

# BOYUN BÖLGESİNİN CERRAHİ HASTALIKLARI

Prof. Dr. Abdulkerim Temiz ORCID: 0000-0001-8789-6003

## Anahtar Noktalar

Çocukluk çağı baş-boyun kitleleri sıklıkla karşılaşılan patolojiler olmakla birlikte etiyojinin ortaya konulabilmesi için detaylı anamnez ve fizik muayene bulguları ile görüntüleme yöntemlerinden de faydalanılması gerekir. Konjenital nedenler ve enfeksiyöz ve neoplastik nedenleri içine kazanılmış patolojiler göz önünde bulundurulmalıdır. Takip ve tedavi planlaması etiyojik faktör gözetilerek yapılmalıdır.

**Anahtar kelimeler:** Boyun, Kitle, Doğumsal, Anomali

Baş-boyun kitleleri çocukluk çağında yaygın görülen bir problemdir<sup>(1)</sup>. Ortaya çıktığında ailede ciddi anksiyete nedeni olduğu bilinmektedir. Doğumsal lezyonlar olabileceği gibi çocukluk çağının herhangi bir döneminde, sonradan da ortaya çıkabilen bu kitlelerin kaynağı hastanın yaşına ve lokalizasyonuna göre çeşitlilik göstermektedir. Konjenital kistik lezyonlar, vasküler lezyonlar, inflamatuvar ve neoplastik kitleler gibi çok geniş bir kapsamı olan patolojileri içerebilmektedirler<sup>(2,3)</sup>. Şikayet ve muayene bulguları kitlenin etiyojisine göre değişiklik gösterebilmektedir. Detaylı anamnez, fizik muayene ve uygun görüntüleme çalışmaları ile ayırıcı tanıya gidilebilir<sup>(3)</sup>. Çocuklarda sıklıkla inflamatuvar veya konjenital lezyonlarla karşılaşmaktadır<sup>(4,5)</sup>. Maligniteler kısmen daha az görülmektedir. Kitlenin lokalizasyonuna göre de ayırıcı tanıya gitmek mümkün olabilmektedir. Boyun bölgesi anterior ve posterior servikal üçgen olarak iki ana bölgeye ayrılır. Baş-boyun bölgesi sağ ve sol tarafta

7 anatomik bölgeden oluşur. Üstte mandibula alt kenarı, önde orta hat, arkada sternokleidomastoid (SKM) kasın ön kenarının oluşturduğu ön üçgen ve SKM kasın arka kenarının ön sınırını oluşturduğu altta klavikulanın arkada trapezius kasının oluşturduğu arka üçgen ana üçgenlerdir<sup>(6,7)</sup>. SKM kasın distal ucunun posteriorunda, her iki bacağı arasında kalan bölge 1. bölge; küçük supraklavikular fossa olarak adlandırılır<sup>(6)</sup>. Oksipital üçgen, trapeziusun ön kenarı, SKM kasın arka sınırı ve omohyoid kasın alt kısmı arasında kalan ve 2. bölge olarak da adlandırılan alandır. Eksternal juguler venin bir kısmı, servikal pleksusların arka dalları, nervus accessorius, brachial pleksusun supraklavikular parçası, transvers servikal arter ve lenf nodları bulunur. Omoklavikular ya da subklavian bölge olarak da adlandırılan 3. bölge subklavian arterin bir kısmı, suprascapular arter ve supraklavikular lenf nodları bulunur. Submandibular bölge veya digastric üçgen olarak bilinen 4. bölge ise digastrik kasın her iki parçası ve mandibula alt kenarı arasında kalan bölgedir. Submandibular gland, lenf nodları, hipoglossal sinir, milohyoid sinir ve fasial arter ve venin bir kısmını içerir. 5. bölge olarak bilinen, diğer adı submental alan olan bölge; orta hat, mandibula, hyoid kemik ve musculus digastrikusun ön kenarı arasında yer alan bölgedir. Lenf nodları ve anterior juguler venin küçük dallarını içerir. Karotis üçgeni de olarak bilinen 6. bölge omohyoid kasın üst kısmı, digastrik kasın posterior kısmı ve SKM kasın arasında kalan bölgedir. Common carotis arteri, internal juguler ven ve dallarını, hipoglossal sinir, ansa servikalisin superior



**Resim 15.** Boyun orta hat şişliği şikayeti ile gelen hastada, ameliyat esnasında kitlenin sarı renkli yumuşak kıvamlı dermoid kisti düşündüren yapısı izleniyor. Herhangi bir devamlılığı da olmayan lezyonun patolojik incelemesi de dermoid kist olarak sonuçlanmıştır.

