

MEDİASTİNAL KİSTİK HİGROMALAR (İKİ OLGU NEDENİ İLE)

Op. Dr. Mustafa Yüksel(*) • Doç. Dr. İbrahim Öztekin(**)
Dr. Muharrem Çelik(*) • Dr. Semih Halezeroğlu(*) • Op. Dr. Mehdi Sili(*)

ÖZET: Tedavisini cerrahi ekstirpasyon ile yaptığımız, Mediastinal Kistik Higroma olarak tanımlanan iki olgumuzu literatür taraması ile birlikte sunuyoruz.

SUMMARY: On this article, two cases with Mediastinal Cystic Hygroma which are operated, presented with the previous literature information.

GİRİŞ

Mediastinal kistik higromalar (Higroma cysticum colli), tüm mediastinal tümörlerin % 0,7-4,5'ini oluşturan konjenital selim bir malformasyondur. Patolojik olarak, lenfatik damarların önce proliferasyonu daha sonra büyük kistik genişlemeleri söz konusudur. Duvarları, kollagen ve düz kas bandları ile lenfositik infiltrasyon gösterir. İç yüzü basık veya kübik endotelial hücrelerle döşelidir. Lumeni proteinöz seröz bir sıvı veya lenf ve lenfositleri içerir (3,5,6,7,10).

Servikal venöz pleksusun doğal gelişimi ile ortaya çıkan boyun lenfatiklerinin toraks içine doğru tek başına veya diğer yapılarla beraber inmeleri nedeni ile, saf mediastinal higromalara göre, servikomediastinal higromalara çok daha sık olarak rastlanmaktadır (2,5,6,7,10). Bununla birlikte literatürde mediastinal bir higromanın ekstirpasyonunu takiben, boyun bölgesinde ortaya çıkan bir kistik higroma olgusu da bildirilmiştir (1,8,9).

Uzun süre inaktif kalan, malign değişim göstermeyen, bazen multiloküler olan bu kistik oluşumlar sıklıkla ön mediastene yerleşirler. Klinik ve radyolojik olarak spesifik bir bulgu vermemektedirler. Bu nedenle olguların çoğunda cerrahi ekstirpasyon diagnostik amaçla gerekli olmaktadır (2,4,7,8,10).

OLGULAR

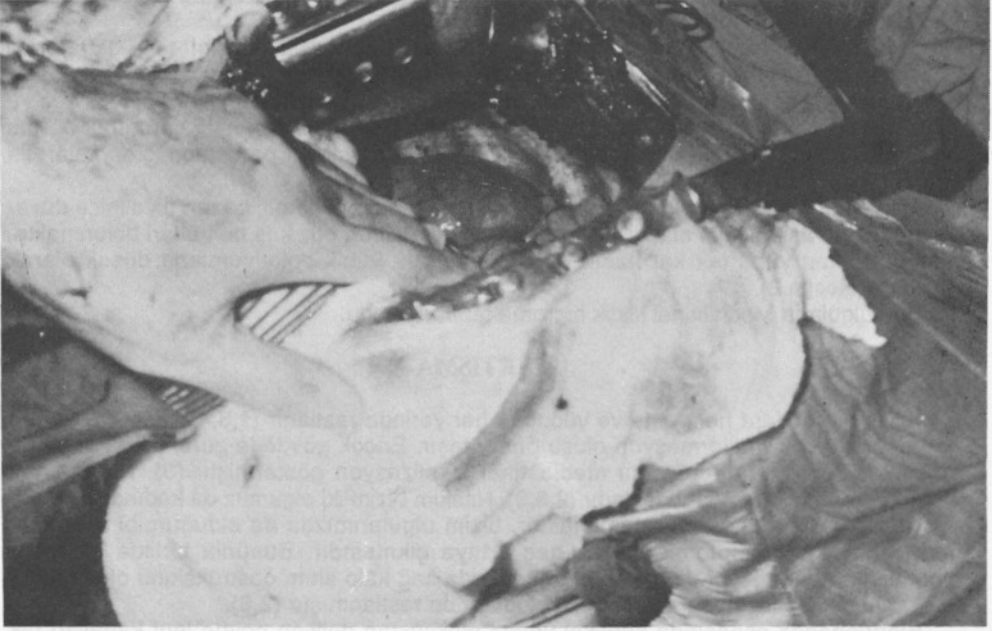
Olgu 1: F.U., 33 yaşında kadın, Patoloji protokol numarası: A65/87. Birkaç ay önce eforla gelen nefes darlığı ve çarpıntıdan yakınmakta. Tüm laboratuvar bulguları normal. Direk radiografide sol hemitoraksa taşarak, önde mediasteni dolduran 15 cm. büyük çapa varan, kenarları muntazam, oval, kistik olduğu düşünülen bir kitle mevcuttu.

