

ERİŞKİN HASTADA KİSTİK HİGROMA: OLGU SUNUMU

Cystic Hygroma in an Adult: Case Report

Bayram METİN¹, Serkan KAYA², Murat SARIÇAM², Emre ÖZKAN³, Halil TÖZÜM⁴,
Bediha AYGÜN⁵, İzzet Özgür ÖZLÜK⁶

ÖZET

Kistik higroma, genellikle boyun arka veya yan bölümünde yer alan, lenfatik sistemden kaynaklanan bir anomalidir. Bu lezyonlar çoğunlukla infantlarda ya da iki yaşından küçük bebeklerde bulunmaktadır. Erişkin yaşlarda çok nadir görülürler ve literatürde 100'den az erişkin lenfanjioma vakası bildirilmiştir. Burada; 60 yaşında, sağ klavikulanın postero-runu uzanım gösteren ve iki defa aspire edilerek boşaltılmasına rağmen nüks eden bir kistik higromalı olguyu sunuyoruz.

Anahtar kelimeler: *Higroma; Erişkin; Cerrahi tedavi*

ABSTRACT

Cystic hygroma is an anomaly which is usually located on lateral or back side of neck and originated from lymphatic system. These lesions are mostly detected in infants or children younger than two years of age. Occurrence in adults is so uncommon and fewer than 100 cases of adult lymphangioma have been reported in the literature. Here; we present a 60 years old patient whose cystic hygroma was extended to the posterior of the right clavicle and relapsed despite the drainage by aspiration twice.

Keywords: *Hygroma; Adult; Operative therapy.*

¹Bozok Üniversitesi, Tıp Fakültesi,
Göğüs Cerrahi Anabilim Dalı,
Yozgat

²Ağrı Devlet Hastanesi, Göğüs
Cerrahi Kliniği, Ağrı

³Amasya özel Uzmanlar Tıp
Merkezi, Göğüs Hastalıkları Kliniği,
Amasya

⁴Medeniyet Üniversitesi, Tıp
Fakültesi, Göğüs Cerrahi Anabilim
Dalı, İstanbul

⁵Ağrı Devlet Hastanesi,
Radyodagnostik Kliniği, Ağrı

⁶Ağrı Devlet Hastanesi, Kulak
Burun Boğaz Kliniği, Ağrı

Bayram METİN, Yrd. Doç. Dr.
Serkan KAYA, Uzm. Dr.
Murat SARIÇAM, Uzm. Dr.
Emre ÖZKAN, Uzm. Dr.
Halil TÖZÜM, Uzm. Dr.
Bediha AYGÜN, Uzm. Dr.
İzzet Özgür ÖZLÜK, Uzm. Dr.

İletişim:

Yrd. Doç. Dr. Bayram METİN
Bozok Üniversitesi, Tıp Fakültesi,
Göğüs Cerrahi Anabilim Dalı,
Yozgat

Tel: 05072385361

e-mail:

drbaymet@hotmail.com

Geliş tarihi/Received: 19.02.2013

Kabul tarihi/Accepted: 11.06.2013

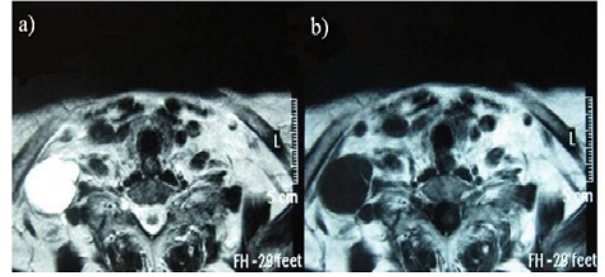
Bozok Tıp Derg 2014;4(2):66-8
Bozok Med J 2014;4(2):66-8

GİRİŞ

Kistik hiyroma, genellikle boyun arka veya yan bölümünde yer alan, lenfatik sistemden kaynaklanan bir anomalidir. Boyunda veya aksiller bölgede yumuşak doku içinde tek veya septumlarla ayrılan çoğul kistler mevcuttur. Kistler değişik boyut ve büyüklüklerde olabilir. Kistik hiyromanın görülme sıklığı 1/6000 canlı doğumdur. Düşüklerden sonra yapılan araştırmalarda ise 1/750 oranında kistik hiyromaya rastlandığı bildirilmiştir (1-2). Burada erişkin hastada, atipik olarak klavikulanın posterioruna uzanım gösteren kistik hiyromanın tedavi yöntemi açısından literatüre katkısı olacağını düşünerek yayınlamak istedik.

