

Supraorbital Yerleşimli Lenfajiom Olgusu

SUPRAORBITAL LYMPHANGIOMA: A CASE REPORT

Haluk MİDOĞLU¹, M. Cenk ECEVİT²

¹Karşıyaka Devlet Hastanesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi

²Karşıyaka Devlet Hastanesi Kulak Burun Boğaz Cerrahi

ÖZET

Lenfanjiomlar, lenfa damarlarından oluşmuş vasküler alanlar ve kanallardan oluşan benign konjenital malformasyonlardır. Baş boyunda sık görülmelerine rağmen supraorbital yerleşim nadirdir. Tedavi seçeneklerinden cerrahi, en çok tercih edilen yöntemdir. Cerrahi, en az morbidite ile hastanın beklentisine uygun sonuçlar oluşturmalıdır. Sol kaş üzerindeki yumuşak kitle yakınması ile başvuran onüç yaşındaki kız çocuğuna, kozmetik beklentisi doğrultusunda, bikoronal insizyonla yaklaşılarak kitle eksizyonu uygulanmıştır. Spesmenin histopatolojik incelemesi sonucu 'lenfanjiom' olarak rapor edilmiştir. Hasta açısından oluşan kozmetik sonuç tatmin edici olarak nitelendirilmiştir.

Anahtar sözcükler: Lenfanjiom, supraorbital, bikoronal insizyon

SUMMARY

Lymphangiomas are congenital malformations of the lymphatic system, made up of newly formed lymph-containing vascular spaces and channels. Although they are frequently seen in the head and neck region, supraorbital location is rare. Surgery which is the most preferred therapeutic modality, should result in low morbidity and cover the patient's expectations. A thirteen years old girl presented with a mass which was located at the left supraorbital region since childhood. In order to fulfill the patient's cosmetic expectations, the lesion excised via bicoronal incision. The histopathologic examination of the specimen was reported as lymphangioma. The final outcome was found to be satisfactory in respect of the patient's evaluation.

Key words: Lymphangioma, supraorbital, bicoronal incision

M.Cenk ECEVİT

Dokuz Eylül Üniversitesi

Tıp Fakültesi

KBB AD

İnciraltı - İZMİR

Cep tel: 0555 3697209

Tel: 0232 4123251

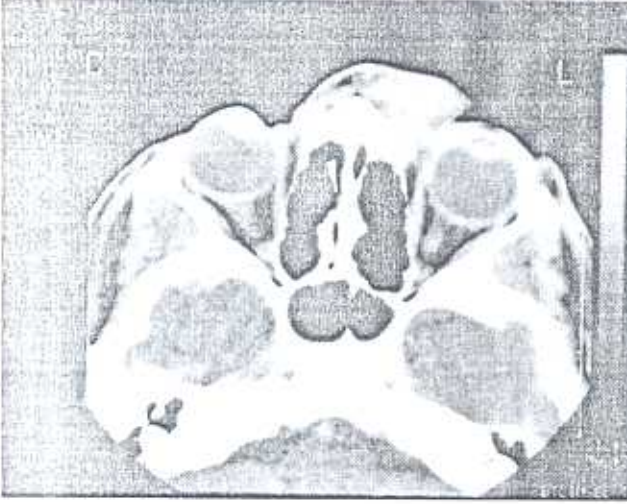
e-mail: mcecevit@ttnet.net.tr

Lenfanjiomlar, lenfa damarlarından oluşmuş vasküler alanlar ve kanallardan oluşan benign konjenital malformasyonlardır. Cerrahi eksizyonunda, hastanın ve ailesinin kozmetik beklentisi yanında; tedavinin komplikasyonları, uzun dönem sekelleri ve sonuçları değerlendirilmelidir. Lezyonların tek taraflı ve suprahyoid yerleşimli olması en olumlu prognostik faktörler iken, infrahyoid ve çift taraflı suprahyoid yerleşim olumsuz faktördür (1,2). Cerrahinin en ideal uygulanma zamanı, fonksiyonel ve kozmetik beklentilerinin karşılanabildiği ve çocuğun fiziksel gelişiminin total eksizyona olanak kıldığı yaşlardır (3).

