

BOYUN KİTLELERİ

Can Koç*

M. Umut Akyol*

Cafer Özdem**

Boyunda kitle, kulak-burun-boğaz, genel cerrahi, dahiliye, pediatri, göğüs cerrahisi, radyoterapi ve onkoloji gibi değişik tıp disiplinlerinin ortak ilgi alanını oluşturan, oldukça sık görülen bir patolojik durum olarak ilk basamak sağlık hizmeti yürüten pratisyen hekimlerin ve aile hekimlerinin de sıklıkla karşılaştıkları komplike bir sağlık sorununu oluşturur. Boyun çok değişik ve çok miktarda neoplazmın görüldüğü ve lenfatik ağı en yoğun olduğu vücut bölgesidir. İçerdiği hayati organ, damar, sinir ve lenf ağı nedeniyle önemi daha da artmaktadır. Boyunda kitle KBB polikliniklerinde sık görülen bir başvuru nedenidir.

Pediyatrik ve genç erişkin hasta gurubunda, (21 yaşın altında), boyundaki kitlelerin % 85'inin nedeni enfeksiyöz ve konjenital kökenli kistler ve malformasyonlar iken; erişkinlerde benign tiroid hastalıkları hariç boyun kitlelerinin % 80'i neoplastik kökenlidir ve bu oran 5. dekattan sonra % 90 a ulaşmaktadır. Bu neoplazik kitlelerin % 70'i maligndir ve bunların da dörtte üçü metastatik, dörtte biri primer malignitelerdir (7,21). Boyunda kitle bulgusu ile başvuran her hastada, ayırıcı tanının başında malign bir hastalık düşünerek, vakit geçirmeden klinik ve laboratuvar yöntemler ile etiyoloji araştırılmalı ve tedavi planlanmalıdır. Ancak, primer odak araştırılmadan, boyundaki kitleden direkt biopsi almak gibi, maalesef hala sıklıkla uygulandığına tanık olduğumuz, başarılı tedavi olasılığı var olan bazı hastaların bu olanaklarını yok edip, yaşam süresi ve niteliğini son derece olumsuz etkileyen büyük tıbbi hatalardan kaçınmak gereklidir. Bu çalışmanın amacı, kliniğimiz tecrübesini sunarak, multidisipliner, geniş bir hekim kitlelerini ilgilendiren boyun kitleleri konusunu, yurdumuzdaki özellikleri ile, literatür ışığı altında tartışmaktır.

* Ankara Numune Hastanesi II. K.B.B. Ki. Uzman Dr.

** Ankara Numune Hastanesi II. K.B.B. Kl. Doç. Dr., Şef

Geliş Tarihi : Ağustos 9, 1994

Kabul Tarihi : Mart 30, 1995

MATERYAL VE METOD

Bu retrospektif çalışmada Ankara Numune Hastanesi 2. KBB Kliniğinde 1987 - 1993 yılları arasında boyunda kitle bulgusu ile başvuran ve gerekli tedavisi yapılan 330 hasta incelenmiştir. Dosyaları ayrıntılı olarak taranan tüm hastalardan detaylı anamnez alınmış, fizik ve KBB muayeneleri, laboratuvar incelemeleri yapılmıştır.

Tiroid glanddan köken alan tümörler, ağırlıklı olarak genel cerrahi ve endokrinoloji kliniklerinde incelenerek tedavi edildiklerinden, bu çalışmaya dahil edilmemişlerdir. Enfeksiyöz kökenli olduğu düşünülen vakalar 2 hafta antibiyotik tedavisi verilerek takip edilmiş, spesifik enfeksiyonlara yönelik tetkikler yapılmış, daha sonra gerekirse eksizyonel biyopsi yapılmıştır. Konjenital olduğu düşünülen kitleler de uygun cerrahi teknik ile çıkarılmış ve histopatolojik tetkike gönderilmiştir.