OLGU

69 yaşında kadın hasta, polikliniğimize boyun sağ tarafta, klavikula üzerinde şişlik şikayeti ile müracaat etti. Hastanın anamnezinden yaklaşık iki ay önce bir sağlık kuruluşunda boyun bölgesindeki şişliğin iki defa enjektör yardımı ile perkutan aspire edilerek boşaltıldığı, ancak daha sonra tekrar ettiği öğrenildi. Alınan sıvının histopatolojik inceleme raporunda lenfoid hücreli materyallerin izlendiği belirtilmekte idi. Çekilen boyun bilgisayarlı tomografide (BT) sağda klavikula posteriorundan subklavikular alana uzanım gösteren 37 x 41 mm boyutunda kistik lezyon saptandı. Bunun üzerine boyun manyetik rezonans görüntüleme uygulandı ve sağ subklaviküler alanda yağlı doku içerisinde 35 x 48 mm boyutlarında, düzgün sınırlı, lobüle konturlu T1 hipointens, T2 hiperintens ince septasyonlar içeren kistik lezyon olarak raporlandı (Resim 1). Genel anestezi altında klavikulanın 2 cm yukarısında tam klavikula paralel 3-4 cm insizyon yapılarak, sternokleidomastoid kasının dış kenarı ortalandı. Bu kas mediale çekildi. Altında bulunan omohyoid kası geri çekilerek kistik oluşuma ulaşıldı. Subklavian arter komşuluğundaki kistin çevresi keskin ve künt diseksiyonlarla kontrollü bir şekilde dönülerek kapsülü ile birlikte çıkarıldı (Resim 2). Histopatolojik incelemesinde 5 x 4 x 2,5 cm boyutlarında multikistik yapıda, 0,1 cm duvar kalınlığı bulunan doku kistik hiyroma olarak raporlandı. Postoperatif herhangi bir komplikasyon gelişmeyen hasta şifa ile taburcu edildi ve 6 ayındaki poliklinik kontrolünde çekilen kontrol tomografisinde rekürrens ile karşılaşılmadı.



Resim 1. MRI görüntülemeye kistik yapı. a) T2 ağırlıklı sekans da hiperintens görünüm b) T1 ağırlıklı sekans da ise hipointens görünüm mevcuttur.



Resim 2. Kistik kitle lezyon enükleasyon yöntemi ile total olarak eksize edildi.

TARTIŞMA

Lenfatik sistem oluşumu gebeliğin 5. haftasında başlar. Oluşan lenf sistemi ile venöz sistem arasında gebeliğin 40. gününde bir bağlantı oluşur. Oluşan bu bağlantı sonucu lenfatik sistemdeki sıvı venöz sisteme boşalır. Bu bağlantının oluşmadığı durumlarda fetusun boyun kısmında lenfatik sisteme ait sıvının birikimine bağlı kistik yapılar oluşur. Bu kistik yapılar kistik hiyroma adını alır (1,2). Bu lezyonlar çoğunlukla infantlarda ya da iki yaşından küçük bebeklerde bulunmaktadır. Erişkin yaşlarda görülmesi beklenmemesine rağmen, bizim 60 yaşındaki hastamızda olduğu gibi erişkin hastaların lipom, hemanjiom, brankial kist, tiroglossal kist, dermoid kist, timik kist, laringosel, tiroid kitleleri gibi aksiller veya servikal kitlelerinin ayırıcı tanısında akılda tutulmalıdır (3-5). Fizik muayenede yumuşak, ağrısız ve mobil kistik kitle tespit edilir.

