

Kistik higromanın nadir yerleşim yeri: Olgu sunumu

A rare location of cystic hygroma: a case report

Erkan Akar

Diyarbakır Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Cerrahisi Kliniği, Diyarbakır, Türkiye

Kistik higroma birçok kistik yapıdan oluşan, çevrelendiği dokulara uzanımlar gösteren, lenfatik dokunun benign gelişimsel anomalisidir. Haftalar veya aylar sonrasında büyük boyutlara ulaşabilir iken, günler içerisinde de hızlıca büyük boyutlara ulaşabilir. Kistik higroma genellikle servikofasiyal alanda görülür ve göğüs duvarında olması nadirdir. Bu yazıda sağ üst göğüs duvarında yerleşik kistik higroması olan 11 yaşında bir erkek olgu sunuldu. İdeal tedavi seçeneği, kitlenin total eksizyonudur.

Anahtar sözcükler: Kistik higroma; lenfanjiyoma; tedavi.

Cystic hygroma is a benign developmental anomaly of lymphatic tissue which is composed of multiple cystic structures extending to surrounding tissues. While it may enlarge over weeks or months, it may larger rapidly even within days. Cystic hygroma is usually seen in cervicofacial region and its presence on chest wall is rare. In this article, we report an 11-year-old male case with cystic hygroma localized on the right upper part of the chest wall. Ideal treatment option is total excision of the mass.

Key words: Cystic hygroma; lymphangioma; treatment.

Kistik higroma (KH), lenfatik sistemin doğuştan bir anomalisi olup, nadir görülen bir yumuşak doku tümördür. Genellikle boyun bölgesinde (%75-90) görülmek ile birlikte; %20'si aksillada, %5'i mediastinum, retroperitoneal bölge ve nadir olarak da toraks duvarında görülebilir.^[1]

Kistik higroma yavaşça büyür ve nadiren spontan olarak gerileyebilir. Kist içine kanama veya enfeksiyon kitlenin çapında ani artışa neden olabilir. Kistlerin aspirasyonundan kısmi ve geçici sonuç alınabilir fakat sonrasında enfeksiyon görülebilir. Kitlenin cerrahi olarak tümü ile çıkarılması en iyi tedavi yöntemidir.^[1]

Bu yazıda etyolojik nedeni bulunamayan ve göğüs duvarına yerleşimli bir KH olgusunun, cerrahi tedavisi tartışıldı.

OLGU SUNUMU

On bir yaşında erkek hasta sağ üst göğüs hizasında şişlik ve hareketle olan ağrı yakınması ile polikliniğimize başvurdu. Hastanın öyküsünden, şişliğin altı ay

önce başladığı ve yavaş yavaş büyüdüğü ve bu bölgeye herhangi bir travma almadığı öğrenildi, öyküde başka bir özellik saptanmadı. Yapılan fizik muayenesinde pektoral kasın altında; ağrılı, yumuşak, hareketli, fluktuasyon veren kitle saptandı (Şekil 1). Diğer fizik muayene bulguları normal idi. Lezyona yönelik yapılan yüzeysel ultrasonografi incelemesinde, sağ pektoral kas dokusu altında yaklaşık 7 cm çapında multipl septalı kistik lezyon izlendi. Lezyonun anatomik yapısını daha ayrıntılı değerlendirmek, damarsal yapılar ile ilgisini saptamak için yapılan toraks manyetik rezonans (MR) incelemesinde, sağ pektoral kaslar ile göğüs duvarı arasında düzgün sınırlı, septalar içeren, yaklaşık 13x6x10 cm boyutlarında kitle lezyonu izlendi (Şekil 2). Genel anestezi altında total cerrahi eksizyon yapıldı. Cerrahi işlem esnasında, kapsüllü, multipl seröz kistler içeren, içeriği sıvı ile dolu, sarımsı renkte ve lobüle tümöral lezyon saptandı (Şekil 3, 4). Tümöral lezyon total olarak eksize edildi. Lezyonun histopatolojik inceleme sonucu KH ile uyumlu olarak bildirildi. Ameliyattan beş gün sonra hasta şifa ile taburcu edildi. Hastada iyileşme



Available online at
www.tgkdc.dergisi.org
doi: 10.5606/tgkdc.dergisi.2013.5905
QR (Quick Response) Code

Geliş tarihi: 03 Eylül 2011 *Kabul tarihi:* 14 Aralık 2011

Yazışma adresi: Dr. Erkan Akar, Şevket Yılmaz Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Cerrahisi Kliniği, 16310 Yıldırım, Bursa, Türkiye.

