

Şekil I a-b: Olgunun ameliyat öncesi görünümü



OLGU SUNUMU

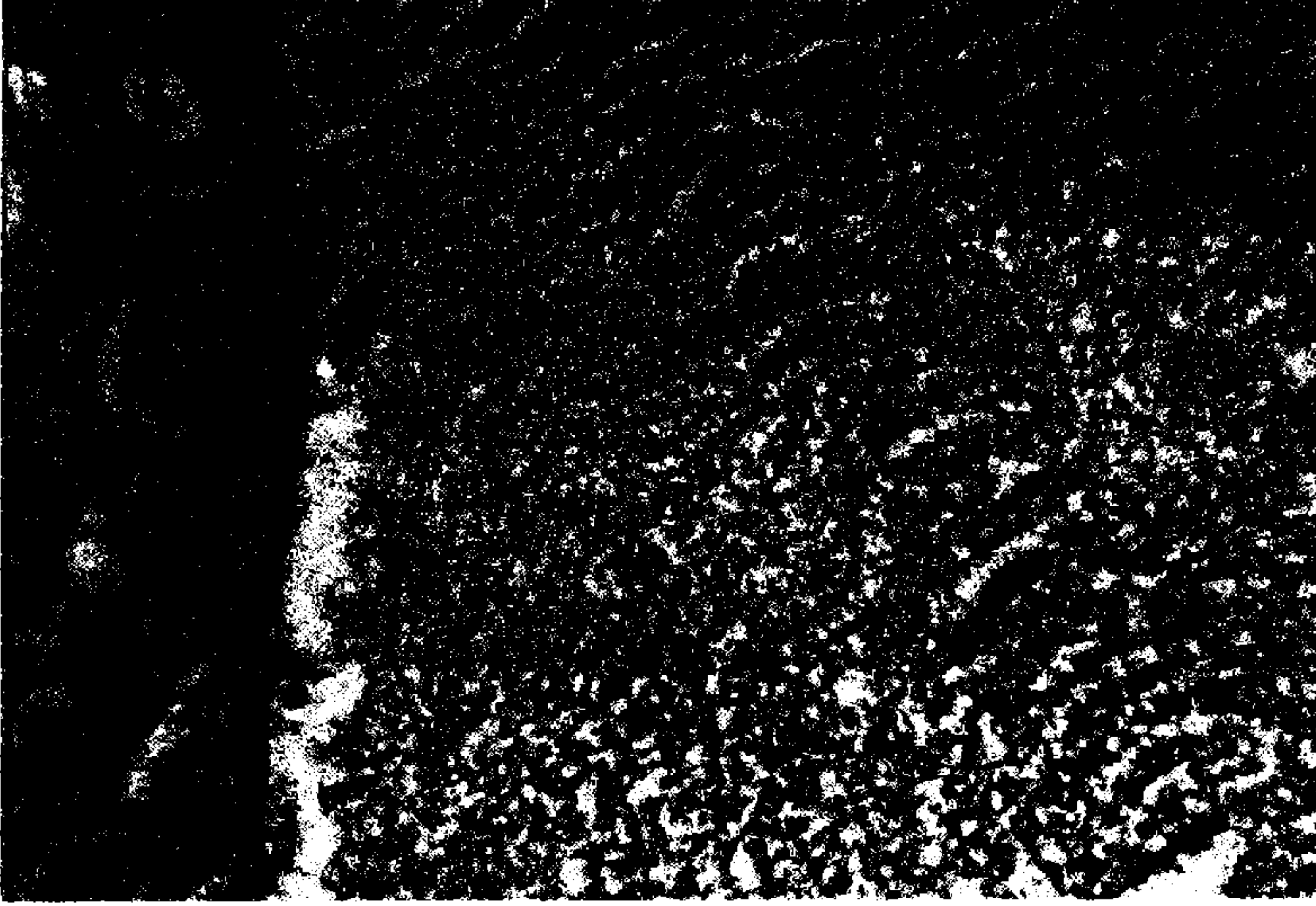
16 yaşında kadın hasta polikliniğimize sol yanağında uçuk mavi renkli, 15x5 cm çapında şişlik şeklinde deforme oluşturmuş kitle ile başvurdu. Hastanın yapılan muayenesinde sol parotis bölgesinden temporal bölgeye, oradan da kulak arkasına doğru uzanan, yumuşak kıvamda, fluktuasyon veren bir kitle saptandı. Ağrı, hassasiyet ve fasial sinir tutulum bulguları yoktu (Şekil1). Hastanın temporal bölgesinde küçüklüğünden beri var olan kitle önceleri fındık büyüklüğünde iken, giderek büyümüş. 1996 yılında başka bir hastanede iğne

