

Материал и методы исследования. Проведено обследование 47 пациентов с боковыми кистами шеи как в догоспитальном периоде, так и в условиях стационара отделения челюстно-лицевой хирургии Полтавской областной клинической больницы (ПОКБ) за период с 1997 по 2002 год. Возраст больных был от 15 до 67 лет. Мужчин - 26 человек, женщин - 21. Обследование состояло из клинико-анамнестических, рентгенологических данных, гистологического исследования операционного материала удаленных кист с окраской парафиновых срезов гематоксилин-эозином, пикрофуксином по Ван- Гизону, ШИК + альциановый синий, биохимическое изучение пунктата кисты на амилазу. Распределение больных в возрастные группы проводили соответственно классификации возраста „группы В“, которая предложена МКБ 10 пересмотра 43 Ассамблеи ВООЗ.

Результаты исследования и их обсуждение. Клиническая манифестация БКШ приходится на зрелый возраст (I период) мужчины 22-35 лет-12 человек, женщины 21-35 лет-10 человек; юношеский возраст - юношей 17-21 года-6, девушки 16-20 лет-5; зрелый возраст (II период) - мужчины 36-60 лет-6 человек, женщины 36-55 лет-3; пожилой возраст - мужчины 61-74 лет-2 человека, женщины 56-74 лет-2 (табл.1, 2).

Дифференциальная диагностика БКШ

	Бранхиогенного характера	Лимфоэпителиального характера
Источник происхождения	Остатки жаберного аппарата	Эктопированные слюнные железы, пороки развития лимфоузлов
Локализация и глубина залегания	По ходу переднего края грудино-ключично-сосцевидной мышцы или под ней	То же
Анатомическое строение	Однополостные	Однополостные
Гистологическое строение	Эпителий многослойный плоский, иногда чередуется с многоядерным мерцательным.	Эпителий многослойный плоский неороговевающий и многоядерный. Наличие лимфоидной ткани и фолликулов. Наличие телец Гассалья. Встречаются сальные железы.
Биохимическое исследование	3,1-17,4 ммоль/л холестерина	Наличие амилазы, отсутствие холестерина.

Подростковый		1							
Юношеский			6	5					
Зрелый (I период)					12	10			
Зрелый (II период)							6	3	
Пожилой									2 2

Анализ анамнестических данных показал, что характерным для БКШ является медленный рост - от 1 до 10 лет. В основном больные обращаются за помощью хирурга во время вторичного воспаления или по эстетическим показаниям.

Локализация БКШ была достаточно типичной. Они располагались по внутреннему краю кивательной мышцы, чаще в средней ее трети. При объективном обследовании кисты, не осложненные воспалительным процессом, проявлялись в виде безболезненного ограниченного опухолевидного образования округлой формы с гладкой поверхностью. Кожа над кистой в цвете была не изменена. Киста не спаяна с окружающими тканями. При глотательных движениях опухолевидное образование не смещается. Консистенция кисты мягко-эластическая или эластично-напряженная (плотноэластичная). Иногда определялась флюктуация. Нарушения дыхания и глотания киста не вызывала. У всех больных нарушения общего состояния не было. Наиболее частым осложнением было развитие воспалительного процесса, что имело место у 17 больных. Киста становилась плотной, малоподвижной, болезненной; у больных появлялась общая симптоматика (недомогание, слабость, повышение температуры тела и др.). Мы согласны с исследованиями К.И.Череновой [7], что стенка БУШ, в отличие от дермоидной и срединной кисты шеи, местами утолщена от 2 до 7мм. В толще стенки - множественные элементы лимфоидной ткани. В результате гистологического исследования нами было установлено, что внутренняя поверхность БК иногда покрыта бородавчатыми разрастаниями из лимфоидной

ткани либо со сформированными фолликулами, либо располагающейся т
в виде „гребешков” (рис.1).

