

Kistik lenfanjioma

Ünal Kuzgun⁽¹⁾, İrfan Öztürk⁽²⁾, Mehmet Tezer⁽³⁾

Lenfanjiomalar lenfatik sistemin yetersizliği sonucu gelişen malformasyonlardır. Kapiller lenfanjioma, kavernoöz lenfanjioma ve kistik lenfanjioma olarak üç tipi mevcuttur. Genellikle baş-boyunda ve aksiller bölgede gelişirler. Kalça bölgesinde ise nadir görülür. Bu yayında nadir görülen gluteal bölge yerleşimli olgu sunulmuştur.

Anahtar kelimeler: Kistik lenfanjioma

Cystic lymphangioma

Lymphangiomas are the malformations emerging from the insufficiency of the lymphatic system. They are classified into three types: capillary, cavernous and cystic lymphangiomas. They are often localized in head, neck and the axilla. However, they are extremely rare in the gluteal region. This report presents a rare cystic lymphangioma case localized in the gluteal region.

Key word: Cystic lymphangioma

Lenfatik sistem diffüz bir endotelial kanallar şebekesidir. Lenfatik sistemin yetersizliği sonucu lenfanjiomalar gelişmektedir (1, 7, 9). Günümüzde lenfanjiomaların gerçek tümörler olup, olmadığı tartışmalıdır. Yazarların çoğu lenfanjiomaları lenfatik sistemin malformasyonu olarak ele almaktadır (1, 6, 7, 8, 9).

Lenfanjiomalar genellikle konjenitaldir ve ilk 3 yaş içinde ortaya çıkarlar. Seks tercihi olmayan selim tümörlerdir (1, 2, 4, 6, 7).

Lenfanjiomaların 3 tipi vardır:

1. Lenfanjioma simpleks veya kapiller lenfanjioma
2. Kavernoöz lenfanjioma
3. Kistik lenfanjioma veya kistik higroma

Kistik lenfanjioma ilk olarak Redenbacker (1828) tarafından tanımlanmıştır. Wernker (1848) kistik higroma terimini ilk kullanan yazardır. Koester (1872) ise kistik higromanın lenfatik sistemden geliştiğini göstermiştir (2, 5)

Kistik lenfanjiomalar genellikle baş, boyun ve aksilla gibi gevşek bağ dokusu içinde gelişmektedirler (1, 3, 4, 7, 9). Kalça bölgesinde ise çok nadir görülmektedirler. Bu nedenle kalça bölgesinde gördüğümüz ve cerrahi tedavi ettiğimiz bir olguyu yayınlamayı uygun gördük.

Olgu takdimi

3 yaşında erkek çocuk. 8 aylıktan sol kalçasında ki şişlik annesi tarafından farkedilmiş. Müracaat ettikleri ortopedist bu şişliğin kist olduğunu ve takriben 3 yaşına kadar takip edilmesi ve daha sonra ameliyat edilmesi gerektiğini söylemiş. Çocuk 3 yaşına geldiğinde ailesi tarafından kliniğimize getirildi. Yapılan klinik muayenede, sol kalça bölgesinde önde ve üstte

krista iliakadan başlayan arkada gluteal oluğa ve altta uyluk üst ucuna kadar yayılan takriben 20x15 cm boyutlarında lastik kıvamında ve fluktüasyon vermeyen bir kitle tespit edildi. Kitle derin, ağrısız ve etraf dokulara yapışıklık yapmıyordu. Lokal kızarıklık ve sıcaklık bulguları yoktu. Kalça hareketleri tam olup, yürüme bozukluğu, damar ve sinir lezyonu tespit edilmedi. Konvansiyonel grafide osseöz bir patoloji tespit edilmedi, belirgin bir yumuşak doku şişliği mevcuttu. Ultrasonografik tetkikte, 16x11 cm büyüklüğünde içinde septalar olan kistik yapı tespit edildi. BT tetkikinde ise 14x11 cm boyutlarında ilk etapta kistik lenfanjioma düşündürülen kistik kitle tespit edildi. Laboratuvar tetkiklerde bir özellik görülmedi.

Ameliyata lateral insizyonla başlandı, gluteal adalelerin çok incelendiği gözlemlendi ve hemen altında kistik doku çeperine ulaşıldı. Bu arada kiste ponksiyon yapıldı ve açık sarı renkte mayi geldiği görüldü. Dikkatli bir disseksiyon sonucunda kistin önde kalça eklemi önüne, arkada rektuma, altta siyatik çentiğe kadar yayıldığı ve siyatik sinirle komşuluk yaptığı gözlemlendi. Disseksiyon sırasında kistte yer yer yırtılmalar oldu, bir miktar kist mayi boşaldı. Kistik doku tamamen çıkarıldıktan sonra tetkik için patolojiye gönderildi.

