

Boyundaki Kitlelerin Ayrıcı Tanısı

Hakan AKBULUT

Pek çok hastalık boyunda kitleye neden olabilmektedir. Böyle bir problemle karşılaştığında hekim öncelikle ihtimalleri azaltmalı ve kesin tanıya varmak için uygun bir metod izlemelidir. Bütün klinik durumlarda olduğu gibi iyi alınan bir hikaye daha ileri araştırmalar için esas teşkil eder. Değişik boyun yapılarında kitle yapabilen lezyonları bilmek hastanın sorgulanmasında yardımcı olur.

Boyunda kitle ile gelen bir hastaya sorulacak bir kaç soru tanı konusunda oldukça yönlendirici olabilir. Öncelikle lezyonun süresi yapısı hakkında kabaca fikir verir. Burada "yediler kuralı" olarak da adlandırılan bir klinik genellemeyi hatırlamakta yarar vardır: Eğer bir kitle yedi gündür var ise iltihabi; yedi aydır var ise neoplastik ve yedi yıldır var ise kongenitaldir. Ancak bu genellenenin her zaman doğru olmadığı unutulmamalıdır. Kitlenin büyüklüğünde zaman içinde meydana gelen değişiklikler mutlaka sorulmalıdır. Hastanın radyasyona veya herhangi bir karsinogene maruz kalıp kalmadığı araştırılmalıdır. Multiple endokrin neoplazi tip II ve III ve nörofibromatöz gibi bazı neoplazmlar yönünden aile hikayesi önem taşımaktadır. Sistemlerin genel gözden geçirilmesi de muhtemel bir uzak metastaz kaynağına yönelme açısından önem taşır.

Kitle ayırıcı tanısında hastanın yaşı çok önemlidir. Zira çocuklarda boyunda kitle yapan neden erişkinlerdekinden oldukça farklıdır. Çocuklarda gelişimsel defektler sıklıkla ön plana çıkmaktadır. Yine erişkinlerle karşılaştırıldığında çocuklarda iltihabi boyun kitleleri daha sık görülmektedir. Normal bir

* Hospital Medicine'nin Ocak 1988 sayısından yararlanılmıştır.

I. Kas ve Fibröz doku

- A. Kongenital/gelişimsel—fibromatosis colli
- B. İltihabi—myozitis
- C. Neoplastik
 - 1. Benign—rabdomyom
 - 2. Malign—rabdomyosarkom
- D. Diğer
 - 1. Benign masseter hipertrofisi
 - 2. Kompansatriskas hipertrofisi (sıklıkla radikal boyun diskosiyonundan sonra görülür).

III. Tiikrük bezleri

- A. Kongenital—kistler
- B. İltihabi
 - 1. Akut viral siyaloadenit (kabakulak)
 - 2. Akut bakteriyel siyaloadenit
 - 3. Kronik siyaloadenit
- C. Sistemik hastalığa sekonder büyüme—obesite, alkolizm, malnütrisyon
- D. Neoplastik
 - 1. Benign—hemanjiyem, mixed tümör, Warthin tümörü vb.
 - 2. Malign—mukoepidermoid karsinom, adenoid kistik karsinom, vb.
- E. Tıkanmaya bağlı büyüme
 - 1. Siyalolitiazis
 - 2. Duktal darlıklar
- D. Diğer
 - 1. Benign lenfoepitelyal lezyon
 - 2. Sjogren sendromu
 - 3. İlaç reaksiyonu (iyot).

