

Boyun Kitleleri: 420 Olgunun Retrospektif Analizi

Müzeyyen Yıldırım*, Mehmet Faruk Oktay**, İsmail Topçu**, Faruk Meriç**

ÖZET

Kliniğimizde boyun kitlesi nedeniyle takip edilmiş ve cerrahi uygulanmış olan hastaların tanısal dağılımını saptamak, ayrıca bu olguların klinik ve histopatolojik özelliklerini tartışmak.

Dicle Üniversitesi Tıp fakültesi Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalında, 1992-2004 yılları arasında boyun kitlesi nedeniyle takip edilmiş ve tanı/tedavi amacıyla cerrahi uygulanmış 420 olgunun (152 kadın, 268 erkek) dosyaları yaş, cinsiyet, klinik ve histopatolojik bulguları not edilerek retrospektif olarak incelendi.

Boyun kitlelerinin 189'u (%45) enflamatuvar, 187'si (%44.5) neoplastik, 44'ü (%10.4) konjenital orijinli idi. Neoplastik kitlelerin 74'ü (%39.5) benign, 113'ü (%60.4) malign karakterde idi. Yaş ortalaması enflamatuvar kitlelerde 29.21±16.32, konjenital kitlelerde ise 12,44±4.618 idi. Benign kitleli hastalarda yaş ortalaması 36.5±11.66 iken malign kitleli hastalarda yaş ortalaması 48.44±20.14 idi.

Yurdumuzda boyun kitleli hastalarda enflamatuvar nedenler en sık sebep olarak karşımıza çıkmaktadır. Çalışmamızdaki sonuçlar da bu bilgiyi desteklemektedir. Fakat bu gruptaki bazı hastalıkların insidansında farklılıklar gözlenmiştir. Elde ettiğimiz bulgular sonucunda, tüberküloz insidansındaki belirgin yükseklik, son yıllarda bu konuda yapılmış olan benzer çalışmalarını destekler niteliktedir.

Anahtar Kelimeler: Boyun Kitleleri, Cerrahi Tedavi, Histoloji, Mycobacterium Tuberkülozis

Neck Masses: Retrospective Analysis of 420 Cases

SUMMARY

To investigate the diagnostic distribution of the neck masses who surgically treated in our clinic and also discuss the clinical presentation and histological finding of these pathologies.

Between 1992-2004, 420 patients (152 females, 268 males) with neck masses (aged between 3 to 77 years, mean 35.7) who diagnosed and treated at the Dicle University Hospital, Diyarbakir, were reviewed noting age, sex, clinical presentation and histological finding.

Of the 420 patients, 189 (45%) classified as inflammatory masses, 187 (44.5%) as neoplastic neck masses, and 44 (10.4) as congenital neck masses. The mean age was 29.21±16.32 in patients with inflammatory neck masses, 12.44±4.618 in congenital neck masses. In the neoplastic neck masses group the mean age was 36.5±11.66 in benign lesions, however, it was 48.44±20.14 in malignant lesions.

In our study, inflammatory lesions were the most common pathologies in the etiology of the neck masses. This finding is consistent with some studies in our country previously reported; however, in this group the incidence of some diseases seems to be different. Especially the high incidence of tuberculosis suggests the similar reports which the increase of this disease has been observed.

Key Words: Neck Masses, Surgical Treatment, Histology, Mycobacterium Tuberculosis



GİRİŞ

Boyunda kitle her hekimin karşılaşılabileceği, sık görülen bir şikayettir. Boyunda kitle oluşumuna yol açan nedenlerin çokluğu ayırıcı tanıda zorluk yaratmaktadır. Boyun kitlelerini hastanın yaşı ve kitlenin lokalizasyonuna göre değerlendirmek klinisyene ayırıcı tanıda yardımcı olmaktadır.

Boyun kitleleri doğumsal, enflamatuvar ve neoplastik olmak üzere üç ana grupta sınıflandırılmaktadır (1). Çocuklar ve genç erişkinlerin çoğunda iyi bir öykü ve fizik muayene ile boyundaki kitlenin tanısı konulabilirken, erişkinlerde tüm çabalara rağmen sıklıkla kitle eksizyonu ile tanı konulmaktadır. (1,2).

