

KİSTİK BOYUN KİTLELERİNİN ULTRASONOGRAFİK TANISI

Hasan Özcan*

Selma Tükel†

Aydın Acar**

Yücel Akbaş**

Suat Aytaç***

İlhan Erden****

Kistik boyun kitlelerinin tanısında hasta öyküsü, lezyonun ortaya çıkış yaşı, boyun bölgesinde yer aldığı anatomik bölge(anterior/posterior servikal üçgen; lateral/orta hat yerleşimli oluşu), çevre organlarla olan ilişkileri, fizik muayenede elastik/sert kıvamda oluşu kuşkusuz önemli ipuçları vermekle birlikte tanı için yetersizdir.

Boyunda kitle yakınması ile başvuran her hastada anamnez, fizik muayene bulguları ve gerektiğinde direkt radyografik incelemeyi takiben ultrasonografik inceleme yapılması önerilmektedir (2,4,7).

Ultrasonografi yöntemi ile boyun bölgesindeki kitlelerde solid/kistik ayrımı büyük bir başarı ile gerçekleştirilebilmekte; solid ya da kistik kitlelerden US rehberliğinde aspirasyon biyopsisi yapılabilir. Kistik kitlelerde bir takım verilerden yararlanılarak ayırtıcı tanı yapmak mümkün olmakta; solid kitlelerin bir kısmı tanımlanabilmekte bir bölümünde de daha ileri inceleme yöntemlerine geçiş önceliği belirlenebilmektedir. Renkli Doppler görüntüleme (RDG) teknolojisine sahip US cihazlarında vasküler kökenli lezyonları (anevrizma, psödoanevrizma, hemanjiom v.b.) diğer sıvı içerikli yapılardan ayırtmak mümkün olmaktadır.

Bu çalışmada yüksek rezolüsyonlu real-time US yönteminin boynundaki kistik kitlelerin tanı ve ayırtıcı tanısındaki etkinliği ortaya konulmaya çalışılmıştır.

* Uzman Doktor, Radiodiagnostik Anabilim Dalı

** Araştırma Görevlisi, K.B.B. Anabilim Dalı

*** Doç. Doktor, Radiodiagnostik Anabilim Dalı

**** Prof. Doktor, Radiodiagnostik Anabilim Dalı

Geliş Tarihi : Temmuz 3, 1995 Kabul Tarihi Aralık 25, 1995

lerin kadınlarda daha sık olduğu (19/16) dikkati çekmektedir. Bu grupta önemli bir yer tutan tiroid patolojilerinin kadınlarda sıkça görülmesinin açıklayıcı olabileceği düşünülmüştür. Dört tiroideal kist olgusu yanında 8 kistik tiroid nodülü ikinci grupta önemli bir yer tutmaktadır. Kistik dejenerasyon alanları ve kistik komponent içeren solid tiroid nodülleri çalışma kapsamı dışında tutulmuş; pür tiroid kistleri incelemeye dahil edilmiştir.

Küçük serimizde yalnızca bir olguda vasküler patoloji (tiroideal arter anevrizması) saptandı. Gri skalada kistik lezyon şeklinde saptanan yapının renkli Doppler görüntüleme incelemesi ile anevrizma olduğu gözlemlendi, tanı anjiyografik olarak doğrulandı.

Neoplazik kökenli tek lezyon epidermoid kistli. Karakteristik mural nodülü ile kolayca tanı konulan lezyonda, US eşliğinde gerçekleştirilen aspirasyon biopsisi negatif ancak cerrahi ve patoloji sonuçları epidermoid kistle uyumluydu.

Postoperatif dönemde boyunda şişlik yakınması olan üç hastanın sonografik değerlendirmesinde hematomla uyumlu kolleksiyon saptandı. Aspirasyon materyali tanıyı doğruladı. Bir olguda karakteristik flebolitleri ile hemanjiomla uyumlu sıvı içerikli lezyon saptandı, sıvının lateral servikal bölgede yer aldığı görüldü.

TARTIŞMA

Ultrasonografi, boyunda şişlik yakınması bulunan hastalarda çabuk, kolay uygulanabilir ve ucuz oluşu nedeni ile, çok daha ayrıntılı bilgiler sunan bilgisayarlı tomografi (BT) ve magnetik rezonans görüntüleme (MRG) yöntemlerine göre daha öncelikli bir inceleme metodudur (1,2,4,7).

