

İKİNCİ BRANKİYAL YARIK KİSTİ ÖN TANILI HASTALARDA HİSTOPATOLOJİK DOĞRULUK PAYI VE AYIRICI TANISINDA SERVİKAL TÜBERKÜLOZUN ÖNEMİ

Histopathological Accuracy in Patients Prediagnosed with Second Branchial Cleft Cyst and the Importance of Cervical Tuberculosis in Differential Diagnosis

Mansur DOĞAN¹, Merve ÇİFTÇİ², Fikret ÖZDİL³, Berat Baturay DEMİRİRAN⁴

ÖZET

Amaç: Bu çalışmanın amacı, fizik muayene ve görüntüleme yöntemleri ile Brankial Yarık Kisti (BYK) ön tanısı konulan hastaların, cerrahi öncesi ince iğne aspirasyon biyopsi (İİAB) verisi olmadan cerrahi sonrası histopatolojik sonuçların da doğruluk payını araştırmak ve ayırıcı tanılar arsında yer alan servikal tüberkülozun önemini tartışmaktır.

Gereç ve Yöntemler: Bir üçüncü basamak Üniversite Hastanesi Kulak Burun Boğaz kliniğinde 2009-2020 yılları arasında boyunda kitle şikayeti ile başvuran ve ön tanısı BYK olan hastaların operasyon sonrası histopatolojik verilerin analizi yapılarak sonuçlar değerlendirildi. Operasyon öncesi İİAB verisi olmayan hastalar çalışmaya dahil edildi. Histopatolojik sonuçları ile ön tanı uyumlu hastalar Grup 1, ön tanı ile uyumlu olmayan hastalar Grup 2 olarak sınıflandırıldı. Retrospektif elde edilen veriler parametrik olmayan testler ile SPSS paket programında analiz edilmiştir.

Bulgular: BYK tanısı ile ameliyat edilen 22 erkek, 22 kadın toplam 44 hasta çalışmaya dahil edildi. Toplam 24 hastanın histopatolojik sonucu BYK ile uyumlu idi. Grup 1 olarak değerlendirilen 24 hastanın yaş ortalaması 23 olarak hesaplandı. Hastalar toplam olarak cinsiyetler açısından karşılaştırıldığında anlamlı farklılık izlenmedi ($p>0,05$). Grup 2'de histopatoloji sonucu tüberküloz olan hastaların yaş ortalaması 58 idi. Gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edildi ($p=0,020$).

Sonuç: Boyun kitleleri ile başvuran hastalarda BYK ön tanısının doğrulanması, multidisipliner bir yaklaşım gerektirir. Klinik, radyolojik ve histopatolojik bulguların bir arada değerlendirilmesi, doğru tanı ve tedavi stratejisinin belirlenmesinde hayati önem taşımaktadır. Özellikle ileri yaş hastalarda, tüberküloz gibi enfeksiyöz patolojilerin de dikkate alınması, tanısız gecikmelerin önlenmesine ve tedavinin doğru yönlendirilmesine yardımcı olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Brankiyal Yarık Kisti; İnce İğne Aspirasyon Biyopsisi; Histopatolojik Analiz; Tüberküloz

ABSTRACT

Objective: The present study aimed to investigate the accuracy of postoperative histopathological results of patients prediagnosed with branchial cleft cyst (BCC) through physical examination and imaging methods without preoperative fine-needle aspiration biopsy (FNAB) data and to discuss the importance of cervical tuberculosis among differential diagnoses.

Material and Methods: The postoperative histopathological data of patients who presented to a tertiary University Hospital Ear Nose and Throat Clinic between 2009 and 2020 with complaints of a mass in the neck and were prediagnosed with BCC were analyzed, and their results were assessed. The study included patients without preoperative FNAB data. Patients whose histopathological results were consistent with the prediagnosis were classified as Group 1, and patients whose histopathological results were inconsistent with the prediagnosis were classified as Group 2. Retrospectively collected data were analyzed with non-parametric tests and SPSS package program.

Results: A total of 44 patients, 22 males and 22 females, who underwent surgery with the diagnosis of BCC were included in the study. The histopathological results of 24 patients were consistent with BCC. The average age of the 24 patients evaluated as Group 1 was 23. No significant difference was observed when patients were compared in terms of sex ($p>0.05$). In Group 2, the average age of patients in whom tuberculosis was detected as a histopathological result was 58. A statistically significant difference was identified between the groups ($p=0.020$).

