

## Boyun diseksiyonunda bulunan tesadüfi patolojiler: Nadir bir olgu sunumu

### Incidental pathologies found in neck dissection: an unusual case report

Dr. İclal Gürses,<sup>1</sup> Dr. Murat Ünal,<sup>2</sup> Dr. Tuba Karabacak<sup>1</sup>

Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi <sup>1</sup>Patoloji Anabilim Dalı, <sup>2</sup>Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Anabilim Dalı, Mersin, Türkiye

Boyun diseksiyonu örneklerinin patolojik incelemesinde lenf nodlarında beklenmedik bulgular nadiren ortaya çıkabilir. Bu bulgular ikinci bir primer tümör varlığı veya enflamatuvar hastalıklar şeklinde olabilir; bunların saptanması hastaya yaklaşım ve prognozu etkileyebilir. Yetmiş yaşında, larenks skuamöz hücreli karsinomlu erkek hastada, boyun diseksiyonu örneğinin patolojik değerlendirmesinde skuamöz hücreli karsinom yayılımına ek olarak lenf nodlarında tesadüfen tiroid papiller karsinomu ve nekrotizan granümatöz iltihap bulundu. Bu nadir birlikteliğin tanısı, tedavisi ve prognozu güncel literatür bilgileri ışığında tartışıldı.

**Anahtar Sözcükler:** Granümatöz iltihap; lenf nodu; boyun diseksiyonu; papiller karsinom; primer tümör.

During the pathologic examination of neck dissection specimens, unexpected findings within lymph nodes may occasionally be uncovered. Such findings may include the presence of a second primary tumor or inflammatory disease, the discovery of which may have implications on management and prognosis. Incidental papillary thyroid carcinoma and necrotizing granulomatous inflammation were found in addition to squamous cell carcinoma metastasis in the pathological study of the neck dissection specimen in a 70-year-old male patient with laryngeal squamous cell carcinoma. The diagnostic, therapeutic and prognostic features of this rare association were discussed in the light of the current literature.

**Key Words:** Granulomatous inflammation; lymph node; neck dissections; papillary carcinoma; primary tumor,

Baş boyun skuamöz hücreli karsinom (SHK) tedavisi için yapılan boyun diseksiyonu örneklerinin patolojik incelenmesi esnasında lenf nodlarında nadiren tesadüfi patolojilere rastlanabilmektedir. Bunlar ikinci bir primer tümör varlığı, kronik enfeksiyon veya enflamatuvar hastalıklar ve benign ektojik dokular olarak bildirilmiştir.<sup>[1,2]</sup> Bu bulgular hastaların prognozları ve tedavilerinin planlanmasında etkili olabilir. Ayrıca lenf nodlarında benign ektojik dokuların varlığı metastatik tümörler ile karışabilir, tanı ve tedavi hatalarına yol açabilir.<sup>[2]</sup> Skuamöz hücreli larenks karsinomu

olgumuzda boyun diseksiyonu lenf nodlarında ilave olarak papiller karsinom yayılımı ve nekrotizan granümatöz iltihap saptandı. Bu nadir birlikteliğin bildirildiği literatürdeki ilk olgu olması nedeniyle sunuma değer görüldü ve bu olguların prognoz ile tedavi yaklaşımlarının literatür bilgileri eşliğinde tartışılması amaçlandı.

#### OLGU SUNUMU

Yetmiş yaşında erkek hasta, iki aydır var olan ses kısıklığı ve son iki haftada artan solunum sıkıntısı yakınmaları ile başvurdu. Öyküsünde