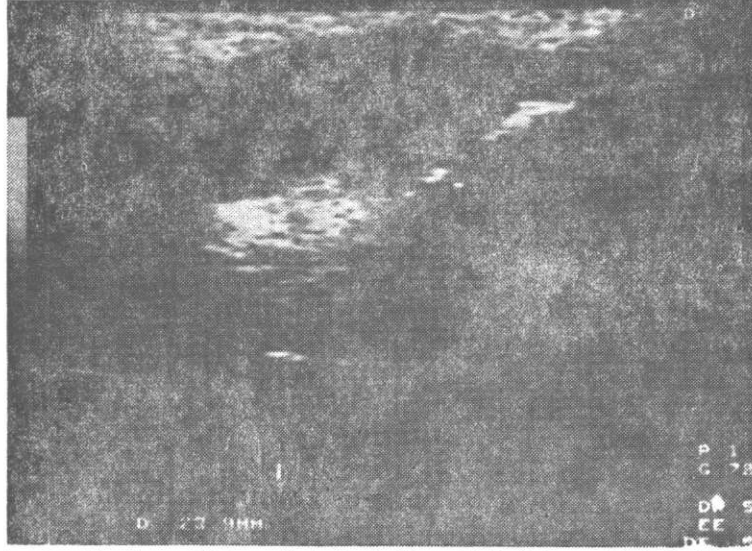
Konjenital, neoplazik ya da inflamatuvar kökenli olsun boyun lezyonlarında US yöntemi ile solid ya da kistik kitle ayrımı, lezyon boyutları, kabaca çevre dokularla olan ilişkileri ortaya konulabilmekte, bazı karakteristik bulguların varlığında spesitif tanıya gidilebilmektedir (2,4,7).

Boyun bölgesinde izlenen kistlerin önemli bir bölümü konjenital kaynaklıdır. Bunların arasında tiroglossal kist, brankiyal kist, kistik higroma yer alır. Troid kaynaklı kistler, epidermoid kist, boyun bölgesindeki inflamatuvar ya da hemorajik kolleksiyonlar; anevrizma ve psödoanevrizma gibi vasküler kaynaklı patolojiler de boyunda şişlik yapan kistik lezyonlar arasında sayılabilir (Tablo III).

Tablo - III : Boyundaki Kistik Lezyonların Sınıflandırılması

- Konjenital Kökenli Lezyonları
 - 1. Tiroglossal kist
 - 2. Brankiyal kist
 - 3. Kistik higroma
- İnflamatuvar Kökenli Lezyonlar
 - 1. Servikal apseler
 - Spesifik
 - Nonspesifik
 - 2. Postoperatif sıvı kolleksiyonları
 - Hematomlar
 - Apseler
- Neoplazik Kökenli Lezyonlar
 - 1. Benign lezyonlar
 - Epidermoid kistler
 - 2. Malign lezyonlar
 - Solid kitlelerdeki kistik dejenerasyon ve nekrozlar
- Vasküler Kökenli Lezyonlar
 - Hemanjiom
 - Anevrizma
 - Psödoanevrizma
 - Arteriovenöz malformasyonlar
- Boyundaki Parenkimal Organlardan Köken Alan Lezyonlar
 - Tiroid kistleri
 - Tükürük bezlerine ait kistik lezyonlar

