

# Brankial Kist Tüberkülozu

Dr.Sebahattin CÜREOĞ.U \*

Dr. Mustafa KÖSEM \*\*

Dr.Yalçın ÜNLÜ\*\*\*

Yrd.Doç.Dr.Olcay KANDEMİR \*\*

## Vaka Takdimi

22 yaşında kadın hasta, 4 aydan beri boynunun sol tarafında şişlik yakınması ile başvurdu. Yapılan fizik muayenesinde, sternokleidomastoid kasın 1/3 ön kenarında 5x4 cm boyutunda, mobil, sınırları düzgün, üzerinde renk değişikliği ve ısı artışı bulunmayan bir kitle palpe edildi. Sistemik muayene ve rutin laboratuvar tetkiklerinde (Hb: 11.7, BK:5700, Sedim:8mm, Periferik yayma %67 PNL, %30 Lenfosit, %1-2 Eozinofil, PA Grafisi: Normal ve PPD:7mm) herhangi bir patolojik bulgu tesbit edilmedi. Tbc lenfadenit öntanısı ile operasyona alındı. Jugular zincirdeki kitle total olarak çıkarıldı. Patolojik incelemede, "Brankial kist tüberkülozu" tanısı kondu. (Şekil 1,2).

Makroskobik olarak ameliyat materyeli 5x3.5x2 cm ölçülerinde ve düzenli görünümde idi. Spesmenin kesit yüzü; sarı, kahverengi solid alanlar ve kistik bir kaviteden oluşuyordu. Kistin çapı 1 cm. ve kist duvarının kalınlığı ise 0.5 cm idi.

Işık mikroskobik olarak kist; squamoz epitelle döşeli olup arada pseudostratifye silyalı silindirik epitel sahaları mevcuttu. Duvarda çok sayıda germinal merkezleri belirgin lenfoid follikül ile arada granulo yapıları mevcuttu. Granulomların bazılarının merkezinde Langhans' tipi dev hücreler ile birlikte kazeifikasyon nekrozu vardı. Bunların çevresinde ise epiteloid histiositler ve lenfositik infiltrasyon mevcuttu. Kist ile birlikte ve ona bitişik olarak eksize edilen lenf bezleri tamamen reaktif görünümde idi.

## TARTIŞMA

Brankial kleft kistleri, klinik olarak sıklıkla düz, ovoid, yumuşak kistik kitleler şeklinde sternokleidomastoid kasın önünde görülüp en sık ikinci brankial kleftten gelişirler (9,10,11,12,13,14) Gelişimleri hakkında çeşitli teoriler vardır. En çok tutulana; brankial kleftin tam olmayan rezolüsyonudur (11,15). İkinci

teori; lenf nodu içine brankial apparatus ve tükrük bezinin inklüzyonudur (11,16). Üçüncü teori; tonsillit, farenjitis sonucunda squamoz epitelin lenfatik sistem yoluyla bölgesel lenf noduna ulaşması ve **nodulum** kistik dejenerasyonudur (17). Bir başka teori; brankial kistin, lenf nodundaki metaplastik değişiklikler sonucu oluştuğu şeklindedir (8).

Kistler, squamoz veya psödostratifye kolumnar epitelden herhangi biri ile döşeli ve sıklıkla duvarında trabekül ve perinodal sinüs gibi lenf nodülü yapıları olmaksızın lenfoid doku ihtiva ederler (13).

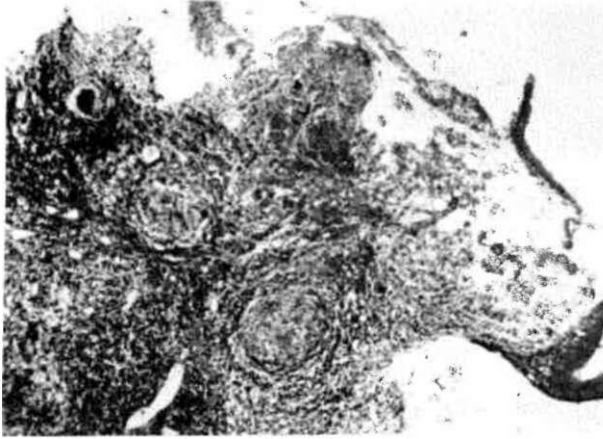
Brankial kist üzerinde enfeksiyon gelişebildiği gibi, karsinom geliştiğine dair yayınlar da vardır (12,18, 19,20).