40 yıldır bir paket/gün sigara kullanımı dışında belirgin bir özellik yoktu. Hastada ve ailesinde geçirilmiş tüberküloz enfeksiyonu öyküsü yoktu. Kulak burun boğaz muayenesinde epiglot larengeal yüzünden başlayıp, sağ vokal kordu tutan ve fikse eden, sağ sinüs priformis medial duvarına taşan ülsero-vejetan kitle görüldü. Boyun muayenesinde sağ seviye II'de multipl lenfadenopati palpe edildi. Bunun dışında kalan baş boyun ve sistemik muayenesi normaldi. Lokal anestezi altında yapılan larenks biyopsisinin sonucu SHK olarak bildirildi. Bunun üzerine hastaya total larenjektomi ve sağ modifiye radikal-sol fonksiyonel boyun diseksiyonu ameliyatı yapıldı. Ameliyat sonrası dönemde herhangi bir komplikasyon ya da medikal sorunla karşılaşmadı. Ameliyat sonrası patolojik inceleme sonucu ise, orta derecede diferansiye transglottik skuamöz hücreli larenks karsinomu olarak değerlendirildi (Şekil 1). Tiroid kartilaj yayılımı vardı. Sağ boyun diseksiyonu materyalinin patolojik incelemesinde ise iki adet seviye III ve iki adet seviye IV'de skuamöz hücreli karsinom yayılımı, seviye II'de bir adet lenf nodunda subkapsüler alanda papiller karsinom mikroyayılımı (Şekil 2) ve seviye II'de dokuz adet, seviye III'de üç adet lenf nodunda nekrotizan granülomatöz iltihap saptandı (Şekil 3). Erlich Ziehl-Neelsen boyasında asidorezistan basil saptanmadı. Ancak çok sayıda, farklı boyutlarda, birleşme eğilimi gösteren, nekrotizan granülomların varlığı nedeniyle bulguların ön planda tüberküloz ile uyumlu olduğu düşünüldü. Sol boyun diseksiyonu materyalinde ise reaktif lenfoid hiperplazi dışında patolojik bulguya rastlanmadı. Hastaya göğüs hastalıkları konsültasyonu istendi. Yapılan değerlendirmeler sonucu olgu tüberküloz olarak kabul edildi ve anti-tüberküloz tedavisi başlandı. Papiller karsinom yayılımının primer yerini araştır-

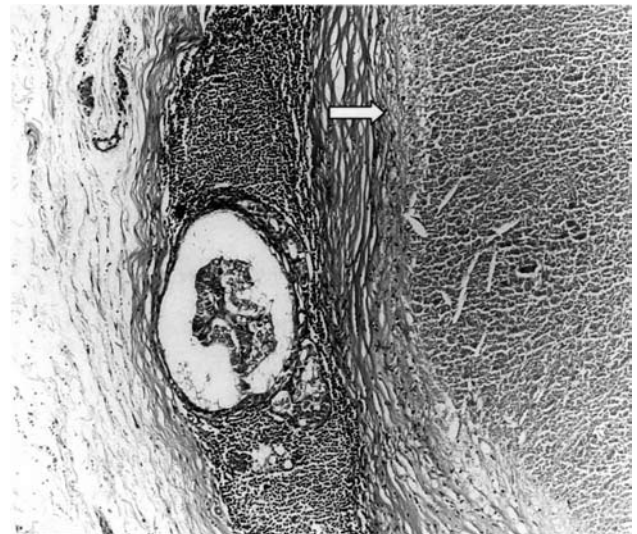


Şekil 1. Larenkste orta derecede diferansiye skuamöz hücreli karsinom (H-E x 100).