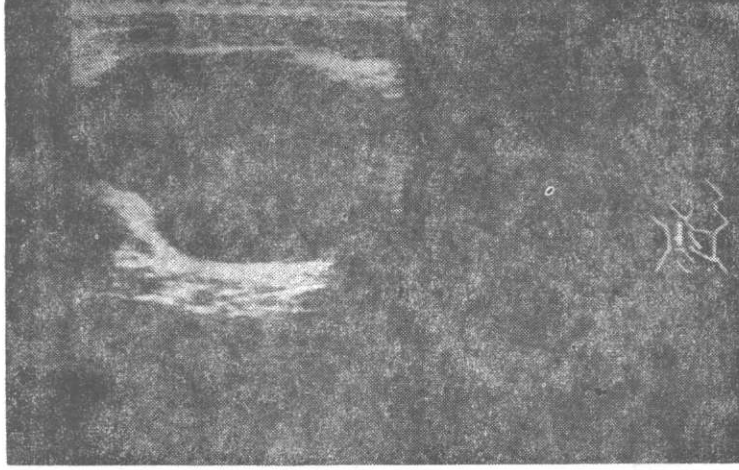
Konjenital orjinli kistik boyun kitleleri genellikle çocukluk çağlarında bulgu vermektedir. Bu grupta tiroglossal duktus kistleri oldukça karakteristik klinik verileri ve sonografik özellikleri ile kolay tanı konulabilen bir patoloji gurubunu oluşturmaktadır. Median boyun kistleri olarak da adlandırılan tiroglossal kistler, embriyoner hayatta tiroid bezinin migrasyonunda öncülük eden tiroglossal duktusun kapanmaması sonucu gelişirler. Boyun orta hattında tiroid ile dil kökü arasında yer alan tiroglossal duktus kistleri dil köküne fikse olup karakteristik olarak dil hareketi ile yer değişikliği gösterirler. Fizik muayenede mobil, elastik kıvamda kitle şeklinde palpe edilirler. US incelemesinde boyun orta hattında, oldukça düzgün ve ince kenarlı, homojen hipoekoik yapıda kistik lezyonlar şeklinde görüntülenirler (4, 7,8) (Resim 1). Enfeksiyon yada kanama durumunda kist içi sıvı yoğun



Resim 1 : Tiroglossal kist : orta hatta fuziform biçimli, ince cidarlı kistik lezyon

luğunda artış ve ekojen görünüm egemen olur, duvar kalınlaşması izlenebilir. Genellikle çocukluk çağlarında ortaya çıkan tiroglossal kistler çalışma grubumuzda da en düşük yaş ortalaması (15.83) olan hasta grubunu oluşturmuştur. Bu grupta diğer dikkat çekici bir özellik de olguların tamamında klinik olarak tiroglossal kist tanısının konmuş olmasıdır. Tiroglossal kist tanısı koyduğumuz olguların tamamında lezyonlar boyun orta hattında sıvı içerikli fuziform yapılar olarak görüntülendi. Olguların tamamı nonkomplike nitelikte olup, kist içi hemoraji ya da enfeksiyon lehine değerlendirilebilecek internal eko değişikliği saptanmamıştır.

Brankiyal kistler (lateral boyun kistleri) konjenital brankiyal yarık artıklarından köken alırlar. Genellikle doğumda mevcut olmakla birlikte çoğu kez çocukluk çağında klinik bulgu verirler. Yerleşim yerleri oldukça karakteristiktir. Anterior servikal üçgende sternokleidomastoid (SCM) kası boyuca karotid-suprahiyoid mesafede uzanım gösterirler (1,7,8). Oldukça fazla boyutlara ulaşabilmektedir. Fizik muayenede elastik kıvamda palpe edilirler. US incelemesinde yuvarlak ya da oval biçimli, oldukça düzgün, ince kenarlı homojen ve internal ekoda kistik lezyonlar şeklinde saptanırlar (1,6,8). (Resim 2). Enfeksi-

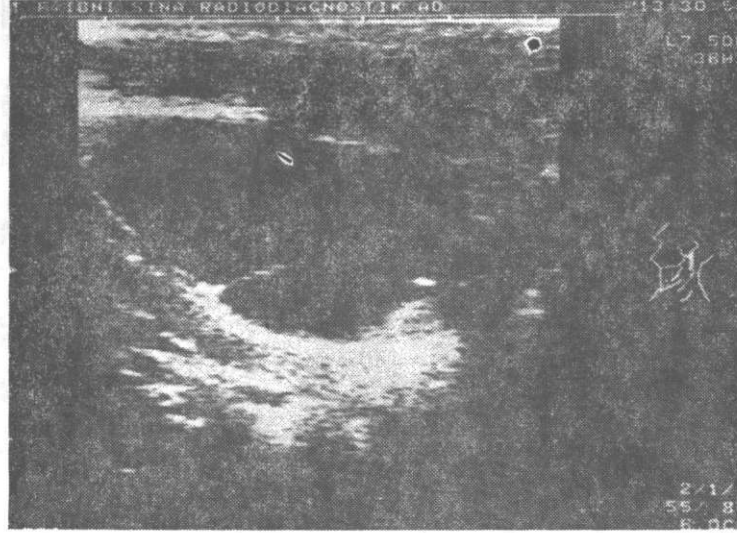


Resim 2 : Brankiyal kist : boyun sağ yarısında oldukça iyi sınırlı oval biçimli, nispeten yüksek yoğunlukta sıvı içerikli lezyon.

