

## Ultrasonografi ile Tanı Alan Servikal Kosta Olgusu

A Case of Cervical Rib Diagnosed by Ultrasonography  
Radyoloji

Başvuru: 11.11.2021  
Kabul: 06.04.2022  
Yayın: 18.05.2022

Uğur Kesimal<sup>1</sup>, Hüseyin Er<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi  
<sup>2</sup> Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi

### Özet

Servikal kosta, yedinci servikal vertebradan gelişen, toplumda % 0,5-2 oranında görülen nadir bir iskelet anomalisidir. Çoğu kez asemptomatik olup nadiren torasik outlet sendromuna neden olabilir. Bu olgu sunumunda fizik muayenede sağ supraklavikuler bölgede ağrısız şişlik tespit edilen dört yaşındaki bir kız çocuğunda ultrasonografik değerlendirme ile tanısı konan servikal kosta vakası sunulmuştur.

**Anahtar kelimeler:** Servikal kosta, Supraklaviküler şişlik, Ultrasonografi

### Abstract

A cervical rib is a rare skeletal anomaly that develops from the seventh cervical vertebra and is seen in 0.5-2% of the population. It is often asymptomatic and rarely can cause thoracic outlet syndrome. In this case report, a four-year-old girl with a painless swelling in the right supraclavicular region on clinical examination and has a cervical rib that is diagnosed by ultrasonographic evaluation is presented.

**Keywords:** Cervical rib, Supraclavicular swelling, Ultrasonography

### Giriş

Servikal kosta, genellikle yedinci servikal vertebradan kaynaklanan ekstra bir kostanın olduğu varyatif bir durumdur ve aksesuar kosta olarak da adlandırılır<sup>1-3</sup>. Toplumda görülme sıklığı %0,5-2 olup kadınlarda daha sık görüldüğü belirtilmektedir<sup>4</sup>. Bazı olgular ise bilateral olabilmektedir. Servikal kosta, sıklıkla birinci vertebra ile anterior bölgede birleşir ya da eklem yapar. Çoğunlukla asemptomatik olup akciğer ya da servikal grafilerde tesadüfen rastlanır. Ancak bazı hastalarda servikal kosta, komşusu olan subklavyen damarlara veya brakiyal pleksusa bası yaparak “torasik outlet sendromu (TOS)” olarak adlandırılan klinik duruma sebep olabilir. Kimi zaman da boyunda derin palpasyonla ele gelen bir şişlik olarak karşımıza çıkabilir<sup>5</sup>.

Bu olgu sunumunda üst solunum yolu enfeksiyonu semptomlarıyla hastaneye başvuran dört yaşındaki kız hastanın yapılan pediatrik muayenesinde supraklavikuler bölgede ağrısız sert şişlik saptanması üzerine boyun ultrasonografi ile tanı koyduğumuz bir servikal kosta vakası sunulmuştur.