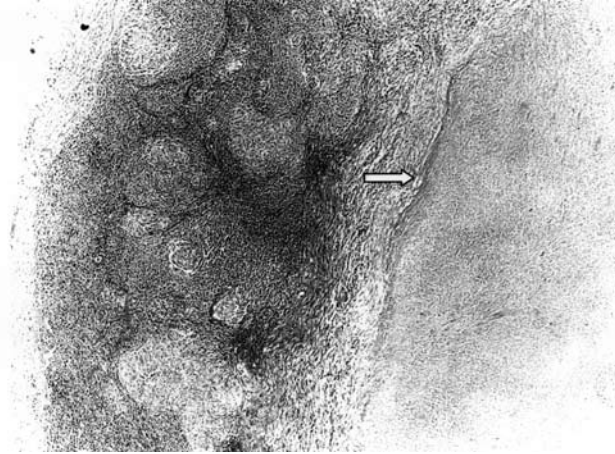
mak amacı ile tiroid gland ultrasonografisi istendi. Sağ tiroid lobunda 6.5 mm çapında, izohipoekoik, çevresinde hipoekoik halosu bulunan, heterojen nodül görüldü ve tanı amaçlı ince iğne aspirasyon biyopsisi yapıldı. Sitomorfolojik bulgular nodüller hiperplazi ile uyumlu olarak değerlendirildi. Bunun üzerine hastaya planlı tiroidektomi önerildi. Ancak hasta takipten çıktı ve kontrole gelmedi. İlk ameliyattan altı ay sonra ise boyunda şişlik yakınlığı ile yeniden başvurdu. Yapılan muayenesinde sağ boyunda tiroid bezine uyan bölgede 5x5 cm'lik sert, fikse kitle palpe edildi. Daha önceki patolojisi göz önünde bulundurularak, hastaya total tiroidektomi ve kitle eksizyonu yapıldı. Kitlenin incelemesinde geniş nekroz alanları içeren az diferansiye SHK olduğu görüldü (Şekil 4). Makroskopik değerlendirmede, tümörün fokal alanda fark edilebilen tiroid dokusuna infiltrasyon gösterdiği ve bezi büyük oranda tahrip ettiği belirlendi. Ayrıca tümör serömüköz tükürük bezi ile çizgili kas dokusuna da yayılım göstermekteydi. Tiroid sol lobektomi örneğinde ise lenfatikler içerisinde yaygın tümör trombüsleri, parankimde nodüller hiperplazi ve kronik lenfositik tiroidit bulguları görüldü. Seri kesitlere rağmen tiroid bezlerinde papiller karsinom odağı saptanamadı. Hasta radyoterapi almak üzere radyasyon onkolojisi ünitesi bulunan başka bir merkeze gönderildi. Ameliyat sonrası altı aylık takibinde herhangi bir yineleme yoktu.

## TARTIŞMA

Baş boyun skuamöz hücreli karsinomlarında yapılan boyun diseksiyonu lenf nodlarında



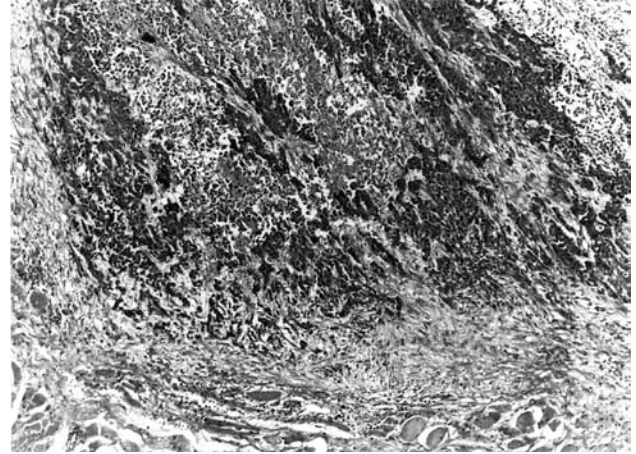
Şekil 2. Aynı lenf nodunda subkapsüler alanda papiller karsinom mikroyayılımı ve nekrotizan granülomatöz iltihap (ok), (H-E x 100).



**Şekil 3.** Lenf nodunda çok sayıda bir kısmı nekroz içeren (ok) granülom yapıları (H-E x 40)

beklenmedik bulgulara rastlanabilir. Bu patolojik bulguların; metastatik tiroid karsinomu, lösemi, non-Hodgkin lenfoma, Warthin tümörü, tüberküloz ve benign ektopik dokular (tiroid, tükürük bezi, nevüs hücreleri, Mülleren epitel) olduğu belirtilmektedir.<sup>[1]</sup> Tesadüfi patolojilerin insidansını %1.5, %5 ve %11 olarak bildiren yayınlar vardır.<sup>[1-3]</sup>

