

# Boyunda Kitle ile Başvuran Hastada İki Ayrı Tanı: Castleman Hastalığı ve Papiller Tiroid Karsinomu: Ölgu Sunumu

## Two Separate Diagnosis for the Patient with a Neck Mass: Castleman Disease and Papillary Thyroid Carcinoma: Case Report

\*Dr. Gökhan YALÇINER, \*Dr. Ahmet KUTLUHAN, \*Dr. Kazım BOZDEMİR,  
\*Dr. Akif Sinan BİLGEN, \*Dr. Behçet TARLAK, \*\*Dr. Ali Osman ÖZBEY

\* Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kulak Burun Boğaz ve Baş Boyun Cerrahisi Kliniği, Ankara  
\*\* Kars Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kulak Burun Boğaz ve Baş Boyun Cerrahisi AD, Kars

### ÖZET

Boyunda kitle ile başvuran 48 yaşında bir kadın hastada, kitle etiyojisi araştırılırken tiroid bezinde papiller tiroid karsinomu şüphesi gösteren mikro nodül saptandı. Yapılan operasyon sonucu tiroid bezindeki lezyonun papiller mikro karsinom, boyundaki kitlenin ise Castleman Hastalığı olduğu rapor edildi. Biz bu sunumda boyunda kitle ile başvuran bir hastada, iki ayrı patolojinin birlikte görülebileceğini literatür bulguları ile tartıştık.

#### Anahtar Sözcükler

*Dev lenf nodu hiperplazisi; tiroid kanseri, papiller*

### ABSTRACT

While investigating the etiology of a neck mass of 48-year old female patient, a micro nodule suspicious for papillary carcinoma was determined in the thyroid gland. As a result of surgery (total thyroidectomy plus modified radical neck dissection) thyroid pathology was reported as papillary thyroid micro carcinoma and the neck mass was reported as Castleman disease. In this presentation we presented and discussed that, two different pathologies may be seen at the same time in a patient admitting with a neck mass.

#### Keywords

*Giant lymph node hyperplasia; thyroid cancer; papillary*

**Bu olgu sunumu, 33.Türk Ulusal Kulak Burun Boğaz ve Baş Boyun Cerrahisi Kongresi (26-30 Ekim 2011, Antalya)'nde basılı poster olarak sunulmuştur.**

Çalışmanın Dergiye Ulaştığı Tarih: 07.02.2012

Çalışmanın Basıma Kabul Edildiği Tarih: 11.05.2012

≈

Yazışma Adresi

**Dr. Akif Sinan BİLGEN**

Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi,  
Kulak Burun Boğaz ve Baş Boyun Cerrahisi Kliniği,  
Bilkent Yolu No:3 06800 Bilkent/Ankara/Türkiye  
E-mail: drbilgen@yahoo.com

## GİRİŞ

Boyunda nodüler bir lezyonla başvuran hastaların ayırıcı tanısında konjenital, inflamatuvar ya da neoplastik hastalıklar göz önünde bulundurulur. Castleman hastalığı (CH) boyun kitlelerinin sık görülmeyen bir nedenidir. Boyunda CH'nin bir başka patoloji ile birlikte görülmesi ise oldukça nadirdir.

CH vücudun herhangi bir bölgesindeki lenf nodlarının non-neoplastik büyümesi ile karakterize ve sık görülmeyen bir hastalıktır.<sup>1</sup> Bu antite ilk olarak 1956 yılında Castleman ve ark. tarafından, lenf nodlarının benign lokalize hiperplazisi olarak tarif edilmiştir.<sup>2</sup> Vakaların çoğu mediasteni tutar, baş-boyun bölgesi ise ikinci en sık tutulan bölgedir.<sup>3,4</sup> CH klinik olarak tek bir lokalizasyonda (unisentrik) kendini sınırlayan, asemptomatik bir kitle olarak görülebildiği gibi, sistemik semptomlarla seyreden fulminan multisentrik bir hastalık şeklinde de görülebilir.<sup>5-7</sup> Literatür gözden geçirildiğinde boyunda genellikle asemptomatik tek bir kitle şeklinde kendini gösterdiği görülür.<sup>8,9</sup>

Biz bu sunumda bize boyunda kitle nedeni ile başvuran, bu kitlenin araştırılması sırasında tiroid bezinde kalsifik nodül bulunan ve gerekli tetkiklerinden sonra opere edilip, patolojik incelemede tiroid papiller mikro karsinom (intratiroidal yerleşimli); ve 2 adet boyun lenf nodunda CH tespit edilen 48 yaşında bir kadın hastayı takdim edip literatür bulguları ile tartıştık.

