BOYUN KİTLELERİNDE TANI SORUNLARI

DIAGNOSTIC PROBLEMS OF THE NECK MASSES (+)

Dr. Nimetullah ESMER (*), Dr. Orhan YILMAZ (*), Dr. Mustafa SAATÇİ (*), Dr. Sami BERÇİN, Dr. Ömer AYDIN (*)

ÖZET : *Baş-boyun kitleleri K.B.B hekiminin preoperatif tanı koymada güçlük çektiği patolojilerdir. Bu bölge patolojilerinin çok geniş spektrumda yer almaları ve bölgenin birçok organ ile vasküler ve lenfatik ilişkisi nedeniyle kitlelerinde büyük bir içiçelik taşırlar. Lenf nodlarının büyük bölümünün burada yeralması nedeniyle var olan bir kitleye tedavi yaklaşımı güçleşmektedir.*

Son beş yılda Ankara üniversitesi Tıp Fakültesi K.B.B kliniğinde opere ettiğimiz 493 boyunda kitle olgusunda preoperatif tanı için yaklaşımlarımızı histopatoloji doğrultusunda gözden geçirdik.

Klasik lokalizasyonlu kitlelerin tanısında sorun bulunmazken atipik yerleşimlilerde en az birkaç incelemeye gerek görülmüştür. Anamnez ve fizik muayene sonrası en çok ultrasonografi ve ince iğne aspirasyonundan yararlanılmıştır. Seçilmiş olgularda bilgisayarlı tomografi ve manyetik rezonans yararlı olacaktır.

Anahtar Sözcükler : *Boyunda kitle, preoperatif tanı.*

SUMMARY *: Preoperative evaluation of the head and neck masses can be considered an important problem by an E.N.T specialist. These masses have a wide spectrum and close relation with vascular and lymphatic structures of many organs. The management of a neck mass provokes great difficulty as the most of the lymph nodes are located in the head and neck region.*

We have been reevaluated our approach for preoperative diagnosis of 493 neck masses with were operated in E.N.T Department of Ankara University during the last five years, retrospectively.

There were not any problem in the diagnosis of the masses in unusual localization white it was required much more investigations in atypic localization. Mostly ultrasonography, computed tomography and fine needle aspiration were utilized following anamnesis and physical examination.

Key Words : *Neck masses, preoperative evaluation.*

GİRİŞ

Boyundaki tüm enfaksiyonlar hemen tüm hekimlerin ve özellikle Kulak burun boğaz hekimlerinin ilgi alanındadır. Boynun Anatomo-embriyolojik yapısında çok çeşitli oluşumların varlığı, Pato-fizyolojik olarak büyük karmaşaya neden olmaktadır. Boyun lenfatik zincirinin vücuttaki tüm lenf nodlarının %35-50 sini ve pek çok yaşamsal organ içermesi boyun kitlelerine yaklaşımın önemini arttırmaktadır (6, 7, 9).

Yine tüm kanserli olguların %5'inde ve baş-boyun kanserli olguların %12-15'inde boyunda kitle bulunması baş-boyun kitlelerinde tanının doğru ve erken konulmasının önemini gösterir (3, 6, 7, 8, 9).

Boyun kitlelerinin önemli bir kısmı çok klasik lokalizasyon ve semptomatoloji gösterdikleri için preoperatif olarak tanınmaları kolaydır. Fazla bir tetkik gerektirmezler. Ancak bazı atipik lokalizasyon ve semptomlular da ise tanı bazen ancak postoperatif olarak konulabilmektedir (1,6, 10).

Bu çalışmada kliniğimizde opere ettiğimiz 493 boyun kitlesine uyguladığımız tanı yöntemlerini postoperatif histopatolojileri doğrultusunda gözden geçirdik.

(+) 15. World Congress ORL and H-N Surgery'de sunulmuştur. Haziran 1993 İSTANBUL

(*) Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, K.B.B Anabilim Dalı, ANKARA.

