

# Castleman Hastalığında Parotis Tutulumu Olan Olguda: US, Doppler US, BT ve MRG Bulguları

## A Case of Castleman's Disease Involving Parotid Gland: US, Doppler US, CT and MRI Findings

\*Dr. Ayşegül SAĞIR, \*\*Dr. Yezdan FIRAT, \*Dr. Bayram KAHRAMAN,  
\*Dr. Ahmet Kemal FIRAT, \*Dr. Hakkı Muammer KARAKAŞ, \*\*Dr. Ahmet KIZILAY

\*İnönü Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı

\*\*İnönü Üniversitesi, Tıp Fakültesi, KBB Anabilim Dalı

---

### ÖZET

---

Castleman hastalığı; baş boyun bölgesinde sık izlenen bir hastalık değildir. Gözlendiğinde ise, atipik yerleşim göstermesi ve malign kitleleri taklit edebilmesi nedeniyle ayırıcı tanısı her zaman kolay olmayabilir. Castleman hastalığının çok nadir rastlanan parotis gland tutulumunun ultrason, MRG ve BT görüntüleme bulgularını sunmayı amaçladık.

#### *Anahtar Sözcükler*

*Castleman hastalığı, ultrason, bilgisayarlı tomografi, magnetik rezonans görüntüleme*

---

### ABSTRACT

---

The head and neck region is not the frequent site for involvement of Castleman's disease, typically. It may be presented with a considerable diagnostic difficulty due to its unusual localization and ability to mimic other neoplasms. We presented the ultrasound, CT and MRI findings of an unusual case of Castleman's disease involving parotid gland.

#### *Keywords*

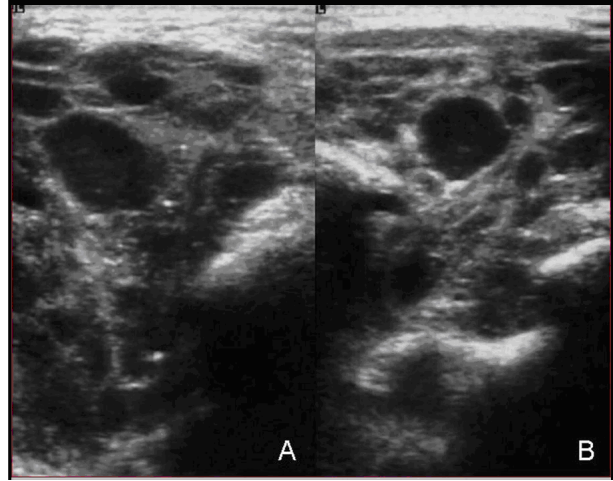
*Castleman's disease, ultrasonography, computerized tomography, magnetic resonance imaging*

## GİRİŞ

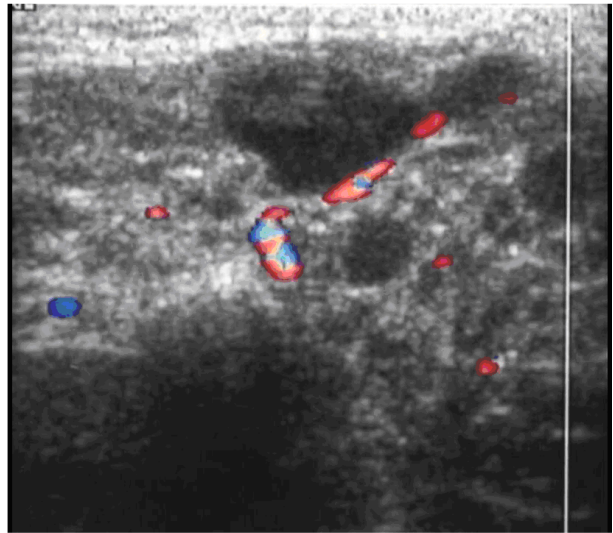
Castleman Hastalığı (CH) 1954 yılında Benjamin Castleman tarafından tanımlanmıştır.<sup>1</sup> CH sebebi net bilinmeyen lenfoproliferatif bir hastalık olup hipervasküler lenfoid hiperplazi ile karakterizedir. En sık mediastinal lenf nodu tutulumu gözlenirken daha az sıklıkta boyun, retroperiton ve aksiller bölge lenf nodları tutulumu olabilir.<sup>2-4</sup> Mediastende %70 oranında izlenirken, bu oran boyunda %11-20 olarak bildirilmiştir.<sup>5-8</sup> Bu olguda Castleman hastalığının parotis bezi tutulumunun ultrason, BT ve MRG bulgularını sunmayı amaçladık.