aspirasyonu ile birkaç kez boşaltılmış. Çekilen MR ve bilgisayarlı tomografik incelemede, kistik lezyonun parotis bezinin üzerinde subkutan yerleşimli olup 10x3x9 cm boyutlarında homojen, ince ve düzgün konturlu olduğu saptandı. Sitolojik tetkik amacıyla kist sıvısı aspire edildi. Serohemorajik görünümdeki sıvıda atipik hücre saptanmadı. Yapılan ameliyatta, ritidektomi insizyonu ile girilerek parotis bezi üzerinden temporal bölgeye uzanan kist total olarak çıkartıldı, negatif basınçlı dren yerleştirildi. Ameliyat sonrası komplikasyon

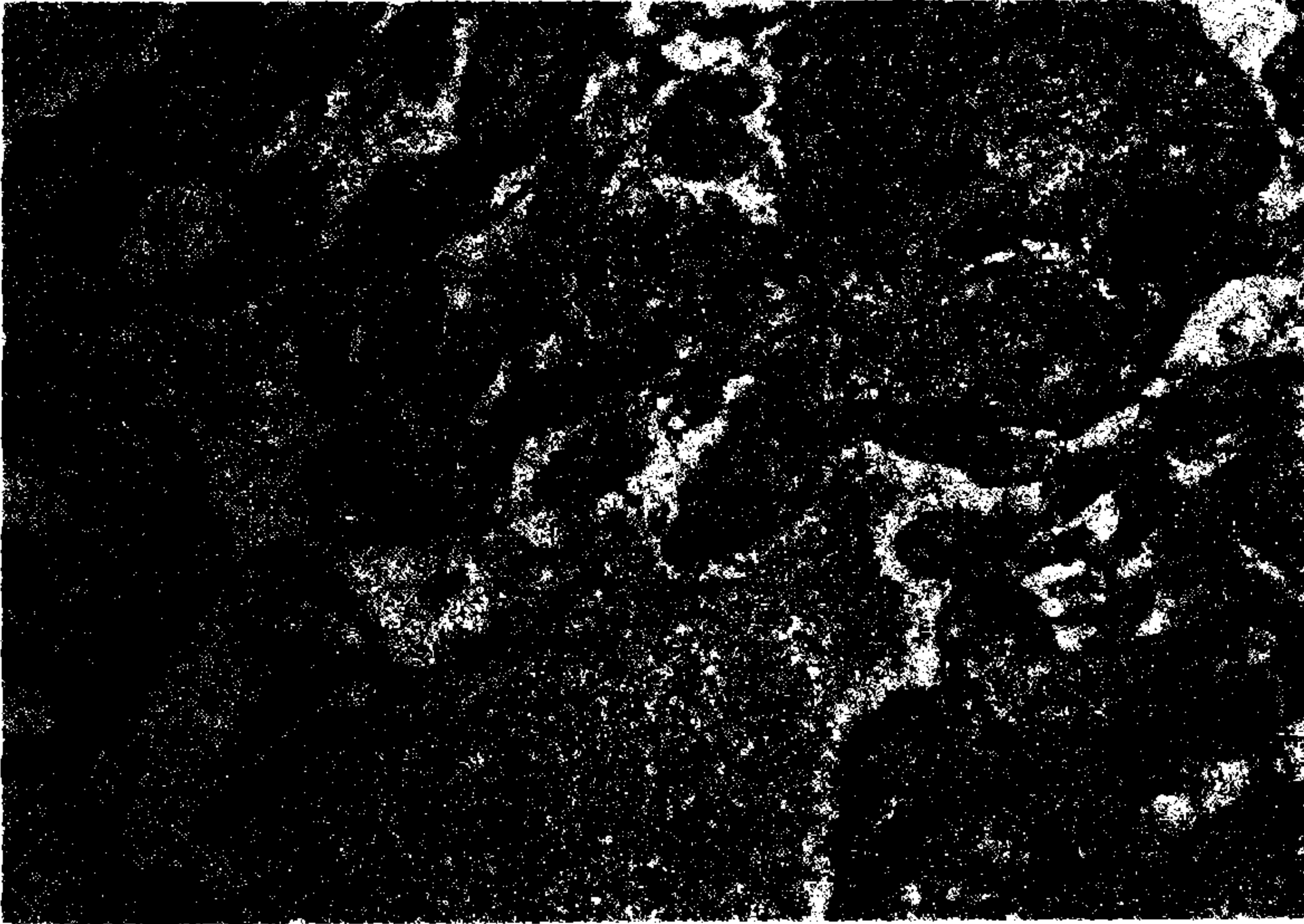
görülmedi. Patolojik incelemede damar ve sınırlardan zengin tipte yağ ve bağ dokusu ile genişlemiş, bazıları kalın duvarlı lenfa yolları saptandı ve “kistik kavernöz lenfanjiom” tanısı