Boyun yan tarafında kitle ile gelen bir hastada, lenf bezinin iltihabı ve malign değişimlerinin yanı sıra komplike olmuş veya olmamış brankial kist de düşünülmelidir (7,8,9,10,14,17). Kitlenin kistik olması brankial kist lehinedir (7).Beraberinde basit bir sinüs veya açık bir fistül olabilir (7,17). Fistül ağzı, tbc lenfadenitte de görülen bir bulgudur (1,6,21). Genellikle lenf bezi tüberkülozunda görülen; birden fazla lenf bezi tutulumu ve bunların sıklıkla birbirine yapışarak düzensiz bir kitle oluşturmalarıdır (1,4,21).

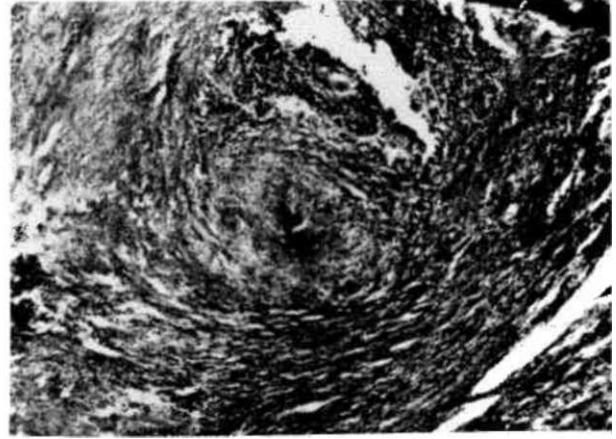
Ülkemizde tbc enfeksiyonu sık görülmektedir (6). Bu nedenle; boyunda kitle ile gelen bir hastada, ilk düşünülmesi gereken tanılardan biri olmalıdır (6,22). Extrapulmoner olarak en sık tutulan organ; servikal lenfatik sistemdir (1,2,3,22,23). Hastanın özgeçmişinde veya çevresinde tbc hikayesinin olması, subfebril ateşli seyri, pozitif tüberkülin testi, boyunda ağrısız bir kitle; öncelikle tbc lenfadeniti düşündürür (1,6,21,22).

Kesin tanı, kitlenin exizyonel biyopsisi ile konmasına rağmen (24), ince iğne aspirasyon biyopsisi ile de tanıya gidebilir (2,23). Ancak ince iğne aspirasyon biyopsisi yanıltıcı olabilmektedir (2).

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi \*K.B.B., "Patoloji,  
"•Dahiliye ABD, KAYSERİ



Şekil 1. Brankial kist tüberkülozu

Şekil 2. Brankial kist tüberkülozu.  
Granülomun yakından görünümü.

Vakamızda da, klinik bulgular ön planda tbc lenfadeniti düşündürmüştü ancak histopatolojik inceleme; brankial kist tüberkülozu olduğunu göstermiştir. Operasyon materyalinde, kiste bitişik olarak tesbit edilen lenf bezinde enfeksiyonun olmayışı; primer bir odaktan lenfohematojen yolla yayılımın olabileceğini düşündürmektedir. Tbc lenfadenitte de enfeksiyonun

oluşum patogenezi sıklıkla belirlenemez. Ancak vakaların %20 ila 40'ında pulmoner tbc ile ilişkisi ortaya konabilmektedir (6,22,24,25). Vakaların geri kalanında, üst solunum yollarına (nazofarinx, tonsil, ağız mukozası) Inhalasyonla oturan ajan patojenin boyun yan lenf zincirine lenfojen yolla yayılımı ileri sürülmektedir (3,6,21,26,27).