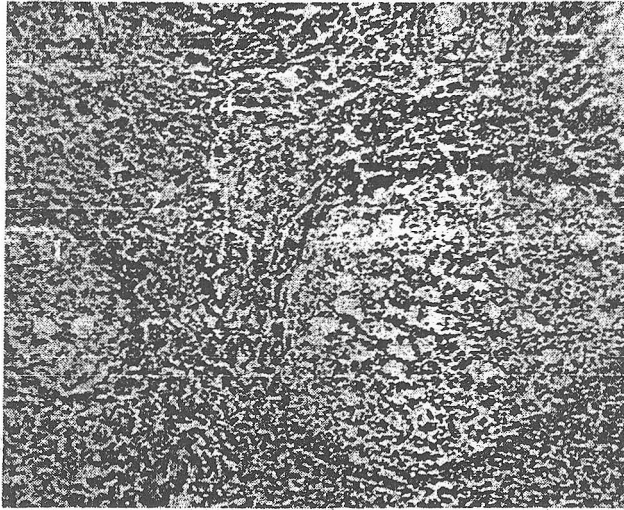


Рис 1. Участок лимфатического узла
нижней стенки кисты
1, 3-реактивный центр с бластными
клетками; 2-мозговое вещество
фолликула; 3-активизация центра
размножения лимфоидной ткани;
4-трабекула лимфатического узла.
Гематоксилин-Эозин. Ув. 90 ок.х10.

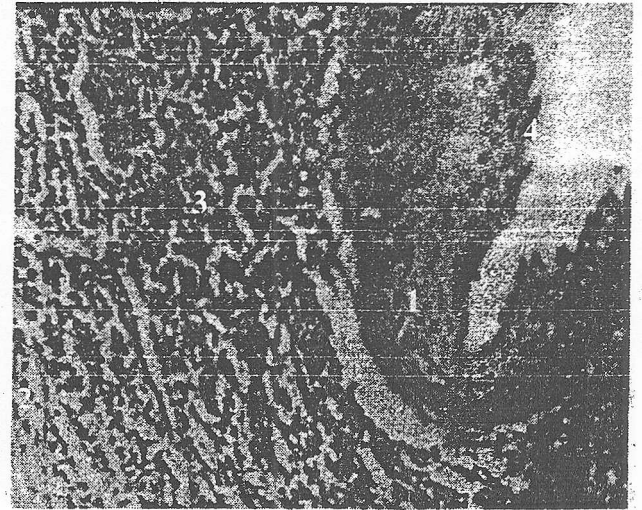


Рис 2. Просвет полости кисты
1-многослойный плоский эпителий;
2-фиброзная ткань стенки кисты;
3-лимфоидная ткань;
4-полость кисты
Гематоксилин-Эозин. Об.х9, ок.х10.

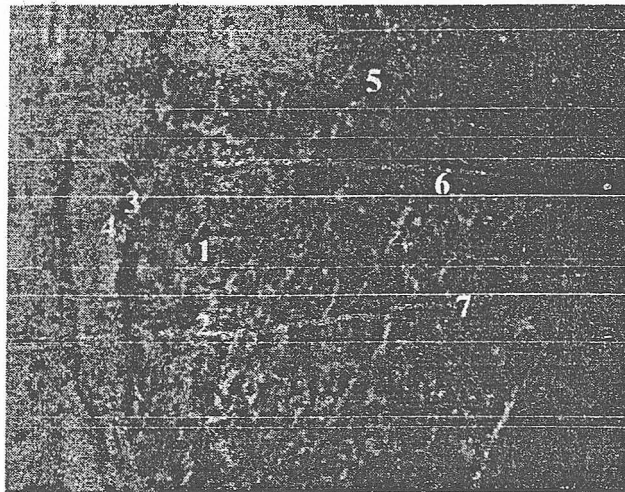


Рис 3. Стенка боковой кисты шеи
1-железистый эпителий в толще
стенки кисты; 2-проток железы;
3-соединительнотканная стенка;
4-лимфоидная ткань;
5-мезенхима лимфатического сосуда;
6-митотические ядра
ШИК-реакция. Об.х9, ок.х20

