

Supraklaviküler Bölge Lezyonlarının Cerrahi Tedavisi

Berkant ÖZPOLAT*, Uygur ER**, Serkan ŞİMŞEK**, Rasih YAZKAN***
Murat ALPER****, Ertan YÜCEL***

* Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, KIRIKKALE

** Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nöroşirurji Kliniği,

*** Kalp Damar Cerrahisi Kliniği,

**** Patoloji Kliniği, ANKARA

Özet

Amaç: Supraklaviküler kitleler ayırıcı tanısında benign veya malign yumuşak doku lezyonları, vasküler, lenfatik sistem ve iskelet sistemi kökenli lezyonlar düşünülmelidir. Bu çalışmanın amacı supraklaviküler kitlelere yaklaşım deneyimimizi gözden geçirmek, teşhis ve tedavi yöntemlerini ortaya koymaktır.

Yöntem: Bu retrospektif çalışmada supraklaviküler kitle tanısı ile tedavi edilen 17 vaka demografik özellikleri, teşhis yöntemleri, histopatolojik sonuçlar, tedavi yöntemleri, morbidite ve mortalite açısından değerlendirildi.

Bulgular: Hastaların 13'ü (%76) erkek ve 4'ü (%24) erkekti. Yaşları 26 ile 80 arasında (ortalama 46.0±13,8) değişmekteydi. Tüm hastalarda ortak şikâyet supraklaviküler bölgede şişlikti. Ağrı vakaların 8'inde (%47) en sık görülen yakınmaydı, 2 vaka üst ekstremitede parestezi şikâyeti vardı. Akciğer grafisi, supraklaviküler ultrasonografi, ve bilgisayarlı tomografi tüm hastalarda rutin olarak kullanıldı.

Sonuç: Bu seride histopatolojik tanı ve anatomik lokalizasyonları göz önüne alındığında nadir görülen supraklaviküler lezyonlar rapor edilmiştir. Kitlelerin tedavisinde cerrahi eksizyon planlanmalıdır. Yandaş nörovasküler yapılara olası yaralanmaların önlenmesi için dikkatli cerrahi girişim ve multidisipliner yaklaşım önerilir.

Anahtar Sözcükler: Supraklaviküler bölge, kitle, cerrahi tedavi

Surgical Treatment of Supraclavicular Masses

abstract

Background: Supraclavicular masses are a common clinical concern and differential diagnosis includes benign and malignant lesions of soft tissue, vessels, lymphoid system and skeletal system. The purpose of this study was to review our experience in the management of supraclavicular masses and to identify the diagnostic and surgical approaches.

Methods: In this retrospective study seventeen patients with supraclavicular mass were evaluated according to demographic features, diagnostic methods, pathologic results, treatment modalities, morbidity and mortality.

Results: The study identified 13 women (76%) and 4 men (24%), with ages ranging from 26 to 80 years (mean 46.0±13.8 years). All patients suffered from swelling in the supraclavicular region. In 8 patients (47%) pain in this region was the main complaint and 2 suffered from upper limb paresthesia. Chest X-Ray (CXR), supraclavicular ultrasonography and computed tomography was routinely done in all.

Conclusion: In this series some rare supraclavicular lesions -according to histopathological diagnosis and anatomical location- were reported. Surgical excision remains the treatment of choice for these masses. Careful surgical planning is critical to avoid injury to adjacent neurovascular structures, and a multidisciplinary approach is warranted.

Key Words: Supraclavicular region, mass, surgical treatment

Giriş

Supraklaviküler bölge, göğüs cerrahlarının skalen lenf nodu biyopsisi tecrübeleri nedeniyle bulundurduğu yapılar ve karışık anatomisine alışık ve hâkim oldukları bir bölgedir. Supraklaviküler bölgede yumuşak doku, vasküler, nöral ve lenfatik yapılardan köken alan lezyonlar görülebilir. Ayırıcı tanılarında enfeksiyöz hastalıklar, primer veya metastatik lenfadenopatiler, konjenital lezyonlar, travmatik oluşumlar, benign ve malign tümörler düşünülmelidir¹. Bu bölge lezyonlarının büyük kısmı dışarıdan görülür. Cerrahi rezeksiyon vakaların çoğunda kür sağlar.

Olgular ve Yöntemler

Bu retrospektif çalışmada 1997–2007 yılları arasında supraklaviküler kitle tanısı ile tedavi edilen 17 vaka demografik özellikleri, teşhis yöntemleri, histopatolojik sonuçlar, tedavi yöntemleri,

morbidite ve mortalite açısından değerlendirildi. Metastatik lezyonlar çalışma dışı bırakıldı. Tüm cerrahi girişimler genel anestezi altında uygulandı.

