

Baş Boyun Kitleleri

Prof. Dr. Cengiz Yağız, Dr. Muhammet Pamukçu

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, KBB Anabilim Dalı

Özet

Boyun kitleli hastalar çoğunlukla pratisyen hekim tarafından görülür. Dikkatli bir hikâye ve fizik muayene kesin veya kesine yakın tanı için yeterlidir. İnce iğne biyopsisi ile %90 üzerinde sitolojik tanı konulabilmektedir. Açık boyun biyopsisi, tanı için en son başvurulacak yöntem olmalıdır. Uygulandığında frozen section yapılmalı ve burdan alınan sonuçla hemen boyun diseksiyonu veya diğer tedavi yöntemlerine geçilmelidir.

Anahtar kelimeler: Adenopati, ince iğne biyopsisi, disfaji, dispne

Abstract

Head and Neck Masses

Patients with neck masses are usually seen by primary care physicians. A careful history and physical examination are usually sufficient to reach a definite or close diagnosis. Fine needle aspiration biopsy is a valuable diagnostic procedure yielding and accuracy of cytologic diagnosis over 90%. Open excisional biopsy is the last step for diagnosis. When this is performed immediate diagnosis of the frozen section should be obtained and should be followed by neck dissection or further therapeutic modelites.

Keywords: Adenopathy, fine needle aspiration, dysphagia, dyspnea

Boyun kitlelerine yaklaşım

Boyun kitleli hastalar çoğunlukla ilk kez pratisyen hekim veya acil hekim tarafından görülür.

Boyun kitlelerinin çoğu özellikle çocukluk yaşlarında üst solunum yolu enfeksiyonlarına bağlı olsa da, bir bölüm kitlenin ciddi hastalıkların bulguları olacağı akılda tutulmalıdır.

Boyun kitlelerinin anlamı uzun senelerdir bilinmesine rağmen; konuya yakınlığı olmayan klinisyenin tanıya erken ulaşma arzusu, hastanın yaşam şansını etkileyecek hataları beraberinde getirir.

Boyun kitlelerinde dikkatli bir anamnez, fizik muayene ve laboratuvar tetkiki ile ön tanıya veya

tanıya ulaşmak mümkündür. Sıklıkla yapılan hata, son çare olarak uygulamamız gereken açık cerrahi biyopsinin gereksiz uygulanmasıdır.

Boyun kitleleriyle gelen hastaların değerlendirilmelerinde anamnez büyük önem taşır. Bu bağlamda;

Hikâye

Her zaman hasta sorgulamada hastanın yaşı, kitlenin çıkış süresi, refakat eden bulgular önemlidir (1).

Hastalar çoğunlukla kendilerine göre önem sıralaması yapmaya eğilimlidir.

Dolayısı ile sorgulamada yönlendirici olmak gerekebilir (2).

Sorgulama şu noktalarda yoğunlaşmalıdır:

Disfaji

Sıvı ve katı gıdaları yutmada zorluktur. Çoğunlukla yer kaplayan lezyonlara veya nörolojik nedenlere bağlıdır.

Yutmada şikâyetin glomus hissinden ayırıcı önemlidir (3).

Özellikle kilo kaybı da varsa anlamlıdır.

Disfaji, üst özofageal sifinkterin yukarıdaki bir nedenden kaynaklanmıyorsa, hasta bunu çoğunlukla dışardan lokalize edebilir (4).

Ses kısıklığı

Boyunda kitle ile görülen ses kısıklığı büyük ölçüde larenks kanserini düşündürmelidir. Eğer stridor var ise ve boyunda palpabl nod mevcut ise erişkinde ilerlemiş, hava yolunu tehdit eden larenks kanseri, çocuklarda ise enfeksiyöz patolojileri düşünmek gerekir.

Fizik muayene

Boyun kitlelerinde lokalizasyon ve oluşum süreci çok önemlidir. Çoğunlukla kitle ne kadar yukarda ise primerinin baş boyunda olma ihtimali o denli yüksektir. İlk olarak kitlenin lenf nodu olup olmadığı saptanmalıdır. Scalendlaksi 7'ler kuralı akıldan çıkarılmamalıdır. Buna göre 7 gün enfeksiyon, 7 hafta neoplazik, 7 ayın üstü konjenital lezyon ilkeleri özellikle enfeksiyon açısından didaktik bir yaklaşımdır (5).