IV. Vasküler Sistem

- A. Gelişimsel/dejeneratif/travmatik
 - 1. Anevrizma
 - 2. Arteriyovenöz malformasyon
 - 3. Arterlerin kıvrılması
 - 4. Hematom
- B. Neoplastik
 - 1. Hemanjiyomlar
 - 2. Anjiyosarkomlar
 - 3. Hemanjiyoperisitoma
 - 4. Karotis cisim tümörü

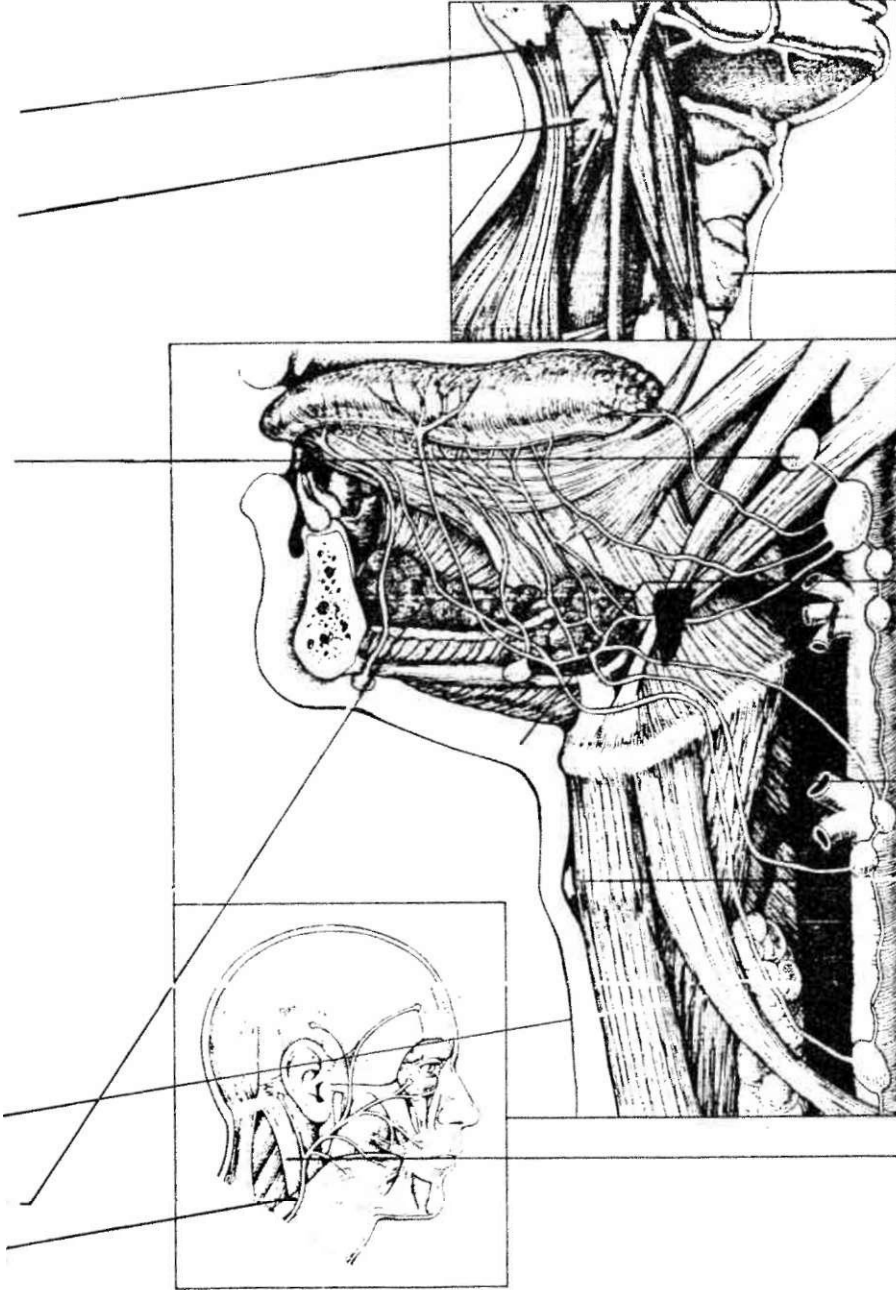
II. Lenfatik ve retikuloendotelial sistemler.

