

OLGU SUNUMU

Servikal lenfoepitelyal kist: Olgu sunumu

A case of cervical lymphoepithelial cyst

Dr. Alper Nabi ERKAN,¹ Dr. Filiz AKA BOLAT,² Dr. İsmail YILMAZ,¹ Dr. Fikret KIROĞLU¹

Lenfoepitelyal kistler etyolojisi tam olarak bilinmeyen, genellikle benign karakterli, nadiren malignite gösteren kistlerdir. Boyun lateralinde görülen bu kistlerin tanısı esas olarak histopatolojik inceleme ile konur. Total eksizyon tedavide esas yöntemdir. Kırk üç yaşında kadın hasta boynunun sol tarafında şişlik yakınmasıyla başvurdu. Bilgisayarlı boyun tomografisinde saptanan kistik kitleden alınan ince iğne aspirasyonu sitolojisi sonucunun benign epitelial kist olarak bildirilmesi üzerine kitle total olarak eksize edildi. Eksize edilen kitlenin histopatolojik incelemesi lenfoepitelyal kist olarak bildirildi. Ameliyat sonrası dönemde herhangi bir sorunla karşılaşılmadı.

Anahtar Sözcükler: Branchioma; baş boyun neoplazileri; lenfoid doku/patoloji.

Lymphoepithelial cysts are usually benign lesions of unknown etiopathogenesis. They develop in the lateral aspect of the neck and their diagnosis is mainly made with histopathologic examination. Total excision is the primary method for treatment. A 43-year-old woman presented with a swelling on the left side of her neck. Computed tomography of the neck showed a cystic lesion. Fine needle aspiration cytology yielded a diagnosis of benign epithelial cyst. The lesion was totally excised. Histopathologic examination of the specimen was reported as lymphoepithelial cyst. No complications were encountered in the postoperative period.

Key Words: Branchioma; head and neck neoplasms; lymphoid tissue/pathology.

Lenfoepitelyal kistler; yüzeyi epitel ile çevrili, duvarını lenfoid dokunun oluşturduğu kistik oluşumlardır.^[1] Karakteristik olarak boyun lateralinde sternokleidomastoid (SKM) kasın ön sınırı boyunca hiyoid kemik ile suprasternal çentik arasında görülmürler. Genellikle tek taraflı olmalarına rağmen %2 olguda iki taraflı görülebilirler.^[1]

OLGU SUNUMU

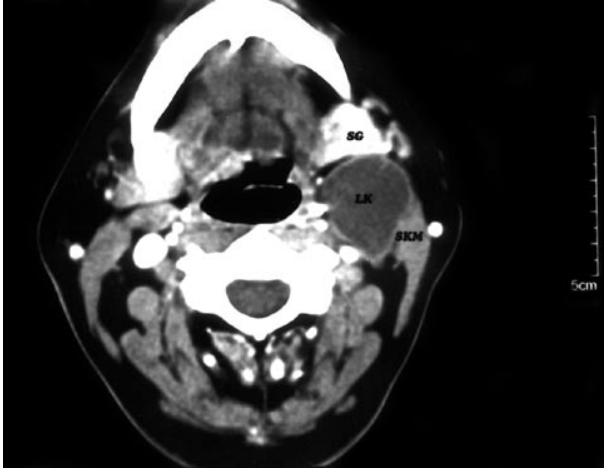
Kırk üç yaşında kadın hasta yaklaşık bir yıldır var olan, giderek büyüyen şişlik nedeniyle başvurdu. Özgeçmişinde herhangi bir özellik yoktu. Baş-boyun muayenesinde boynun sol tarafında, sternokleido-

mastoid kasın 1/3 üst ön kısmında, yaklaşık 3x4 cm'lik yumuşak kıvamlı, düzgün yüzeyli kitle saptandı. Diğer kulak burun boğaz alanlarına yönelik muayeneleri doğaldı. Laboratuvar testlerinde anormal bir bulguya rastlanmadı. Bilgisayarlı boyun tomografide; sol submandibuler bez arkasında parafarengeal boşlukta yerleşik, ince duvarlı çevre dokularda enflamasyonun eşlik etmediği 3 cm çapında kistik lezyon saptandı (Şekil 1). İnce iğne aspirasyonu sitolojisinde yayma preparatlarda çok sayıda matür skuamöz hücreler arasında daha az oranda lenfositler, eritrositler görüldü ve olgu benign epitelial kist olarak rapor edildi (Şekil 2). Bunun üzerine hasta ameliyat edilerek

◆ Departments of ¹Otolaryngology and ²Pathology, Başkent University Adana Medical Research Center (Başkent Üniversitesi Adana Uygulama ve Araştırma Merkezi, ¹Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Kliniği, ²Patoloji Kliniği), Adana, Turkey.

