

Çocuklarda Görülen Doğuştan Boyun Kitlelerinin Klinik Özellikleri

Clinical Features of Congenital Neck Masses in Children

Mustafa İNAN, Recep YAGIZ, Abdullah TAŞ, Süleyman AYVAZ, Servet ADA

Başvuru tarihi / Submitted: 07.04.2006 Kabul tarihi / Accepted: 17.07.2006

Amaç: Doğuştan boyun kitlesi görülen çocuklarda tanısal yaklaşımlar ve tedavi yöntemleri değerlendirildi.

Hastalar ve Yöntemler: Hastanemizde 1996-2003 yılları arasında doğuştan boyun kitlesiyle tedavi edilen toplam 36 hasta (20 kız, 16 erkek; ort. yaş 8.6±5.9; dağılım 1 ay-15 yaş) geriye dönük olarak incelendi.

Bulgular: Olguların 13'ünde Dermoid kist, yedisinde tiroglossal duktus kisti (TDK), yedisinde brankiyal kist, dördünde tortikollis, dördünde kistik higroma ve birinde lipoblastoma saptandı. Tiroglossal duktus kisti tanısı konan hastaların tümünde kitle boyun cildine fistülüzeydi. Brankiyal kistlerin ikisi sağ, diğerleri sol yerleşimliydi. Dermoid kist tanısı konan olgulardan biri lateral yerleşimliydi. Tanı için ultrasonografi, bilgisayarlı tomografi ve tiroid sintigrafisi kullanıldı. Tortikollis tanısı konan üç hastada fizik tedavi, diğer hastalarda ise cerrahi tedavi uygulandı. Olgulardan dördünde ön tanıda yanılma oldu ve bu hastaların tümünün patoloji sonuçları dermoid kist olarak bildirildi.

Sonuç: Çocukluk çağında boyun bölgesinde görülen doğuştan kitleler genellikle iyi huyludur. Dermoid kistler klinik özellikleri bakımından TDK ve brankiyal kistlerle karışabilir.

Anahtar Sözcükler: Çocuk; dermoid kist; baş-boyun kitleleri; tiroglossal kist; tortikollis.

Objectives: Diagnostic approaches and treatment methods in children with a congenital neck mass were evaluated.

Patients and Methods: A total of 36 patients (20 girls, 16 males; mean age 8.6±5.9; range 1 month to 15 years) treated in our hospital for congenital neck mass between 1996 and 2003, were retrospectively analysed.

Results: Thirteen cases were diagnosed as dermoid cyst, 7 as branchial cyst, 7 as thyroglossal duct cyst (TDC), 5 as torticollis, 4 as cystic hygroma and 1 as lipoblastoma. In all 7 of the cases with TDC, the mass presented with a cutaneous fistula. Two of the branchial cysts were localized on the right and the rest on the left side. One of the cases with dermoid cyst exhibited a lateral localization. Ultrasonography, computed tomography and thyroid syntigraphy were used for diagnostic purposes. Three patients with torticollis received physical therapy while the remaining patients were surgically treated. The preliminary diagnosis was incorrect in four cases and their histopathological diagnosis was dermoid cyst.

Conclusion: Congenital neck masses in children are usually benign. Due to their similar clinical features, dermoid cysts can be confused with TDC and branchial cysts.

Key Words: Children; dermoid cyst; head and neck neoplasms; thyroglossal cysts; torticollis.

Trakya Univ Tıp Fak Derg 2007;24(1):1-5

22. Ulusal Çocuk Cerrahisi Kongresi'nde poster olarak sunulmuştur (8-11 Eylül 2004, Bursa).

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı (İnan, Yrd. Doç. Dr.; Ayvaz, Opr. Dr.); Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Anabilim Dalı (Yağiz, Taş, Doç. Dr.; Ada, Opr. Dr.).

İletişim adresi: Dr. Mustafa İnan, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı, 22030 Edirne.
Tel: 0284 - 235 76 41 / 1094 Faks: 0284 - 235 76 52 e-posta: mustafainan@trakya.edu.tr

©Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. Ekin Tıbbi Yayıncılık tarafından basılmıştır. Her hakkı saklıdır.

