

## Göğüs duvarında kistik higroma: nadir bir yerleşim yeri

### Cystic hygroma of the chest wall: a rare location

Ayşe Esin Kibar<sup>1</sup>, Bahar Çuhacı Çakır<sup>1</sup>, Tuğrul Tiryaki<sup>2</sup>, Nur Peltek<sup>1</sup>, Hacer Yılmaz<sup>1</sup>, Halil Atayurt<sup>2</sup>, Hasan Tahsin Çakır<sup>1</sup>

#### Olgu

26 yaşındaki annenin 4. gebeliğinden 3. yaşayan olarak, sezaryen ile zamanında 3 900 gr doğmuş olan 12 günlük kız bebek, doğumdan sonra saptanan sağ göğsünde kitle nedeniyle hastanemize sevk edildi. Soygeçmişinde anne-baba 1. derece akraba idi.

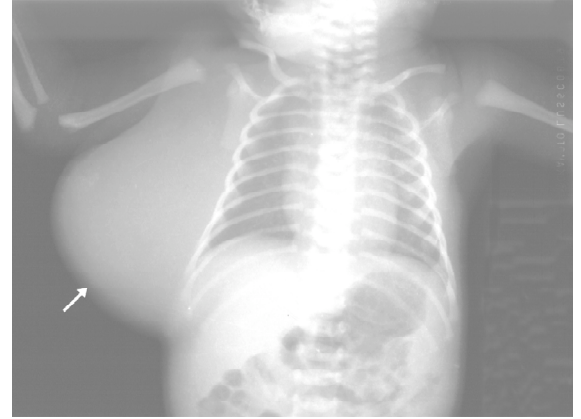
#### Fizik muayene

Sağ göğüs ön duvarından sağ koltuk altında subskapuler bölgeye uzanım gösteren 6x5,5x3,5 cm boyutlarında, polipoid görünümde, hareketli, hassas olmayan, düzgün sınırlı, yumuşak, yuvarlak cilt altı kitle vardı. Diğer sistem muayeneleri bulguları normal olarak değerlendirildi.

#### Laboratuvar bulguları

PA akciğer grafisinde sağ göğüs bölgesinde kitle görünümü dışında normaldi (Resim 1). Ultrasonografide deri altında çok sayıda çeşitli

büyükliklerde kist görüntümü mevcuttu. Deri altı yerleşim gösteren multikistik kitlenin olarak çıkarılması sonrasında yapılan histopatolojik inceleme lenfanjiyoma ile uyumlu bulundu. Cerrahi sonrası izlemde komplikasyon gözlenmedi.



<sup>1</sup> SB Ankara Dışkapı Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları

<sup>2</sup> SB Ankara Dışkapı Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Pediatrik Cerrahi

**Yazışma Adresi:** Dumlupınar Cad. Geçim Sok. Gökşin Apt. 16/9 Cebeci-Ankara

Ev Tel : (0312) 362 01 35 / Cep Tel : (0532) 549 09 65 / e-posta:eseresin@superonline.com

Alındığı tarih: 27.01.05, kabul tarihi: 30.06.05

Bu makale 21-24 Eylül 2004 48. Milli Pediatri Kongresinde Poster Olarak Sunulmuştur.

## Tanı ve tartışma

### *Resim 1: PA akciğer grafisi : Sağ göğüs bölgesinde kitle görünümü*

Kistik higroma (KH), ilk kez 1828'de Redenbacher tarafından tanımlanmıştır. Göğüs duvarında ise ilk kez 1959 yılında Fuller ve Conway tarafından yayınlanmıştır (2, 5, 7- 9). Etiolojide lenfatik sistemin anormal gelişimi sorumlu olsa da, bazı olgularda sonradan kazanılmış etmenlerin (travma, enfeksiyon, iyatrojenik, neoplastik) etkili olduğu gösterilmiştir (6).

Kistik higroma'ların %75'i boyun yan tarafında, %20'si koltuk altında, %5'i mediastinum, retroperitoneal bölge ve daha nadir olarak olgumuzda olduğu gibi göğüs duvarında yerleşim göstermektedir. Embriyonun 6. haftasında görünür hale gelen lenfatik sistemin santral sistemle birleşememesi sonucu meydana gelen lenfatik kesenin (kistik oluşum) venöz sistemle birleşmesi sonucu KH oluşmaktadır. Bu da, KH'ların neden fetal lenfatik keselerin olduğu hep aynı yerleşimde (servikal, mediastinal, retroperitoneal) meydana geldiğini açıklamaktadır (2). Lezyonun yerleşimi de yineleme, tam çıkarım ve/veya komplikasyonların (kanama, enfeksiyon ve vital bulgulara bası) varlığı nedeniyle önemlidir. Basit KH'da yineleme nadir görülürken, karmaşık olgularda bu oran %10-27 arasında saptanmıştır (5, 7). Kistik higromada sık kullanılan sınıflandırma; kapiller lenfanjiyoma veya lenfanjiyoma simplex, kavernöz lenfanjiyoma ve kistik lenfanjiyoma (kistik higroma)'dır. Hastalığın şiddetine göre bu 3 tip aynı hastada birlikte bulunabilmektedir (3, 6, 7, 10). Olgumuz ise KH (kistik lenfanjiyoma) ile uyumlu idi.

