

Boyunda görülen nadir bir kitle brankial yarık kisti

A rare neck mass: branchial cleft cyst

Fatmagül Başarslan¹, Murat Tutanç¹, Murat Çelik², Seçil Arca³, İhsan Üstün⁴, Hanifi Bayaroğulları⁵, Ertap Akoğlu⁶, Cumali Gökçe⁴.

¹Mustafa Kemal Üniversitesi, Pediatri AD, Hatay

²Mustafa Kemal Üniversitesi, İç Hastalıkları AD, Hatay

³Mustafa Kemal Üniversitesi, Aile Hekimliği AD, Hatay

⁴Mustafa Kemal Üniversitesi, Endokrinoloji ve Metabolizma AD, Hatay

⁵Mustafa Kemal Üniversitesi, Radyoloji AD, Hatay

⁶Mustafa Kemal Üniversitesi, Kulak Burun Boğaz Hastalıkları AD, Hatay

Özet

Tüm yaş grupları içerisinde boyunda kitle sık rastlanan bir klinik bulgudur. En sık gözlenen boyun kitleleri; konjenital anomaliler (tiroid hastalıkları), inflamatuvar nedenler ve neoplastik patolojilerdir. Çocukluk yaş grubunda ilk sırayı inflamatuvar patolojiler, ikinci sırayı konjenital ve gelişimsel anomaliler ve son sırayı da neoplastik patolojiler alır. Ayırıcı tanının yapılması tedavinin planlanması açısından önem taşır. Burada konjenital gelişim anomalisi olan brankial yarık kistli bir olguyu ile boyunda görülen kitleleri gözden geçirmeyi ve konjenital tiroid hastalıkları ile ayırıcı tanısını incelemeyi amaçladık.

Anahtar kelimeler: boyunda kitle, brankial yarık kisti, ektopik tiroid

Abstract

Neck mass in all age groups is a common clinical finding. The most common reasons of the neck masses are congenital abnormalities (thyroid disease), inflammatory and neoplastic pathologies. First place in pediatric age is taken in by inflammatory pathologies, second place is by congenital and developmental abnormalities, and last place is by the neoplastic pathologies. Differential diagnosis is important for treatment planning. Here, our aim is to revise the neck masses and to evaluate the differential diagnosis of thyroid diseases, presenting a case of the branchial cleft, which is a congenital developmental abnormality.

Key words: neck mass, branchial cleft cyst, ectopic thyroid

Giriş

Çocuklarda boyunda görülen şişlikler çoğunlukla zor tanı konulan karmaşık bir hastalık grubunu oluşturur. Bu yaş grubunda neoplazi nadir olsa da, konjenital kalıntılardan enfeksiyon hastalıklarına kadar değişen geniş bir yelpaze ile karşılaşılır. Tanı için genellikle uzun süren araştırmalar gerekebilir. Bölgenin enfeksiyon hastalıklarının çok olması ve konjenital lezyonlarında genelde enfekte olduktan sonra görünür hale gelmesi asıl tanının kaçırılmasına neden olur¹⁻³. Boyunda özellikle fluktuasyon veren kistik lezyonların tanısında ultraso-

nografi incelemesi oldukça yardımcıdır. Bilgisayarlı tomografi ise buna ilaveten lezyonun ayrıntılarını ortaya koyar. Mikrolaringoskopik inceleme ise lezyonun içteki bağlantı ağzını ortaya koyması açısından çok yararlıdır ve bazen tanıya yeterli olabilir. Bu lezyonların kesin tanısı histopatolojik inceleme ile konur.

Burada nadir görülen konjenital bir kalıntı olan brankial kist olgusu ile boyunda görülen kitleleri gözden geçirmeyi ve özellikle çok sık karıştırılan tiroid hastalıkları ile ayırıcı tanı açısından incelemeyi amaçladık.

