

DEV KİSTİK HİGROMALARDA TEDAVİ : ÜÇ OLGU NEDENİYLE

Dr. Adnan ABASIYANIK*, Dr. Alaeddin DİLSİZ*, Dr. Engin GÜNEL*, Dr. Burhan KÖSEOĞLU*

* S.Ü.T.F. Çocuk Cerrahisi ABD

ÖZET

Kistik higroma lenfatik kökenli benign bir lezyondur. Lenfatiklerde oluşan konjenital malformasyon nedeniyle lenfatik akım bloke olmaktadır. Bazen de aşırı sekestrasyonlar sonucu dev kistik higromalar oluşmaktadır. Bunlar komşu dokuları ve vital organları infiltre etmektedir. Böylece solunum yollarına bası, hemoraji ve sepsis gibi ciddi komplikasyonlara yol açmaktadır. Dev kistik higromaların total cerrahi eksizyonları bazen mümkün olamamaktadır. Bu nedenle cerrahiye alternatif tedavi şekilleri araştırılmaktadır. Bu çalışmada Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi Kliniği'nde tedavi edilmiş servikal (n=1) ve servikoaksiller (n=2) yerleşimli dev kistik higromalı üç olgu sunulmuştur.

Anahtar kelimeler: Dev kistik higroma.

SUMMARY

Treatment Of Giant Cystic Hygroma: Three Cases Report.

Cystic hygroma is a hamartomatous lesion of lymphatic origins. It is a benign tumor that appear to arise from congenital malformation of the lymphatic resulting in blockage of lymphatic flow. It has a tendency to infiltrate and surround adjacent tissues and vital organs. Respiratory distress, hemorrhage and sepsis are major complications of giant cystic hygroma. Total excision of this benign tumor is sometimes impossible. Alternative treatment to surgery is investigated. In this report three cases of the cervical (n=1) and cervicoaxillary (n=2) cystic hygroma that were treated at the Department of Pediatric Surgery, Faculty of Medicine, Selçuk University were presented.

Key words: Giant cystic hygroma.

GİRİŞ

Embriyonel devrede lenfatik sistemin geliştiği beş tane mezenkimal kese vardır. Bu bölgelerde obstrüksiyon ve sekestrasyon oluşması kistik higromalara ve mezenter kistlerine yol açmaktadır (1-3). Aşırı sekestrasyonlar ise dev kistik higromaları oluşturmaktadır. Kistik higromalar % 75 boyunda, % 20 aksillada, % 5 toraks ve ekstremiteler gibi vücudun diğer kısımlarında görülür (4,5). Yaklaşık yarısı prenatal dönemde ortaya çıkmaktadır. Bu dönemde tanı konanların büyük bir kısmı dev kistik higromalardır. Yaklaşık 12000 canlı doğumda bir görülür. Tutulum her iki cinsiyette eşittir ve % 80-90'ı iki yaşa kadar ortaya çıkar (1,6,7).

Dev kistik higromalar endotelle çevrili, geniş kistler içeren, multiloküler kitle şeklindedir. Servikal

ve mediastinal yerleşimli olanlar solunum yolu obstrüksiyonu, aksiller yerleşimli olanlar ise brakial pleksus basısı ile ağrı ve hiperesteziye neden olabilir (1,5).

OLGU SUNUMU

Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi kliniğine 1991-1994 yılları arasında başvuran üç dev kistik higromalı olguya cerrahi tedavi uygulandı.

Olgu 1: 15 günlük, erkek, 4100 gr ağırlığında, miadında ve vajinal yolla doğdu. Servikoaksiller bölgeye yerleşen kitlenin servikal kısmı sol infraklavikuler bölgeden başlayıp, arkada oksipital bölgeye ve sol skapulaya kadar uzanmakta, boyutları 20x17x14 cm, sol aksiller bölgedeki kısmı ise 19x15x14 cm idi (Resim 1). Her iki kitlenin kla-



Resim 1: 1 nolu olgumuza ait ameliyat öncesi görünüm.

vikula altında birbirleri ile bağlantısı vardı. Basıya bağlı sol akciğer apeksinde itilme tespit edildi. Olguda solunum güçlüğü ve orta derecede siyanoz görüldü. Transillüminasyon veren kitlenin ult-

rasonografik incelemesinde multiple septalı kistik yapılar tespit edildi. Kistik higroma tanısı alan olgunun servikal ve aksiller kitlesi tek seansda total olarak çıkartıldı. Servikal ve aksiller bölgeye birer adet penröz dren konuldu (Resim 2).



Resim 2: 1 nolu olgumuza ait ameliyat sonrası görünüm.

Olgu 2: 1 günlük, erkek. Prenatal dönemde ultrasonografi ile servikal bir kitle tespit edildi. Olgu sezeryan ile doğurtuldu. Kitle servikal bölgenin sağında ve 20x16x15 cm boyutlarındaydı. Trakeyayı itip, solunum sıkıntısına yol açmıştı. Ultrasonografik incelemede multiple septalı kistik yapılar tespit edildi. İnternal karotis arter ve internal juguler ven gibi derin boyun yapıları da tutulmuştu. Bu yapılar korunarak kitle subtotal olarak çıkartıldı, penröz dren konuldu.

