

Olgu sunumu / Case report

TEDAVİYE YANIT VERMEYEN KABAKULAK: KİSTİK HİGROMA OLGUSU

Ahmet İbrahim Kurtođlu*, Murat Tutañç*, Hanifi Bayaroğulları**, Vefik Arıca*, Fatmagül Başarslan*.

* Mustafa Kemal Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD, Hatay.

** Mustafa Kemal Üniversitesi Radyodiagnostik AD, Hatay.

Geliş Tarihi / Received: 13.10.2010, Kabul Tarihi / Accepted: 24.11.2010

ÖZET

Konjenital lenfatik malformasyon olan kistik higroma, çoğunlukla servikal bölge yerleşimli olup kistik lenfanjiyom olarak da adlandırılır. Oluşumu hakkında brankiyal yapıların inkomplet kapanması, lenf nodunda tükrük bezi inklüzyonu veya her iki durumun birlikte rol oynadığı iddia edilmektedir. Ayırıcı tanıda; tüberküloz lenfadenit, lipoma, kistik higroma, metastatik tümörler, lenfoma, süpüratif lenfadenitler, hemanjiom, lenfanjiom, laringesel ve ranulanın dikkate alınması gerekir. Tedavisi, cerrahi eksizyondur. Bu çalışmada kulak altında kitle şikâyeti ile kabakulak tedavisi gören fakat iyileşmeyince yanlış tanı aldığı fark edilip sevk

edilen bir vakayı sunduk. Hastanın manyetik rezonans görüntülemesi yapıldı. Kistik higroma ile uyumlu kitle saptandı ve cerrahiye sevk edildi.

Anahtar Kelimeler: Kistik higroma, kabakulak, lenfatik malformasyon

MUMPS NOT RESPOND TO TREATMENT: A CASE OF CYSTIC HYGROMA

ABSTRACT

Cystic hygroma named as cystic lymphangioma is a congenital lymphatic malformation and usually located in the cervical location. They are clinically apparent in late childhood or early adulthood. Theories have been proposed regarding the incomplete obliteration of branchial structures or salivary gland inclusion in lymph nodes or together. The clinical differential diagnoses of these lesions include tuberculous lymphadenitis, lipoma, lymphoepithelial cysts, metastatic neoplasms, lymphomas, suppurative lymphadenitis, hemangioma, lymphangioma, laryngocele and ranula. The treatment is surgical excision. In this study, we present a case of incorrect diagnosis. Patient whose mass under the ear treated as mumps. But the patient did not respond to treatment. The patient was so referred. Magnetic resonance imaging of the patient were performed. Mass was compatible with cystic hygroma and was referred for surgery.

Key words: Cystic hygroma, mumps, lymphatic malformation

Giriş

Kistik higromalar (KH), lenfanjiyomların en sık formunu oluştururlar. 1/6000 gebelikte görülen bu patolojinin lokalize ve yaygın formları vardır. Etiyolojiden lenfatik sistemin anormal gelişimi sorumlu olsa da, bazı olgularda sonradan kazanılmış etmenlerin (travma, enfeksiyon, iyatrojenik, neoplastik) etkili olduğu gösterilmiştir (1). Özellikle arka kesiminde olmak üzere en sık boyun bölgesinde (%75) görülürken, toraksa, aksiller bölgeye, abdomene, skrotuma ve kemiklere de uzanabilirler (2,3). Temel patoloji juguler venle lenfatikler arasında oluşması gereken bağlantıların olmamasıdır. Ancak bazı olgularda spontan gerileme bildirilmektedir (4). KH' ların %75' i boynun 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 birleşmemesi 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 (5). 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 (6,8). KH'nın en belirgin özelliği kitlenin varlığıdır. KH' ların %65-75' i doğumda tanı alırken, %80-90' ına 2-3 yaş civarında tanı konulmaktadır (7,11).