Yazışma Adresi | Correspondence: Dr. Cumali Gökçe

Adres: Mustafa Kemal Üniversitesi, Tıp Fakültesi Endokrinoloji ve Metabolizma AD, Hatay, Türkiye, Tel: 0 326 229 10 00

E-mail: fatmagulbasarslan@hotmail.com; cumaligokce@yahoo.com

Başvuru tarihi | Submitted on: 29.09.2012

Kabul tarihi | Accepted on: 23.12.2012

Olgu sunumu:

On altı yaşında bayan hasta, boynunda ele gelen kitle yakınımasıyla kliniğimize başvurdu. Hikayesinden lezyonun son 2 aydır fark edildiği ve gittiği kliniklerde tiroid bezinden kaynaklandığı söylenmiş. Muayenesinde tiroid glandının hemen üstünde sternokleidomastoid (SKM) kası ile orta hattın arasında derine uzanan, yumuşak kıvamlı, mobil, 3x2 cm ebatında ele gelen, düzgün sınırlı kitle tespit edildi. Boyun ultrasonografik incelemesinde trakea sol lateralinde 27x19 mm boyutlarında hipoeoik ve boyun tomografisinde sol submandibuler bezin inferiorunda ve sol SKM'in anterio-medialinde düzgün sınırlı hipodens kistik lezyon tanımlandı (**Resim 1**). Her iki tetkikte de lenfadenopati ile uyumlu lezyonlar yoktu. Tiroid bezi ile yakın komşuluğu nedeniyle yapılan sintigrafik inceleme de nonhomojen aktivite tutulumu izlenen tiroid bezi ile uyumlu lezyon tanımı yapıldı (**Resim 2**).

Tartışma:

Tüm yaş grupları içerisinde boyunda kitle sık rastlanan bir klinik bulgudur. En sık gözlenen boyun kitleleri; tiroid hastalıkları, konjenital anomaliler, inflamatuvar nedenler ve neoplastik patolojilerdir. Çocukluk yaş grubunda (0-16 yaş) ilk sırayı inflamatuvar patolojiler, ikinci sırayı konjenital ve gelişimsel anomaliler ve son sırayı da neoplastik patolojiler alır. Ayırıcı tanıda en önemli olan özellik kitlenin lokalizasyonudur.

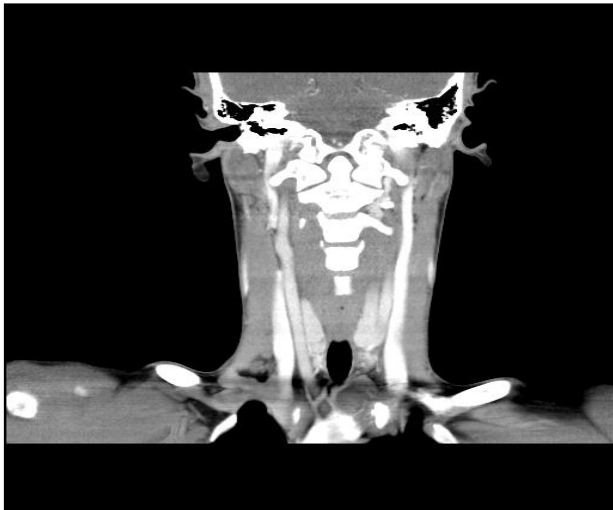
Konjenital boyun kitlelerinin kendilerini belli eden tipik bulguları ve yerleşimleri söz konusudur. Bunların bir kısmı boyunun lateralinde yer alırken bir kısmı orta

hatta yakın veya orta hatta yer alırlar. Brankiyal yarık kistler genellikle boyunun lateralinde yer alırken, tiroglossal kistler ve ektopik tiroid dokuları orta hatta yer alırlar. Ayırıcı tanının yapılması tedavinin planlanması açısından önem taşır¹⁻³.

Intrauterin yaşamın dördüncü haftasında, embriyonun servikal bölgesinde dört adet kabartı oluşur, beşinci kabartı ise rudimenterdir ve oluşumundan kısa bir süre sonra kaybolur. Bu kabartıların arasında kalan yarık veya poşlardan boyun bölgesindeki yapılar gelişir. Normalde birbirleriyle bağlantısı olmayan kabartı, yarık ve poşların yetersiz kapanması veya gelişimi brankiyal yarık anomalilerinin gelişim nedenidir⁴.