Mikroskopi

(Şişli Etfal Hastanesi, Patoloji Kliniği Prot: 2233/90)

Kesitlerde geniş bir alanda döşeyici epitel dokusu, çevresinde proliferen damar yapıları, kas ve yağ dokuları olan kistik lenfanjioma ile uyumlu yapı görüldü. Kist sıvısı incelemesinde ise, yaymalarda, zeminde eozinofilik proteinöz materyal mevcut olup, lenf sıvısı ile uyumlu mayi olduğu tespit edildi.

Hastanın ameliyattan 18 ay sonra yapılan kontrolünde nüks saptanmadı ve hasta tüm normal fonksiyonlara sahipti.

(1) Şişli Etfal Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği Şefi, Doç. Dr.

(2) Şişli Etfal Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği Şef Muavini, Op. Dr.

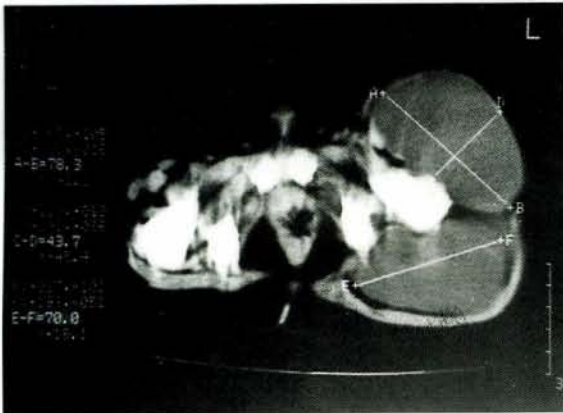
(3) Şişli Etfal Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği Araştırma Görevlisi



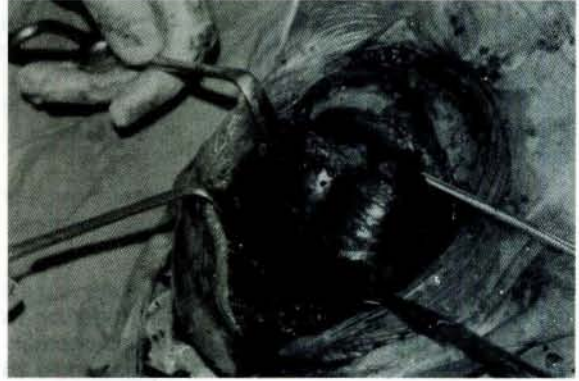
Resim 1: Hastanın ameliyat öncesi önden görünüşü



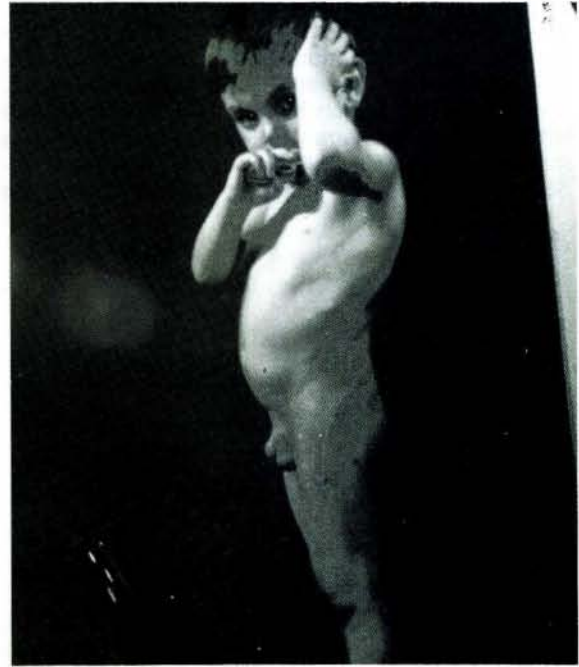
Resim 2: Hastanın gluteal bölgesinin ameliyat öncesi yandan yakın planda görünüşü



Resim 3: Kistik lenfanjiomanın bilgisayarlı tomografi incelemesindeki bir kesiti



Resim 4: Ameliyat esnasında kistin makroskopik görünümü



Resim 5: Hastanın ameliyat sonrası yandan görünüşü

Tartışma

Birçok yazar, gevşek bağ dokusu içinde gelişen ve geniş lenfatik kanallardan oluşan lenfanjiomaların lenfatik sistemin bir malformasyonu olduğunu ileri sürmektedirler (1, 7, 9). Bunun yanında Goetsch lenfanjiomaları lokal ağırsif davranış gösteren gerçek tümörler olarak değerlendirilmektedir (7).

