



Yetişkin Hastada Aksiller Higroma: Olgu Sunumu

Axillary Hygroma in an Adult Patient: Case Report

Sezai KANTAR 

Merzifon Kara Mustafa Paşa Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Merzifon, Amasya, Türkiye

ORCID ID: Sezai Kantar 0000-0001-6329-3494

Bu makaleye yapılacak atıf: Kantar S. Yetişkin Hastada Aksiller Higroma: Olgu Sunumu. 2020;4(2):104-106.

Sorumlu Yazar

Sezai Kantar

E-posta

sezaikantar@hotmail.com

Geliş Tarihi

04.06.202

Revizyon Tarihi

11.08.2020

Kabul Tarihi

18.08.2020

ÖZ

Kistik higromalar boyun, aksilla, mediasten ve daha seyrek olarak da retroperitoneal bölgede yerleşir. Genellikle ilk dekatta rastlanan lenfatik sistem anomalileridir. Nadiren 15 cm kadar büyük çaplara ulaşabilir ve aksillayı doldurabilir ya da boyun ve etrafında görünür deformiteye neden olabilirler. Bu makalede aksiller bölgeyi tamamen dolduran erişkin bir kistik higroma olgusunu literatür eşliğinde sunmayı amaçladık.

Anahtar Sözcükler: Lenfanjiyom, Kistik higroma, Aksilla

ABSTRACT

Cystic hygromas are located in the neck, axilla, mediastinum and less frequently in the retroperitoneal region. Generally, they are lymphatic system anomalies encountered in the first decade. Rarely can reach large diameters of 15 cm and they can fill the axilla or they can cause visible deformity on the neck and around. In this article, we aimed to present an adult cystic hygroma completely filling the armpit area in the light of the literature.

Key Words: Lymphangioma, Cystic hygroma, Axilla

GİRİŞ

Kistik higromalar endotel hücreleri ile dōşeli, masif dilate, kistik lenfatik boşluklar içeren ve bu boşluklar arasında sıklıkla lenfoid topluluklar içeren stroma barındıran lenfatik anomalilerdir (1). Genellikle %75-90 oranında boyun bölgesinde görülmekle birlikte; %20'si aksillada, %5'i mediastinum ile retroperitoneal bölgede ve nadir olarak da toraks duvarında görülebilirler (2). Etiyolojide lenfatik sistemin anormal gelişimi sorumlu olsa da bazı olgularda sonradan kazanılmış etmenlerin (travma, enfeksiyon, iyatrojenik, neoplastik) etkili olduğu bildirilmiştir. Kistik higroma izole olabileceği gibi bazı kromozomal anomaliler ile de birliktelik gösterebilir. En sık (%40-80) birlikte olduğu anomali Turner sendromudur (3).

Bu olgu sunumunda aksiller kitle ile polikliniğe başvuran yetmiş dokuz yaşında kistik higroma olgusunu sunmayı amaçladık.

OLGU SUNUMU

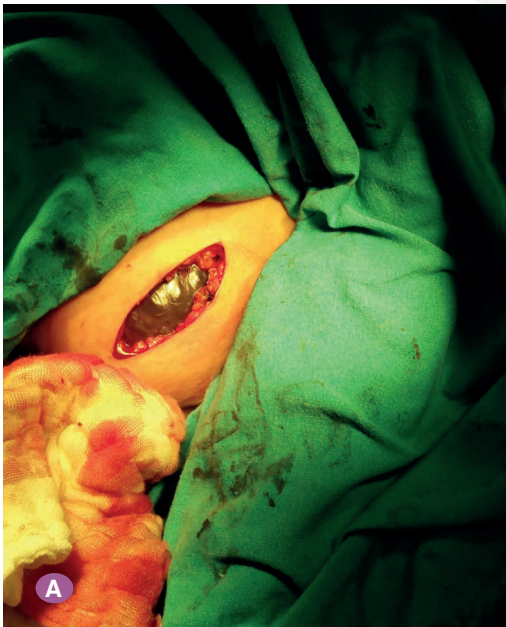
Yetmiş dokuz yaşında kadın hasta polikliniğimize sol aksiller bölgede yaklaşık 1 yıldır büyüyen şişlik şikayeti ile başvurdu. Öz geçmişinde aksiller bölgeyi ilgilendiren herhangi bir travma, cerrahi, enfeksiyon ya da malignite öyküsü yoktu. Fizik muayenede sol aksiller fossayı dolduran, kısmen serratus anterior boyunca inferiora uzanan, fluktuasyon veren, ağrısız, yaklaşık 10 cm çapında kitlesel lezyon saptandı. Ultrasonografide; sağda boyundan, aksillaya uzanan düzgün sınırlı, vaskülarite izlenmeyen, 84x67 mm boyutunda kistik lezyon izlendi.

