

**Atipik Yerleşimli Konjenital Kistik Higroma (Ganglion kisti):  
Olgu Sunumu**

Oktay BELHAN<sup>1</sup>  
Lokman KARAKURT<sup>1</sup>  
Erhan SERİN<sup>1</sup>  
Erhan YILMAZ<sup>1</sup>  
Bengü ÇOBANOĞLU<sup>2</sup>  
Mehmet BULUT<sup>1</sup>  
Mehmet KAYA<sup>1</sup>

Kistik higromalar (ganglion kistleri) üst ekstremitelerde görülen en sık yumuşak doku tümörleridir. Omuz ekleminden ve kol kaslarının tendonlarından kaynaklanan ganglion kistleri ise nadir olarak görülürler. 8 aylık kız bebek, sağ kol üst kısmında, doğumdan itibaren mevcut olan ve gittikçe büyüyen kitle nedeni ile kliniğimize getirildi. Fizik muayene ve radyolojik değerlendirme sonrası, atipik yerleşimli konjenital kistik higroma ön tanısı ile ameliyat edilen ve histopatolojik tanısı kistik higroma (ganglion kisti) olan hasta cerrahi sonuçları ile birlikte sunuldu. Ameliyat sonrası 4 yıllık takiplerinde herhangi bir şikayet gözlenmedi.

**Anahtar Kelimeler:** Kistik higroma, Atipik yerleşim, Tanı, Tedavi

<sup>1</sup> Fırat Üniversitesi  
Tıp Fakültesi,  
Ortopedi ve Travmatoloji  
Anabilim Dalı  
Elazığ-TÜRKİYE

<sup>2</sup> Fırat Üniversitesi  
Tıp Fakültesi,  
Patoloji Anabilim Dalı  
Elazığ-TÜRKİYE

**Atypical Localized Congenital Cystic Higroma (Ganglion Cyst): A Case Report**

Cystic higromas are the most common soft tissue tumor that are seen in the upper extremity. However the ganglion cysts originated from the shoulder articulation and arm muscles are rarely seen. An eight month female baby was taken to our clinic having enlarging tumor on the right arm. After physical examination and radiological assesment, the patient operated with preoperative diagnosis of atypical localized congenital cystic higroma and diagnosed with histopatological cystic higroma has been discussed with the surgical results. After surgery no complication has been observed for four years.

**Key Words:** Cystic higroma, Atypical localization, Diagnosis, Treatment

**Giriş**

Ganglion kistleri, eklem ve tendon kılıflarının sinoviyasının fıtıklaşmasıyla oluşan, lokal şişlik ve ele gelen kitle ile karakterize kistik oluşumlar olup, el ve el bileğinin en yaygın yumuşak doku tümörleridir(1). Nadiren tendon fibrilleri arasından da kaynaklanabilir. Bizim olgumuzda da sağ kolda, triceps kas-tendon bileşkesinin medialinden kaynaklı ganglion kisti mevcuttu. Bundan dolayı olgumuz, atipik yerleşimli ve konjenital olması nedeniyle literatürde tek olgudur. Ganglion kistleri buldukları yer ve köken aldıkları anatomik bölgeye göre intraosseöz, subperiostal ve yumuşak doku kistleri olarak adlandırılırlar (2). Tedavisinde, gözlem, aspirasyon, skleroterapi ve cerrahi eksizyon gibi yöntemler uygulanmaktadır(3, 4). Tedaviye rağmen kistin tekrar oluşması en yaygın komplikasyondur (1).

**Olgu Sunumu**

Doğuştan sağ kol arka kısmında mevcut olan ve gittikçe büyüyen şişlik nedeni ile 8 aylık kız bebek kliniğimize getirildi. Fizik muayenede ve X-Ray'de sağ kolun üst kısmının iç arka tarafında hareketli, üzerinde kızarıklık ve ısı artışı olmayan, yaklaşık 5x5 cm büyüklüğünde yumuşak doku kitlesi tespit edildi (Şekil 1). Hastaya yapılan tetkikler sonucu USG (ultrasonografi)'de sağ kol proksimalinde posteromedial yerleşimli 5x3 cm büyüklüğünde, içinde septaları olan kistik yapı, kistik higroma olarak değerlendirildi (Şekil 2). Daha sonra hastaya yapılan MRI (manyetik rezonans imaging) tetkikinde aynı bölge ve lokalizasyonda 5x3 cm büyüklüğünde, lobüle, kontürlü, keskin sınırlı kistik lezyon tespit edildi. Kistik lezyonun içinde septalar izlendi ve T1 ağırlıklı sekansta hipointens (Şekil 3a), T2 ağırlıklı sekansta hiperintens sinyal intensitesi tespit edilerek kistik higroma olduğu teşhis edildi (Şekil 3b). Hastanın diğer sistemleri, batin ve ürogenital organlar USG ile taranarak başka kist ve anomaliler açısından değerlendirildi. Tüm bu tetkikler sonrası sağ kol proksimal bölgede olan ve posteromedial yerleşimli kistik higromalı hasta genel anestezi altında ameliyat edildi. Kistin triceps kas-tendon bileşkesinin, medial kısmının üst arka tarafından kaynaklı olduğu görüldü. Kist ameliyatla çıkarılıp, içerisindeki sarı-yeşil renkli sıvı içeriği ve kist kapsülü patoloji ve mikrobiyoloji laboratuvarlarına tetkik amacıyla gönderildi.

