



## OLGU SUNUSU

# ERİŞKİN HASTADA SERVİKAL KİSTİK LENFANJİOM: OLGU SUNUMU

Dr. Fatih Çelenk<sup>1</sup>, Dr. Alper Ceylan<sup>1</sup>, Dr. Ahmet Köybaşıoğlu<sup>1</sup>, Dr. İpek Işık Gönül<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

<sup>2</sup>Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

### ÖZET

Lenfanjiomlar lenfatik kanalların esas olarak baş ve boyun bölgelerini etkileyen konjenital malformasyonlardır. Bu konjenital lezyonlar iki yaş altı çocuklarda görülmektedir; erişkin yaşlarda oldukça nadirdir. Altmış iki yaşındaki bir bayan hastada solunum sıkıntısına yol açan sağ servikal bölgede fluktuasyon veren 12x10cm boyutlarındaki kitlenin ultrasonografi (USG), magnetik rezonans görüntüleme (MRG) bulguları ve ince iğne aspirasyon biyopsisi (İİAB) kistik lenfanjiom ile uyumlu gelmesi üzerine, cerrahi olarak tamamı çıkarılmıştır. Histopatolojik inceleme sonucu kistik lenfanjiom ile uyumlu geldi. Hastada cerrahi sonrası dönemde komplikasyon izlenmedi ve 3 yıllık takibinde nüks ile karşılaşmadı.

*Anahtar Sözcükler: Kistik Lenfanjiom, servikal, erişkin*

### CERVICAL CYSTIC LYMPHANGIOMA IN ADULT: A CASE REPORT

#### SUMMARY

Lymphangiomas are the congenital malformations of the lymphatic system affecting mainly head and neck region. These congenital lesions are usually seen in children younger than two years of age. Occurrence in adults is uncommon. A 62-year-old woman presented with large cystic mass causing respiratory distress on the right cervical region. Ultrasonography and magnetic resonance imaging revealed a right cervical cystic mass and cystic lymphangioma is noted in the fine needle aspiration biopsy. Cystic mass is totally excised and the pathologic examination supported the diagnosis of cystic lymphangioma. Postoperatively, any complication did not occur and follow-up of 3 years showed no recurrence.

*Keywords: Cystic lymphangioma, cervical, adult*

## GİRİŞ

Lenfanjiomlar lenfatik sistemin nadir görülen konjenital proliferasyonudur. Sıklıkla çocuk yaşlarda tanı konulur.<sup>1</sup> Erişkinlerde oldukça nadirdir.<sup>2,3,4</sup> Baş ve boyun bölgesi en sık görüldükleri bölgedir.<sup>5,6,7,8</sup> Tedavide tercih edilen yöntem total eksizyondur.<sup>9,10</sup> Altmış iki yaşındaki hastada solunum sıkıntısına yol açan, servikal kistik lenfanjiom vakası sunulmuştur.

## OLGU

Altmış iki yaşındaki bayan hasta boyun sağında şişlik ve nefes darlığı şikayetleriyle başvurdu. (Şekil 1) Boyunda şişlik şikayeti on yıl önce başlayan ve giderek artan hastanın nefes darlığı şikayeti iki yıl önce başlamış. Sağ posterior servikal üçgende 12x10 cm boyutlarında ağrısız, fluktuasyon veren, yumuşak kitle palpe edildi. Hastanın boyun USG'sinde sağda angulus mandibuladan başlayıp klavikula posterioruna kadar uzanan tiroid ve trakeayı iten 11x8 cm boyutlarında kistik kitle görüldü. Hastanın boyun MRG'sinde sağda sternokleidomastoid kası posteromedialinde larenks ve trakeayı iten kistik lezyon izlendi (Şekil 2-3).