Lenf nodlarının boyunda belirli bir yerleşimi vardır.

Buna göre:

- 1- Parotis
- 2- Submental
- 3- Submandibüler
- 4- Jugulodigastrik (üst juguler)

5- Orta juguler

6- Alt juguler

7- Spinal aksesuar

8- Subklavian olmak üzere ayrılırlar. Bunun dışında troid istmusunun hemen üstünde bulunan Delfian lenf nodu -ki troid kanserinde çokluk ile tutulan noddur.

Parotis lenf nodları glandın içinde olup palpasyonu zordur.

Palpasyon esnasında kitlenin tek mi veya çoğul olarak mı, mobiliteleri, hassasiyetleri, kıvamları, cilde yapışık olup olmamaları önemlidir.

Baş boyun bölgelerinin palpasyonu önemli ip uçları verir. Ayrıca dil, dil kökü, ağız içinin muayenesi önemlidir.

Larenks aynası ile larenks, valemula, post krikooid bölge, dil kökü rahatlıkla görülebilir.

Küçük bir larenks aynası ile yapılacak nazofarenks muayenesi, posterior rhinoskopi, nazofarenks, koana, torus tubarisi gösterir.

Sözünü ettiğimiz bu yaklaşımla baş-boyun kitlelerinin çoğuna yaklaşık bir tanı koyabiliriz.

Pratisyen hekim tarafından rahatlıkla uygulanabilecek bu yaklaşımla tanının konulacağı, kesin tanıda ise daha ileri tetkiklerle radyoloji-laboratuvar ve ince iğne biyopsisinin gerekeceği açıktır.

Radyolojik tetkik

Direk radyografinin anlamı yoktur.

BT ve MIR ile birkaç milimetrelik lezyonların tamamının yakalanma olasılığı vardır.

BT özellikle kemik tutulumu bazen tükrük bezinde taşların osifikasyonunu da gösterebilir, nonpalpabl adenopatileri saptar.

MIR yumuşak dokuların dansitelerinde daha hassastır ve güvenilir sonuçlar verir. MIR baş boyundaki primeri bulma açısından daha faydalı bir yöntemdir.

Ultrasound kistik lezyonların solid lezyonlardan ayırımı için özellikle troid, boyun abseleri, parotis için uygun basit bir yöntemdir.

İnce iğne biyopsisi

Basit, kolay, uygulanabilir bir yöntemdir. 22 no.lu bir iğne ile lezyonun içinden hücre örnekleri alınarak yapılır.

Ayı şekilde mikrobiyolojik tetkik için materyal de alınabilir.

Yüzde 90'ların üzerinde güvenilirliği vardır. Lenfoma kuşkusu duyulan vakalar için uygun değildir. Lenfoma düşünüldüğünde lenf nodunun eksizyonel biyopsisi gereklidir.

AYIRICI TANI

Başta da belirttiğimiz gibi ciddi bir anamnez ve fizik muayene önemli ipuçları verir. Çocuklarda boyun kitlelerinin yaklaşık %80'inin selim, 40 yaşının üzerindekielerde ise boyun kitlelerinin %80 malign olma ihtimalini göz ardı etmemek gerekir.

Çocuklardaki malignitelerin çoğunluğu mezotelial tümörler, özellikle lefoma ve sarkomlar, erişkinlerde ise malignitelerinin çoğunlukla skuamöz hücreli karsinom metastazları olacağı akıldatutulmalıdır.

Servikal lenfadenitler

Çocuklarda en sık görülen boyun kitleleridir. Çoğunlukla ateşli bir hastalıkla beraber görülür. En sık A grup B hemolitik ile olan enfeksiyonlarda görülür. Viral orjinli olanlar daha az sıklıkla yaklaşık %20 görülür. Bu grup içinde enfeksiyöz mononükleoz, kedi tırmığı hastalığı, Epstein-Bar enfeksiyonu sık görülür. Viral enfeksiyonlarda enfeksiyon bulguları daha az görülür.

Ancak mononükleoz enfeksiyonlarında kriptomatik anjini taklit eden opurtonistik tonsil enfeksiyonlarının tabloyu karıştıracağı unutulmamalıdır.

Granümatöz hastalıklardan servikal tüberküloz adeniti özellikle vurgulamak istiyorum.