Olgu

Son bir aydır şikâyeti olmayan 5 yaşındaki erkek hasta, kulak altında şişlik şikayeti ile başvurduğu merkezde kabakulak teşhisi alarak tedavi görmüş. Ateşi, gece terlemesi, yutma güçlüğü ve kilo kaybı olmamış. Etrafında kabakulak geçiren olgular varmış. Tedaviden fayda görmeyen hasta sevk edilmiş. Poliklinikte görülen hastanın yapılan muayenesinde 6x4 cm. palpe edilen ağrısız kitlesi mevcuttu. Ultrasonografik görüntülemeye parotis lojunda kistik kitle görüntüsü saptandı. Önerilen boyun manyetik rezonans görüntüleme (MRG) ile sağ parotis bezini tamamen kaplayan septalı kistik lezyon saptandı (Figür 1a-b). KH tanısı alan hasta cerrahiye sevk edildi.

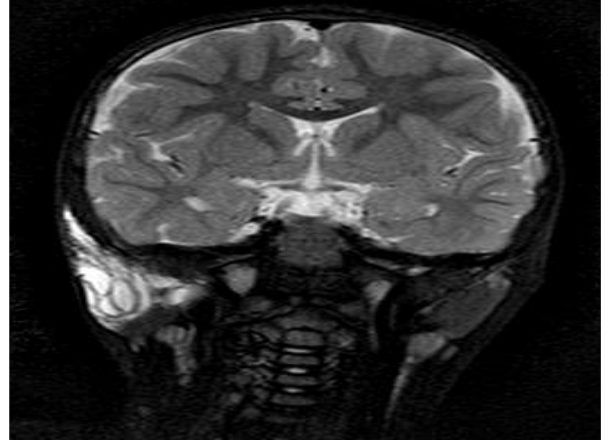
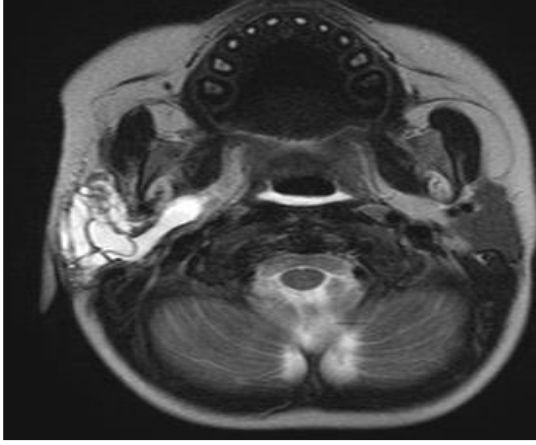
Tartışma

Kistik lenfanjiyom olarak da adlandırılan KH, özellikle boynun arka tarafında servikal lenfatik damarlarla juguler venöz sistem arasındaki bağlantının oluşmamasına bağlı olarak gelişen konjenital bir malformasyon olup spontan abortuslarda 1/200 sıklıkta bulunur (12). Kabakulak hastalığının genel belirtileri arasında ateş, iştahsızlık, bitkinlik ve baş ağrısı olup, bunları tükrük bezlerinin şişmesi ve hassasiyeti izler. Kulağa yakın olan tükrük bezlerinden biri veya her ikisi en çok etkilenen bezlerdir (13,14).

Konjenital lenfatik malformasyon olan lenfanjiyomlar en çok baş, boyun ve aksillada yerleşmekle birlikte lenfatik sistemin geliştiği herhangi bir yerde oluşabilirler. Bu lezyonlar çevre anatomik yapıları çevreleyip zaman zaman invaze etmekle birlikte malignite potansiyeli taşımazlar (15). KH'lar büyük, genişlemiş lenfatik keselerden; kavernöz ve kapiller lenfanjiyomlar daha küçük lenfatik kanallardan oluşur (15). Bizim olgumuzda da septalı kistik lezyonlar vardı. KH' ların %75'i boynun yan tarafında, %20' si koltuk altında, %5'i mediastinum, retroperitoneal bölge ve daha nadir olarak göğüs duvarında yerleşim göstermektedir (16). Bizim vakamızda kitle parotis lojunda idi. Yavaş büyüme gösterebilirler

ancak kist içine hemoraji, inflamasyon, eşlik eden solunum yolu enfeksiyonu veya travma varlığında ani büyüme gösterebilirler (17). KH'lar tipik sonografik görünüm özelliklerine sahip olup değişik kalınlıkta septalar içeren multiloküler kistik kitleler şekline izlenirler. Kist içine hemoraji olduğunda MRG' de olduğu gibi kist içinde hemorajik komponentin inferiorda olduğu sıvı-sıvı seviyesi izlenebilir (18). Bizim olgumuzda da kistik septalı ve hemorajik görüntüleme özellikleri vardı.