yon ve hemoraji önemli komplikasyonlardır. Bu durumda homojen yapı kaybolur, seviye oluşturan ekojeniteler gözlenir. Lezyonlarda zaman zaman duvar kalsifikasyonlarına rastlanabilir. Çalışma grubumuzda 5 brankiyal kist olgusundan 2'sinde klinik ön tanı brankiyal kist şeklindeydi. Bir olgu hariç hastaların tamamında sonografik tanı doğru bir şekilde konmuş; oldukça geniş boyutlara ulaşan ve internal ekojeniteler içeren bir olguda görünüm kistik hogramayı taklid etmiştir.

Kistik Higroma (seröz kist) lenfoid dokudan köken alan kistik lezyonlardır. Genellikle posterior servikal üçgende yer alırlar, çok büyük boyutlara ulaşan lezyonlar üst-ön mediastinuma uzanım gösterebilirler. Daha çok çocukluk yaşlarında ortaya çıkarlar. Sonografik görünümleri fibröz septumlardan oluşan multiloküle kistik lezyonlar şeklindedir (Resim 3). Genellikle ince, düzgün duvar yapısına sahiptirler. Enfeksiyon durumlarında solid komponentler oluşabilmektedir (3,7). Çalışmamızda bu grupta yer alan 6 olgudan yalnızca birinin klinik ön tanısı kistik higroma şeklinde idi. Sonografik olarak bu gruptaki olgulardan 4'ünde kistik higroma tanısı konulabilmiş; iki olguda sonografik tanıya gitmek için yeterli bulunmamıştır.

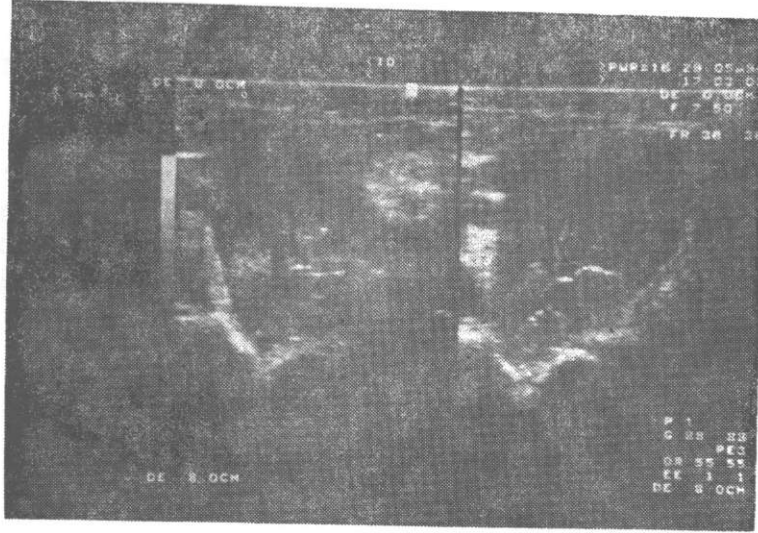
Serimizde görülme sıklığı bakımından konjenital orjinli kistik lezyonları tiroid kökenli akkiz kistik boyun kitleleri takip etmiştir. Troid kaynaklı kistik lezyonların önemli bir bölümünü solid nodüllerdeki



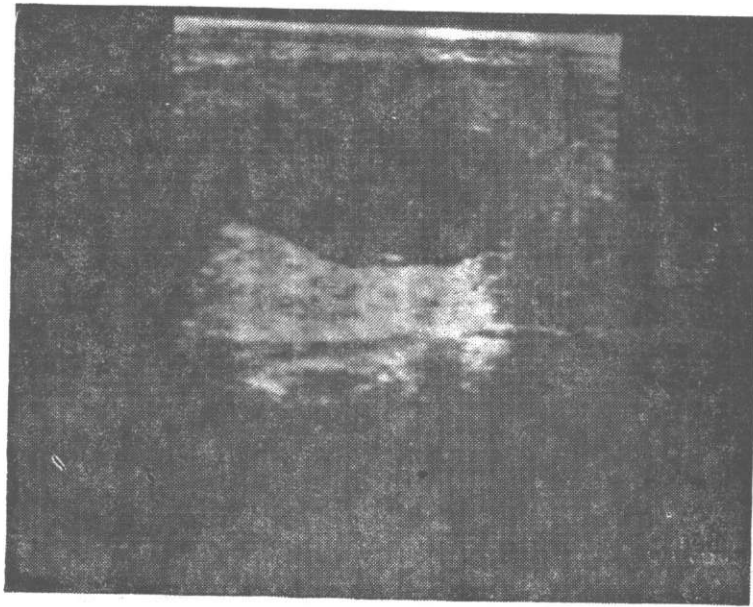
Resim 3 : Kistik higroma olgusu : Boyun sol yarısında posterior servikal üçgende, septasyon ve internal ekojeniteler içeren, multilokule, iyi sınırlı kistik lezyon.

