

OLGU BİLDİRİSİ / CASE REPORT

Konjenital servikal teratomlar: klinik yaklaşım

C. Atabek, İ. Sürer, B. Çalışkan, A. Temiz, S. Demirbağ, H. Öztürk

Congenital cervical teratomas: clinical approach

Congenital cervical teratomas are rare, representing 3% of teratomas in childhood. Although mostly benign, they are associated with a high mortality rate due to respiratory distress and require immediate surgical excision. If not promptly managed with surgical resection, the mortality rate of cervical teratomas, is very high and reaches to 80–100%. In recent years, congenital cervical teratomas are frequently diagnosed on the antenatal sonogram and delivered in elective conditions. The first step in postnatal period is usually immediate endotracheal intubation due to respiratory distress. The diagnosis is usually suggested on the physical examination. The imaging investigation is essential for the proper diagnosis and preoperative planning. The most suitable treatment in cervical teratomas is surgical totally excision of the mass. In this paper we discussed congenital cervical teratomas with two cases.

Key Words: Cervical teratoma, congenital, surgery.

Özet

Konjenital servikal teratomlar çocukluk çağı teratomlarının %3'ünü oluştururlar. Büyük çoğunluğu iyi huylu olmasına rağmen solunum yolları basısına bağlı olarak yüksek ölüm oranına sahiptirler ve acil cerrahi müdahale gerektirirler. Tedavi edilmeyen konjenital servikal teratomlu olgularda ölüm oranı %80 ile %100 arasındadır. Bu olgular günümüzde gebelik takibinde ultrasonografinin daha yaygın kullanımı sonucu genellikle antenatal tanı ile elektif koşullarda doğmaktadırlar. Doğum sonrası, solunum sıkıntısı nedeniyle gereken ilk tıbbi eylem, yenidoğanın endotrakeal entübasyonudur. Doğum sonrası tanı fizik muayene ile belirlenir. Görüntüleme yöntemleri, kesin tanı ve operasyon öncesi planlama için önemlidir. Konjenital servikal teratomlarda kitlenin cerrahi eksizyonu en uygun tedavi yöntemidir. Bu yazıda konjenital servikal teratomlu iki olgu ele alınmıştır.

Anahtar Sözcükler: Servikal teratom, konjenital, cerrahi.

Türk Arch Otolaryngol, 2008; 46(2): 122-125

Türk Otolarengoloji Arşivi, 2008; 46(2): 122-125

Dr. Cüneyt Atabek, Dr. İlhami Sürer, Dr. Bahadır Çalışkan,
Dr. Suzi Demirbağ, Dr. Haluk Öztürk

Güllhane Askeri Tıp Akademisi Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı, Ankara

Dr. Abdülkerim Temiz

Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı, Hatay

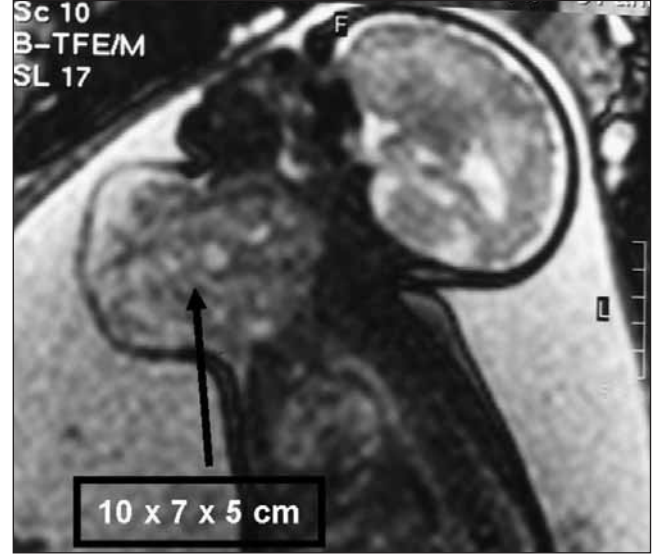
Giriş

Gerçek teratomlar her üç germ yaprağından da (ektoderm, mezoderm ve endoderm) köken alan ve ortaya çıktıkları dokuya yabancı olan tümoral lezyonlardır.¹⁻³ Vücudun hemen tüm organlarında rastlanılabilen teratomlar, en sık sakrokoksigeal bölge yerleşimli olarak gözlenmektedir. Bunların %3-5'ini servikal teratomlar oluştururlar.^{3,4} Konjenital servi-