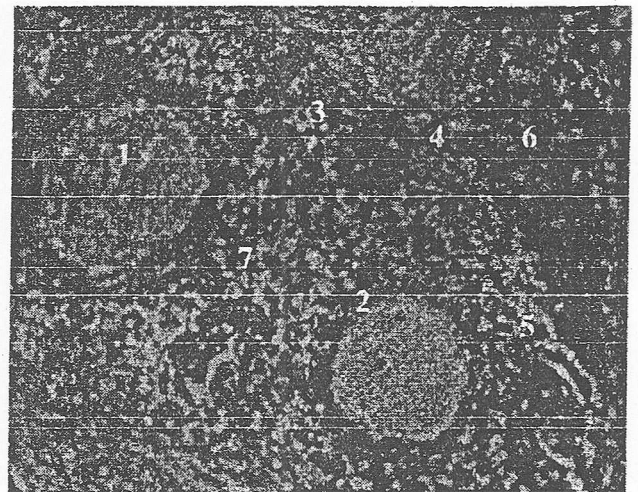


Рис 4. Стенка боковой кисты шеи
1, 2-Гассалеподобные тельца;
3,4-многослойный плоский
неороговевающий эпителий;
5-лимфоидная ткань.
ШИК-реакция+альциановый синий.
Об.х9, ок.х20.

В стенках БКШ обнаруживались эпителиальные образования типа телец вилочковой железы, имеющие округлую или овальную форму (рис.3,4). Они могут отторгаться вместе с лимфоидной тканью в просвет кисты, возможно, поэтому они обнаруживаются редко. На рис.1 видна лимфоидная ткань, ее фолликулы, мантийная зона, активизация центра размножения лимфоидной ткани.

С помощью гистохимических реакций установлено, что поверхностные слои эпителиального пласта в БКШ ШИК-положительные и дают почти все реакции на кислые мукополисахариды. С ферментативным контролем гиалуронидазой окраска может сохраняться. В межклеточных пространствах самого эпителиального пласта и под ним выявляется гиалуроновая кислота. Нейтральных мукополисахаридов мало. В многослойном плоском эпителии при наличии слоя шиповатых клеток могут обнаруживаться гранулы гликогена. В цитоплазме эпителиоцитов стенки БКШ постоянно выявляются рибонуклеопротеиды (РНП), обнаруживаемые либо в базальном слое эпителия, либо в некоторых случаях - во всех слоях эпителиальной выстилки.

В препаратах были обнаружены крупные протоки, без четкой ориентации, выстланные цилиндрическим эпителием. Причем просветы протоков неправильной формы. Кроме того, в стенке кисты обнаружен комплекс желез дающий положительную ШИК реакцию, что говорит о наличии в этих железах слизи. Таким образом, наличие компонентов слюнной железы, сходной с подъязычной, дает основание предположить, что БКШ возникают вследствие дистопии железистого эпителия в лимфатические образования.

При нагноении БКШ отмечается резкое нарушение взаимосвязи между отдельными структурами. Многослойный плоский эпителий в них чаще утолщенный, иногда с тенденцией к ороговению. В основном веществе появляются в свободном состоянии кислые несulfатированные и sulfатированные мукополисахариды (гиалуроновая кислота и хондроитинсульфаты) [2,7].

Цитологическая картина БКШ была достаточно характерной: на фоне оксифильных слизеподобных масс и клеточного детрита имелись клетки плоского эпителия, часто дегенеративно измененные, иногда кристаллы холестерина, лимфоциты и эритроциты. При воспалительном процессе определялись сегментоядерные лейкоциты в разном количестве. Следует отметить, что наиболее часто больные направлялись в ЧЛО ПОКБ с диагнозом лимфаденит, липома. В 30 % случаев имелись расхождения заключения цитологического анализа с предварительным диагнозом. Дифференциальная диагностика БКШ бранхиогенного и имфоэпителиального происхождения возможна и результаты ее представлены в таблице №1.

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОКОВЫХ КИСТ ШЕИ ЛИМФОЭПИТЕЛИАЛЬНОГО ГЕНЕЗА

Е.Ю. Демина

Кафедра пропедевтики хирургической стоматологии, г. Полтава

Боковая киста шеи (БКШ) (синонимы: врожденная боковая киста шеи, жаберная киста, бранхиогенная киста, боковая лимфоэпитальная киста) по данным Тимофеева А.А. [6] встречается в 25% всех кист мягких тканей челюстно-лицевой области и шеи.

В отношении этиологии и патогенеза боковых кист и свищей до настоящего времени имеются разногласия. Бранхиогенная теория связывает происхождение этих образований с аномалией развития жаберных (глоточных) карманов.

