



Boyun Kitleleri: Değerlendirme, Ayırıcı Tanı ve Yaklaşım

Neck Masses: Evaluation, Differential Diagnosis and Approach

Hüseyin Öztarakçı¹, Saime Sağıroğlu²

¹Necip Fazıl Şehir Devlet Hastanesi, KBB Kliniği, Kahramanmaraş, Turkey

²Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi KBB Anabilim Dalı, Kahramanmaraş, Turkey

ABSTRACT

Neck mass is a symptom that could be seen in all age groups and brings significant trouble. IN differential diagnosis of the neck masses wide spectrum of diseases should be considered. Therefore, our aim is to achieve a quick and accurate diagnosis and also not to harm patients. Neck mass may be due to a simple infection or a first sign of head and neck region tumor. Patients with neck masses must be evaluated with a detailed head and neck physical examination, further tests like fine needle aspiration biopsy may also be required. Excisional biopsy should be done if necessary. Most of the benign or malign lesions are the cause of masses on the neck.

Key words: Neck mass, fine needle aspiration biopsy, malignancy.

ÖZ

Boyunda kitle, her yaş grubunu etkileyebilen ve hastaları oldukça endişelendiren bir semptomdur. Boyun kitlelerinin ayırıcı tanısı çok geniş hastalıklar spektrumunun tanısı ve tedavisi konusunda detaylı bir bilgi sahibi olmayı gerektirir. Boyundaki kitle basit bir enfeksiyona bağlı olabileceği gibi baş boyun bölgesi kaynaklı bir tümörün ilk belirtisi olarak veya vücudun başka bölgesinde bulunan bir tümörün uzak metastazı şeklinde de karşımıza çıkabilir. Baş-boyun kitlesinde mutlaka ayrıntılı baş-boyun ve fizik muayene, ileri tetkikler ve ince iğne aspirasyon biopsisi yapılmalıdır. Gerekliği durumlarda eksizyonel biopsi uygulanmalıdır. Benign ya da malign özellikteki pek çok lezyon boyunda kitle sebebidir.

Anahtar kelimeler: Boyunda kitle, ince iğne aspirasyon biopsisi, malign, benign.



Giriş

Boyunda kitle oldukça sık görülen ve Kulak Burun Boğaz (KBB) poliklinikleri dışında bir çok hekiminde karşılaşılabileceği bir şikayettir. Her yaş grubunu etkileyebilen, hastaları oldukça endişelendiren bir semptomdur. Boyunda bulunan organların çeşitliliği ve nöral-vasküler ağlarının fazlalığı nedeniyle bu sık görülen problemin ayırıcı tanısında güçlükler yaşanmaktadır. Boyun kitlesi şikayetiyle başvuran hastalara tanısız yaklaşımda amaç; mümkün olduğu kadar çabuk ve doğru bir tanıya ulaşmak ve bunu yaparken de hastaya zarar vermemektir.

Dođumsal, enflamatuar ve neoplastik nedenlerle gelişebilen boyun kitlelerinin oluşumuna primer ya da sekonder nedenlerle pek çok organ katkıda bulunur. Boyun kitleleri öncelikle etyolojilerine göre inflammatuar, konjenital ve neoplastik şeklinde sınıflandırılır¹. Çocuklar ve genç erişkinlerde servikal lenfadenit, kedi tırmağı hastalığı gibi inflammatuar-infeksiyöz kitleler veya tiroglossal kanal kistleri, brankial yarık anomalileri gibi konjenital lezyonlar en sık görülürken, 40 yaş üstü erişkinlerde neoplazik hastalıklar ön planda düşünölmelidir^{2,3}. Yetişkinlerde tiroid hastalıkları hariç boyun kitlelerinin %80'i neoplastik kökenlidir ve bunların da % 80'i maligndir. Ancak çocuklarda boyun kitlelerinin % 90'dan fazlası benignidir. Yetişkinlerdeki neoplastik kitlelerin dörtte üçü metastatik, dörtte biri primer malignitelerdir. Primer malignitelerin ise büyük çoğunluğunu tükrük bezi tümörleri oluşturur^{2,4}.

