

ÇOCUKLUK YAŞ GRUBUNDA BOYUN LEZYONLARI: 49 OLGUNUN ANALİZİ

Bülent Akçora*, Ali Şafak Dağlı**, Ertap Akoğlu***, Şemsettin Okuyucu****, Sibel Hakverdi*****, Mehmet Emin Çelikkaya*****

* Yrd. Doç. Dr. Mustafa Kemal Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı, Hatay.

** Prof. Dr. Mustafa Kemal Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı, Hatay.

*** Doç. Dr. Mustafa Kemal Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı, Hatay.

**** Yrd. Doç. Dr. Mustafa Kemal Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı, Hatay.

***** Yrd. Doç. Dr. Mustafa Kemal Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Hatay.

***** Asist. Dr. Mustafa Kemal Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı, Hatay.

Geliş Tarihi: 24.04.2010, Onay Tarihi: 05.05.2010

ÖZET

Amaç: Boyun, zengin lenfatik yapısı nedeniyle inflamatuvar ve neoplastik hastalıklar tarafından sıkça tutulan bölgelerden birisidir. Ayrıca konjenital lezyonlar da çocukluk yaş grubunun önemli kitlesel lezyonlarıdır. Bu çalışmanın amacı hastanemizde boyun lezyonları nedeniyle opere edilen olguların geriye dönük olarak analiz edilmesiydi.

Gereç ve Yöntem: Hastanemiz Çocuk Cerrahisi ve Kulak Burun Boğaz kliniklerince 2005-2010 yılları arasında boyun lezyonları nedeniyle cerrahi girişim yapılan pediatrik yaş grubundaki 49 hasta geriye dönük olarak incelendi.

Bulgular: Verilerine ulaşılabilen 49 hastaların 29'u erkek (% 60), 20' kız (%40) ve ortalama yaşları 7,2 (1-18 yaş) idi. Hastalarda en sık saptanan patolojiler tiroglossal kist (%22,4), nonspesifik lenfadenopati (%16,4), brankial kist (%16,4) ve lenfomalar (%12,2) idi.

Sonuç: Literatür ile uyumlu olarak konjenital ve inflamatuvar lezyonlar en sık ameliyat gerektiren patolojilerdi. Sadece solid lezyonlar göz önüne alındığında lenfomaların %24 gibi yüksek oranlara ulaştığı saptandı. Olgularımız içindeki kistik özellikteki yapılar, çoğunluğunu konjenital lezyonların oluşturduğu, benign lezyonlardı. Sonuç olarak özellikle tıbbi tedaviye yanıtız solid lezyonlarda malignite olasılığını ekarte etmek için gecikmeden kitle eksizyonu yapılmasını önermekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Boyun kitleleri, çocuk, konjenital, malign

SUMMARY

Aim: Neck, because of its rich lymphatic structure, is one of most common regions where inflammatory and malignant diseases are frequently encountered. Congenital lesions of the neck are also important in pediatric ages. We aimed to make retrospective analysis of patients operated with cervical pathology in our hospital.

Material and Method: Forty-nine child with a cervical lesion who operated in department of Pediatric Surgery and Oto-Rhino-Laryngology of our hospital between 2005 and 2010, were reviewed retrospectively.

Result: 29 male (60%) and 20 female (40%) child with 7,2 mean age (1-18) were included the study. Thyroglossal cyst (22,4%), inflammatory lymphadenitis (16,4%), brachial cyst (16,4%) and lymphoma (12,2%) were the most common diagnosis.

Conclusion: Congenital and inflammatory conditions were most common lesions which required surgical intervention in our patients, as in the literature. When all solid lesions were considered, lymphomas constituted as high as 24%. Cystic lesions detected in our patients were benign lesions most of which were congenital. For conclusion, we suggest excisional surgery without delay, in order to rule out possibility of malignancy.

Key words: Neck mass, child, congenital, malignant.

İletişim Adresi:

Dr. Bülent Akçora, Mustafa Kemal Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Cerrahisi AD. Serinyol /Hatay,
E-mail: bakcora@hotmail.com, Tlf: 0 326 229 10 10