Bu çalışmanın amacı kliniğimizde boyun kitlesi nedeniyle takip edilmiş, tanı veya tedavi amacıyla cerrahi uygulanmış olan hastaların tanısız dağılımını saptamak, ayrıca bu olguların klinik ve histopatolojik özelliklerini tartışmaktır.

GEREÇ VE YÖNTEM

1992-2004 yılları arasında Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Kulak Burun Boğaz kliniğine boyunda kitle şikayeti ile başvurup, rutin tanı yöntemleri ile tanı konulamayıp cerrahi uygulanan ve histopatolojik inceleme sonucu tanıları konan 420 olgu retrospektif olarak incelenmiştir

Hastaların dosyalarından anamnez KBB muayeneleri, rutin endoskopileri ve labaratuvar bulguları ve Purifiye Protein Derivasyonu (PPD) ölçümleri not edildi. PPD için 10mm üzeri pozitif kabul edildi. Olgularda rutin olarak akciğer grafileri, ultrasonografi ve gerektiğinde bilgisayarlı tomografi ve manyetik rezonans görüntüleri alınmış, daha sonra tüm hastalara genel veya lokal anestezi altında tanı veya tedavi amaçlı kitle eksizyonu uygulanmıştı. Tanısı cerrahi olmayan yöntemlerle (örneğin ince iğne aspirasyon biopsisi gibi) konulmuş olan vakalar ve primeri boyunda olmayan metastatik olgular çalışmaya dahil edilmedi. Tüm doku örneklerine ışık mikroskobu altında histopatolojik incelemeler yapılmıştı.

BULGULAR

Yaşları 3-77 (ortalama 35.7) arasında değişen 420 boyun kiteli olgu çalışmaya dahil edilmiştir. Bu kitlelerin 189'unun (%45) enflamatuvar, 187'sinin (%44.5) tümöral, 44'ünün (%10.4) ise konjenital orjinli olduğu tespit edilmişti. Tümöral kitlelerin 74'ünün (%39.5) benign, 113'ünün (%60.4) ise malign karakterli olduğu saptanmıştır. Yaş ortalamaları enflamatuvar kitlelerde 29.21 ± 16.32 , konjenital kitlelerde 12.44 ± 4.618 belirlenmiştir. Boyunda benign kitle tanısı konulan hastaların yaş ortalaması 36.5 ± 11.66 iken, malign kitle tanısı konulan hastaların yaş ortalaması 48.44 ± 20.14 olarak bulunmuştur. Enflamatuvar kitleler içinde tüberküloz lenfadenit (%40.2); malign kitleler içinde yassı hücreli karsinom (%31.8); benign kitleler içinde lipom (%24) ve konjenital kitleler içinde tiroglossal duktus kisti (%31.8) en sık görülen lezyon olarak saptanmıştır (Tablo 1-4). Tbc lenfadenitli 76 hastanın 60'ında (%79) PPD pozitif ölçüldü. Tüberküloz lenfadenit dışı boyun kitlesi mevcut olan 344 hastanın 199'unda (%58) PPD pozitifliği saptandı. Her iki grupta PPD pozitifliğinin dağılımı, SSPS-12 programında Student T testi kullanılarak karşılaştırıldı.

Tablo 1. Enflamatuvar Kitle

Olgu	Sayı	Yaş ortalaması±standart sapma	Yüzde
Tbc	76	32.8±17.69	40.6
İltihabi	48	23.72±16.16	25.8
Lenfadenopati			
Kr.Sialoadenit	36	35.77±21.32	19.7
Reaktif Lap	19	22.92±15.86	9.8
Y.Cisim	Dev 7	31.33±20.44	3.8
Hücreli Granüloma			
Kikuchi Hastalığı	2	32±2.828	2.5

Tablo 2. Konjenital Kitleler

Olgu	Sayı	Yaş ortalaması±standart sapma	Yüzde
Tiroglossal	14	13.72±4	31.8
Duktus Kisti			
Lenfanjiom	10	20.57±5.533	22.7
Epidermal Kist	9	16.2±4.21	20.4
Brankial Kist	7	13.5±2.618	15.9
Dermoid Kist	2	5±1.414	4.5
Hemanjiom	2	51±1.414	4.5