Boyun kitlesi olan bir hastada, özellikle erişkinlerde önemli olan kitlenin malign olup olmadığına karar verebilmektir. Boyun kitlelerinin insidansı ve cinsleri ölkelerin sosyoekonomik durumlarıyla yakından ilişkilidir. Gelişmekte olan ölkelerde boyun kitlelerinin en sık sebebi enfeksiyon ve inflamasyon iken, gelişmiş olan ölkelerde hijyenik koşulların daha iyi olmasına bağlı olarak doğumsal ve neoplastik kitleler ön plana çıkmaktadır⁵.

Boyun kitlesi şikayeti ile başvuran bir hastada öykü önemli ipuçları sağlayabilir. Hastanın yaşı ve kitlenin büyüklüğü ve ortaya çıkış süresi ayırıcı tanıda önemlidir. Yaş boyun kitlesinde en önemli faktördür, yaş arttıkça malignite riski artar⁶. Kitlenin oluşum süresi ve eşlik eden semptomlarda öyküde dikkatlice dinlenmelidir. Ateş, boğaz ağrısı, öksürük ve gibi akut belirtiler, yakın geçmişte bir üst solunum yolu enfeksiyonu öyküsü enflamatuar adenopati veya konjenital kistik bir kitleyi düşöndürürken, kronik bir hal alan boğaz ağrısı, yutma güçlüğü, ses kısıklığı, aynı tarafta otalji gibi semptomlar ise genellikle yutak veya gırtlakta olası maligniteyi düşöndürmelidir. Ayrıca, baş ve boyun travması, böcek ısırıkları, kedi, tavşan

gibi hayvanlarla temas hikayesi inflamatuvar-enfeksiyöz kaynaklı bir kitleyi düşündürürken; sigara, alkol gibi alışkanlıklar ve radyasyon maruziyeti ve kitlede kısa zamanda ilerleyici büyüme hikayesi malignite olasılığını artırır³.

Boyun kitlesinin değerlendirmesinde özellikle inspeksiyon ve palpasyon önemli bilgiler verir. Herhangi bir üfürüm varlığı açısından oskültasyonda uygulanabilir. Baş boyun bölgesi derisinde lokalize çizik veya ısırik kedi tırmağı hastalığı, tularemi gibi enfeksiyöz nedenli boyun kitlesi şüphesini artırır. Ayrıca saçlı deri dahil tüm bölge cilt tümörleri açısından dikkatlice izlenmelidir. Dikkatlice palpe edilen bir kitle, yapısı, hassasiyeti, kıvamı, hareketliliği ve bulunduğu bölge değerlendirilerek karakteri ve kaynaklandığı odak açısından fikir verir.

Hekim mukozal yüzeyleri dikkatli muayene etmelidir. Mukoza incelenmesi için, hastanın diş protezi çıkarılmalı, dudaklar, yanak mukozası, dil, diş ve diş eti dikkatlice kontrol edilmelidir. Dil kaldırılarak dil altı bölge incelenmeli, dil ve ağız tabanı ağız tabanı bimanuel muayene ile kitle açısından palpe edilmeli, tonsiller bölgede asimetri, submukozal ödem, ülserasyona dikkat edilmelidir.

Larenks, hipofarenks ve nazofarenksin değerlendirilmesinde endoskopik yöntemler kullanılır. Dil kökü, epiglot ve larenksin mukozal yüzeyleri değerlendirilir. Aryepiglottik kıvrımlar belirlenerek fonasyon sırasında ve inspirasyonda vokal kord hareketleri, yüzeyi, piriform sinüsler, postkrikoid bölge, özofagus girişi incelenmelidir. Daha sonra nazal endoskopik muayene ile intranazal bölge ve nazofarenks kontrol edilir. Kulak muayenesinde saptanan seröz otit nazofarenks kanseri açısından uyarıcı olmalıdır.

Büyümüş lenf nodları boyun kitlelerinin en sık sebebidir. Baş ve boyundaki lenf nodları tüm vücuttaki lenf nodlarının yaklaşık üçte birini oluşturur. Çapı 1 cm' den büyük lenf düğümleri lenfadenopati (LAP) olarak değerlendirilmelidir⁷.

