

<https://helda.helsinki.fi>

Kaulakystat ja kaulan fistelit

Castrén, Eeva

2021

Castrén , E , Mäkinen , L K & Atula , T 2021 , ' Kaulakystat ja kaulan fistelit ' , Duodecim ,
Vuosikerta. 137 , Nro 18 , Sivut 1861-1868 . <
<https://www.duodecimlehti.fi/xmedia/duo/duo16429.pdf> >

<http://hdl.handle.net/10138/346956>

publishedVersion

Downloaded from Helda, University of Helsinki institutional repository.

This is an electronic reprint of the original article.

This reprint may differ from the original in pagination and typographic detail.

Please cite the original version.

Eeva Castrén, Laura K. Mäkinen ja Timo Atula

Kaulakystat ja kaulan fistelit

Yleisimmät kaulakystat ovat kaulan yläosassa sijaitseva tyyppin II lateraalinen kaulakysta ja keskiviivassa sijaitseva mediaalinen kaulakysta. Erityisesti lapsilla tavataan lateraalisia kaulafisteleitä, joiden kehityksellinen tausta vastaa lateraalista kaulakystaa. Kaulakystan erotusdiagnostisia vaihtoehtoja on kuitenkin useita. Suurin osa etenkin lasten ja nuorten aikuisten kaulan kystisistä muutoksista on hyvänlaatuisia, mutta erityisesti yli 40-vuotiaiden potilaiden osalta on huomioitava pahanlaatuisen taudin mahdollisuus. Kaulakystana pidetty muutos voi paljastua muun muassa levyepiteelisyövän tai kilpirauhassyövän etäpesäkkeeksi. Papillloomavirukseen (HPV) liittyvä suunielusyöpä on merkittävästi lisääntynyt, ja sen lähettämät etäpesäkkeet voivat muistuttaa hyvänlaatuista kaulakystaa. Suurin osa kaulakystista tarvitsee hoitoa, ja siksi potilaat on syytä lähettää arvioon korva-, nenä- ja kurkkutautien yksikköön.

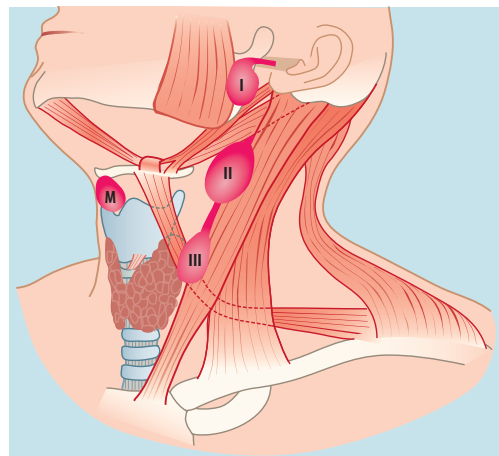
Kaulakystat ja kaulafistelit ovat suhteellisen yleisiä ja pääasiassa hyvänlaatuisia muutoksia etenkin lapsilla ja nuorilla aikuisilla. Yli 40-vuotiailla potilailla pahanlaatuisen taudin todennäköisyys kaulakystan taustalla on kuitenkin merkittävä. Kilpirauhasen kystat ovat väestössä yleisiä, mutta niiden sijainti poikkeaa kaulakystista, emmekä tässä kirjoituksessa käsittelemme niitä lähemmin.

Kaulan kystisen muutoksen selvittelyssä olennaista esitetietojen ja kliinisen tutkimuksen lisäksi on huomioida potilaan ikä ja muutoksen sijaintipaikka, jotka antavat vihjeitä todennäköisestä diagnoosista. Valtaosa kaulakystista on kaulan yläosassa sijaitsevia lateraalisia tyyppin II kaulakystia, lateraalisia kaulafisteleitä ja keskiviivassa sijaitsevia mediaalisia kaulakystia (1,2).

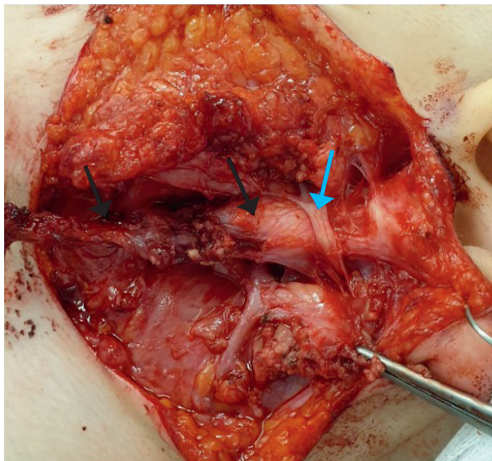
Kaulakystien erityispiirteet

Lateraalinen kaulakysta syntyy sikiöaikaisen kidustaskun kehityshäiriöstä, kun kiduskaarien yhdistyessä muodostuva poukama sulkeutuu epätäydellisesti ja muodostaa kaulakystan, fistelin tai joskus pelkän poukaman eli sinuksen. Yleisin näistä on toisen kidusvaon kysta (tyypin II kaulakysta), joka kliinisesti ilmenee hieinan myötävänä kyhmyä kaulan yläosassa pääankiertäjälihakseen etupuolella ja osittain sen alla (**KUVA 1**). Lateraalista kaulakystasta voi