- A. Kongenital—kistik higroma, hamartom.
- B. İltihabi lenfadenit
 - 1. Viral
 - a. Kedi-tırmığı hastalığı
 - b. Enfeksiyon mononükleozisi
 - 2. Bakteriyel
 - a. Adı bakteriler streptokok,
 - b. Sifiliz
 - c. Asid—fast basiller
 - 1. Tüberküloz
 - 2. Atipik mikobakteriler
 - d. Tularemi
 - e. Veba
 - f. Aktinomikozis
 - 3. Mantar
 - a. Histoplasmosis
 - b. Blastomycosis
 - c. Coccidioidomycosis
 - d. Cryptococcosis
 - 4. Parazit
 - a. Toxoplazmosis
 - b. Leishmaniasis
- C. Neoplastik (Primer ve metastatik lenf düğümü tutulumu)
 - 1. Sarkomlar
 - a. Lenfoma (I Hodgkin ve non-Hodgkin)
 - b. Lösemiler
 - 2. Karsinomlar (hepsi metastatik)
 - a. Squamöz hücreli
 - b. Melanoma
 - c. Tiroid malignansileri
- D. Diğer
 - 1. İlaç reaksiyonu (fenitoin)
 - 2. Histiocytosis X

V. Sinir Sistemi

- A. Benign
 - 1. Nörofibrom
 - 2. Nöroma
 - 3. Norilemmoma (Schwannom)
 - 4. Paraganliomlar (karotis cisim, vagal cisim ve glomus jugulare tümörleri)
- B. Malign (nadir)
 - 1. Nörojenik Sarkom
 - 2. Nöroepitelyoma
 - 3. Malign Schwannom

BOYUNDAKİ BİR KİTLENİN AYIRICI TANISI (DERİ LEZYONLARI HARİÇ)



VI. Tiroid bezi

- A. Kongenital/gelişimsel—kistler
- B. İltihabi
 - 1. Akut tiroidit
 - 2. Subakut (de Quervain)
 - 3. Kronik tiroidit
 - a. Lenfositik (Hashimoto)
 - b. Fibröz (Riedel).
- C. Neoplastik
 - 1. Benign—adenomları
 - 2. Malign
 - a. Papiller karsinom
 - b. Folliküler karsinom
 - c. Medüller karsinom
 - d. Kötü differansiye karsinom
- D. Diğer
 - 1. Diffüz koloidal guatr
 - 2. Hipertiroidizmle birlikte **diffüz** guatr
 - 3. Nodüler guatr.

VII. Diğer yumuşak doku neoplazmaları

- A. Benign
 - 1. Lipam
 - 2. Myxoma
 - 3. Hibernoma
- B. Malign
 - 1. Synovial hücreli sarkom
 - 2. Lipo sarkom

VIII. Larinks, farinks ve derin boyun yapıları

- A. Gelişimsel
 - 1. Malforme larinks kıkırdağı
 - 2. Eksternal laringosel
 - 3. Branşiyal yank anomalileri
 - 4. Atlasın transvers çıkıntısının belirgin olması
- B. İltihabi
 - 1. Derin boyun enfeksiyonu/abse
 - 2. Servikal vertebra osteomyeliti
- C. Neoplastik
 - 1. Boyuna uzanan larinks ve/veya farinks kanseri
 - 2. Larinks kordoması
 - 3. Servikal vertebra neoplazmaları

IX. Diğer lezyonlar

- A. Bezold (mastoid) absesi
- B. Mastoid kolesteatomu
- C. Timoma
- D. Epidermoid inklüzyon kisti

YAŞ GRUPLARINA GÖRE EN SIK BOYUNDA KİTLE YAPAN NEDENLER

Çocuklarda boyunda en sık kitle yapan nedenler erişkinlere!eki ne göre oldukça farklıdır.

Baş ve boynun malign tümörleri
(oluş sıklığına göre)

Malign lenfoma (>%50)
Hodgkin (yaklaşık %25)
Non-Hodgkin (yaklaşık %25).