Primer odakları bulunan metastatik kitlelerde, bu odaklardan biyopsi alınarak kesin histopatolojik tanı konulmuştur. Hastaların patoloji sonuçlarına göre uygun tedavileri (cerrahi, kemoterapi, radyoterapi ya da bunların kombinasyonları) yapılmıştır. Primeri belli olmayan kitlesi olan hastalarda ise ayrıntılı radyolojik, sintigrafik, hematolojik tetkikler yapılmış, endoskopik yöntemlerle üst solunum ve sindirim yolları mukozaları incelenmiş ve şüpheli yerlerden biyopsi alınmıştır. Tüm bu araştırmalar ile primer odak bulunamayan vakalarda, mobil kitlelerde eksizyonel biyopsi, fikse kitlelerde ise planlanan cerrahi tedaviden kısa süre önce, insizyonel biyopsi yapılmıştır.

SONUÇLAR

Çalışmayı oluşturan 330 vakalık grupta, hastaların 198'i erkek (% 60), 132'si (% 40) kadındır. 47 hastanın (% 14.2) pediatrik yaş grubunda (16 yaş ve altında) olduğu görülmüştür.

Histopatolojik inceleme sonuçlarına göre boyun kitleleri neoplastik, enfeksiyöz, konjenital ve diğerleri olarak 4 ana guruba ayrılmıştır. İncelenen 330 hastada tespit edilen etiyolojiler ve bunların cinsiyete göre dağılımı Tablo I'de gösterilmiştir.

Neoplastik grup da kendi içerisinde primer benign, primer malign ve metastatik olarak 3 guruba ayrılmıştır. (Tablo II, III ve IV) Metastatik malign neoplazmlar grubunda tüm araştırmalara karşın 8

hastada primer malign odak bulunamamıştır. Konjenital kökenli boyun kitleleri ve diğerleri olarak sınıflanan guruplardaki etiyolojik nedenler ise tablo V ve VI'da gösterilmiştir.

Tablo 1 : Boyunda Kitle Saptanan 330 Hastada Cinsiyet Dağılımı ve Tanıya Göre Sınıflandırılma

	n	%	Erkek	Kadın
Neoplastik	169	% 51.3	104	48
Enfeksiyöz	109	% 33.0	61	65
Konjenital	48	% 14.5	30	18
Diğerleri	4	% 1.2	2	2
Toplam	330	% 100	197	133

Tablo 2 : Neoplastik Kökenli Primer Benign Kitlelerin Dağılımı. (n : 48)

	Submandibular		
	Parotis	Gland	Boyun
Pleomorfik adenom	19	4	—
Warthin Tümörü	7	—	—
Onkositom	1	—	—
Lipom	1	1	8
Adenom	1	—	—
Scwannom	1	—	2
Nörofibrom	1	—	—
Lenfanjiyom	—	1	—
Karotid Body Tm.	—	—	1
Toplam	31	6	11

Serimizde neoplastik patolojiler % 51 ile (169/330) en çok görülen etiyolojiyi oluşturmuştur. 169 neoplazik kökenli kitlenin 48'i benign (% 28), 121'i maligndir (% 72). Bunu enfeksiyöz kökenliler % 34 (109/330), konjenital anomaliler % 14 (48/330) ve diğerleri % 1 (4/330) izlemiştirler. Neoplastik gurup içindeki primer benign neoplazmlar gurubunda tükrük bezi tümörleri (37/48) ve bunlar arasında da parotisin pleomorfik adenomu (19/37) en çok görülen tümördür. Primer malign gurubu 3 lenfoma ve 3 tiroid kanseri hariç tamamen tükrük bezi kaynaklı tümörler oluşturmakta olup, en çok görüleni parotisin mukoepidermoid kanseridir (4/27).