harvoin lähteä kanava nielurisakuoppaan asti. Kaulakysta voi tulehtua, ja joskus tulehdus ilmenee ylähengitystieinfektion yhteydessä. Lateraalisen kaulafistelin aukko voidaan havaita jo vastasyntyneellä lapsella. Muiden kidusvakojen kystat ovat harvinaisempia. Ensimmäisen kidusvaon kystat kattavat alle 10 % lateraalista kaulakystista ja ilmenevät korvan tai leukaluun seudussa, jolloin muutos voi sijaita kasvohermon rungon tai haarojen välissä (**KUVAT 1 ja 2**). Muutos voi tulla esiin esimerkiksi korvakäytävätulehduksen seurauksena, sillä kystan kanava ulottuu korvakäytävään ja tulehdus voi levitä



KUVA 1. Kaulakystien tyypilliset sijaintipaikat: I = tyyppin I kaulakysta, II = tyyppin II kaulakysta; III = tyyppin III kaulakysta, M = mediaalinen kaulakysta.



KUVA 2. Tyypin I kaulafistelien kulku suhteessa kasvohermoon. Leikkauksessa todettiin kasvohermon (sininen nuoli) sijaitsevan poikkeuksellisen pinnallisesti ja kaulafistelien (musta nuoli) kulkevan kasvohermon haarojen välissä kohti korvakäytävää. Kasvohermovaurion välttämiseksi leikkauksessa tulee noudattaa erityistä varovaisuutta. Kuva: Johanna Nokso-Koivisto.

korvakäytävästä kystaan. Kolmannen ja neljännen kiusuvaon kystat ovat hyvin harvinaisia, sijaitsevat alempana kaulalla päänkieräjälihaksen mediaalipuolella ja voivat ulottua välikarsinaan asti (**KUVA 1**). Vaikka kaulakystat ja kaulafistelit ovat synnynnäisiä, ne alkavat oireilla useimmiten vasta myöhemmin lapsuudessa tai nuorella aikuisiällä (2).

Mediaalinen kaulakysta eli kilpirauhas-kielitiehyen eli thyroglossaalinen kysta muodostuu kilpirauhasen sikiöaikaisen laskeutumisreitien alueelle kaulan keskiviivaan tai sen viereen, ja se on yhteydessä kieliluuhan (**KUVA 1**). Kilpirauhas-kielitiehyt ulottuu sikiönkehityksen aikana kielen takaosassa sijaitsevasta syvennyksestä (foramen caecum) kulkien kehittyvän kieliluuhan läpi kilpirauhasen pyramidaalilohkoon saakka. Normaalisti tiehyt häviää kilpirauhasen laskeuduttua sikiönkehityksen aikana, mutta mikäli osa tiehyestä säilyy, voi siihen kehittyä mediaalinen kaulakysta (2).

Mediaalinen kaulakysta liikkuu usein niellessä, mikä johtuu sen yhteydestä kieliluuhan. Mediaalinen kaulakysta on yleisin kaulan kystinen muutos. Sitä esiintyy eri tutkimusten mukaan jopa noin 1–7 %:lla aikuisväestöstä, mutta näissä tutkimuksissa suurin osa kystista

on oireettomia sattumalöydöksiä (3–5). Oman klinikamme ja muiden yliopistoklinikoiden korva-, nenä- ja kurkkutautilääkäreiden havaintojen ja toimenpidetilastojen mukaan hoidettuja tyypin II lateraalisia kaulakystia esiintyy kuitenkin mediaalisia kaulakystia enemmän.

Kaulakystien erotusdiagnostiikka

Kaulakystien erotusdiagnostisia vaihtoehtoja ikäryhmittäin on koottu **TAULUKKON 1**. Kaulan kystisten muutosten ensisijainen kuvantamistutkimus on kaikukuvaus yhdistettynä erityisesti aikuisten osalta ohutneulanäytteeseen. Kaulan magneettikuvausta tarvitaan jatkotutkimuksena, mikäli diagnoosi jää epävarmaksi tai potilas on yli 40-vuotias. Lapsipotilaiden neula- tai kudoksenäytteitä tarvitaan harvoin. Kystisistä muutoksista saadaan kuitenkin ohutneulanäytteessä joskus erheellisesti hyvänlaatuisiksi tulkittava vastaus, vaikka kyseessä olisi syöpä (6).

Lapsilla ja nuorilla esiintyy lateraalisen kaulakystan, kaulafisteleiden ja mediaalisen kaulakystan lisäksi muita synnynnäisiä kaulan alueen muutoksia (**TAULUKKO 1**). Mikäli diagnoosi jää kliinisesti ja kaikukuvauksessa epävarmaksi, tarvitaan diagnoosin varmentamiseksi magneettikuvaus, joka alle kouluikäistä lasta tutkittaessa edellyttää usein yleisanestesiaa (7).