Bulgular

Hastaların 13'ü (% 76) erkek ve 4'ü (% 24) erkekti. Yaşları 26 ile 80 arasında (ortalama 46,0±13,8) değişmekteydi. Tüm hastalarda ortak şikâyet supraklaviküler bölgede şişlikti. Ağrı vakaların 8'inde (%47) en sık görülen yakınmaydı, 2 vaka üst ekstremitede parestezi şikâyeti vardı. Fizik muayenede tüm hastalarda bu bölgede kitle ele gelmekteydi. Supraklaviküler kitle 9 vakada sağ, 8 vakada sol yerleşimliydi.

Akciğer grafisi, supraklaviküler ultrasonografi, ve bilgisayarlı tomografi tüm hastalarda rutin olarak kullanıldı (Şekil 1,2).

Tablo1. Hastaların özellikleri

Hasta no.	Yaş	Cins.	Sağ-R/ Sol-L	Boyut (cm)	Belirti ve bulgular	Preoperatif ek tetkikler (Akc. grf.,US,BT'ye ek)	Preoperatif ön tanı	Postoperatif tanı
1	40	K	R	6x6	A	Doppler US	Subklavian pseudoanevrizma	Aynı
2	34	K	L	4x3	A, K	---	Brankiyal kleft kisti	Torasik dukt kisti
3	31	E	R	4x4	P	---	Hemanjiyom	Aynı
4	55	K	R	5x4	----	---	Lipom	Miksoid liposarkom
5	39	E	R	6x7	A,H	---	Nörojenik kökenli	Schwannom
6	32	K	R	9x10	A, Pr, H	MR, EMG	Nörofibrom	Aynı
7	46	K	R	4x5	K	İİAB	Yok	Kavernöz lenfanjiyom
8	26	K	L	4x5	A,Pr, H	İİAB,MR	Yok	İnflamatuvar pseudotümör
9	44	K	R	11x7	A, H	İİAB, DSA	Yok	Masson hemanjiom
10	53	K	L	5x5	A, H	---	Nörojenik kökenli	Schwannoma
11	80	E	L	15x15	K	Serolojik testler	Servikomediastinal lokalizasyonlu kist hidatik	Cerrahi uygulanmadı
12	57	K	R	8x8	A, H	---	Lipom	Aynı
13	63	K	L	5x8	---	---	Lipom	Aynı
14	48	K	R	7x8	A, H	---	Lipom	Aynı
15	32	K	L	5x6	---	---	Lipom	Aynı
16	57	K	L	4x6	---	---	Lipom	Aynı
17	43	E	L	10x15	Palpitatio n	---	Servikomediastinal lokalizasyonlu lipom	Aynı

Kısaltmalar; A: ağrı, H: hassas kitle, K: kistik kitle, Pr: üst ekstremitede parestezi, İİAB: ince iğne aspirasyon biyopsisi, MR: manyetik rezonans görüntüleme



Şekil 6. Masson hemanjiomlu olguda tercih edilen kesinin görünümü

Tartışma

Supraklaviküler bölgede saptanan kitlelerin için ayırıcı tanıya yönelik sistematik bir yaklaşım ve tedavi planı uygulanmalıdır. Genç erişkinlerde inflamatuvar hadiseler ve benign lezyonlar daha sık görülmekteyken, 40 yaş üstü vakalarda malign durumlar öncelikle düşünülmelidir. Hikâye ve fizik muayene teşhisin temel taşıdır. Geçirdiği hastalıklar, travma hikayesi, eşlik eden semptomlar detaylı sorgulanmalıdır. Fizik muayenede kitlenin mobilitesi, sertliği, üfürüm olup olmadığı saptanmalıdır. Bu bölgede görülen kitlelerin çoğunun primer bir hastalığın ikincil belirtisi olduğu düşünülerek sistemik muayene mutlaka yapılmalıdır. Bu seriye supraklaviküler metastaz

yapan diğer pulmoner, mediastinal, gastrointestinal kökenli patolojiler dahil edilmemiştir.

Kitlelerin preoperatif ayırıcı tanısının yapılması önemlidir. Çünkü multidisipliner yaklaşım gerektirebilir ve bu da cerrahi başarıyı etkiler.