En sık görülen bulgunun ise lenf nodlarında tiroid dokusunun varlığı olduğu ve bunların büyük kısmının da papiller tiroid karsinomu yayılımını temsil ettiği bildirilmektedir. Bununla birlikte tek bir lenf nodunda, kapsül altında, birkaç küçük folikül şeklinde, tiroid karsinomunun hücresel ve yapısal özelliklerini göstermeyen benign ektopik tiroid inklüzyonları bulunabilir.<sup>[2]</sup> Tiroid dokusu tutulan lenf nodunun  $\frac{1}{3}$ 'ünden fazlasını kapsıyorsa veya birden fazla lenf nodunda tutulum varsa ve psammoma cisimcikleri görülüyor ise tiroid karsinom yayılımı olarak değerlendirilir.<sup>[4]</sup> Tesadüfen saptanan tiroid karsinom yayılımları, benign durumlar ile ayırıcı tanının yapılması açısından patologlar için bir sorundur. Bunun ötesinde tiroid bezinde primer tümörün saptanmasındaki zorluk (genellikle çok küçüktür ya da makroskopik olarak saptanamaz) ve yayılımın varlığı nedeniyle bu hastaların optimum tedavi yaklaşımları da tartışmalıdır. Servikal lenf nodu yayılımı ile klinik bulgu veren tiroid karsinomları ileri evre lezyonlar olup kötü biyolojik davranış gösterirken tesadüfen saptanan tiroid karsinomu yayılımlarının biyolojik davranışı açık değildir.<sup>[5]</sup> Tiroid karsinom yayılımını %2-%3, benign tiroid inklüzyonlarının insidansını %1.5 olarak belirten yayınlar vardır.<sup>[1,6]</sup> Yaptığımız literatür taraması



**Şekil 4.** Çizgili kasa infiltrasyon gösteren, nekroz alanı içeren az diferansiye skuamöz hücreli karsinom (H-E x 100).

sonucunda tesadüfi yayılımlar sıklık sırasına göre seviye IV, II, III ve VI lenf nodlarında saptanmıştır.<sup>[5,7]</sup> Tamamlayıcı tiroidektomi yapılmasını öneren yayınlar da vardır.<sup>[3]</sup> Tiroidektomi örneklerinin bir kısmında 4 mm'den bile küçük papiller mikrokarsinom odaklarının saptanabildiği ancak bazılarında ise seri kesitlere rağmen primer odağın saptanamadığı bildirilmektedir. Tiroidektomi öncesi primer tümörüne yönelik radyoterapi alan hastalarda radyoterapiye bağlı olarak gizli primer karsinom alanının kaybolabileceği düşünülmektedir. Bir başka görüş ise; primer odağın tiroid bezinde saptanamadığı durumlarda lateral boyun bölgesindeki aberan tiroid dokusundan kaynaklanmış olabileceğidir.<sup>[5,8]</sup> Aynı zamanda benign inklüzyon zemininde de malign transformasyon gelişebileceği ve yaklaşık insidansının %0.03 olduğundan bahsedilmektedir. Hastaların prognozunu SHK'nin belirlediğini, bu nedenle tiroidektomiye gerek olmadığını savunanlar da vardır.<sup>[2,5,9]</sup>

Olgumuzda seviye II (sağ) lenf nodunda yayılım belirlendi ve çok sayıda örneğin seri kesitler eşliğinde incelenmesine rağmen tiroid bezinde papiller karsinom odağı saptanamadı. Yineleme tümör kitlesi, diferansiyasyon kaybı ile birlikte çevre dokuları infiltre etmiş, hatta tiroid sağ lobunu büyük oranda ortadan kaldırmıştı. Makroskopik olarak tiroid dokusu ancak küçük bir alanda belirlenebildi. Seri tiroid kesitlerinde papiller karsinom odağının bulunamaması, skuamöz hücreli karsinom odağının tiroid bezindeki papiller karsinom odağını da destrukte etmesine ya da tümörün boyun bölgesindeki aberan tiroid dokusundan kaynaklanmış olmasına bağlı olabilir.

