

## Olgu Sunumu: Erişkin Hastada Submandibular Kistik Lenfanjiyom

“Case Report: Submandibular Cystic Lymphangiomas in The Adult”

Necla CİVELEK

Özel Park Hastanesi, K.B.B. Servisi, Afyonkarahisar

**ÖZET:** Lenfanjiyomlar esas olarak baş ve boyun bölgelerini etkileyen lenfatik kanalların konjenital malformasyonlarıdır. Bu lezyonlar genellikle iki yaş altı çocuklarda görülmektedir. Erişkin yaşlarda ise tablo oldukça nadirdir. Lenfanjiyomların %95'i boyunda ve aksiller bölgede gelişirken, geri kalanı mediasten, mezenter, omentum, retroperiton ve kemiklerde görülür. Bu bildiri; klinik, ultrasonografik ve BT incelemede ranula düşünülerek eksize edilen ve histopatolojik olarak kistik lenfanjiyom tanısı alan erişkin bir hastadaki olgu sunuldu.

**Anahtar Kelimeler:** Ranula, tümör, konjenital, aksiler, lenfanjiyom.

**ABSTRACT:** Lymphangiomas are the congenital malformations of the lymphatic ducts affecting mainly head and neck regions. These are usually seen in children younger than two years of age. Occurrence in adults is uncommon. Lymphangiomas mostly occurs in the neck and axillary zones (95%), but rarely in the mediastinum, mesenterium, omentum, retroperiton and bones. In this report, we present a case in the adult patient was described as ranula according to clinical examination, ultrasonographic and BT reports, and consequently it was totally excised according to clinical findings, however, it was certainly diagnosed as a cystic lymphangiomas by histo-pathological examination.

**Key Words:** Ranula, tumor, congenitaly, axillar, lymphangiomas.

### GİRİŞ

Lenfanjiomlar lenfatik sistemin nadir görülen konjenital proliferasyonudur. Sıklıkla çocuk yaşlarda tanı konulur. Erişkinlerde oldukça nadirdir. Baş ve boyun bölgesi en sık orijin aldıkları yerlerdir (2). Baş ve boyun lenfanjiyomları sıklıkla boyun, oral kavite mukozal yüzeyi ve özellikle dilde yerleşim gösterir (1). Tedavide ise tercih edilen ana yöntem total eksizyondur (2).

Bu olguda, erişkin bir hastada rastlanan submandibular kistik lenfanjiyom vakası sunuldu.

### OLGU SUNUMU

36 yaş erkek hasta, ağız içi ve submandibular bölgede çocukluk çağında başlayan ve bugüne değin yavaş ancak progresif büyüyen kitle ile kliniğe başvurdu. Hastanın baş-boyun muayenesinde submandibular bölgede; ağrısız, fluktuasyon veren, yumuşak kıvamlı, mobil, 30x20mm boyutunda kitle

saptandı (Resim 1). Olguda ağız içi kitlenin ise sublingual bölge yerleşimli, yumuşak ve klinik olarak ranula benzeri görünümü olduğu izlendi. Palpasyonda kitlelerin birbirleriyle bağlantılı olmadığı düşünüldü.

Genel durumu iyi olan olgunun laboratuvar incelemelerinde patoloji saptanmadı.

Boynun ultrasonografik incelemesinde; tiroid bez normal konum ve boyutlarda ve homojen parankim yapıda, sol submental/submandibular mesafede loküle/tortüoze karakterde, renk modunda intralezyonel vasküler aktivite içermeyen kistik lezyon belirlendi. 27x24mm ölçülen bu yapı tubuler tarzda submandibular hat boyunca kraniale uzanmaktaydı. Vaka ultrasonografik olarak ranula şüphesi ile rapor edildi (Resim 2).

Bilgisayarlı tomografide (BT), araştırma sahasına giren tiroid bezinin morfolojisi doğal izlenmiş olup, incelenen seviyelerde servikal zincire ait patolojik lenf nodu saptanmadı. Servikal ana vasküler yapılar tabii bulundu. Bununla birlikte, sol sublingual bölgeden anterior ağız tabanı yumuşak doku yapılarına doğru uzanan düzensiz sınırlı, 25x15mm boyunda, hipodens kistik alan izlendi.

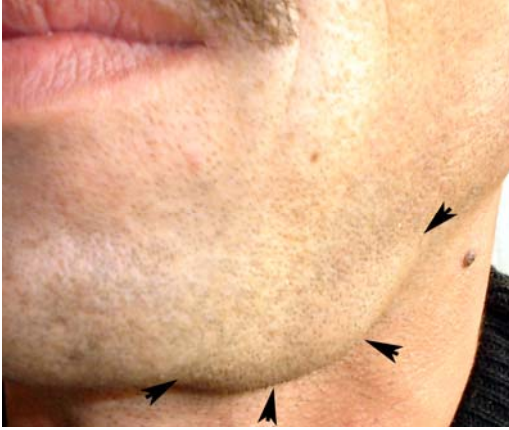
US ve BT farklı merkezlerde çekilmiş olup, farklı uzman hekimler tarafından yorumlanmıştır.