## OLGU SUNUMU

Yaklaşık 1 yıldır boyunda şişlik şikayeti olan ve ara ara şişliğin büyüüp küçüldüğünü ifade eden 67 yaşındaki bayan hastanın boyun ultrasonografisinde (ATL HDI 3500, lineer 7- 4 MHz prob) her iki supraklavikular, preaurikular, ön ve arka servikal zincirde, en büyüğü yaklaşık 3,5 cm çapta izlenen, yer yer konglomerasyon gösteren çok sayıda hipoekoik solid lenf adenopatiler saptandı. Yine her iki parotis glandı parankiminde en büyüğü 1,2 cm çapta olan multiple lenf adenopati tespit edildi (Resim 1). Renkli Doppler (ATL HDI 3500 lineer 7- 4 MHz prob) incelemede lenf adenopatilerin periferinde belirgin kanlanması mevcuttu (Resim 2). Boyun BT (Philips Medical Systems, Secura, Best, Hollanda) tetkikinde her iki supraklavikular, preauriküler, ön ve arka servikal zincirde periferden hafif kontrastlanma gösteren hipodens düzgün sınırlı çok sayıda lenf adenopatiler mevcuttu. Her iki parotis gland parankiminde de benzer özellikte lenf adenopatiler saptandı (Resim 3). Boyun MRG (Gyrosan Intera Master, Philips, Best, Hollanda) 1.5 Tesla tarayıcı ile elde edildi. Pre ve post kontrast T1 ağırlıklı spin eko (SE) (TR/TE/NEX= 410/10/2) ve T2 ağırlıklı SE (TR/TE/NEX= 4851/120/1) sekanslarında her iki supraklaviküler, preauriküler, ön ve arka servikal zincirde ve parotis glandlar içerisinde, postkontrast kontrastlanma gösteren çok sayıda lenf adenopati gözlemlendi (Resim 4, 5, 6). Hastanın ilk ince iğne aspirasyon biyopsisi sonucu lenfoid hiperplazi olarak rapor edildi. Tekrararı hastanın kontrolünü aksatması nedeniyle iki ay sonra yapılabildi ve sitolojik tanı aynıydı. Bir ay sonraki takibinde tanı ve tedavi amacıyla, kitlelerden birinin eksizyonu planlandı. Hastanın toraks ve batin BT' lerinde ek kitleye rastlanmadı. Serum biyokimya değerleri, idrar tetkikleri, serum globulinleri normal sınırlardaydı. Bu olgunun juguler zincirden yapılan

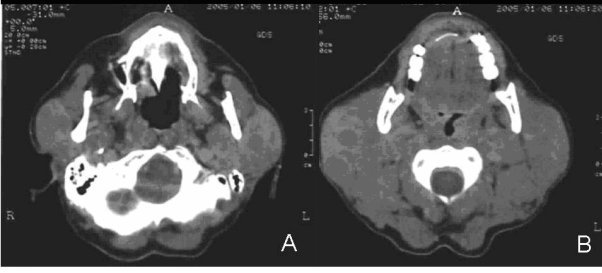


**Resim 1.** Sağ (A) ve sol (B) parotis bezleri. Ultrasonografide her iki bez parankiminde çok sayıda hipoekoik lenf adenopati dikkati çekmektedir.

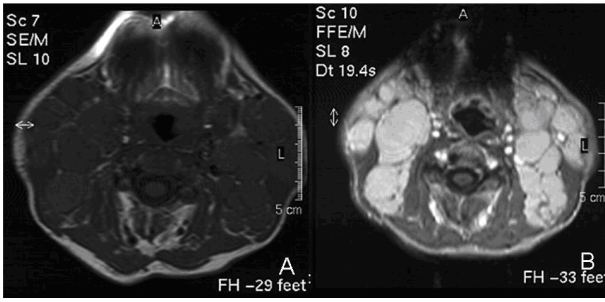


**Resim 2.** Renkli Doppler US tetkikinde parotis bezi içerisindeki Castleman hastalığına ait lenf adenopatilerin periferik kanlanması izlenmektedir.