Imutie-epämuodostumat (lymfaattiset malformaatiot) esiintyvät usein kaulalla pehmeänä massana, joka voi infektion tai trauman seurauksena suurentua. Vaikka suurin osa imutie-epämuodostumista näyttää ilmenevän ennen kahden vuoden ikää, osa niistä tulee esille vasta myöhemmin jopa aikuisiällä. Hoito suunnitellaan tapauskohtaisesti (2). Dermoidikystat muodostuvat meso- ja ektodermaalista kudoksesta, sijaitsevat usein kaulalla keskiviivassa ihon alla ja ovat palpoiden liikuteltavissa. Niiden erottaminen mediaalisesta kaulakystasta kaikukuvauslöydösten perusteella voi olla vaativaa (8).

Erotusdiagnostiikassa on huomioitava myös imusolmuketulehdus, jonka taustalla voi olla esimerkiksi streptokokin tai atyyppisen mykobakteerin aiheuttama infektio, tularemia eli jänisrutto, toksoplasmoosi tai tuberkuloosi.

TAULUKKO 1. Kaulan kystisten muutosten erotusdiagnostiikka ikäryhmittäin.

	Lapset ja nuoret	Nuoret aikuiset (alle 40-vuotiaat)	Yli 40-vuotiaat
Yleiset	Lateraalinen tyyppin II kaulakysta ja kaulafisteli Mediaalinen kaulakysta Imusolmuketulehdukset	Lateraalinen tyyppin II kaulakysta Mediaalinen kaulakysta	Lateraalinen tyyppin II kaulakysta Mediaalinen kaulakysta Levyepiteelisyövän tai kilpirauhassyövän etäpesäke Kilpirauhaseen liittyvät kystat tai struumakyhmy
Melko harvinaiset	Tyyppin I kaulakysta Imutie-epämuodostuma Sukeltava ranula Dermoidikysta Epidermoidikysta	Tyyppin I kaulakysta Imusolmuketulehdukset Imutie-epämuodostuma Sukeltava ranula Kilpirauhassyövän tai levyepiteelisyövän etäpesäke	Warthinin tuumori korvasylkirauhasen alaosassa
Hyvin harvinaiset	Tyyppin III ja IV kaulakystat Kilpirauhassyövän etäpesäke Lymfooma ¹ Kateenkorvakysta Laryngoseele (synnynnäinen) Bronkogeeninen kysta kaulalla	Tyyppin III ja IV kaulakystat Lymfooma ¹	Tyyppin I, III ja IV kaulakystat Laryngoseele (hankinnainen) Lymfooma ¹

¹Lymfooma on yleinen patologisen imusolmuke-suurentuman syynä, mutta lymfoomassa suurentuneet imusolmukkeet ovat harvoin kystisiä.

Pahanlaatuiset muutokset lapsen kaulalla ovat harvinaisia (7,8).

Nuorilla aikuisilla (alle 40-vuotiailla) voi esiintyä lateraalisen ja mediaalisen kaulakystan lisäksi edellä mainittuja lapsille ja nuorille tyyppillisiä muutoksia. Nuorilla aikuisilla tavataan joskus myös kielenalussylikirauhasesta peräisin olevia ranuloita. Ne voivat esiintyä paikallisesti suunpohjassa tai työntyä leveän suunpohjalihaksen läpi muodostaen sukeltavan ranulan, jolloin rauhasesta erittyvä sylki aiheuttaa turvotuksen kaulalle leuanalussylikirauhasen viereen. Muutos sijaitsee tavallisesti hieman edempänä kuin tyyppin II kaulakysta. Hoitona on kielenalussylikirauhasen poisto (7).

Nuorten aikuisten pahanlaatuiset muutokset ovat harvinaisia, mutta etenkin kilpirauhassyövän mahdollisuus lisääntyy tässä ikäryhmässä (9). Siksi ohutneulanäyte on perusteltua ottaa myös nuorilta aikuisilta, joilla on kystinen muutos kaulalla (6). Jos kliininen löydös ja kaikukuvaukseen yhdistetty sytologinen näyte sopivat selvästi hyvänlaatuisen kaulakystaan, lisätutkimuksia ei tarvita. Jos löydökset eivät ole täysin yksiselitteisiä, ovat lisätutkimukset, kuten magneettikuvaus, yleensä aiheellisia ennen hoitoa.

Yli 40-vuotiaan potilaan kaulan kystistä muutosta on pidettävä pahanlaatuisena, kunnes toisin on osoitettu. Tavallisimpia pahanlaatuisen muutoksen syitä ovat levyepiteelikarsinooman ja kilpirauhaskarsinooman etäpesäkkeet. Suurella osalla pään ja kaulan alueen syöpäpotilaista ensioire on kaulalla sijaitseva kyhmy (6). Tavallinen sijaintipaikka on sama kuin tyyppin II kaulakystalla.

Viime vuosina erityisesti HPV:hen liittyvä suunielusyöpä on yleistynyt merkittävästi (10). Tauti ilmenee tyyppillisesti kaulakyhmyinä, usein kystisenä muutoksena, ja sitä tavataan nuoremmilla potilailla kuin HPV:hen liittymätöntä tautimuotoa (11,12). Näillä potilailla ei useinkaan esiinny tyyppillisiä pään ja kaulan levyepiteelisyövän riskitekijöitä kuten tupakointia tai runsasta alkoholinkäyttöä (10).