Servikal lenfatik sistem baş ve boyunda, birbirine bağlantılı lenf düğümü gruplarından oluşan önemli bir nörovasküler yapıdır. Tüm baş ve boyun deri ve mukozal yüzeyleri ve organlarıyla ilişkilidir. Boyun lenf düğümü grupları, boyunda anatomik olarak üçgen bölgeler oluşturularak sınıflandırılır. Her bir üçgendeki lenf nodlarına belirli bölgelerden lenfatik drenaj bilindiğinden enfeksiyon veya metastatik yayılımda birincil kaynak açısından fikir verir⁸. Bu nedenle lenfoid drenaj bölgeleriyle uyumlu anatomik yapılar dikkatlice araştırılmalıdır.

Boyun lenf düğümlerini basitçe gruplandırırsak; submandibular üçgen içinde yer alanlar

submandibular dđđümleri, internal juguler ven boyunca yer alanlar derin boyun zinciri dđđümlerini ve sternokleidomastoid ile trapez kas arasında yer alan arka-üçgen dđđümleri içerir⁹.

Boyun Kitlelerinin Sınıflandırılması

Konjenital-Gelişimsel Boyun Kitleleri

Fetal hayatta embriyogenez sırasında germ hücre göçlerinin boyunda olması birçok konjenital kitlenin de bu bölgede görülmesine neden olmaktadır. Orta hat lezyonlar; genellikle gelişimsel kistlerdir. En sık görülen tiroglossal duktus kistidir (Resim 1). Tiroglossal duktus kisti aynı zamanda tüm konjenital boyun kitleleri içerisinde en sık rastlanılandır. Doğuştan itibaren var olsa da ileriki dönemlerde görünür olabilir. Diğer orta hat servikal konjenital kitleler; laringosel, ektopik tiroid, timik kist, teratom, dermoid kistler olabilir. Dilin oynatılması ile hareketli olabilen, genellikle asemptomatik olan ektopik tiroid dokusu adenomları çok nadir görülen boyunun orta hat lezyonlarındandır. Bu kitleler daha çok prelaringeal bölgede yerleşim gösterir ve tiroglossal duktus kisti ile ayırıcı tanısı çoğu kez histopatolojik inceleme ile olmaktadır¹⁰.



Resim 1. Tiroglossal duktus kisti



Resim 2. Yumuşak doku tümörü

Lateral servikal lezyonlar; brankiyal kist ve/veya fistül, lenfanjiom-kistik higroma, tiroid kistleri, parotis kistleri ve nadiren karotis kılıfı boyunca timus kalıntıları olabilir. Brankiyal

kistler; boyun damar sinir paketinin yüzeyinde ve lateralinde ortaya çıkar. Kist, sinüs ve fistül içerebilen bu kitleler sternokleidomastoid kas medial kenarı boyunca herhangi bir seviyede bulunabilir¹¹.

Enfeksiyöz ve İnflamatuvar Kitleler

Boyunda kitlenin en sık nedeni enfeksiyon veya enflamasyona bağlı servikal adenittir. Bir enfeksiyon yada enflamasyona cevap olarak lenf düğümünün ağırlı büyümesiyle karakterizedir. Servikal adenite yol açan enfeksiyon etkeni; bakteriyel, viral, paraziter veya fungal olabilir. Enfeksiyon kaynağı Farenjit, tonsillit, dış enfeksiyonu veya bir cilt enfeksiyonu olabilir yada herhangi bir odak bulunamayabilir. Bakteriyel kökenli adenitlerde etken %80 staphylococcus aureus veya streptococcus pyogenes'dir. Bazen büyüyen lenf düğümünün içerisinde nekroz gelişirse pü birikimi sonucu apse formasyonu oluşabilir. Boyun apse kültürlerinde en yaygın olarak streptokok ve stafilokok mikroorganizmalarına rastlanır¹². Dental enfeksiyon kaynaklı oluşan bir boyun apsesinde anaerobik etkenlerde genellikle eklenebilir.