Lenfanjiomalar genellikle klinik ve mikroskopik olarak kolayca teşhis edilebilmektedir. Fakat bazen hemanjiomalar ile karıştırılabilmektedir (4, 5, 7). Bu da genellikle lenfanjiomaların enfekte olması veya travmaya maruz kalması sonucu mikroskopik tetkikte eritrositlerin görülmesiyle olmaktadır. Klinik olarak ise lenfanjioma simpleks ile hemanjiomalar karıştırılabi-

mektedir (7).Kavernöz ve kistik lenfanjiomalar arasında ayırıcı tanıda kesin bir sınır yoktur. Kistik lenfanjiomaların kavernöz tipten geliştiğini ileri sürerler vardır (7). Anatomik lokalizasyon olarak kavernöz lenfanjiomalar yoğun bağ dokusunun ve adalelerin yayılmasını engellediği ağız, dudak, yanak ve dil gibi bölgelere yerleşmektedir. Kistik lenfanjiomalar ise baş, boyun ve aksilla gibi gevşek bağ dokusunun olduğu bölgelerde görülmektedir (1, 3, 4, 6, 7, 9). Bunların dışında akciğer, gastrointestinal sistem, dalak, karaciğer, kemik ve sakral bölgeye de yerleşebilirler (1, 7, 8).

Baş ve boyun bölgesinde yerleşen lenfanjiomalar belirgin solunum ve beslenme bozukluğu yaratabilmektedirler (5, 7).

Kistik lenfanjiomaların kalça bölgesi tutulumu ise oldukça nadir görülmektedir. Literatürde Anderson ve Chait birer olguyu sakral ve kasık bölgesinde gördüklerini bildirmişlerdir (1, 5). Fonkalsrud serisindeki 14 kistik lenfanjiomanın birinin kalça bölgesinde olduğunu bildirmiştir (8).

Kistik lenfanjiomalar genellikle selim, büyük lezyonlardır. Spontan remisyon bildirilmekle birlikte tedavisi cerrahi eksizyondur (4, 5, 7, 8, 9). Cerrahi tedavi için önerilen zaman 16-24 aylardan sonradır. Barrand baş ve boyun bölgesindeki büyük infiltran kistik higromaların cerrahi tedavisinde yüksek oranda morbidite ve mortalite riski olduğundan konservatif tedavi önermektedir (2). Konservatif tedavi amacı ile

skleroze edici ajanlar ve radyoterapi uygulanmıştır. Fakat günümüzde bu tekniklerin yetersiz kaldığı ve nüks oranının yüksek olması nedeniyle cerrahi tedavi daha çok tercih edilmektedir (5, 7, 8).

Kaynaklar

1. Anderson, W. A. D., Kissane, J. M.: Pathology. Seventh edition, Vol: 2, p: 1857, 1977.
2. Barrand, K. C., Freeman, N. V.: Massive infiltrating hygroma of the neck in infancy. Arch. dis. Childhood. 48: 523-531, 1973.
3. Byrne, J., Blanc, W. A., Warburton, D., Wigger, J.: The significance hygroma in fetuses. Hum. Pathology. Vol: 15/1, P: 61-67, 1984.
4. Campanacci, M.: Bone and Soft Tissue Tumors. P: 967, 1990.
5. Chait, D., Yonkers, A. J., Beddoe, G. M., Yarrington, C. T.: Management of cystic hygromas. Sur. Gyn. Obstet. Vol: 139. P: 55-58, 1974.
6. Chervenak, F. A. at all.: Fetal cystic hygroma. New Eng. J. Med. 14: 822-825, 1983.
7. Enzinger, F. M., Weiss, S. W.: Soft Tissue Tumors. Sec. Edition. P: 614-637, 1988.
8. Fonkalsrud, E. W.: Surgical management of congenital malformations of the lymphatic system. Am. J. Surg. Vol: 128. P: 152-159, 1974.
9. Rosai, J.: Ackerman's Surgical Pathology. Seventh edition. Vol: 2, P: 1588-1589, 1989.

Yazışma adresi

Doç. Dr. Ünal Kuzgun

Şişli Etfal Hastanesi

Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği Şefi

Şişli, İstanbul, Türkiye