Her iki inceleme sonucunda da klinik görünümle örtüşür şekilde ranula şüphesi tanımlanmıştır.

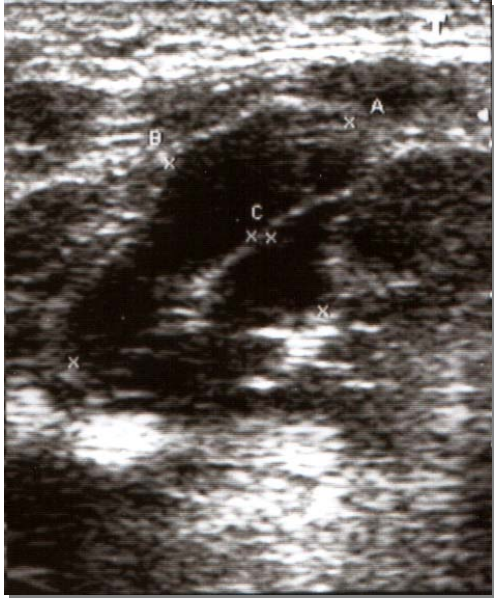
Operasyonda ağız içindeki, klinik olarak ranula düşünülen kitle, marsupialize edildi. Boyun US ve BT'de ranula şüphesi ile tanımlanan submandibular kistik kitle ise boyundan yaklaşılarak ağız tabanı seviyesine kadar takip edilerek tek parça halinde eksize edildi.

Patolojik incelemede, mikroskopik kesitlerde endotel hücreleri ile döşeli, dilate, kistik ve düzensiz görünümde vasküler yapılar ve fibröz stromada lipositler ile minimal lenfositik yangısal hücre infiltrasyonu izlenmiş olup, olgu *kistik lenfanjiyom* olarak tanımlandı.

Olguda, postop komplikasyon gelişmedi ve bir sene sonraki US'de nüks gözlenmedi.



**Resim 1.** Submandibular yerleşimli kitlesel oluşum



**Resim 2.** Ultrasonografik görünüm

## TARTIŞMA

Kistik lenfanjiyomlar sekestre lenfatik keselerden oluşurlar. Nadir gözlenen benign tümörlerdir (3,4). Lenfanjiyomun histogenezisi halen tartışmalı olmakla birlikte bazı araştırmacılar inflamasyon, travma ve dejenerasyon sonucu şilöz damarların obstrüksiyonundan dolayı akkiz orjinli olduğunu kabul etmektedir (5). Buna karşın, kistik lenfanjiyomun; embriyonik lenf sakı kalıntılarının proliferasyonu sonucu konjenital olarak geliştiği de rapor edilmiştir (5,6). Lenfanjiyomların ana lenfatik kanallar ile bağlantı kurmayı başaramayan sekestre lenfatik keselerden oluştuğu ise genel kanıdır (3,4).

Lenfanjiyomlar her yaşta görülebilmesine rağmen hastaların %50'si doğum sırasında, %90'ı yaşamın ilk iki yılında tanı alırlar. Erişkinlerde nadir olarak görülmektedir (2).

Hastalar, olgumuzda olduğu gibi yavaş büyüyen, asemptomatik, fluktuan, yumuşak doku kitlesiyle başvururlar (2). Bu kitleler, benign davranışlı oldukları ve yavaş büyüdükleri için genellikle belirti vermezler; fakat bazen solunum ve yutma güçlüğüne yol açabilirler (2,7). Olguların %75-80'inde bu lezyonlar boyun ve alt yüz bölgesinde yerleşmiştir (2,8,9) ve genellikle arka servikal üçgende yer alırlar (3). Kistik lenfanjiyom benign lezyon olmasına karşın ancak büyük boyutlara ulaşması halinde obstrüksiyon ve organ basılarına yol açabilir ve çevre yapılara invaze olabilir (5,6). Boyundaki kitle büyüdükçe doku planlarını silebilir ve hava yolu basısına neden olabilir (3).

Olgumuzda tanımlanan kitle hava yoluna bası yapacak büyüklükte değildi ve çevre dokulara invazyonu gözlenmedi.

BT ve US inceleme ile bu türdeki kistik lezyonların lokalizasyonunu, büyüklüğü, invazyon durumu, kalsifikasyon içerikleri ve total eksizyon olasılığı ortaya çıkarabilir. Bu avantajlarına rağmen bahsedilen yöntemlerle doğru tanının olguların ancak %24'ünde konabildiği rapor edilmiştir (5). Lezyon lipom, dermoid kist, brankiyal kist, triglossal kist, hemanjiyom gibi diğer yumuşak doku tümörlerinden ayrılmalıdır. Bu nedenle radyolojik inceleme gerekebilir (2).