Аномалии развития 2-й или 3-й пары глоточных (жаберных) карманов являются источником формирования боковых кист шеи и свищей шеи. Внутренние бранхиогенные карманы образуются энтодермой, а наружные (или бороздки) - эктодермальным зародышевым листком. Боковые кисты шеи могут быть как энтодермального, так и эктодермального происхождения [2, 5, 10].

На наш взгляд заслуживает внимания теория E.S. King, S.H. Bhascar [2], согласно которой БКШ являются следствием нарушения формирования лимфатических узлов шеи, при котором в закладку их включается эпителий слюнных желез. Это предположение основано на особенностях гистоструктуры кист, в частности на наличие эпителиального (внутреннего) и лимфоидного (внешнего) слоев в оболочке кисты.

Несмотря на однотипность клинических проявлений и морфологических характеристик БКШ, относительно постоянную их локализацию и топографическую анатомию, ошибки в диагностике составляют от 20% до 63 % [1, 6, 7, 9, 12]. Такой довольно высокий процент ошибочных диагнозов можно объяснить как сложностью строения лица и шеи, так и недостаточностью информации по данному вопросу. В связи с этим возникает необходимость в обобщении клинического опыта ведения больных с боковыми кистами шеи, в тщательном морфологическом исследовании пунктата.

Клинически при оперативном вмешательстве в нижнем полюсе удаленного образования часто находят лимфатический узел. В тоже время В.В. Афанасьев [1, 3] указывает о возможности эктопии слюнных желез в лимфатические узлы.

Целью работы было установление клинико-лабораторных параметров, позволяющих дифференцировать БКШ бранхиогенного и лимфоэпителиального происхождения.

Материал и методы исследования. Проведено обследование 47 пациентов с боковыми кистами шеи как в догоспитальном периоде, так и в условиях стационара отделения челюстно-лицевой хирургии Полтавской областной клинической больницы (ПОКБ) за период с 1997 по 2002 год. Возраст больных был от 15 до 67 лет. Мужчин - 26 человек, женщин - 21. Обследование состояло из клинико-анамнестических, рентгенологических данных, гистологического исследования операционного материала удаленных кист с окраской парафиновых срезов гематоксилин-эозином, пикрофуксином по Ван- Гизону, ШИК + альциановый синий, биохимическое изучение пунктата кисты на амилазу. Распределение больных в возрастные группы проводили соответственно классификации возраста „группы В“, которая предложена МКБ 10 пересмотра 43 Ассамблеи ВООЗ.

Результаты исследования и их обсуждение. Клиническая манифестация БКШ приходится на зрелый возраст (I период) мужчины 22-35 лет-12 человек, женщины 21-35 лет-10 человек; юношеский возраст - юношей 17-21 года-6, девушки 16-20 лет-5; зрелый возраст (II период) - мужчины 36-60 лет-6 человек, женщины 36-55 лет-3; пожилой возраст - мужчины 61-74 лет-2 человека, женщины 56-74 лет-2 (табл.1, 2).

Дифференциальная диагностика БКШ

	Бранхиогенного характера	Лимфоэпителиального характера
Источник происхождения	Остатки жаберного аппарата	Эктопированные слюнные железы, пороки развития лимфоузлов
Локализация и глубина залегания	По ходу переднего края грудино-ключично-сосцевидной мышцы или под ней	То же
Анатомическое строение	Однополостные	Однополостные
Гистологическое строение	Эпителий многослойный плоский, иногда чередуется с многоядерным мерцательным.	Эпителий многослойный плоский неороговевающий и многоядерный. Наличие лимфоидной ткани и фолликулов. Наличие телец Гассалья. Встречаются сальные железы.
Биохимическое исследование	3,1-17,4 ммоль/л холестерина	Наличие амилазы, отсутствие холестерина.

Подростковый		1								
Юношеский			6	5						
Зрелый (I период)					12	10				
Зрелый (II период)							6	3		
Пожилой									2	2

Анализ анамнестических данных показал, что характерным для БКШ является медленный рост - от 1 до 10 лет. В основном больные обращаются за помощью хирурга во время вторичного воспаления или по эстетическим показаниям.