**Geliş Tarihi :** 02.05.2007  
**Kabul Tarihi :** 11.09.2007

**Yazışma Adresi  
Correspondence**

**Oktay BELHAN**  
Fırat Üniversitesi  
Tıp Fakültesi,  
Ortopedi ve Travmatoloji  
Anabilim Dalı  
Elazığ-TÜRKİYE

okbelhan@yahoo.com



**Şekil 1.** Sekiz aylık kız bebeğin sağ üst kol arka kısmında mevcut olan ganglion kistinın X-ray görünümü

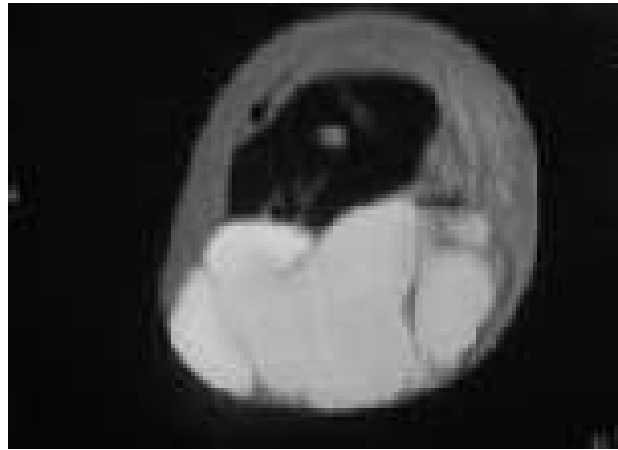


**Şekil 2.** Olgunun USG görünümü

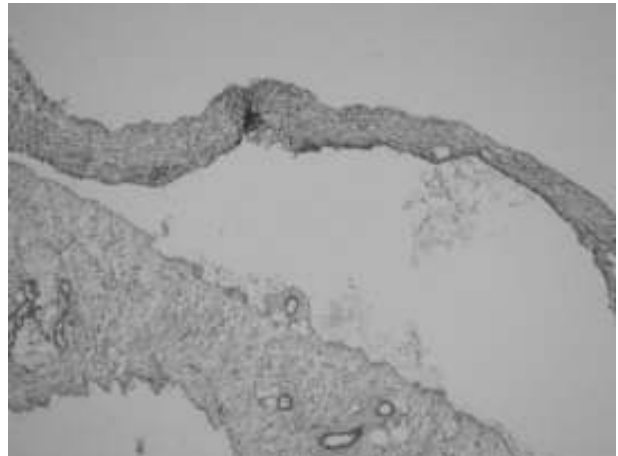
Patoloji laboratuvarına gönderilen dokudan alınan örnekler rutin takip işlemlerinden geçirildikten sonra 4 mikron kalınlığında kesitler alınarak H-E (Hematoksilen-Eozin) boyası ile boyandı. Işık mikroskopik incelemede değişikli büyüklükte dilate görünümde (Şekil 4), endotel hücreleri ile döşeli kistik lenfatik boşluklar izlendi. Arada yer yer lenfositleri de içeren ince stroma alanları görüldü. Olgu kistik higroma tanısı konuldu. Bu tetkikler sonucunda vaka kistik higroma olarak değerlendirildi. Hasta ameliyat sonrası 4 yıl süre ile izlendi. Ameliyat sonrası herhangi bir komplikasyon ve şikayet gözlenmedi.



**Şekil 3a.** Sekiz aylık kız bebeğin sağ üst kol arka kısmında mevcut olan ganglion kistinın T1 ağırlıklı sekantta hipointens MRI görünümü



**Şekil 3b.** Sekiz aylık kız bebeğin sağ üst kol arka kısmında mevcut olan ganglion kistinın T2 ağırlıklı sekantta hiperintens sinyal intensitesi



**Şekil 4.** Hematoksilen –Eozin boyası ile boyanmış dilate lenfatik boşluklar (HEX100)

## Tartışma

Ganglion kistleri 30-50 yaşları arasında sıklıkla kadınlarda görülür. Etyolojisi tartışmalıdır (2, 5). Etyolojide mikro travmaların ve altta yatan eklem patolojilerinin önemli bir faktör olduğu düşünülmektedir (5, 6). Ganglion kisti bağ dokusu kılıfının içerisinde mukopolisakkarit matris ile dolu kistik yapıdır. Kist parosteal, mukoid dejenerasyon ve konjenital kökenli olabilir (7, 8). Bizim olgumuz konjenitaldi ve mikrotravma öyküsü yoktu.

