

BÖLÜM 4

Boyun Kitlelerine Yaklaşım

Ayşe KÜSMÜŞ¹
Mahmut BÜYÜKŞİMŞEK²

Yeni bir boyun kitleleri nispeten yaygın bir baş ve boyun problemidir. Sıklıkla, başka bir kişi tarafından tesadüfen palpasyonla fark edilen yeni bir “yumru”dan başka ilişkili semptom yoktur. Kitle, özellikle yetişkin popülasyonda ciddi ve potansiyel olarak malign bir patolojinin tek belirtisi olabilir.

Boyun kitlesinin değerlendirilmesine kapsamlı ve disiplinli bir şekilde yaklaşılmalıdır. Kapsamlı bir öykü ve fizik muayene, değerlendirmede temel ilk adımlardır (1,2). Bu, tanı olanaklarını daraltacak ve sonraki uygun teşhis adımlarını belirlemeye yardımcı olacaktır.

Erişkinlerde bir boyun kitlesini değerlendirme yaklaşımımız, boyun kitlelerini üç kategoriye (olası enfeksiyöz, malign ve malign olmayan(konjenital)) ayırmak için ilk öykü ve fizik muayene bulgularına dayanır.Laboratuvar testleri, görüntüleme çalışmaları, doku biyopsileri ile daha fazla değerlendirmeye yönlendirir.

1. HASTA GEÇMİŞİ

Yaş: Hastanın yaşı, belirtilen teşhis çalışmasında kritik bir faktördür

- <16 – Pediatrik boyun kitlelerinin çoğunluğu ya inflamatuvar ya da konjenital kökenlidir.
- 16 ila 40 – Malign nedenlerin sıklığı artmaya başlasa da, 16 ila 40 yaş grubundaki boyun kitlelerinin çoğunluğunu inflamatuvar veya konjenital etiyojiler de oluşturur.(3,4)

¹ Arş. Gör. Dr, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği, firat.ikikardes@gmail.com

² Doç. Dr., Sağlık Bilimleri Üniversitesi Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Onkoloji Kliniği, mahmutbuyuksimsek@gmail.com

riferik sinirden kaynaklanabilir; boyunda, çoğunlukla vagus sinirinden veya üst servikal sempatik zincirden kaynaklanırlar.

Schwannoma, yavaş büyüyen bir kitle olarak sinsi bir başlangıç gösterebilir, ancak nörolojik defisitlerle de ortaya çıkabilir. Vagal schwannomlar kafa tabanının altında oluştuğunda ses kısıklığına veya aspirasyona neden olabilir. Sempatik zincir tümörleri sıklıkla Horner sendromu ile birlikte dir.

Schwannoma tanısı görüntüleme ile konur. Kontrast geliştirmeli akış boşluklarının olmaması schwannomu düşündürmesine rağmen, BT taraması karotis cisim tümörünü bir Schwannomdan güvenilir bir şekilde ayırt edemeyebilir. MRG/MRA veya anjiyografi genellikle tanıyı koymak için endikedir.

Lenfoma: Lenfoma baş ve boyunda bulunabilir. Hodgkin lenfomalı çocuklarda boyun tutulumu çok yaygındır ve hastaların yüzde 80'inde bulunur. Özellikle ateş, gece terlemesi, titreme ve yaygın lenfadenopati öyküsü olan genç hastalarda Hodgkin lenfomadan şüphelenilmelidir.

Lipom ve iyi huylu cilt kistleri: Lipomlar, yağdan oluşan iyi huylu neoplazmalardır ve tipik olarak asemptomatiktir. Boyunda herhangi bir yerde oluşabilen yavaş büyüyen kitlelerdir. Lipomlar yumuşaktır ve sınırları belirsizdir. Bu özellikler lipomlara fizik muayenede ayırt edici bir nitelik kazandırır. Ağrı, hızlı büyüme veya radyografik anormallik, liposarkom varlığını düşündürebilir ve bu agresif lezyonu dışlamak için eksizyona yol açmalıdır.

Epidermoid inklüzyon kistleri, dermoidler veya pilomatriksoma gibi iyi huylu cilt kistleri de boyun kitleleri olarak ortaya çıkabilir.

KAYNAKLAR

1. Alvi A, Johnson JT. The neck mass. A challenging differential diagnosis. Postgrad Med 1995; 97:87.
2. Weymuller EA Jr. Evaluation of neck masses. J Fam Pract 1980; 11:1099.
3. Otto RA, Bowes AK. Neck masses: benign or malignant? Sorting out the causes by age-group. Postgrad Med 1990; 88:199.
4. Brown RL, Azizkhan RG. Pediatric head and neck lesions. Pediatr Clin North Am 1998; 45:889.
5. Mendenhall WM, Mancuso AA, Amdur RJ, et al. Squamous cell carcinoma metastatic to the neck from an unknown head and neck primary site. Am J Otolaryngol 2001; 22:261.
6. Ruhl C. Evaluation of the neck mass. Med Health R I 2004; 87:307.
7. Weber AL, Rahemtullah A, Ferry JA. Hodgkin and non-Hodgkin lymphoma of the head and neck: clinical, pathologic, and imaging evaluation. Neuroimaging Clin N Am 2003; 13:371.
8. Schroeder DG, Jang S, Johnson DR, et al. Frequency and Characteristics of Nodal and Deltoid FDG and 11C-Choline Uptake on PET Performed After COVID-19 Vaccination. AJR Am J Roentgenol 2021; 217:1206.