Локализация БКШ была достаточно типичной. Они располагались по внутреннему краю кивательной мышцы, чаще в средней ее трети. При объективном обследовании кисты, не осложненные воспалительным процессом, проявлялись в виде безболезненного ограниченного опухолевидного образования округлой формы с гладкой поверхностью. Кожа над кистой в цвете была не изменена. Киста не спаяна с окружающими тканями. При глотательных движениях опухолевидное образование не смещается. Консистенция кисты мягко-эластическая или эластично-напряженная (плотноэластичная). Иногда определялась флюктуация. Нарушения дыхания и глотания киста не вызывала. У всех больных нарушения общего состояния не было. Наиболее частым осложнением было развитие воспалительного процесса, что имело место у 17 больных. Киста становилась плотной, малоподвижной, болезненной; у больных появлялась общая симптоматика (недомогание, слабость, повышение температуры тела и др.). Мы согласны с исследованиями К.И.Череновой [7], что стенка БУШ, в отличие от дермоидной и срединной кисты шеи, местами утолщена от 2 до 7мм. В толще стенки - множественные элементы лимфоидной ткани. В результате гистологического исследования нами было установлено, что внутренняя поверхность БК иногда покрыта бородавчатыми разрастаниями из лимфоидной

ткани либо со сформированными фолликулами, либо располагающейся т
в виде „гребешков” (рис.1).

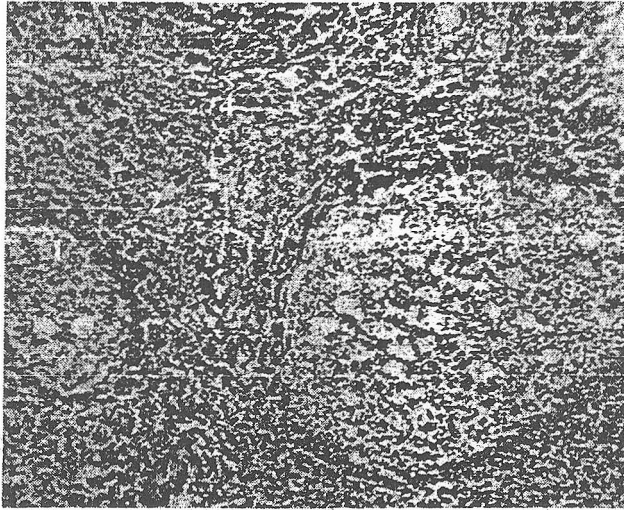


Рис 1. Участок лимфатического узла
нижней стенки кисты
1, 3-реактивный центр с бластными
клетками; 2-мозговое вещество
фолликула; 3-активизация центра
размножения лимфоидной ткани;
4-трабекула лимфатического узла.
Гематоксилин-Эозин. Ув. 90 ок.х10.

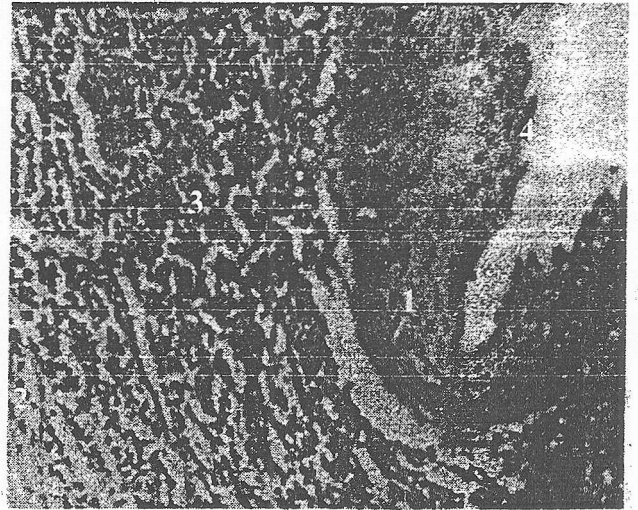


Рис 2. Просвет полости кисты
1-многослойный плоский эпителий;
2-фиброзная ткань стенки кисты;
3-лимфоидная ткань;
4-полость кисты
Гематоксилин-Эозин. Об.х9, ок.х10.