Tel: 0224 - 366 50 15 e-posta: drerkanakar@hotmail.com



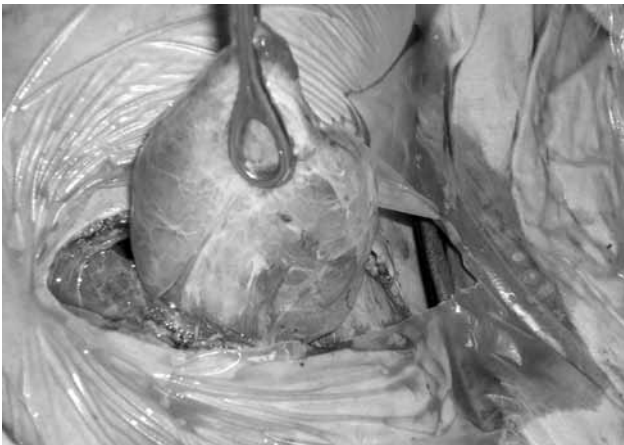
Şekil 1. On bir yaşında erkek hastanın sağ üst göğüs bölgesinde fluktuasyon veren kitle lezyonu.

döneminde bir komplikasyon olmadı ve ameliyat sonrası dört ay süresince nüks gözlenmedi (Şekil 5).

TARTIŞMA

Lenfanjiyomlar sıklıkla hayatın birinci dekatında görülen nadir tümörlerdir. Etyolojisinde sıklıkla lenfatik sistemin anormal gelişmesi yer almaktadır.^[2] Dowd,^[3] lenfanjiyomların anormal boşaltım kanallarına sahip primitif lenfatik dokusunun, doğuştan sekestrasyonları olarak geliştiğini bildirmiştir. Etyolojide lenfatik sistemin anormal gelişimi sorumlu olsa da bazı olgularda sonradan kazanılmış etmenlerin (travma, enfeksiyon, iyatrojenik, neoplastik) etkili olduğu bildirilmiştir.^[1] Olgumuzda herhangi bir etyolojik faktöre rastlanmadı.

Kistik higromanın, fetusta 11-12. gebelik haftasından sonra lenfatiklerin venöz yapılar ile birleşmesi gelişmedi ise oluşum süreci başlayabilir. Kistik higroma



Şekil 3. Ameliyat sırasında içi sarı renkli sıvı içeren septalı kitle lezyonu.



Şekil 2. Sağ hemitoraks ön üstte pektoral kaslarla toraks duvarı arasında 13x6x10 cm boyutunda septalar içeren kitle lezyonu.

izole olabileceği gibi bazı kromozomal anomaliler ile birliktelik de gösterebilir. En sık (%40-80) birlikte olduğu anomali Turner sendromudur. Bunun dışında ilişkili karyotip anomalileri; Down sendromu, trizomi 21, Klinefelter sendromu, kısmi trizomiler, kısmi monozomiler, translokasyonlar ve mozaizimlerdir. Hamilelik sırasında olguların $\frac{2}{3}$ 'ünde oligohidroamniyoz gelişir. Yüksek çözünürlüklü ultrasonografi yanında, transvajinal ultrasonografinin de kullanılması, özellikle gebeliğin ilk üç ayında hastalığın saptanma sıklığını artırmaktadır.^[4]

Kistik higromaların %75'i servikofasiyal, %20'si aksiller, %5'i mediastinum, retroperitoneal bölge ve



Şekil 4. Kistik kitlenin eksize edilmiş hali.



Şekil 5. Hastanın dört ay sonra kontrol arka-ön akciğer filmi. Nüks görülmemektedir.

daha nadir olarak olgumuzda olduğu gibi göğüs duvarında yerleşim göstermektedir.^[1] Kistik higroma, ilk kez 1828'de Redenbacher tarafından tanımlanmıştır.^[1] Göğüs duvarında ise ilk kez 1959 yılında Fuller ve Conway tarafından bildirilmiştir.^[1]

Schefter,^[5] kendi olgularının %53'ünde kitlenin altı aydan daha kısa süre içinde ortaya çıktığını ve progresif bir şekilde birkaç hafta içinde büyüdüğünü bildirmiştir. Bizim olgumuzda da altı ay önce başlayıp, gittikçe büyüyen, göğüs ön duvarına yerleşik kitle öyküsü vardı.