İletişim kurulacak yazar: Dr. Fatih Çelenk, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, KBB Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye, Tel: +90 312 2026473 E-mail: fcelenk@gazi.edu.tr

Gönderilme tarihi: 26 Ekim 2005, revizyon gönderme tarihi : 24 Aralık 2005, yayın için kabul edilme tarihi: 18 Ocak 2006

Yapılan İİAB'si kistik lenfanjiom ile uyumlu gelen hastanın kitlesinin tamamı çıkarıldı (Şekil 4). Histopatolojik incelemesi kistik lenfanjiom şeklinde rapor edildi (Şekil 5). Cerrahi sonrası dönemde komplikasyon izlenmeyen hastanın, ikibuçuk yıllık takibinde nüks ile karşılaşmadı.

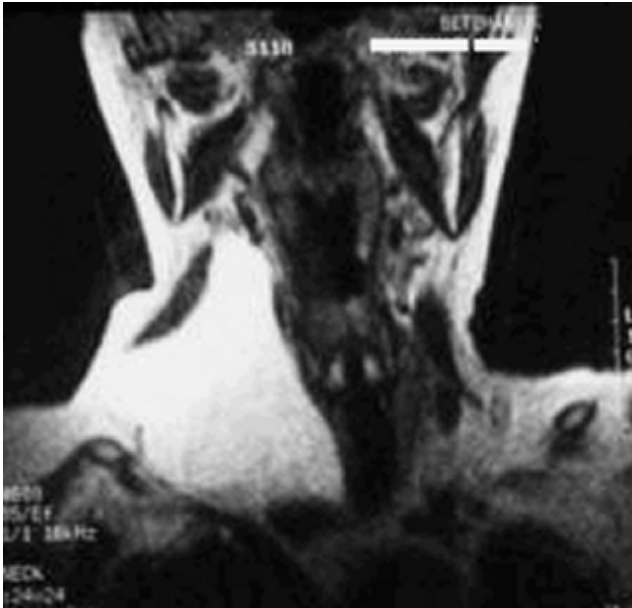
## TARTIŞMA

Lenfanjiomlar primordial lenf kanallarının gelişiminde konjenital bir tıkanıklık sonucu ortaya çıktıkları düşünülen konjenital malformasyonlardır.<sup>11,12,13,14</sup> Her yaşta görülebilmeye rağmen hastaların %50'si doğum sırasında, %90'ı yaşamın ilk iki yılında tanı alırlar.<sup>16</sup> Erişkinlerde nadir olarak görülmektedir.<sup>2,3,4</sup> Hastalar vakamızda da olduğu gibi yavaş büyüyen, asemptomatik, fluktuan, yumuşak doku kitlesiyle başvururlar.<sup>17</sup> Benign davranışlı oldukları ve yavaş büyüdükleri için genellikle belirti vermezler; fakat bazen solunum ve yutma güçlüklerine yol açabilirler.<sup>14</sup>

Lenfanjiomların fizik muayenesinde olgumuzda da olduğu gibi yumuşak, ağrısız, fluktuasyon veren yumuşak kitle mevcuttur.<sup>18</sup> Kitle uzun yıllar sessiz şekilde büyüme gösterebilir. Lezyonların İİAB kitlenin hücresel yapısı hakkında fikir verebilir.<sup>2,18,19</sup>



Şekil 1. Sağ posterior servikal üçgende 12x10 cm boyutlarında kitle



Şekil 2. Kontrastlı koronal boyun MRG. Larenks ve trakeayı sola iten kistik lezyon

Görüntüleme yöntemleri; kitlenin kistik doğasını doğrulamada, kitlenin sınırlarını çizmede ve çevre dokularla olan ilişkisini belirlemede yararlıdır.<sup>20,21</sup> Lineer septalı, belirsiz sınırlı kistik kitle ve dilate lenf kanalları USG'de görülür.<sup>14,21</sup> Kitlenin boyutunu belirlemede BT, USG'den daha üstündür ve lezyonun çevre dokularla ilişkisini ortaya koyar. Lezyonun çevre yumuşak dokulardan ayırt edilmesi ve sınırlarının belirlenmesi konusunda MRG, hem