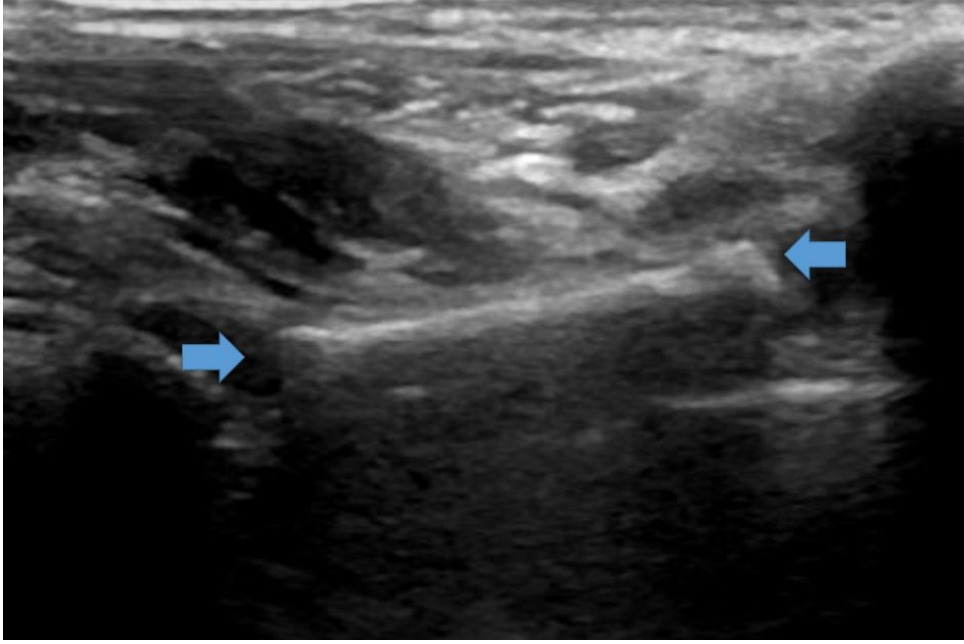
### Olgu Sunumu

Dört yaşındaki kız çocuğu üst solunum yolu enfeksiyonu semptomları nedeniyle başvurduğu çocuk hastalıkları polikliniğinde yapılan muayenesinde sağ supraklavikuler bölgede ağrısız şişlik saptanması üzerine boyun ultrasonografi tetkiki istemiyle tarafımıza yönlendirildi. Hastanın burun akıntısı ve sağ supraklavikuler şişlik dışında başka bir patolojik muayene ve laboratuvar bulgusu yoktu. Palpasyon ile muayenede sağ supraklavikuler alanda ~ 2x1 cm boyutlarında sert ve fikse lezyon mevcuttu. Şişlik daha önce hasta ve yakınları tarafından farkedilmedi ve ne kadar süredir olduğu bilinmiyordu. Dış merkezde bakılan boyun ultrasonografi tetkikinin raporunda, arkasında yoğun gölgelenme oluşturduğu için yapısı net olarak değerlendirilemeyen kalsifik duvarlı lenfadenopati ya da kitle şüphesi nedeniyle biyopsi önerildiği belirtilmekteydi. Hastanın kliniğimizde yapılan sonografik değerlendirmesinde sağ supraklaviküler alanda superior ve kranyale doğru uzanım gösteren lineer

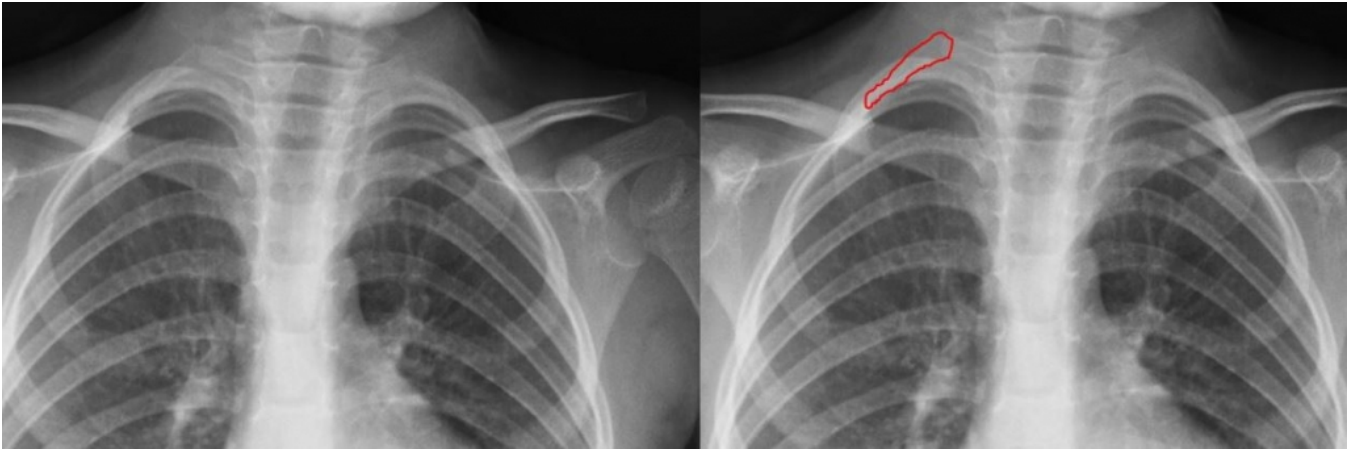
Sorumlu Yazar: Uğur Kesimal, Hacettepe, Ulucanlar Cd. No:89, 06230 Altındağ/Ankara  
ugur\_kesimal@hotmail.com

Kesimal U, Er H. Ultrasonografi ile tanı alan servikal kosta olgusu. CausaPedia. 2022; 11(2): 52-55.

hiperekojen görünüm kemik korteksi düşündürmüş olup servikal kostadan şüphelenildi (Resim 1). Hastanın görüntü arşivimizdeki direk grafilerinden de servikal kosta olduğu teyit edildi (Resim 2).