Birçok vakada yüzeysel ultrasonografi ve renkli Doppler US ilk teşhis yöntemi olarak kullanılabilir. Serimizde yüzeysel US tüm vakalarda rutin bir tetkik olarak ilk aşamada kullanıldı. Kistler, lipomlar, paraganliomlar, nörojenik tümörler ve lenfanjiyomlar karakteristik sonografik görüntüye sahiptir². Kistik bir lezyonun ayırıcı tanısında erişkinde timik kist, paratiroid kist, foregut kökenli kistler düşünülmelidir. Bu bölgede tiroid kolloid kistleri veya kistik guatr nadirdir. Tiroidin metastatik papiller karsinomu kistik olabilir fakat genelde heterojen bir yapısı vardır³. Sol taraf yerleşimli supraklaviküler kistler brankial klef kisti, malign bir tümörün kistik metastazi, lenfanjioma, kistik higroma, timus veya paratiroid kökenli olabileceği unutulmamalıdır⁴.

Düz grafiyer ayırıcı tanide nadiren faydalı olur. CT ve MR birçok vakada tanı koydurabilir. Bilgisayarlı tomografi serimizde tüm hastalarda çekildi ancak MR 2 hastada istendi.

İnce iğne aspirasyon biyopsisi bazı serilerde ilk teşhis yöntemi olarak tanımlanmıştır. Literatürde % 92,5'e ulaşan başarı bildirilmiştir³. İİAB hızlı güvenilir ve ekonomik olduğundan bu bölge için ideal teşhis olduğu belirtilmektedir⁵. Serimizde İİAB sadece 3 vakada yapılmış ancak tanı başarısı sağlanamamıştır.

Seride en sık görülen lezyon lipomdu. Lipom 35 yaş üzeri hastalarda sık görülür ve genellikle

asemptomatiktir. Ultrasonografide homojen bir eko paterni gösterir. CT de yağ-hava dansitesinde görülür, kitlenin uzanımları belirlenir ve MR görüntülemeye yağ baskılayıcı sekanslarda tanı konulur. Kesin tanı için patolojik inceleme gereklidir⁶. Bu tümörler benignidir, ancak göğüs kafesinde büyük boyutlara ulaşabilir⁷. Çevre dokulara bası oluşturabilir ve cerrahi eksizyon önerilir. 17 nolu vakamızda mediastene uzanım gösteren 10x15 cm boyutlarında lipom teşhis edilmiş ve cerrahi olarak total rezeksiyon uygulanmıştır.

Liposarkom erişkinde ikinci sıklıkta görülen yumuşak doku sarkomudur. Baş ve boyunda %5 görüldüğü ve supraklaviküler bölgede çok nadir yerleşim gösterdiği belirtilmiştir⁸. Lipoma ön tanısı ile total rezeksiyon yapılan vakada (No 4) patoloji sonucu miksoid liposarkom rapor edildi. Adjuvan tedavi önerilmedi ve hasta takibe alındı. Literatürde supraklaviküler sarkom çok nadirdir. Morse ve ark. yayınladıkları 1 vaka takdimi ile yaptığı derlemede total 4 vakayı bildirmiştir⁸. Total rezeksiyon ve temiz cerrahi sınırdaki yaşam beklentisi %100'dür.

Kronik böbrek yetmezlikli hemodializ için subklaviyan kateter girişiminden bir ay sonra bu bölgede şişlik ve sağ el parmaklarında his kaybı yakınmaları ile başvuran hastanın fizik muayenesinde bu bölgede çok sayıda iğne giriş yerleri saptandı. Yüzeysel US' de gri skala incelemede pseudo-anevrizma düşünülen hastaya renkli Doppler US de yapıldı. CT kısmi tromboz içeren subklaviyan arter anevrizmasını gösterdi. Cerrahi girişime supraklaviküler yaklaşımla başlandı ve buna sağ anterior torakotomi eklendi. Yalancı anevrizmadan hematoma boşaltıldı ve iğne giriş yeri primer olarak kapatıldı. Yakın anatomik ilişki nedeniyle bu tip bir anevrizma brakial plexusu basısına yol açabilir. Pleksustaki sinirlerin demyelinizasyonu öncesi kompresyon giderilirse nörolojik defisit görülmez⁹. Vakamızın takiplerinde nörolojik yakınmaları düzeldi.