USG'den hem de BT'den daha doğru bilgi verir.<sup>14,18,19,28,29,30</sup>

Lezyon lipom, dermoid kist, brankiyal kist, tiroglossal kist, hemanjiom gibi diğer yumuşak doku tümörlerinden ayrılmalıdır.<sup>17,18</sup> Bu nedenle radyolojik inceleme gerekebilir.<sup>18</sup> Tipik olarak kistlerin çoğu sternokleidomastoid kasın anterioruna yerleşirken, kistik lenfanjiomlar genellikle vakamızda da olduğu gibi posteriora yerleşir.<sup>21</sup> Lenfanjiomun diğer sıvı dolu kitlelerden ayırımında İİAB veya biyopsi gerekebilir.<sup>18</sup>



Şekil 3. Kontrastlı aksiyel boyun MRG. Sağda sternokleidomastoid kası posteromedialinde kistik lezyon.

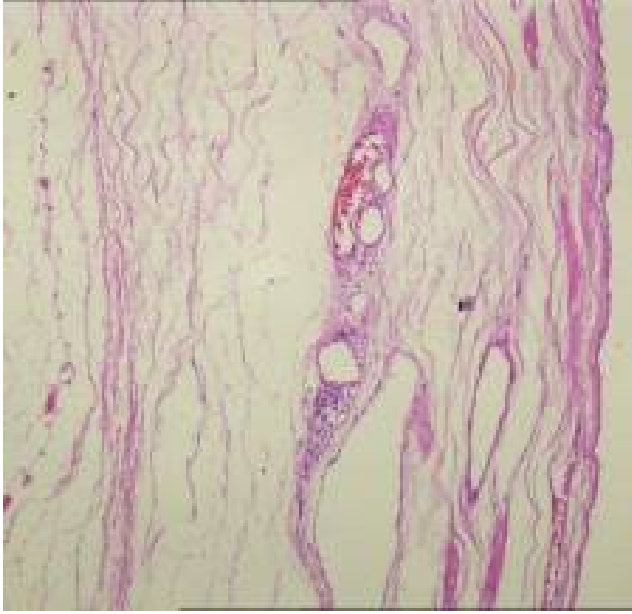


Şekil 4. Cerrahi materyal

Erişkin lenfanjiomlarda spontan iyileşme beklenmez.<sup>10,20</sup> Lenfanjiom benign bir lezyon olmasına rağmen, zaman içinde potansiyel problemlere yol açabileceği için tedavi edilmelidir. Özellikle baş-boyun bölgesinde hava yolu tıkanması, konuşma ve yutma ile ilgili problemler gelişebilir.<sup>10,22</sup>



Ayrıca bu bölgedeki lezyonlar belirgin kozmetik sorun oluşturabilir.<sup>27</sup>



Şekil 5. Yassı endotel hücreleri ile döşeli lenfanjioma duvarı ve duvarda izlenen küçük, lenfoid hücre topluluğu H&E x 40

İnsizyon, drenaj ve mükerrer aspirasyonlar primer tedavi olarak kullanılmış, fakat rekürrensler ve enfeksiyonlar bu metotların etkili olmadığını göstermiştir.<sup>2</sup> Aspirasyon, insizyon ve drenaj solunum sıkıntısına yol açan kitlelerde uygulanabilir; fakat kesin tedavi yöntemi değildir.<sup>25</sup> Sklerozan ajanların ve radyoterapinin erişkin servikal lenfanjiom tedavisinde yeri yoktur.<sup>1</sup> Kaynar su, sodyum moruat, 50% dekstroz ve bleomisin içeren sklerozan ajanlar araştırılmıştır ve oldukça fazla lokal (skar oluşumu, komşu vital organlara muhtemel hasar) ve uzak (bleomisin kullanımıyla pulmoner fibrozis) yan etkileri bildirilmiştir.<sup>1,9,10,15,17,24</sup> Çocuklarda lenfanjiomun tam olarak çıkarılması komşu yapıların tutulumu<sup>1</sup> ve kolaylıkla yırtılabilen ince endotel duvarı dolayısıyla zordur.<sup>25</sup> Fakat erişkin hastalarda lenfanjiom genellikle kapsüllüdür ve tam olarak çıkarılabilir.<sup>2</sup> Tam olarak çıkarılmayan vakalarda rekürrens izlenmektedir.<sup>10</sup>