ÇOCUKLUK YAŞ GRUBUNDA BOYUN LEZYONLARI: 49 OLGUNUN ANALİZİ

Çocukluk yaş grubunda boyun lezyonları sık karşılaşılan patolojilerdir. En sık etyolojik nedenler konjenital ve inflamatuvar lezyonlardır. (1). Çocuklarda konjenital kistik lezyonlar en sık cerrahi eksizyon gerektiren patolojileri oluştururlar. Özellikle solid özellikteki lezyonların malignite potansiyeli taşınması nedeniyle sistematik şekilde değerlendirilmesi bir zorunluluktur (2, 3). Bu çalışmada hastanemizde boyun lezyonları nedeniyle opere edilen hastaların literatür bilgileri eşliğinde değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Mustafa Kemal Üniversitesi Hastanesi, Çocuk Cerrahisi ve Kulak Burun Boğaz kliniklerinde 2005-2010 yılları arasında boyun lezyonları nedeniyle cerrahi girişim yapılan pediatrik yaş grubundaki 49 hasta geriye dönük olarak incelendi. Preoperatif tanı yöntemi olarak fizik muayene, ultrasonografi (USG), gerektiğinde bilgisayarlı tomografi (BT) veya manyetik rezonans (MR) görüntüleme yöntemleri kullanılmış olup kesin tanı, ameliyat bulguları ve çıkarılan parçanın histopatolojik olarak incelenmesiyle konuldu. Tiroglossal kist tanılı hastalarda Sistrunk ameliyatı, tortikollis olgularında sternokleidomastoid kasının cerrahi olarak kesilmesi, diğer lezyonlarda ise kitlenin total olarak çıkarılması işlemi uygulandı. Elde edilen veriler tanımlayıcı istatistik yöntemleriyle değerlendirildi.

BULGULAR

Ortalama yaşları 7,2 olan (1-18 yaş) 49 hastanın verilerine ulaşılabildi. Hastaların 29'u erkek (% 60), 20'si kız (%40) idi. Tablo 1'de saptanan patolojiler ve olguların ortalama yaşları görülmektedir. En sık saptanan patolojiler tiroglossal kist (%22,4), nonspesifik lenfadenopati (%16,4), brankial kist (%16,4) ve lenfomalar (%12,2) idi.

TARTIŞMA

Boyun lezyonları tüm yaş gruplarında sıkça rastlanan patolojilerdir. Genel olarak, konjenital, inflamatuvar ve neoplastik olmak üzere üç ana kategoride sınıflandırılabilirler. Çocukluk yaş

grubunda konjenital ve inflamatuvar tipteki lezyonlar daha çok görülürken, özellikle 40 yaşın üzerindeki erişkinlerde neoplastik lezyonlarla daha sık karşılaşılır (1-3).

Boyun kitlesi yakınması ile polikliniğe getirilen çocuklarda en sık saptanan bulgu lenf bezlerine ait büyümedir (1,3). Ancak hastaların çoğunda bu lezyonların sebebi viral veya bakteriyel enfeksiyonlar olduğu için tıbbi tedaviyle veya spontan olarak normal boyutlara dönerler. Bu yüzden, inflamatuvar lenfadenitin cerrahi olarak eksizyonunu gerektirecek hasta sayısı bu başvuruların küçük bir kısmını kapsar. Bizim olgularımızda da tıbbi tedaviye yanıtız hastalardan 14'ünde irileşmiş lenf bezleri eksize edilmiş olup, bunların 8 tanesinde nonspesifik lenfadenit saptanırken 6 tanesinde lenfoma tanısı konulmuştur. Her ne kadar, çeşitli yayınlarda pediatrik boyun lezyonları erişkin yaş grubuyla kıyaslandığında neoplastik lezyonlar daha az olarak bildirilmiş olsa da, sadece solid lezyonlar açısından bakıldığında, çocuklarda da malignite insidansının oldukça yüksek olduğu görülür (3,4). Torsiglieri ve ark.'nın 466 vakalık çocuk hasta serisinde, kistik lezyonlar dışlandığında, kalan hastaların yaklaşık ¼'ünü malign lezyonlar oluşturur (3). Benzer şekilde bizim olgularımızda da 25 adet solid lezyondan 6 tanesinde (%24) lenfoma saptanmıştır. Bu sonuçlar solid boyun kitlelerinin değerlendirilmesinde gerekli özenin gösterilmesini zorunlu kılar. Genellikle kitlenin boyutuyla malignite arasında doğrusal bir ilişki olmadığı bildirilmiş olsa da lenfomalar bazen ileri derecede büyümüş ve pake oluşturmuş lenf nodülleri şeklinde karşımıza çıkabilir. Resim 1'de lenfoma saptanan hastalarımızdan birine ait BT kesiti görülmektedir.

Çocukluk yaş grubunda en sık cerrahi eksizyon gerektiren boyun lezyonları ise tiroglossal kist, brankial kist, dermoid kist gibi konjenital kökenli anomalilerdir. Bunlar tüm boyun lezyonlarının %54'ünü oluştururlar. Tiroglossal kistler en sık görülen tipidir ve fizik muayenede boyun orta hatta yer alan, yutkunmakla hareket eden lezyonlar şeklinde karşımıza çıkarlar. Boyun orta hat lezyonları içinde dermoid kistler ikinci sıklıkta yer alır. Yerleşim yeri tiroglossal kistlere benzediği için preoperatif olarak ikisinin ayırımı güçtür (1-3). Dermoid kistlerin içi epitelle döşeli olup kıl, kıl folikülü, sebace bezler gibi epidermal yapılar içerirler. Brankial kistler ise daha lateral