Servikal bölgede yerleşim gösteren "torasik dukt" kistleri (TDK) çok nadir görülür. Literatürde toplam 16 vaka bildirilmiştir. TDK gelişim patogenezi bilinmemektedir. Bazı teoriler kanalin konjenital zayıflığı, inflamasyon, ateroskleroz, travma veya infeksiyon gibi nedenlerle edinsel dejenerasyonunu öne sürmüştür. Başka bir açıklama da lenf akışının tıkanması olabilir^{4,10}. Hastamızda ana semptom ağrıydı. 4 ayı aşkın bir süre içinde şişlik oluşumu hikâyesi vardı. US de kist saptandı. Literatürle uyumlu şekilde fistülizasyon ve enfeksiyon riski taşıdığından herhangi bir preoperatif invazif girişim yapılmadı. BT de sol taraflı 34x41 mm'lik iyi sınırlı homojen düşük dansiteli kist saptandı. Preoperatif olarak brankiyal kleft kisti olarak düşünüldü. Diseksiyonda kist içinde sarı beyaz renkli sıvı ve kanal ağzları saptandı. Bu bize dukt kisti olma ihtimalini

düşündürdü. Üç adet kanal ağzı teflon destekli dikişle kapatıldı. İçerikte yüksek miktarda yağ ve lenfosit saptandı. Bu vakada kesin tanı cerrahi ve biyokimyasal analizler sonunda konuldu.

İnflamatuvar pseudotümör terimi inflamatuvar/fibrozan bir tümöral oluşumu tanımlamak için kullanılır. Morfolojik olarak lezyon bir neoplaziyi taklit ederken klinik davranışı benign seyredir. Plazma hücre granülomu veya inflamatuvar miyo-fibroblastik tümör olarak da adlandırılır. Neden ve patogenezi halen belirsizliğini korumaktadır. Genellikle travma sonrası meydana gelen alışılmadık bir doku cevabı oluşumundan sorumlu tutulmaktadır¹¹. 26 yaşında bayan hastada sol supraklaviküler bölgede bulunan kitle için yapılan rutin tetkikler sonrasında İİAB yapıldı ancak tanısız olmadı. Cerrahi öncesi kitlenin en üst düzeyde değerlendirilmesi için MR çekildi. Kitle total olarak çıkarıldı ve tanı inflamatuvar pseudotümör olarak raporlandı. Postoperatif dönemde şikâyetleri gerileyen hastanın takibinde sorun yaşanmadı.

Boyun bölgesinde rastlanan nörojenik tümörler kranial, periferik veya otonomik sinir kökenlidir. Çoğunluğu benign olup en sık nörofibrom ve schwannomaya görülür. Kitle genellikle yavaş büyüme gösterir. Palpasyonda sinir uzun aksının diğer istikametine doğru mobil olabilir. Nörolojik semptomların genellikle görülmediği belirtilmiştir. Bu vakalarda preoperatif teşhis konulması önemlidir. Kitlenin köken aldığı sinir belirlenebilirse hastalar oluşabilecek bir nörolojik sekel konusunda uyarılabilir. Nörojenik tümörlerin eksizyonu için multidisipliner çalışma en iyi nörolojik sonucu sağlar. Ön tanı hastayı yapılacak gereksiz bir biyopsiden kurtarır. MR, schwannom ve nörofibrom ayırıcı tanısında kullanılabilir. Schwannomda sinir tümörün periferinde görülürken nörofibromda santral yerleşimdedir. Bunun bilinmesi cerrahi yaklaşım açısından teşkil eder¹².

Serimizde nörojenik tümörlerin tanıları preoperatif konulduğundan uygulanan multidisipliner yaklaşım ile başarılı sonuçlar alınmıştır.

Erişkinlerde kistik lenfanjiom çok nadir görülür. Konjenital bir kökeni olduğu kabul edilir ve travma veya infeksiyon sonucu "resting" hücrelerinin gecikmiş proliferasyonu etiyojik faktör olabilir¹³. 46 yaşında bayan hastada yüzeysel US ve CTde sağ supraklaviküler yerleşimli 4x5cm'lik kistik kitle saptandı. İİAB de kanlı seröz sıvı aspire edildi ve malign hücreye rastlanmadı. Total olarak eksize edildi. Kitle total olarak çıkarıldı. Patoloji kavernöz lenfanjiyom olarak rapor edildi. Literatürde lenfanjiyomlarda nüksün sık olduğu belirtilmiştir⁶.