## OLGU SUNUMU

Kırk sekiz yaşında kadın hasta boyunda şişlik şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Hikayesinden kitlenin 4 yıldır var olduğu; bir defa tıbbi tedavi ile kitlenin küçüldüğü, daha sonra kitlenin yavaş yavaş büyüdüğü ve başka bir tıbbi yardım almadığı öğrenildi. Hipertansiyon ve anemi dışında ek hastalık hikayesi yoktu.

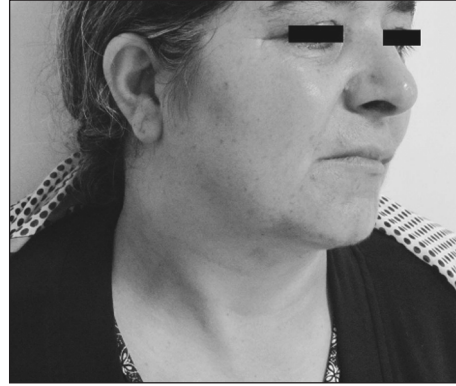
Kulak burun boğaz muayenesinde; boynun sağ tarafında angulus mandibuladan başlayıp orta juguler bölgeye kadar uzanan, sternokleidomastoid (SKM) kası altında yer alan yaklaşık 6x4 cm boyutlarında mobil, sert, düzgün sınırlı kitle dışında patolojik bulgu yoktu (Resim 1).

Boyun ultrasonografisinde (USG); tiroid sağ lobda 4,7x6,5 mm ebatlı hipokoik nodül ve sağ servikal bölgede 36x17x44 mm ebatlı renkli doppler ultrasonografi

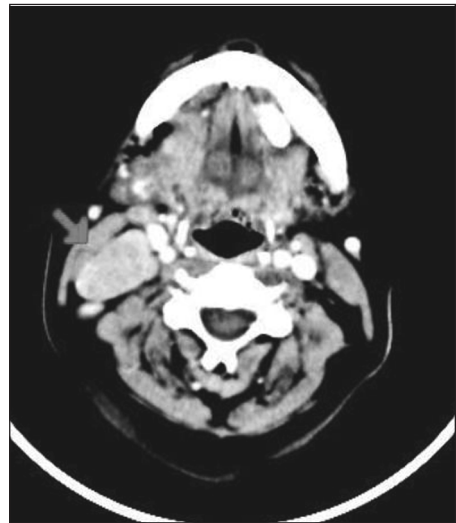
(RDUS) ile yaygın kanlanma gösteren LAP ile uyumlu görünüm bildirildi.

Laboratuvar tetkiklerinde hepatit markerleri, Anti DS-DNA, ANA, koagülasyon testleri, biyokimya, tiroid testleri (TSH, serbest T3 ve serbest T4), vitamin B12 ve folik asit normaldi. CMV, EBV, toksoplazma, brusella ve tularemi tetkikleri normaldi. Üst ve alt abdominal bilgisayarlı tomografisinde (BT), toraks BT'sinde ve aksiller-inguinal USG' de patolojik bulgu saptanmadı.

Boyun BT'de; sağ servikal zincirde level 1 düzeyinde en büyüğü 6x3 cm boyutunda olan birkaç adet lenfadenopati saptandı. (Resim 2). Boyundaki kitleden 2 defa yapılan ince iğne aspirasyon biyopsileri (İİAB) reaktif lenf nodu ile uyumlu olarak rapor edildi. Tiroid nodülünden USG eşliğinde yapılan İİAB'si; Bethesda



Resim 1. Hastanın preoperatif görünümü.