Suomalaistutkimuksessa 17–79-vuotiaan aikuisväestön ennen leikkausta hyvänlaatuisiksi lateraaliseksi kaulakystaksi tulkituista muutoksista 3,6 % osoittautui lopullisessa histologisessa tutkimuksessa syöväksi. Kaikki pahanlaatuiset löydökset esiintyivät yli 40-vuotiailla potilailla (13). On esitetty, että tässä ikäryhmässä kaulan kystisen muutoksen todennäköisyys paljastua syövän etäpesäkkeeksi on jopa noin 20 % (14).

Tyypillisesti kaulan etäpesäkkeen emokasvain sijaitsee nielu-, kita- tai kielirisakudoksessa. Kystinen muutos aikuisen kaulalla vaatii kiireellisiä selvittelyjä erikoissairaanhoidossa, eikä pelkkä kaikukuvaus neulanäytteen kanssa riitä sulkemaan pois pahanlaatuista tautia (15).

Hoitolinjat

Mikäli potilaalla todetaan lateraalinen kaulakysta tai kaulafisteli tai epäillään mediaalista kaulakystaa, tulee potilas lähettää toimenpidearvioon korva-, nenä- ja kurkkutautien yksikköön. Samoin tulehtuneen kaulakystan hoito kuuluu erikoissairaanhoidon.

Lapsen tai nuoren aikuisen lateraalinen kaulakysta ja fisteli. Lateraaliset kaulakystat hoidetaan kirurgisesti, koska kystan tulehtumisen riski on suuri ja muutoksen poisto on helpompaa ennen tulehduksen aiheuttamia kudosuutoksia. Mikäli lateraalinen kaulakysta on akuutisti tulehtunut mutta tulehdus on paikallinen, se pyritään hoitamaan konservatiivisesti, sillä kystan täydellinen poisto tulehduksen rauhoituttua on vaikeampaa, jos se on avattu kirurgisesti (16,17). Kookas tulehtunut kysta voidaan tyhjentää neulalla aspiroiden, ja samalla voidaan ottaa näyte sytologista tutkimusta sekä bakteeriviljelyä varten. Joskus joudutaan kuitenkin turvautumaan kirurgiseen avaukseen infektio-tilanteessa, mikäli infektio on levinnyt laajemmin kaulalla.

Lateraalinen kaulafisteli on tavanomaisesti hoidettu poistamalla se kirurgisesti. Lasten kaulafistelit hoidetaan, kun ne alkavat aiheuttaa oireita tai muutoin vaivaavat, kuitenkin mielellään vasta yli kolmevuotiaana. Tyypin III ja IV fisteleiden hoidossa on saavutettu hyviä tuloksia myös alanielussa sijaitsevan fistelin suuaukon kauterisaatiolla (diatermia, laser tai lapis) (17,18).

Yli 40-vuotiaan potilaan kaulan lateraalinen kystinen muutos. Tässä ikäryhmässä pahanlaatuisen taudin mahdollisuus kaulakystan taustalla on merkittävä, ja siksi tarkan kliinisen tutkimuksen, kaikukuvausneulanäytteen lisäksi erikoissairaanhoidossa tehdään magneettikuvaus tai tietokonetomografia (TT). Mikäli neulanäytteen perusteella tai muuten epäil-

lään mahdolliseksi syyksi syöpäkasvainta ja vaikka tätä ei kliinisesti todettaisikaan, tehdään yleensä positroniemissiotomografia-TT fluori-deoksiglukoosimerkkiaineella (FDG-PET-TT) ja etsitään myös muilla tutkimuksilla mahdollista emokasvainta ennen varsinaista hoitoa.

Tämän ikäryhmän potilaan lateraalisen kaulakystana pidetyn kyhmyhoidon suunnittelu kuuluu aihepiiriin erityisesti perehtyneelle erikoislääkärille. Leikkaushoito tavanomaiseen tapaan voi heikentää potilaan ennustetta, mikäli kyseessä onkin pahanlaatuinen tauti, koska avoimesta kirurgisesta poistosta voi aiheutua syöpäsolukylvöä kaulalle ja taudin suurentunut uusiutumisen riski (15).

Mediaalisen kaulakystan hoito. Mediaaliset kaulakystat on yleensä hoidettu kirurgisesti, koska osa niistä infektoituu tai aiheuttaa muutoin potilaalle oireita (19). Toisaalta kuvantamistutkimusten lisääntymisen myötä löydetään täysin oireettomia mediaalisia kaulakystia (4,5). Siksi oireeton sattumalöydös, joka kliinisesti sekä kuvantamislöydösten ja ohutneulanäytteen perusteella sopii mediaaliseksi kaulakystaksi eikä kasva, voidaan jättää leikkaamatta (4). Muussa tapauksessa hoidon tarve on syytä arvioida uudelleen. Mediaaliseen kaulakystaan liittyy aikuispotilailla hyvin pieni, alle 1 %:n riski pahanlaatuiseen tautiin, jolloin kyseessä on yleensä hyväennusteinen kilpirauhasen papillaarinen karsinooma (20,21).