Kistik higroma, ilk 3 ayın geç döneminden 2. üç ayın erken dönemine kadar, nadir olarak da 3.üç aydan sonra gelişir ve bunların seyiri iyi olup yapısal anomaliler ve anormal karyotiplerle ilişkisi oldukça azdır. En sık birlikte olduğu anomali Turner sendromu'dur (%50-70). Bunun dışında ilişkili karyotip anomalileri; Down sendromu, trizomi 21, Klinefelter sendromu, kısmi trizomiler, kısmi monozomiler, translokasyonlar ve mozaizimlerdir. Olguların 2/3'ünde hamilelikte oligohidroamniyoz saptanmıştır (1, 7-8, 11). Olgumuzun prenatal ultrasonografi ve fizik muayene incelemeleri normaldi.

Kistik higroma'nın en belirgin özelliği kitlenin varlığıdır. Kistik higromaların %65-75'i doğumda tanı alırken, %80-90'ına 2-3 yaş civarında tanı konulmaktadır (4, 5, 7, 10).

Klinik olarak geniş, yumuşak, kistik kitleler şeklinde görülür. Ultrasonografide kistik görünümün baskın olduğu multiloküler kitlelerden oluşan septalar şeklinde görülür. Tomografi ve manyetik rezonans çevre dokuyla ilişkisini göstermektedir (5, 6). Olgumuzda doğumda saptanan göğüs ön duvarına yerleşim gösteren geniş, yumuşak ve multikistik kitle mevcuttur.

Ayırıcı tanıda lipoma, hemanjiyoma, brakiyal kist, triglossal kist, dermoid kist, timik kist, laringesel, tiroid kitleleri, birincil neoplastik hastalıklar (nöroblastom, rabdomiyosarkom), retrofaringeal abse, enfeksiyona ikincil lenfadenopati yer almaktadır (2, 3, 6, 8).

Tedavide lezyonun anatomik yerleşimine göre olgumuzda olduğu gibi erken dönemde cerrahi olarak çıkarılmasının önemli olduğu belirtilmiştir. Cerrahi olmayan tedavi seçenekleri radyoterapi, aspirasyon, sklerozan madde enjeksiyonu (bleomisin, OKT-432) ve CO<sub>2</sub> lazerdir. Bazı cerrahlar yakınlığı olmayan hastalarda konservatif yaklaşım önermektedir (1-3, 5, 12). Kendiliğinden gerilemesi nadirdir (2, 5, 13).

Sonuç olarak, bu olgu göğüs duvarına yerleşmiş KH'nın nadir bir olgu olması nedeniyle sunulmuştur. Ayrıca bu lezyonun selim olsa da, ciddi komplikasyonlara yol açabileceğinin hatırlanması önemlidir.

## Kaynaklar

1. Gallagher PG, Mahoney MJ, Gosche JR. Cystic hygroma in the fetus and newborn. *Semin Perinatol* 1999; 23: 341- 56.
2. Ardenghy M, Miura Y, Kovach R, et al. Cystic hygroma of the chest wall: A rare condition. *Ann Plast Surg* 1996; 37: 211- 3.
3. Yıldırım E, Dural K, Kaplan T, et al. Cystic lymphangioma: report of two atypical cases. *Interactive Cardiovascular and Thoracic Surgery* 2004; 3: 63- 5.
4. Wright CC, Cohen DM, Vegunta RK, et al. Intrathoracic cystic hygroma: a report of three cases. *J Pediatr Surg* 1996; 31: 1430- 2.
5. Fonkalsrud EW. Congenital malformations of the lymphatic system. *Semin Pediatr Surg* 1994; 3: 62- 9.
6. Kennedy TL, Whitaker M, Pellitteri P, et al. Cystic hygroma /lymphangioma: A rational approach to management. *Laryngoscope* 2001; 111: 1929- 37.
7. Orvidas LJ, Kasperbauer JL. Pediatric lymphangioma of the head and neck. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 2000; 109: 411-21.
8. Muensterer OJ. Index of suspicion. Case 2: Cystic Hygroma.

- Pediatrics in Review 2000; 21: 141- 3.
9. Brown RL, Azizkhan RG. Pediatric head and neck lesions. *Pediatr Clin North Am* 1998; 45: 889- 905.
  10. Kocher HM, Vijaykumar T, Koti RS, et al. Lymhangioma of the chest wall. *J Postgrad Med* 1995; 41: 89- 90.
  11. Sarin YK. Cystic hygroma. *Indian Pediatr* 2000; 37: 1139- 40.
  12. Papagiannopoulos K, Van Raemdonck DEM, De Boeck K, et al. Pediatric thoracic lymphangiomatosis: Is chest wall resection too radical ? *Ann Thorac Surg* 2004; 77: 695- 7.
  13. Shaughnessy WJ, Arndt CAS. Selim Tumors. In: Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB (eds). *Nelson Textbook of Pediatrics*. 16 th. ed. Philadelphia: Saunders Company, 2000: 1569.