Resim 2. Kitlenin Boyun BT görüntüsü (ok).

sınıflaması 4/papiller karsinom şüphesi olarak rapor edildi.

Hastanın hemoglobülünin 9,9 g/dL ve beyaz küresinin 2700 K/uL olması nedeni ile hematolojik bir neoplazm yönünden değerlendirilmek üzere hematoloji bölümü ile konsülte edildi. Yapılan kemik iliği aspirasyonu biyopsisinde diagnostik bulgu elde edilemedi.

Boyundaki kitleden tru-cut biyopsi yapıldı ve sonuç, “plazma hücreli bir neoplazmin lenf nodu infiltrasyonu açısından şüphelidir” olarak rapor edildi.

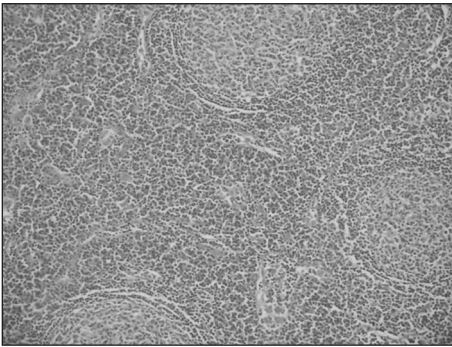
Hastaya kulak burun boğaz tümör konseyi tarafından total tiroidektomi+sağ modifiye radikal boyun diseksiyonu yapılmasına karar verildi (Resim 3).

Patoloji raporu; “tiroid papiller mikro karsinomu ve Castleman hastalığı, plazma hücreli varyantı (Resim 4), 31 adet reaksiyoner lenf nodu” olarak rapor edildi.

Postoperatif dönem sorunsuz geçti. Hastanın postoperatif kan değerlerinde belirgin düzelme oldu. Hastanın halen takibi devam etmekte olup 6 ay sonraki kontrolünde patolojik bulgu saptanmadı.



**Resim 3.** Total tiroidektomi ve modifiye radikal boyun diseksiyon materyali.



**Resim 4.** x200, hematoxilen eozin ile; interfoliküler alanlarda tabakalar halinde plazma hücreleri görülmektedir.

Hastadan bu bilgilerin, kimliğini açıkça ortaya koymayacak şekilde bilimsel dergilerde makale olarak yayınlanabileceği hakkında bilgilendirilmiş olur alınmıştır.

## TARTIŞMA

Vücutun herhangi bir bölgesindeki lenf nodlarının progresif olarak büyümesi ile karakterize benign lenfoproliferatif bir hastalık olan CH aynı zamanda; dev lenf nodu hiperplazisi, lenf nodu hamartomu, foliküler lenforetiküloma, benign dev lenfoma ve anjiomatöz lenfoid hamartom gibi adlarla da bilinir.<sup>6-10</sup>

CH etiyojisi ve patogenezi tam olarak bilinmemektedir. Bu hastalığın karakteristik özelliği olan lenf nodu hiperplazisinin muhtemelen viral kökenli antijenik stimülasyon sonucu olabileceği bildirilmiştir.<sup>2-10</sup> CH tespit edilen lenf nodlarında yüksek miktarda interlökin-6 (IL-6) gibi bir B hücre büyüme faktörünün saptanmış olması lenfoproliferasyonun patogenezinde IL-6'nın rolü olduğunu düşündürmektedir.<sup>9-10</sup>

CH sıklıkla 15-30 yaş grubu genç erişkinlerde görülür ve görülme sıklığında cins ve ırk farkı bildirilmemiştir. En sık görüldüğü bölge %60 oran ile mediasten olup, baş boyun bölgesi %6-14 oranla ikinci en sık görüldüğü bölgedir.<sup>1-10</sup> Baş boyun vakalarının %85'i boyunda ve genellikle bizim vakamızda olduğu gibi sternokleidomastoid (SKM) kasının altında görülür.<sup>1-3</sup>