Tüberküloz ise çok daha nadirdir, insidansı %1 olarak bildirilmiştir.<sup>[1]</sup> Olgumuzda lenfoadenopatiler SHK yayılımı olarak düşünüldü, ancak histopatolojik inceleme sonrasında seviye II ve III'de çoğunun nekrotizan granümatöz lenfadenit olduğu saptandı. Literatürde tüberküloz insidansı düşüktür, ancak ülkemizde tüberküloz henüz eradike edilememiş bir hastalıktır ve nispeten sık görülmektedir. O nedenle akılda bulundurulması gerekir.

Olgumuzda altı ay gibi kısa bir zamanda yineleme kitlede belirlenen SHK'nin diferansiyasyon kaybının ve yaygın anjiyolenfatik yayılımın antitüberküloz tedavisi ile immünsüpresyona bağlı olabileceği düşünüldü. Genellikle hastaların prognozunu belirleyen SHK olmakla birlikte, beklenmeyen patolojilerin tanı ve tedavisindeki eksiklikler hastaların klinik gidişlerinde olumsuz sonuçlara neden olabilir ya da bu patolojilerin tedavileri sonrasında, bizim olgumuzda olduğu gibi, malignitelerin klinik seyrinde kötü yönde değişiklikler olabilir. Hatta bu patolojiler histopatolojik incelemeye gerek görülmeden SHK yayılımı olarak da düşünülüp tedavi belirlenebilir. Bu nedenle hem patoloğun hem de klinisyenin tesadüfen rastlanabilecek patolojilerin varlığı ve bunların hastaların tedavi ve klinik seyirlerine etkileri hakkında bilgi sahibi olması önem taşır.

#### KAYNAKLAR

1. Sheahan P, Hafidh M, Toner M, Timon C. Unexpected findings in neck dissection for squamous cell carcinoma: incidence and implications. *Head Neck* 2005; 27:28-35.
2. León X, Sancho FJ, García J, Sañudo JR, Orús C, Quer M. Incidence and significance of clinically unsuspected thyroid tissue in lymph nodes found during neck dissection in head and neck carcinoma patients. *Laryngoscope* 2005;115:470-4.
3. Ratcliffe RJ, Soutar DS. Unexpected lymph node pathology in neck dissection for head and neck cancer. *Head Neck* 1990;12:244-6.
4. Rosai J, Carcangiu ML, Delellis RA. Tumor of the thyroid gland. In: Rosai J, Sobin L, editors. *Atlas of the tumor pathology*. 3rd ed. Washington: Armed Forces Institute of Pathology; 1992. p. 317-26.
5. Fliegelman LJ, Genden EM, Brandwein M, Mechanick J, Urken ML. Significance and management of thyroid lesions in lymph nodes as an incidental finding during neck dissection. *Head Neck* 2001;23:885-91.
6. Vassilopoulou-Sellin R, Weber RS. Metastatic thyroid cancer as an incidental finding during neck dissection: significance and management. *Head Neck* 1992; 14:459-63.
7. Resta L, Piscitelli D, Fiore MG, Di Nicola V, Fiorella ML, Altavilla A, et al. Incidental metastases of well-differentiated thyroid carcinoma in lymph nodes of patients with squamous cell head and neck cancer: eight cases with a review of the literature. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2004;261:473-8.
8. Özcan M, Tezer MS, Şahin C, Han Ö, Ünal A, Tuncel Ü. Larenks karsinomu nedeniyle boyun diseksiyonu yapılan olgularda rastlantısal olarak rastlanan tiroid papiller karsinom metastazı. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi* 2007;27:294-7.
9. Coskun H, Erisen L, Tolunay S, Basut O, Onart S, Tezel I. Incidental association of thyroid carcinoma and squamous cell carcinoma of head and neck. *Am J Otolaryngol* 2002;23:228-32.