Ultrasonografi ve bilgisayarlı tomografi (BT) kistik kitleleri saptayarak tanıya oldukça yardımcı olmasına rağmen, kesin tanı histopatolojik inceleme ile konur. Ultrasonografide kistik görünümün baskın olduğu multiloküler kitlelerden oluşan septalar şeklinde görülür. Bilgisayarlı tomografi ve MR çevre doku ile ilişkisini göstermektedir.^[1] Olgumuzda altı ay içinde gelişen göğüs ön duvarına yerleşim gösteren geniş, yumuşak ve multikistik kitle var idi. Kitlenin damarsal yapılar ile ilişkisi görülmedi.

Literatürde tedavide lezyonun anatomik yerleşimine göre -olgumuzda olduğu gibi- cerrahi olarak çıkarılmasının önemli olduğu belirtilmiş, aynı zamanda çocuklarda tedavisiz iyileşme gözlemlendiğine dair bulgular da bildirilmiştir.^[1] Cerrahi olmayan tedavi seçenekleri

sklerozan madde enjeksiyonu (bleomisin, OKT-432), CO₂ lazer, radyoterapi ve aspirasyondur. Bazı cerrahlar yakınlığı olmayan olgularda konservatif kalınmasını önerse de kitlenin kendiliğinden gerilemesi nadirdir.^[1] Total cerrahi eksizyon yapıldığı zaman iyi sonuçlar alındığını bildiren çeşitli çalışmalar vardır.^[1] Yerleşim yeri nedeni ile güvenli rezeksiyon yapılamayacak olan olgularda marsüpiyalizasyon önerilen cerrahi yöntemdir.^[6] Riechelmann ve ark.,^[2] total eksizyon sonrası nüks gözlemediklerini, subtotal eksizyon sonrası %56, parsiyel eksizyon veya aspirasyon sonrası %100 nüks gözlemediklerini bildirmişlerdir. Biz de olgumuza total cerrahi eksizyon yaptık. Kitlenin yumuşak, fluktuasyon veren yapıda olduğu ve çevre dokular ile kolay ayrıldığı görüldü. İçi sarı mayi ile dolu idi. Kitleyi patlatmadan pedikülü serbest dikişlerle bağlandı ve total olarak eksize edildi. Ameliyat sonrası dört ay süresince nüks gözlenmedi.

Sonuç olarak, bu olgu göğüs duvarına yerleşmiş KH'nin nadir olması nedeni ile sunuldu. Büyük, fluktuan, transluminal kitleler kistik higroma tanısını düşündürmeli ve uygun tanı yöntemleri kullanılarak, cerrahi tedavisi yapılmalıdır.

Çıkar çakışması beyanı

Yazarlar bu yazının hazırlanması ve yayınlanması aşamasında herhangi bir çıkar çakışması olmadığını beyan etmişlerdir.

Finansman

Yazarlar bu yazının araştırma ve yazarlık sürecinde herhangi bir finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

KAYNAKLAR

1. Kibar AE, Çakır BÇ, Tiryaki T, Peltek N, Yılmaz H, Atayurt H ve ark. Göğüs duvarında kistik higroma: nadir bir yerleşim yeri. Türk Pediatri Arşivi 2005;40:241-3.
2. Riechelmann H, Muehlfay 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.
3. Dowd CN. XI. Hygroma Cysticum Colli: Its Structure and Etiology. Ann Surg 1913 ;58:112-32.
4. Öztürk A, Sırmatel Ö, Gültekin E, Bitiren M. Dev kistik higroma: prenatal tanı ve bulgular. Tanısal ve Girişimsel Radyoloji 2002;8:407-9.
5. Schefter RP, Olsen KD, Gaffey TA. Cervical lymphangioma in the adult. Otolaryngol Head Neck Surg 1985;93:65-9.
6. Chen CW, Hsu SD, Lin CH, Cheng MF, Yu JC. Cystic lymphangioma of the jejunal mesentery in an adult: a case report. World J Gastroenterol 2005;11:5084-6.