

DEV KİSTİK HİGROMA (Vaka Takdimi)

Hamit Okur*, Mustafa Küçükaydın**, Mehmet İçer*, Muzaffer Zorlu*

Özet: Üst ekstremiteleri, bilateral aksiller, interskapular bölge, sırt ve mediasteni massif infiltrate kistik higroma tarafından tutulmuş iki yaşında bir kız hasta sunuldu. Mediastendeki hariç diğer tüm kistler iki seanslı operasyonla totale yakın eksize edildi. Bu konu ile ilgili literatür gözden geçirildi ve kısaca tartışıldı.

Anahtar Kelimeler:Massif, infiltrate kistik higroma

Giant cystic hygroma(case report)

Summary: A 2-year old girl with massive infiltrating cystic hygroma of upper limbs, bilateral axillary, interscapular, posterior trunk and mediastinal regions is presented. All the cysts, except the mediastinal one were excised nearly totally by two stages operation. The literature pertaining to this subject is reviewed with a brief discussion.

Key Words: Cystic hygroma, giant hygroma

Kistik higroma lenfatik sistemin konjenital bir anomalisi olup, ilk defa "kistik higroma" terimi 1843 yılında Wernher tarafından kullanılmıştır. kistik higromanın oluşumu hakkında iki ana teori bulunmaktadır. Bunlardan birincisi (Goetsch,1938)'in ileri sürdüğü, higromanın santral olarak başlayıp perifere doğru büyümesi; ikincisi ise, (Huntington ve Mc Clue, 1907)'in ileri sürdükleri primer lenf sisteminin santral sistem ile birleşmesindeki bir kusura bağlı olarak geliştiğini bildiren teoridir(1).

(Landing ve Farber, 1956)'de lenfangiomları, lenfangioma simpleks, kavernöz lenfangioma ve kistik higroma olarak kendi aralarında üç gruba ayırmışlardır(1). Bill ve Sumner(2) ise lenfangiomları kesin çizgilerle birbirinden ayırmanın mümkün olmadığını, eğer lenfangiomaun geliştiği doku dil gibi dens bir organ ise patoloji lenfangiom olarak, doku gevşek yapıda ise örneğin boyun gibi, lezyonların kistik higroma olarak gelişeceğini ileri sürmüşlerdir.

* Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi

** Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı Doçenti

Vaka Takdimi

İki yaşında kız hasta (M.S.412575), vücudunun muhtelif yerlerindeki kitleler nedeni ile kliniğimize yatırıldı. Hasta ilk defa yenidoğan döneminde her iki aksiller bölgesindeki kitleler nedeniyle başka bir çocuk cerrahı tarafından ameliyat edilmiş ve kitlelere parsiyel eksizyon uygulanmış. Zaman içinde hem her iki aksiller bölgedeki kitleler ve bunun dışında iki omuz arasında, sırtta ve üst ekstremitelerdeki kitlelerin aşırı derece büyümesi üzerine hasta kliniğimize yatırıldı. Yapılan muayenesinde, iki omuzu arasında, sırtta, her iki aksiller bölgede ve üst ekstremitelerde ileri derecede büyümüş kistik karakter gösteren kitleler tesbit edildi. Özellikle iki omuz arasındaki kitlenin tesiri ile hastanın dengesinin bozulduğu gözlemlendi (Resim 1).



Resim 1. Ameliyat öncesi hastanın görünümü

İki yönlü akciğer grafisinde ön mediastende kitle görünümü, toraks ultrasonografisinde ön mediastende kistik yapıda kitleler olduğu tesbit edildi. Hematolojik tetkikleri normal olan hastaya iki seanslı ameliyat uygulandı. Birinci seansta, iki omuz arasındaki ve sağ aksiller bölgedeki kitleler totale yakın eksize edildi. Yaklaşık bir ay sonra ikinci seansta sol aksiller bölgedeki, sırttaki ve her iki koldaki kitleler yine totale yakın eksize edildi. Makroskopik olarak daha hakim idi(Resim 2). Kitlelerin histopatolojik incelenmesinde kistik lenfagiom (kistik hiyroma) olduğu tesbit edildi. Hasta ikinci ameliyatından 20 gün sonra önemli ölçüde düzelmiş olarak taburcu edildi(Resim 3).