Conclusion: A multidisciplinary approach is required to confirm the prediagnosis of BCC in patients who present with neck masses. Evaluating clinical, radiological, and histopathological findings together is vital to determining the correct diagnosis and treatment strategy. Considering infectious pathologies, such as tuberculosis, will help prevent diagnostic delays and guide treatment correctly, especially in older patients.

Keywords: Branchial Cleft Cyst; Fine-Needle Aspiration Biopsy; Histopathological Analysis; Tuberculosis

¹Sivas Cumhuriyet Üniversitesi,
Tıp Fakültesi,
Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı,
Sivas,
Türkiye.

²Erbaa Devlet Hastanesi,
Kulak Burun Boğaz Kliniği,
Tokat,
Türkiye.

³Kilis Prof. Dr. Alaeddin Yavaşca Devlet
Hastanesi,
Kulak Burun Boğaz Kliniği,
Kilis,
Türkiye.

⁴Çankırı Devlet Hastanesi,
Kulak Burun Boğaz Kliniği,
Çankırı,
Türkiye.

Mansur DOĞAN, Doç. Dr.
(0000-0002-3964-9363)

Merve ÇİFTÇİ, Uzm. Dr.
(0000-0001-7505-8723)

Fikret ÖZDİL, Uzm. Dr.
(0000-0002-3912-863X)

Berat Baturay DEMİRİRAN, Uzm. Dr.
(0000-0003-3543-1137)

İletişim:

Uzm. Dr. Merve ÇİFTÇİ
Erbaa Devlet Hastanesi, Kulak Burun
Boğaz Kliniği, Tokat, Türkiye.

Geliş tarihi/Received: 10.12.2024

Kabul tarihi/Accepted: 19.02.2025

DOI: 10.16919/bozoktip.1599139

Bozok Tıp Derg 2025;15(1):89-92

Bozok Med J 2025;15(1):89-92

Giriş

Brankiyal yarık kistleri (BYK), embriyonik gelişim sırasında birinci ve dördüncü farengial keselerdeki yetersiz involüsyondan kaynaklanan doğuştan gelen anormalliklerdir (1). BYK genellikle yenidoğan döneminde mevcuttur ancak asemptomatiktir. Sıklıkla çocukluk döneminde semptom verirler. Kistler genellikle ağrısızdır, ancak büyüdükçe veya enfekte olduğunda ağrı ve enfeksiyon belirtileri ortaya çıkabilir. BYK'inin en yaygın türü ikinci yarıktan kaynaklanır. Brankiyal yarık kistleri tüm BYK %95 'ini oluşturur, tipik olarak 10 ile 40 yaşları arasında görülürken, klasik başlangıç yeri karotis kılıfının yüzeyinde, submandibuler gland posteriorunda, strenomastoid kasın anteromedial sınırı boyunca bir kitle olarak karşımıza çıkar (2). İkinci brankiyal kistlerin sonografik görünümüleri klasik basit kist şeklinde olabileceği gibi, içerisinde septa ve debris bulunan psödosolid ve heterojen kitleler de olabilir.

Tanı genellikle fizik muayene ve görüntüleme yöntemleri kullanılarak konulur. Ultrasonografi, bilgisayarlı tomografi (BT) veya manyetik rezonans görüntüleme (MRG) gibi görüntüleme tetkikleri, kistin boyutunu, yerini ve içeriğini belirlemek için kullanılır. Tomografi de klasik olarak ince duvarlı düşük attenuasyonlu kitle olarak görülürken, MRG'de T2 de hiperintens, T1 de hipointens olarak görülür. Tüm görüntüleme yöntemlerinde önceki enfeksiyon veya kanama ile komplike olan brankiyal yarık kistleri septalar içeren kötü tanımlanmış heterojen kalın duvarlı kitleler olarak da görülebilir (3). Böyle komplike olmuş bir kitle baş boyun tümörlerini taklit edebileceği gibi, tümörlerle de karışabilir. Ayrıca tamamen farklı granüloamatöz enfeksiyonların nekrozlarıyla karışabilir. İnce iğne aspirasyon biyopsisi kisti malign kitlelerden ayırmak için tercih edilir (4).