konuldu (Şekil 2a-b). Hastanın 1 yıllık takibinde nüks ve komplikasyon görülmedi (Şekil 3).

Şekil II a: Bağ dokusu ile destekli tek sıra endotel ile döşeli kistik oluşum (H+Ex200)



Şekil II b: Bağ dokusu içinde düzensiz kistik oluşumlar (H+Ex200)



Sol Yanakta Kistik Higroma Olgusu

A.Cemal AYGIT¹, M.Semih AYHAN², H.Nazmi BAYÇIN²

ÖZET

Kistik higromalar nadir rastlanan, selim konjenital neoplazmlardır. En sık boyun ve aksillada görülürler. Tanı, öykü, fizik muayene ve biopsi sonucunda çoğunlukla 2 yaşından önce konur. Bildirimizde sol yanaktan temporal bölgeye uzanan kistik higroma tanısıyla kliniğimizde ameliyat edilen 16 yaşındaki kadın hasta sunuldu. Kistik higromanın kliniği, tanısı ve tedavisi tartışıldı.

Anahat Kelimeler: Kistik higroma, Kistik lenfanjioma

SUMMARY

CYSTIC HYGROMA OF THE CHEEK (CASE REPORT)

Cystic hygromas are rare benign congenital neoplasms. The most common sites for cystic hygroma are neck and axilla. They are usually diagnosed before age 2 with physical examination and histological confirmation. We report a 16-year old female patient operated upon the diagnose of cystic hygroma. She referred to our clinic with a painless, 15x5 cm fluctuant mass at her left cheek. After the total excision of the cystic lesion, surgical specimen histologically evaluated. A cystic-cavernous lymphangioma was diagnosed. Clinical features, diagnostic and therapeutic fascilities of cystic higromas were discussed in this article.