Bu anomaliler kist, sinüs, fistül şeklinde görülebilir ve hepsinin farinkse uzanan bir ağız vardır. Fistüllerin genelde cilde ulaşan bir dış ağızları vardır ve bunlar lezyonun kesin tanısında önem taşır. Brankial kistler ise sinüslerin-enfeksiyon gibi nedenlerle genişlemesiyle oluşur. Sinüsler genellikle sessiz seyrederken kistleşince görünür hale gelir ve semptom vermeye başlar. Kistler kitle etkileriyle semptom oluştururken, fistüller akıntılılarıyla ve ciltte oluşturdukları çukurlaşma ile tanınır^{4,6}.

Çocuklardaki doğumsal boyun kitlelerinin %30'unu oluşturan brankiyal kabartı anomalilerinin %95'i ikinci brankiyal kabartıdan kaynaklanan kist veya fistüllerdir^{4,5}. İlk arın anomalileri tipik olarak dış kulak ile submandibuler alanda görülür. Eğer kalıntı enfekte olursa akıntı pürülan bir hal alır ve submandibular adenit gelişebilir. Bazen kulaktan gelen muköz veya pürülan akıntıyla da karşımıza çıkabilir⁷. İkinci brankial yarık lezyonları, birincinin görüldüğü alanın altındaki sub-



Resim 1. Sol SKM'in anterio-medialinde düzgün sınırlı hipodens kistik lezyon



Resim 2. Nonhomojen aktivite tutulumu izlenen tiroid bezi ile uyumlu lezyon

mandibular alana yerleşir⁵. Genellikle boyunda ağrısız kitleler olarak karşımıza çıkar. Özellikle üst solunum yolu enfeksiyonlarından sonra kısa sürede lezyonun büyümesi tipiktir. Solunum yollarına, özofagusa veya SKM'e bası semptomlarıyla gelebilir. Üçüncü arkın fistül ve kistleri ikinci arkinkilere benzer prezentasyon gösterir. Boyuna açılan bir delik ile gelen olgularda bunun ikinci veya üçüncü arkın fistüllerinden mi kaynaklandığını ayırt etmek güçleşir. Çünkü hemen hemen aynı alanlardan çıkarlar. Fakat üçüncü arkın kistleri enfekte olup genişlediklerinde⁹, sinir basısı bulguları oluşturdıkları bildirilmiştir⁸. Bizim hastamızdaki lezyonun ikinci brankiyal arkıktan kaynaklandığını düşünüyoruz. Dördüncü yarı kalıntıları ise boyunun alt 1/3 kısmında çoğunlukla lateral de görülür. Enfeksiyona meyillidirler ve süperatif tiroidit ile karşımıza çıkabilirler⁽⁴⁾. Bazen de bu kistler, soğuk tiroid nodülleri içerir ve yanlışlıkla tiroglossal kanal kisti tanısı alabilirler. Kist kısmen veya tamamen tiroid dokusu ile sarılmış olabilir ve tekrarlayan üst solunum yolu enfeksiyonlarıyla tiroid dokusunda ağrı veya apse yapabilir⁸.

Tiroid glandın oluşması embriyonel hayatın 17. gününde dil kökündeki endodermal bir hücre çoğalması şeklinde başlar. Bu hücre çoğalması farinksin önünde aşağı doğru uzanan bir kanal halini alır. Bu kanala tiroglossal kanal denir. Bu kanalın alt kısımları bilobe şekilde genişleyerek tiroid bezinin her iki lobunu oluşturur. Tiroglossal kanal, embriyonel hayatın 5-10. haftaları arasında ortadan kaybolur. Ancak bazen kanalın en alt ucu gelişmesini tamamlar ve orta hattın biraz solunda yerleşen piramidal lobu oluşturur. Tiroglossal kanalın en üst ucu ise dil kökünde foramen caecum adı verilen bir çukurluk şeklinde kalır. Tiroglossal kanal aşağı doğru uzanamayıp daha yukarıda gelişimini tamamlarsa ektopik tiroid dokusu meydana gelir. Ektopik tiroid en fazla foramen caecum bölgesinde olur, ancak her yerde olabilir. Tiroid normal yerinde oluştuktan sonra, tiroglossal kanal kaybolmayıp kistik bir hal alırsa, buna da tiroglossal kanal kisti denir ve boyun kitlelerinin ayırıcı tanısında önemli olan yerini alır⁹.

