kitlenin boyutunda 24 yıl içinde progressif bir artma mevcut ve kısa sürede gelişen ani bir büyüme yoktu.

Erişkinde kistik higroma geniş, yumuşak, fluktuan, hassas olmayan, ışık geçirgen, boyun cildine fikse olmayan kitle olarak gözlenir. Ayırıcı tanısı lipom, brankial kist, hemanjioma, lenfoma, hamartom, tiroid kitleleri, tiroglossal kist, teratom ve metastatik kitleler ile yapılmalıdır (3,8). Tanı için ultrasonografi, bilgisayarlı tomografi ve manyetik rezonans görüntüleme teknikleri kullanılmaktadır (8).

Tedavi, vital yapıları koruyarak yapılan total cerrahi eksizyondur (3). Lezyon içine sklerozan madde, steroid, fibrin ve bleomisin enjeksiyonu gibi alternatif yöntemler de KH tedavisinde kullanılmaktadır (3). Total cerrahi eksizyon yapıldığı zaman iyi sonuçlar alındığını bildiren çeşitli çalışmalar mevcuttur (8). Rekürrens oranı histolojik tipe ve bulunduğu yere göre değişmektedir (1). Riechelmann ve ark. (1), total eksizyon sonrası rekürrens gözlemediklerini, subtotal eksizyon sonrası %56, parsiyel eksizyon veya aspirasyon sonrası %100 rekürrens gözlemediklerini bildirmişlerdir. Biz de hastaya genel anestezi altında total cerrahi eksizyon yaptık. Postoperatif 4 ay süresince nüks gözlenmedi.

SONUÇ

Erişkinlerde nadir gözlenmekle birlikte büyük, ağrısız, fluktuan, transluminal kitleler kistik higroma tanısını düşündürmeli, spontan kaybolmasını beklemeksizin travma veya enfeksiyon gibi nedenler veya saptanamayan faktörler sonucu kısa bir süre içinde, hızlıca büyüyerek kişinin hayatını tehdit edebileceği düşünülmeli ve uygun tanı yöntemleri kullanılarak, geciktirilmeksizin vital yapılar korunarak cerrahi tedavisinin yapılması gerekmektedir.

KAYNAKLAR

1. Riechelmann H, Muehlhaff G, Keck T, Mattfeldt T, Rettinger G. Total, subtotal and partial surgical removal of cervicofacial lymphangiomas. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 1999; 125: 643–8.
2. Landing BH, Farber S. Tumors of the cardiovascular system. Atlas of Tumor Pathology. Washington, DC: Armed Forces Institute of Pathology; 1956.
3. Sherman BE, Kendall K. A Unique Case of the Rapid Onset of Large Cystic Hygroma in the Adult. American Journal of Otolaryngology. 2001; 22: 206–10.
4. Redenbacher M. Dissertation MuniKH, 1828.
5. Wernher A. Die angeborenen Zystein- Hygrome und die ihnen verwandten Gashwultste in Anatomischer, Diagnostischer und Therapeutischer Beziehung. Geissen, Germany: GF Heyer; 1843.
6. Bill AH, Sumner DS. A unified concept of lymphangioma and cystic hygroma. Surg Gynecol Obstet. 1965; 120: 79–86.
7. Gross RE, Goeringer CF. Cystic hygroma of the neck. Surg Gynecol Obstet. 1939; 69: 48–60.
8. Kennedy TL, Whiataker M, Pelitteri P, Wood WE. Cystic hygroma/ lymphangioma: a rational approach to management. Laryngoscope. 2001; 111: 1929–37.
9. Karkos PD, Spencer MG, Lee M, Hamid BN. Cervical cystic hygroma/lymphangioma: an acquired idiopathic late presentation. The Journal of Laryngology and Otolaryngology. 2005; 119: 561–3.
10. Schefter RP, Olsen KD, Gaffey TA. Cervical lymphangioma in the adult. Otolaryngology Head Neck Surg. 1985; 93: 65–9.
11. Gleason TJ, Yuh WTC, Tali ET, Harris KG, Mueller DP. Imaging case study of the month traumatic cervical cystic lymphangioma in an adult. Ann Otol Rhinol Laryngol. 1993; 102: 564–6.
12. Dowd CN. Hygroma cysticum colli: its structure and etiology. Ann Surg. 1913; 58: 112–32.
13. Baer S, Davis J. Cystic hygroma presenting in adulthood. The Journal of Laryngology and Otolaryngology. 1989; 103: 976–7.