Resim 2. İki omuz arasından eksize edilen kitlenin görünümü



Resim 3. Hastanın ikinci ameliyattan sonraki görünümü

Tartışma

(Sabin, 1904)'e göre lenfatik sistem beş primitif lenf taslağından gelişir(9). (Sabin, 1901)'in primitif lenf taslaklarının venöz sistemden köken aldığını ileri sürmesine rağmen(9), diğer bazı araştırmacılar bu taslakların venler yakınındaki mezankimal yarıklardan (cleft) geliştiğini iddia etmişlerdir(9). Sekiz haftalık bir insan embriyosunda primitif lenf taslaklarının gelişimi tamamlanmıştır(1,9). Bu taslaklar: Bir çift juguler ven lateralinde, bir adet retroperitoneal bölgede, bir çift siyatik ven yakınında bulunur. Kistik higroma primitif lenf taslaklarında meydana gelen sekestrasyon sonucu gelişir(9). Bizim hastamızın lezyonlarının bir kısmı seyrek görülen yerleşim bölgelerinde olup-sırt, mediyasten, üst ekstremiteler-birden fazla primitif lenf taslağı bölgesinde meydana gelmiştir.

Kistik higromaların bir kısmı ultrasound ile intrauterin hayatta, yaklaşık yarısı doğumda ve % 80-90 oranında ise hayatın ilk iki yılında tesbit edilebilir(1,9). Hastamızın lezyonları doğumda fark edilmiş ve üç günlük iken hastaneye yatırılmıştır.

Higromalar yaklaşık % 75 oranında boyun bölgesinde, %20 oranında aksiller bölgede yerleşir. Servikal bölgedeki higromaların % 2-3 kadarı mediyastene uzanır ve "servikomediyasteneal higroma" adını alır. Mediyastendeki higromalar en sık ön ve orta mediyastende bulunur, arka mediyastende yerleşim ise oldukça seyrek(1,5,9). Hastamızın lezyonları: Ön mediyastende, iki omuz arasında sırtta, her iki aksiller bölgede ve üst ekstremitelerde idi (Resim 1).

Küçük çapta kistik higromalar sık görülmekle beraber dev kistik higromalara daha az rastlanır (3,5). Barrand ve Freeman(1) 763 vakalık lenfangiom serilerinde dokuz dev kistik higroma tesbit etmişlerdir. Bu tür lezyonlar vücutta yerleştikleri bölgelerden etrafa infiltratif şekilde bir yayılım gösterirler ve çevre dokudaki damar, sinir ve diğer yapıları tamamen sararak hem ameliyat anında diseksiyonu zorlaştırırlar, hem de tam bir eksizyona mani olurlar(5,7). Hastamızda da özellikle her iki aksiller bölgede olmak üzere tüm lezyonların bulunduğu bölgelerde higroma tarafından çevre dokular tamamen infiltre edilmiş idi.

Bazı araştırmacılara göre kistik higromadaki kistler arasında iştirak yoktur ve birbirinden tamamen ayrı keseciklerden meydana gelirler. Bu otörler kist içine verilen opak maddenin 24 saat sonra çekilen grafilerde aynı kist içinde sebat ettiğini göstermişlerdir(1,9,10). Başta Lynn(8) olmak üzere bazı otörler ise yaptıkları çalışmalarla kistler arasında iştirak olduğunu ileri sürmektedirler(2). Biz de hastamızda ve diğer kistik higromalı hastalarımızda radyopak madde ile yaptığımız çalışmalarda kistler arasında iştirak olmadığını tesbit ettik.