Tablo 3 : Neoplastik Kökenli Primer Malign Kitlelerin Dağılımı. (n : 27)

	Submandibular		
	Parotis	Gland	Boyun
Mukoepidermoid Ca.	4		4
Adeno Ca.	3		
Lenfoma	3		4
Adenoid - kistik Ca.	1		
Malign Mikst Tm.	1	3	
Rhabdomyosarkom	1		
Epidermoid Ca.		2	
Malign Melanom met.		2	
Asinik Cell Ca.		3	
Toplam	13	10	4

Tablo 4 : Boyuna Metastaz Yapan Malign Tümörlerin Primer Odakları

Primer Odak	n
Larinks	39
Nazofarinks	27
Dudak	6
Dil 2/3 anteriyor	2
Dil kökü	1
Oral kavite	4
Tonsil	3
Tiroid	3
Primeri bulunamayan	8
İnfraklaviküler (AC)	2
Toplam	94

Metastatik patolojiler ise neoplastik kökenli kitleler arasında 94 vakayla (%55) en çok görülen nedeni oluşturmuştur. Bu grupta primeri larinks ve nazofarenkste olan kitleler (sırasıyla 39/94 ve 27/94) ilk iki sırayı almışlardır.

Enfeksiyöz kitlelerde tüberküloz lenfadenit (39/103) % 37.8 ile ilk sıradadır. Bunu % 16.5 ile submandibüler sialoadenit izlemektedir (17/103).

Tablo 5 : Boyunda Kitleye Neden Olan Enfeksiyöz Patolojiler.

Etiyoloji	Kadın	Erkek	Toplam
TBC lenfadenit	21	18	39
Kr. Submand. sialoadenit	6	11	17
Derin boyun absesi	5	11	16
İltihabi granülasyon dokusu	3	6	9
Kr. lenfadenit	3	4	7
Parotis kr. sialoadenit	3	3	6
Bezold absesi	4	2	6
Kedi tırmığı Hastl.	3	—	3
Toplam	48	61	103

Tablo 6 : Çocuk Hastalarda Boyundaki Kitlenin Etiyolojik Nedenleri.

Etiyoloji	n	%
Enfeksiyöz	24	% 51
Neoplastik	11	% 23
Konjenital	11	% 23
Diğerleri	1	% 3
Toplam	47	% 100

Çocukluk çağında enfeksiyöz kökenli kitleler en sık görülürken, konjenital anomaliler de bir teratom vakası hariç tamamen tiroglosal ve brankial kistlerden oluşmaktadır. Konjenital kökenli vakalarımızın yaş ortalaması 19 olarak bulunmuştur.

Birer vaka ile Laringosel, Kimura Hastalığı, Rosai-Dorfman Hastalığı ve Sjögren Hastalığı boyunda kitle nedenlerinin «diğerleri» grubunu oluşturmaktadır.

TARTIŞMA

Boyundaki her palpe edilebilen gland veya adenopati anormal değildir. Çapı 1 cm. üzerindeki, özellikle hassasiyet göstermeyen her kitle ileri tetkik ve izlem veya cerrahi tedavi gerektiren bir malignansi olasılığı gözönünde bulundurularak değerlendirilmelidir. (1,13,15,18). Özellikle ileri yaşlarda, kısa zaman önce ortaya çıkan, hızlı büyüyen, ağrısız, sert kitleler maligniteyi düşündürür.

Boyunda kitlelerin etiyolojik çalışmalarında farklı sonuçlar bildirilmiştir (1,6,15). Sloughter ve arkadaşlarına (18) göre boyun kitlelerinin yarısından çoğu neoplastik kitlelerdir. Bizim serimizde de bu oran % 50.9'dur. Neoplastik kitleler benign ve malign, malign olanlar primer ve metastatik olarak ikiye ayrılmıştır. Primer malign grubunda ağırlık tükrük bezi tümörlerindedir. Tükrük bezi tümörlerinde ultrasonografi, sialografi ve bilgisayarlı tomografi ile bilgi sahibi olunmuş, kesin tanı eksizyonel biyopsi ile konulmuştur (2,3,4,5,6,20). Parotisin mucoepidermoid kanseri bizim serimizde en sık görülen tükrük-bezi kökenli tümördür. Wroger ve arkadaşlarına (20) göre malign parotis tümörleri arasında % 50 oranında görülen mucoepidermoid kanserin görülme oranı bizim serimizde % 30'dur. Tüm hastalar patoloji sonucuna göre uygun yöntemler ile tedavi edilmiştir.

