

Bölüm 88

BOYUN KİTLELERİNDE AYIRICI TANI

Emre APAYDIN¹

GİRİŞ

Kulak Burun Boğaz (KBB) klinik pratiğinde boyun kitleleri ile sık sık karşılaşılmakta ve boyun kitlelerinin ayırıcı tanısı ve tedavisi önemli yer teşkil etmektedir. Boyundaki vasküler, lenfoid ve nöral yapıların fazlalığı nedeniyle bu kitlelerin ayırıcı tanısında bazı zorluklar ile karşılaşılabilir. Boyunda kitle şikayeti ile başvuran hastada tanıyı doğru ve hızlı bir şekilde ortaya koymak hastalığın prognozuna da etki etmektedir. Doğru tanı ve tedavi için hastaların anamnez, fizik muayene, laboratuvar ve radyolojik bulguları beraber değerlendirilmelidir.

BOYUN KİTLELERİNİN ARAŞTIRILMASI

ETYOLOJİ

Boyun kitleleri konjenital, enfeksiyöz, neoplastik ve travmatik gibi çeşitli nedenlere bağlı olabilmektedir (Tablo-1).

YAŞ

Boyun kitlelerinin değerlendirilirken belli yaş gruplarının ayrımının yapılması önemlidir.

0-15 (pediatrik) ve 16-40 (genç erişkin) yaş gruplarında en sık inflamatuvar boyun kitleleri gözükürken, 40 yaş üstü erişkinlerde en sık neoplastik kitleler gözükmektedir (1) (Tablo-2).

İnflamatuvar boyun kitlelerini en sık üst solunum yolu enfeksiyonuna bağlı olarak ortaya çıkan lenfadenitler, granüloamatöz hastalıklar ve enfeksi-

yöz mononükleoz'a bağlı lenfadenopatiler olarak görmekteyiz (2).

- Ayrıca hamilelik döneminde geçirilen sifilis, AIDS gibi hastalıklara sekonder çocukta lenfadenopatiler oluşabilmektedir (2).

Pediatrik ve genç erişkin grupta ikinci en sık görülen boyun kitleleri konjenital boyun kitleleridir. Konjenital boyun kitleleri doğum anında ya da doğumdan hemen sonra ortaya çıkabilmektedir. Özellikle kistik boyun kitleleri, sıvı birikimi ya da kist içeriğinin enfekte olmasına kadar ortaya çıkmayabilir, bu nedenle ileriki dönemde yeni oluşmuş bir boyun kitlesi olarak karşımıza çıkabilir (3).

- Pediatrik grupta tüm baş boyun kitlerinin %80-90'ı benign patolojiler olmakla birlikte neoplastik kitlelerin çoğu maligndir ve ilk sırayı **Hodgkin lenfoma** alır (4). 5 yaş ve altında en sık görülen solid malign tümör **Rabdomyosarkom**dur. Benign tümör olarak lipom ve nörofibromlar sıktır (5,6).
- Genç erişkin grupta neoplastik kitlelerin çoğu benigndir. Benign neoplastik kitleler pediatrik ve 40 yaş üstü erişkin gruba göre daha sık görülür (2).
- Genç erişkin grupta lenfoma, metastatik skuamöz hücreli karsinom ve nazofarenks kanseri en sık malign boyun kitlesi yapan nedenlerdir (4).

Erişkinlerde de özellikle yaş ilerledikçe malignite olasılığı artmaktadır (7). Erişkin bir hastada

¹ Op.Dr., Sağlık Bilimleri Üniversitesi Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi KBB Kliniği dr.emreapaydin@hotmail.com

için antibiyotik tedavisi iki haftayı geçmeyecek şekilde verilir ve takip edilir.

Kitlenin boyutunda artış ya da gerileme olmaması durumunda ayrıntılı bir baş-boyun muayenesi tekrarlanarak histopatolojik tanı hakkında bilgi edinmek için İİAB yapılır.

İlk yapılan İİAB patoloji sonucunun yetersiz tanı gelmesi durumunda, açık biyopsi denenmesiz ultrasonografi eşliğinde tekrar İİAB yapılmaktadır.

Tekrarlanan İİAB'nin patoloji sonucu da yetersiz ya da tiplendirilemeyen olarak raporlanması durumunda kor biyopsi bir seçenek olarak kullanılabilir.

- Hastanın lenfoma şüphesi olması durumunda hem tanı hem de lenfomanın tiplendirilmesi için daha fazla dokuya ihtiyaç duyulduğundan hastalardan ilk olarak kor biyopsi İİAB'nin yerine istenebilir (20).

Açık Biyopsi

Malignite riski yüksek hastalarda tekrarlayan İİAB ile negatif sonuç, malign sitoloji bulguları bulunmasına rağmen primer odağın muayene ile saptanamaması durumunda ve lenfoma ayırıcı tanısı için açık eksizyonel biyopsi yapılır.

- Lenfomadan şüphelenilen hastalarda kesin tanı ve tiplendirme için açık eksizyonel biyopsi yapılacaksa en derin ve en büyük lenf nodu eksize edilmelidir.
- Büyük, fıkse, hayati organlara yapışık, cerrahi sırasında sinir hasarı ve/veya kanama riski yüksek hastalarda insizyonel biyopsi tercih edilebilir (21).

Olası Primer Odak Biyopsileri

İİAB sonucu ile metastatik lenf nodu tanısı olan hastalarda primer odak klinik ve endoskopik olarak ortaya konulamamışsa, lezyonun yeri ve bulunduğu yerin lenfatik drenajı göz önüne alınarak kör biyopsiler yapılmalıdır. Bu yerler genelde tonsil (tonsillektomi), nazofarenks (Rosenmüller fossa), hipofarenks, postkrikoid bölge, piriform sinüs dil köküdür (22).