## 11. Dermoid ve Epidermoid Kistler

Ektoderm ve mesoderm kökenli benign kutaneöz lezyonlardır<sup>(66,67)</sup>. Squamöz epitel ile döşelidirler. Genellikle orta hat yerleşimlidirler. Buna bağlı olarak kıl folikülleri, yağ ve ter bezleri ve fibroadipoz doku içerirler<sup>(67)</sup>. (**Resim 15**)

Tüm dermoid ve epidermoid kistlerin yaklaşık %7'si baş-boyun bölgesinde tespit edilir<sup>(68)</sup>. En sık periorbital alanda yerleşmişlerdir. İkinci sıklıkta boyun bölgesinde yerleşirler<sup>(67)</sup>. En belirgin bulgusu ele gelen kitledir. Olguların %4'ünde intrakranial uzanım bildirilmiştir. Tanı için anamnez ve muayene bulguları yeterli olurken intrakranial veya intraorbital uzanımın ekartasyonu açısından US veya BT'den yararlanır. Rekürrens önlenmesi açısından total cerrahi eksizyon önerilmektedir<sup>(67)</sup>.

## Özet

Çocukluk çağı baş-boyun kitlerleri sık karşılaşılan patolojilerdir. Etiyolojide konenital lezyonlar ile birlikte inflamutar ve neoplastik nedenler de rol oynamaktadır. Doğum sonrası bulgu verebilen hastalık grupları olabileceği gibi ilerleyen yaş dönemlerinde de karşımıza çıkabilir. Tanı aşamasında radyolojik ve sintigrafik çeşitli çalışma yöntemleri ile tanıya gidilebileceği gibi kitlesel lezyonların bir kısmında patolojik tanıya ihtiyaç duyulur. Baş ve boyun bölgesinin içerdiği hayati ve fonksiyonel anatomik yapılar nedeni ile cerrahi girişim öncesi uygun ve detaylı görüntüleme çalışmaları ile cerrahi planlama morbidite ve mortalite ihtimalini düşürecektir.

## Kaynaklar

1. Badawy MK. Pediatric neck masses. *Clin Pediatr Emerg Medicine*. 2010; 11(2): 73-80
2. Rosa PA, Hirsch DL, Dierks EJ. Congenital Neck Masses. *Oral Maxillofacial Surg Clin N Am*. 2008; 20:339-352
3. Tracy TF Jr, Muratore CS. Management of common head and neck masses. *Semin Pediatr Surg*. 2007; 16(1):3-13.
4. Erikçi V, Hoşgör M. Management of congenital neck lesions in children. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*. 2014; 67(9):e217-22.
5. Abdulai AE, Nuamah IK, Gyasi R. Head and neck tumours in Ghanaian children. A 20 year review. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2012; 41(11):1378-82.
6. L.J. Skandalakis and J.E. Skandalakis (eds.). *Surgical Anatomy and Technique: A Pocket Manual*, DOI 10.1007/978-1-4614-8563-6\_2, Springer Science+Business Media New York 2014
7. Kohan EJ, Wirth GA. *Anatomy of the Neck*. *Clin Plastic Surg* 2014; 41:1-6.
8. Gosche JR, Vick L. Acute, subacute and chronic cervical lymphadenitis in children. *Semin Pediatr Surg* 2006; 15:99-106.
9. Leung AK, Robson WL. Cervical lymphadenopathy in children. *Canadian Journal of Pediatrics* 1991; 3:10-17.
10. Gaddikeri S, Vattoth S, Gaddikeri RS, Stuart R, Harrison K, Young D, Bhargava P. Congenital cystic neck masses: embryology and imaging appearances, with clinicopathological correlation. *Curr Probl Diagn Radiol*. 2014; 43(2):55-67.
11. Foley DS, Fallat ME. Thyroglossal duct and other congenital midline cervical anomalies. *Semin Pediatr Surg*. 2006; 15(2):70-5.
12. LaRiviere CA, Waldhausen JH. Congenital cervical cysts, sinuses, and fistulae in pediatric surgery. *Surg Clin North Am*. 2012; 92(3):583-97.
13. Bajaj Y, Ifeacho S, Tweedie D, Jephson CG, Albert DM, Cochrane LA, Wyatt ME, Jonas N, Hartley BE. Branchial anomalies in children. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2011; 75(8):1020-3.
14. Work PW. Newer concepts of first branchial cleft defects. *Laryngoscope* 1972; 82:1581-1593.