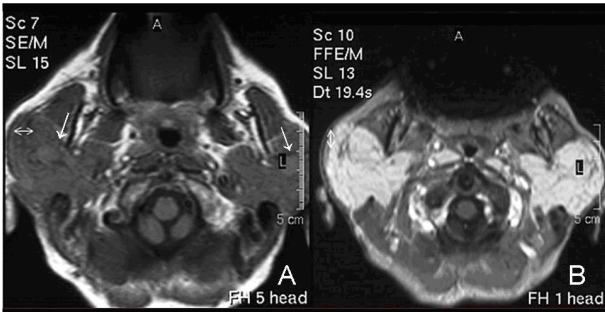
eksizyonel lenf nodu biyopsisi Castleman hastalığı (Hyalin vasküler tip) ile uyumlu olarak rapor edildi. Sistemik araştırmada vücudun diğer yerlerinde kitleye rastlanmadı. Hastanın POEMS sendromu (polinöropati, organomegali, endokrinopati, monoklonal protein ve cilt değişiklikleri) açısından incelemeleri yapıldı. Nörolojik muayenede periferik nöropatiye veya polinöropatiye ait bulgu saptanmadı. Adrenal, tiroid, pituitar, paratiroid, pankreatik ve gonadal fonksiyon testleri normaldi. Ciltte pigmentasyon, cildin renk değişikliği, tırnaklarda beyazlaşma gibi bulgulara rastlanmadı.



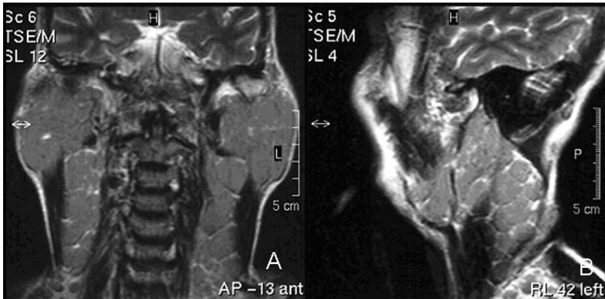
**Resim 3.** Her iki parotis bezi parankiminde (A), preaurikular, ön ve arka servikal zincirde (B) periferinde hafif kontrastlanma gösteren hipodens düzgün sınırlı çok sayıda lenfadenopati izlenmektedir.



**Resim 4.** Aksiyal T1 A (A) ve İVKM sonrası elde edilen T1 A görüntülerde boyunda ön ve arka servikal zincirde lenfadenopatiler izlenmektedir.



**Resim 5.** Aksiyal pre (A) ve post kontrast (B) T1 A görüntülerde parotis bezlerindeki lenfadenopatiler izlenmektedir.



**Resim 6.** Koronal (A) ve Sagittal T2 A görüntülerde boyun bölgesindeki lenfadenopatiler izlenmektedir.

Hastada multisentrik kitlelerin varlığı nedeniyle radyoterapi tedavisine karar verildi ve 40 Gy Adjuvan Radyoterapi uygulandı. Hasta CH tanısıyla tedaviye alındıktan 9 ay sonra sağ preaurikuler, sol ön servikal ve sol parotisteki kitlelerde büyüme nedeniyle hastanın preauriküler, ön servikal, parotisin intraglandüler ve ekstraparotid lenf nodlarındaki kitlelerinden İİAB planlandı ve yapıldı. Bu örneklerin sitolojik incelemesinde de hyalen vasküler tip CH tanısı doğrulandı. 9 ay sonra hasta boyunda kitle yakınması ile tekrar kliniğimize başvurdu. Alınan İİAB incelemesinde Castleman Hastalığına sekonder intermediyet grade, Non-Hodgkin lenfoma, B hücreli rapor edildi ve hastanın tedavisi yeniden planlandı. Bu şikayetinden 8 ay sonra hastada batında şişlik farkedildi ve yaygın asit olduğu gözlemlendi. Batın içi sıvıdan parasentezle alınan örnekte gözlenen blastik lenfoid hücrelerin non-hodgkin lenfoma infiltrasyonu olduğu bildirildi.