CH, kendini sınırlayan unisentrik ve sistemik semptomlarla seyreden fulminan multisentrik tarzı olmak üzere iki şekilde görülebilir.<sup>1-5</sup>

CH histolojik olarak 3 ayrı alt grup şeklinde sınıflanır. Hyalen-vasküler tip (HV) vakaların %91'ini oluşturur ve interfoliküler alanlarda duvarlarında hyalinizasyon gösteren küçük kan damarlarının belirgin proliferasyonu ile karakterizedir. Plazma hücreli tip (PH) ise vakaların %9'unu oluşturur ve bizim vakamızda olduğu gibi interfoliküler ve perisinüzoidal alanlarda belirgin artmış plazma hücreleri ile karakterizedir.<sup>9</sup> Üçüncü histolojik tip olarak mikst tip ise oldukça nadir görülür.

Klinik olarak HV tip genellikle asemptomatik soliter bir kitle olarak görülürken, daha az sıklıkla görülen PH genellikle anemi, ateş, gece terlemesi gibi sistemik semptomlarla daha agresif bir seyir gösterir ve sıklıkla multisentrik olabilir.<sup>3-10,11</sup> Bizim vakamız PH olmasına karşılık sistemik semptomlar yoktu.

Bu hastalığa spesifik klinik, biyokimyasal yada radyolojik bulgular olmaması nedeni ile kesin tanı histopatolojiye dayanır. Her ne kadar CH olan lenf nodlarında bazı BT ya da magnetik rezonans (MR) bulguları tarif edilmişse de, spesifik BT yada MR bulgusu yoktur.<sup>12</sup>

İİAB genellikle tanı koydurucu değildir ve sıklıkla çelişkili bilgiler verebilir. Bizim vakamızda da boyundaki kitleden yapılan İİAB'ler reaktif lenf nodu hiperplazisi ile uyumlu olarak belirtilmişti.

CH dondurulmuş kesitlerde lenfoma ile karışabilir.<sup>11</sup> Kesin tanı için doku biyopsisi gerektiğinden eksizyon; diagnostik ve soliter lezyonlar için terapötiktir.<sup>9-11</sup> Multisentrik tipin tedavisinde kemoterapi, radyoterapi ve kortikosteroidler kullanılır ve malignansi ve fatal enfeksiyon riski nedeni ile hastanın yakın takibi gerekir.<sup>2</sup>

Donatini Lo ve ark. tiroid kanseri şüphesi ile tiroidektomi yapılan ve sonraki takiplerinde boyunda kitle gelişmesi nedeniyle boyun diseksiyonu için kendilerine gönderilen bir hastada gerekli tetkiklerden sonra eksize edilen boyun kitlesinin CH olarak rapor edildiğini bildirmişlerdir.<sup>13</sup> Biz bunun dışında literatürde tiroid kanseri ile birlikte boyunda CH vakası bildirimine rastlamadık.

Bizim vakamızda boyundaki kitlenin etiyojisini araştırırken boyun USG'sinde tiroid sağ lobunda

4,7x4,5mm ebatlı nodül saptanması sonucu yapılan tiroid İİAB'sinin Bethesda sınıflaması 4<sup>14</sup> (papiller karsinom şüphesi) olarak rapor edilmesi üzerine ilk olarak boyunda ki kitlenin metastaz olabileceği düşünüldü. Literatürde papiller mikro karsinomunun boyunda dev metastazla görülebildiği bildirilmiştir.<sup>15</sup> Boyundaki kitleden yapılan İİAB'lerin non-diagnostik olması üzerine tru-cut biyopsisi yapıldı. Bu biyopsinin plazma hücreli bir neoplazinin lenf nodu infiltrasyonu açısından şüphelidir şeklinde rapor edilmesi üzerine total tiroidektomi ile birlikte modifiye radikal boyun diseksiyonuna karar verildi. Spesmen "tiroid papiller mikro karsinomu, Castleman hastalığı (plazma hücreli varyant) ve 31 adet reaksiyoner lenf nodu" olarak rapor edildi.