Olgu 3: 2 yaşında, kız. Doğduğundan beri var olan kitle, daha sonra büyümeye devam etmiştir. Boyun arka üçgeninde 12x10x9 cm boyutlarında ve sağ aksillada 11x10x7 cm boyutlarında iki adet birbirleri ile bağlantılı kitle tespit edildi. Ultrasonografik inceleme ile servikoaksiller kistik higroma tanısı konulup kitle total olarak çıkartıldı. Penröz dren konuldu.

Her üç olgunun postoperatif 5. ve 7. günler arasında drenleri çekildi. Ancak bir süre sonra cilt altı seroma oluştuğu görüldü. Erken dönemde başka komplikasyon olmadı. Ortalama hastanede kalış süreleri 12 gündür. İlk olguda tekrar eden akciğer enfeksiyonlarının araştırılması sonucu kistik fibrozis tanısı konuldu. Aynı olguda postoperatif 3. ayda, klavikula ile 1. kot arasında akciğer apeksi herniasyonu gelişti. Olgu reopere edilerek primer onarım yapıldı. Birinci olgunun 13 ay, ikinci olgunun 3 ay ve üçüncü olgunun 4 yıllık takiplerinde nüks görülmedi.

TARTIŞMA

Dev kistik higromanın cerrahi tedavisinde kitle total olarak çıkartılmaya çalışılmalıdır. Ancak periferik sinirler faradi stimülatörü ile belirlenmeli ve operasyon sırasında korunmalıdır. Ağız içi, farinks ve larinksdeki submukozal kistler mümkünse eksize edilmelidir. Mediastinal yerleşimli kistik higromada ise torakotomi gereklidir (8,9). Olguların yaklaşık % 6'sında postoperatif enfeksiyon gelişmesi nedeni ile preoperatif antibiyotik verilmesi yararlı olabilir (3,4). Ameliyat sahasının drenajının ise cilt altı seroma oluşumunu önlemede faydalı olmadığı tespit edilmiştir (1,4).

Vital organları tutan dev kistik higromalarda her zaman total eksizyon mümkün olamamaktadır. Ağır

bir anatomik hasara yol açacak şekilde kitleye total eksizyon uygulamak da gereksizdir. Özellikle sinirsel yapılardan; fasial sinirin servikal dalları, n. laringeus superior ve n. aksesorius zedelenebilmektedir (10). Boyundaki ana arter ve venleri tutan dev kistik higromalarda ise bir kaç seanslık operasyonlar planlanabilir. Ancak subtotal eksizyonlar nüks oranını oldukça arttırmaktadır. Total eksizyonlardan sonra nüks % 0-27, subtotal eksizyonlardan sonra ise % 100'dür. Nüks 1. ile 10. yıllar arasında ortaya çıkabilir (4).

Dev kistik higromalardan özellikle servikal yerleşimli ve total cerrahi eksizyonun mümkün olmadığı olgularda, önemli damar ve sinirlerin korunması için skleroterapinin alternatif bir tedavi yöntemi olarak düşünülmesi önerilmektedir. Ayrıca subtotal eksizyonlardan sonra da uygulanabilmektedir (1,5). 29 olgu üzerinde yapılan bir çalışmada kistik higroma içerisine bleomycin uygulanmıştır. Kist sıvısı iğne ile aspire edilip, bleomycin 1 mg/ml dozunda % 0.9 NaCl ile birlikte verilmiştir. 25 olguda (% 86) bariz gerileme olduğu, 2 olguda (% 4) ise tamamen tedavi edildiği rapor edilmiştir (11). Bleomycin yağ emülsiyonunun diğer bleomycin preparatlarına göre daha etkili olduğu görülmüş ve kistik higroma tedavisinde kullanılmaya başlanılmıştır(12). Ancak uzun süreli ve yüksek dozda verildiğinde, pulmoner fibrozis riski nedeniyle dev kistik higromalarda uygulanabilirliği kısıtlıdır. Ayrıca ateş, ishal, kusma, kanama diatezi gibi sistemik yan etkileride vardır (1). Postoperatif nüks ve seroma oluşumunu önlemek için ise adjuvan skleroterapi tercih edilmektedir (4,10). İnteroral rezeksiyonu teknik olarak güç olan vakalarda kullanılan fibrinleştirici adhesif maddelerle yapılan (Tissucol Immuno®, transoral enjeksiyon, 2 cc) skleroterapininde başarılı olduğu belirtilmektedir (7).

Radyoterapi etkisiz ve terkedilmiş bir yöntemdir. Özellikle dev kistik higromada daha geniş bir alanın ışınlanması gerektiğinden, büyüme geriliği, malignensi, rezidüel deformite gibi yan etkileri vardır. Bu arada laser (özellikle CO₂'li laser) ile yapılan tedavilerin etkin olduğu belirtilmektedir. Ancak bu konulardaki klinik çalışmalar henüz yeterli değildir (1).