## TARTIŞMA

Castleman hastalığı benign lenfoid doku hiperplazisidir. CH aynı zamanda anjiomatöz lenfoid hamartom, anjiofoliküler hiperplazi ve foliküler lenforetiküloma olarak da adlandırılır.<sup>9</sup> Etiyolojisi bilinmemekle birlikte, hiperplazi veya hamartomatozisin kronik enflamasyona sekonder olduğu düşünülmektedir.<sup>2,9-11</sup> Hastalığın hyalin vasküler ve plazma hücreli tipi olmak üzere iki histolojik alt grubu tanımlanmıştır.<sup>3</sup> Olguların yaklaşık %90'ı hyalin vasküler tiptedir ve olguların yarısından fazlası 30 yaşın altındadır.<sup>11</sup> Plazma hücreli tipi olguların %10 'undan daha azını oluşturur. CH vücudun lenfoid doku içeren herhangi bir yerinden kaynaklanabilir. Parotis bezlerinde intraparankimal lenf nodlarında tutulum nadir de olsa ilgili literatürde tanımlanmıştır.<sup>12</sup> Ayırıcı tanısında lenfadenit, tüberküloz ve sarkoidoz gibi inflamatuvar hastalıklar; nörofibrom, Hodgkin ve non-Hodgkin lenfoma gibi tümoral hastalıklar ve lenf nodu metastazları düşünülmelidir.<sup>13</sup>

CH tanısı asıl olarak histopatolojik incelemeyle konulur. Bu hastalık germinal merkez oluşumu ve endotelial hiperplazi ile oluşan kapiller proliferasyonla birlikte olan lenfoid folikül hiperplazisi şeklinde tanımlanır.<sup>14</sup> Hastalığın lokalize ve multisentrik tipleri mevcuttur.<sup>15</sup> Yapılan çalışmalarda, CH'nin lokalize formu-

nun görülme sıklığı %10-11 civarındadır.<sup>3,11</sup> Bizim hastamızda parotisin intraglandüler lenf nodlarının da tutulduğu, boyunda lokalize multiple lenfadenopatiler mevcuttu. Lokalize tutulumu olan hastalarda cerrahi tedavi hastalığın tedavisi için yeterlidir.

Metastatik lenf nodları boyut artışı ve santral nekroz alanları ile karakterizedir. Nekrotik alan 3 mm'yi geçtiğinde BT'de izlenebilir hale gelir. MRG'de ise santral nekroz alanın izlenmesi ya da T2 A kesitlerde heterojenite varlığı metastatik tutulumu düşündürür. Ancak stafilkoksik enfeksiyonlara sekonder lenf adenopatilerde de santral nekroz izlenir. Lenf nodlarında boyut artışının eşlik ettiği difüz yoğun kontrastlanma akut enfeksiyonu düşündürür. Lenf nodlarında difüz kontrastlanma Castleman hastalığını da içeren birçok farklı hastalıkta izlenebilir. Lenfoma tutulumunda lenf nodları genellikle homojen izlenir, ancak, nadirde olsa santral nekroz gözlenebilir. Tuberküloz tutulumunda ise farklı radyolojik özelliklerde: farklı düzeylerde kontrastlanma, homojen ya da nekrotik görünüm, farklı dansite ve intensitede lenf adenopatiler izlenir. Lenfadenopatilerde kalsifikasyon tiroid papiller karsinomunu, kanama ise tiroid papiller karsinomunu ve metastatik hipernefromayı düşündürmelidir. Nodal kalsifikasyon tüberkülozda, radyoterapi sonrası metastatik ya da lenfoma tutulumu olan lenf nodlarında, silikoziste, sarkoidozda sklerodermada, amiloidozda da izlenebilir. Sarkoidoz ve lenfoma servikal lenf nodlarını tuttuktan sonra sıklıkla intraparotid lenf nodlarını da tutar.<sup>16</sup>

Radyolojik tetkiklerden sadece konvansiyonel BT veya sadece konvansiyonel MRG, Castleman hastalığı

ğının malign tümörlerden ayırıcı tanısında yetersiz kalabilir. Ancak US, Doppler US ve bu tetkikler hep birlikte değerlendirildiğinde hastalık hakkında yönlendirici bulgulara ulaşılabılır. Hastamızda US'de hipoeoik solid lenf adenopatiler saptanmış olup, Doppler US'de lenfadenopatilerin periferinde belirgin kanlanma izlendi. Hyalinize vasküler tip CH'da, intravenöz kontrast madde tutulumu sonrası BT'de tipik olarak homojen kontrastlanan kitleler izlenirken, lokalize kalsifiye alanlarda gözlenebilir.<sup>17</sup> Bizim olgumuzda da postkontrast BT'de periferden hafif kontrastlanma gösteren hipodens düzgün sınırlı kitleler mevcuttu. Parotis gland parankiminde de benzer özellikte lenfadenopatiler saptandı. Lenf adenopatilerde kalsifiye alanlar mevcut değildi. İlgili literatürde CH'nın MRG bulgularının spesifik olmadığı bildirilmiştir.<sup>17</sup> Lenf adenopatilerin, T1 ağırlıklı kesitlerde düşük, T2 ağırlıklı kesitlerde yüksek sinyal intensitesinde olduğu bilinmektedir.<sup>17</sup> Bizim olgumuzda da MRG'de her iki supraklaviküler, preauriküler, ön ve arka servikal zincirde ve parotis glandlar içerisinde, postkontrast kontrastlanma gösteren çok sayıda lenfadenopati izlendi. Bu lenf adenopatiler T1A' da hipo, T2A'da ise hiperintens idi. Bu bulgular; MRG, BT ve US' nin tek başına, klinikten bağımsız olarak, Castleman hastalığına ait lenf adenopatiler ile malign ya da benign lenf adenopatileri ayırd edemeyeceğini göstermektedir.