15. Bailey H. 1st ed. *Branchial cysts and other eassay on surgical subjects in the facio-cervical region*. Lewis, London, 1929
16. Stone R, Devaiah A, Pistey RW. Pathology quiz case 2. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2004; 130(11): 1137-1139.
17. Nicoucar K, Giger R, Pope HG Jr, Jaecklin T, Dulguerov P. Management of congenital fourth branchial arch anomalies: a review and analysis of published cases. *J Pediatr Surg*. 2009; 44(7):1432-9.
18. Fowell C, Vereia Linares C, Jones R, Nishikawa H, Monaghan A. Venous malformations of the head and neck: current concepts in management. *Br J Oral Maxillofac Surg*. 2017; 55(1):3-9.
19. Adams DM, Lucky AW. Cervicofacial vascular anomalies. I. Hemangiomas and other benign vascular tumours. *Semin Pediatr Surg* 2006; 15(2):124-32.
20. Dasgupta R, Fishman SJ. ISSVA classification. *Semin Pediatr Surg*. 2014; 23(4):158-61.
21. Colbert SD, Seager L, Haider F, Evans BT, Anand R, Brennan PA. Lymphatic malformations of the head and neck-current concepts in management. *Br J Oral Maxillofac Surg*. 2013; 51(2):98-102.
22. Elluru RG, Azizkhan RG. Cervicofacial vascular anomalies. II. Vascular malformations. *Semin Pediatr Surg*. 2006; 15(2):133-9.
23. Elluru RG, Balakrishnan K, Padua HM. Lymphatic malformations: diagnosis and management. *Semin Pediatr Surg*. 2014; 23(4):178-85.
24. Orford J, Barker A, Thonell S, King P, Murphy J. Bleomycin therapy for cystic hygroma. *J Pediatr Surg*. 1995; 30(9):1282-7.
25. Liang MG, Frieden IJ. Infantile and congenital hemangiomas. *Semin Pediatr Surg*. 2014; 23(4):162-7.
26. Léauté-Labrèze C, Harper JI, Hoeger PH. Infantile haemangioma. *Lancet*. 2017, 1; 390(10089):85-94.
27. Charny JW, Moon AT, Treat JR. Scalp Infantile Hemangioma Complicated by Life-Threatening Bleeding. *Pediatr Dermatol*. 2017; 34(4):473-475.
28. Uller W, Alomari AI, Richter GT. Arteriovenous malformations. *Semin Pediatr Surg*. 2014; 23(4):203-7.
29. Akçora B, Karazincir S, Balcı A, Fansa İ, Temiz A, Sangün Ö. «nternal juguler flebektazi: İki Olgu Sunumu. *Çocuk Cerrahisi Dergisi* 2007; 21(3):151-153,
30. El Fakiri MM, Hassani R, Aderdour L, Nouri H, Rochdi Y, Raji A. Congenital jugular phlebectasia. *European Annals of Otorhinolaryngology, Head and Neck Diseases*. 2011; 128: 324-326.
31. Baker JB, Ingraham CR, Fine GC, Iyer RS, Monroe EJ. Pediatric jugular vein aneurysm (phlebectasia): report of two cases and review of the literature. *Radiol Case Rep*. 2017; 12(2):391-395.
32. Bora NK. Internal Jugular Phlebectasia: Diagnosis by Ultrasonography, Doppler and Contrast CT *Journal of Clinical and Diagnostic Research*. 2013; 7(6): 1194-1199.
33. Balık E, Erdener A, Taneli C, at al: Jugular phlebectasia in children. *Eur J Pediatr Surg* 3:46-47, 1993
34. Garetier M, Breton S, Pennaneach A, Barberot C, Chinellato S, Rousset J. Fibromatosis colli. *Presse Med* 2012; 41(2):213-4.
35. Adamoli P, Pavone P, Falsaperla R, Longo R, Vitaliti G, Andaloro C, Agostino S, Cocuzza S. Rapid spontaneous resolution of fibromatosis colli in a 3-week-old girl. *Case Rep Otolaryngol*. 2014;2014:264940.
36. Khalid S, Zaheer S, Wahab S, Siddiqui MA, Redhu N, Yusuf F. Fibromatosis Colli: A Case Report. *Oman Med J*. 2012; 27(6):e011. .
37. Wojcicki KM, Krieger RH, Berry AC, Reuther WL 3rd. Fibromatosis colli spuriously presenting as a retropharyngeal mass on cervical spine radiographs. *Intern Emerg Med*. 2016; 11(2):277-9.
38. Breuer C, Tuggle C, Solomon D, Sosa JA. Pediatric Thyroid Disease: When is Surgery Necessary, and Who Should be Operating on Our Children? *J Clin Res Pediatr En doocrinol* 2013; 5(Suppl 1):79-85.
39. Raval MV, Browne M, Chin AC, Zimmerman D, Angelos P, Reynolds M. Total thyroidectomy for benign disease in the pediatric patient-feasible and safe. *J Pediatr Surg* 2009; 44: 1529-1533.
40. Francis GL, Waguespack SG, Bauer AJ, Angelos P, Benvenga S, Cerutti JM, Dinauer CA, Hamilton J et al. Management Guidelines for Children with

- Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer. The American Thyroid Association Guidelines Task Force on Pediatric Thyroid Cancer. Thyroid* 2015; 25(7):716-759.
41. Scholz S, Smith JR, Chaignaud B, Shamberger RC, Huang SA. Thyroid surgery at Children's Hospital Boston: a 35-year single-institution experience. *J Pediatr Surg.* 2011; 46(3):437-42.
  42. Astl J, Dvoráková M, Vlcek P, Veselý D, Matucha P, Betka J. Thyroid surgery in children and adolescents. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2004; 68(10):1273-8.
  43. Hamburger JI. Management of hyperthyroidism in children and adolescents. *J Clin Endocrinol Metab* 1985; 60:1019-1024.
  44. Sherman J, Thompson GB, Lteif A, Schwenk WF 2nd, van Heerden J, Farley DR, Kumar S, Zimmerman D, Churchward M, Grant CS. Surgical management of Graves disease in childhood and adolescence: an institutional experience. *Surgery* 2006; 140:1056-1061.
  45. Molinari AS, Treiguer A, Gava VG, Rojas JL, Evangelista PE, Gonçalves I, Golbert A. Thyroid surgery performed on an overnight basis: a 17 years of experience. *Arch Endocrinol Metab.* 2015; 59(5):434-40.
  46. Kadlub N, Touma J, Leboulanger N, Garel C, Soupre V, L'Herminé AC, Vazquez MP, Picard A. Head and neck teratoma: from diagnosis to treatment. *J Craniomaxillofac Surg.* 2014; 42(8):1598-603.
  47. Shine NP, Sader C, Gollow I, Lannigan FJ. Congenital cervical teratomas: diagnostic, management and postoperative variability. *Auris Nasus Larynx.* 2006; 33(1):107-11.
  48. Sellami M, Mnejja M, Ayadi L, Charfeddine I, Boudawara T, Hammami B, Ghorbel A. Congenital teratoma of the neck: A case report and literature review. *Egypt J Ear Nose Throat Allied Sciences* 2015; 16:101-104.
  49. Jordan RB, Gauderer MW. Cervical teratomas: an analysis. Literature review and proposed classification. *J Pediatr Surg.* 1988; 23(6):583-91.
  50. Gezer HÖ, Oğuzkurt P, Temiz A, Bolat FA, Hiçsönmez A. Huge Neck Masses Causing Respiratory Distress in Neonates: Two Cases of Congenital Cervical Teratoma. *Pediatr Neonatol.* 2016; 57(6):526-530.
  51. Chesney PJ. Cervical lymphadenopathy. *Pediatrics in Review,* 1994; 15:276-284.
  52. Leung AK, Robson WL. Childhood cervical lymphadenopathy. *J Pediatr Health Care.* 2004; 18(1):3-7.
  53. Olu-eddo AN, Omoti CE. Diagnostic evaluation of primary cervical adenopathies in a developing country. *Pan Afr Med J* 2011; 10:52
  54. Park YW. Evaluation of neck masses in children. *Am Family Physician* 1995; 51 (8):1904—1912.
  55. Kelly C, Kelly R. Lymphadenopathy in children. *Pediatr Clin North Am* 1998; 45: 875-888.
  56. Zimmermann P, Tebruegge M, Curtis N, Ritz N. The management of non-tuberculous cervicofacial lymphadenitis in children: A systematic review and meta-analysis. *J Infect.* 2015; 71(1):9-18.
  57. Umehara T, Hakamada K, Oshima G, Suzuki K, Iwanaga K, Yamaguchi Y, Arai H, Hikida Y, Kita J, Hayashi Y. A Case of Infantile Cervical Ectopic Thymus. *Nihon Jibiinkoka Gakkai Kaiho.* 2015; 118(5):662-7.
  58. Song I, Yoo SY, Kim JH, Hong E, Yoon HK. Aberrant cervical thymus: imaging and clinical findings in 13 children. *Clin Radiol.* 2011; 66(1):38-42.
  59. Ishida T, Kotani H, Miyao M, Abiru H, Kawai C, Osamura T, Tamaki K. Ectopic cervical thymus associated with infant death: 2 case reports and literature review. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2013; 77(9):1609-12.
  60. Stuut M, van Zwieten G, Straetmans JM, Lacko M, Stumpel CT. The inflatable thymus herniation of the normal mediastinal thymus: A case report and review of the literature. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2016; 83:74-7.
  61. Kotani H, Ishida T, Miyao M, Manabe S, Kawai C, Abiru H, Omae T, Osamura T, Tamaki K. Ectopic cervical thymus: a clinicopathological study of consecutive, unselected infant autopsies. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2014; 78(11):1917-22.
  62. Tooh MM, El Ezzi O, Dolci M, Boegli Y, Ikonomidis C. Duplication of the cervical esophagus: An unusual cause of respiratory arrest in a child. *J Pediatr surg Case Report* 2013; 9(1): 311-313.
  63. Nayan S, Nguyen LH, Nguyen VH, Daniel SJ, Emil S. Cervical esophageal duplication cyst: case report