Streptococcus pyogenes'in SU zincirinin li-

yofilize edilerek elde edilmiş, düşük virülanslı OK-432 ile yapılan skleroterapi sonuçları umut vericidir. Özellikle dev kistik higromalarda daha etkilidir (11). Ancak tedaviyi takip eden günlerde yüksek ateş ve uygulanan bölgede endüryasyona neden olmaktadır. Bu da yeni doğan ve bebeklerde sepsis riski oluşturmaktadır (11,13). Ayrıca pankreas cerrahisinde kullanılan embolize edici ajanlardan Ethibloc (mısırdan üretilen zein maddesi, saf alkol, oleum papavaris, propilen glikol, lipidiol karışımı) ile yapılan enjeksiyonların kistik higromalarda etkin olduğu bildirilmiştir (14).

Fötal kistik higromalarda ultrasonografik tetkikler ile spontan rezolüsyon olduğu gösterilmiştir (15-17). Ekstremiteler veya toraks duvarında yerleşen küçük ve yüzeysel kistik higromalarda da spontan regresyon söz konusu olabilir (5). Ancak dev kistik higromalarda spontan regresyon söz konusu değildir. Ayrıca bu amaçla tedavinin geciktirilmesi kanama ve enfeksiyon gibi komplikasyonları arttırmaktadır (16-20). Bu nedenle özellikle dev kistik higromalarda tedavi geciktirilmemelidir. Yukarıda belirtilen yeni tedavi yöntemlerine rağmen cerrahi eksizyon hala en etkili tedavi yöntemi olarak kabul edilmektedir.

KAYNAKLAR

- 1- Stringel G. Hemangiomas and lymphangiomas. In: Ashcraft KW, Holder TM, eds. Pediatric Surgery. Philadelphia: WB Saunders Company, 1993: 802.
- 2- Kullendorf CM, Malmgren N. Cystic abdominal lymphangioma in children. Eur J Surg 1993;159: 499.
- 3- Curley SA, Ablin DS, Kosloske AM. Giant cystic hygroma of the posterior mediastinum. J Pediatr Surg 1989; 24(4):398.
- 4- Hancock BJ, Dickens SV, Luks FI, et al. Complications of lymphangiomas in children. J Pediatr Surg 1992; 27(2): 220.
- 5- Irving IM. Tumours of the head and neck. In: Listers J, Irving IM, eds. Neonatal Surgery. London: Butterworths, 1990: 111.
- 6- Merriman T, Davinson PW, Myers NA. The spectrum of cervical cystic hygroma. Pediatr Surg Int 1992; 7: 253.
- 7- Roman GS, Barrios J, Lluna J, et al. Treatment of cervical lymphangioma using fibrin adhesive. Eur J Pediatr Surg 1993; 3: 356.
- 8- Grofelt JL, Weber TR, Vane DW, et al. One-stage resection for massive cervicomedastinal hygroma. Surgery 1982; 92 (4): 693.
- 9- Barrand KG, Freeman NV. Massive infiltrating cystic hygroma of the neck in infancy. Archives of disease in childhood 1972; 48: 523.
- 10- Feins NR, Raffensperger JG. Cystic hygroma, lymphangioma and lymphedema. In: Raffensperger JG, ed. Swenson's Pediatric Surgery. Chicago: Appleton & Lange, 1990:167.
- 11- Okada A, Kubota A, Futuzawa M, et al. Injection of bleomycin as a primary therapy of cystic lymphangioma. J Pediatr Surg 1990; 25 (4): 440.
- 12- Orfod J, Barker A, Thonell S, et al. Bleomycin therapy for cystic hygroma. 1995; 30 (9): 1282.
- 13- Ogita S, Tsuto T, Nakamura K, et al. OK-432 therapy in 64 patients with lymphangioma. Journal of Pediatr Surg 1994; 29(6):784.
- 14- Ogita S, Tsuto T, Deguchi E, et al. OK-432 therapy for unresectable lymphangiomas in children. Journal of Pediatr Surg 1991; 26(3): 263.
- 15- Brevière GM, Bonneville M, Pruvo R, et al. Use of ethibloc in the treatment of cystic and venous angiomas in children. 19 cases. Eur J Pediatr Surg 1993; 3: 166.
- 16- Langer JC, Fitzgerald PG, Desa D, et al. Cervical cystic hygroma in the fetus: Clinical spectrum and outcome. J Pediatr Surg 1990; 25(1): 58.
- 17- Chervenak FA, Isaacson G, Blakemore KJ, et al. Fetal cystic hygroma: N Engl J Med 1983; 309: 822.
- 18- Carr RF, Ochs RH, Ritter DA, et al. Fetal cystic hygroma and Turner's syndrome. AJDC 1986; 140: 580.
- 19- Warner AA, Kofinas AD, Melone PJ. Spontaneous resolution of cystic hygroma. Am J Obstet Gynecol 1990; 164: 758.
- 20- Meizner I, Levy A, Cohen J. Spontaneous resolution of a nuchal fetal cystic hyroma diagnosed early in the second trimester of pregnancy. Am J Obstet Gynecol 1990; 163: 267.