

Bölüm 8

BOYUN KİTLELERİNE YAKLAŞIM VE NADİR GÖRÜLEN BİR BENİGN BOYUN KİTLESİ VAKASI

Murat Sertan ŞAHİN⁹

GİRİŞ

Kulak Burun Boğaz hekimleri, oldukça geniş bir yelpazede hizmet sunmalarından ötürü günlük poliklinik pratiklerinde çok farklı hasta ve hastalık gruplarıyla karşılaşmaktadır. Boyun bölgesi ve bu bölgenin patolojileri de bu bağlamda oldukça önem arz eder. Boyun bölgesi patolojilerinden en dikkat çeken ve nispeten sık görülenlerin başında boyun kitleleri gelir.

Boyun kitleleri her yaş grubunda görülebilen patolojilerden olup etyolojik neden yaş gruplarına göre değişiklik gösterir. Çocuk ve erişkin yaş grubunda nedenler daha çok enfeksiyöz ve konjenital nedenlerken, ileri yaş grubunda neoplastik lezyonlar ön planda düşünülmelidir. Enfeksiyöz nedenler olarak en sık akut bakteriyel veya viral lenfadenitler görülürken, boyun apseleri, tüberküloz lenfadenitleri, enfekte kongenital kistler gibi diğer patolojiler bunu takip eder. Konjenital nedenler ise sıklıkla bebeklik ve erken çocukluk döneminde saptanırken olguların küçük bir kısmında dikkatlerden kaçarak tanı konulması ileri yaş grubuna sarkar. Konjenital olarak en sık görülen nedenlerin başında boyun orta hatta yer alan ve dil hareketleriyle hareket etmesi ile tanı koyduran tiroglossal kanal kistleri ve daha çok boyun yan servikal zonlarda yumuşak kitle ile kendini gösteren brankial kanal kistleri yer alır. Bunlara ek olarak kistik higroma, hemanjiom, lenfanjiyom, dermoid kist gibi diğer konjenital nedenler de akılda tutulmalıdır

İleri yaş grubunda boyun kitleleri biraz daha fazla önem arz eder. Bu yaş grubunda da tanı konulmamış konjenital kitleler veya enfeksiyöz nedenler elbette ki görülebilir ancak ileri yaş bir hasta boyunda kitle ile başvurduğu zaman bunun bir neoplazi olma ihtimali göz önünde bulundurularak detaylı araştırılması gerekir. Bahsi geçen neoplazi benign karakterde bir multinodüler guatr, parotis pleomorfik adenomu veya bir karotis body tümör olabileceği gibi; papiller tiroid

⁹ Doktor Öğretim Üyesi, İstanbul Okan Üniversitesi Tıp Fakültesi KBB Anabilim Dalı, sertans7@hotmail.com

nel lenf nodu biyopsisi yapılan hastalarının spesimenlerinin patolog tarafından immünohistokimyasal olarak değerlendirilmesi sonucunda konur. Yapılan bu patolojik incelemede; parakortikal bölgelerde fibrinoid nekrotik materyal ve nükleer debrislerin bulunduğu düzensiz alanların görülmesi ve bu nükleer alanların etrafında lenfoid ve histiositik hücrelerin birikmesiyle KFH tanısı kesinleştirilir(14,15).

Tanınım kesinleştirilmesinden sonra tedavi planlaması yapılır. Tedavi hastanın hidrasyonu, istirahat ve destek tedavisi şeklindedir. Hastaların çok büyük bir kısmında ortalama 1-4 aylık bir süre zarfında şiddetli klinik tablo geriler ve büyümüş lenf nodları regrese olarak ortadan kaybolur(16). Bu süreçte hastanın yakınmalarını azaltmak, hayat kalitesini ve konforunu arttırmak amacıyla antipiretikler, analjezikler, vitamin destekleri kullanılır ve istirahat etmesi önerilir(17,18). Şiddetli semptomatik vakalarda, tablonun gürültülü olduğu durumlarda kortikosteroid kullanımını öneren yayınlar da mevcuttur (19-22). Bizim vakamızda hastaya ek kortikosteroid tedavisi başlamaya gerek görülmemiştir. Literatürde önerilen tedavi algoritmasına paralel olarak sıvı-vitamin destek, analjezik ve antipiretik tedavisi ile istirahat önerdiğimiz hastanın ikinci ayındaki kontrolünde hastanın klinik olarak şikayetlerinin tamamen geçtiğini ve fizik muayenesinde boyunda ele gelen lenfadenopatisinin kalmadığını gözlemledik.