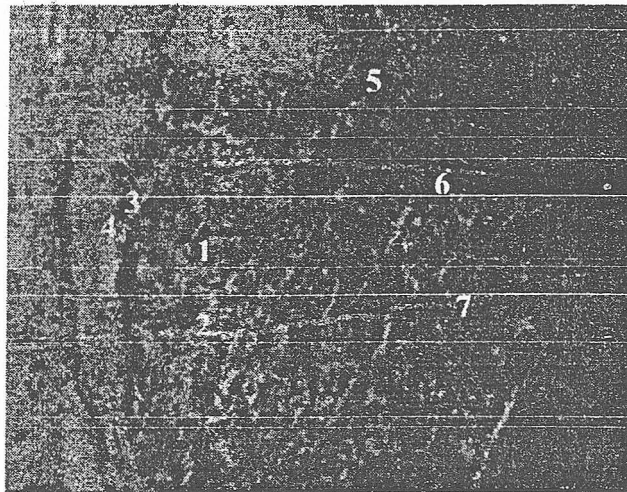


Рис 3. Стенка боковой кисты шеи
1-железистый эпителий в толще
стенки кисты; 2-проток железы;
3-соединительнотканная стенка;
4-лимфоидная ткань;
5-мезенхима лимфатического сосуда;
6-митотические ядра
ШИК-реакция. Об.х9, ок.х20

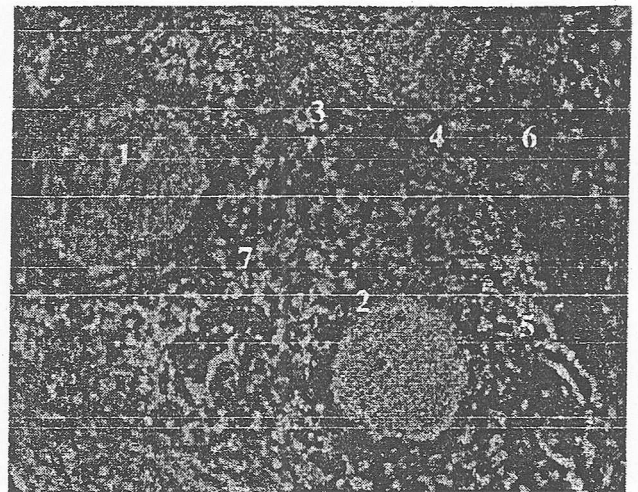


Рис 4. Стенка боковой кисты шеи
1, 2-Гассалеподобные тельца;
3,4-многослойный плоский
неороговевающий эпителий;
5-лимфоидная ткань.
ШИК-реакция+альциановый синий.
Об.х9, ок.х20.

В стенках БКШ обнаруживались эпителиальные образования типа телец вилочковой железы, имеющие округлую или овальную форму (рис.3,4). Они могут отторгаться вместе с лимфоидной тканью в просвет кисты, возможно, поэтому они обнаруживаются редко. На рис.1 видна лимфоидная ткань, ее фолликулы, мантийная зона, активизация центра размножения лимфоидной ткани.

С помощью гистохимических реакций установлено, что поверхностные слои эпителиального пласта в БКШ ШИК-положительные и дают почти все реакции на кислые мукополисахариды. С ферментативным контролем гиалуронидазой окраска может сохраняться. В межклеточных пространствах самого эпителиального пласта и под ним выявляется гиалуроновая кислота. Нейтральных мукополисахаридов мало. В многослойном плоском эпителии при наличии слоя шиповатых клеток могут обнаруживаться гранулы гликогена. В цитоплазме эпителиоцитов стенки БКШ постоянно выявляются рибонуклеопротеиды (РНП), обнаруживаемые либо в базальном слое эпителия, либо в некоторых случаях - во всех слоях эпителиальной выстилки.

В препаратах были обнаружены крупные протоки, без четкой ориентации, выстланные цилиндрическим эпителием. Причем просветы протоков неправильной формы. Кроме того, в стенке кисты обнаружен комплекс желез дающий положительную ШИК реакцию, что говорит о наличии в этих железах слизи. Таким образом, наличие компонентов слюнной железы, сходной с подъязычной, дает основание предположить, что БКШ возникают вследствие дистопии железистого эпителия в лимфатические образования.

При нагноении БКШ отмечается резкое нарушение взаимосвязи между отдельными структурами. Многослойный плоский эпителий в них чаще утолщенный, иногда с тенденцией к ороговению. В основном веществе появляются в свободном состоянии кислые несulfатированные и sulfатированные мукополисахариды (гиалуроновая кислота и хондроитинсульфаты) [2,7].