Ennen mediaalisen kaulakystan kirurgista poistoa varmistetaan kaikukuvausneulalla, että potilaan kilpirauhanen on normaalissa paikassa. Kystan uusiutumisen välttämiseksi poistetaan leikkauksessa mediaalisen kaulakystan lisäksi kieliluuun keskiosa, johon kysta on kiinnittynyt.

Omat havainnot

Keräsimme tiedot Helsingin yliopistollisen keskussairaalan korva-, nenä- ja kurkkutautiklinikassa leikatuista kaulakysta- ja kaulafistelipotilaista vuosilta 2016–2018. Aineisto haettiin leikkaussalitetietojärjestelmästä lateraalisen ja mediaalisen kaulakystan tai -fistelin poistoleikkauksen toimenpidekoodia (ENB40, ENB50) käyttämällä. Aineiston keräykselle on tutkimuslupa.

TAULUKKO 2. Potilaat, jotka leikattiin lateraalisen kaulakystaepäilyn vuoksi (leikkauskoodilla ENB40) HUS:ssa vuosina 2016–2018 ja joiden muutos osoittautui kattavista edeltävistä tutkimuksista huolimatta histopatologisessa tutkimuksessa syöväksi.

Potilas	Oire ja kliininen löydös	Tutkimukset, toimenpiteet ja löydökset	Lopullinen histologinen diagnoosi	Tapauksen opetus
1. Nainen, 26 v	Oireeton kyhmy kaulalla	Kaikukuvaus: kystissolidi, mikrokalkkiumia sisältävä muutos Ohutneulanäyte: toistetusti luokka 1, kystaksi sopiva löydös	Kilpirauhasen papillaarinen karsinoma	Hyvänlaatuiseen ohutneulanäytteeseen ei voi täysin luottaa Mikrokalkkiumista vihje
2. Nainen, 54 v	Tulehtunut kookas kyhmy kaulalla, ilmaantunut nopeasti, mitä ennen kuumetta ja kurkkukipua	Kaikukuvaus ja TT: nesteinen muutos, väliseiniä, merkivä imusolmuketulehdus vs tulehtunut lateraalinen kaulakysta Päivystyksellinen avaus, PAD: ei pahanlaatuista Magneettikuvaus: nesteinen muutos, lateraalinen kaulakysta vs merkivä imusolmuketulehdus vs nekroottinen imusolmuke, vasen nielurisa hieman oikeaa kookkaampi	p16-positiivisen nielurisan levyepiteelikarsinooman etäpesäke	Karsinooman etäpesäke voi ilmetä myös akuutin tulehduksen oireina Huomioitava, kun potilas yli 40-vuotias
3. Mies, 67 v	Oireeton kyhmy kaulalla	Kaikukuvaus ja ohutneulanäyte toistetusti: kystaksi sopiva löydös TT: lateraalinen kaulakysta vs kystinen etäpesäke PET-TT, tähytykset yleisanestesiassa ja tonsillektomia sekä kauladissekto	p16-negatiivinen kaulakystaperäinen levyepiteelikarsinoma	Ohutneulanäyte ei ole luotettava poissulkemaan pahanlaatuista tautia, syöpädiagnoosi vahvistui kauladissektiassa.
4. Mies, 72 v	Oireeton kyhmy kaulalla sattumalöydöksenä kuvantamistutkimuksessa	Kaikukuvaus: kystinen muutos, josta punktoiden merkää Ohutneulanäyte: kystaksi sopiva löydös TT: poikkeavan näköinen imusolmuke Magneettikuvaus: kystinen muutos, oikea nielurisa vasenta tehostuvampi mutta koko symmetrinen Jääleiketutkimuksen löydös leikkauksessa: lateraalinen kaulakysta	p16-positiivinen nielurisan levyepiteelikarsinooman etäpesäke	Edes magneettikuvaus ei ole aina luotettava sulkemaan pois pahanlaatuista kasvainta Myös jääleiketutkimuksen löydös voi olla erheellisesti hyvänlaatuinen

PAD = patologis-anatominen diagnoosi, PET = positroniemissiotomografia, TT = tietokonetomografia

Lateraaliset kaulakystat ja -fistelit. Yksikössämme tehtiin 108 leikkausta, joissa muutosta pidettiin lateraalisen kaulakystana, ja 20 lateraalista kaulafistelini leikkausta. Kaikki alle kymmenvuotiaiden lasten toimenpiteet olivat lateraalisen kaulafistelini poistoja. Potilaista 41 (32 %) oli yli 40-vuotiaita. Leikkauspreparaatin histologisessa tutkimuksessa kaksi tapausta paljastui levyepiteelikarsinooman etäpesäkkeeksi ja yksi kaulakystaperäiseksi levyepiteelikarsinoomaksi. Nämä potilaat olivat kaikki yli 40-vuotiaita. Lisäksi yksi kaulakysta osoittautui papillaarisen kilpirauhaskarsinooman etäpesäkkeeksi.

TAULUKKON 2 on koottu potilastapaukset, joissa kaulakystan taustalta paljastui pahanlaatuinen tauti. Lisäksi lopullisessa histologisessa tutkimuksessa ilmeni kahdella muulla potilaalla imutie-epämuodostuma.