Konjenital boyun kitleleri içerisinde en sık gözlenen (%75) tiroglossal kistler, orta hatta kistik şişlikler şeklinde yer alırlar. Tiroidin normal lokalizasyonuna inişi ile ilgili olmak üzere, bu hat üzerinde herhangi bir bölgede olabilirler. Ancak en sık gözlenen şekil hyoidin

hemen altındaki lokalizasyondur. Genellikle çocukluk çağlarında görülse de, ileri yaşlarda da ortaya çıkabilirler. Çapları çoğunlukla 2-4 cm civarında olup giderek büyüyen lezyonlar olarak tarif edilebilirler. Üst solunum yolları enfeksiyonu sonrası hızlı bir büyüme olabilir. Muayene de dilin öne doğru çıkartılması sırasında boyunda orta hattaki kistik kitlenin yukarı doğru hareket etmesi bu hastalık için önemli bir bulgudur⁹. Bizim hastamızda ki lezyonun muayenesinde böyle bir bulgusu yoktu, ancak yine de tiroid patolojisi açısından sintigrafi yapıldı.

Tiroglossal kanal kisti dışında total ektopi, lingual tiroid ve lateral servikal ektopi de oluşabilir. Ektopik tiroid dokusu büyük oranda servikal bölgede, orta hatta ortaya çıkar^{3,10}. Ektopik tiroid dokusu tiroidin normal göç yolu dışında mediastinal, intrakardiyak, gastrointestinal ve intraperitoneal lokalizasyonda da görülebilir^{2,4}. Ektopik tiroid dokusu en çok (%90) sublingual pozisyonda bulunur.

Sonuç olarak; tanıda en önemli unsur bölgede olabilecek patolojilerin ayırıcı tanıda şüphelenilmesidir. Bunun için bölge lezyonları iyi bilinmeli ve ayrıntılı öykü ve fizik muayenenin yanısıra radyolojik incelemelerden de faydalanılmalıdır.

Kaynaklar

1. Pediatrik boyun kitleleri, Koç C. Klinik Pediatri Dergisi 2002;1(2):62-72.
2. Pediatric Otolaryngology Fourth Edition, Volume 2. Bluestone, Steol, Alper, Arjmen, Casselbrant, Doherty, Yellon, 1629-1663.
3. Telander RL, Filston HC. Review of head and neck lesions in infancy and childhood. Surg Clin North Am 1992;72:1429-1447.
4. Waldhausen JH. Branchial cleft and arch anomalies in children. Semin Pediatr Surg 2006;15:64-69.
5. Marsot-Dupuch K, Levret N, Pharaboz C, et al. Congenital neck masses: embryonic origin and diagnosis. Report of the CIREOL. J Radiol 1995;76: 405-415.
6. Ford GR, Balakrishnan A, Evans JN, et al. Branchial cleft and pouch anomalies. J Laryngol Otol 1992;106:137-43.
7. Triglia JM, Nicollas R, Ducroz V, et al. First branchial cleft anomalies. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 1998;124:291-5.
8. Liberman M, Kay S, Emil S, et al. Ten years experience with third and fourth branchial remnants. J Pediatr Surg 2002;37:685-90.
9. Roback SA, Telander RL. Thyroglossal duct cysts and branchial cleft anomalies. Sem Pediatr Surg 1994;3:142-6.
10. Bayram F, Külahlı I, Yüce I, Gökçe C, Çağlı S, Deniz K. Functional Lingual Thyroid as Unusual Cause of Progressive Dysphagia. Thyroid 2004;14:321-324.