©Medical Journal of Trakya University. Published by Ekin Medical Publishing. All rights reserved.

Anne ve babalar çocuklarının boynunda ortaya çıkan şişlikleri kolayca fark ederler ve endişeli bir şekilde hemen doktora başvururlar. Boyun kitleleri deneyimli hekimler için bile zor tanı konulan hastalıklardır. Yanlış ön tanı oranı %25-45 olarak bildirilmiştir.^[1,2] Çocuklarda boyun bölgesinde görülen tiroglossal duktus kisti (TDK), brankiyal kist, dermoid kist, kistik higroma, timik kist, ektoptik tiroid, hemanjiyom, teratom, epidermal inklüzyon kistleri, tortikollis, lipom, fibrom ve lenfadenopatiler iyi huylu kitlelerdir.^[1-7] Bu lezyonların görülme sıklığı yaş gruplarına göre değişse de boyun orta hattında daha çok tiroglossal kist ve dermoid kist, boyun yan duvarında ise brankiyal kiste rastlanır.^[2,3,5] Öte yandan, boyun kitlelerinden alınan biyopsilerde kötü huylu tümör görülme sıklığının %11'lere kadar çıktığı göz önünde bulundurulursa, ailelerin ve hekimlerin tedirginliği daha iyi anlaşılabilir.^[3] Bu tip tümörler arasında nöroblastom, rabdomiyosarkom, lösemi, lenfoma ve tükürük bezi tümörleri yer alır.^[1,2,4-7]

Boyunda şişlik yapan lezyonların ayırıcı tanısı zor olduğundan, ayrıntılı öykü ve dikkatli fizik bakı, doğru tanı için vazgeçilmez unsurlardır. Gelişmiş görüntüleme yöntemleri kullanılmasına karşın bazen kesin tanı ancak ameliyat sırasında ya da çıkarılan parçanın histopatolojik olarak incelenmesi sonucunda konulmaktadır.^[4] Sunulan bu çalışmanın amacı, çocuklarda görülen doğuştan boyun kitlelerinin klinik özellikleri ve tedavi yöntemlerini incelemektir.

HASTALAR VE YÖNTEM

Trakya Üniversitesi Hastanesi Çocuk Cerrahisi ve Kulak Burun Boğaz kliniklerinde 1996-2003 yılları arasında doğuştan boyun kitlesi tanısıyla tedavi edilen toplam 36 hasta (20 kız, 16 erkek; ort. yaş 8.6±5.9; dağılım 1 ay-15 yıl) geriye dönük olarak incelendi. Olguların demografik verileri Tablo 1'de sunulmuştur. Toplam 45 olgu saptandı, ancak bunlardan altısı 15 yaşından büyük olduğu, üçü de kayıtlarına ulaşılmadığı için çalışma dışı bırakıldı. Her iki klinikte de olguların tanı ve tedavileriyle ilgili yaklaşımlar aynıydı. Boyun orta hat kitlelerinde tanı amacıyla ultrasonografi (USG) ve tiroid sintigrafisi yapıldı. Yan boyun kitlelerinde ise USG

ve/veya bilgisayarlı tomografi (BT) kullanıldı. Öyküsünde doğumdan sonraki altı haftalık dönemde boyunda şişlik fark edilen ve daha sonra tortikollis tanısı konan hastalar "doğuştan tortikollis" olarak kabul edildi. Sekonder (akkiz) tortikollis olguları bu çalışmaya dahil edilmedi. Tiroglossal duktus kisti tanısı alan hastalarda Sistrunk ameliyatı, diğer hastalarda kitle çıkartılması işlemi veya konservatif tedavi uygulandı. Bir hastaya da tortikollis nedeniyle sternokleidomastoid kasının cerrahi olarak kesilmesi işlemi yapıldı. Hastaların öyküsü, fizik bakışı, tanı ve tedavi yöntemleriyle ilgili bulgular bilgisayar ortamında oluşturulan bir forma işlendi. Elde edilen veriler tanımlayıcı istatistik yöntemleriyle değerlendirildi.