Aineistossamme levyepiteelikarsinooman etäpesäke paljastui vain harvoin kaulakystaepäilyn taustalta. On huomioitava, että selvityksemme hakukriteerinä oli kaulakystan poiston toimenpidekoodi. Huomattavalla määrällä yksikköömme kaulan kystisen muutoksen vuoksi ohjautuneista yli 40-vuotiaista potilaista muutos osoittautui syövän etäpesäkkeeksi jo varhaisemmissa perusteellisissa selvityksissä.

Mediaaliset kaulakystat. Yksikössämme leikattiin vuosina 2016–2018 yhteensä 79 mediaalista kaulakystaa. Näistä potilaista 69 % oli alle 40-vuotiaita. Histologisessa tutkimuksessa ei tullut esille yhtään pahanlaatuista löydöstä. Kolmen potilaan mediaalisena kaulakystana pidetty muutos osoittautui ektooppiseksi kilpirauhaskudokseksi ja yhden sukeltavaksi ranulaksi.

Potilastapaukset

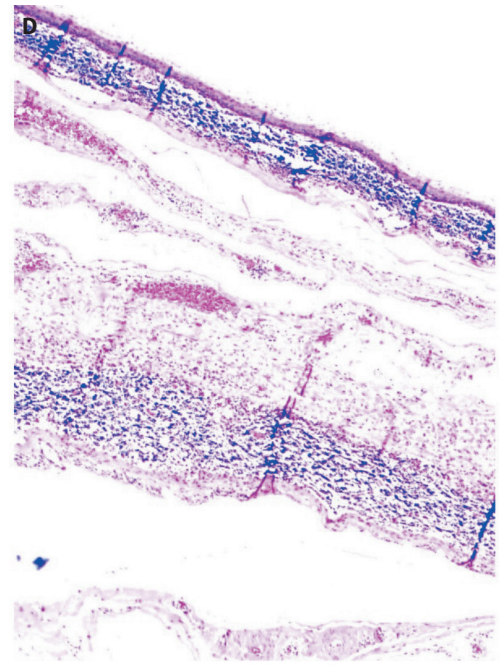
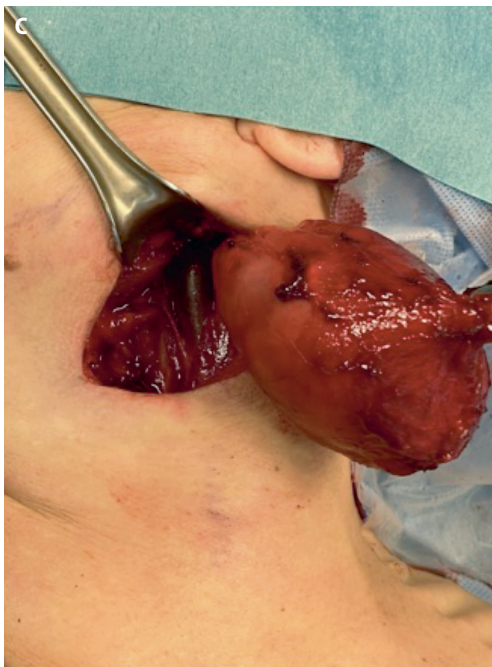
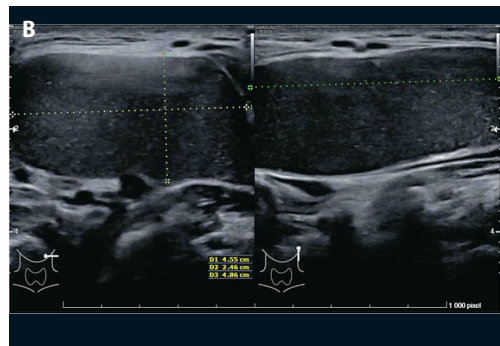
Potilas 1. Aiemmin tupakoiineen 36-vuotiaan potilaan kaulalle oli ilmaantunut kyhmy jo pari vuotta ennen hoitoa. Vastaanotolla todettiin kookas, myötäävä kyhmy kaulan yläosassa. Kaikukuvauksessa todettiin 4,6 cm:n kokoinen ohutseinäinen muutos, jonka sisältö oli tavallista nestettä runsaskaikuisempaa ja heterogeenista. Ohutneulanäytteessä todettiin tavanomaista kookkaampi kysta. Histopatologinen tutkimus vahvisti, että kyseessä oli tavanomainen tyypin II kaulakysta (**KUVA 3**).