Boyundaki lenf nodlarında birtakım etkenler granülatöz enfeksiyon oluşturur. Kedi tırmığı hastalığı, tüberküloz, atipik tüberküloz gibi bakteriyel etkenler ve aktinomikozis gibi mantar enfeksiyonu bu gruptadır. Tipik ve atipik mikobakteri enfeksiyonları boyun kitlelerine yol açabilen daha nadir enfeksiyöz nedenlerdir. Genellikle yaşlı ve düşkün hastalarda sert tek bir büyümüş lenf düğümü olarak ortaya çıkarlar. Tipik mikobakteriyel enfeksiyonda genellikle daha önce tüberküloz enfeksiyonu varlığı veya tüberküloz maruziyeti öyküsü vardır. Ayrıca PPD (tüberkülin deri testi) pozitifdir. Tanıyı kesinleştirmek için ince iğne aspirasyonu veya eksizyonel biyopsi yoluyla elde edilen materyalden kültür, histopatolojik inceleme veya PCR (Polymerase Chain Reaction) yöntemiyle micobacterium genomları tanımlanabilir. Kesin tanı sonucu 6-12 ay boyunca anti tüberküloz tedavi uygulanmalıdır¹³.

Diğer bakteriyel kökenli enfeksiyöz lenfadenitlerde tularemi, sifiliz, brusella, sodoku hastalığı (Spirillum minus ve Streptobacillus moniliformis) nedeniyle oluşabilir. Kedi tırmığı hastalığı boyun kitlelerinin daha az karşılaşılan nedenidir. Kedi tırmığı hastalığında etyolojik ajan Bartonella henselae' dir. Genellikle tek bir lenf nodu büyümüştür ve tedavi olmadan da normal boyutuna dönebilir.

Viral ajanların etyolojide rol oynadığı servikal adenitlerde tablo benzerdir. Genellikle birden

fazla lenf dđđümleri iki taraflı olarak büyümuştür ve lenf dđđümünde haftalar süren reaktif hiperplaziye yol açarlar. Etken Cytomegalovirus (CMV), Epstein-Barr virüsü (EBV), kızamık, adeno virüs, echovirus, rinovirüs ve ya Respiratuar Syncitial Virüs (RSV) olabilir. İki taraflı 3 aydan uzun süren servikal lenfadenopatilerde Human Immunodeficiency Virus (HIV) enfeksiyonu yönünden de araştırmak gerekir.

Baş boyunda toksoplazma nadiren görülür. En sık asemptomatik lenfadenopati ye yol açar. Genellikle arka servikal üçgende Uzun zaman içerisinde büyüyen nonsüpüratif lenfadenite ye açar. Asemptomatik ve normal dirence sahip konakta tedavi gerekmez¹⁴.

Tümöral Kitleler

Tükürük Bezi Tümörleri

Genellikle parotis bezi kaynaklıdır. Parotis bezi kaynaklı bir tümör genelde kulak önünde veya altında mandibuler açıdan aşağıya doğru büyüyen solid bir boyun kitlesi olarak ortaya çıkar. Daha nadiren submandibuler bez kaynaklı olabilir ve submandibuler üçgende oluşur. Benign tükürük bezi tümörleri genellikle asemptomatiktir ve yıllar içerisinde oluşur. Malign olanlar hızlı ilerler ve cilt invazyonu veya fasial sinir invazyonuna bağlı semptomlar görülebilir. Tanıda görüntüleme yöntemleri olan ultrasonografi (USG), komputeze tomografi (CT) ve manyetik rezonans (MR) kitlenin karakteri hakkında ipuçları verir. İnce iğne aspirasyon biyopsisi (İİAB) ile tükürük bezi tümörlerinde doğruluk oranı %90'ları bulmaktadır¹⁵. İİAB benign-malign ayrımı açısından fikir vermesine rağmen ancak histolojik olarak sınıflandırmada çok yardımcı olmamaktadır.

Tiroid Hastalıkları

Tiroid nodülleri yetişkinlerde % 4-7 oranında görülür¹⁶. Radyasyon maruziyeti ve ses kısıklığı olan hastalarda maligniteden şüphelenilmelidir. USG ve İİAB malign-benign ayrımında çok önemlidir. 4 cm'den büyük nodüllerde malignite riski yüksektir. İİAB da malignite şüphesi varsa cerrahi şarttır.