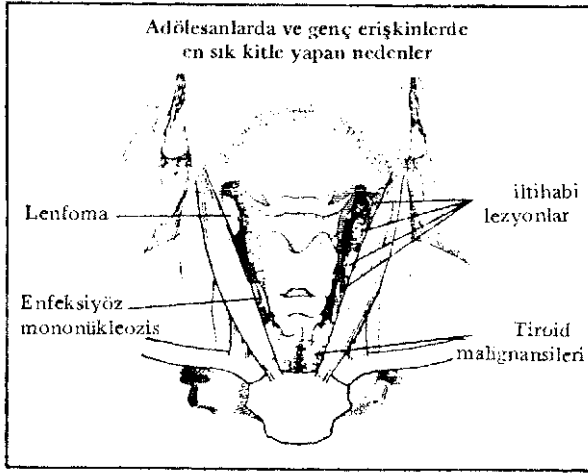
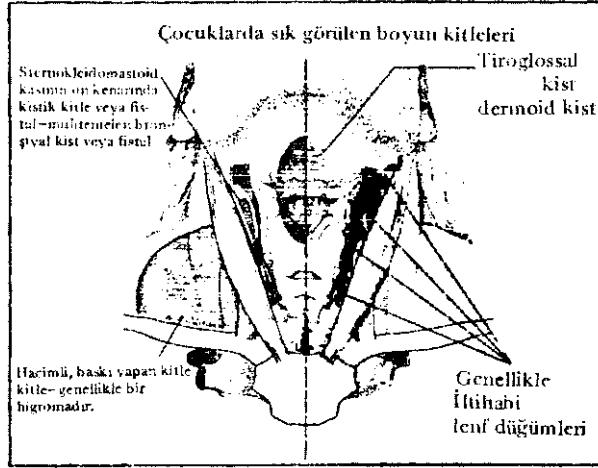
Alveolar sarkomlar
Rabdomyosarkom (sık)
Fibrosarkom (nadir)
Nörofibrosarkom (nadir).

Tiroid karsinomu

Nöroblastom

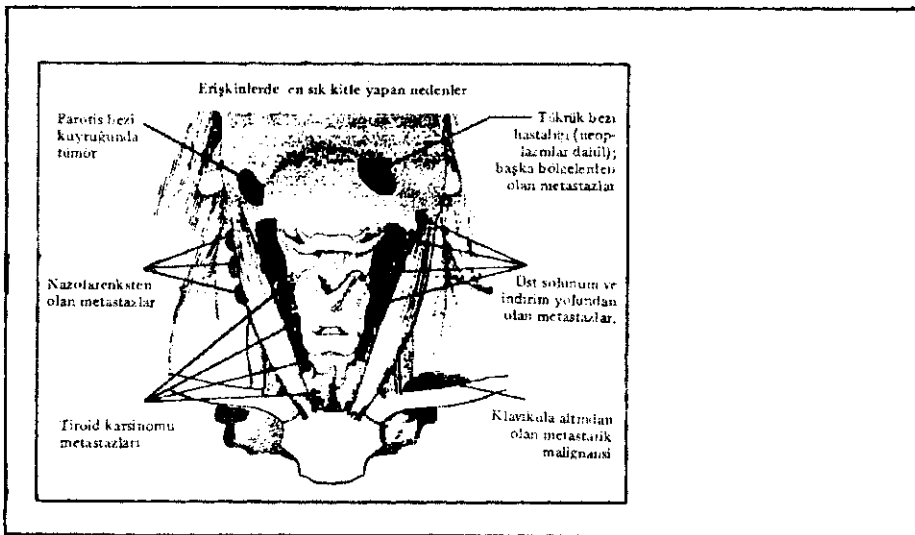
Squamöz; hücreli karsinom
(genellikle nazofaringeal)