Potilas 2. Tupakoiattoman 62-vuotiaan potilaan kaulalla oli ollut kyhmy noin kahden vuoden ajan, ja potilas kertoi sen välillä pienentyneen. Muutosta oli pidetty kaulakystana. Palpoiden yksittäinen kovahko kyhmy sijaitsi kaulan yläosassa. Kaikukuvauksessa näkyi noin

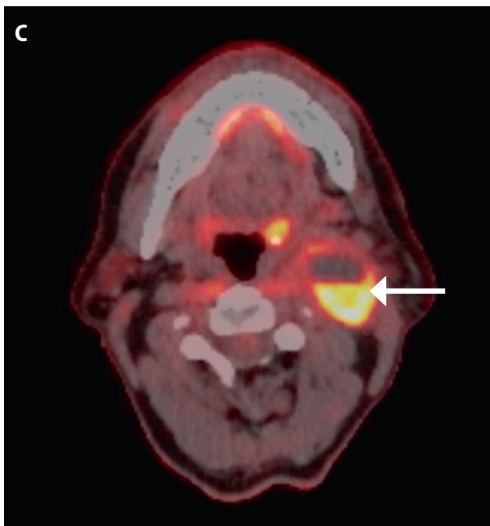
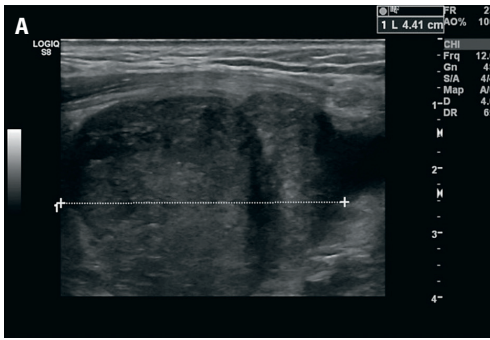
4 cm:n kokoinen moniosainen kyhmyinen alue. Sytologisessa näytteessä nähtiin levyepiteeliä ja atypiaa.

Potilaan iän ja löydösten perusteella tehtiin magneettikuvaus, ja koska heräsi vahva epäily karsinooman etäpesäkkeestä, tehtiin vielä emokasvaimen etsimiseksi FDG-PET-TT. Siinä nähtiin signaalikertymää sekä kaulalla että suunielussa aivan nielurisan kaudaalipuolella.

Suunielusta otettujen kudoksenäytteiden perusteella emokasvainta ei kuitenkaan saatu histologisesti vahvistetuksi. Potilaalle tehtiin kauladissektio, jossa histologisesti todettiin kahdessa imusolmukkeessa p16-positiivinen levyepiteelikarsinooman etäpesäke. Jatkohoitona annettiin sädehoito kaulan ja nielun alueelle. Tapaus opettaa, että pitkäänkin kliinisesti kaulakystana pidetyn muutoksen syynä voi olla karsinooma (**KUVA 4**).



KUVA 3. Tyypillinen tyypin II lateraalinen kaulakysta ennen leikkausta (A), kaikukuvauksessa (B) ja makroskooppisesti leikkauksessa (C). Kystan histologisessa löydöksessä nähdään levyepiteelin verhoamaa kystaontelon seinämää (kuvassa vasemmalla) ja epiteelilaista lymfaattista solukkoa (D). Kuvat julkaistaan potilaan suostumuksella.



KUVA 4. Kaulakystana pidetty muutos osoittautui syövän etäpesäkkeeksi. A. Muutos kaikukuvauksessa. B. Magneettikuvauksessa T1-painotteisessa rasvasaturoidussa gadoliniumtehosteisessa aksiaalileikkeessä nähdään kystinen muutos, jossa on paksut tehostuvat seinämät sekä paikallista epätasaisuutta (nuoli). C. FDG-PET-TT:ssä nähdään merkkiainetta keräävä moniosainen kystinen muutos kaulalla (nuoli) ja suunielus- kertymää aivan nielurisan kaudaalipuolella.

Ydinasiat

- ▶ Yleisimmät kaulan kystiset muutokset ovat synnynnäinen tyypin II lateraalinen kaulakysta ja keskiviivassa sijaitseva mediaalinen kaulakysta.
- ▶ Suurin osa lasten ja nuorten aikuisten kaulakystistä on hyvänlaatuisia. Diagnoosin varmistamiseksi riittävät lapsilla usein tyypillinen kliininen kuva ja kaikukuvaus sekä nuorilla aikuisilla näiden lisäksi neulanäytetutkimus.
- ▶ Kaulakystat arvioidaan erikoissairaanhoidossa ja hoidetaan yleensä leikkaamalla, mutta oireeton mediaalinen kaulakysta voidaan tietyissä tapauksissa jättää leikkaamatta.
- ▶ Yli 40-vuotiaan potilaan kaulakystaksi tulkittu muutos voi olla pahanlaatuisen, ja löydös edellyttää kiireellisiä selvityksiä erikoissairaanhoidossa.

Lopuksi

Suurin osa lasten, nuorten ja nuorten aikuisten kaulan kystisistä muutoksista on hyvänlaatuisia. Erityisesti aikuisväestössä pahanlaatuisen taudin mahdollisuus on merkittävä, minkä vuoksi kystinen muutos yli 40-vuotiaan potilaan kaulalla edellyttää kiireellisiä selvityksiä erikoissairaanhoidossa, vaikka kaikukuvauksen ja neulanäytteen löydökset viittaisivatkin hyvänlaatuisuuteen.