Цитологическая картина БКШ была достаточно характерной: на фоне оксифильных слизеподобных масс и клеточного детрита имелись клетки плоского эпителия, часто дегенеративно измененные, иногда кристаллы холестерина, лимфоциты и эритроциты. При воспалительном процессе определялись сегментоядерные лейкоциты в разном количестве. Следует отметить, что наиболее часто больные направлялись в ЧЛО ПОКБ с диагнозом лимфаденит, липома. В 30 % случаев имелись расхождения заключения цитологического анализа с предварительным диагнозом. Дифференциальная диагностика БКШ бранхиогенного и лимфоэпителиального происхождения возможна и результаты ее представлены в таблице №1.

Вывод

Таким образом, нами установлено, что 56% больных с БКШ бесспорно имеют лимфоэпителиальный генез, что позволяет обоснованно аргументировать необходимость изыскания альтернативных способов их лечения, отличающихся от хирургического метода лечения БКШ бранхиогенного генеза.

Перспективы дальнейших разработок. Наша работа предполагает конкретизировать параметры дифференциальной диагностики боковых кист шеи и более детально разработать показания и противопоказания к лечению данной патологии в клиниках Украины.

Литература

1. Афанасьев В.В., Виноградов В.И. Значение синтопии лимфатических узлов и паренхимы околоушной слюнной железы в развитии лимфогенного паротита // *Стоматология*.-1985.-№1, 1-6.-С.39-41.
2. Краснова В.Г. Боковые кисты шеи // *Журнал ушных, носовых и горловых болезней*.-1991.-№ 2.-С.67-69.
3. Литвинова Л.Я. Срединные и боковые кисты и свищи шеи (клиника, диагностика и лечение): Дис. канд. мед. наук. Москва, 1994.-154 с.
4. Назаров Г. И., Смелянский Ф. К. К вопросу об эктопии слюнных желез // *Тез. докл. научно – практической конф. врачей Забайкальской железной дороги (25 – 26 июня 1970 г.), ч. 1. Чита. – 1970. – С. 82 –83.*
5. Неупокоев Н. И., Тельпнер А. М. Клинико-морфологическая характеристика боковых кист и свищей шеи. *Клинич. медицина*, 1984, т. 62, № 4, с. 89-92.
6. Тимофеев А. А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. III том.- Киев: Червона Рута-Турс.- 2000.- С. 43-47.
7. Черенова К.И. Морфогистохимическая характеристика боковых кист шеи // *Стоматология*.- 1979.-Т. 58, №2.- С. 14-16.
8. Черенько М.П. Заболевания и повреждения шеи.- К.: Здоров'я, 1984.-С.29-36.
9. Шашкевич А.П., Асмоловский В.М., Сивенкова Е. П., Жеренкова Л.В. Врожденные срединные и боковые кисты шеи / Пороки развития и наследственные заболевания. Смоленск, 1982, с. 91-95.
10. Hadjihannas E., Ray J., Rhys-Williams S. A cervical bronchogenic cyst in an adult // *Eur. Arch. Otorhinolaryngol.*-2003.-Vol.4.-P. 216-218.
11. Nicollas R., Ducroz V., Garabedian E.N. et al. Fourth branchial pouch anomalies: a study of six cases and review of the literature // *Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol.*, 1998, v.44, №1, p. 5-11.
12. Rossell Cervilla A., Raboso Garsia – Baquero E., Onrubia Parra T. Martines-Vidal A. Lateral cervical branchial cysts: a retrospective study // *Acta Otorhinolaryngologica Espanola*.-1998.-Vol. 49.-P. 51-56.

Вывод

Таким образом, нами установлено, что 56% больных с БКШ бесспорно имеют лимфоэпителиальный генез, что позволяет обоснованно аргументировать необходимость изыскания альтернативных способов их лечения, отличающихся от хирургического метода лечения БКШ бранхиогенного генеза.

Перспективы дальнейших разработок. Наша работа предполагает конкретизировать параметры дифференциальной диагностики боковых кист шеи и более детально разработать показания и противопоказания к лечению данной патологии в клиниках Украины.