Key Words: Cystic hygroma, cystic lymphangioma

GİRİŞ

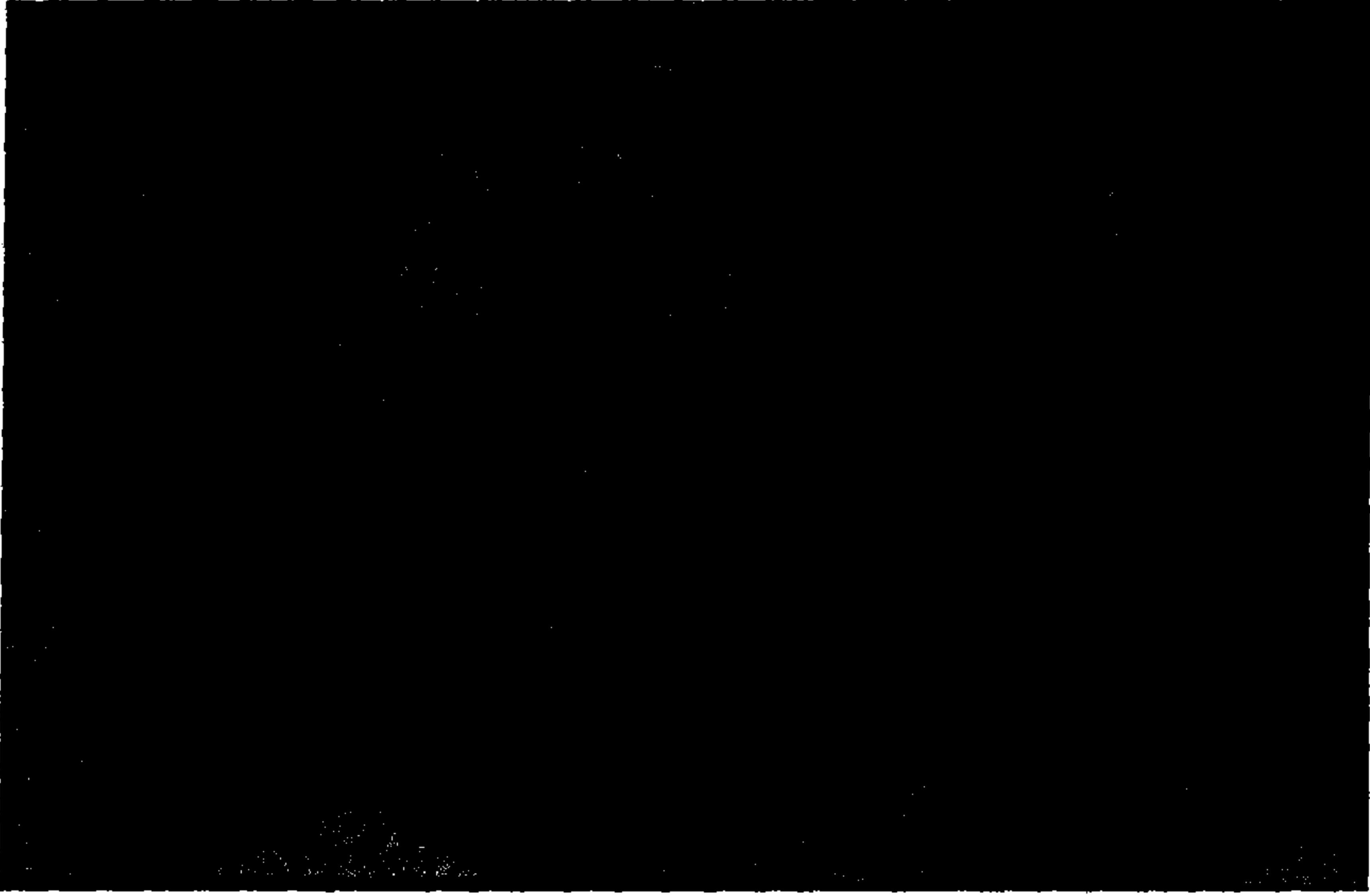
Kistik higromalar lenfatik sistemin anormal gelişiminden kaynaklanan selim konjenital neoplazmlar olarak kabul edilirler. Bill ve Sumner'e göre kistik higroma, lenfanjioma ve kavernöz lenfanjioma aynı konjenital gelişim bozukluğunun varyantlarıdır. Kistik lenfanjioma daha uygun bir isim olmakla birlikte literatürde yerleşmiş olan isim kistik higromadır (1). Kistik higromalar nadir görülürler. Görülme sıklığı erkek ve kadınlarda eşittir. En sık lokalizasyonu boyundur (2). Yüz, dil ve ağız tabanında da daha az sıklıkta rastlanırlar. 1-5 cm lik ya da daha büyük kistlerden oluşan multilokuler kistik kitlerde, bazı kistler bağlantılıyken, bazıları da izoledir.

Kist duvarları bağ dokusu ile desteklenmiş tek tabaka endotel ile kaplıdır. Kist sıvısı berrak sarı ya da kanlı görünümde olabilir. Kapiller kavernöz ve kistik alanlar genellikle aynı olguda birlikte bulunurlar. Gevşek areolar dokulu lokalizasyonlarda büyük kistler oluşurken fibröz ya da kas dokusu fazla olan alanlarda kavernöz lenfanjiomlar oluşur (3,4). Bir neoplazmda olduğu gibi damar, sinir ve glandları tamamen sarıp diğer dokuların aralarına uzanırlar. Dokulara gerçek anlamda invazyon olmaz ve destrüksiyon yapmaz, hücre yapısı normaldir, yeni büyüme ve malign değişim görülmez. Bu nedenle kistik higromalar neoplazm değil lenfatik sistemin hamartomu olarak kabul edilmelidir.

¹ Yrd.Doç.Dr. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik ve Rekonstruktif Cerrahi A.D.