SONUÇ

Boyunda kitle nedeniyle gelen hastalara tanı koymak bazen çok güç olabilmektedir. Özellikle boyunda kitle nedeni ile başvuran erişkin hastalarda malignitenin dışlanması gerekmektedir. Doğru bir algoritmik yaklaşım ile olabildiğince hızlı şekilde ayırıcı tanının yapılması hastalığın prognozu açısından çok önemlidir. Sistemik bir hastalık kaynaklı gelişen boyun kitlesinde ilgili branşlar ile hastalığın değerlendirilmesi en doğru yaklaşım olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Boyun kitlesi, ayırıcı tanı, ince iğne aspirasyon biyopsi, malign, benign

Kaynaklar

1. Emerick, K., & Lin, D. (2011). Differential diagnosis of a neck mass. *UpToDate*. Waltham, MA.
2. Yalçın Ş. (2002). Boyun Kitleleri. Onur Çelik (Ed.), *Kulak Burun Boğaz Hastalıkları ve Baş Boyun Cerrahisi* içinde (s. 860-889). İstanbul: Turgut Yayıncılık.
3. Tracy Jr TF, Muratore CS. Management of common head and neck masses. *Seminars in pediatric surgery: Elsevier*. 2007; 3-13.
4. Kocatürk, S., Kurukahvecioğlu. (2014). Boyun kitlelerine yaklaşım. Muharrem Gerçekler (Ed.), *Kulak Burun Boğaz Hastalıkları ve Baş Boyun Cerrahisi* içinde (s. 811- 820). Ankara: Akademisyen Kitabevi.
5. Koç, C., Akyol, M., Özdem, C. Boyun kitleleri. *Ankara Tıp Mecmuası*. 1995;48:243-252.
6. Güven, A., Demirbağ, S., Erdal, T., et al. Çocuklarda Doğumsal Baş Boyun Kitleleri: 10 Yıllık Deneyimimiz. *Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi*. 2009;3:21-27.
7. Bhattacharyya, N. Predictive factors for neoplasia and malignancy in a neck mass. *Archives of Otolaryngology-Head & Neck Surgery*. 1999;125:303-307.
8. Erkul, E., Patel, K. G., Day, T. Surgical Planning for Resection and Reconstruction of Facial Cutaneous Malignancies. *Int J Head Neck Surg* 2016;7(3):149-64.
9. Öztaracı, H., Sağiroğlu, S. Boyun Kitleleri: Değerlendirme, Ayırıcı Tanı ve Yaklaşım. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*. 2017;26:238-250
10. Pynnonen, M. A., Gillespie, M. B., Roman, B., et al. Clinical practice guideline: evaluation of the neck mass in adults. *Otolaryngology-Head and Neck Surgery*. 2017;157:1-30.
11. Aydın, Ö., Öztürk, M. (2013). Boyun Kitleleri. Can Koç (Ed.), *Kulak Burun Boğaz Hastalıkları ve Baş-Boyun Cerrahisi* içinde (S. 761-776) Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri.
12. Mendenhall, W. M., Mancuso, A. A., Amdur, R.J., et al. Squamous cell carcinoma metastatic to the neck from an unknown head and neck primary site. *American journal of otolaryngology*. 2001; 22:261-267.
13. Bociolini, C., Dall'Olio, D., Cavazza, S., et al. Schwannoma of cervical sympathetic chain: assessment and management. *Acta Otorhinolaryngologica Italica*. 2005;25:191.

14. Rodríguez, A. M. C., Delgado, G. H., Caballo, M. R. B., et al. Head and neck paragangliomas: imaging diagnosis and embolization. *Acta Otorrinolaringologica (English Edition)*. 2007;58:83-93.
15. Gottesman, R. I., Som, P. M., Mester, J., et al. Observations on two cases of apparent submandibular gland cysts in HIV positive patients: MR and CT findings. *Journal of computer assisted tomography*. 1996;20:444-447.
16. Erdoğan, N. (2008). Boyun Enfeksiyonları. Hüseyin Akan (Ed.), *Baş ve Boyun Radyolojisi* içinde (s. 421-461). Ankara: MN Medikal & Nobel.
17. Johansen, J., Eigtved, A., Buchwald, C., et al. Implication of 18F-fluoro-2-deoxy-D-glucose positron emission tomography on management of carcinoma of unknown primary in the head and neck: a Danish cohort study. *Laryngoscope*. 2002;112:2009-2014.
18. Şapçı, T., Bozkurt, Z., Akbulut, U. Boyun kitlelerinin analizi. *KBB ve Baş Boyun Cerrahisi Dergisi*. 1999;7:143-146.
19. Tandon, S., Shahab, R., Benton, J. I., et al. Fine-needle aspiration cytology in a regional head and neck cancer center: comparison with a systematic review and meta-analysis. *Head & Neck: Journal for the Sciences and Specialties of the Head and Neck*. 2008;30:1246-1252.
20. Novoa, E., Gürtler, N., Arnoux, A., et al. Role of ultrasound guided core needle biopsy in the assessment of head and neck lesions: a meta analysis and systematic review of the literature. *Head & neck*. 2012;34:1497-1503.
21. Parsons, J. T., Million, R. R., Cassisi, N. J. The influence of excisional or incisional biopsy of metastatic neck nodes on the management of head and neck cancer. *International Journal of Radiation Oncology Biology Physics*. 1985;11:1447-1454.
22. Erişen, L., Yerci, Ö., Yalçınkaya, U., et al. (2003). Baş-boyun kanserlerinde boyuna yaklaşım. Kayıhan Engin, Levent Erişen (Ed.) *Baş Boyun Kanseri İçinde* (s. 437-502). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.