BULGULAR

Tiroglossal duktus kisti ön tanısı konulan 10 hastanın tümünde boyun orta hattında, hiyoid kemik ile tiroid kıkırdağın üst kenarı arasında, düzgün sınırlı ve hareketli kistik kitle saptandı. Yedi olguda boyun cildine fistül görüldü. Hastaların hepsine tanı amacıyla boyun USG ve tiroid sintigrafisi yapıldı. Ameliyata alınan üç olguda duktusa rastlanmadığından Sistrunk ameliyatı yapılmadı. Bu hastaların histopatolojik tanıları da dermoid kist olarak bildirildi.

Hastalardan dokuzunda ön tanıda dermoid kist düşünüldü. Bunlardan sekizi orta hat biri de yan boyun yerleşimliydi. Kitlelerin tümü ağrısız, hareketli ve fistülsüzdü. Tanı amacıyla olguların hepsine boyun USG ve tiroid sintigrafisi yapıldı. Ayrıca ön tanıda dermoid kist düşünülmeyen dört hastanın daha histopatolojik tanısı dermoid kist olarak bildirildi. Bunlardan

Tablo 1. Hastaların demografik verileri

	Kız	Erkek	Ort. yaş	Toplam
Dermoid kist	8	5	7.2	13
Tiroglossal duktus kisti	4	3	9.9	7
Brankiyal kist	5	2	12	7
Kistik higroma	2	2	2.1	4
Tortikolis	1	3	2.9	4
Lipoblastoma	–	1	2.2	1
Toplam	20	16	8.6±5.3*	36

*Genel ortalama.

Tablo 2. Ön tanı ve kesin tanı farklılıkları

	Ön tanı	Yanlış tanı	Kesin tanı
Dermoid kist	10	3	7
Tiroglossal duktus kisti	9	4	13
Brankiyal kist	8	1	7
Kistik higroma	4	-	4

üçünde TDK birinde de brankiyal kist ön tanısı konulmuştu (Tablo 2).

Hastalardan sekizinde boyun kitlelerinin brankiyal kist olabileceği düşünüldü. Yumuşak ve hareketli olan bu kitlelerden yalnızca ikisi cilde fistül yapmıştı ve altısı sol, ikisi sağ boyun bölgesi yerleşimliydi. Bu gruptaki hastaların tümüne boyun USG ve üçüne de ek olarak boyun BT çektiler. Kitleler tamamen çıkartıldı. Histopatolojik tanı yedi hastada brankiyal kist ve bir hastada dermoid kist olarak bildirildi.

Kistik higroma ön tanısı ile ameliyat edilen dört hastanın tümüne boyun USG ve BT uygulandı. Yumuşak, multilobule ve yüzeysel yerleşimli kistik kitle niteliğindeki bu lezyonların ameliyat öncesi tanılarında yanılma olmadı. Ayrıca tortikollis tanısı konan beş yaşındaki bir hastaya cerrahi tedavi uygulandı. Diğer üç tortikollis olgusu ise yenidoğan döneminde boyun egzersizlerinden oluşan fizik tedavi programına alınarak, altı ay boyunca yakından izlendi ve bu hastaların üçü de iyileşti. Lipoblastoma olgusu dört yaşındaydı ve ameliyat öncesi tanısı lipomdu.

TARTIŞMA

Tiroglossal duktus kisti olgularında kitle genelde boyun orta hattında, hiyoid kemiğe yakın, sert, yutkunurken veya dil dışarıya çıkarıldığında düşey eksende hareketlidir.^[2,3,5] Fistül doğuştan olmayıp kistin enfeksiyonu veya yetersiz çıkarımı sonrasında görülür.^[2-5,8] Bu çalışmada fistül saptanan TDK olgularından birinin daha önce başka bir merkezde ameliyat edildiği, ancak hiyoid korpusunun çıkarılmadığı görüldü. Diğer olgularda gözlenen fistüllerin de enfeksiyon sonucu geliştiği düşünüldü. Ayrıca çalışmamızda ameliyat öncesi hastaların tümüne tiroid sintigrafisi ve boyun USG rutin olarak yaptırılmasına karşın, TDK ön tanısı konan 10