Hastalığın kesin tanısı histopatolojik olarak konur. Histopatolojik incelemede sıklıkla lenfanjiomatöz doku ve lenfosit toplulukları ile beraber bir sıra yassı endotel tabakasıyla örtülü zaman zaman multilobüle, dilate lenfatik kanallar mevcuttur.<sup>3,16</sup> Vakamız üç çeşit lenfanjiomdan (kapiller, kavernöz, kistik) biri olan kistik lenfanjiom tanısı almıştır.<sup>2,3,15</sup>

## SONUÇ

Lenfanjiomlar lenfatik sistemin nadir görülen, benign, konjenital lezyonlarıdır. Genellikle çocuk yaşta tanı konulur, fakat her yaşta görülebilir.

Erişkin yaşta oldukça nadirdir. Fizik muayene ve anamnez, görüntüleme yöntemleriyle desteklenerek tanı konulur. Tercih edilen tedavi yöntemi cerrahidir. Kitle tam olarak çıkarılmalıdır; aksi takdirde rekürrens görülebilir.

## KAYNAKLAR

1. Schefter RP, Olsen KD, Gaffey TA. Cervical lymphangioma in the adult. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1985;93:65-69 PMID: 3920626
2. Suk S, Sheridan M, Saenger JS. Adult Lymphangioma: a case report. *E N T* 1997;76(12):881-883 PMID: 9431778
3. Livesey JR, Soames JV. Cystic lymphangioma in adult parotid. *J Laryngol Otol* 1992;106:566-568 PMID: 1624901
4. Morley SE, Ramesar KC, Macleod DA. Cystic hygroma in an adult: a case report. *J. R. Coll Surg Edinb* 1999;44:57-58 PMID: 10079671
5. Sichel JY, Udassin R, Gozal D, Koplewitz BZ, Dano I, Eliashar R. OK-32 therapy for cervical lymphangioma. *Laryngoscope* 2004;114:1805-1809 PMID: 15454776
6. Brewis C, Pracy JP, Albert DM. Treatment of lymphangiomas of the head and neck in children by intralesional injection of OK-32 (Picinabil). *Clin Otolaryngol* 2000;25:130-134 PMID: 10816217
7. Gutierrez San Roman C, Barrios J, Lluna J, Menor F, Poquet J, Ruiz S. Treatment of cervical lymphangioma using fibrin adhesive. *Eur J Ped Surg* 1993;3:356-358 PMID: 8110718
8. Gutmann EJ. Lymphangioma presenting as a primary parotid neoplasm in an adult. *Acta Cytol* 1994;38:747-750 PMID: 8091910
9. Ogita S, Tsuto T, Deguchi E, Tokiwa K, Nagashima M, Iwai N. OK-32 therapy for unresectable lymphangiomas in children. *J Ped Surg* 1991;26(3):263-270 PMID: 2030471
10. Schmidt B, Schimpl G, Hollwarth ME. OK-32 therapy of lymphangiomas in children. *Eur J Pediatr* 1996;155:649-652 PMID: 8839717
11. Charabi B, Bretlau P, Bille M, Holmelund M. Cystic hygroma of the head and neck-a long term follow-up of 44 cases. *Acta Otolaryngol suppl* 2000;543:248-250 PMID: 10909034
12. Cohen SR, Thompson JW. Lymphangiomas of larynx in infants and children; a survey of pediatric lymphangioma. *American Laryngological Association* 1986 PMID: 3098156
13. Ricciardelli EJ, Richardson MA. Cervicofacial cystic hygroma. *Arch Otol Head Neck Surg* 1991;117:546-553 PMID: 2021475
14. Aslan İ, Başarer N, Yenice H, Yazıcıoğlu E, Başaran B. Postpubertal parotid lenfanjiomları. *KBB ve Baş Boyun Cerrahisi Dergisi* 2000;8(3):226-229
15. Adeyemi SD. Management of cystic of the head and neck in Lagos, Nigeria; a 10-year experience. *Int J Ped Otolaryngol* 1992;23:245-251 PMID: 1592561
16. Baer S, Davis J. Cystic hygroma presenting in adulthood. *J Laryngol Otol* 1989;103:976-977 PMID: 2685151
17. Brock ME, Smith RJ, Parey SE, Mobley DL. Lymphangioma. An otolaryngologic perspective. *Int J Ped Otolaryngol* 1987;14:133-140 PMID: 3436717