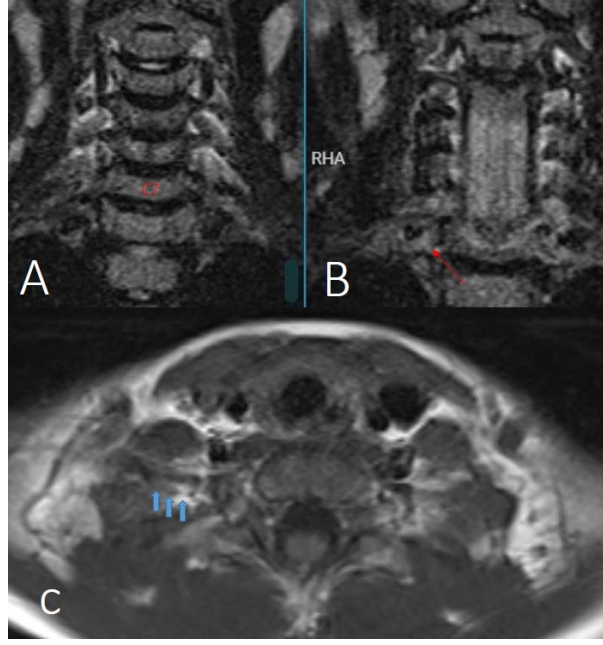


**Şekil 1** : Sağ supraklavikler alanda lineer hiperkojen lezyon olarak servikal kostanın kemik korteksi izleniyor (mavi oklar).



**Şekil 2** : Akciğer grafisinde yedinci servikal kosta sağ transvers prosesi ile eklemleşen servikal kosta görülmektedir (işaretsiz ve kırmızı işaretli grafiler).

Bunun dışında her iki akciğer parankimi doğal olarak değerlendirildi. Tarafımızca önerilmemesine rağmen hastaya çocuk hastalıkları kliniğince çekilen kontrastsız boyun manyetik rezonans görüntüleme (MRG) de tariflenen lezyonun servikal kosta olduğu teyit edildi (Resim 3).



**Şekil 3** : Koronal yağ baskılı T2 ağırlıklı servikal MRG’de yedinci servikal vertebra (A; C7) ve transvers prosesi ile eklem yapan servikal kosta (B; kırmızı ok, C; mavi oklar).

Boyun MRG’de servikal kosta dışında patolojik bulgu saptanmadı. Çocuk hastalıkları kliniği hastanın radyolojik bulguları açısından bilgilendirildi. Bunun üzerine çocuk hekimi ile birlikte hastanın ailesine servikal kostanın oluşturabileceği yanıtıcı durumlar anlatılarak, önerilebilecek biyopsi gibi invaziv girişimler açısından dikkatli olmaları hususunda aile bilgilendirildi. İleride semptom oluşması durumunda tekrar başvurmaları önerildi.

## Tartışma

Servikal kosta, yedinci servikal vertebraanın transvers çıkıntısından kaynaklanan ekstra bir kostadır. Genellikle asemptomatik bir durum olup tedavi gerektirmez. Ancak bir servikal kosta vakası ile karşılaşıldığında başka önemli patolojiler ile karıştırılmaması için dikkatli olunmalıdır. Çünkü servikal kosta supraklaviküler bölgededir ve bu bölgeye akciğer ve meme başta olmak üzere baş-boyun, gastrointestinal sistem, genitouriner sistem, serviks gibi pek çok bölge kanserleri metastaz yapmaktadır. Yine bu bölgede tüberküloz, lenfoma gibi lenfadenopati yapan hastalıklar hatta hidatik kist yerleşebilmektedir. Özellikle malignite açısından şüpheli şikâyeti, risk faktörü, aile hikâyesi olanlarda mutlaka ayırıcı tanıya gidilmeli ve boyunda kitle olgusu olarak yaklaşılmalıdır<sup>6</sup>.