kistik dejenerasyon alanları ve kistik komponentler oluşturmaktadır. Für kistik lezyonlara az rastlanmaktadır. Tiroideal kistlerin bir bölümü travma sonrasında akut gelişim gösterirler, hemorajik tiroideal kistler adını alırlar. Travma öyküsü olmayan basit tiroid kistleri (kistik tiroid nodülü) genellikle düzgün kenarlı, anekoik görünümde ve gerisinde parlaklık zonu bırakan lezyonlar şeklindedir (7) (Resim 4). Hemorajik tiroideal kistler ise çoğunlukla bir travma sonrasında gelişir. Genellikle kalın duvarlı ve iç yapısı nonhomojen kistler şeklindedir. Serimizde 4'ü kistik hemorajik nitelikte 8'i basit karakterde olmak üzere 12 kistik tiroid lezyonu saptandı (Resim 5). Solid nodüllerdeki kistik dejenerasyon alanları ve kistik komponente sahip solid nodüller inceleme kapsamı dışında tutuldu. Lezyonların önemli bir bölümünün kadınlarda (8/3) görüldüğü dikkati çekti Hemorajik nitelikte gözlenen olguların tamamında etiolojide travmanın rol aldığı görüldü.

Boyun bölgesinde izlenen anevrizmalar genelde eksternal karotis arterin dallarına aittir (Resim 6). İnternal karotis arter ekstrakranial bölümünde de nadiren anevrizma gelişimi olabilir. Sakküler anevrizmalar genelde ilgili arterle ilişkili yuvarlak kistik kitleler şeklindedir. Renkli Doppler ultrasonografi bu lezyonları noninvaziv ve efektif olarak ortaya koymakta, kesin tanı anjiyografi ile mümkün olmaktadır.



Resim 4 : Hemorajik tiroideal kist : tiroid bezi sağ lobunda nispeten kalın cidarlı ve internal ekolar ve septasyon gösteren kistik yapı.



Resim 5 : Basit kistik tiroid nodülü : tiroid sağ lobunda düzgün sınırlı, sıvı içerikli yapı.

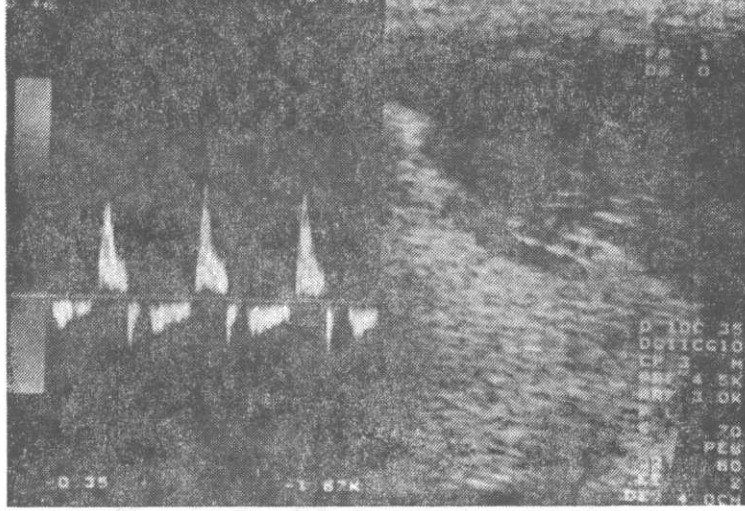


Resim 6 : Tiroideal arter anevrizması : İ inferior tiroideal arterden köken alan sakküler biçimli, renkle dolan anevrizma.