yerleşimlidir. Genellikle fizik muayene ve USG ile tanı konulur, nadiren BT, MR veya sintigrafik tetkik gerekebilir (4,5). Enfeksiyon, malignensi potansiyeli ve kozmetik nedenlerle cerrahi olarak çıkarılmaları gerekir. Tiroglossal kistlerin eksizyonunda hyoid kemik korpusunun da kist traktı ile birlikte çıkarıldığı Sistrunk ameliyatı yapılmalıdır (2,3). Serimizdeki hastalardan bir tanesini, başka bir merkezde opere edilmiş olan, ancak hyoid kemiğe dokunulmadığı için ikincil ameliyat gerektiren bir olgu oluşturmaktaydı. Serimizdeki tüm tiroglossal kistlere Sistrunk ameliyatı uygulanmıştır.

Kistik lenfatik malformasyonlar lenfatik sistemin embriyolojik gelişimindeki anomalilerine bağlı olarak gelişirler. Lezyonların çoğunluğu (%75-90) baş- boyun bölgesinde görülür (6). Tedavi lezyonun klinik bulgularına, büyüklüğüne ve komplikasyonlarının varlığına bağlıdır. Lokalize lenfanjiomlarda tedavi genellikle cerrahi eksizyondur (1-5). Bizim olgularımızdan iki tanesinde 4,5 ve 5 cm çapında düzgün sınırlı lenfanjiom saptanmış ve lezyonlar total olarak çıkarılmıştır.

Baş ve boyun bölgesini tutan bir başka patolojide pilomatriksomadır. Bu tümör (Malherbe'nin kalsifiye epitelyoması) genellikle baş-boyun bölgesini tutan, kıl follikülünün matriksinden köken alan, benign, kalsifiye adneksal özellikte ve nadir görülen bir tümördür (7). Bizim serimizde de servikal yerleşimli, 2 cm çaplı, preoperatif olarak lenfadenopatiden ayırımı yapılamayan bir kitle olarak eksize edilmiştir histopatolojik olarak pilomatriksoma tanısı almıştır. Buna ilaveten boyun bölgesinde nadir olarak görülen, histolojisi hamartomatöz ve fibrohistiyositik lezyon olarak rapor edilen birer olgumuzda da total eksizyon sonrasında herhangi bir sorunla karşılaşmamıştır.

Sonuç olarak, çocukluk çağında kistik yapıdaki boyun lezyonlarının çoğunluğunun benign karakterde, solid lezyonlarının ise önemli oranda malign potansiyele sahip olduğu akılda tutulmalı ve tanıda gecikme olmaması için sistematik bir yaklaşım planlanmalıdır.

AÇIKLAMALAR

Resim 1. Histopatolojik olarak Hodgkin lenfoma saptanan hastamızın pake yapmış lenf bezlerinin BT görünümü.



Tablo 1. Opere edilen boyun lezyonlarının sayı ve yaş dağılımları.

Boyun Lezyonu	Hasta Sayısı	Oran (%)	Yaş (ortalama)
Tiroglossal Kist	11	22,4	6,6
Nonspesifik Lenfadenit	8	16,4	6,2
Brankial Kist	8	16,4	8,1
Lenfoma	6	12,2	7,2
Epidermal Kist	5	10,2	4,8
Sialoadenit	2	4,1	12,5
Lenfanjiom	2	4,1	4,5
Abse	2	4,1	6,0
Tortikollis	2	4,1	8,5
Hamartomatöz Lezyon	1	2,0	2
Fibrohistiyositik Reaksiyon	1	2,0	11
Pilomatriksoma	1	2,0	11
Toplam	49	100,0	7,2

KAYNAKLAR

1. Brown RL, Azizkhan RG: Pediatric head and neck lesions. *Pediatr Clin North Am* 1998; 45:889-905.
2. Başaklar AC. *Bebek ve Çocukların Cerrahi ve Ürolojik Hastalıkları*. 1. Baskı, Ankara: Palme Yayıncılık, 2006: 2065-2084.
3. Torsiglieri AJ Jr, Tom LW, Ross AJ 3rd, Wetmore RF, Handler SD, Potsic WP. Pediatric neck masses: guidelines for evaluation. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 1988 Dec;16(3):199-210.
4. Yıldırım M, Oktay MF, Topçu İ, Meriç F. Boyun Kitleleri: 420 Olgunun Retrospektif Analizi. *Dicle Tıp Dergisi*. 2006; 33: 210-214.
5. Turkington JR, Paterson A, Sweeney LE, Thornbury GD. Neck masses in children. *Br. J. Radiol*. 2005;78: 75-85.
6. Mulliken JB, Fishman SJ, Burrows PE. Vascular anomalies. *Curr. Probl. Surg*. 2000; 37: 517-584.
7. Babakurban Türkoğlu S, Koçer NE, Erkan AN. Parotis bölgesinde pilomatriksoma: Vaka sunumu. *Fırat Tıp Dergisi*. 2009;14: 224-227.