Çalışmamızın sonucunda da göreceğimiz gibi servikal metastazların çoğu üst solunum ve sindirim yolları mukozalarındaki primer odakların yayılımlarıdır. Metastatik malign grupta larinks ve nazofarinks kaynaklı tümörlerin metastazları % 76.5 ile en büyük grubu oluşturmaktadır (79/94).

Baş, boyun bölgesinin lenfatik direnaja bilmek bize primer odak hakkında fikir verir. Tonsiller fossa, hipofarenks, dil kökü, nazofarenks gibi muayenede kolayca görülemeyen bölgelerin tümörleri sık servikal metastaz yaparlar (15,19). Bu oran dil kökü epidermoid kanserlerinde % 55'i, nazofarenksde % 60 - 80'i bulur (11,12,13,16,17). Bu nedenle boyun kitlelerine yaklaşımda ayrıntılı KBB muayenesi, özellikle metastatik neoplazilerde hayati önem taşır. Tam bir kulak, burun, boğaz incelemesi yapmadan primer odağın tespiti mümkün değildir. Bu durumda boyundaki kitleden, primer odak yeterince araştırılmadan, tanı amacıyla biyopsi alındığında hastalığın lenfatik direnaji değiştirilecek, tümörün cilde ve çevre dokulara yayılımına ve agrevasyonuna neden olunacak ve hastanın iyileşme şansı büyük ölçüde azaltılacaktır. Bu nedenle hiç bir hekim boyundaki bir kitleden primer odağa yönelik ayrıntılı KBB, baş-boyun incelemesi yapmadan biyopsi almamalıdır.

Boyun kitlelerinin yaklaşık 1/100'ü infraklaviküler kaynaklıdır (7,9). Bizim serimizde infraklaviküler kökenli 2 akciğer kanseri metastazı tespit edilmiş ve tedavileri ilgili bölümlerce sürdürülmüştür.

Yapılan çalışmalarda tüm incelemelere rağmen % 3 - 5 oranında primeri bilinmeyen kitlelerin varlığı bildirilmiştir (8,14). Primeri tes-

pit edilemeyen bu vakalarda mümkünse eksizyonel biyopsi yapmak gerekir. Kitle vital organlara fikse ise insizyonel biyopsi tercih edilir. Bu işlem yapılırken sonraki bir cerrahi girişim düşünülerek insizyon dikkatle işaretlenmeli ve uygun yere yapılmalı ve biyopsi tedaviye yönelik cerrahiden mümkün olduğunca kısa süre önce yapılmalıdır.

İlk incelemede hastalarımızın 21'inde klinik ve laboratuvar incelemelere rağmen biyopsi öncesi primer odak bulunamamış, bunlardan alınan biyopsilerin patoloji raporları doğrultusunda tekrar yapılan incelemeler ve biyopsiler sonucu 13'ünde primer odak saptanmıştır. Bu primer odaklar arasında nazofarenks ve larinks epidermoid kanseri ilk iki sırayı almaktadır. Ancak 8 vakada primer odak tüm araştırmalara karşın saptanamamıştır. Bu vakaların 7'sinin biyopsi sonuçları metastatik epidermoid karsinom, bir tanesi malign melanom metastazi olarak rapor edilmiş ve hastalara radikal boyun diseksiyonu yapılarak post-operatif radyoterapi verilmiştir.

Boyundaki neoplazilerin çoğu tükrük bezi kaynaklıdır (2,4,5,6). Bu çalışmamızda 169 neoplastik boyun kitlesi vakasının 60 tanesi (% 35) tükrük bezi kaynaklı olup, en sık görülen gurubu oluşturmaktadırlar. Bunlardan parotiste yerleşen benign tümörler bezin herhangi bir yerinde ortaya çıkabilen, yavaş gelişen, ağrısız, sert ve kapsüllüdürler. Bir çok seride olduğu gibi bizim serimizde de en sık rastladığımız benign tümör pleomorfik adenomdur. Bunu daha çok kuyruk bölgesinde yerleşen Warthin tümörü izlemektedir. Uzun süredir var olan, çok ağır büyüyen, genellikle mobil ve ağrısız kitleler benign olarak düşünülür.