6. Malign melanom



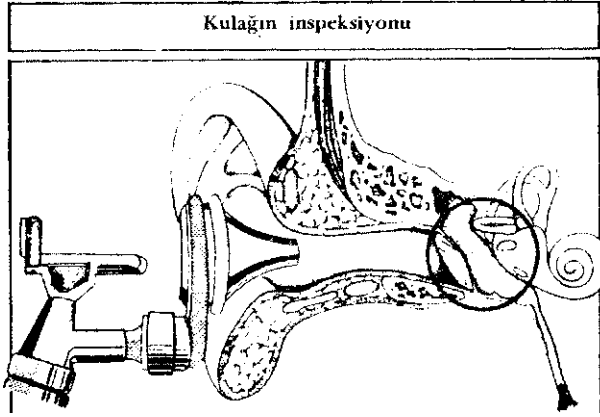
Düşünülmesi gerekli noktalar

İltihabi lezyonlar oldukça yaygındır. Mononükleozu insidansı bu yaş grubunda pik yapar. Ayrıca tiroid malignansileri de sıklıkla görülür ve servikal bir kitle değerlendirilirken mutlaka düşünülmalıdır. Lenfoma insidansı da bu yaş grubunda pik yapmaktadır.



BOYUNDA KİTLESİ OLAN BİR HASTANIN FİZİK MUAYENESİ

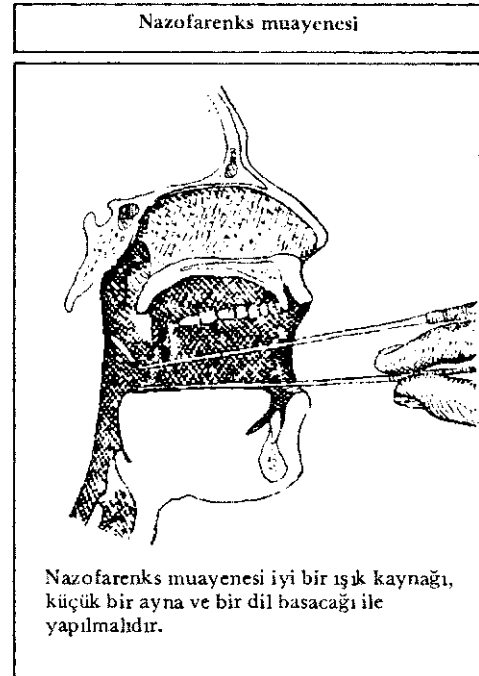
Boyunda kitle ile gelen bir hastada mutlaka tam bir baş-boyun muayenesi yapılmalıdır.

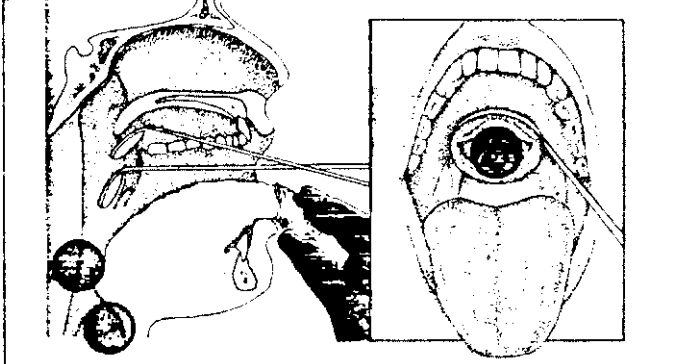


Orta kulakta efüzyon bulunması boyun metastazı yapan primer neoplazm olarak bir nazofarengeal karsinoma işaret edebilir.

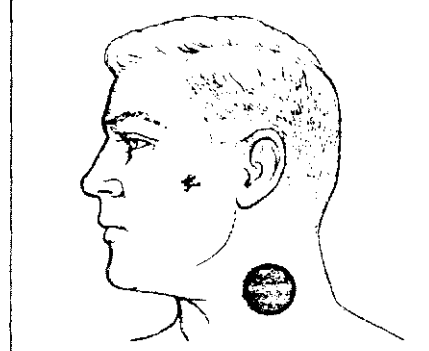


Kitle lezyolan, izah edilemeyen burun tıkanıklığı ve nazal sekresyonlardaki kan yönünden kontrol ediniz.