Yumuşak Doku Tümörleri

Benign olanlar epidermal inklüzyon kistleri, sebace kistler ve lipomlardır (Resim 2). İntrakutan veya subkutan yerleşebilen yüzeysel, yumuşak kıvamda, ağrısız ve mobil kitlelerdir. Daha çok ileri yaşlarda ortaya çıkarlar. Hemanjiyomlar damar kaynaklı benign karakterde yumuşak doku

tümörleridir ve ciltte renk değişikliği yaparlar. Hemanjiomlar doğuştan itibaren çocukluk çağında sık görülür. Benign yumuşak doku tümörlerinde kozmetik rahatsızlık dışında bir semptom yoktur ve tedavisinde basit cerrahi eksizyon yeterlidir. Ayrıca çok nadir görülen rabdomyosarkom, fibrosarkom, liposarkom, osteojenik sarkom, kondrosarkom gibi malign yumuşak doku tümörleri boyunda kitle oluşturabilir. Malign kitlelerin tedavisinde geniş cerrahi rezeksiyona ek olarak kemoterapi ve radyoterapi uygulanır.

Vasküler Tümörler

Lenfanjiyomlar ve hemanjiyomlar benign karakterde gelişimsel vasküler tümörlerdir. Hemanjiyomlar sıklıkla kendiliğinden gerilerken lenfanjiyomlar zamanla büyüme eğilimindedir. Tedavileri cerrahi eksizyondur. Malign karakterde olanlar daha ileri tedavi gerektirir.

Paragangliomalar

Otonom sinir sistemi hücresi olan nöroektodermal kökenli paraganglionik hücrelerden gelişen tümörlerdir. Bu tümörler baş ve boyunda en sık karotid bifurkasyondan köken alırlar ve karotid cisim tümörü adını alır. Diğer görüldüğü bölgeler arasında juguler bulbus, vagal sinir, orta kulak, orbita, nazofarenks, paranazal sinüsler yer almaktadır. Ekstraadrenal paragangliadan köken alan yüksek oranda vasküler tümörlerdir. Vertikal yönde hareket etmeyip, sağa sola hareket edebilen, pulsatil, bazen üfürüm oluşturabilen kitlelerdir. Hastaların %10'unda aile hikâyesi mevcuttur, %10' u multiple odaklı ve %10'u malign özellikler taşır. Tanıda CT, MR ve MR angiografi ile konulur. Ayırıcı tanıda brankial yarı kisti ve karotis anevrizması düşünülmelidir. Tedavisi cerrahi eksizyondur. Rezeke edilemeyecek kadar büyük kitlelerde veya multipl odaklarda tedavide radyoterapi kullanılır¹⁷.

Pulsatil boyun kitlelerinde, arteriovenöz fistül (AV), anevrizma, psödoanevrizma ve karotid body tümör düşünülmelidir. Tanı amaçlı yapılacak girişimler, tehlikeli sonuçlar doğurabilir.

Nörojenik Tümörler

Baş boyun bölgesi birçok büyük sinir içermektedir. Schwannoma (nöroleioma), nörofibromlar, nöroepitelioma ve nörojenik sarkom gibi tümörler baş boyunda oldukça nadir görülen nörojenik tümörlerdir. Bu tümörlerin en sık görüleni schwannomadır. Kranial sinirler, servikal sempatik zincir ve brakial pleksus en çok etkilenen sinirlerdir. Schwannomalar çoğunlukla benign karakterde olmasına karşın malignite potansiyelleri bulunmaktadır^{18,19}.

Ayrıca, baş-boyun bölgesinin primer veya metastatik tümörleriyle karışabilirler. Tedavileri malign potansiyellerinden dolayı cerrahi eksizyondur.

Lenfomalar

Lenfoma lenfositlerin oluşturduğu lenf dokusunun malign tümörüdür. Hodgkin ve Non-Hodgkin lenfomalar olarak ayrılır ve servikal lenfadenopati sebepleri arasındadır. İlk şikayet çoğu kez boyunda ortaya çıkan ağrısız bir şişliğin fark edilmesi şeklindedir. Hastaların bir kısmında lenfomaya bağlı olarak ortaya çıkan ve sistemik semptomlar olarak değerlendirilen bulgular olabilir. Bunlar ateş, gece terlemesi, son 6 ayda vücut ağırlığının % 10 undan fazla kilo kaybı olmasıdır. Büyüyen lenf düğümleri elastik kıvamda, düzgün yüzeyle, ağrısız ve mobildir. Tanı ince iğne aspirasyon biyopsisi ile konulabilir, ancak kesin tanı ve histolojik tiplendirme yapabilmek için eksizyonel biyopsi şarttır²⁰. Tedavide kemoterapiye ek olarak radyoterapi uygulanabilir.