Olgu 2: M.U., 51 yaşında kadın, Patoloji protokol numarası: B72/88. Kontrol amacı ile çekilen göğüs grafisinde, sağ parakardiyal alanda, ön mediastende, 5 cm. çapta yuvarlak kitle imajı saptandı. Tek yaklaşması dört gün önce başlayan sağ yan ağrısı idi. Fizik muayene ve tüm laboratuvar bulguları normal olup, ekokardiografi bulguları özellik göstermiyordu. CAT'de sağ ön mediastende aort konusu seviyesinden başlayıp, sağ atriya kadar inen, 5 cm. çapta, düzenli konturlu yuvarlak, sıvı yoğunluğunda kistik bir lezyon bulunduğu görüldü.

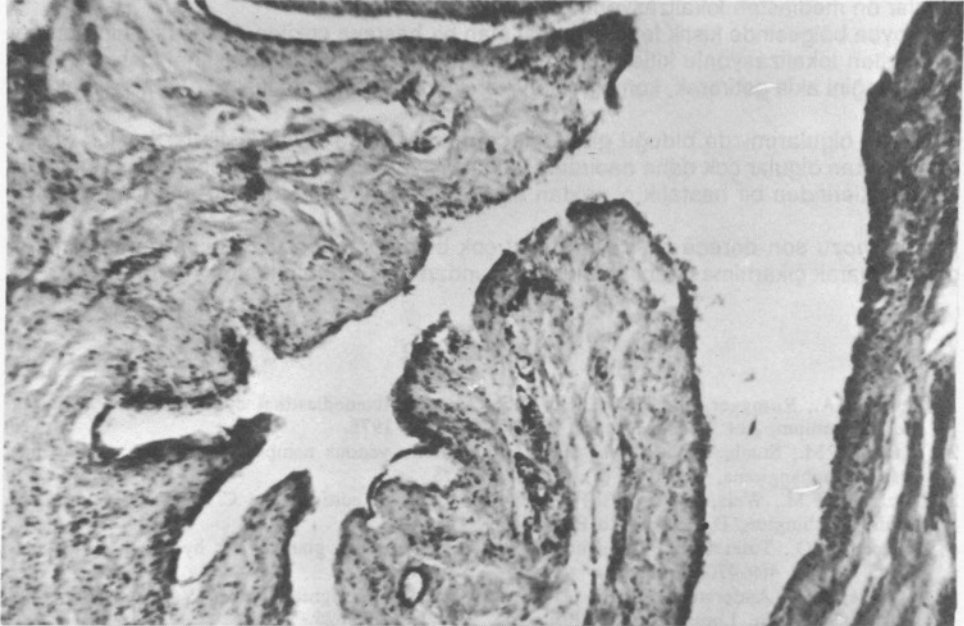
Her iki olguda da skopide pulsasyon alınmadı. Casoni negatifti. Bronkoskopide

(*) Heybeliada Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Merkezi

(**) GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Patoloji Anabilim Dalı



Resim 1: İkinci olgunun operasyon sırasında makroskopik görünümü ve lokalizasyonu.



Resim 2: Birinci olguda, kistin lumeni ve kollajenden zengin düz kas proliferasyonu gösteren duvarı (H.E. x 40).

önemli bir bulguya rastlanmadı. Bronkoalveolar lavaj ve balgamın birkaç kez tekrarlanan sitolojik tetkikleri normal bulundu.

