

Bölüm 26

KONJENİTAL BAŞ-BOYUN KİTLELERİ

E.Esin YALINBAŞ¹

GİRİŞ

Konjenital baş-boyun kitleleri, kist veya sinüs traktı, yumuşak dokunun solid veya kistik lezyonları şeklinde olabilir. Çoğu embriyonik dönemdeki gelişim hataları sonucu oluşur. Konjenital baş-boyun kistik kitleleri nadir görülmekle birlikte pediatrik boyun lezyonlarının önemli bir kısmını oluşturur (1). Konjenital boyun kitleleri genellikle doğumda bulunmakla birlikte hayatın herhangi bir döneminde de bulgu verebilir. Çocuklarda en sık görülen inflamatuvar olmayan boyun kitleleridir. Bunlar kistik, solid veya vasküler yapıdaki gelişimsel anomaliler olabilir. Çoğu embriyonel kökenli olup; boynun lateralinde bulunanlar brankiyal anomaliler ve laringosel, orta hatta yerleşmiş olanlar tiroglossal duktus kisti ya da fistülü, timik kist, dermoid kist ve teratomlardır (2) (Tablo 1).

Tablo 1. Kongenital baş-boyun kitleleri

Preaurikular bölge	Postaurikular Bölge	Orta hat	Lateral boyun
Lenfatik malformasyon	Birinci brankiyal kleft anomalisi	Tiroglossal kanal kisti Teratom	Brankiyal kleft anomalisi
Hemanjioma		Ektopik tiroid Dermoid kist	Timik kist Laringosel
		Lenfovasküler malformasyon	Lenfovasküler malformasyon

¹ Dr.Öğr.Üyesi, Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi, esinylnbs@gmail.com,

%75'inde ektojik tiroid tek fonksiyonel tiroid dokusudur. Olgular genellikle hayatın 2. dekadında tanı alırlar. En sık lingual (yaklaşık %90'ı) bölgede olmak üzere, sublingual, suprahoid bölge, mediasten, prekardiyal kese, kalp, meme, üst özofagus ve abdomen diğer bulunabileceği bölgelerdir. Ayırıcı tanıda lenfatik malformasyonlar, tiroglossal kanal kistleri, anjiyomlar, adenomlar, fibromlar ve lipomlar düşünülmelidir. Ektojik tiroidin değerlendirilmesinde USG, BT veya MRG ile görüntüleme yapılabilir. Fonksiyonel tiroid dokusunu belirlemek için teknesyum 99m tiroid sintigrafisi kullanılmalıdır. Asemptomatik olan hastalar, ötiroid oldukları sürece tedaviye ihtiyaç duymazlar, ancak hastaların malign transformasyon gibi komplikasyonların gelişmesi açısından takip edilmesi gerekir (2).

SONUÇ

Konjenital boyun kitlelerinde öykü, fizik muayene ve uygun görüntüleme yöntemleri ile ayrıntılı klinik değerlendirme önemlidir. Sıklıkla yavaş büyüyen, ağrısız, benign kitleler olup ve bazende brankiyal yarık kistlerinde olduğu gibi tekrarlayan enfeksiyonlarla seyreden bir klinik bulgu verebilirler. Servikal bölgenin embriyolojik gelişim ve anatomik özelliğine dayanan sistematik bir yaklaşım ile spesifik bir tanıya ulaşmak mümkündür.

Anahtar Kelimeler: Kongenital,baş-boyun kitleleri, kistleri

KAYNAKLAR

1. Canöz Ö. Baş ve Boyunun Konjenital Anomalilerinin Patolojisi. *Türkiye Klinikleri J E.N.T.-Special Topics* 2011;4(3)
2. Quintanilla-Dieck L, Penn Jr EB. Congenital Neck Masses. *Clin Perinatol.* 2018 Dec;45(4):769-785. doi: 10.1016/j.clp.2018.07.012
3. Açıklan RM, Hacı M, Bayram AA, Gezinadam Z, Coşkun SÇ, Uşaklıoğlu S. Tiroglossal Duktus Kist ve Fistüllerindeki Klinik Sonuçlarımız. *Med Bull Haseki* 2016;54:94-6. DOI: 10.4274/haseki.2895
4. Vural A, Okuducu H, Külahlı İ. Konjenital Servikal Kist, Sinüs ve Fistüller. *Türkiye Klinikleri J E.N.T.-Special Topics* 2011;4(3):65-70
5. LaRiviere CA, Waldhausen JHT. Congenital cervical cysts, sinuses, and fistulae in pediatric surgery. *Surg Clin North Am* 2012;92:583-97.
6. Foley DS, Fallat ME. Thyroglossal duct and other congenital midline cervical anomalies. *Semin Pediatr Surg* 2006; 15:70-5.
7. Alpay HC, Kaygusuz İ, Karlıdağ T. Tiroglossal Duktus Kist ve Fistülleri: 32 Vakalık Bir İnceleme. *Fırat Tıp Dergisi* 2007;12(4):287-289
8. Allard RH. The thyroglossal cyst. *Head Neck Surg* 1982; 5: 134- 146.
9. Gaddikeri S,Vattoth S, Gaddikeri RS. Congenital cystic neck masses: embryology and imaging appearances, with clinicopathological correlation. *Curr Probl Diagn Radiol.* 2014 Mar-Apr;43(2):55-67. doi: 10.1067/j.cpradiol.2013.12.001.