HPV:hen liittyvä suunielusyöpä on lisääntynyt merkittävästi 20 viime vuoden aikana, ja sen lähettämät etäpesäkkeet voivat muistuttaa kliinisen tutkimuksen ja kaikukuvauslöydösten perusteella erehdyttävästi tyypin II lateraalista kaulakystaa. Valtaosa kaulan kystisistä muutoksista vaatii hoitoa, joten potilaat tulee lähettää korva-, nenä- ja kurkkutautien yksikköön arvioon diagnoosin varmistamiseksi ja hoidon suunnittelemiseksi. ■

* * *

Kiitämme radiologisista kuvista radiologi Heli Sistosta, histologisesta kuvasta patologi Jussi Tarkkasta sekä kliinisestä valokuvasta ja arvokkaista kommentista korva-, nenä- ja kurkkutautien erikoislääkäri Johanna Nokso-Koivistoa.

KIRJALLISUUTTA

1. Al-Khateeb TH, Al Zoubi F. Congenital neck masses: a descriptive retrospective study of 252 cases. *J Oral Maxillofac Surg* 2007;65:2242–7.
2. Koeller KK, Alamo L, Adair CF, ym. Congenital cystic masses of the neck: radiologic-pathologic correlation. *Radiographics* 1999;19:121–46.
3. Kurt A, Ortug C, Aydar Y, ym. An incidence study on thyroglossal duct cysts in adults. *Saudi Med J* 2007;28:593–7.
4. Kim SC, Sun HY, Kim HS, ym. Long-term ultrasound follow-up of incidentally detected thyroglossal duct cysts in adults. *AJNR Am J Neuroradiol* 2018;39:2356–9.
5. Lee YJ, Kim DW, Shin GW, ym. Comparison of prevalence and ultrasonography features of thyroglossal duct cyst in adults according to radioactive iodine ablation. *Med Sci Monit* 2019;25:9538–46.
6. Pynnonen MA, Gillespie MB, Roman B, ym. Clinical practice guideline: evaluation of the neck mass in adults. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2017;157:S1–30.
7. Brown RE, Harave S. Diagnostic imaging of benign and malignant neck masses in children-a pictorial review. *Quant Imaging Med Surg* 2016;6:591–604.
8. Goins MR, Beasley MS. Pediatric neck masses. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am* 2012;24:457–68.
9. Araque DVP, Bleyer A, Brito JP. Thyroid cancer in adolescents and young adults. *Future Oncol* 2017;13:1253–61.
10. Jouhi L, Halme E, Irljala H, ym. Epidemiological and treatment-related factors contribute to improved outcome of oropharyngeal squamous cell carcinoma in Finland. *Acta Oncol* 2018;57:541–51.
11. Carpén T, Sjöblom A, Lundberg M, ym. Presenting symptoms and clinical findings in HPV-positive and HPV-negative oropharyngeal cancer patients. *Acta Otolaryngol* 2018;138:513–8.
12. Nieminen M, Atula T, Bäck L, ym. Factors influencing patient and health care delays in oropharyngeal cancer. *J Otolaryngol Head Neck Surg* 2020;49:22.
13. Pietarinen-Runtti P, Apajalahti S, Robinson S, ym. Cystic neck lesions: clinical, radiological and differential diagnostic considerations. *Acta Otolaryngol* 2010;130:300–4.
14. Stefanicka P, Gnojčakova N, Kurinec F, ym. Incidence and clinical predictors of cystic squamous cell carcinoma metastases in lateral cervical cysts. *J Laryngol Otol* 2019;133:430–5.
15. Strojjan P, Ferlito A, Medina JE, ym. Contemporary management of lymph node metastases from an unknown primary to the neck: I. a review of diagnostic approaches. *Head Neck* 2013;35:123–2.
16. Mattioni J, Azari S, Hoover T, ym. A cross-sectional evaluation of outcomes of pediatric branchial cleft cyst excision. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2019;119:171–6.
17. Goff CJ, Allred C, Glade RS. Current management of congenital branchial cleft cysts, sinuses, and fistulae. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg* 2012;20:533–9.
18. Derks LS, Veenstra HJ, Oomen KP, ym. Surgery versus endoscopic cauterization in patients with third or fourth branchial pouch sinuses: a systematic review. *Laryngoscope* 2016;126:212–7.
19. Foley DS, Fallat ME. Thyroglossal duct and other congenital midline cervical anomalies. *Semin Pediatr Surg* 2006;15:70–5.
20. Rayess HM, Monk I, Svider PF, ym. Thyroglossal duct cyst carcinoma: a systematic review of clinical features and outcomes. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2017;156:794–802.
21. Taimisto I, Mäkitie A, Arola J, ym. Thyroglossal duct cyst: patient demographics and surgical outcome of 159 primary operations. *Clin Otolaryngol* 2015;40:496–9.

Eeva Castrén, LT, erikoistuva lääkäri

Korva-, nenä- ja kurkkutaudit, Päijät-Hämeen keskussairaala ja Helsingin yliopistollinen sairaala

Laura K. Mäkinen, LKT, korva-, nenä- ja kurkkutautien erikoislääkäri, keuhkosairauksiin erikoistuva lääkäri
Helsingin yliopistollinen sairaala

Timo Atula, dosentti, korva-, nenä- ja kurkkutautien erikoislääkäri
Helsingin yliopistollinen sairaala

SIDONNAISUUDET

Kirjoittajilla ei ole sidonnaisuuksia.

VASTUUTOIMITTAJA

Helka Parviainen