Boyunda yeni ortaya çıkmış, hassas, üzerinde ısı artışı ve kızarıklık olan kitle enfeksiyonu düşündürür. Enfeksiyöz kökenli boyun kitlelerinde tedavi prensibimiz, en az onbeş gün süresince geniş spektrumlu antimikrobik tedavi görmesine rağmen kitlenin sebat ettiği, ya da ilerlediği vakalara veya enfeksiyonun cilde açılıp nekroze veya fistülize olduğu, büyük kitleler oluşturduğu dolayısı ile sistemik antimikrobik tedaviden yarar göremeyecek kadar ilerlemiş olduğu vakalarda mümkünse eksizyonel, değilse insizyonel biyopsi yapmaktır. Biyopsi mümkün olduğunca kitlenin tümünü gerekirse fistülize olduğu ve nekroze ettiği cildi de beraberinde çıkaracak tarzda yapılmaya çalışılır. Tbc düşündürülen ve aktif enfeksiyonun radyolojik ve mikrobiyolo-

jik vsolarak gösterildiği vakalarda anti tbc tedavi amacıyla hastalarımızı verem savaşı dispanserlerine göndermekteyiz. Ancak aktif enfeksiyon odağı gösterilemeyen ve tbc lenfadenit düşündüğümüz hastalarda boyundaki kitleleri biyopsi amacıyla çıkarmakta ve histopatolojik ve mikrobiyolojik inceleme sonuçlarına göre tedavimize devam etmekteyiz. Çalışmamızda enfeksiyöz kökenli 109 hastanın 39 tanesini tbc lenfadenitliler oluşturmuştur. Enfeksiyon gurubunda 61 (% 55) erkek, 48 (% 45) kadın hastaya cerrahi müdahale yapılmışken bunlar arasında tbc tanısı alanların çoğunluğunu kadınların oluşturması dikkat çekicidir.

Konjenital vakalar öyküleri ve lokalizasyonları itibarı ile çoğunlukla daha kolaylıkla tanınırlar. Tiroglossal kistler hemen her zaman orta hatta, infrahiyoid bölgede, brankiyal kistler ise sternokleidomastoid kas 1/3 üst-ön kısmında daha sık bulunurlar (21). Noyak ve arkadaşlarına (10) göre tiraglossal kistler genellikle orta hatta bulunup yaşamın ikinci dekatında ortaya çıkarlar.

Son yıllarda üzerinde çok tartışılan ancak sonuçları konusunda çelişkili yayınlar bulunan ince iğne aspirasyon biyopsisi kliniğimizde rutin olarak kullanılmamaktadır. Bazı vakalarda uyguladığımız bu yöntemi kesin tanı koydurucu değil, tanıya yardımcı olarak uygulamaktan yanayız.

ÖZET

Boyunda kitle bir çok tıp disiplinini ilgilendiren ve sık rastlanılan bir patolojik durumdur. Boyunda tespit edilen her tümöre aksi ispat edilinceye kadar bir malignite şüphesi ile yaklaşmalı ve bir metastaz olasılığı göz önünde bulundurularak, primer patolojinin tespitine yönelik ayrıntılı kulak - burun - boğaz muayenesi yapılmadan bir girişimde bulunmamalıdır. Nitekim kliniğimizde altı yıllık bir süre içerisinde müdahale ettiğimiz boyunda kitle vakalarının % 51.3'ü neoplastik, % 33'ü enfeksiyöz ve % 14.5'i konjenital kökenlidir ve tüm hastaların % 28.5'inde ise boyunda malign tümör metastazı saptanmıştır. Konuyla ilgili 330 hastalık bir çalışma sunulmuş ve literatür eşliğinde tartışılmıştır.

Anahtar Sözcükler : boyun, tümör,

SUMMARY**Tumours In Neck**

Tumour in the neck is a common pathological condition, that can be diagnosed by physicians from different branches of medicine. A neck lump must be considered a malignant tumor unless proven otherwise and the primary site of a possible metastasis must be searched by means of a complete otolaryngologic examination before a diagnostic biopsy is performed. In our experience 51.3 % of the patient's neck tumours were neoplastic. 33 % were infectious and 14.5 % were kongenital in origin. Patients with neck lumps (n : 330), that were treated in our clinic in a time period of 6 years were presented and the subject was discussed.