Tablo 3. Malign Tümoral Kitle

Olgu	Sayı	Yaş ortalaması±standart sapma	Yüzde
Yassı Hücreli Karsinom	36	61.74±13.49	33.3
Lenfoma	30	30.47±21.14	27.9
Undiferansiye Karsinom	12	47.77±26.61	10.8
Adenokistik Karsinom	15	49.57±18.32	13.5
Papiller Karsinom	5	55±18.57	4.5
Metastazi Mukoepidermoid Karsinom	4	44±14.14	3.6
Adeno Karsinom	4	57.66±4.618	3.6
Berrak Hücreli Karsinom	1	64	0.9
Malign Fibroz Histiyositoz	1	70	0.9
Embriyonel Rhabdomyosarkom	1	5	0.9

Tablo 4. Bening Tümoral Kitle

Olgu	Sayı	Yaş ortalaması±standart sapma	Yüzde
Lipom	18	35.62±16.55	23.0
Schwannom	7	37.8±11.99	8.9
Monomorfik Adenom	11	54±19.05	14.1
Pleomorfik Adenom	12	35.33±16.86	15.3
Sialolitiazis	8	30.25±9.035	12.8
Sialoadenozis	3	29±3.23	3.8
Karotid Body Tm	4	35.5±23.35	5.1
Norofibroma	1	38	1.2
Pilomatrixoma	2	17.5±3.54	2.5
Ektopik Tiroid	2	32.5±0.707	2.5
Glomus Vagale	1	36	1.2
Trichoepitelyoma	2	40±2.828	2.5
Benign Fibroz Histiyositoz	1	54	1.2
Benign Lenfoepitelyal Lezyon	1	51	1.2
Leiyomyom	1	36	1.2

TARTIŞMA

Boyun kitleleri etyolojilerinin çeşitliliği nedeniyle dikkatli ayırıcı tanı gerektirmekte ve kesin tanı çoğu zaman patolojik inceleme ile konulmaktadır. Boyun kitlelerinde etyolojik faktörler ülkeden ülkeye farklılık göstermekte-

dir. Gelişmekte olan ülkelerde, enflamatuvar lezyonlar boyun kitlelerinin en sık sebebinin oluşturmasına karşın, gelişmiş ülkelerde doğumsal ve neoplastik kitleler ön plana çıkmaktadır (1,3). Yurdumuzda yapılan pek çok çalışmada enflamatuvar lezyonlar boyun kitlelerinde ilk sırayı oluşturmaktadır ve bizim çalışmamızda bu bulguyu desteklemektedir (4).

Enflamatuvar lezyonların önemli bir kısmını Tüberküloz (tbc) lenfadenit oluşturmaktadır. Tbc tüm dünyada görülen önemli bir sağlık sorunudur ve insidansı özellikle ekstrapulmoner formunda olmak üzere son yıllarda pek çok ülke ile birlikte ülkemizde de artmıştır. Tanıda gecikme, yetersiz tedavi ve dirençli organizmaların ortaya çıkması bu artışın sorumlusu olarak kabul edilmektedir. Tbc'nin ekstrapulmoner formunun en sık görüldüğü yer boyun bölgesidir. Son zamanlarda yurdumuzda yapılmış pek çok çalışma servikal tbc lenfadenit sıklığındaki artışı işaret etmektedir. Koç ve ark. (4) 115 boyun kitleli olguların 19'unda (%16.4), Göçmen ve ark. (5) 112 boyun kitlesinin 14'ünde (%12.5) tbc lenfadenit saptamışlardır. Cıncık ve ark. (6) 409 boyun kitlesinin 57'inde (%14) tbc lenfadenit saptamışlar ve en sık gözlenen enflamatuvar kökenli boyun kitlesi olduğunu bildirmişlerdir. Çalışmamızda olgularımızın 76'sında (%18) patolojik inceleme sonucu tbc lenfadenit saptanmıştır. Bu oran, saydığımız çalışmalarda elde edilen rakamlardan daha yüksektir. Bunun sebebinin bölgemizde tbc insidansının daha yüksek olmasından kaynaklanabileceğini düşünmekteyiz. PPD, boyun kitlesi ile başvuran hastalara rutin olarak yapılmaktadır. Tüberküloz olgularımızda PPD pozitifliği % 79 olarak saptanmış, fakat bu testin yapıldığı diğer boyun kitleleri ile aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlenmemiştir ($p>0.05$). Birçok çalışmada mycobacterium tuberkülozis ile enfekte bütün erişkinlerde PPD testi pozitifdir (7). Yurdumuzda PPD pozitifliği düzenli aşılardan dolayı yüksek oranda görülmekte olup tanisal olarak etkili bir yöntem olarak gözükmemektedir. Uçan ve ark. ülkemizde sağlıklı insanların % 63'ünde PPD ölçümünü 10mm, %54.2'sinde 12 mm'den yüksek saptamıştır (8). İnce iğne aspirasyon biyopsisi