YÖNTEM ve GEREÇLER

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Kulak Burun Boğaz Kliniğinde 1987-1992 yılan arasında boyunda kitle ön tanısı ile başvurup opere edilen 493 olgu retrospektif olarak değerlendirilmiştir.

Tüm olgulara ayrıntılı anamnez ve fizik muayeneden sonra tanı yaklaşımı olsun yada olmasın enaz bir tıbbi görüntüleme yöntemi veya sitopatolojik yöntem uygulanmıştır. Olgular daha sonra lokal yada genel anestezi altında opere edilmişlerdir.

Olguların histopatolojik değerlendirilmesi ışığında önceki tanılan ve her bir yöntemin tanıya katkıları değerlendirilmiştir.

BULGULAR

Olguların anamnezleri sonrası yapılan fizik muayenelerinde elde edilen lokalizasyonlar Tablo - I ' de görülmektedir.

Bu sorulara yanıt verirken atacağı ilk adım ise ayrıntılı anamnezdir. Bazen basit bir sorgulama bile tanı koydurabilecektir. Örneğin hastanın yaşı ve kitlenin varoluş süresi pek çok konjenital kitlenin tanısına ışık tutabilecektir. Sorgulama sırasında kitlenin ne zamandan beri görüldüğü, ağrılı olup olmaması, dil hareketleri yutkunma gibi etki eden hareket ve faktörlerde sorulmalıdır. Yine kitlenin büyüklüğündeki artış ve bunun süresi de tanıya götürücü ve enfektif/ neoplazi ayrımında yararlı sorulardır (l, 8, 10).

Özgeçmiş indeki operasyon yada patolojiler de enfekti veya metastatik oluş açısından önemlidir (l, 10).

Boynun tümünü içine alan bir gözlem ve fizik muayene klasik yerleşimli kitlelerde çoğu kez tanıya götürecektir. Özellikle konjenital kitlelerde, tiroid ve parotis patolojilerinde basit fizik muayene bile yol gösterebilir. Burada kitlenin sayısı, büyüklüğü, kıvamı, mobilitesi. Pulsasyon alınıp alınmaması da değerlendirilmelidir (l, 6, 8, 10). Öyle ki olgularımızın birçoğunda ta-

Tablo - 1

	OLGU	YÜZDE
Preauriküler	134	27.2
Postauriküler	17	3.4
Submental	53	10.8
Submandibüler	98	19.8
Jugulodigastrik	88	17.8
Orta hat	41	8.3
Sem. ön kenarı	21	4.2
Aksesuar	23	4.3
Paratrakeal	6	1.2
Supraklaviküler	8	1.6
Suprasternal	4	0.8

Opere edilen 493 olguya uygulanan tanı yöntemleride Tablo - 2'de görülmektedir.

Tablo - 2

YÖNTEM	SAYI
Direkt grafi	74
Sialografi	101
Anjiografi	48
Sintigrafi	46
Bilgisayarlı Tomografi	204
Ultrasonografi	307
Manyetik Rezonans Gör.	18
İğne Aspirasyon Biopsisi	87
Biopsi	16

Olguların postoperatif histopatolojileri değerlendirildiğinde kitlelerin 94'ü konjenital, 173'ü enfektif ve 226'sı neoplazik olarak değerlendirildi.

Tablo - 3

	OLGU	YÜZDE
Konjenital	94	19.1
Enfektif	173	35.1
Neoplazik	226	45.8

Opere edilen bu 493 olgunun köken aldığı oluşumlar değerlendirildiğinde 130 olguyla Parotis, 65 olguyla Submandibüler bez ve 97 olguyla lenfatik sistem gelmektedir.