Servikal kostaya bağlı semptomları olan hastalar muhakkak tedavi ve takip edilmelidir. Egzersiz, elektrik stimülasyonu gibi fizik tedavi yöntemleri semptomatik hastaların rehabilitasyonunda fayda sağlamaktadır<sup>7</sup>. Konservatif tedavilere yanıt alınamayan olgularda cerrahi tedaviler düşünülmelidir. TOS cerrahisi için klavikula veya birinci kostanın çıkarılması, skalen kasların kesilmesi, servikal kostanın eksize edilmesi gibi pek çok cerrahi yaklaşım mevcuttur. Bunların arasından TOS cerrahisinde en sık kullanılan yöntem aksiller yaklaşımla birinci kostanın rezeksiyonudur. Daha iyi kozmetik sonuç, nörovasküler yapılara ve birinci kostaya daha iyi hakim olunması ve hastanede yatış süresinin kısalığı bu yöntemin diğerlerine göre üstün olduğu kısımlardır<sup>8</sup>.

Radyolojik görüntüleme yöntemleri, hasta yönetiminin kritik bir parçasıdır. Önemli teknolojik gelişmelere rağmen, klinik ve radyolojik değerlendirmelerde halen tutarsızlıklar olabilmektedir. Kim-Mansfield’in kapsamlı sınıflandırma sistemine göre, yanılma türleri içinde tanımlanmış 12 alt grup bulunmaktadır<sup>9</sup>. Bunların içinde “lack of knowlodge” olarak bilinen bilgi eksikliği, patolojik bir bulgunun fark edildiği, ancak bilgi veya deneyim

eksikliği nedeniyle olgunun doğru yorumlanamaması olarak bahsedilebilir. Diğer bir hata türü de “overreading” olarak bilinen aşırı tanı koyma, bu senaryoda radyolojik inceleme sırasında anormallik fark edilmekte ancak bu bulguya gerektiğinden fazla klinik önem verilmektedir. Sonuç olarak gereksiz teşhis/tedavi çabalarına neden olabilmektedir. Bizim olgumuzda da bahsettiğimiz bu iki yanılmanın tipik bir örneği görülmektedir.

Sonuç olarak servikal kosta, supraklavikuler bölgede saptanmış lezyonlarda radyoloji hekimlerince ayırıcı tanıda akılda tutulması gereken benign durumlardan birisidir. Tanı koymak için çoğu zaman yalnız akciğer grafisi yeterli olmaktadır. Yine de çevre yapıların değerlendirilmesi için ultrasonografi ve bilgisayarlı tomografi ile inceleme de gerekebilir.

## Referanslar

1. Kökoğlu K, ve ark. Boyunda Kitle Nedeni Olarak Servikal Kosta. *Turkiye Klinikleri J Case Rep.* 2015;23(3):306-308.
2. Kurihara Y, et-al. The ribs: anatomic and radiologic considerations. *Radiographics.* 1999;19(1):105-119.
3. Jeung MY, et al. Imaging of chest wall deformities. *Radiographics.* 1999;19(3):617-637.
4. Ferrante MA. The thoracic outlet syndromes. *Muscle Nerve.* 2012;45(6):780-95.
5. Dar RA, Wani HS, Mushtaque M. Isolated cervical rib fracture: a rare etiology of thoracic outlet syndrome. *Case Rep Surg.* 2011;2011:163792.
6. Mitra S, Ray S, Mitra PK. Fine needle aspiration cytology of supraclavicular lymph nodes: Our experience over a three-year period. *J Cytol.* 2011;28(3):108-10.
7. Laulan J, et al. Toracic outlet syndrome: definition, aetiological factors, diagnosis, management and occupational impact. *J Occup Rehabil.* 2011;21(3):366- 73.
8. Tokat AO, Akal M. [Surgical treatment routes of thoracic outlet syndrome]. *Turkiye Klinikleri J Med Sci.* 2003;23(1):89-93.
9. Kim YW, Mansfield LT. Fool me twice: delayed diagnoses in radiology with emphasis on perpetuated errors. *AJR Am J Roentgenol.* 2014;202(3):465-70.