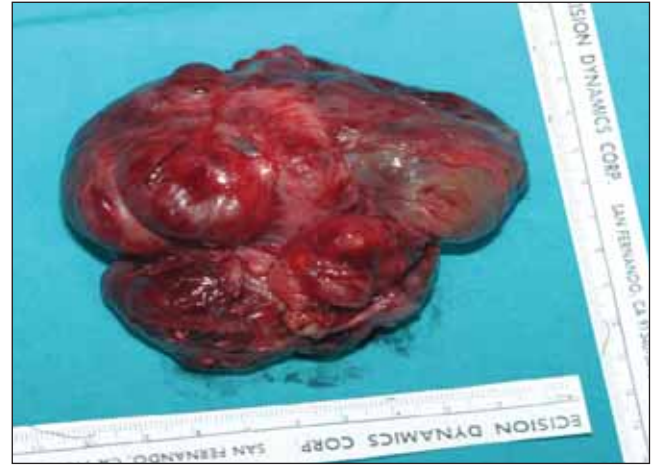
kal teratomlar ise, yenidoğan döneminde solunum sıkıntısı oluşturan nadir nedenlerden biridir.¹ Genellikle doğum sonrası, solunum sıkıntısı nedeniyle gereken ilk tıbbi eylem, yenidoğanın endotrakeal entübasyonudur. Gebelik sırasında polihidroamnios yaklaşık %19 oranında bildirilmektedir.^{3,5-7} Tanıda en önemli yardımcı antenatal ultrasonografidir.^{2,5} Günümüzde gebelik takibinde ultrasonografinin daha sık kullanılmasıyla çoğunlukla antenatal tanı ile elektif koşullarda doğan olguların, doğum sonrası dönemde görüntüleme yöntemleriyle (ultrasonografi, bilgisayarlı tomografi, manyetik rezonans) yapılacak olan tanısal araştırmaları, antenatal tanının doğrulanması ve operasyon öncesi planlama için çok önemlidir.^{1,2,4,5}

Olgu 1

Yirmi dördüncü gebelik haftasından itibaren polihidramnios nedeniyle takip edilen olgunun, 36. gebelik haftasında yapılan ultrasonografi ve bilgisayarlı tomografi ile değerlendirilmesinde, boyun orta hatta yerleşim gösteren, posteriorda ağız tabanını yukarıya iten, trakea ve özofagusu daraltan, alt tarafta sternal çentiğe dek uzanım gösteren yaklaşık 10x7x5 cm boyutlarında soliter, kistik ve kalsifiye komponentler içeren, kanlanması zayıf tümoral kitle saptanmıştır (Resim 1). Olgu 38. haftalık iken sezaryen ile doğurtulmuştur. Olgu, fetomaternal dolaşım devam ederken entübe edilmiş ve umbilikal kordon daha sonra klempenmiştir. Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde ve ventilatör desteğinde tetkikleri tamamlanan olgu, doğum sonrası 3. gününde endotrakeal genel anestezi altında ameliyat edilmiştir. Kitle tümüyle çıkarılmış ve yapılan patolojik inceleme sonucunda immatür teratom grade 1 olarak rapor edilmiştir (Resim 2). Ameliyat sonrası 4. gün endotrakeal tüpü çekilen olgu, 7. gün taburcu edilmiştir. Halen 12 aylık olgunun rutin takiplerinde nüks ve komplikasyon saptanmamıştır.



Resim 1. Konjenital servikal teratomlu olgunun antenatal tomografi görüntüsü.