◆ Dergiye geliş tarihi - 26 Eylül 2005 (Received - September 26, 2005). Düzeltme isteği - 13 Aralık 2005 (Request for revision - December 13, 2005). Yayın için kabul tarihi - 26 Ocak 2006 (Accepted for publication - January 26, 2006).

◆ İletişim adresi (Correspondence): Dr. Alper Nabi Erkan. Başkent Üniversitesi Adana Uygulama ve Araştırma Merkezi, Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Anabilim Dalı, Baraj Yolu, 1. Durak, 01110 Seyhan, Adana, Turkey. Tel: +90 322 - 458 68 68 / 2302 Faks (Fax): +90 322 - 459 26 22 e-posta (e-mail): alpernabierkan@yahoo.com



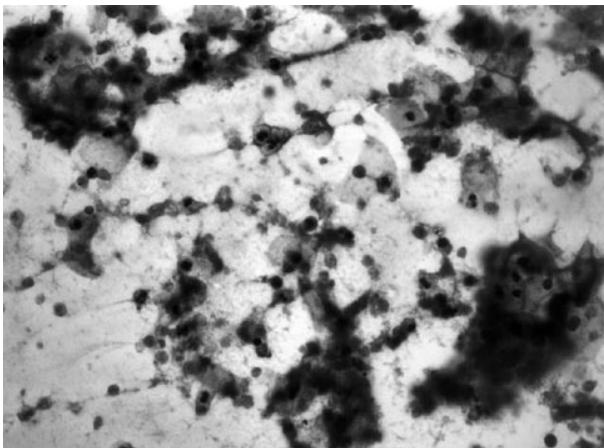
Şekil 1. Aksiyel plan boyun tomografisinde sol submandibular gland posteriorunda parafarengal boşlukta yerleşik, ince duvarlı çevre dokularda inflamasyonun eşlik etmediği 3 cm çapında kistik lezyon görülmektedir. SG: Submandibular gland; SKM: Sternokleidomastoid kas; LK: Lenfoepitelyal kist.

kist total olarak eksize edildi. Spesmenin histopatolojik incelemesinde yüzeyi benign stratifiye skuamöz epitel ile döşeli duvarında diffüz lenfoid doku ve birkaç adet germinal merkez içeren kistik doku, benign lenfoepitelyal kist olarak bildirildi (Şekil 3). Ameliyat sonrası dönemde yakınması olmayan hasta kontrole çağrılarak taburcu edildi.

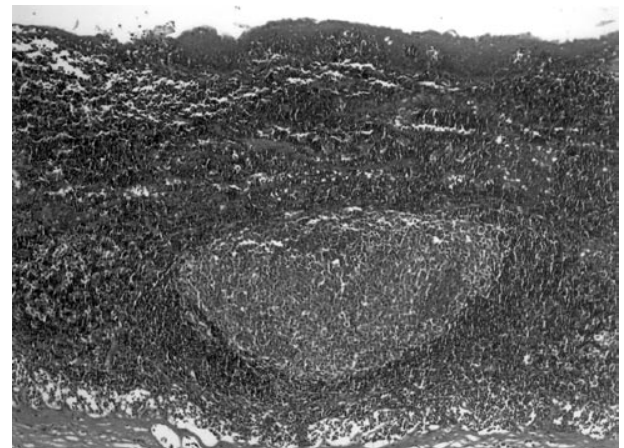
TARTIŞMA

Lenfoepitelyal kistlerin oluşum mekanizmaları net olarak bilinmemektedir. Şimdiye kadar oluşumları ile ilişkili dört teori ileri sürülmüştür. İlk olarak 1832 yılında Ascherson lateral servikal kistlerin