9. Mitchell OR, Couzins M, Dave R, et al. COVID-19 vaccination and low cervical lymphadenopathy in the two week neck lump clinic - a follow up audit. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2021; 59:720.
10. Shah S, Wagner T, Nathan M, Szyszko T. COVID-19 vaccine-related lymph node activation - patterns of uptake on PET-CT. *BJR Case Rep* 2021; 7:20210040.
11. Cardoso F, Reis A, Osório C, et al. A Case of Cervical Lymphadenopathy After Vaccination Against COVID-19. *Cureus* 2021; 13:e15050.
12. Becker AS, Perez-Johnston R, Chikarmane SA, et al. Multidisciplinary Recommendations Regarding Post-Vaccine Adenopathy and Radiologic Imaging: Radiology Scientific Expert Panel. *Radiology* 2021; 300:E323.
13. Gourin CG, Johnson JT. Incidence of unsuspected metastases in lateral cervical cysts. *Laryngoscope* 2000; 110:1637.
14. Kupferman ME, Patterson M, Mandel SJ, et al. Patterns of lateral neck metastasis in papillary thyroid carcinoma. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2004; 130:857.
15. Goldenberg D, Begum S, Westra WH, et al. Cystic lymph node metastasis in patients with head and neck cancer: An HPV-associated phenomenon. *Head Neck* 2008; 30:898.
16. Sira J, Makura ZG. Differential diagnosis of cystic neck lesions. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 2011; 120:409.
17. Weber AL, Romo L, Hashmi S. Malignant tumors of the oral cavity and oropharynx: clinical, pathologic, and radiologic evaluation. *Neuroimaging Clin N Am* 2003; 13:443.
18. Sakai O, Curtin HD, Romo LV, Som PM. Lymph node pathology. Benign proliferative, lymphoma, and metastatic disease. *Radiol Clin North Am* 2000; 38:979.
19. Srinivas MN, Amogh VN, Gautam MS, et al. A Prospective Study to Evaluate the Reliability of Thyroid Imaging Reporting and Data System in Differentiation between Benign and Malignant Thyroid Lesions. *J Clin Imaging Sci* 2016; 6:5.
20. Moon WJ, Jung SL, Lee JH, et al. Benign and malignant thyroid nodules: US differentiation--multicenter retrospective study. *Radiology* 2008; 247:762.
21. Sodickson A, Baeyens PF, Andriole KP, et al. Recurrent CT, cumulative radiation exposure, and associated radiation-induced cancer risks from CT of adults. *Radiology* 2009; 251:175.
22. Moeller DW, Sun LS. Comparison of natural background dose rates for residents of the Amargosa Valley, NV, to those in Leadville, CO, and the states of Colorado and Nevada. *Health Phys* 2006; 91:338.
23. Tandon S, Shahab R, Benton JI, et al. Fine-needle aspiration cytology in a regional head and neck cancer center: comparison with a systematic review and meta-analysis. *Head Neck* 2008; 30:1246.
24. Skelton E, Jewison A, Okpaluba C, et al. Image-guided core needle biopsy in the diagnosis of malignant lymphoma. *Eur J Surg Oncol* 2015; 41:852.
25. Robitschek J, Straub M, Wirtz E, et al. Diagnostic efficacy of surgeon-performed ultrasound-guided fine needle aspiration: a randomized controlled trial. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2010; 142:306.
26. Truong Lam M, O'Sullivan B, Gullane P, Huang SH. Challenges in establishing the diagnosis of human papillomavirus-related oropharyngeal carcinoma. *Laryngoscope* 2016; 126:2270.
27. Lin ST, Tseng FY, Hsu CJ, et al. Thyroglossal duct cyst: a comparison between children and adults. *Am J Otolaryngol* 2008; 29:83.
28. Pincus RL. Congenital neck masses and cysts. In: *Head & Neck Surgery - Otolaryngology*, 3rd ed, Bailey BJ (Ed), Lippincott Williams & Wilkins, 2001. P.933.
29. Gluckman JL, Robbins KT, Fried MP. Cervical metastatic squamous carcinoma of unknown or occult primary source. *Head Neck* 1990; 12:440.
30. Pinkston JA, Cole P. Incidence rates of salivary gland tumors: results from a population-based study. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1999; 120:834.
31. Gujrathi CS, Donald PJ. Current trends in the diagnosis and management of head and neck paragangliomas. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg* 2005; 13:339.