TARTIŞMA

Kulak Burun Boğaz pratiğinde boyunda kitle olguları ile sıkça karşılaşılmaktadır. Bir boyun kitlesi ile karşılaşan hekimin yanıt arayacağı soruların başlıcaları şunlardır :

* Kitle doğuştan mı yoksa sonradan mı oluştu?
* Kitle enfektif mi neoplazik mi?
* Kitle neoplazikse Benign mi yoksa malign mi?
* Malign kitle primer mi yoksa metastatik mi?
* Metastatik ise primeri hangi oluşum?

nı; anamnez ve fizik muayene sonrası klinik tanı olarak belirlenebilmiştir.

Daha sonra düşünülen tanıyı verifiye etmek veya kesinleştirmek için görüntüleme yöntemlerine başvurulmuştur.

Direkt Grafi pek fazla yarar sağlamayan teknik olarak yer almıştır.

Sintigrafi Tiroid patolojileri, titroglossal kist ve tükrük bezi patolojileri için yararlı olmakta ise de günümüzde daha az olarak başvurulmaktadır.

Sialografi özellikle tükrük bezleri patolojilerinde yararlıdır. Lezyonun intraglandüler veya ekstraglandüler oluşunu gösterebilen dinamik bir yöntemdir. Ancak günümüzde konvansiyonel şekli yerine diğer kesitsel görüntüleme yöntemleri ile kombinasyonları tercih edilmektedir.

Konvansiyonel veya Dijital subtractıon anjiografi vasküler kitlelerin ayırıcı tanısında yararlı olduğu gibi operasyon sınırları ve güvenliğini belirlemede de yarar sağlamaktadır. Serimizde glomus tümörlerinde yararlı olmuştur.

Ultrasonografi boyun kitlelerinde çok sık başvurduğumuz solid-kistik ayırımını mükemmel veren, kolay uygulanıp, çabuk sonuç veren non-invaziv bir tanı yöntemidir. Serimizde en çok başvurulmuş tam yöntemidir. Son yıllarda b-mod ultrasonografi dışında Renkli doppler modifikasyonu nedeniyle vasküler patolojileride ortaya koyabilmektedir. Hemen tüm kitlelerde yarar sağlamaktadır.

Bilgisayarlı Tomografi, kesitsel görüntülemenin tatmin edici sonuçlarını yumuşak doku ayrımındaki netliği ile sağlayan yöntemdir. Kontrast madde kullanımı veya siyalografi kombinasyonu nedeniyle son yıllarda çok sıkça başvurduğumuz ve tanıda kuşkulu kitleler ve infiltratif neoplazilerde özellikle yararlandığımız bir yöntem olmuştur.

Nükleer Manyetik Görüntüleme ise Radyolojinin son zirvesidir. Mükemmel bir yumuşak doku ayırımı yapabilmesi nedeniyle kuşkulu olgularda son yöntem olarak uygulamaktayız. Tek başına tam hatta histopatolojik tanıyı tahmin etme yeteneği vardır. Ancak ekonomik yükü nedeniyle kullanımı kısıtlanmaktadır.

İnce iğne aspirasyon biopsisi ise neoplazi düşündüğümüz kitlelerde malign-benign ayırımı yapabilmek için son yıllarda gittikçe artan sayıda uyguladığımız bir yöntemdir. Kistik kitlelerde ise uygulamamaktayız. Son yıllarda yöntem hakkındaki kuşkular dağılınca tüm dünyada daha sık uygulanır olmuştur. Özellikle primer yada metastatik ayrımında, rekürrenslerin erken saptanmasında ve tedavi protokolünü belirlemede yararlandığımız bir yöntem olmuştur.

Açık biopsiyi ise ancak çok kuşkulu durumlarda ve ileri evre olgularda ancak mümkünse daima eksizyonel olarak uygulamaktayız.

Olgularımızın dökümünü değerlendirdiğimizde öncelikle benzer serilere göre neoplazi oranımızın yüksekliği göze çarpacaktır (l, 2, 4, 5). Bunu kliniğimizin özelliğine ve perifer kliniklerden hasta sirkülasyonuna bağlıyoruz.