Parotis bezi lenf nodlarının tutulumu, CH'da nadir de olsa izlenen bir durumdur. Bu nedenle, parotis kitlelerinin ayırd edici tanısında CH' nında yeri olduğunun bilinmesi ve görüntüleme bulgularından haberdar olunması gerekmektedir.

## KAYNAKLAR

1. Castleman B, Towne VW, Case records of the Massachusetts General Hospital: Case No. 40231. N Engl J Med 1954; 250:1001-5.
2. Shin JH, Lee HK, Kim SY et al. Castleman's disease in the retropharyngeal space: CT and MR imaging findings. AJNR 2000; 21:1337-9.
3. Poyanlı A, Genç FA, Sencer S, Yanar H, Kapran Y. Cervical Castleman's disease: Imaging findings. Eur Radiol 2000; 10:1190-2.
4. Maslovsky I, Uriev L, Lugassy G. The heterogeneity of Castleman's disease: Report of five cases and review of the literature. Am J Med Sci 2000; 320:292-5.
5. Minerva T, Franza R, Panico D, Pizzolante M, Cambo M. Castleman's disease with diffuse cervical localisation: case report. Acta Otorhinolaryngol Ital 2004;24:234-8.
6. Çallı C, Öncel S, Pınar E, ve ark. Servikal bölgenin Castleman hastalığı: olgu sunumu. Kulak Burun Boğaz İhtis Derg 2005;14:35-8.
7. İnci E, Mamak A, Dereköylü L ve ark. Hyalen vasküler Castleman hastalığı: olgu sunumu. Türk Otolarengoloji Arşivi 2003; 41:158-61.
8. Demir S, Uluoğlu Ö, Borçbakan C, Gerçek M. Angiofollicular lymph node hyperplasia-a case report. Acta Oncologica Turcica 1978;11:269-76.

9. Chaloupka JC, Castillo M, Hudgins P. Castleman disease in the neck: Atypical appearance. *AJR* 1990;154:1051-2.
10. Cuellar AS, Pedro M, Granizo RM et al. Castleman disease (giant lymph node hyperplasia) in maxillofacial region: A report of 3 cases. *J Oral Maxillofac Surg* 2001; 59:228-31.
11. Koslin DB, Berland LL, Sekar BC. Cervical Castleman disease: CT study with angiographic correlation. *Radiology* 1986; 160:213-4.
12. Kilty SJ, Yammine NV, Corsten MJ, Odell PF, Thomas J. Castleman's disease of the parotid. *J Otolaryngol* 2004;33:396-400.
13. Yıldırım H, Cihangiroğlu M, Özdemir H, et al. Castleman's disease with isolated extensive cervical involvement. *Austr Radiol* 2005; 49:132-5.
14. Keller AR, Hochholzer L, Castleman B. Hyaline-vascular and plasma cell types of giant lymph node hyperplasia of mediastinum and other location. *Cancer* 1972; 29:670-83.
15. Herrada J, Cabanillas F, Rice L, Manning J, Pugh W. The clinical behavior of localized and multicentric Castleman's disease. *Ann Intern Med* 1998; 128:657-62.
16. Som PM. Lymph nodes. In Som PM, Curtin HD ed. *Head and Neck Imaging*. 3<sup>rd</sup> ed. St. Lois: Mosby-Year Book Inc., 1996;772-94.
17. Ota T, Mitsuyoshi A, Zaima M, Mizuno M, Morita R. Visualization of central stellate fibrosis in hyaline vascular type Castleman's disease. *British J Radiol* 1997; 70:1060-2.