Hastaya perkutan kist aspirasyonu yapıldı. Alınan sıvının patolojik incelemesinde; polimorfik görünümde lenfoid hücreler içeren, metastatik neoplazm, granüloamatöz iltihap ya da yüksek dereceli lenfoma bulgusu saptanmayan, lenfoid hücrelerde belirgin atipi görülmeyen kist içeriği olarak değerlendirilmiştir.

Bu sonuçlar ve kistin yaklaşık bir aylık süre zarfında sebat etmesi neticesinde hasta cerrahi eksizyon amacı ile operasyona alındı. Sol aksiller kesi ile cilt, cilt altı geçildi. Yapılan eksplorasyonda interpektoral alandan başlayan ve aksiller fossaya doğru devam eden, inferiora serratus anterior üzerine kısmen uzanmış yaklaşık 10 cm çapında ince kapsüllü kistik lezyon izlendi (Şekil 1A,B). Kist poşu aksiller venin proksimaline doğru uzanarak, incelerek sonlanmakta idi. Aksiller venin çıktığı düzeyde bağlanarak kist tamamen eksize edildi. Spesmen incelemesinde kist içerisinde seröz vasıfta sıvı ve ince septasyonlar olduğu izlendi. Patolojik incelemesi kistik higroma olduğu sonucuna varıldı.

TARTIŞMA

Lenfatik sistem oluşumu gebeliğin 5. haftasında başlar (4). Lenfatik malformasyonlar (lenf kanallarında sekestrasyon ve obrüksiyon gelişimi) yaklaşık 12000 doğumda bir gerçekleşir (5). Lenfanjiyomalara sıklıkla hayatın birinci dekatında görülen nadir tümörlerdir (6). Erişkinlerde oldukça nadir tanımlanmıştır ve geniş, yumuşak, fluktuasyon veren, hassas olmayan, ışık geçirgen, boyun cildine fikse olmayan kitleler olarak gözlenirler. Ayırıcı tanısı lipom, brankial kist, hemanjioma, lenfoma,



Şekil 1A,B. İnterpektoral alandan başlayan ve aksiller fossaya doğru devam eden, inferiora serratus anterior üzerine kısmen uzanmış yaklaşık 10 cm çapında ince kapsüllü kistik lezyon.

hamartom, tiroid kitleleri, tiroglossal kist, teratom ve metastatik kitleler ile yapılmalıdır. Tanı için ultrasonografi, bilgisayarlı tomografi ve manyetik rezonans görüntüleme teknikleri kullanılmaktadır (7,8).

Bizim olgumuzda da literatürdeki fizik muayene bulguları ile uyumlu olarak aksiller bölgede fluktuasyon veren, hassas olmayan kitlesel lezyon mevcuttu. Ayırıcı tanı için ilk planda ultrasonografi tercih ettik.

Lenfanjiyom veya kistik higroma gibi lenfatik malformasyonların tedavisi güçtür. Genellikle mobil ve sıvı dolu kitleler şeklinde bulgu verirler. Etraf yumuşak dokuları infiltrate etmesinden dolayı bu lezyonların tamamen eksizyonu zordur ve yetersiz eksizyon sonrası rekürrens sıktır. Büyük lezyonlar için cerrahi yapıldığında vasküler zedelenme ve kozmetik problemler ortaya çıkabilir (9). Cerrahide teknik olarak önemli olan kist membranının total olarak eksizyonudur. İnkomplet eksizyonu rekürrensle sonuçlanmaktadır. Tekrarlayan aspirasyon kist membranının çıkarılmamış olması nedeni ile rekürrensin engellenmesinde başarısız olmaktadır (10).

Kistik higromayı tedavi etmenin en çok tercih edilen yöntemi tam cerrahi eksizyondur. Bununla birlikte, bu tür lezyonların tedavisinde sklerozan ajanların kullanıldığı birçok yeni vakada kayda değer sonuçlar giderek artan sayıda elde edilmektedir. Kistik higromada tedavi yöntemi olarak lezyon içi bleomisin ile skleroterapi denemiştir. Çeşitli vaka raporları ve çalışmalarda tedaviye yanıt verdiği görülmüştür. Sklerozan olarak kullanılan bir diğer ajan ise, bleomisine kıyasla daha tatmin edici sonuçlar veren ve daha az komplikasyona sahip olan OK432'dir. Değişken tedavi sonuçları elde edilen diğer tedavi yöntemleri arasında basit drenaj, aspirasyonlar, radyasyon, lazer eksizyon, radyo frekans ablasyon ve koterizasyon bulunmaktadır (11).