Olgularımızda organ patolojisine göre ise Parotis kitlelerinin fazlalığı da Kliniğinizin bu konudaki çabalarının fazlalığı ile açıklanabilecektir.

Yine Tiroid bezi patolojilerinin azlığını Genel Cerrahi kliniğinin yaklaşımına bağlarken, Larenks tümör metastazlarının azlığını ise Kliniğimizde larenks kanseri olgularına cerrahi yaklaşım sırasında boyununda birlikte değerlendirilip aynı seansta boyun diseksiyonu uygulanmasının kabul görmesine bağlamaktayız. Nitekim malign olgularımızın sadece %30'a yakını metastatik olarak değerlendirilmiştir.

Sonuç olarak günümüzde bir **"boyun kitlesi"** ile karşılaşıldığında :

* Ayrıntılı anamnez ve fizik muayenenin mutlak şekilde uygulanmasını

* Tanının verifiye edilmesi için mutlaka bir yada birkaç görüntülemenin uygulanmasını.

* Öncelikle ultrasonografi ile değerlendirilip düşünülen tanıya göre ek yardımcı yöntemlerin seçilmesini ve son olarak Bilgisayarlı Tomografi veya Manyetik rezonans görüntüleme ile verifiye edilmesini.

* Aksi saptanıncaya kadar her kuşkulu kitleyi malign olarak düşünmek gerektiğini.

* Radyolojik yöntemlerle malign olarak dü-

K.B.B. ve Baş Boyun Cerrahisi Dergisi, 3 : 42-45, 1995

şünülen olgulara İğne aspirasyon biopsisi uygulanmasını.

* Mutlak gerekiyorsa bile biopsinin eksizyonel olarak uygulanmasını önermekteyiz.

Yazışma Adresi : Dr. Nimetullah ESMER
AÜTF KBB Anabilim Dalı ANKARA

KAYNAKLAR

1. AKAN D, KARASALIHOĞLU AR : Boyun tümefaksiyonları. Türk ORL Arşivi 19 : 31 - 42, 1981.
2. BORÇBAKAN C, BEDER E, HAYDARI I, AKTÜRK T : Baş ve boyunda dermoid, branchial, thyroglossal kist ve fistülleri üzerinde klinik araştırma. Türk ORL Arşivi 1 : 66 - 73, 1976.
3. CACHIN Y : Perspectives on cancer of the head and neck. Mayers NF, Suen YJ (Eds) : Cancer of the head and neck. Churchill Livingstone inc. pp 1-17, 1989.
4. ERDEM M. CEMİLOĞLU R. ŞAHİN İ. TERDEN K. ARMAĞAN M ; 218 boyunda kitle vakasının değerlendirilmesi. Türk ORL Arşivi 27 : 243 - 245, 1989.
5. ERPEK G, ÜSTÜN H : Boyunda kitle oluşturan lezyonlar. Türk ORL Arşivi 29 : 135 - 136. 1991.
6. GATES A. JOHNS ME : Diagnostic radiology, Otolaryngology. Paparella MM. Shuınrick DA (Eds) WB Sounder.s co. Vol:l.Ch:44, ppl067-1115, 1980.
7. MONTGOMERY WW : Block dissection of the neck. English GM (Ed) English Otolaıyngology. Vol : 5. Ch : 45. pp 1-6, 1988.
8. MYER CM : Congenital neck masses. Paparella MM. Shumrick DA. Gluckman JL. Mayerhoff WL (Eds) Ololaryngology. WB Sounders Comp. Philadelphia. Vol : 3. pp 2535-2543. 1991.
9. SOLEM BS, SCHRODER KE, MAIN WS : Differential diagnosis of a mass in the upper lateral neck. The Journal and Otology. 95 : 1041 - 1047. 1989.
10. SÖZEN N. SÖZEN E; DEVRANOĞLU I, ÇANAKÇ1OĞLU S : Çocuklarda boyun tüm efaksiyonları. Türk ORL Demeği XVII. Milli Kongresi. Adana. 1983.