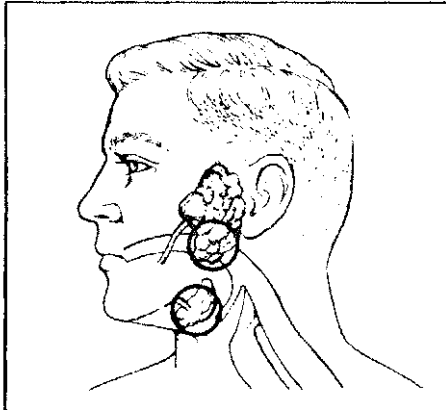


Hipofarinks ve larinks muayenesi

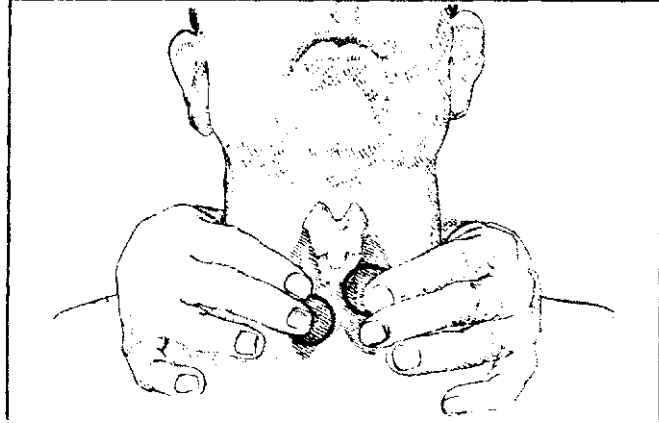
Hipofarinks ve larinks en azından indirekt ve tercihen direkt larinoskopi ile incelenmelidir: Primer squamöz hücreli karsinomlar bu bölgelerden başlar.

Cilt muayenesi

Baş ve boyun derisinin incelenmesinde şüpheli lezyonlar (veya deri lezyonlarının eksizyonuna ait skarlar) dikkati çekebilir.

Tükruk bezlerinin inspeksiyonu ve palpasyonu

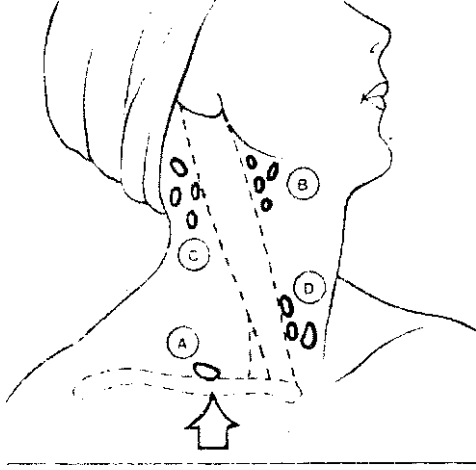
Parotis bezinin kuyruğundaki bir tümör boynun üst kısmında, angulus mandibula yakınında bulunabilir. Submandibuler ve sublingual bezin tümörleri boyun kitleleri olarak kendini gösterebilir: bu lezyonlar daha çok malign olma eğilimindedir.

Boyun muayenesi

Karşılaşılan bütün kitlelerin büyüklüğünü, sayısını, lokalizasyonunu, kıvamını ve hassasiyetini belirleyin. Hassasiyet iltihabı düşündürür ancak hiç bir zaman malignansiye ekarte ettirmez. Çok sen kitleler genellikle metastatik karsinoma işaret eder. Hassas olmayan lastik kıvamındaki kitleler sıklıkla lenfomada görülür. Fluktuasyon veren kitleler genellikle abseler (hassas) veya kongenital lezyonlardır (hassas değilse), ancak likefaksiyon nekrozu içeren bir metastatik karsinom ihtimali de göz önünde bulundurulmalıdır.