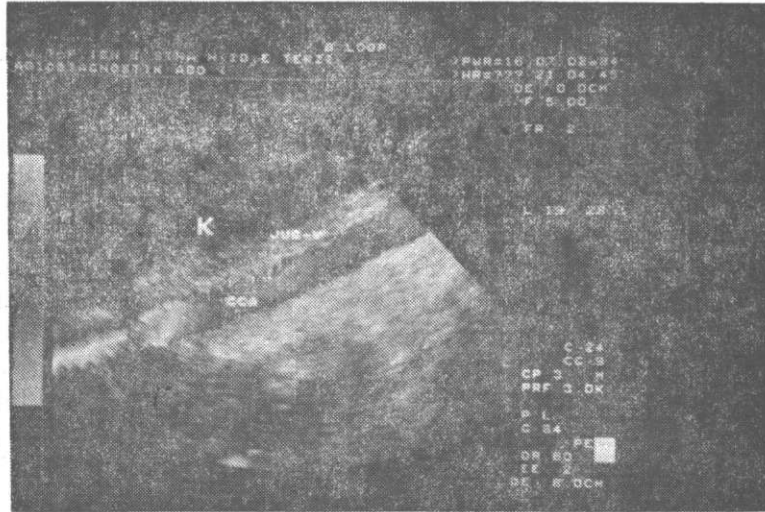
Boyun bölgesindeki hemanjiomlar belirsiz sınırlı hipoekojik lezyonlar şeklindedir (7). Karakteristik flebolitler ve renk modunda lezyonun vasküler kökenli olduğunun gösterilmesi teni koydurucudur.

Boyun bölgesindeki kistik lezyonların değerlendirilmesinde renkli Doppler yönteminin önemli bir yararı da kist benzeri görünümlere açıklık kazandırmasıdır. Nitekim parotise ait lezyonların bir bölümü (pleomorfik adenom gibi) gerilerinde meydana gelen arka duvar parlaklığı nedeni ile kisti andıran görünümlere yol açmaktadır. Çalışma kapsamı dışında tutulan parotis bezi kaynaklı, bazı lezyonlar belirgin arka duvar parlaklığı ve homojen eko yapısı ile kistik lezyonları taklit ettiği görülmüştür. Bu tür lezyonlarda renkli Doppler yöntemi ile kitleye ait kanlanma gösterilerek kist tanısı tümü ile dışlanmıştır. Spektrel incelemelerinde düşük dirençli arteriyel akım spektrumu saptanan bu olguların iğne aspirasyon biyopsileri pleomorfik adenom ile uyumlu bulunmuştur (Resim 7).

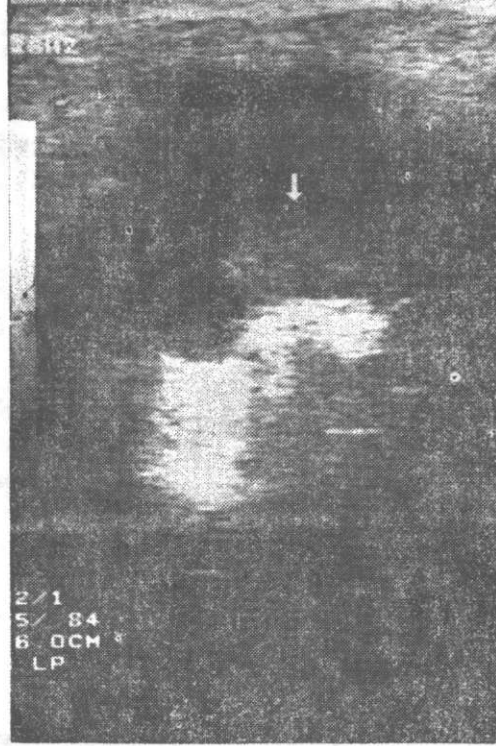
Postoperatif sıvı kolleksiyonları, hematomlar zaman zaman sıvı içerikli görünümleri ile boyundaki kistik lezyonları taklit edebilmektedir (Resim 8). Epidermoid kistler, genelde nispeten yüksek yoğunlukta ve çoğu kez ekojen yuvarlak mural nodül içeren görünümleri ile sonografik açıdan kolaylıkla tanı konulan lezyonlardır (Resim 9).