farengal yarığın inkomplet obliterasyonu sonucu oluştuğunu belirterek “Brankiyal Teori”yi ileri sürmüştür.^[2] 1886 yılında His “Preservikal Sinüs Teorisi”ni ortaya atmış ve lateral servikal kistlerin farengal yarığın ya da poştan değil servikal sinüsten geliştiğini belirtmiştir.^[2] 1912 yılında Wenglowski diseksiyon yaptığı kadavralardan timusun timofarengal kanal yolu ile üçüncü farengal poştan oluştuğunu göstermiş ve lateral servikal kistlerin timofarengal kanalın inkomplet kapanması sonucu oluştuğunu belirtmiştir.^[2] Brankiyal teoriye karşıt olarak erişkin kadavralarda farengal yarığın dokusunun hiyoid kemik altında bulunmadığını, hiyoid kemik altında saptanan diğer kistler nedeniyle bu kistlerin bu yapıdan köken alamayacağını bildirmiştir.^[2] En son olarak “Lenf Nodu Teorisi” ortaya atılmış olup, lateral servikal kistlerin, kistik lenf nodlarından köken aldığı ileri sürülmüştür.^[2] 1949 yılında King, 76 servikal kist olgusu üzerinde yaptığı çalışma ile bu teoriyi destekleyerek, bu kistlerin lateral lenfoepitelyal kist olarak adlandırılması gerektiğini belirtmiştir.^[3] Bhaskar ve Bernier de yaptıkları araştırmalarda lateral servikal kistlerin servikal lenf nodlarının kistik transformasyonu ile oluştuğu sonucuna varmışlardır.^[3] Bu dört teori içinde en çok ilgi gören “Lenf Nodu Teorisi”dir. Lenf nodunda kistik değişime neyin neden olduğu net olarak bilinmemekle birlikte, lenf noduna giren epitelin kistik değişimi stimüle ettiği ileri sürülmüştür.^[3] Bhaskar ve Bernier bu kistik değişime neden olan epitelin kaynağının parotis ve submandibuler tükürük bezleri olduğunu iddia ederlerken, Golledge ve Ellis^[2] bu epitelin kaynağının palatin tonsiller oldu-



Şekil 2. Matür skuamöz hücreler, lenfositler ve eritrositlerden oluşan ince iğne aspirasyon yaymaları (Papanicolaou x 200).



Şekil 3. Stratifiye skuamöz epitel ile döşeli duvarında diffüz lenfoid doku ve germinal merkez içeren kistik doku (H-E x 100).

ğu görüşünü savunmaktadırlar.^[3] Bizim olgumuz da histopatolojik incelemesinde tükürük bezi dokusuna rastlanmaması nedeniyle daha çok Colledge ve Ellis'in^[2] görüşünü desteklemektedir.

Lenfoepitelyal kistler ortalama olarak 20 ile 40 yaş arasında görülürler. Kadın ve erkeklerde görülme sıklıkları eşittir. Hastaların başlıca başvuru semptomu boyunda giderek büyüyen şişliktir. Ağrı ve baskı semptomları da görülebilmektedir. Muayenede yumuşak, fluktuasyon veren kitle olarak palpe edilirler.^[4,5] Bu kistler bir üst solunum yolu enfeksiyonunu takiben ya da travma sonrası büyüme ile kendini gösterebilir.^[6] Baş-boyun bölgesinde boyun yanında oral kavite ve parotis bezinde de bildirilen olgular vardır.^[6,7]

Tanıda ultrasonografi yanında bilgisayarlı tomografi (BT) ve manyetik rezonans görüntüleme (MRG) en önemli yöntemlerdir. Özellikle BT ve MRG ile kistlerin büyüklüğü, anatomik yapılarla ilişkisi ve yerleşim yeri saptanabilir. Yerleşim yerine göre kistler dört tipe ayrılır.^[8] Tip 1'de kist SKM kasın ön kenarı boyunca platizma ve servikal fasyanın yanında yüzeysel olarak seyredir. Tip 2'de boyunda majör damarların üzerinde seyredir ve en sık görülen tip budur. Tip 3'te kist karotis bifurkasyonunun arasından farenks yan duvarına uzanır, kafa tabanına uzanım da görülebilir. Tip 4 kist genellikle kolumnar epitelle çevrilidir ve farenks yan duvarı boyunca uzanır. Kistlerin tipi radyolojik teknikler yardımıyla tayin edilerek cerrahi tedavi şekli planlanabilir. Olgumuzun BT incelemesinde kistin tip 2 grubuna uyduğu görülerek cerrahi planlanmıştır.

Aspirasyon materyalinin de sitolojik ve bakteriyolojik incelenmesi kistin natürü hakkında bir fikir verebilir. Esas tanı histolojik olarak kist duvarında nodüller ya da diffüz, germinal merkez ve subkapsüller ve/veya medüller sinüs içeren lenfoid doku ile bu kisti çevreleyen kolumnar ya da skuamöz epitelin gösterilmesi ile konur.^[4] Bu kistlerden skuamöz hücreli karsinom gelişebilir. Elli yaşın üstünde görülen servikal lenfoepitelyal kist düşünülen olgularda metastatik skuamöz hücreli karsinomun, servikal lenf nodunda kistik tutulum yapabileceği akılda tutulmalıdır. Bu olgularda belirgin sitolojik atipi bulunması ayırıcı tanıda önemlidir.^[4,9,10] Olgumuzda yapılan ince iğne aspirasyon sitolojisi benign epitelyal kist olarak rapor edilmiş, eksize edilen spesmenin incelemesi sonucu lenfoepitelyal kist tanısı konmuştur.