Sonuç olarak; tıp insan faktörü barındırması ve devamlı gelişen bir bilim olması nedeniyle oldukça geniş bir yelpazeye sahiptir. Kikuchi-Fujimoto Hastalığı da bu geniş yelpaze içinde yer alan, oldukça nadir görülen bir hastalıktır. Lenfoma, kanser, tüberküloz gibi ciddi, yaşamı tehdit eden ve yoğun tedavi gerektiren hastalıklarla karışma potansiyelinin oldukça yüksek olması nedeniyle çok önemli bir antitedir ve özellikle bir kulak burun boğaz hekiminin aklının bir köşesinde bulunması gerekir. Genç erişkin bir hasta; halsizlik, ateş, yorgunluk gibi yakınmalar ve buna eşlik eden yeni ortaya çıkmış ağrısız boyun kitleleriyle tarafımıza başvurduğunda ilk etapta düşündüğümüz lenfomanın haricinde benign, selim seyirli, kendini sınırlayan ve spontan regresyonla giden, destek tedavisiyle tamamen iyileşen Kikuchi-Fujimoto Hastalığı'nın da ayırıcı tanıda düşünülmesi yerinde olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Boyun kitlesi, Kikuchi-Fujimoto Hastalığı; lenfoma

KAYNAKLAR

1. Thongsuksai P, Kayasut K. Histiocytic necrotizing lymphadenitis (Kikuchi's disease): Clinico-pathologic characteristics of 23 cases and literature review. J Med Assoc Thai. 1999; 82: 8128.
2. Bosch X, Guilabert A. Kikuchi-Fujimoto disease. Orphanet J Rare Dis. 2006; 1: 18-20.

3. Correa H. Kikuchi-Fujimoto disease: An exuberant localized T cell activation arrested by histiocytes? *Medscape Women's Health*. 1996; 1: 5.
4. Lorenzo AH, Amat CG, de la Victoria LOM, et al. Histiocytic necrotizing lymphadenitis: Kikuchi-Fujimoto disease. *Apropos of 6 cases. An Med Interna*. 1999; 16: 301-4.
5. Eisner MD, Amory J, Mullaney B, et al. Necrotizing lymphadenitis associated with systemic lupus erythematosus. *Semin Arthritis Rheum*. 1996; 26: 477-82.
6. George TI, Jones CD, Zehnder JL, et al. Lack of human herpesvirus 8 and Epstein-Barr virus in Kikuchi's histiocytic necrotizing lymphadenitis. *Hum Pathol*. 2003; 34: 130-5.
7. Perry AM, Choi SM. Kikuchi-Fujimoto Disease: A Review. *Arch Pathol Lab Med*. 2018; 142: 1341-6
8. Bhat NA, Hock YL, Turner NO, et al. Kikuchi's disease of the neck (histiocytic necrotizing lymphadenitis). *J Laryngol Otol*. 1998; 112: 898-900.
9. Yen A, Fearneyhough P, Raimer SS, et al. EBV-associated Kikuchi's histiocytic necrotizing lymphadenitis with cutaneous manifestations. *J Am Acad Dermatol*. 1997; 36: 342-6.
10. Bosch X, Guilabert A, Miquel R, et al. Enigmatic Kikuchi-Fujimoto disease: a comprehensive review. *Am J Clin Pathol*. 2004; 122: 141-52.
11. Charalabopoulos K, Charalabopoulos A, Papadapoulou CH, et al. *Giardia lamblia* intestinalis: a new pathogen with possible link to Kikuchi-Fujimoto disease. An additional element in the disease jigsaw. *Int J Clin Pract*. 2004; 58: 1180-3.
12. Papaioannou G, Speletas M, Kaloutsi A, et al. Histiocytic necrotizing lymphadenitis (Kikuchi-Fujimoto disease) associated with antiphospholipid syndrome: case report and literature review. *Ann Hematol*. 2002; 81: 732-5.
13. Melikoglu MA, Melikoglu M. The clinical importance of lymphadenopathy in systemic lupus erythematosus. *Acta Reumatol Port*. 2008; 33:402-6.
14. Spies J, Foucar K, Thompson CT, et al. The histopathology of cutaneous lesions of Kikuchi's disease (necrotizing lymphadenitis): A report of five cases. *Am J Surg Pathol*. 1999; 23: 104-7.
15. Menasce LP, Banerjee SS, Edmondson D, et al. Histiocytic necrotizing lymphadenitis (Kikuchi-Fujimoto disease): continuing diagnostic difficulties. *Histopathology*. 1998; 33: 248-54.
16. Wustenberg EG, Theissig F, Offergeld C, et al. Necrotizing lymphadenitis (Kikuchi-Fujimoto disease) as a rare cause of cervical lymphadenitis. *Diagnosis and differential diagnosis. Laryngorhinootologie*. 2000; 79: 935.
17. Mansoor CA, Shemin Z. Kikuchi-Fujimoto disease with multiple extra-nodal features - A clinical mimic. *Reumatismo*. 2019;71:105-7.
18. Joann O, Thiele T, Raap M, et al. Take a second look: it's Kikuchi's disease! A case report and review of literature. *Clin Pract*. 2018; 8: 1095
19. Pileri AS, Pileri A, Yasukawa K, et al. The Karma of Kikuchi's disease. *Clin Immunol*. 2005; 114: 27-9.
20. Yalcin S, Toprak SK, Erismis B, et al. Management of Kikuchi-Fujimoto Disease using glucocorticoid: a case report. *Case Rep Med*. 2011; 2011: 230840.
21. Jang YJ, Park KH, Seok HJ. Management of Kikuchi's disease using glucocorticoid. *J Laryngol Otol*. 2000; 114: 709-11.
22. Katayoun R, Kuchipudi S, Chundi V, et al. Kikuchi-Fujimoto disease:hydroxychloroquine as a treatment. *Clin Infect Dis*. 2004; 39: 124-6.