İntravasküler papiller endotelial hiperplazi (Masson's hemanjiyomu) orta boylu venlerin lümeni içinde "exuberant endotelial proliferasyon" ile karakterize bir hastalıktır. 1923 yılında Masson

bu durumu bir neoplazi olarak tanımlamış olsada günümüzde travmatik vasküler stazi takip eden reaktif vasküler bir proliferasyon olarak kabul edilir¹⁴. 48 yaşında bayan hastada sağ supraklaviküler yerleşimli ve posteriora uzanım gösteren 8x9 cm'lik kitlenin rutin tetkiklere ek olarak yapılan DSA ve İİAB de tanıya ulaşılabilmesi üzerine supraklaviküler bölgeden başlayan skapula süperioruna yönelen vertikal insizyonla girilerek kitle total olarak çıkarıldı. Patoloji Masson Hemanjiomu olarak rapor edildi. Postoperatif dönemde komplikasyonsuz olarak taburcu edildi.

Hidatid kist vücudun her bölgesinde görülebilir. Mediastinal lokalizasyonlu ve supraklaviküler bölgeye uzanım gösteren 80 yaşındaki semptomsuz

Referanslar

1. Tracy TF, Muratore CS. Management of common head and neck masses. *Semin Ped Surg* 2007;16:3-13.
2. Gritzmann N, Hollerweger A, Macheiner P, Rettenbacher T. Sonography of soft tissue masses of the neck. *J Clin Ultrasound*. 2002;30:356-73.
3. Gupta N, Rajwanshi A, Srinivasan R, Nijhawan R. Pathology of supraclavicular lymphadenopathy in Chandigarh, North India:an audit of 200 cases diagnosed by needle aspiration. 2006;17:94-96.
4. Moesgaard L, Baerentzen S, Mirz F. Cervical thoracic duct cyst:a differential diagnosis of left supraclavicular swelling. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2007;264:797-799.
5. Ellison E, LaPuerta P, Martin SE. Supraclavicular masses:Results of a series of 309 cases biopsied by fine needle aspiration. *Head and Neck* 1999;239-2467.
6. McGuirt. The neck mass. *Med Clin North Am* 1999;83:219-234.
7. Ozpolat B, Ozeren M, Akkaya T, Yucel E. Giant lipoma of chest wall. *Eur J Cardiothorac Surg*. 2004 Aug;26(2):437.
8. Morse M, Bossen E, D'Amico TA, Williamson W, Jhonson R. Myxoid liposarcoma of the supraclavicular fossa. *Chest* 2000,117:1518-1520.
9. Hansky B, Murray E, Minami K, Kiirfer R. Delayed brachial plexus paralysis due to subclavian after clavicular fracture. *Eur J Cardiothorac Surg* 1993;7: 497-498.

erkek hastaya genel durum bozukluğu nedeniyle operasyon uygulanmadı. Literatürde bu bölgede lokalize kistlerin bazı semptomları oluşturduğu ve cerrahi sonuçlarının başarılı olduğu belirtilmiştir.

Özet olarak supraklaviküler kitlelere yaklaşımı, klinik özelliklerine teşhis ve tedavi yöntemlerine dikkat çekerek gözden geçirmek istedik. Bu kitleler benign veya malign farkı olmaksızın semptomatiktir ve birçoğunda radyolojik görüntüleme yöntemleri ile tanıya ulaşılabilir. Cerrahi rezeksiyon tedavide seçilen yöntemdir. Özellikle nörojenik kökenli tümörlerde total rezeksiyon için multidisipliner yaklaşım tercih edilmelidir.

10. Gottwald F, Iro H, Finke C, Zenk J. Thoracic duct cysts:a rare differential diagnosis. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2005;132:330-3.
11. Moran C, Suster S, Abbondanzo SL. Inflammatory pseudotumor of lymph nodes: a study of 25 cases with emphasis on morphological heterogeneity. *Human Pat* 1997; 28: 332-338.
12. Simon C. R. Dennis, Ranjit K. Mal: Supraclavicular Lump: Think Brachial Plexus Neurogenic Tumour. *The Internet Journal of Otorhinolaryngology*. 2005. Volume 4 Number 1).
13. Kim HS, Kim EA, Chung SM, Shin YR. Cystic lymphangioma: trauma may be a significant cause? *Int J Ped Otorhinolaryngol* 2007; 71: 1921-1923.
14. Hong SG, Cho HM, Chin HM, Park IY, Yoo JY, Hwang SS, Kim JG, Park WB, Chun CS. Intravascular papillary endothelial hyperplasia (Masson's hemangioma) of the liver: a new hepatic lesion. *J Korean Med Sci*. 2004 Apr;19(2):305-8.

Sorumlu Yazar:

Dr. Berkant ÖZPOLAT

Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi,

Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı.

Süleyman Demirel Araştırma ve Uygulama Hastanesi,

Sağlık Sokak, Fabrikalar Mahallesi,

71100, KIRIKKALE

e-posta: berkantozpolat@yahoo.com