Key words : neck, tumour.

KAYNAKLAR

1. Altuğ H : Servikal adenopatide klinik ayırtıcı teşhis araştırmaları. Türk ORL Arş. 7 : 4, 1969.
2. Borçbakan C Gerçek M : Parotis bezi tümörlerinde tedavi görüşlerimiz. Türk ORL Bül. 3 : 169-178, 1978.
3. Cuhruk Ç Aktürk T Akiner M : The diagnostic value of ultrasound and sialoagrophy in major salivary gland masses. Ist. European Otorhinolaryngology and servicofacial surgery congress Abst. Book, pp 71, Paris, 1988.
4. Esmer N Cuhruk Ç Borçbakan Ç Çalgüner M : Tükrük bezi tümörleri. Kanser 3 : 1-19, 1973.
5. Hoşal N Turan E Ceryan K ve ark. : Tükrük bezi tümörleri. Türk ORL Arşivi, 25 : 61-71, 1987.
6. Johns ME Nachlas NE : Salivary gland tumors. In Paparella, Shumrich eds. Otolaryngology vol : 3, Philadelphia 2099-2129, 1991.
7. Lindberg R Distribution of cervical lymph node metastases from squamous cell carcinoma of the upper respiratory and digestive tracts. Cancer 29 : 1446-1450, 1972.
8. Maulard C Housset M Brunel P et al : Post-operative radiation therapy for cervical lymph node metastases from an occult squamous cell carcinoma. Laryngoscope 102 : 884-890, 1992.

9. Nordrom DG Tawfik HH Latovnette HB : Cervical lymph node metastases from unknown primary. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 5 : 73-76, 1979.
10. Noyak AM et al. : Thyroglossal duct and ectopic tiroid disorders. *Otol Clin North Am* 14 : 187-201, 1981.
11. Rao Y Lwitt S : Nasopharyngeal carcinoma. In Quarrie M ed. *Head and Neck Cancer*, Chicago pp : 263-272, 1986.
12. Razack MS' et al. : Significance of site and nodal metastaese in squamous cell carcinoma of epiglottis. *Am J Surg* 136 : 520-524, 1978.
13. Richard JM et al. : Prognostic factors in cervical lymph node metastases in upper respiratory and digestive tract carcinomas : Study of 1713 cases. *Laryngoscope* 97 : 46-51, 1987.
14. Richard JM Micheau C : Malignant cervical adenopathies from carcinomas of unknown origin. *Tumori* 63 : 249-258, 1977.
15. Sako K Pradier RN Marchetta FC et al. : Fallibility of palpation in the diagnosis of metastases to cervical nodes. *Surg. Gynecol. Obstetrics* 118 : 989, 1964.
16. Skinner WD VanHasselt AC : Nasopharyngeal carcinoma : Modes of presentation. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 100 : 544-551, 1991.
17. Skinner WD VanHasselt : Nasopharyngeal carcinoma : Modes of presentation. *Ear Nose Throat J* 69 : 237-240, 1990.
18. Sloughter DP Marjarakis JD Southwich HW : Clinical evaluation of swelling in the neck. *Surg. Clin North Am* 36 : 3-9, 1956.
19. Spiro RH Alfonso AE Farr HW : Cervical node metastasis from epidermoid carcinomas of the oral cavity and oropharynx. *Am J Surg* 128 : 562-567, 1974.
20. Wroger SB Allan MN : Management of parotid neoplasm in *Controversy in Otolaryngology*. Philadelphia 2231-2263, 1982.
21. Tinel Ziya Erkan Ü : 1965-75 yılları arasında kliniğimizde müdahale ettiğimiz 30 tiroglossal ve brankial fistül vakası ve aldığımız sonuçlar. *Milli Türk ORL Bült.* 1 (3) : 31-34, 1976.