

BAŞ, BOYUN KİTLELERİNE YAKLAŞIM

Op. Dr. Kâzım BOZDEMİR

Op. Dr. Sami BERÇİN

Dr. Muhittin ÜLKER

Acil Yardım ve Travmatoloji Hastanesi, Kulak, Burun, Boğaz Kliniği, Ankara

Baş boyun bölgesinde kitle şikayeti ile gelen hastalar, sık karşılaştığımız, buna karşılık tanıda bir takım zorlukların söz konusu olduğu hasta grubudur. Boyunda kitle, primer bir patoloji olabileceği gibi, pek çok hastalığın önemli göstergelerinden biri olarak da karşımıza çıkabilmektedir. Bu nedenle boyunda kitlesi olan hastayla karşılaşan hekimin çok dikkatli davranması gerekmektedir. Ayrıca tanı aşırı derecede karmaşık olabilir ve olası nedenler konjenital, edinsel enfamatuvar, travmatik, otoimmün bozukluklardan maligniteye kadar uzanan bir yelpaze oluşturur (1,2,3,4) (Tablo-1).

Baş boyun bölgesi kitlelerinde, etkin tedavi yönteminin belirlenmesi açısından, lezyonun benign veya malign olup olmadığının bir an evvel doğru bir şekilde ortaya konması son derece önemlidir. Bu amaçla, değerlendirmede bir dizi işlem

uygulanmaktadır. Yaklaşımında temel prensip, baş boyun bölgesindeki kitlelerin aksi ispat edilinceye kadar malign kabul edilmeleri gereğidir. İkinci önemli unsur boyun kitlesinin primer lezyondan ziyade metastatik bu kitle olması ihtimalinin daha kuvvetli olduğudur.

Tanı konulmasında izlenecek yol şu şekilde özetlenebilir (5):

1. Anamnez
2. Tam bir kulak, burun, boğaz ve baş boyun muayenesi ile birlikte endoskopik incelemeler
3. Sistemik muayene
4. Laboratuvar incelemeleri: Tam kan sayımı, formül, sedimantasyon, kan biyokimyası, serolojik testler ve deri testleri
5. Radyolojik incelemeler: X-ray, ultrasonografi

Tablo-1: Boyunda kitle yapan nedenler (1-4)

1. Konjenital:

Tiroglossal kist
Brankial kist
Timus kist
Teratom
Timik kist
Laringosel
Vasküler malformasyonlar
Hemanjiom
Lenfanjiom
AV fistül

2. Enflamatuvar nedenler:

Boyun dokularının enfeksiyonları
Lenfadenitler
Sekonder enfeksiyonlar

3. Neoplastik nedenler:

Benign
Fibrom
Rabdomiyom
Lipom
Adenom
Nörinom
Schwannom
Kondrom
Paraganjiom
Ekstrakranial menenjiom
Malign
Konstitüsyonel
Metastatik
Primer baş boyun
Uzak primer
Primeri bilinmeyen

4. Diğer

Metabolik
Endokrin
Travmatik, vb.

(USG), bilgisayarlı tomografi (CT), manyetik rezonans görüntüleme (MRI), anjiyografi vb.

6. Biyopsi

Anamnez:

Baş-boyun kitlelerinin değerlendirilmesi dikkatli bir öykünün alınmasıyla başlar. Yaş ve meslek, sigara, alkol gibi kötü alışkanlıklar, genetik yatkınlık, beslenme bozuklukları ve avitaminozlar, geçirilmiş hastalıklar, çocukluk çağında radyasyona maruz kalma, immun sistem bozukluğu gibi risk faktörleri özellikle sorgulanır. Semptomların süresi ve şekli, eşlik eden diğer semptomlar örneğin ateş, ağrı, kilo kaybı gece terlemesi gibi bulgular araştırılır. Ayrıca tüberküloz ile karşılaşma, yurt dışı seyahatleri, cinsel geçmiş hakkında sorular sorulur.

Fizik Muayene:

Tam bir kulak, burun, boğaz muayenesi ile nazofarinks, orofarinks, larinks, piriform sinüs, dil kökü ve burun boşluğundaki tüm mukozal yüzeyler, saçlı deri, yüz cildi ve boyun gözden geçirilir. Kafa çiftleri değerlendirilir. Aşırı refleks nedeniyle görülemeyen veya görülmesi zor bölgelerin (nazofarinks, hipofarinks, dil kökü) muayenesi topikal anestezi veya genel anestezi altında yapılır, gerektiğinde panendoskopik incelemelere başvurulur. Boyun kitlesi parmakla palpe edilir ve özellikle lokalizasyonu, boyundaki lenfatik zincirle ilişkili olup olmadığı, büyüklüğü, mobilitesi ve kıvamı değerlendirilir, bunun sebep ve özelliklerini araştırırken yaygın ya da sınırlı olup olmadığına bakılır.