² Araş.Gör.Dr.Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik ve Rekonstruktif Cerrahi A.D.

Şekil III: Olgunun ameliyattan 1 yıl sonraki görünümü



TARTIŞMA

Kistik higromalar lenfatik sistemin gelişim bozukluğundan kaynaklanan selim konjenital neoplazmlar olarak kabul edilirler. Kistik higromaların % 80-90 'ına hayatın ilk 2 yılı içinde tanı konulur (5). Baş boyun bölgesindeki kitlelerin ayırıcı tanısında kistik higroma, lipom, hemanjiom ve brankial yarı kisti sık olarak karışabilmektedir (3). Lipomların sınırları kistik higromaya göre daha belirsizdir, fluktuan değildirler, daha yavaş büyürler. Büyük bir hemanjiom kistik higromaya benzemekle beraber kırmızı ya da mavi rengi ile, komprese edilebilmesi ile ayırt edilirler. Bilgisayarlı tomografi ve manyetik rezonans görüntüleme ile değerlendirildiğinde kistik higromalar ile bu üç lezyon genellikle ayırt edilebilirler (5). Kistik higromalar bilgisayarlı tomografide ince duvarlı, suya yakın yoğunlukta madde ile dolu kistik kitleler olarak görülürler. Manyetik rezonans görüntüleme lezyonun yapısı ve yayılımı daha iyi değerlendirilebilir. Kistik higromalarda tedavi görmeden spontan remisyon nadirdir (6). Tekrarlayıcı aspirasyonlar kanama ve enfeksiyona yol açarlar, sklerozan ajanlar ise

çevre dokuya penetre olarak skar oluşturup yapışıklıklara yol açarlar ve yapılacak ameliyatlara zorlaştırırlar, bu nedenlerle de başarılı tedavi yöntemleri değildir (1,7). Kistik higromalarda en geçerli tedavi cerrahi olarak çıkarılmasıdır (8). Kistik higromalarda cerrahi eksizyon sonrası nüks sıktır. Bir yıl içinde % 10-15 oranında nüks görülür (5). Gözlenen büyümeler ve nüksün en iyi açıklaması kollaps halindeki anormal lenfatik damarların enfeksiyon, travma ya da cerrahiye takiben dilate olarak sıvı ile dolmasıdır (1). Cerrahi girişim sırasında kollaps halindeki bu damarlar farkedilememektedir, bu nedenle de ameliyat sırasında, kistin rahat bir şekilde görülmesini sağlayacak bir insizyonla girilmelidir. Sunduğumuz olguda yapılan ritidektomi insizyonu, hem kistin bütünüyle görülerek çıkarılmasını hem de estetik olarak iyi sonuç alınmasını sağlamıştır. Olgumuzda olduğu gibi ileri yaşlarda da baş boyun bölgesindeki kistik kitlelerin ayırıcı tanısında kistik higroma unutulmamalı ve bölgedeki önemli damar ve sinirler korunarak cerrahi tedavi uygulanmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Seashore JH, Gardiner LJ, Ariyan S: Management of giant kistic hygromas in infants. Am. J. Surg. 1985;149: 459-465.
2. Guarisco JL: Congenital head and neck masses in infants and children. Ear. Nose. Throat. J. 1991;70(2): 75-82.
3. Sheth S, Nussbaum AR, Hutchins GM, Sanders RC: Cystic hygromas in children: Sonografic - pathologic correlation. Radiology. 1987;162(3): 821-824.
4. Goshen S, Ophir D: Cystic hygroma of the parotid gland. J. Laryngol. Otol. 1993;107: 855-857.
5. Stenson KM, Mishell J, Torimu DM: Cystic hygroma of the parotid gland. Ann. Otol. Rhinol. Laryngol. 1991;100: 518-520.
6. Observe TE, Haller J, Levin S, Little BJ, King KE: Submandibular cystic hygroma resembling a plunging ranula in a neonate. Oral. Surg. Oral. Med. Oral. Pathol. 1991;71(1):16-20.
7. Emery PJ, Bailey CM, Evans NG: Cystic hygroma of the head and neck. J. Laryngol. Otol. 1984;98: 613-619.
8. Ricciardelli EJ, Richardson MA: Cervicofacial cystic hygroma. Arch. Otolaryngol. Head. Neck. Surg. 1991;117: 546-553.