BOYUNA OLAN METASTAZLAR: PRİMER BÖLGELER

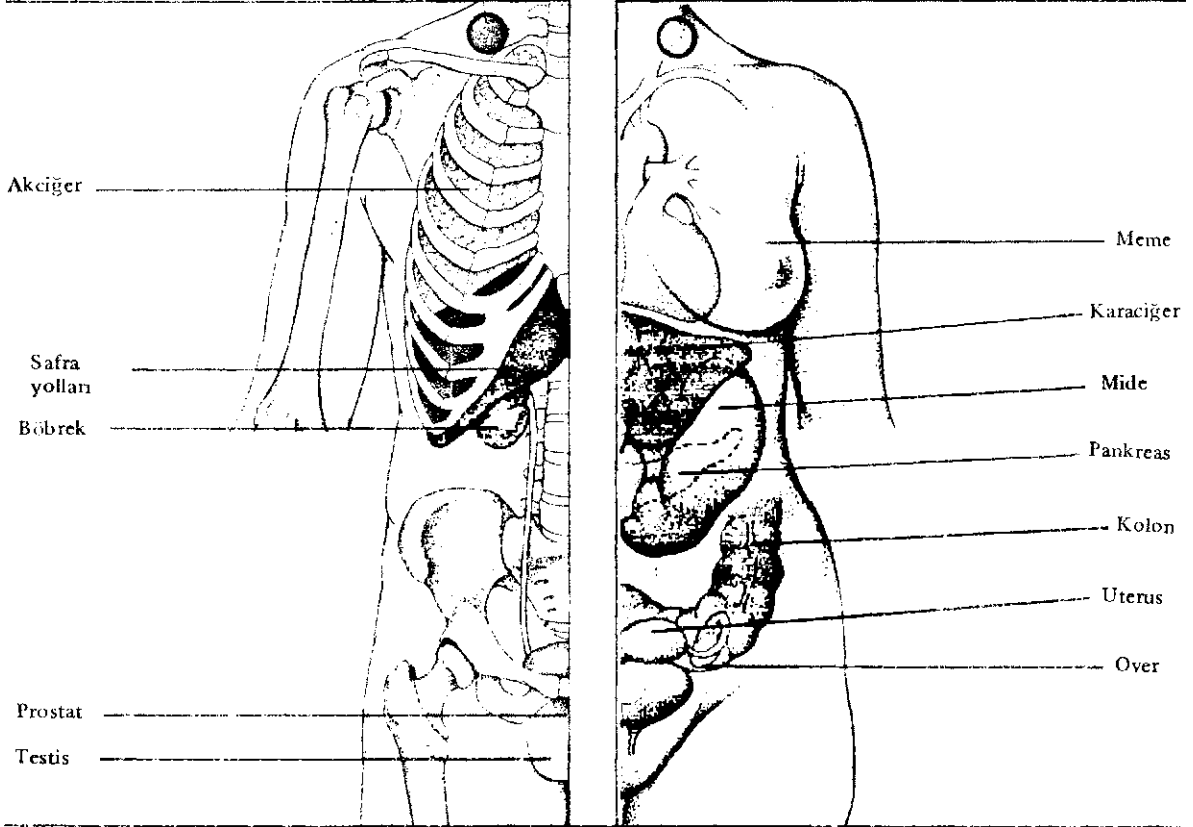
Bir çok uzak organlardaki neoplazmlar boyuna metastaz yapabilir.



Klavikulanın altındaki primer bölgelerdeki tümörler supraklaviküler bölgeye yayılabilir(A). Üst solunum ve sindirim yolundan olan metastazlar genellikle ön servikal üçgenlerdeki üst juguler lenfatik zincirlere yayılır(B). Nazofarengeal karsinomlar genellikle arka üçgenlere metastaz yapar(C). Tiroid malignansileri genellikle alt juguler lenfatik zincirlere metastaz yapar(D).