Kardiyovasküler, pulmoner, gastrointestinal ve ürogenital sistemlerin muayeneleri yapılır ve ekstremiteler gözden geçirilir, aksiller ve inguinal bölgeler değerlendirilir, retiküloendotelial sistemi tutan sistemik hastalıklar göz önüne alınır.

Detaylı bir anamnez ve yeterli bir fizik muayene, ayırıcı tanı veya tanıya yönelik yapılacak tetkik-

lerin belirlenmesinde yararlı olur. Örneğin, tiroid lojunda lokalize olan ve yutkunmakla hareket eden bir kitlede, öncelikle tiroid kaynaklı bir tümör varlığı düşünülerek laboratuvar incelemeleri bu yöne kaydırılır.

Laboratuvar incelemeler:

Tam kan sayımı, formül, sedimentasyon, kan biyokimyası ve idrara bakılır, ayrıca gerek görülürse klinik teşhisin doğrulanması için serolojik testler (BCG, Brucella, Toxoplazma, EBV, Sarkoidoz, VDRL-TPA) yapılır.

Radyolojik incelemeler:

X-ray, USG, anjiyografi, CT, MRI gibi görüntüleme yöntemleri kullanılarak lezyonların boyutları, yapısal özellikleri, komşu yapılarla ilişkisi değerlendirilir. Ayrıca sintigrafik çalışmalarla kitlenin anatomik özelliklerine ilaveten fizyolojik özellikleri de araştırılır.

Göğüs X-ray; akciğer tutulumu ve özellikle tüberküloz, sarkoidoz gibi granülo-matoz hastalıkların tanısında yararlı olur.

USG; özellikle konjenital ve edinsel kistlerin tanısında, solid kitleleri kistik kitlelerden ayırmada, bazı vasküler malformasyonlar ve lenfadenopatilerin araştırılmasında yararlı bilgiler elde edilebilir.

Anjiyografi; vasküler lezyonlar anevrizmalar, karotit cisim tümörleri ve diğer paragangliomaların tanısında yararlıdır.

İleri görüntüleme teknikleri; CT ve MRI son 10-15 yılda baş-boyun skuamöz hücreli karsinomlarının değerlendirilmesinde sık olarak kullanılan yöntemlerdir. Bu tetkiklerle primer lezyonun lokalizasyonu, genişliği ve çevre dokularla ilişkisi ile ilgili bilgiler yanında, klinik olarak saptanamayan lenf nodu metastazlarının belirlenmesinde de önemli gelişmeler sağlanmıştır (6). CT ile kitlenin kistik veya solid olup olmadığını, lenfatik zincir ve lenf bezlerinin durumu, kitlenin etraf dokularla ilişkisi ve sınırları hakkında çok ya-

rarlı bilgiler elde etmek mümkündür. Özellikle kemik yapılar üzerindeki patolojik değişiklikleri göstermesi bakımından CT son derece avantajlıdır (7). MRI'n önemli avantajı yumuşak dokular hakkında CT'den daha ayrıntılı bilgiler vermesidir (8).

Tüm bu araştırmalar ile tanıya varılamadığı durumlarda, genellikle kabul edilen yaklaşım şekli yeniden başa dönülmesi, anamnez ve fizik muayenelerin tekrarlanmasıdır. Birinci adımda gözden kaçırılmış noktalar olup olmadığı araştırılır. Özellikle baş boyun ile ilgili her bölge ayrıntılı olarak muayene edilir ve görülmeyen bölge kalmamasına çalışılır. Bu arada endoskopik muayeneler yapılmamış ise mutlaka yapılır. Daha evvel yapılmış ise tekrarlanır. Direkt muayenelerde bile değerlendirilmesi zor olan nazofarinks, dil kökü ve hipofarinksten kör biyopsiler alınabilir. Laboratuvar ve radyolojik incelemeler gözden geçirilerek daha önce yapılmamış olanlar ilave edilir (9).

Biyopsi:

Baş boyun kitlelerinde anamnez, fizik muayene, laboratuvar ve radyolojik incelemeleri takiben primer odak olarak herhangi bir lezyon saptanmış ise bu odaktan usulüne uygun olarak biyopsi alınır. Şayet primer odak olarak herhangi bir lezyon saptanamamış ise kitleden biyopsi alınması gündeme gelir (10). Baş boyun kitlelerinin tanısında kitleye yönelik olarak uygulanacak biyopsilerde ince iğne aspirasyonu, insizyonel ve eksizyonel biyopsi olmak üzere 3 teknik kullanılmaktadır.