Resim 2. Total olarak çıkartılmış servikal teratomun makroskopik görünümü. [Bu resim, derginin www.turkarchotolaryngol.org adresindeki online versiyonunda renkli görülebilir]

Olgu 2

Antenatal 29. gebelik haftasından itibaren polihidramnios nedeniyle takip edilen olgunun, 38. gebelik haftasında yapılan ultrasonografi ile değerlendirilmesinde; boyun orta hatta yerleşim gösteren, posteriorda ağız tabanını yukarıya iten, trakea ve özofagusu daraltan, alt tarafta sternal çentiğe dek



Resim 3. Konjenital servikal teratomlu olgunun antenatal ultrasonografi görüntüsü. [Bu resim, derginin www.turkarchotolaryngol.org adresindeki online versiyonunda renkli görülebilir]



Resim 4. Dev konjenital servikal teratomlu bir olgu. [Bu resim, derginin www.turkarchotolaryngol.org adresindeki online versiyonunda renkli görülebilir]

uzanım gösteren yaklaşık 8x5x4 cm boyutlarında soliter ve kistik komponentler içeren, kanlanması zayıf tümöral kitle saptanmıştır (Resim 3). Olgu 38. haftalık iken sezaryen ile doğurtulmuştur. Olgu, fetomaternal dolaşım devam ederken entübe edilmiş ve umbilikal kordon daha sonra klempenmiştir. Doğum sonrası stabil hale getirilen olgu, endotrakeal genel anestezi altında aynı gün ameliyat edilmiştir (Resim 4). Kitle tümüyle çıkarılmış ve yapılan patolojik inceleme sonucunda matür kistik teratom olarak rapor edilmiştir. Ameliyat sonrası 4. gün endotrakeal tüpü çekilen olgu, 7. gün taburcu edilmiştir. Halen 8 aylık olgunun rutin takiplerinde nüks ve komplikasyon saptanmamıştır.

Tartışma

Konjenital servikal teratomlar, genellikle tek odaklı boyun kitleleridir. Ancak, çok odaklı da köken alabilirler.⁸ Servikal teratomlar sıklıkla immatür özellik gösterir ancak, tamamına yakını benign karakterlidir.³ Servikal teratomlardaki malignite oranı tüm teratomların %10'u kadardır ve malignite diğer bölge teratomlarındaki gibi ileri yaşlardaki ço-

cuk veya yetişkinlerde daha sıktır.¹ Literatürde akciğerlere ve karaciğere metastazlar rapor edilmiştir.^{2,5}

Büyük boyutlardaki servikal teratomlar ciddi solunum sıkıntısı ve potansiyel olarak ölüm riski taşırlar.^{1,3,9} Zamanında ve yeterli müdahale edilemediği durumlarda, konjenital servikal teratomlarda ölüm oranı %80-%100'lere dek ulaşabilir.^{1,10} Polihidroamnios ve doğum sonrası görülen solunum sıkıntısı teratomun büyüklüğü ile ilişkilidir. Geniş lezyonlar, boyunda hiperekstansiyon ile özofageal tıkanıklık, yutma bozukluğu ve polihidroamniosa neden olurlar.^{3,5,7} Literatüre göre polihidroamnios tespit edilme oranı yaklaşık olarak %18 olarak bildirilmiştir.^{3,7}

Konjenital servikal teratomlar, sıklıkla antenatal dönemde yapılan ultrasonografi esnasında tanınırlar.^{2,5,11} Doğumdan hemen sonra çekilen düz boyun grafilerinde vakaların yaklaşık yarısında yumuşak doku içerisinde kalsifikasyonlara rastlanır.^{2,3} Morfolojik olarak yağlı veya kalsifiye alanlar teratomları lenfanjiyomlardan ayırır.^{2,3} Ancak, olguların aynı yaş grubunda olmaları, kitle boyutlarının benzer olması, aynı bölgede gözlenmeleri ve aynı klinik bulguları vermeleri nedeniyle bu ayırıcı tanı kolay değil-

dir.^{1,2,4,12} Boyun bölgesinin ultrasonografisi ve bilgisayarlı tomografisi ileri tanı için seçilen yöntemlerdir. Her ikisi de kitlenin boyut ve yapısı hakkında yeterli bilgi verir. Kalsifikasyon gözlenmesindeki yüksek insidens ve cerrahi planlama için detaylı bilgi vermesi nedeniyle bilgisayarlı tomografi konjenital servikal teratomlarda tercih edilen görüntüleme yöntemi olmuştur.^{1,2,4,5}

Konjenital servikal teratomlarda kitlenin total cerrahi eksizyonu en uygun tedavi şeklidir (Resim 3). Özellikle immatür teratomlar da kitlenin sağlıklı dokulardan ayrılması nükslerin önlenmesi açısından önemlidir. Postoperatif dönemde yutma güçlüğü ve solunum sıkıntısı sık karşılaşılan problemler olarak bildirilmiştir. Bu komplikasyonların tamamının erken postoperatif dönemde kendiliğinden kaybolduğu bildirilmiştir.¹³