18. Alqahtani A, Nguyen LT, Flageole H, Shaw K, Laberge JM. 25 years' experience with lymphangiomas in children. *J Ped Surg* 1999;34(7):1164-1168 PMID: 10442614
19. Kennedy TL, Whitaker M, Pellitteri P, Wood WE. Cystic hygroma/lymphangioma: a rational approach to management. *Laryngoscope* 2001;111:1929-1937 PMID: 11801972
20. Mandel L. Parotid area lymphangioma in an adult: case report. *J Oral Maxillofac Surg* 2004;62:1320-1323 PMID: 15452823
21. Woods D, Young JE, Filice R, Dobranowski J. Late-onset cystic hygromas: the role of CT. *Can Assoc Radiol J* 1989;40:159-161 PMID: 2736412
22. Laranne J, Keski-Nisula L, Rautio R, Rautiainen M, Airaksinen M. OK-32 (Picibanil) therapy for lymphangiomas in children. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2002;259:274-278 PMID: 12107533
23. Gleason TJ, Yuh WT, Tali ET, Harris KG, Mueller DP. Traumatic cervical cystic lymphangioma in an adult. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1993;102:564-566 PMID: 8333679
24. Sanlıalp I, Karnak I, Tanyel FC, Senocak ME, Buyukpamukcu N. Sclerotherapy for lymphangioma in children. *Int J Ped Otorhinolaryngol* 2003;67:795-800 PMID: 12791456
25. Hancock BJ, St-Vil D, Luks FI, Di Lorenzo M, Blanchard H. Complications of lymphangiomas in children. *J Ped Surg* 1992;27(2):220-226 PMID: 1564622
26. Hamoir M, Plouin-Gaudon I, Rombaux P, Francois G, Cornu AS, Desuter G, Clapuyt P, Debauche C, Verellen G, Beguin C. Lymphatic malformations of the head and neck: a retrospective review and a support for staging. *Head Neck* 2001;23:326-337 PMID: 11400236
27. Fageeh N, Manoukian J, Tewfik T, Schloss M, Williams HB, Gaskin D. Management of head and neck lymphatic malformations in children. *J Otolaryngol* 1997;24(6):253-258 PMID: 9263895
28. Stenson KM, Mishelle J, Toriumi DM. Cystic hygroma of the parotid gland. *Annals Otol Rhinol Laryngol* 1991;100(6):518-520 PMID: 2058995
29. Yuh WT, Buehner LS, Kao SC, Robinson RA, Dolan KD, Phillips JJ. Magnetic resonance imaging of pediatric head and neck cystic hygromas. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1991;100:737-742. PMID: 1952667
30. Pui MH, Li ZP, Chen W, Chen JH. Lymphangioma: Imaging diagnosis. *Australia Radiol* 1997;41:324-328 PMID: 9409022
31. Katsuno S, Ezawa S, Minemura T. Excision of cervical cystic lymphangioma using injection of hydrocolloid dental impression material. *Int J Maxillofac Surg* 1999;28:295-296 PMID: 10416899