OLGU SUNUMU

Onüç yaşında kız çocuğu, sol kaş üzerinde bebekliğinden beri var olan bir kitle nedeniyle başvurdu. Öyküde kitlenin üst solunum yolu enfeksiyonları dönemlerinde büyüdüğü ve takiben küçülmekte olduğu öğrenildi. Yapılan muayenesinde, sol kaş seviyesinde göz kapağına uzanmayan, süperiorda frontal bölgenin orta 1/2 seviyesine kadar erişen, medialde medial kantal ligaman seviyesine dek devam eden, yumuşak, sınırları tam olarak seçilemeyen bir kitle saptandı. Ciltte herhangi bir renk değişikliği belirlenmedi. Bilgisayarlı tomografide, supraorbital ve frontal bölgede subder-

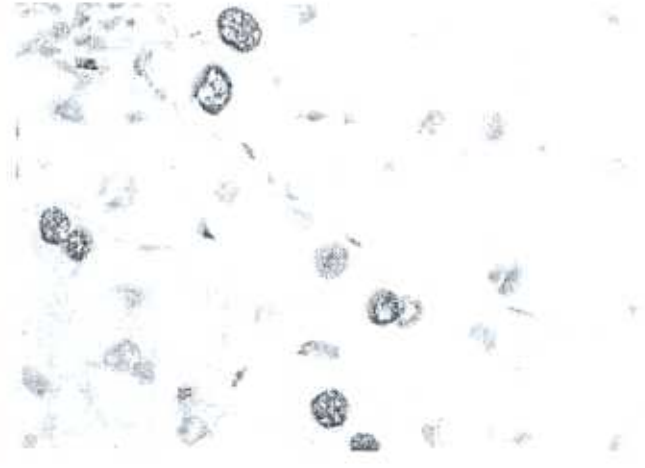
mal yağ planlarının silinmesine yol açan, medialde frontonazal bileşkeye uzanan, kemik yapıların salın olduğu heterojen dansitede lenfanjiomla uyumlu kitle izlendi (Şekil 1). Posteroanterior akciğer grafisi normal olarak rapor edildi.



Şekil 1. Supraorbital ve frontal bölgede subdermal yağ planlarının silinmesine yol açan, medialde frontonazal bileşkeye uzanan, kemik yapıların salın olduğu heterojen dansitede kitlenin aksiyal planda alınan bilgisayarlı tomografi kesiti

Hastanın ve ailesinin isteği üzerine, preoperatif tetkiklerinde patoloji saptanmayan hasta, Şubat – 2000 tarihinde genel anestezi altında opere edilerek kitle bikoronal insizyonla totale yakın eksize edildi. Flep elevasyonunda subgaleal planda periostun üzerinden disseksiyon yapılarak, fasyal sinirin frontal dalının korunması sağlandı. Cerrahi sırasında, lezyonun çevre doku içine papilliform çıkıntılarla uzandığı görüldü ve sağlam doku ile lezyon arasında net bir disseksiyon planının olmadığı belirlendi. Frontal bölgede lezyonun subdermal doku planlarına kadar uzanması frontal kas lifleri arasından disseksiyonunu gerektirdi. Doku planları arasına yaygın ve kompleks invazyon nedeni ile morbiditeye yol açmamak için sol supratroklear sinir çevresinde ve medial kantus anteriorunda lezyon bırakıldı. Postoperatif dönemde sol kaş elevasyonunda kısıtlılık saptanan olguda, antiödem tedavi ile bir miktar işlev kazancı elde edilebildi. Hasta postoperatif 10.

günde taburecu edildi. Spesmenin patolojik incelemesi lenfanjiom olarak rapor edildi (Şekil 2). Hastanın 1. yıl kontrolünde herhangi bir nüksle karşılaşmadı ve rest bırakılan lezyonda ilerleme olmadı. Kaş elevasyonunda ise kısıtlılığın azalmakla birlikte kısmen devam ettiği gözlemlendi.



Şekil 2.Yağ, bağ ve kas dokusu aralıklarında genleşmiş ve sırt sırta vermiş gurup halinde lenfa aralıkları (hematoksilen ve eosin boyası, büyüme x 40)

TARTIŞMA

Baş boyun lenfanjiomlarında temel cerrahi prensip, kozmetik ve vital komplikasyonlara yol açmadan, eksize edilmeye çalışılması olmalıdır (4). Bu temelden hareketle olgu ve ailesi, işlevsel bozukluk oluşturmeyen kozmetik deformitenin düzeltilmesi yönünde istekte bulunmuşlardır. Kendilerine kitlenin özellikleri anlatılmış ve olası komplikasyonlar (inkomplet rezeksiyon, rekürrens, supratroklear sinir zedelenmesine sekonder duyu kaybı ve frontal kas disseksiyonuna sekonder kaş hareketlerinin etkilenmesi) hakkında bilgi verilmiştir.