Her iki olgumuzun antenatal takibinin 24. ve 29. haftalarında polihidroamnios hikayesi ve antenatal tanıları mevcuttur. Her iki olguda geniş servikal teratom saptanmış olup, umbilikal kordları klempe edilmeden önce entübe edilmişlerdir. Kitlelerin her ikisi de tek odaktan (troid sol lobundan) köken almış olup, total olarak çıkartılmışlar ve patolojik incelemeleri; 1. olguda immatür teratom grade 1, ikinci olguda ise matür kistik teratom olarak rapor edilmiştir. Olgularımızda solunum sıkıntısı postoperatif 4. güne kadar devam etmiş, ancak 4. günde ekstübe edilebilmişlerdir. Her iki olgumuz da postoperatif 7. günlerinde taburcu edilmiştir. Halen 8 ve 12 aylık olan olguların rutin takiplerinde (AFP seviyesi ve ultrasonografi) nüks ve komplikasyon saptanmamıştır.

Sonuç olarak, konjenital servikal teratomlarda, antenatal takip, doğum sonrası erken dönemde uygulanacak destek tedavisi ve cerrahi müdahale uygun tedavi bileşimini oluşturmaktadır.

Kaynaklar

1. **Green JS, Dickinson FL, Rickett A, Moir A.** MRI in the assessment of a newborn with cervical teratoma. *Pediatr Radiol* 1998; 28: 709-10.
2. **Elmasalme F, Giacomantonio M, Clarke KD, Othman E, Matbouli S.** Congenital cervical teratoma in neonates. Case report and review. *Eur Pediatr Surg* 2000; 10: 252-7.
3. **Welch KJ.** The oropharynx and jaws. In: Welch KJ, Randolph JG, Ravitch MM, editors. *Pediatric surgery*, Vol. 1, 4th ed. Chicago: Year Book; p. 513-5.
4. **Jordan RB, Gauderer MW.** Cervical teratomas: an analysis. Literature review and proposed classification. *J Pediatr Surg* 1988; 23: 583-91.
5. **Hany Hassab M, Shadi SM, Al-Olayet YF, Al-Bassam AR.** Ten years' experience in the management of cervical teratomas. *Pediatr Surg Int* 1996; 11: 536-8.
6. **Hajdu SI, Faruque AA, Hajdu EO, Morgan WS.** Teratoma of the neck in infants. *Am J Dis Child* 1966; 111: 412-6.
7. **Rothschild MA, Catalano P, Urken M, Brandwein M, Som P, Norton K.** Evaluation and management of congenital cervical teratoma. Case report and review. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1994; 120: 444-8.
8. **Dudgeon DL, Isaacs HJ, Hays DM.** Letter: multiple teratomas of the head and neck. *J Pediatr* 1974; 85: 139-40.
9. **Sichel JY, Eliashar R, Yatsiv I, Gomori JM, Nadjari M, Springer C.** A multidisciplinary team approach for management of a giant congenital cervical teratoma. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2002; 65: 241-7.
10. **Wiatrak BJ, Myer III CM, Bratcher GO.** Report of a nasopharyngeal teratoma evaluated with magnetic resonance imaging. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1990; 102: 186-90.
11. **Gundry SR, Wesley JR, Klein MD, Barr M, Coran AG.** Cervical teratomas in the newborn. *J Pediatr Surg* 1983; 18: 832.
12. **Filston HC.** Haemangiomas. *Semin Pediatr Surg* 1994; 3: 147-59.
13. **Kerner B, Flaum E, Mathews H, et al.** Cervical teratoma: prenatal diagnosis and long-term follow-up. *Prenat Diagn* 1998; 18: 51-9.

Bağlantı Çakışması:

Bağlantı çakışması bulunmadığı belirtilmiştir.

İletişim Adresi: Dr. İlhami Sürer
Gülhane Askeri Tıp Akademisi
Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı
Etilik 06010 ANKARA
Tel: +90 312 304 54 84
Faks: +90 312 304 20 10
e-posta: isurer@hotmail.com