Supraklaviküler metastaz

Muhtemel primer bölgeler aşağıda görülmektedir.



Not: Boyunda kitle ile gelen bir hastada tam bir genel fizik muayene yapılmalıdır. Bu muayenede klavikula altındaki primer bir lezyonun uzak metastazları ortaya çıkarılabilir.

çocukta geçirilmiş üst solunum yolu enfeksiyonlarına bağlı olarak servikal lenf düğümleri palpe edilebilir. Çocuklar ayrıca mononükleozis, kedi tırnağı hastalığı ve atipik mikobakteri enfeksiyonları gibi az görülen iltihabi boyun kitlelerine daha duyarlıdır. Hikaye ve fizik muayene kongenital veya iltihabi bir lezyonu desteklemiyorsa mutlaka neoplastik olaylar akla gelmelidir. Çocuklukta karsinomalar oldukça nadir olmasına karşın sarkomlar nispeten daha sık olarak izlenir.

Adölesanlarda ve genç erişkinlerde iltihabi lezyonlar oldukça sıktır. Mononükleozis insidansı bu yaş grubunda pik yapar. Tiroid malignansileri, Hodgkin hastalığı ve diğer lenfomalar bu yaş grubunda sık olarak izlenmektedir.

40 yaşından itibaren tanı listesinde metastatik kanserler ilk sırayı alır. Modern boyun cerrahisinin babası olan Hayes Martin Baş ve Boyun Tümörlerinin Cerrahisi adlı klasik kitabında . . . erişkin bir kişide servikal lenf düğümlerindeki asimetrik bir büyümenin hemen daima malign olduğunu ve genellikle ağız veya farinkteki bir lezyondan kaynaklandığını belirtmektedir.

Boyunda kitlesi olan hastadan iyi bir hikaye alındıktan sonra çok dikkatli bir baş-boyun muayenesi yapılmalıdır. Ayrıca boyun kitlelerinin önemli bir kısmı, özellikle erişkinlerde, metastatik olduğu için mutlaka tam bir fizik muayene yapılması gerekmektedir. Fizik muayenenin yanısıra kraniyal sinirlerin

değerlendirilmesi açısından dikkatli bir nörolojik muayene de yapılmalıdır.

Sebebi bilinmeyen bir boyun kitlesiyle gelen her hastada rutin kan testleri, VDRL, idrar tetkiki yaptırılmalı ve yumuşak doku dansitesinde boyun yan grafisi, özefagogram ve VVater's grafisi çektirilmelidir. Şüpheli durumlarda nedene yönelik daha ileri laboratuvar tetkikleri yaptırılmalıdır.

Boyunda kitle ile gelen bir hastayla karşılaşıldığında unutulmaması gereken bazı pratik noktalar:

- Hastayı tam olarak değerlendirmeden kesinlikle biyopsi yapmayınız. Çünkü lokal tümör ekilmesi söz konusu olmaktadır. Erken servikal biyopsi yapılan kanserli hastalarda yara nekrozu, lokal servikal rekürrens ve uzak metastaz insidansı oldukça yüksektir.
- Şüpheli bir kitlenin kesin tanısı geciktirmeyiniz.
- Erişkin bir kişideki lenf düğümü büyümesini aksi ispat edilene kadar kanser olarak düşünün.
- Hastayı mutlaka üst solunum ve sindirim yolu semptomları yönünden araştırınız.
- Parotis bölgesindeki kitleleri aksi ispat edilene kadar malign olarak kabul ediniz.
- Tanıda şüphede kaldıysanız, tıbbi tedaviniz başarısız olduysa veya cerrahi tedavi gerekiyorsa mutlaka bir KBB uzmanına konsült ediniz.