Günümüze kadar kistik higromanın tedavi yaşı konusunda fikir birliği sağlanamamıştır(2,3,4). Ravitch(9) prematürelerin ameliyat edilmemesini (acil durumlar dışında, solunum ve sindirim sistemi obstrüksiyonu gibi) tavsiye ederken, Broomhad(3) 18-24 ay arasının uygun olduğunu

belirtmiştir. (Gross, 1953) ve Ward ve arkadaşları(12) ise erken ameliyat yanlısıdır(1). Broomhead (3) 44 hastanın yedisinde spontan iyileşme olduğunu bildirirken, Bill (2), (Galofre, 1962), (Gross, 1953) gibi otörler ise spontan iyileşmenin mümkün olmadığını ileri sürmüşlerdir(1). Bunun dışında yine Broomhead(3) kistin tek bir aspirasyon ve enfeksiyon ile iyileştiğini ileri sürmüştür.

Kistik higroma için en uygun tedavinin total eksizyon olduğunda hemen herkes ittifak halindedir(1,3,5,9,10). Bunun yanında higromanın malign karakter kazanması şimdiye kadar bildirilmemiştir(1,7); bu nedenle kistin hayati organları tuttuğu durumlarda organı korumak için parsiyel eksizyon tercih edilmelidir(1,9). Özellikle geçmişte olmak üzere ve seyrek olarak da günümüzde eksizyonun mümkün olmadığı durumlarda diğer bazı alternatif tedavi yöntemleri mevcuttur. Bunlar: insizyon drenaj, iradyasyon, sıcak su enjeksiyonu ve özellikle kistler arasında iştirak olduğunu savunan grubun uyguladığı skleroterapi gibi metodlardır(1,4,5,7,9,10). Bu yöntemlere ek olarak son zamanlarda bir antitümör ilaç olan bleomisin kullanılmaya başlanmış ve iyi sonuçlar alındığı bildirilmiştir(11). Biz hastanın sırt, aksiller bölge ve üst ekstremitelerindeki kitleleri totale yakın eksize ettik. Solunum ve sindirim sistemine baskı belirtisi olmadığı için mediyastendeki kitleye dokunmadık. Tedavi sonunda hastamızın görünümü önemli ölçüde düzeldi ve denge bozukluğu ortadan kalktı (Resim 3).

Kaynaklar

1. Barrand KG, Freeman NV: Massive infiltrating cystic hygroma of the neck in infancy. *Arch Dis Child* 48:523-531,1973.
2. Bill AH, Sumner DS: A unified concept of lymphangioma and cystic hygroma. *Surg Gynecol Obstet* 120:79-84,1965
3. Broomhead IW: Cystic hygroma of the neck. *Br J Plast Surg* 17: 225-231, 1964.
4. Carr RF, Richard HO, Ritter DA, et al: Fetal cystic hygroma and Turner's syndrome. *AJDC* 140:583,1986.
5. Curley SA, Ablin DS, Kosloske AM: Giant cystic hygroma of the posterior mediastinum. *J Pediatr Surg* 24:398-400,1989.
6. Godart S: Embryological significance of lymphangioma. *Arch Dis Child* 41:204-208,1966.
7. Joseph AE, Donaldson JS, Reynolds M: Neck and thorax venous aneurysm: association with cystic hygroma. *Radiology* 170:109-112,1989.
8. Lynn HB: Cystic hygroma. *Surg Clin North Am* 43:1157-1162,1963.

9. Ravitch MM, Rush BF: Cystic hygroma. In Welch HC, et al(eds): **Pediatric Surgery**. Chicago-London Year Book Medical 1986,pp 533-539.
10. Seashore JH, Gardiner LJ, Ariyan S: Management of giant cystic hygromas in infants. **Am J Surg** 149:459-465,1985.
11. Tanigawa N, Shimomatsuya T, Takahaski K, et al: Treatment of cystic hygroma and lymphangioma with the use of bleomycin fat emulsion. **Cancer** 60:741-749,1987.
12. Ward P, Harris PF, Downey W: Surgical approach to cystic hygroma of the neck. **Arch Otolaryng** 91: 508-513,1970.