Tarif edilen kistik lezyonlar torakotomi ile ekstirpe edildi (Resim 1). Postoperatif dönem komplikasyonsuz ve rahat bir şekilde seyretti.

Makroskopi: Her iki kistik oluşumun duvarları, membranöz kalınlıktan birkaç mm. ye değişmekte, iç ve dış yüzü düzgün, açık kahve rengi ve lumenleri hafif sarımsak berrak bir sıvı ile dolu idi. 1.nci olguda duvarda, daha başka kistlerin parçalanmış septaları ile çok küçük kistler de izlendi. 2.nci olgu ise tek gözden ibaretti.

Mikroskopi: Yer yer kollajenden zengin, bazı sahaları ödemli, bazen hiyalinize duvar üzerinde, lenfosit birikim alanları ve serpintileri ile nadiren düz kas demetleri bulunmakta, lumene bakan yüzü tek kat basık veya birkaç sıra kübik epitelyumlarla döşeli olarak gözlemlendi (Resim 2).

Bu bulgularla Mediastinal kistik higroma tanıları kondu.

TARTIŞMA

Kistik higromlara her yaşta ve vücudun her yerinde rastlanır (1,3,4,5,7,8,10). Bunda da kongenital bir malformasyon oluşu önem taşır. Ençok gövdede görülmekte olup, 61 olguluk bir araştırmada 5 olgu mediastinal lokalizasyon göstermiştir (3). Kadınlarda, erkeklere oranla biraz daha fazladır (2,6,9). Nitekim bizim iki olgumuz da kadındır.

Nadir görülmesinde en önemli faktör, bizim olgularımızda da olduğu gibi semptom vermeyişi veya semptomların çok geç ortaya çıkmasıdır. Bununla birlikte sol vena innominata kompresyonu veya yeni doğanlarda sağ kalp akım obstrüksiyonu oluşturarak fatal sonuçlanabilecek derecede ciddi olgulara da rastlanmıştır (2,6).

Embriyogenez esnasında servikal venöz pleksustan gelişen boyun lenf kanalları tek başlarına veya etraf yapılarıyla beraber göç etmektedirler. Bu göç anterior mediastene doğru olmaktadır (9). Sunduğumuz olgular ile birlikte bugüne kadar yayınlanmış tüm olgular ön mediasten lokalizasyonu göstermektedirler.

Boyun bölgesinde kistik lenfanjioması olan bir hastaya çekilen göğüs filminin anterior mediasten lokalizasyonlu kitle göstermesi, bunun bir servikomedial kistik higroma olabileceğini akla getirerek, kombine servikal ve mediastinal yaklaşımı gerekli kılmaktadır (1,7,8).

Bizim olgularımızda olduğu gibi sadece mediastende dilate kistik bir boşluk olarak ortaya çıkan olgular çok daha nadirdir. Radyolojik ya da klinik olarak spesifik bir bulgu da vermediklerinden bir hastalık olmaktan ziyade klinik bir antite olarak tanımlanmalıdır (4).

Prognozu son derece iyi, selim, fakat çok büyük çaplara ulaşabilen bu lezyonların cerrahi olarak çıkartılması tanı ve tedavi açısından büyük önem taşımaktadır.

KAYNAKLAR

1. Beitzke, A., Rosegger, H., Becker, H., Zach, M.: Cervicomediastinal cystic hygroma invading the pericardium, *Aut. Pediatr. Pathol.*, 11 (3): 413-420, 1978.
2. Daniel, T.M., Staub, E.W., Clark, D.E.: Symptomatic venous compression from a mediastinal cystic lymphangioma, *Chest* 63 (5): 834-835, 1973.
3. Enzinger, F.M., Weiss, S.W.: *Soft Tissue Tumors*, Second edition, The C.V. Mosby Comp., St. Louis, Washington, D.C., Toronto P: 614-625, 1988.
4. Ionescu, G.O., Tuleasca, I., Gavrilita, N., Savin, R.: Infantil giant cystic hygroma, *J. Pediatr. Surg.*, 11 (3): 469-470, 1976.
5. Kissane, J.M., Anderson, W.A.D.: *Anderson's Pathology*, Eighth edition, Vol 1-2, The C.V. Mosby Comp., St. Louis, Toronto, Princeton, P: 725-726, 1965.
6. Laroche, G.P.: Mediastinal cystic lymphangioma, *Un. Med. Canada*, 105 (9): 1347-1350, 1976.
7. Lattes, R.: *Atlas of Tumor Pathology, Tumors of the Soft Tissue*, Second Series, Fascicle 1, AFIP, Washington, D.C., P: 89-94, 1982.