İğne aspirasyon biyopsisi: Kolay uygulanabilir bir işlemdir, pahalı değildir, oldukça yüksek doğruluk oranı vardır. Ancak negatif sonuçta açık biyopsi kaçınılmazdır. Çok deneyimli bir sitopatolog gerektirir. Sonuç pozitif ise tanının desteklenmesi ve boyun diseksiyonu açısından cerrahi müdahale gündeme gelecektir. Klinik ve laboratuvar incelemeler sonucunda kitlenin lenfoma

veya granül omatöz hastalık gibi bir patoloji ile ilgili olabileceği ihtimali kuvvetli görülürse ince iğne aspirasyon biyopsisi yapılır. Bu durumlarda bile tedaviye başlamadan önce genellikle doku düzeyinde histopatolojik tanı istenmektedir (11,12,13).

İnsizyonel biyopsi: Kitlenin karsinom olma ihtimali varsa insizyonel biyopsiyeye ancak, kitlenin cildi tutmuş veya derin dokulara infiltrate etmiş olması durumunda başvurulur. Söz konusu bu durumlar mevcut değilse kitlenin kendisinden insizyonel biyopsi yapılmamalıdır (10,14).

Açık eksizyonel biyopsi: Tümör ekimi minimal düzeydedir, histopatolojik inceleme için yeterli materyal sağlanır, benign olaylarda kesin tanıya yardımcı olarak tedaviye ışık tutar ve tedaviyi sağlar. Ancak malign kitlelerde lenfatik blokaja yol açar, ekim şansı vardır, prognozu belirgin düzeylerde kötüleştirildiği bilinmektedir (10,14).

Tüm bunlar göz önüne alındığında klinik ve laboratuvar incelemeler sonucunda tanının konulamadığı hastalar, boyun diseksiyonu ve muhtemel primer lezyonun çıkarılmasını da hedefleyecek şekilde bir cerrahi müdahaleye hazırlanarak genel anestezi altında operasyona alınır, histopatolojik tanı ve cerrahi işlemin şekli, frozen tanısına göre belirlenir ve kesin histopatolojik tanıları postoperatif dönemde parafin kesitlerinin incelenmesiyle desteklenir (15).

Referanslar:

1. Moussatos MO, Baffes OT. *Service masses in infant and children. Pediatric* 1963; 32: 251-256.
2. Solem BS, Schroder KE, Main WS. *Differential diagnosis of a mass in the upper lateral neck. J Laryngol Otol* 1989; 95: 1041-1047.
3. Strome M. *Differential diagnosis in pediatri otolaryngology Saunders, Philadelphia* 1975; 189- 199.
4. Erpek G, Üstün H. *Boyunda kitle oluşturan lezyonlar. Türk ORL Arşivi* 1991; 29: 135-136.

5. Charles W, Vaughan Jr. *Work-up and treatment planning for head and neck cancer. Otolaryngol Clin North Am* 1985; 18(3): 403-409.

6. Mancuso AA, Hanafee WN. *Computed tomography and magnetic resonance imaging of the head and neck. (2nd ed.) Williams & Wilkins, Baltimore* 1985; p.358-378.

7. Friedman M, Vicki K, Mafee M. *Metastatic neck disease evaluation by computed tomography. Arch Otolaryngol* 1984; 110: 443-447.

8. Davis M. *The current and use of tumor - localizing agents. The Journal of Nuclear Medicine* 1990; 31(10): 1658-1661.

9. Jamez A, June M Robert J. *Diagnostic techniques in head and neck cancer. Otolaryngol Clin North Am* 1985; 18 (3): 421-431.

10. Rosai I: *Respiratory tract in: AekermanS(ed) Surgical Pathology* 1989, Vol 1, p. 229-245.

11. Frable MA, Frable VJ. *Fine needle aspiration biopsy of salivary gland. Laryngoscope.* 1991; 101(3): 245-249.

12. Guyot JP, Obradović D, Kravenbiubl M et al. *Fine needle aspiration in the diagnosis of head and neck growths: is it necessary? Otolaryngol Head Neck Surg* 1990; 103: 697 -701.

13. Brauneis J, Schroder M, Laskawi R. *Manifestation of malignant lymphoma of the head and neck with special reference to the salivary glands. Laryngo-Rhino-Otologie* 1989; 68 (11): 607-610.

14. Mc Gurit WF, Mc Cabe DF. *Significance of node biopsy before definitive treatment of cervical metastatic carcinoma. Laryngoscope* 1978; 88: 594-597.

15. Robert C, Goepfert H, Annabel E et al. *Unknown primary squamous cell carcinoma metastatic to the neck. Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1990; 116: 1388-1393.