Литература

1. Афанасьев В.В., Виноградов В.И. Значение синтопии лимфатических узлов и паренхимы околоушной слюнной железы в развитии лимфогенного паротита // *Стоматология*.-1985.-№1, 1-6.-С.39-41.
2. Краснова В.Г. Боковые кисты шеи // *Журнал ушных, носовых и горловых болезней*.-1991.-№ 2.-С.67-69.
3. Литвинова Л.Я. Срединные и боковые кисты и свищи шеи (клиника, диагностика и лечение): Дис. канд. мед. наук. Москва, 1994.-154 с.
4. Назаров Г. И., Смелянский Ф. К. К вопросу об эктопии слюнных желез // *Тез. докл. научно – практической конф. врачей Забайкальской железной дороги (25 – 26 июня 1970 г.), ч. 1. Чита. – 1970. – С. 82 –83.*
5. Неупокоев Н. И., Тельпнер А. М. Клинико-морфологическая характеристика боковых кист и свищей шеи. *Клинич. медицина*, 1984, т. 62, № 4, с. 89-92.
6. Тимофеев А. А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. III том.- Киев: Червона Рута-Турс.- 2000.- С. 43-47.
7. Черенова К.И. Морфогистохимическая характеристика боковых кист шеи // *Стоматология*.- 1979.-Т. 58, №2.- С. 14-16.
8. Черенько М.П. Заболевания и повреждения шеи.- К.: Здоров'я, 1984.-С.29-36.
9. Шашкевич А.П., Асмоловский В.М., Сивенкова Е. П., Жеренкова Л.В. Врожденные срединные и боковые кисты шеи / Пороки развития и наследственные заболевания. Смоленск, 1982, с. 91-95.
10. Hadjihannas E., Ray J., Rhys-Williams S. A cervical bronchogenic cyst in an adult // *Eur. Arch. Otorhinolaryngol.*-2003.-Vol.4.-P. 216-218.
11. Nicollas R., Ducroz V., Garabedian E.N. et al. Fourth branchial pouch anomalies: a study of six cases and review of the literature // *Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol.*, 1998, v.44, №1, p. 5-11.
12. Rossell Cervilla A., Raboso Garsia – Baquero E., Onrubia Parra T. Martines-Vidal A. Lateral cervical branchial cysts: a retrospective study // *Acta Otorhinolaryngologica Espanola*.-1998.-Vol. 49.-P. 51-56.

КЛІНІКО-МОРФОЛОГІЧНА
ХАРАКТЕРИСТИКА БОКОВИХ КІСТ
ШИЇ ЛІМФОЕПІТЕЛІАЛЬНОГО ГЕНЕЗУ

Е.Ю. Деміна, В.І. Мітченко

Проведено обстеження 47 пацієнтів з боковими кістами шиї за період з 1997 по 2002 рік різних вікових груп. Обстеження складалось з клініко-анамнестичних, рентгенологічних даних, гістологічного дослідження операційного матеріалу видалених кіст. Дослідженням парафінових зрізів з оболонки кіст встановлено, що стінка їх складається з чисельних вузлів лімфоїдної тканини. Встановлено, що у 20 хворих внутрішня поверхня бокової кісти вкрита бородавчастими розростаннями з лімфоїдної тканини. Даний факт вказує на те, що 56% бокових кіст шиї мають лімфоепітеліальне походження.

Ключові слова: бокова кіста шиї, етіологія, лімфатичні вузли, стінка кісти.

CLINICAL-MORPHOLOGICAL THE
CHARACTERISTIC LATERAL
CYSTS NECK

LYMPHOEPITHELIAL GENESIS

Dyomina Je.Ju., Mitchenok V.I.

Inspection of 47 patients with lateral cysts neck for the period with 1997 for 2002 of different age groups is lead, inspection has consisted from clinical –anamnesistical, the radiological data, histologic research of an operational material removed cyst. By researches thin шлифов it is established, that the wall will consist of plural units lymphoepithelial fabrics. It is established, that the internal surface lateral cyst is covered with warty growths from lymphoepithelial fabrics. The given fact specifies that 56 % of patients with lateral cysts neck have lymphoepithelial an origin.

Key words: lateral cyst neck, formation, lymph nodes, a wall cyst.