Witt ve ark'ı (5), melolabial lenfanjiomlarda total eksizeyonun planlandığı vakalarda, fasyal sinirin korunması amacıyla yüzeysel parotidektomi uygulanması durumunda bile nöral morbidite gelişebileceğini, buna rağmen lezyonun tam çıkarılamayabileceğini ve cilt eksizeyonu ile birlikte kitlenin hacmini küçültücü cerrahi uygulanmasının komplikasyonları azalttığını belirtmişlerdir. Sunulan olguda, alında ve kaşta belirgin

kalınlığına yol açan kitle, insizyon hattının saç içinde kaldığı bikoronal yaklaşımla eksize edilmiştir. Eksizyon aşamasında karşı yüz ile simetri sağlanırken, frontal kasi korumak ve supraorbital bölgede sinir hasarı oluşturmamak ana hedef noktaları olmuştur. Bu şekilde yüzde skar riskinden uzaklaşarak kozmetik deformite ortadan kaldırılmaya çalışılmıştır. Ancak lezyonun frontal kas ile yakın ilişkisi nedeni ile frontal kas liflerinde oluşan lokal travmaya bağlı olarak postoperatif dönemde kaş kaldırılmada bir miktar kısıtlılık oluşmuş, bu morbiditenin uzun dönemde rehabilite edilebilir nitelikli olduğu düşünülmüştür. Birinci yıl kontrolünde kısmi düzelme izlenmiştir. Ana kitlenin uzantısı şeklinde olan medial kantall bölgedeki lezyon, lakrimal sistem travması ve subdermal planda disseksiyona sekonder cilt değişikliği oluşturmamak amacıyla eksize edilmemiştir.

Baş boyun lenfanjionlarında, Nd:YAG lazer, OK-432 (insan kaynaklı grup A Streptococcus pyogenes) enjeksiyonu uygulanabilecek alternatif tedaviler arasında olmakla birlikte, primer cerrahi genel olarak uygulanabilir ve yeterli bir tedavi seçeneğidir (6,7). Tedavi maliyetinin düşük olması ve uygulama yaygınlığı da cerrahi tedaviyi ilk seçenek haline getiren diğer faktörler arasındadır.

Bu olguda da, psikolojik olarak hasta ve ailesinin var olan patolojiden etkilenmiş olması, lezyonun olumlu prognostik özellikler taşıması ve lezyona ulaşmak için seçilen insizyonun herhangi bir görünür sorun oluşturmaması nedeniyle cerrahi endikasyon konmustur.

Sonuç olarak, supraorbital yerleşimli lenfanjionu bikoronal insizyonla yaklaşılarak eksize edilmiş, ek

morbidite yaratmamak amacıyla medial kantall bölgedeki lezyon bırakılmıştır. Frontal kas travmasına bağlı olduğu düşünülen kaş kaldırılmadaki kısıtlılığın azaltılmakla birlikte belirgin kozmetik deformite yaratmayacak düzeyde sebat ettüğü gözlemlenmiş ve hasta tarafından oluşan kozmetik sonuç tatmin edici olarak nitelendirilmiştir.

KAYNAKLAR

1. Hamoir M, Plouin-Gandon I, Rombaux P et al. Lymphatic malformations of the head and neck: a retrospective review support for staging. *Head and Neck* 2001;23:326-337.
2. De Serres LM, Sie KC, Richardson MA. Lymphatic malformations of the head and neck. A proposal for staging. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1995; 121:577-582.
3. Raveh E, de Jong AL, Taylor GP et al. Prognostic factors in the treatment of lymphatic malformations. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1997;123:1061-1065.
4. Riechelmann H, Muchfay G, Keck T et al. Total, subtotal, and partial surgical removal of cervicofacial lymphangiomas. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1999;125:643-648.
5. Witt PD, Martin DS, Marsh JL. Aesthetic considerations in extirpation of melolabial lymphatic malformations in children. *Plast Reconstr Surg* 1995;96:48-57.
6. Hattashima T, Hossain M, Walverde DA et al. Treatment of lymphangioma with Nd:YAG laser irradiation: a case report. *J Clin Laser Med Surg* 2001;19:189-191.
7. Suzuki Y, Ohana A, Gohto Y et al. Management of orbital lymphangioma using intralesional injection of OK-432. *Br J Ophthalmol* 2000;84:614-617.