(İİAB) son yıllarda boyun kitleleri için son derece faydalı bir yöntem olarak rutin kullanıma girmiş olmakla birlikte tbc lenfadenit tanısındaki rolü sınırlıdır (5). İnce iğne aspirasyon biopsisi boyun kitlelerinde tanı için önemli bir metottur, fakat tanının doğruluğu sitopatoloğun tecrübesiyle bağlantılıdır (9). İnce iğne aspirasyon biyopsisi eşliğinde kültür alınarak başarılı sonuçlar bildirilmekle birlikte kültür alınmasının 4-6 hafta gibi uzun bir zaman gerektirmesi, bakteri üremesinin sınırlı olması ve her zaman kullanılabilir bir yöntem olmaması bu işlemin dezavantajlarını oluşturmaktadır. Kültür uygulamasının gereksiz cerrahi girişimleri azaltması gibi olumlu bir yönü olmakla birlikte cerrahi ve histopatolojik değerlendirmeler halen tbc tanısında önemli rol oynamaktadır. Histopatolojik değerlendirmede tbc tanısı, kazeifikasyon nekrozu, granülom oluşumu, epiteloid hücrelerin, çok çekirdekli dev hücrelerin varlığı ve nekrotik hücrelerin varlığı ile konulmaktadır (4). Çalışmamızda her hastanın iabb sonuçlarına ulaşamadığımız için iabb açısından değerlendirilme yapılmamıştır.

Boyun kitleleri en sık pediatrik yaş grubunda görülmektedir. Ancak erişkinden farklı olarak iyi bir öykü yanında fizik muayene ve radyolojik tetkikler ile yüksek oranda doğru tanı konulabilmektedir (1,5). Çocuklarda en sık, üst solunum yolu enfeksiyonu sıklığından kaynaklanan enflamatuvar kitlelere rastlanılmaktadır (10). Çalışmamızda enflamatuvar lezyonlardan yalnız tanı ve tedavi amacıyla eksizyonel biopsi uygulanan olgular dahil edilmiştir. Medikal tedavi ile kitlenin gerilediği olgular çalışmamıza dahil edilmedi. Bu nedenle bizim çalışmamızda çocuk yaş grubunda konjenital kitle nedenli boyun kitlesi daha sık karşımıza çıkmaktadır.

Çocuklardaki en yaygın nonenflamatuvar kitle nedeni konjenital kitlelerdir. Konjenital kitleler arasında tiroglossal duktus kisti ve brankiyal kist sıklıkla görülmektedir (11).

Ayrıca çalışmamızda 2 vakada (%2.5) kikuchi hastalığı saptanmıştır. Kikuchi hastalığı veya nekrotize histiositik lenfadenitis, sebebi bilinmeyen, servikal lenfadenopati ile ortaya çıkan bir hastalıktır (12,10). Tipik olarak genç erişkinlerde, tek taraflı lenfadenopatiye

neden olan nadir bir lenfadenittir. İki erkek hastamızda rastladığımız bu lenfadenit daha çok kadınlarda görülmektedir. Hastalık tedavimsiz iyileşmekle birlikte çoğu kez tbc lenfadenit ve lenfoma ile karışması ve bazen de malignite düşündürmesi nedeniyle yanlış tanı ve tedavilere yol açabilir (13).