10. Pincus RL. Congenital neck masses and cysts. In: Head & Neck Surgery - Otolaryngology, 3rd ed., Bailey BJ (Ed), Lippincott Williams & Wilkins, New York 2001. p.933
11. Roseman BJ, Clark OH. Neck Mass. ACS Surgery: Principles and Practice 2008; BC Decker Inc.
12. Tracy TF, Muratore CS, Management of common head and neck masses. Semin Pediatr Surg. 2007 Feb;16(1):3-13
13. Bagchi A, Hira P, Mittal K. Branchial cleft cysts: a pictorial review. Pol J Radiol 2018; 83: e204-e209 DOI: doi.org/10.5114/pjr.2018.76278
14. Enepekides DJ. Management of congenital anomalies of the neck. Facial Plast Surg Clin North Am 2001; 9:131.
15. Emerick K, Lin D. Differential diagnosis of a neck mass. In Ed.Descler DG, Sokol HN. Up to Date 2012.
16. Waldhausen JH. Branchial cleft and arch anomalies in children. Semin Pediatr Surg 2006;15(2):64-9.
17. Houck J. Excision of branchial cysts. Oper Tech Otolaryngol Head Neck Surg 2005; 16: 213-222.
18. Ozo lek JA. Selective pathologies of the head and neck in children: a developmental perspective. Adv Anat Pat hol 2009;16(5):332-58.
19. Adams DM, Lucky AW. Cervicofacial vascular anomalies. I. Hemangiomas and other benign vascular tumors Semin Pediatr Surg 2006;15(2):124-32.
20. Hoff SR, Rastatter JC, Richter GT. Head and neck vascular lesions. Otolaryngol Clin North Am 2015;48: 29-45.
21. Frieden IJ, Haggstrom AN, Drolet BA, et al. Infantile hemangiomas: current knowledge, future directions. proceedings of a research workshop on infantile hemangiomas. Pediatr Dermatol 2005;22(5):383-406.
22. Harter N., Mancini, A. J. Diagnosis and Management of Infantile Hemangiomas in the Neonate. Pediatr Clin North Am. 2019 Apr;66(2):437-459.P. doi: 10.1016/j.pcl.2018.12.011
23. Krowchuk DP, Frieden IJ, Mancini AJ. Clinical Practice Guideline for the Management of Infantile Hemangiomas. Pediatrics. 2019 Jan;143(1). pii: e20183475. doi: 10.1542/peds.2018-3475.
24. Drolet BA, Frommelt PC, Chamlin SL, et al. Initiation and use of propranolol for infantile hemangioma: report of a consensus conference. Pediatrics. 2013;131(1):128-140
25. Charabi B, Bretlau P, Bille M, Holmelund M. Cystic hygroma of head and neck – a long-term follow-up of 44 cases. Acta Otolaryngol. 2000; 543 :248-50.
26. Mulliken JB, Fishman SJ, Burrows PE. Vascular anomalies. Curr Probl Surg 2000;37(8):517-84.
27. Hills SE, Maddalozzo J. Congenital lesions of epithelial origin. Otolaryngol Clin North Am 2015;48:209-23.
28. Kong K, Walker P, Cassey J, et al. Foregut duplication cyst arising in the floor of mouth. Int J Pediatr Otorhinolaryngol 2004;68(6):827-30.
29. April MM, Ward RF, Garelick JM. Diagnosis, management, and follow-up of congenital head and neck teratomas. Laryngoscope 1998; 108:1398.
30. Lakhoo K. Neonatal teratomas. Early Hum Dev 2010;86:643-7.
31. Atabek C, Sürer İ, Çalışkan B, Temiz A, Demirbağ S, Öztürk H. Konjenital servikal teratomlar: klinik yaklaşım. Türk Otolarengoloji Arşivi, 2008; 46(2): 122-125
32. Serin GM, Polat Ş, Çakmak Ö, Tanyeri H. Servikal Ranula: Bir Olgu Sunumu. ACU Sağlık Bil Derg 2010(1):167-169
33. Yağcı S, Ağırır BV. Konjenital Oral Kavite Anomalileri. Türkiye Klinikleri J E.N.T.-Special Topics 2011;4(3):48-57
34. McGurk M. Management of the ranula. J Oral Maxillofac Surg 2007; 65:115.
35. Buluş D, Andıran N, Acar B, Ocak E. Ektopik Lingual Tiroid: Farklı Klinik Bulgu ile Başvuran İki Olgu. Türkiye Çocuk Hast Derg/Turkish J Pediatr Dis / 2017; 3: 212-214