hastadan sadece yedisi histopatolojik inceleme sonrasında TDK olarak bildirildi. Bu çalışmada kullanılan tanı yöntemlerinin dışında, boyun orta hat kitlelerinin değerlendirilmesi amacıyla manyetik rezonans görüntüleme (MRG) yönteminin kullanılabilmesi ve T₁ ağırlıklı görüntülerde düşük, T₂'de ise yüksek yoğunlukta görünümün tanı koydurucu olduğu belirtilmektedir.^[6,9] Ancak bu yöntemin pahalı olduğu düşünülürse, kullanım endikasyonları iyi belirlenmeli ve seçilmiş olgularda tanıyı kolaylaştırarak, cerrahi girişimin başarı oranını yükselteceği unutulmamalıdır. Öte yandan ayırıcı tanıda oldukça pratik bir yöntem olan ince iğne aspirasyon biyopsisinde müsinöz nitelikte sıvı varlığının TDK ön tanısını destekleyen önemli bir bulgu olduğu bildirilmektedir.^[4] Tiroglossal duktus kistin cerrahi tedavisi sırasında kist traktusunun hiyoid korpusu ile birlikte çıkarılması bir zorunluluktur. Ancak traktusun takibi yapılırken dil kökünden ağız içine girilebilir. Bu durumda da defektin primer tamirle onarılması çoğu zaman yeterli olur.^[2-5]

De Mello ve ark.nın^[10] belirttiği gibi TDK ile en sık karışan boyun kitleleri, genellikle suprahiyoid veya submental bölgede yer alan dermoid kistlerdir. Dermoid kistler de kaslar arasında yer aldıklarından yutkunmakla hareketlidirler. Kistin içi sebace materyalle doludur. Ameliyat sırasında bu durum fark edilirse boyun orta hat kitlelerinde hiyoid korpusunu rezeke etmeye gerek yoktur.^[10] Bu çalışmadaki hastaların ön tanısında en çok yanılma da dermoid kiste gözlemlendi (n=4). Sadece klinik olarak değil, histopatolojik olarak da TDK ile dermoid kist ayrımının güç olduğu, bu yüzden her iki hastalığın "tiroglossal anomaliler" başlığı altında değerlendirilmesi gerektiği ileri sürülmüştür.^[8,10] Bu nedenle bir boyun orta hat kitleleri ameliyatında TDK ile dermoid kist ayrımı yapılamıyorsa hiyoid korpus rezeksiyonu önerilmektedir.^[2,8,10]

Brankiyal kistler genellikle preauriküler ve supraklaviküler bölgeler arasında, boyun yan bölgesinde bulunur. En sık tip 2 görülür.^[2,11,12] Çalışmamızda yer alan hastalardan birinde lezyon preauriküler bölgede (tip 1), diğer yedisinde ise boyun 1/3 üst kısmında, sternokleidomastoid kasın ön sınırında (tip 2) bulunmaktaydı. Tirog-

lossal duktus kistinde olduğu gibi cilt fistülü bulunan hastalarda ön tanuların doğruluk oranı yüksekti. Bu çalışmada brankiyal kist olgularından yalnızca ikisinde cilt fistülü olmasına karşın USG ve BT'den de faydalandığı için doğru ön tanı oranı yüksek çıktı. Ayrıca tanı için fistülografi önerilse de çok sık başvurulan bir yöntem değildir.^[11] Bu amaçla MRG de kullanılabilir.^[6,13] Eğer kitle iki taraflıysa "brankiyo-oto-renal sendrom" açısından böbrek USG ve işitme testleri yaptırılmalıdır.^[14] Tedavide fasiyal siniri zedelemeyen yapılan fistülektomi ve brankiyal kistin tamamının çıkartılması işlemleriyle yüz güldürücü sonuçlar elde edilmektedir.^[4]