Parotiste kitle imajı veren kabakulak hastalığının lokal ve sistemik diğer bulguları mutlaka sorgulanmalıdır. Bu kitleye sahip hastaya kabakulak tanısı koymak için kabakulak hastalarına temas öyküsü tanı için yetersiz görülmelidir. Şüpheli olgularda mutlaka gerekli görüntülemeler yapılmalıdır.



Figür 1a - 1b: T2 ağırlıklı aksiyel ve koronal MRG kesitlerinde; sağ parotis bezini kaplayan septalı kistik lezyon (KH).

Kaynaklar

1. Kennedy TL, Whitaker M, Pellitteri P, et al. Cystic hygroma / lymphangioma: A rational approach to management. *Laryngoscope* 2001; 111: 1929- 37.
2. Dahnert W. *Radiology review manual*. 3th ed. Baltimore: Williams – Wilkins 1996; 285.
3. Zanotti SD, LaRusso S, Coulson C. Prenatal sonographic diagnosis of axillary cystic lymphangiomas. *J Clin Ultrasound* 2001; 29: 112-5.
4. Toi A. The fetal face and neck. In: Rumack CM, Wilson SR, Charboneau JW. *Diagnostic ultrasound*. 2th ed. St. Louis: Mosby 1998; 1247-48.
5. Ardenghy M, Miura Y, Kovach R, et al. Cystic hygroma of the chest wall: A rare condition. *Ann Plast Surg* 1996; 37: 211.
6. Orvidas LJ, Kasperbauer JL. Pediatric lymphangioma of the head and neck. *Ann Otol*

Rhinol Laryngol 2000; 109: 411-21.

7. Muensterer OJ. Index of suspicion. Case 2: Cystic Hygroma. A. Esin Kibar. Ayın olgusu: Göğüs duvarında KH Pediatrics in Review 2000; 21: 141- 3.
8. Sarin YK. Cystic hygroma. Indian Pediatr 2000; 37: 1139-40.
9. Wright CC, Cohen DM, Vegunta RK, et al. Intrathoracic cystic hygroma: a report of three cases. J Pediatr Surg 1996; 31: 1430- 2.
10. Fonkalsrud EW. Congenital malformations of the lymphatic system. Semin Pediatr Surg 1994; 3: 62- 9.
11. Kocher HM, Vijaykumar T, Koti RS, et al. Lymhangioma of the chest wall. J Postgrad Med 1995; 41: 89- 90.
12. Fleischer AC, Manning FA, Jeanty P, Romero R. Sonography in obstetrics and gynecology. 5th ed. London: Appleton Lange, 1996; 393-394.
13. American Academy of Pediatrics [Mumps]. In: Pickering LK, Baker CJ, Long SS, McMillan JA, eds. Red Book: 2006 Report of the Committee on Infectious Disease. 27th ed. Elk Grove Village, IL: American of Pediatrics 2006: 464-8.
14. Gupta RK, Best J, McMahan E. Mumps and the UK epidemic 2005. BMJ 2005; 330: 1132- 5.
15. Zadvinskis DP, Benson MT, Kerr HH, et al. Congenital malformations of the cervicothoracic lymphatic system: embryology and pathogenesis. RadioGraphics 1992; 12: 1175-89.
16. Kibar AE, Çakır BÇ, Tiryaki T ve ark. Göğüs duvarında kistik higroma: Nadir bir yerleşim yeri. Türk Pediatri Arşivi 2005; 40: 241-3.
17. Emery PJ, Bailey CM, Evans JNG. Cystic hygroma of the head and neck. J Laryngol Otol 1984; 98: 613-9.
18. Cohen MD, Edwards MK. Magnetic resonance imaging of children. Philadelphia: Decker 1990; 758.