8. Mills, N.L., Grosfeld, J.L.: One stage operation for cervicomediastinal cystic hygroma in infancy, J. Thorac. Cardiovasc. Surg., 65: 608, 1973.
9. Rasaretnam, R., Chanmugan, D., Sabanathan, K., Paul, A.T.S.: Cervicomediastinal cystic hygroma, Aust. N. Z. Surg., 46 (4): 378-381, 1976.
10. Sheny, S.S., Barva, N.R., Patel, A.R.: Mediastinal lymphangioma, J. Surg. Oncol., 10 (1): 523-528, 1978).

SUMMARY: A case has been named as Karsazent Syndrome that was composed of bronchiectasis, dextrocardia and asplenia. In this syndrome may contain also or tendency of the other features for this condition, sperm and another cells Abence of Dytaria aim that provides the condition of microorganisms that form of the structure of ciliae caused to frequently opportunistic infections and interitely. We carried out bronchial biopsy and testis biopsy in the two cases designated as Karsazent Syndrome that were completely sterile, lymphatic and bronchiectasis in addition there to asplenic. We applied six electron microscopically examination to the tissues obtained from

Özge: 1. B.A. 21 yaşında erkek hasta. Öksürük, nefes darlığı, sık akciğer enfeksiyonları, aspleni ve dextrocardia ile karakterize bir sendrom tanımlanmıştır. Zaman zaman diğer enfeksiyonlar ve bakteriyel akciğer enfeksiyonları da görülmüştür. Solunum sisteminde aspleni ve dextrocardia ile birlikte mikrobiyal enfeksiyonlar da görülmüştür. İki hasta için bronş biyopsisi ve testis biyopsisi yapılmıştır. İki hasta da tamamen steril, lenfositik ve bronkiyektazik yapıda enfeksiyonlar gözlemlenmiştir.

GİRİŞ
1993 yılında Karsazent sendromu tanımlanmıştır. Bronkiyektazi, dextrocardia ve aspleni ile karakterize bir sendromdur. Bu sendromun etiyolojisi henüz bilinmemektedir. Ancak bazı yazarlar enfeksiyon etiyolojisi olduğunu düşünüyorlar. Diğer yandan bazı yazarlar aspleni ve dextrocardia ile birlikte mikrobiyal enfeksiyonların da görüldüğünü belirtiyorlar. Aspleni ve dextrocardia ile birlikte mikrobiyal enfeksiyonların da görüldüğünü belirtiyorlar. Aspleni ve dextrocardia ile birlikte mikrobiyal enfeksiyonların da görüldüğünü belirtiyorlar. Aspleni ve dextrocardia ile birlikte mikrobiyal enfeksiyonların da görüldüğünü belirtiyorlar.

Finer et al. tarafından tanımlanan Karsazent sendromu, aspleni ve dextrocardia ile karakterize bir sendromdur. Bu sendromun etiyolojisi henüz bilinmemektedir. Ancak bazı yazarlar enfeksiyon etiyolojisi olduğunu düşünüyorlar. Diğer yandan bazı yazarlar aspleni ve dextrocardia ile birlikte mikrobiyal enfeksiyonların da görüldüğünü belirtiyorlar. Aspleni ve dextrocardia ile birlikte mikrobiyal enfeksiyonların da görüldüğünü belirtiyorlar. Aspleni ve dextrocardia ile birlikte mikrobiyal enfeksiyonların da görüldüğünü belirtiyorlar.