Neoplastik kökenli boyun kitleleri özellikle yaşlılarda en önemli hastalık grubunu oluşturmaktadır. Çalışmamızda vakaların 187'si (%44.5) neoplastik kitle olup bunların 113'ü (%60.4) malign karakterli olarak bulunmuştur. Tümöral nedenli boyun kitlelerinde malignite oranı 33-64% olarak bildirilmiş ve bu farklılıkta hastaların yaşının etkili olabileceği savunulmuştur (14). Çalışmamızda tümöral kitlelerin yüksek olmasının neoplastik gruptaki yaş ortalamasının göreceli yüksek olmasıyla açıklanabileceğini düşünmekteyiz.

Boyun kitlelerinin ayırıcı tanısında yaş önemli bir faktör olarak gözükmemektedir. Tüberküloz lenfadenit, baş ve boyun kitlelerinin önemli bir sebebinin oluşturduğundan, son zamanlarda artan insidansı da göz önünde bulundurularak boyun kitlesi olan her hastada ilk planda akla gelmeli ve buna yönelik inceleme yapılmalıdır. Histopatolojik inceleme, çoğu vakada temel tanısal yöntem olduğu için, öncelikle ince iğne aspirasyon biyopsisi ve gerekirse eksizyonel biyopsi yaparak tanı doğrulanmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Yalçın Ş. Boyun Kitleleri. Çelik O. ed.. Kulak Burun Boğaz Hastalıkları ve Baş Boyun Cerrahisi: 1.baskı, İstanbul, Turgut Yayıncılık. 2002;860-889.
2. Alvia A, Johnson JT. The neck mass a challenging differential diagnosis. Postgrad Med. 1995; 97:87-90.
3. McGuirt WF. Differential Diagnosis of Neck Masses. In:Cummings CW, Frederickson JM, Harker LA, Krause CJ, Richardson JM, Harker La, Krause CJ, Richardson MA, Schuller DE. Eds.*Otolaryngology Head and Neck Surgery*, 3th. edn, St Louis, Mosby year book,1998: 1686-1699.
4. Koç A, Tutkun A, Batman Ç ve ark. Kliniğimizde boyun kitleleri. KBB Bülteni 1997; 14:10-12.

5. Göçmen H, Gürel T, Özeri C ve ark. Baş boyun kitlelerinde ince iğne aspirasyon biopsisinin tanısal değeri. Türk Otolaringoloji Arşivi 1992; 30:249.

6. Cıncık H, Sağlam Ö, Poyrazoğlu E ve ark. Boyun kitlelerine yaklaşımımız. KBB Postası 2003;13:112

7. Al-Serhani AM. Mycobacterial infection of the head and neck: presentation and diagnosis. *Laryngoscope* 2001; 111:2012-16.

8. Uçan ES, Sevinç C, Abadoğlu O ve ark. Tuberkulin testi sonuçlarının yorumlanması: Ülkemiz standartları ve gereksinimler. *Toraks Dergisi* 2000;1:25-29

9. Shah KA. Fine needle aspiration. *J Laryngol Otol.* 2003;117:493-495.

10. Gujar S, Gandhi D, Mukherji SK. Pediatric head and neck masses. *Top Magn Reson İmaging.*2004; 15:95-101.

11. Görür K, Talas DU, Özcan C. An Unual presentation of neck dermoid cyst. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2004; 17

12. Toure G, Roucayrol M, Meningaud JP. Kikuchi- Fujimoto disease: histiocytic necrotising lymphadenitis. *Rev Stomatol Chir Maxillofac.* 2004; 105:342-4.

13. Ada M, Kaytaz A, Korkut N ve ark. Kikuchi Hastalığı. Türk Otolaringoloji Arşivi 1995; 33:57-59.

14. Ünsal E, Arıkan O, Koç C ve ark. Boyundaki kitlelerin lokalizasyonu. 25. Ulusal Türk ORL kongresi. 18-22.09.1999 İzmir Cilt:2; 628-631.

Yazışma Adresi

Müzeyyen YILDIRIM
Özel Reel Tıp Merkezi/ Diyarbakır
E-mail: muzeyyenyldrm@hotmail.com