Çoğunlukla asemptomatik olan bu lezyonlar en iyi manyetik rezonans görüntüleme (MRI) ile görüntülenirler ve çevre dokulardan sınırları net olarak ayrılabilir. MRI'da yüksek su içeriği lenfanjiomaların T2 ağırlıklı görüntülerde hiperintense olarak ortaya çıkmasını sağlar. T1 ağırlıklı görüntülerde ise lenfatik sıvının protein içeriğine göre düşük ya da yüksek sinyal intensitesine sahip olabilirler (6,7). Olgumuzun MRI incelemesi de T2 ağırlıklı görüntülerde hiperintens, T1 ağırlıklı görüntülerde ise hipointensdir. Lenfanjiomlar benign bir lezyon olmasına rağmen, özellikle servikal bölgedeki lezyonlar solunum yolu ve özefagusa yakınlığı nedeni ile hava yolu tıkanması ve yutma güçlüklerine neden olabilmektedir. Ayrıca bu bölgedeki lezyonlar kozmetik açıdan da sıkıntılara neden olabilmektedir. Bu nedenlerle tedavisi gereklidir. Tedavisinde öncelikli olan lezyonun lokalizasyonu da göz önüne alınarak mümkün olduğunca cerrahi eksizyon yapılmasıdır (8). Klinik veya lokalizasyon nedenleri ile cerrahi olarak çıkarılamayan olgularda radyoterapi, aspirasyon, sklerozan madde enjeksiyonu (bleomisin, OKT-432) ve CO2 lazer gibi diğer tedavi seçenekleri de göz önüne alınabilir (5,7). Bunun yanında Kistik higromanın spontan regresyonu nadiren de olsa literatürde yer almaktadır (9). Cerrahi de teknik olarak önemli olan kist membranının total olarak eksizyonu gereklidir. İnkomplet eksizyonu rekürrensle sonuçlanmaktadır. Tekrarlayan aspirasyon kist membranının çıkarılmamış olması nedeni ile rekürrensin engellenmesinde başarısız olmaktadır (8). Spontan regresyonu gerçekleşmeyen ve iki defa aspire edilerek boşaltılmasına rağmen kısa sürede nüks etmesi ile olgumuz rekürrensi önlemek açısından öngörülen tedavinin total cerrahi eksizyon olduğunu vurgulamak açısından iyi bir örnektir. Sonuç olarak genellikle çocukluk çağında görülen kistik higromalar erişkin yaşta da görülebilir. Spontan regresyonu nadir olduğu için tedavisi gereklidir. Öncelikli tedavi şekli cerrahidir ve cerrahisinde kist membranı total olarak çıkarılmazsa rekürrens ihtimali yüksektir.

KAYNAKLAR

1. Chen C-P, Liu F-F, Jan S-W, Lee C-C, Town D-D, Lan C-C. Cytogenetic evaluation of cystic hygroma associated

with hydrops fetalis, oligohydramnios or intrauterine fetal death: the roles of the amniocentesis, postmortem chorionic villus sampling and cystic hygroma paracentesis. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1996;75(5):454-8.

2. Body PA, Anthony MY, Manning N, Rodriguez CL, Wellesley DG, Chamberlain P. Antenatal diagnosis of cystic hygroma or nuchal pad-report of 92 cases with follow up of survivors. *Archives of Disease in Childhood.* 1996; 74(1): 38-42.

3. Sherman BE, Kendall K. A unique case of a large cystic hygroma in the adult. *Am J Otolaryngol.* 2001; 22(3): 206-10.

4. Suk S, Sheridan M, Saenger JS. Adult lymphangioma: a case report. *Ear Nose Throat J.* 1997; 76(12): 881-3.

5. Kibar AE, Çakır BÇ, Tiryaki T, Peltek N, Yılmaz H, Atayurt H, et al. Göğüs duvarında kistik higroma: Nadir bir yerleşim yeri. *Türk Pediatri Arşivi.* 2005; 40(3):241-3.

6. Terezhalmay GT, Riley CK, Moore WS. Lymphangioma (lymphatic malformation). *Quintessence Int.* 2001; 32(6): 495.

7. Onur MR, Özel K, Demir F, Özdemir H. Dev Kistik Higroma: US ve MRG özellikleri. *FÜ Sağ Bil Derg.* 2007;21(3):141-4

8. Çelenk F, Ceylan A, Köybaşıoğlu A, Gönül İI. Erişkin Hastada Servikal Kistik Lenfanjiom: Olgu Sunumu KBB-Forum. 2006;5(1):62-5

9. Bernstein HS, Filly RA, Goldberg JD, Golbus MS. Prognosis of fetuses with a cystic hygroma. *Prenat Diagn.* 1991;11(6):349-55.