Bizim vakamızda olduğu gibi tiroid patolojisi ile birlikte boyunda büyük nodüller lezyonların olması çok sık görülmemekle birlikte cerrah için zor karar verilebilecek bir durumdur. Sonuçta yüksek morbiditelere neden olabilecek yanlış cerrahi yaklaşımlar yapılabilir.<sup>13</sup> Bu nedenle papiller tiroid kanseri vakalarında boyundaki kitleler metastaz yönünden değerlendirilirken, İİAB yıkama suyunda tiroglobulin çalışılması yararlı olabilir.<sup>16</sup> Bu durumda ameliyat öncesi tanı koydurucu tüm tetkiklerin yapılması, doğru cerrahi girişiminin belirlenmesine yardımcı olabilir.

## KAYNAKLAR

- Gürbüzler L, Ceylan A, Yılmaz M, Vural C. Castleman's disease of the parotid gland: a case report. *Kaohsiung J Med Sci* 2010; 26(8):444-7.
- Newlon JL, Couch M, Brennan J. Castleman's disease: three case reports and a review of the literature. *Ear Nose Throat J* 2007; 86(7):414-8.
- Bond SE, Saeed NR, Palka I, Carls FP. Castleman's disease presenting as a midline neck mass. *Br J Plast Surg* 2003; 56(1):62-4.
- Markou KD, Goudakos JK, Psillas G, Antoniadis A, Karasmanis I, Vital V et al. Castleman's disease of the neck: report of a case and review of the literature. *B-ENT* 2009; 5(3):189-93.
- Unsal Tuna EE, Ozbek C, Arda N, Ilkdogan E, Dere H, Ozdem C. Development of a Hodgkin disease tumor in the neck of a patient who previously had undergone complete excision of a hyaline-vascular Castleman disease neck mass. *Ear Nose Throat J* 2010; 89(4):E20-3.
- Schrock A, Gutgemann I, Keiner S. [Castleman's disease in ear, nose, and throat practice]. *HNO* 2007; 55 Suppl 1:E29-32.
- Leboulanger N, Coulomb L'hermine A, Teissier N, Rouillon I, Zribi S, Roger G et al. [Cervical Castleman disease in childhood: a report of two cases and a review of the literature]. *Arch Pediatr* 2010; 17(8):1178-82.
- Chen CC, Jiang RS, Chou G, Wang CP. Castleman's disease of the neck. *J Chin Med Assoc* 2007;70(12):556-8.
- Song JJ, Jung MH, Woo JS, Chae SW, Hwang SJ, Lee HM. Castleman's disease of the head and neck. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2006; 263(2):160-3.
- Beraldo S, Altavilla G, Bernante P, Pelizzo MR. Castleman's disease as an uncommon cause of a neck mass. *Acta Otolaryngol* 2006; 126(1):108-11.
- Somdas MA, Ketenci I, Bicer S, Senturk M, Guney E. Castleman's disease as an unusual neck mass: case report. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 2004; 113(6):459-61.
- Wen L, Zhang D, Zhang ZG. CT characteristics of cervical Castleman's disease. *Clin Imaging* 2005;29(2):141-3.
- Donatini G, Iacconi P, De Bartolomeis C, Iacconi C, Fattori S, Pucci A et al. Neck lesions mimicking thyroid pathology. *Langenbecks Arch Surg* 2009;394(3):435-40.

14. Rabaglia JL, Kabbani W, Wallace L, Holt S, Watumull L, Pruitt J et al. Effect of the Bethesda system for reporting thyroid cytopathology on thyroidectomy rates and malignancy risk in cytologically indeterminate lesions. *Surgery*. 2010;148(6): 1267-72
15. Kusunoki T, Murata K. A giant cervical lymph node metastasis from thyroid papillary microcarcinoma considered as a parotid gland tumor in preoperative diagnosis. *Thyroid*. 2004;14(12):1103-4.
16. Sohn YM, Kim MJ, Kim EK, Kwak JY. Diagnostic performance of thyroglobulin value in indeterminate range in fine needle aspiration washout fluid from lymph nodes of thyroid cancer. *Yonsei Med J* 2012; 53(1):126-31.