Ganglion kistleri genellikle eklem kapsülü veya tendon kılıfından kaynaklanır. Nadiren tendon fibrilleri arasından da kaynaklanabilir. Bizim olgumuzda da sağ kolda, triceps kas-tendon bileşkesinin medialinden kaynaklı ganglion kisti mevcuttu. Bundan dolayı olgumuz, atipik yerleşimli ve konjenital olması nedeniyle literatürde tek olgudur. Ganglion kistleri en sık el ve el bileğinden görülmesine rağmen, daha az sıklıkta proksimal tibiofibular eklem yakınında, ayak bileğinde ve omuz ekleminde de görülebilir (2).

Ganglion kistlerinin ayırıcı tanısı tüberküloz, romatoid tenosinovit, lipom, fibrom, osteom, sarkom ve anevrizmayı içermelidir. Manyetik rezonans görüntüleme, yumuşak doku tümörlerinin anatomisini belirlemede ve sinyal karakteristiklerine göre kesin tanıda son derece

yararlı bilgiler vermektedir. T2 ağırlıklı ve gradient-echo incelemelerde, tüm lezyonu kaplayan lobüler, multiseptalı, hiperintens sinyal artışı ile karakterize kolleksiyonlar ganglion kistine spesifiktir (2). Bir çok araştırmacı ganglion kistlerinin diğer yumuşak doku kitlelerinden ayrımında USG ve MRI tetkiklerinin son derece faydalı olduğu görüşündedirler (9, 10, 11). Bizim olgumuzda da USG ve MRI tetkiki sonucu literatürlere uygun şekilde tanı kondu.

Tedavi yöntemleri arasında ameliyatlı ve ameliyatsız yöntemler vardır. Ağrı, uyuşma hissi, estetik olarak görünüm bozukluğu gibi semptomatik olan olgularda kesin tedavi cerrahi eksizyondur. Ganglion kistin yerleşiminin atipik olması, iğne aspirasyonu ile ulaşım zorluğu ve tekrarlama riski nedeni ile cerrahi eksizyon önerilmektedir. (1, 12). Bazı olgularda kistin kendiliğinden iyileştiği veya gerilediği bildirilmiştir ve bundan dolayı da sadece semptomatik olan ve konservatif tedaviye direnç gösteren olgulara cerrahi tedaviyi öneren görüşler de mevcuttur (3, 4, 13). Literatürlerde rekürrenslerin oldukça yüksek oranda (%0-40) görüldüğü bildirilmiştir (5, 14, 15). Total eksizyondan sonra görülen yüksek rekürrens oranları, uygun eksizyon yapılmamasına bağlanabilir (15). Bizim olgumuzda da 4 yıllık izlem sonrası klinik ve radyolojik rekürrens görülmemiştir.

## Kaynaklar

1. Park S, Yoshimura K, Kawasaki Y. Phenol cauterization for ganglions of the hand, wrist, and foot: a preliminary report. *Ann Plast Surg* 2002;48:582-585.
2. Akman Ş, Gür B, Sülün T, Aksoy B. Kalça eklem kapsülü kaynaklı ganglion kisti ve cerrahi sonucu: olgu sunumu. *Acta Orthop Traumatol Turc* 2003;36:76-78.
3. Angelides AC. Ganglions of the hand and wrist. In: Green DP, Hotchkiss RN, eds. *Operative hand surgery*. 3rd ed., vol. 1. New York: Churchill Livingstone; 1993. p.2157-2171.
4. Thornburg LE. Ganglions of the hand and wrist. *J Am Acad Orthop Surg* 1999;7:231-238.
5. Haber L.H., Waanders N.A., Thompson G.H., Petersilge C., Ballock R.T. Sternoclavicular joint ganglion cysts in young children. *J Pediatr Orthop* 2002;22(4):544-547.
6. Deutsch A, Veltri DM, Altchek DW. Symptomatic intraarticular ganglia of the cruciate ligaments of the knee. *Arthroscopy* 1994;10:219-223.
7. Liu SH, Osti L, Mirzayan R. Ganglion cysts of the ACL: a case report and review of the literature. *Arthroscopy* 1994;10:110-112.
8. McLaren DB, Buckwalter KA, Vahey TN. The prevalence and significance of cyst-like changes at the cruciate attachments in the knee. *Skeletal Radiol* 1992;21:365-369.
9. Abiezzi SS, Miller LS. The use of ultrasound for the diagnosis of soft tissue masses in children. *J Pediatr Orthop* 1995;15:566-573.
10. Glasier CM, Seibert JJ, Williamson SL. High resolution ultrasound characterization of soft tissue masses in children. *Pediatr Radiol* 1987;17:233-237.
11. Spence LD, Fitzgerald E. The role of ultrasound in the diagnosis of ganglion cysts. *Postgrad Med J* 1995;71:206-207.
12. Legaye J, Redier S. Synovial cyst of the hip. Apropos of a case manifested by venous compression. *Acta Orthop Belg* 1995;61:140-143.
13. Rosson JW, Walker G. The natural history of ganglia in children. *J Bone Joint Surg(B)* 1989;71:707-708.
14. DiMaio FR, Santore RF. A Large ganglion cyst in a patient with hip dysplasia. *Orthopedics* 1997;20:650-652.
15. Satku K, Ganesh B. Ganglia in children. *J Pediatr Orthop* 1985;5:13-15.