## KAYNAKLAR

- 1- Başer Yılmaz. Lenf bezi tüberkülozu, İn: Kocabaş Ali, ed. Tüberküloz kliniği ve kontrolü Çukurova Üniv Tıp Fak Yayınları, Adana: 1990; 155-57.
2. Lau SK, Wei WI, Hsu C, et al. Efficacy of fine needle aspiration cytology in the diagnosis of tuberculous cervical lymphadenopathy. J Laryngol Otol 1990; 104:24-2.
3. Lau SK, Kwan S, Lee J, et al. Source of tubercle bacilli in cervical lymph nodes: A prospective study. J Laryngol Otol 1991; 105:558-61.
4. Vldinel İ; Akciğer dışı tüberküloz, lenf bezi tüberkülozu. İn: Akciğer Hastalıkları. İzmir: Ege Üniv Tıp Fak. Yayınları, 1981; 294-5.
5. Dhand S, Fisher M, Fewel JW. Intrathoracic tuberculous lymphadenopathy in adults. JAMA 1979; 241:505-7.
6. Güney E, Şeşen T, Yalçın Ş, et al. Baş boyun bölgesi adenit tüberkülozları teşhis ve tedavi prensipleri. Ondokuz Mayıs TıpDerg. 1986; 3:22-9.
7. Shankar L, Josephson R, Hawke M. Imaging case of the mouth. J Otolaryngol 1991; 20:62-7.
8. Fleming WB. Infection in branchial cysts. Aust N Z J Surg. 1988; 58:481-3.
9. Warson F, Blommaert D, Deroy G. Inflamed branchial cyst: A potential pitfall in aspiration. Cytology 1986; 30:201-2.
10. Doi D, Hutson JM, Myers NA, et al. Branchial remnants: A review of 58 cases. J Pediatr Surg. 1988; 23:789-92.
11. Maran A G D, Bening diseases of the neck. In: Kerr A G, Stell P M, eds. Scott Brown's otolaryngology: London Butterworth Co. 1987; 283-9.
12. Khafif R A, Prichep R, Minkowitz S. Primary branchiogenic carcinoma. Head Neck 1989; 11:153-63.
13. Rosai J. Ackerman's surgical pathology. The CV Mosby Comp. St Luis 1989; Vol 1:393-4 14; Smith JF, Kielmovitch I: Branchial cyst anomaly in a newborn. Otolaryngol Head Neck Surg. 1989; 100:163-5.
14. Yoshimura Y, Oka M, Sugihara T, et al. Lymphoepithelial (Branchial) cyst and amylase. Int J Oral Maxillofac Surg . 1986; 15:196-200.
15. Wild G, Mische D, Lobeck H, et al. The lateral cyst of the neck; Congenital or Acquired: Acta Otolaryngol. (Stockh) 1987;103:546-50.
16. Dilkes M G, Chapman J. Per oral excision of a branchial cyst. J Laryngol Otol 1990; 104:143-4.
17. Block B, Moron A G D. Branchiogenic carcinoma. Clin Otolaryngol 1978; 3:27-9.
18. Cebeci H, Göksoy E, Oruç N. Branchiogenic carcinoma, Report of case Cerrahpaşa Tıp Fak. Der. 1982; 13:256-9.

19. Martin N, Morfit HM, Ehrlich H. The case for branhiogenic cancer (Malignant branchioma) Ann Surg. 1950; 132:867-72.
20. Akkaynak S. Lenfa sistemi tüberkülozu. Tüberküloz ve toraks 1984; 32:5-8.
21. Yılmaz S, Demir R, Patıroğlu TE, et al. Lenfadenit tüberküloz; Yüz olgunun incelenmesi Türk Tıp Araştırma 1987; 5:333-8.
22. Alessi D P, Dudley V P. Atypical mycobacteria induced cervical adenitis. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 1988; 114:664-6.
23. Weir R, Thornton GF. Extrapulmonary tuberculosis. Am J Med. 1985; 79:467-78.
24. Dwyer DE, Macleod C, Collignon PJ, et al. Extrapulmonary tuberculosis. A continuing problem in Australia. Aust N Z J Med. 1987; 17:507-511.
25. Alleva M, Guida RA, Romo T, et al. Mycobacterial cervical lymphadenitis, a persistent diagnostic problem. Laryngoscope 1988; 98:855-7.
26. Deitel M, Bendago M, Kraiden S, et al. Modern Management of cervical scrofula. Head Neck 1989; 11:60-6.
27. Sim T, Ong B H. Primary tuberculosis of the nasopharynx. Singapore Med J 1972; 13:39-43.