Resim 7 : B-Mod US'de arka duvar parlaklığı ve homojen internal dokusu ile kistik bir lezyonu taklid eden, iyi sınırlı oluşum RDG incelemesinde düşük dirençte arteriyel akım örnekleri dikkati çekiyor. Olgunun biyopsi tanısı; pleomorfik adenom.



Resim 8 : Postoperatif erken dönemde boyunda şişlik yakınması ile başvuran hastada sonografik olarak juguler ven ve ana karotid arter (CCA) ön bölümünde hipoekoik sıvı içerikli kolleksiyon (k) (hematom) görülüyor.



Resim 9 : Düzgün sınırlı, nispeten yüksek yoğunlukta sıvı içerikli kistik yapı; kist posterioründe epidermoid kist için karakteristik mural nodül (okla işaretli).

Doğası gereği noninvaziv ve kolay uygulanabilir bir yöntem olan US kistik lezyonları solid lezyonlardan büyük bir başarı oranı ile ayırttirmektedir. Sistemin sensitivitesindeki yüksekliğe karşın spesifitesinin nispeten düşük olması en önemli dezavantajdır. Tiroglossal kist, epidermoid kist ve tiroid kistleri gibi karakteristik sonografik bulgulara sahip bazı kistik lezyonlar dışlanacak olursa ayırtıcı tanı teknik güçlükler vardır. Renkli Doppler teknolojisine sahip cihazlarda anevrizma gibi vasküler patolojilere rahatlıkla tanı konulabilmekte; bazı sonografik özellikleri nedeni ile kistleri taklit eden solid kitleleri dışlamak mümkün olmaktadır.

Kanımızca US yöntemi boyundaki kitlelerin araştırılmasında ilk tarama yöntemi olarak düşünülmeli; uygun cihazlarda gerektiğinde renkli Doppler görüntüleme komponentinden ve US eşliğinde gerçek-

leştirilecek biyopsi işlemlerinden yararlanılmalıdır. Tanıda ve ayırtıcı tanıda sorun olan olgularda daha detaylı bilgi edinebilmek amacı ile BT ve MRG yöntemlerine başvurulmalıdır.

ÖZET

Bu çalışmada boyunda kistik kitlesi bulunan 35 hasta ultrasonografi (US) yöntemi ile değerlendirilmiştir. Kistik boyun kitlelerinin ayırtıcı tanısı ve bu lezyonların değerlendirilmesinde ultrasonografi yönteminin etkinliği araştırılmıştır. Kanımızca ultrasonografi kistik boyun lezyonlarının değerlendirilmesinde ilk başvurulması gereken noninvaziv görüntüleme yöntemidir.

Anahtar Kelimeler : Boyun kitleleri kistik kitleler, Ultrasonografi

SUMMARY

Cystic Neck Masses Diagnosed by Ultrasonography

In this study, 35 patients with cystic neck masses were evaluated by ultrasonography. The differential diagnosis of cystic neck masses and the role of ultrasonography in these lesions were investigated. We conclude that ultrasonography is a noninvasive and initial modality in the assessment of cystic neck masses.

Key Words : Servical masses, cystic masses, Ultrasonography

KAYNAKLAR

1. Badami JP Athey PA : Sonography in the diagnosis of Branchial cysts. *AJR*, 137 : 1245 - 48, 1981
2. Gooding GA Herzog KA Laing FC McDonald EJ : Ultrasonic assessment of neck masses. *JCU* 5 : 248 - 252, 1977.
3. Kraus R Han BK Babcock DS et al : Sonography of neck mass in children. *AJR* 146 : 609 - 613, 1986.
4. Osama ES Corney C : The value of sonography in the management of cystic neck lesions. *The Journal of Laryngology and Otology* 107 : 245 - 251, 1993.
5. Reede DL Whelan MA Bergeron RT : CT of the soft tissue structures of the neck. *Radiol North Am* 1 : 239 - 250, 1989.
6. Reynolds JH Wolinski AP : Sonographic appearance of branchial cyst. *Clinical Radiology* 48 : 109 - 110, 1993.
7. Solbiati L Cervical masses. In : Cosgrove D, Meire H, Dewbury K, editors. *Abdominal and General Ultrasound*. London, Churchill Livingstone Longman Group UK Limited, 688 - 692, 1993.
8. Telender RL Deane SA : Thyroglossal and branchial cleft cysts and sinuses. *Surg Clin North Am*. 57 : 579 - 591, 1979.