Kistik higroma genellikle boyun yan-arka üçgeninde görülen ve lenfatik yapıların kistik genişlemesi sonucunda ortaya çıkan doğuştan bir bozukluktur. Olguların %90'ı iki yaşına kadar bulgu verir.^[2,4,5] Bu çalışmada olduğu gibi BT ve USG tanı amacıyla en çok kullanılan yöntemlerdir.^[13] Manyetik rezonans görüntüleme komşu dokularla olan ilişkiyi ortaya koymak için ve özellikle dil kökünde görülen lenfanjiyomların tanısında kullanılmaktadır.^[6,9,13] Kistik higromada ameliyat öncesi ön tanuların doğru çıkma oranı bu çalışmada olduğu gibi yüksektir. Yaşamsal dokulara yakın komşuluk ve yayılım söz konusuysa cerrahi çıkarım işlemi zor ve tehlikeli olabileceğinden bu tip olgularda aşamalı ameliyatlara ya da sklerozan madde enjeksiyonları önerilmektedir.^[2,4,11,15,16] Son yıllarda bleomisin ve OK-432 özellikle makrokistik lezyonlarda karmaşaya yol açmadan kullanılmakla beraber, mikrokistik lenfanjiyom olgularında bu tedavinin başarılı olmadığı bildirilmiştir.^[11,16] Çalışmaya alınan kistik higroma olgularında cerrahi çıkarım işlemi uygulandı ve yinelemeyi önlemek amacıyla çıkartılmayan kistler iyotlu solüsyonlarla yıkandı veya elektrokoterle yakıldı. Olgulardan üçünde ameliyat sonrası seroma birikimi ile karşılaşıldı. Direnlerin erken çekilmesinden kaynaklandığı düşünülen bu sorun aralıklı aspirasyon ve baskılı pansumanla tedavi edildi. Hiçbir olguda erken dönemde tekrarlamaya gözlenmedi.

Etyolojisi tam olarak bilinmeyen tortikollis, doğuştan ve akkiz veya sekonder olarak iki ana grupta toplanır. Doğuştan tortikollis en sık görülen tiptir ve sternokleidomastoid kasın fibro-

zis nedeniyle kısalmasıyla oluşur. Kas üzerinde sert bir kitle ile kendini gösterir. Bu kitle genellikle bebek doğduktan sonraki 3-6 haftalık dönemde fark edilir. Kitle 1-3 cm çapında, kasa paralel ve füziform yapıda olup %2-8 oranında iki taraflıdır. Hastada çene ve yüz sağlam tarafa dönüktür. Baş ise tortikollisin bulunduğu tarafa doğru yana eğiktir. Erken dönemde önlemler alınmazsa hastada geri dönüşümsüz bir deformite niteliğindeki "plagiosefali" adı verilen asimmetrik kafa ve yüz yapısı ortaya çıkabilir.^[17] Bizim hastalarımızdan üçüne yaşamın ilk altı haftasında tortikollis tanısı konmuştu. Bu bebeklere boyun egzersizleri uygulandı ve iyi sonuç alındı. Ancak doğuştan tortikollis tanısı konulan beş yaşındaki bir hasta geç dönemde başvurduğu için tedavisi ameliyatla yapıldı.

Boyunda görülebilecek damarsal bozukluklar (hemanjiyom, arteriovenöz malformasyonlar, juguler flebektazi), timik kist, ektopik tiroid, doğuştan guatr, fibromatozis kolli ve teratom gibi nadir doğuştan hastalıklar da ayırıcı tanıda göz önünde bulundurulmalıdır.^[1,3,5,18]

Doğuştan boyun kitlelerinden en sık hangisinin görüldüğü tartışmalıdır. Torsiglieri ve ark.^[2] brankiyal kistlerin, Burton ve Pransky^[4] ise TDK'nin daha sık görüldüğünü bildirmişlerdir. Çalışmamızda literatürden farklı olarak dermoid kist olgularının daha fazla olduğu gözlemlendi (Tablo 1). Bu durum bizim hasta grubumuza özgü olabilir. Olgu sayısının azlığı nedeniyle istatistiksel bir değerlendirme yapılamamıştır. Öte yandan, çalışmaya alınan hastaların ortalama yaşı 8.6 olup, bu değer literatürdeki 244 hastadan oluşan başka bir çalışmanın 4.2 olan yaş ortalamasından daha yüksek bulunmuştur.^[2] Ayrıca özellikle TDK olgularının tümünün enfeksiyona bağlı fistül geliştikten sonra hastaneye başvurmuş olması, tedavide geç kalındığının bir işareti olarak kabul edilebilir.