Brankiyal yarık kisti tedavisinde birçok nedenden dolayı elektif şartlarda cerrahi tedavi tercih edilir. En sık nedenler arasında tekrarlayan enfeksiyon öyküsü, son zamanda artan kitle boyutu, histopatolojik tanı gerekliliği olan bilinmeyen kitle yer almaktadır. Acil olabileceği nadir durumlar ise hava yolu obstrüksiyonu veya abseleşme sayılabilir. Enfekte olduğu durumlarda sistemik antibiyoterapi planlanır, cerrahi plan sınırlarını bozacak insizyon ve drenaj işlemleri genelde tercih edilmez. Temel cerrahi prosedür kitlenin tüm epitalyal

bileşenleriyle beraber sinüs ve fistül traktlarının tümünü içerek şekilde eksizyonudur (5).

Bu çalışmada, boyunda kitle ile başvuran klinik ve radyolojik bulgular ışığında ikinci brankiyal yarık kisti ön tanısı alan hastalarda çok geniş bir yelpazede histopatolojik sonuç olabileceğini ve vaka öncesi hazırlık aşamalarında ince iğne biyopsi önemini vurgulamayı amaçladık.

GEREÇ VE YÖNTEM

Kliniğimize 2009-2020 yılları arasında boyunda kitleyle başvuran ve ön tanısı BYK olan 44 hastanın verileri retrospektif olarak incelendi. Her hastanın ayrıntılı anamnezi, yaşı, fizik muayenesi tanı için uygulanan görüntüleme prosedürleri yapılmış olup operasyon sonrası histopatolojik incelemesi raporları not edildi. Hastaların ilk basamak görüntülemesinde her zaman ultrasonografi seçildi. Daha sonra kistik lezyon belirtilen hastalar BT ve/veya MRI görüntüleme yöntemleriyle daha ayrıntılı incelendi. Solid kitle ve İİAB verisi olan hastalar çalışma dışı bırakıldı. Cerrahi sonrası histopatolojik verilerin analizi yapılarak sonuçlar değerlendirildi. Histopatoloji sonuçları BKY olan ve ön tanısı ile uyumlu olan hastalar Grup 1, BKY ön tanısı ile uyumlu olmayan hastalar Grup 2 olarak kabul edildi. Çalışmanın etik kurul onayı Girişimsel Olmayan Etik Kurulu'ndan Tarih:14.04.2021; Karar No:2021-04/01 alınmıştır. Hastalar bilgilendirilmiş onam formunu imzalamıştır.

İstatistiksel Analiz

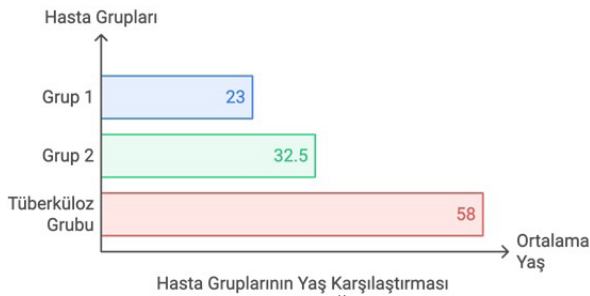
Çalışma kapsamında toplanan hasta verileri IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) for Windows 21.0 (IBM Corp., Armonk, NY) paket programı ile analiz edildi. Kategorik veriler için frekans ve yüzde, sürekli veriler için ortalama ve standart sapma tanımlayıcı değerler olarak verildi. Gruplar arası karşılaştırmalarda iki grup için "Bağımsız Örneklem T-testi", kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında ise "Pearson Ki-Kare Testi" kullanıldı. Sonuçlar p-değeri 0,05'ten küçük olduğunda istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

BULGULAR

Çalışmaya dahil edilen 44 BYK ön tanılı olgunun %50'si erkek(n=22), %50'si(n=22) kadın idi. Olgular cinsiyet

açısından homojen dağılım göstermektedir. Ardından patoloji sonuçlarına göre iki gruba ayrıldı. İlk olarak brankiyal yarık kisti ile uyumlu patoloji sonuçları olan Grup 1 24 hasta ve diğer patoloji sonuçları Grup 2 20 hasta olarak ayrıldı.