Erişkin lenfanjiyomlarda spontan iyileşme beklenmez. Lenfanjiyom benign bir lezyon olmasına rağmen zaman içerisinde potensiyel problemlere yol açabileceği için tedavi edilmelidir (2). Tedavi için tam cerrahi eksizyon gereklidir (3). İnsizyon, drenaj ve mükerrer aspirasyonlar primer tedavi olarak kullanılmış, fakat rekürrensler ve enfeksiyonlar bu metodların etkili olmadığını göstermiştir. Sklerozan

ajanlar araştırılmış, skar oluşumu, komşu vital organlara muhtemel hasar gibi oldukça fazla yan etkileri bildirilmiştir (2).

Olgumuzda ağız içindeki kitlenin görünümü ve boyunun radyolojik incelemelerinde ranula ön tanısı olması nedeniyle kitle ağız içinden marsupialize edildi, girişim sonucunda boyundaki kitlede bir değişiklik olmadı ve submandibuler bölgedeki kitleye boyundan yaklaşılarak total olarak eksize edildi.

Sunulan olguda, ön tanı olarak ranula düşünüldü. Ranula; ağız tabanında yerleşen, sublingual glanddan gelişen, açık mavi renkli, translüsen kistik bir oluşumdur (10). Servikal ranula ya da diğer ismiyle plunging ranula sublingual mesafeyi aşır, submandibüler mesafe ve komşu bölgelere uzanan ekstravazasyon kisti olarak tanımlanmaktadır (11). Vakamızda klinik, ultrasonografik ve BT görüntülemesinde ranula şüphesi mevcutken, histopatolojik inceleme sonucu olgunun submandibular yerleşimli kistik lenfanjiyom olduğu tespit edilmiştir. Operasyon sırasında kitlenin kistik görünümü ve yoğun dansitesi de bahsedilen patoloji raporunu desteklemektedir.

### SONUÇ

Lenfanjiomlar ender rastlanan benign lezyonlardır. Anamnez, fizik muayene, görüntüleme yöntemleri kullanılarak tanı konulur. Genellikle çocukluk yaşta tanı alırlar. Erişkin yaşta görülmesi nadir olmakla birlikte servikal kitlelerde ayırıcı tanıda akılda tutulmalıdır. Tercih edilen tedavi yöntemi total cerrahi eksizyondur.

### KAYNAKLAR

1. Bailey BJ(Editör). Head and Neck Surgery-Otolaryngology. In: Maves MD, Stevens C. Vascular tumors of the head and neck. 3üncü Baskı, Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 2001: 1563.
2. Çelenk F, Ceylan A, Köybaşıoğlu A, Gönül I. Erişkin Hastada Servikal Kistik Lenfanjiom: Olgu Sunumu. KBB Forum, 2006; 5(1): 62-65.
3. Tekşam M, Özyer U, McKinney A, Kırbaş İ. Fetal Servikal Kistik Lenfanjiyomda MR Görüntüleme ve Ultrasonografinin Antepartum Tedavi Planlamasındaki Yararlılığı. Diagn Interv Radiol, 2005; 11: 87-89.
4. Borecky N, Gudinchet F, Laurine R, Duvuisin, B, Hohlfeld J, Schnyder P. Imaging of cervico-thoracic lymphangiomas in children. Pediatr Radiol, 1995; 25: 127-130.
5. Cihangiroğlu M, Kazez A, Özercan İ, Serhatlıoğlu S. Yenidoğanda Retroperitoneal Kistik Lenfanjiyom. Tanısal ve Girişimsel Radyoloji, 2001; 7: 588-591.
6. Nuzzo G, Lemmo G, Trischitta MM, Boldrini G, Giovannini I. Retroperitoneal cystic lymphangioma. J Surg Oncol, 1996; 61: 234-237.
7. Aslan İ, Başarer N, Yenice H, Yazıcıoğlu E, Başaran B. Postpubertal parotis lenfanjiomları. KBB ve Baş Boyun Cerrahisi Dergisi, 2000; 8(3): 226-229.
8. Iyer R, Eftekhari F, Varma D, Jaffe N. Cystic retroperitoneal lymphangioma: CT, ultrasound and MR findings. Pediatr Radiol, 1993; 23: 305-306.
9. Nuzzo G, Lemmo G, Trischitta MM, Boldrini G, Giovannini I. Retroperitoneal cystic lymphangioma. J Surg Oncol, 1996; 61: 234-237.
10. Batsakis JG, McClatchey KD. Cervical ranulas. Ann Otol Rhinol Laryngol, 1988; 97(5): 561-562.
11. Davison MJ, Morton RP, McIvor NP. Plunging ranula: clinical observations. Head Neck, 1998; 20(1): 63-68.