and review of the literature. *J Pediatr Surg.* 2010; 45(9):e1-5.

64. Civantos FJ, Holinger LD. Laryngoceles and saccular cysts in infants and children. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 1992; 118(3):296-300.
65. Chu L, Gussack GS, Orr JB, Hood D. Neonatal laryngoceles. A cause for airway obstruction. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 1994; 120(4):454-8.
66. Choi JS, Bae YC, Lee JW, Kang GB. Dermoid cysts: Epidemiology and diagnostic approach based on clinical experiences. *Arch Plast Surg.* 2018; 45(6):512-516.
67. Pryor SG, Lewis JE, Weaver AL, Orvidas LJ. Pediatric dermoid cysts of the head and neck. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2005; 132(6):938-42.
68. Sahoo NK, Choudhary AK, Srinivas V, Kapil Tomar. Dermoid cysts of maxillofacial region. *Med J Armed Forces India.* 2015; 71(Suppl 2):S389-94.

## Sorular

1. Boyun bölgesinde orta hat kitlesi şeklinde karşılaşılan patolojiler hangileridir?
2. Tiroid nodülünde tanı ve tedavi yaklaşımı nasıl olmalıdır?
3. Baş-boyun bölgesi lenfadenopatilerine yaklaşım nasıl olmalıdır?
4. Servikal lenfanjomlarda tedavi seçenekleri nelerdir?
5. Tiroglossal kist cerrahisini evrelilik olarak kısaca anlatın.

## Yanıtlar

1. Tiroglossal kanal artıkları, dermoid kist, tiroid patolojileri, teratomlar, timüs patolojileri, lipom, laringosel.
2. Fizik muayene veya US ile nodul tespit edilen hastalarda TSH düzeyi ölçülür. TSH düşük hastalarda tiroid sintigrafisi yapılır. Hiperaktif nodül tespit edilirse cerrahi tedavi uygulanır. Hipoaktif nodül veya TSH düzeyi baskılanmamış hastalarda ince iğne aspirasyon biyopsisi yapılır. Patoloji sonucu benign olarak sonuçlanan olgularda takip önerilir. Patoloji sonucu şüpheli veya malign olarak sonuçlanan hastalarda cerrahi tedavi – tiroidektomi yapılır.
3. Hastanın anamnez ve fizik muayene bulgularına göre etiyolojik neden ayırdedilemeye çalışılır. Malignite şüphesi olan olgularda veya enfeksiyöz neden düşünülen ancak ön görülen etiyolojik faktöre yönelik uygun tedaviye rağmen bulgularda gerileme olmayan olgularda lenfadenopatinin eksizyonu uygundur.
4. Lezyonu yerleşim yerine ve büyüklüğüne bağlı olarak primer cerrahi eksizyonun morbiditeye neden olmayacağı ön görülen hastalarda cerrahi eksizyon uygulanabilir. Morbidite riski olan olgularda skleroterapi uygulanır.
5. Kist şeklindeki lezyonlarda kistin içine fistül şeklindeki lezyonlarda fistül ağzından verilecek metilen mevisi ile kanal boyandıktan sonra kist veya orifis etrafından yapılacak eliptoid insizyon ile kist- orifis srbleştirilerek trakt boyunca diseksiyona devam edilir. Hyoid kemik ile bağlantı noktası ortaya konuktan sonra hyoid kemiğin orta kısmı ile birlikte eksize edilerek dil köküne uzanan trakt bu seviyeden transfiksasyon sütürü ile bağlanarak eksize edilir.