Sonuç olarak, çocuklarda görülen doğuştan boyun kitleleri genellikle iyi huyludur. Özellikle fistülsüz boyun kitlelerinde dermoid kist ön planda düşünülmeli, ayırıcı tanıda BT ve MRG gibi ileri tanı yöntemleri, pahalı olmasına karşın, gerektiğinde kullanılmalıdır. İnce iğne as-

pirasyon biyopsisi doğuştan boyun kitlelerinin tanısında kullanılacak pratik, ucuz ve etkili bir yöntemdir. Çalışmamızda ön tanıda ortaya çıkan yanılular MRG ve ince iğne aspirasyon biyopsisinin hiç tercih edilmemesinden kaynaklanıyor olabilir. Öte yandan TDK olgularında ameliyat sırasında hiyoid korpusunun kesilmesi yinelemeyi önleyecektir. Çocukluk çağı boyun kitleleri ile ilgili olarak birinci ve ikinci basamak sağlık hizmeti sunulan kurumlarda çalışan hekimlere yönelik eğitim programlarının düzenlenmesi, bu hastalık grubunun erken tanısını ve daha etkili tedavi koşullarını beraberinde getirecektir.

KAYNAKLAR

1. Başaklar C. Çocuklarda solid tümörler. 1. Baskı, Ankara: Palme Yayıncılık; 1996. s. 179-84.
2. 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;16:199-210.
3. Koempel JA, Maddalozzo J. Evaluation of head and neck masses. *Indian J Pediatr* 1997;64:771-6.
4. Burton DM, Pransky SM. Practical aspects of managing non-malignant lumps of the neck. *J Otolaryngol* 1992;21:398-403.
5. Cunningham MJ. The management of congenital neck masses. *Am J Otolaryngol* 1992;13:78-92.
6. King AD, Ahuja AT, Mok CO, Metreweli C. MR imaging of thyroglossal duct cysts in adults. *Clin Radiol* 1999;54:304-8.
7. Sonnino RE, Spigland N, Laberge JM, Desjardins J, Guttman FM. Unusual patterns of congenital neck masses in children. *J Pediatr Surg* 1989;24:966-9.
8. Turkyılmaz Z, Sonmez K, Karabulut R, Demirgoullari B, Sezer C, Basaklar AC, et al. Management of thyroglossal duct cysts in children. *Pediatr Int* 2004; 46:77-80.
9. Baydar Ş, Güney Ş, Nabaei MB. Tiroglossal kanal kisti: radyolojik görüntüleme bulguları. *Türk Tanısal ve Girişimsel Radyoloji Dergisi* 2002;8:163-5.
10. deMello DE, Lima JA, Liapis H. Midline cervical cysts in children. *Thyroglossal anomalies. Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1987;113:418-20.
11. Banihghbal B, Davies MR. Guidelines for the successful treatment of lymphangioma with OK-432. *Eur J Pediatr Surg* 2003;13:103-7.
12. Gursoy MH, Gedikoglu G, Tanyel FC. Lateral cervical cleft: a previously unreported anomaly resulting from incomplete disappearance of the second pharyngeal (branchial) cleft. *J Pediatr Surg* 1999;34:488-90.
13. Nicollas R, Guelfucci B, Roman S, Triglia JM. Congenital cysts and fistulas of the neck. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2000;55:117-24.
14. Rodriguez Soriano J. Branchio-oto-renal syndrome. *J Nephrol* 2003;16:603-5.
15. Malik A, Odita J, Rodriguez J, Hardjasudarma M. Pediatric neck masses: a pictorial review for practicing radiologists. *Curr Probl Diagn Radiol* 2002; 31:146-57.
16. Şanlıalp İ, Karnak İ, Tanyel FC, Şenocak ME, Büyükpamukçu N. Çocuklarda lenfanjiom tedavisinde sklerozan madde enjeksiyonu. *Pediatric Cerrahi Dergisi* 2004;18:5-10.
17. Başaklar C. Bebek ve çocukların cerrahi ve ürolojik hastalıkları. Ankara: Palme Yayıncılık; 2006. 2065-86.
18. Guarisco JL. Congenital head and neck masses in infants and children. Part II. *Ear Nose Throat J* 1991; 70:75-82.