Elde ettiğimiz verilerde brankiyal yarık kisti hem ön tanısı hem patolojisi uyumlu olan Grup1 de 24 hasta mevcuttu. Evrenin %54 'ünü oluşturan kısmın yaş ortalaması 23, İkinci grupta yer alan hastaların yaş ortalaması 32,5, tanısı tüberküloz olan 4 hastanın yaş ortalaması 58 idi (Şekil-1). İstatistiksel olarak Grup 1'deki hastaların yaş ortalaması arasında anlamlı fark tespit ettik ($p=0,02$). Tüberküloz ile brankiyal



Şekil 1. Hasta Grupların Yaş Dağılımı

TARTIŞMA

Boyun kitleleri konjenital, enflamatuar ve neoplastik olmak üzere 3 farklı ana grupta incelenen her yaşta karşımıza çıkabilecek bir durumdur. Brankiyal kistler embriyolojik gelişim sırasında oluşan doğuştan gelen anormalliklerdir. Bu çalışmada, boyun kitleleri ile başvuran ve BYK ön tanısı konulan hastaların retrospektif olarak histopatolojik değerlendirmesi yapılmıştır. Bulgularımız, BYK tanısının doğrulanma oranının %54 olduğunu göstermiştir. Bu, klinik pratikte BYK tanısının her zaman kesin olmadığını ve ayırıcı tanıda diğer olası nedenlerin göz önünde bulundurulması gerektiğini vurgulamaktadır. Özellikle tüberküloz gibi kronik enfeksiyonlar, baş ve boyun bölgesindeki kitlelerde BYK'ini taklit edebilecek potansiyele sahip olup, bu çalışmada da görüldüğü gibi ileri yaş grubunda anlamlı bir prevalansa sahiptir.

BYK çoğunlukla genç erişkinlerde görülen ve embriyolojik gelişim bozukluğundan kaynaklanan doğuştan anormalliklerdir. Çalışmamızda BYK tanısı doğrulanan hastaların yaş ortalaması literatürle uyumlu

kist patoloji sonucu olan hastaların yaş farkı yüksek derecede anlamlı bulunmuştur.

Ayrıca verilerimiz cinsiyet ve yaşa göre manipülatif değildir.

Evrenin %46'sını oluşturan diğer patoloji sonuçları ise yabancı cisim reaksiyonu, epidermal kist, fibromusküler fibrovasküler dokular, pilomatriksoma, fibroadipöz dokular, kronik non spesifik yangı, nörofibrom, tiroid papiller karsinom metastazı, lenfanjiom, pleksiform nörofibrom, kondrodermatitis nodularis helicis, non-nekrozitan granümatöz reaksiyon ve tüberkülozdur (Şekil-2).



Şekil 2. Grup 2'de yer alan patoloji verileri

olarak düşük bulunmuştur (ortanca yaş: 23) (6). Bununla birlikte, tüberküloz gibi granümatöz hastalıkların da özellikle yaşlı popülasyonda ayırıcı tanıda önemli bir yer tuttuğu gözlemlenmiştir. Tüberkülozun, baş-boyun bölgesinde kitle şeklinde prezente olabileceği ve klinik, radyolojik olarak BYK ile karışabileceği bilinmektedir (7). Çalışmamızda tüberküloz saptanan hastaların yaş ortalamasının 58 olması, özellikle yaşlı bireylerde, boyun kitlelerinde BYK tanısı konulurken tüberkülozun da güçlü bir şekilde düşünülmesi gerektiğini ortaya koymaktadır.

Histopatolojik doğrulanma oranının %54 ile sınırlı kalması, tanısız yöntemlerin etkinliğini tartışmayı gerektirmektedir. Görüntüleme yöntemleri genellikle tanısız süreçte önemli bir rol oynasa da özellikle komplike veya enfekte kistlerde ayırıcı tanının zorlaşabileceği göz ardı edilmemelidir. Ultrasonografi, BT ve MRG gibi yöntemler genellikle kistin yapısı ve yerleşimi hakkında önemli bilgiler sağlar. Bununla birlikte, enfeksiyon veya kanama gibi komplikasyonların varlığında görüntüleme bulguları kafa karıştırıcı olabilir

ve ince iğne aspirasyonu biyopsisi (İİAB) gibi invaziv prosedürlerin gerekliliği ortaya çıkabilir. Çalışmamızda yer alan patoloji sonuçları arasında tiroid papiller karsinom metastazı da olması nedeniyle bu tür biyopsiler, maligniteyi dışlamak ve enfeksiyon gibi diğer olası nedenleri tanımlamak açısından büyük önem taşımaktadır (8).