Bizim olgumuzda da ilk planda kist aspirasyonu yapılmış ancak 1 ay içerisinde kist tekrar eski boyutlarına ulaşınca cerrahi planlanmıştır. Kist aksiller vene olan komşuluğuna rağmen, herhangi bir vasküler yaralanma olmadan kapsülü ile beraber başarı ile çıkartılmıştır. Hastanın yaklaşık bir yıl sonrasındaki takiplerinde rekürrens gelişmemiştir.

Sonuç olarak; kistik higromalar sıklıkla ilk dekatta görülmesine karşın, çok nadir olarak yetişkin hastalarda da görülebilmektedir. En sık olarak boyunda meydana gelmesine rağmen aksillada da olabileceği unutulmamalı ve aksiller kitlelerin ayırıcı tanısında akıld tutulmalıdır. Kistik higroma tedavisinde çoğunlukla aspirasyon yeterli olmamaktadır. Yetersiz eksizyonun sıklıkla rekürrens ile sonuçlanıyor olması göz önünde bulundurularak, teda-

vide ilk planda tüm kapsülü de eksize edecek şekilde cerrahi düşünülmalıdır.

Etik Kurul Onayı

Olgu sunumu olduğundan etik kurul onamı gerekmemiştir. Hasta onayı alınmıştır.

Çıkar Çatışması

Çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Finansal Destek

Olgu sunumumuz için finansal destek alınmamıştır.

Yazarların Makaleye Katkı Beyanı

Fikir, tasarım, veri ve literatür taraması, kaynak araştırması, makale yazımı, analiz, yorum: **Sezai Kantar**

Hakem Değerlendirmesi

Kör hakemlik süreci sonrası yayınlanmaya uygun bulunmuştur.

KAYNAKLAR

1. Cotran RS, Schoen FJ. Kan damarları. In: Kumar V, Cotran RS, Robbins SL, editors. Robbins Temel Patoloji, 7.ed, İstanbul, Nobel, 2003;10:325-360.
2. Kibar AE, Çakır BÇ, Tiryaki T, Peltek N, Yılmaz H, Atayurt H ve ark. Göğüs duvarında kistik higroma: Nadir bir yerleşim yeri. Türk Pediatri Arşivi. 2005;40:241-243.
3. Öztürk A, Sırmatel Ö, Gültekin E, Bitiren M. Dev kistik higroma: Prenatal tanı ve bulgular. Tanısal ve Girişimsel Radyoloji. 2002;8:407-409.
4. Sadler TW. Langman Medikal Embriyoloji. Çeviren; Can Başaklar. 9. Baskı, İstanbul, Palme Yayıncılık, 2005.
5. Hackam DJ, Grikscheit T, Wang K, ve ark. Boyun kitleleri, Çocuk cerrahisi. In: Brunicardi FC, editor. Schwartz Cerrahinin İlkeleri, Ankara, Güneş, 2016;39:1602-1603.
6. Riechelmann H, Muehlfay G, Keck T, Mattfeldt T, Rettinger G. Total, subtotal and partial surgical removal of cervicofacial lymphangiomas. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 1999;125:643-648.
7. Sherman BE, Kendall K. A Unique case of the rapid onset of large cystic hygroma in the adult. American Journal of Otolaryngology. 2001;22:206-210.
8. Kennedy TL, Whiataker M, Pelitteri P, Wood WE. Cystic hygroma/ lymphangioma: A rational approach to manegement. Laryngoscope. 2001;111:1929-1937.
9. Wein RO, Chandra RK, Leemans CR, Weber RS. Baş ve boyun hastalıkları. In: Brunicardi FC, editör. Schwartz Cerrahinin İlkeleri, Ankara, Güneş, 2016;18:565-604.
10. Çelenk F, Ceylan A, Köybaşıoğlu A, Gönül İI. Erişkin hastada servikal kistik lenfanjiom: Olgu Sunumu KBB Forum. 2006;5:62-65.
11. Mirza B, Ijaz L, Saleem M, Sharif M, Sheikh A. Cystic hygroma: An overview. J Cutan Aesthet Surg. 2010;3:139-144.