Klinik olarak ayırıcı tanıda; kistik higroma, dermoid kist, servikal ranula, enflamatuvar ve neoplastik lenfadenopatiler, lipom, nörofibrom, karotis cisim tümörü, juguler ven trombozu, mikotik anevrizma, tiroid kisti ve ektopik tükürük bezi tümörü düşünülmelidir.^[11,12] Kistik higromanın en önemli özelliği ultrasonografi, BT ve MRG'de multiseptasyon gösteren kistik görünümüdür. Dermoid kistler genellikle boyun orta hattında görülür. Kist lümeni peynirimsi keratinöz materyal içerir. Bilgisayarlı tomografi ya da MRG'de kist içinde yağlı-sıvı seviyesi görülmesi tanı koydurucudur. Servikal ranula submental ve submandibuler bölgede sıklıkla görülür. Kist içeriği koyu kıvamlı mukus içerir ve tükürük amilazı ve protein yönünden zengindir. Bilgisayarlı tomografi ve MRG'de submandibuler bölgeden sublingual mesafeye uzanım gösteren (kuyruk belirtisi) kistik kitle olarak görülür. Lenfoepitelyal kistlerin diğer (solid, vasküler) kitlelerden ayırımında BT ve MRG gibi ileri radyolojik tetkikler yanında ultrasonografiden de yararlanılabilir.

Lenfoepitelyal kistlerde tedavi kistin total olarak cerrahi eksizyonudur. Total çıkarılan kistlerde rekürrens beklenmez. Çocuklarda daha kolay ve güvenli bir cerrahi tedavi için dört yaşına kadar beklenmesi önerilmektedir.^[13] Olgumuzda kist transservikal yaklaşımla total olarak eksize edilmiş ve ameliyat sonrası dönemde herhangi bir nükse rastlanmamıştır.

Sonuç olarak, daha önceleri boyundaki kistlerin embriyonal kökenli olarak geliştiği düşünülmesine ve brankiyal kist olarak adlandırılmasına rağmen son zamanlarda özellikle boyun lateralindeki kistlerin daha çok lenf nodlarındaki kistik değişim sonucu oluştuğuna inanılmakta ve bu kistler lenfoepitelyal kist olarak adlandırılmaktadır. Boyunda kitle ile başvuran hastalarda özellikle boyun lateralinde yerleşen ve duvarında lenfoid doku bulunan, skuamöz ya da kolumnar epitelle çevrili kistlerde servikal lenfoepitelyal kistler akılda tutulmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Skouteris CA, Patterson GT, Sotereanos GC. Benign cervical lymphoepithelial cyst: report of cases. J Oral Maxillofac Surg 1989;47:1106-12.
2. Colledge J, Ellis H. The aetiology of lateral cervical (branchial) cysts: past and present theories. J Laryngol Otol 1994;108:653-9.
3. Glosser JW, Pires CA, Feinberg SE. Branchial cleft or cervical lymphoepithelial cysts: etiology and management. J Am Dent Assoc 2003;134:81-6.
4. Barnes L, editor. Surgical pathology of the head and

- neck. New York: Marcel Dekker; 1985. p. 1285-91.
5. Schewitsch I, Stalsberg H, Schroder KE, Mair IW. Cysts and sinuses of the lateral head and neck. *J Otolaryngol* 1980;9:1-6.
 6. Özcan İ, Özcan KM, Dere H. Lenfoepitelyal kist: olgu sunumu. *KBB Forum Derg* 2005;4(4).
 7. Watts SJ, Turner NO, San Juan J, Rockley TJ. Facial paralysis caused by a lymphoepithelial cyst located in the parotid gland. *J Laryngol Otol* 1996;110:799-801.
 8. Himalstein MR. Branchial cysts and fistulas. *Ear Nose Throat J* 1980;59:23-9.
 9. Jablokow VR, Kathuria S, Wang T. Squamous cell carcinoma arising in branchiogenic cyst: branchial cleft carcinoma. *J Surg Oncol* 1982;20:201-4.
 10. Ellis LG, Auclair PL. Pathology of the salivary glands. In: Weidner N, Cote RJ, Suster S, Weiss LM, editors. *Modern surgical pathology*. Philadelphia: W. B. Saunders; 2003. p. 242-80.
 11. Rapidis AD, Angelopoulos AP, Scouteris C. Dermoid cyst of the floor of the mouth. Report of a case. *Br J Oral Surg* 1981;19:43-51.
 12. Braun TW, Sotereanos GC. Cervical ranula due to an ectopic sublingual gland. *J Maxillofac Surg* 1982;10:56-8.
 13. Liston SL, Siegel LG. Branchial cysts, sinuses, and fistulas. *Ear Nose Throat J* 1979;58:504-9.