Tüberkülozun baş ve boyun bölgesinde nadir de olsa kitle olarak karşımıza çıkabilmesi, bu bölgede enfeksiyonların da ayırıcı tanıya dahil edilmesinin önemini vurgulamaktadır. Özellikle endemik bölgelerde ya da bağışıklık sistemi baskılanmış bireylerde, tüberkülozun tanısız süreçte göz önünde bulundurulması büyük önem taşır.

Tüberküloz için en yaygın ekstrapulmoner tutulum olan boyun bölgesi Kulak Burun Boğaz Hekimleri için ayrıca önem taşımaktadır (9). Histopatolojik incelemeye ek olarak mikrobiyolojik analizlerin de yapılması, özellikle tüberküloz için kültür örnekleminin yapılması enfeksiyonların erken tanı ve tedavisinde kritik rol oynayabilir.

Sonuçlarımız, literatürdeki benzer çalışmalarla büyük ölçüde uyumlu olmakla birlikte, çalışmamızın retrospektif doğası bazı sınırlamaları da beraberinde getirmiştir. Özellikle klinik ve radyolojik verilerin tam olarak elde edilemediği bazı vakalar, tanısız doğruluğun değerlendirilmesinde potansiyel bir sınırlılık oluşturmuştur. Ayrıca, çalışma popülasyonumuzun sınırlı sayıda olması, sonuçlarımızın daha geniş bir popülasyona genellenebilirliğini kısıtlamaktadır. Bu nedenle, gelecekte daha geniş hasta grupları ile yapılacak prospektif çalışmalar, BYK ve benzeri patolojilerin ayırıcı tanısında daha net sonuçlar elde edilmesine katkıda bulunacaktır.

SONUÇ

Sonuç olarak, boyun kitleleri ile başvuran hastalarda BYK ön tanısının doğrulanması, multidisipliner bir yaklaşım gerektirir. Bu hastaların klinik muayeneleri yapıldıktan sonra görüntüleme yöntemlerinin kitlenin şekli bozulmadan yapılması, mutlaka İİAB yapılarak bir ön tanı oluşturulması ve yapılacak cerrahi tekniğin seçilmesi gerekir. Özellikle ileri yaş hastalarda, tüberküloz gibi enfeksiyöz patolojilerin de dikkate alınması, tanısız gecikmelerin önlenmesine ve tedavinin doğru yönlendirilmesine yardımcı olacaktır.

Tasdik ve Teşekkür

Yazarlar arasında herhangi bir çıkar çatışması bulunmamaktadır.

KAYNAKLAR

1. Ryu J, Igawa T, Mohole J, Coward M. Congenital neck masses. *Neoreviews*. 2023; 24(10): 642-9.
2. Ahuja AT, King AD, Metreweli C. Second branchial cleft cysts: variability of sonographic appearances in adult cases. *Am J Neuroradiol* 2000; 21: 315-9.
3. Wunderbaldinger P, Harisinghani MG, Hahn PF, Daniels GH, Turetschek K, Simeone J, et al. Cystic lymph node metastases in papillary thyroid carcinoma. *Am J Roentgenol* 2002; 178: 693-7.
4. Coste AH, Lofgren DH, Shermetaro C. Branchial Cleft Cyst. In: *StatPearls*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; June 30, 2023.
5. Prosser JD, Myer CM 3rd. Branchial cleft anomalies and thymic cysts. *Otolaryngol Clin North Am*. 2015;48(1):1-14.
6. Kenealy JF, Torsiglieri AJ Jr, Tom LW. Branchial cleft anomalies: a five-year retrospective review. *Trans Pa Acad Ophthalmol Otolaryngol*. 1990;42:1022-5.
7. Meier JD, Grimmer JF. Evaluation and management of neck masses in children. *Am Fam Physician*. 2014 Mar 1;89(5):353-8.
8. Stefanicka P, Profant M. Branchial cleft cyst and branchial cleft cyst carcinoma, or cystic lymph node and cystic nodal metastasis? *J Laryngol Otol*. 2023;137(1):31-6.
9. Qian X, Albers AE, Nguyen DTM, Dong Y, Zhang Y, Schreiber F, et al. Head and neck tuberculosis: Literature review and meta-analysis. *Tuberculosis (Edinb)*. 2019; 116: 78-88.