Hastalık tipik micobakteriyel orijinli ise boyun adenopatileri ile birlikte akciğer lezyonunun bulma olasılığı mümkündür ve cilt testi pozitifliği %70'in üzerindedir.

Çoğunlukla erişkinlerde görülür.

Atipik micobakteriyel enfeksiyon pedyatrik grupta görülür. Eskiden sıklıkla gördüğümüz bu servikal lenfadenit türünün azalmakta olduğunu görüyoruz. Bu azalmada sütlerin pastörizasyonunun artmasının rol oynadığı kanıtlanmıştır.

Atipik servikal adenitlerde lokalizasyon daha çok submandibülerdir.

Vakaların önemli bölümünde sebep olan mikroorganizmayı bulmak mümkün olmayabilir.

Bu durumda ince iğne aspirasyon biyopsisi ile kültür alınması önerilebilir.

Konjenital lezyonlar

Üç önemli konjenital anomali, troglissal kist, brankial kist ve dermoid kistlerdir.

Dermoid kistler çoğunlukla orta hatta ve submental pozisyonundadır. Hyoid kemikle ilgileri olmadığı için yutkunma ile hareket etmezler.

Troglissal kistlerde orta hattadırlar, dil kökü ile sternum çentiği arasında olurlar.

Yutkunma ile hareket ederler. Daha sık çocuklarda görülür. Herhangi bir enfeksiyon ile şişer ve belirgin hale gelir. Aberan troid ile karıştırmamak için çıkarmadan evvel muhakkak troid sintigrafisi yapmak gerekir.

Brankial kistler boyun lateral kısmında bulunur. Birinci arktan olanlar mandibula arkusunun hemen altında görülür. İkinci arktan olanlar ise sternokleoidomastoid adalenin altında, boyun üst bölümünde bulunur. Daha çok erişkinde görülür. Enfekte kistin cilde açılması ile fistül görülebilir. İkinci ark kistlerinde daha sıktırlar.

Tükrük bezi lezyonları

Submandibüler bezin en sık kitle bulgusu veya patolojisi sialolithiazistir. Kısa sürede oluşma-

sı, sistemik enfeksiyon bulguları vermemesi, lokal hassasiyeti ağrının ve şişliğin yemek yeme esnasında artması ile tanı konulabilir. Söz konusu bulgular parotis bezi için çok net değildir.

Taşın saptanmasında ultrasound faydalı ve ekonomik bir yöntemdir. BT ve MIR ile de taşın görülmesi mümkündür.

Tükrük bezi tümörlerinde tanı histolojik olmalıdır. Fasiyal paralizi ile parotisteki kitle malignitenin kesin ifadesidir. Parotisteki kitlenin çoğunlukla selim (%80), submandibüler bezdeki kitlelerin ise %50 veya daha fazlasının habis olabileceği akılda tutulmalıdır.

Kısaca kitle büyük glanddan küçük glanda gittikçe habasiyet olasılığı artar.

Tükrük bezlerinde eksizyonel biyopsi tükrük fistülü yapabileceği gibi, malign tümörlerde yayılmaya da neden olabilir.

Bu nedenle ince iğne biyopsisi uygulanmalıdır. Bundan da netice alınmaz ise submandibüler glandın çıkarılması, parotiste ise süperficial parotidektomi ile histolojik tanıya gitmek gerekir (6).

Çocuklarda malign boyun kitleleri

Çocuklukta multipl adenopati tarzındadır.

Primerin çoğunluk mezotelial orjinli olduğu unutulmamalıdır. Skuamöz karsinomların pediatrik grupta nadir görülmesi dolayısı ile tanı için pan endoskopi şart değildir. Ancak Waldeyer lenf halkasının ciddi taranması gereklidir. Ayrıca tanı için enfeksiyon hastalıkları ve granüloamatöz hastalıklar ön plandadır.

Kan tetkikleri lenfoma için ön bulgular verebilir. Ancak lenfomanın kesin tanısı için şüpheli lenf nodunun çıkarılıp histolojik tetkikinin yapılması gereklidir.

Erişkinde malign boyun kitleleri

Erişkinde boyun orta veya üst kısımlarında çıkan kitlelerin çoğunluğunun malign hastalığa ait olabileceği akıldan çıkarılmamalıdır.

Kitlenin çıkış zamanı, eşlik eden bulgular; örneğin ses kısıklığı, disfaji gibi semptomlar primer tümöre ait ipuçları verebilir.

Ayrıca lenf nodunun lokalizasyonu primerin bulunması açısından yol gösterebilir (7).

Submental lenf nod: Çok nadir olup alt dudak kanserlerinde tutulur.

Submandibüler: Dil 2/3 ön bölgesi, ağız tabanı, gingiva, bukkal mukoza ve submandibüler gland.

Üst jugular (Jugulodigastrik): En sık tutulan lenf nodlarıdır. Orofarenks, nazofarenks hipofarenks (8).

Orta jugular: Nazofarenks, subglottik larenk, özofagus, troid.

Subklavian: Baş boyun dışı malignitesi olan, akciğer, mide, özofagus, prostat.

Arka trigon: Nazofarenks, dil kökü.

Boyun tümefaksiyonlarında yukarıda özetlediğimiz lenfoid sistemik, hikâye ve primerinin tutulduğu bölgeye ait fonksiyonel bozukluk bir araya geldiğinde tanıya kolaylık sağlar. Primerinin saptanmadığı durumlarda direkt veya panendoskopik biyopsi ile tanı kesinleştirilir. Bu durumda boyun kitlesinin metastazik olduğu kabul edilip buraya ikinci bir biyopsi gerekmez (9).

Sorun, primeri saptanamayan boyun malign kitlelerinde görülür. Bu durumlarda geniş radyolojik araştırma, pan endoskopiye başvurmak gerekir.

Araştırmalara rağmen primeri bulunamaz ise, nodülün cerrahi olarak çıkarılması ve "frozen section"da alınan yanıtı bağlı olarak radikal boyun diseksiyonu ile devam etmek gerekebilir. Lenf nodunun çıkarılıp parafin blokların sonucu, kesin patolojik tanıyı beklemek tedavi hatasıdır.

Sonuç

Ciddi bir anamnez ve fizik muayene ile, boyun kitlelerinin tanısı veya ön tanısı pratisyen hekim tarafından rahatlıkla konulabilir. Boyun

kitlelerinin pediyatrik grupta enflamasyonu, erişkinde ise malign hastalıkları akla getirmesi gereklidir. Malign hastalık kuşkusu duyulan durumlarda, boyun eksizyonel biyopsiden olabildiğince kaçınılmalıdır (10).

Primerinin saptanamadığı durumlarda lenf nodu ekstirpasyonuna seçenek olarak frozen ile yapılacağı skuamöz hücreli karsinom çıkması halinde aynı seansta radikal boyun diseksiyonu yapılacağı unutulmamalıdır.

Kaynaklar

1. Moloy PJ. 'How to manage the patient with a lump in the neck ' common problems of the head and neck region. In: A manuel and guide for managiement of diseases and injuries in otolaryngology head and neck surgery; 1993:129-150.
2. Moloy PJ, Charter R. The globus symptom. Incidence therapeutic response, and age and sex relationships. Arch Otolaryngol 1982;108: 740-4.
3. Logeman J. Evaluation and treatment of swallowing disorders. San Diego College Hill Pres. 1983.
4. Bas NH. The neurology of swallowing . In: Grober ME, ed. Dysphagia diagnosis and management. 3rd ed. Boston. Butterworth. Heineman; 1997.
5. Yağız C, Devranoğlu İ ve ark. Primeri belli olmayan boyun tümefaksiyonları (Türk Otolaringoloji Arşivi, Vol 22 198 Sayı 1-2.
6. Alvi A, Myers EN, Carrau R. Malignant tumors of the salivary glands. IN Myers EN, Suen JY: Cancer of the Head and Neck. Philadelphia: WB Saunders; 1996.
7. Batsakis JG. Tumors of the head and neck: Clinical and pathological considerations. 2nd ed. Baltimore, London: Williams and Wilcons;1999.
8. George Adams. Malignant neoplasms of the hypopharynx. Otolaryngology-head and neck surgery. Vol 3. Pp. 1955-1971. Cummings Mosby; 1992.
9. Lindberg R. Distribution of cervical lymph node metastasis from squamous cell carcinoma of the upper respiratory and digestive tracts. Cancer 1972;29:1446-9.
10. McQuirt WF, Mc Cabe BF. The significance of node biopsy before definitive treatment of cervical metastatic carcinoma. Laryngoscope 1978;88:594-7.