Metastatik Tümörler

Genellikle üst solunum ve sindirim sistemi yolu skuamöz hücreli kanserleri boyunda metastatik kitleye yol açar. Dudaklar, oral kavite, dil, burun, farenks, larenks, üst özofagus ve trakea muhtemel odaklar olabilir. Bu hastalarda sigara ve alkol kullanımı, güneş ışığı ve kimyasal madde maruziyeti, kötü ağız bakımı ve aile öyküsü risk faktörleridir. Üst solunum-sindirim yolunun herhangi bir bölgesinde iyileşmeyen yara veya ülser, sürekli devam eden boğaz ağrısı, ses değişiklikleri ve yakın zamanda kilo kaybı önemli şikayetlerdir. Boyunda metastatik tümör yassı hücreli kanser dışında adenokarsinoma veya malign melanomda olabilir. Metastatik adenokarsinom sıklıkla tiroid bezi, tükruk bezi, bronkopulmoner sistem, gastrointestinal sistem veya genitoüriner sistemden gelebilir. Primer tümörün araştırılmasında bütün bu sistemlerin endoskopik ve radyolojik incelemesi gereklidir. Kadınlarda meme ve erkeklerde prostat boyunda görülen adenokarsinomda muhtemel primer tümör bölgeleridir ve metastaz genellikle supraklavikular bölgededir²¹.

Erişkinlerde boyunda kitle şikayetiyle başvuran hastalarda öncelikle malignite düşünülmelidir. 40 yaş üzeri erişkinlerde bu oran %80'leri bulmaktadır ve bunların büyük çoğunluğu metastatik malignitelerdir². Metastatik boyun kitlelerinde primer odağın saptanması tedavide önemlidir. Kitlenin lokalizasyonu ve semptomlar primer tümör odağı açısından fikir verir. Posterior üçgen metastazları sıklıkla nazofarenks kanserini akla getirirken, kulak, temporal kemik arka saçlı deriden kaynaklanabilir. Üst juguler zincir ve postaurikuler bölge metastazları

nazofarenksten kaynaklanır. Orta juguler zincir bölgelerine olan metastazlar oral kavitenin herhangi bir bölümünden, farenks veya larenksteki bir kanserden olabilir. Bu bölgedeki metastazlar özellikle Waldeyer halkasını ve dil kökünü düşündürmelidir. Submental ve submandibuler bölgedeki metastazlar dudak ağız boşluğu, dilin 2/3 ön kısmı kanserlerinden kaynaklanabilir. Alt juguler zincir ve supraklavikular kitleler tiroid, piriform sinüsler, üst özofagus, nadir olarak mide, distal özefagus, trakeobronşiyal sistem, genitoüriner sistem ve meme kanserlerini gibi klavikulanın daha alt bölgelerinden metastazı akla getirir^{22,23}.

Tablo1. Boyun kitlelerinin özet sınıflaması

Enfeksiyöz-İnflamatuvar	Konjenital-Gelişimsel	Tümöral
Lenfadenit	Sebase ve epidermoid kistler	Metastatik (primeri bilinmeyen)
Bakteriyel	Brankial yarı kisti	Primeri bilinen (skuamöz, adenokarsinom veya melanom)
Viral	tiroglossal duktus kisti	Tiroid kitleleri
Fungal	dermoid kistler	Lenfoma
Paraziter	Lenfanjiyom-	Tükrük bezi tümörleri
Granülomatöz (Sarkoidoz gibi)	hemanjiyom	Karotid cisim tümörleri
	Laringosel	Yumuşak doku tümörleri ve
	Timik kistler	Nörojenik tümörler

Boyun Kitlelerinin Değerlendirilmesi

Boyun kitleleri; laboratuvar incelemeleri ve serolojik testlerle tanı koyulabilecek enflamatuvar-enfeksiyöz karakterde benign bir şişlik olabileceği gibi, genel anestezi altında panendoskopi ve körlemesine biyopsi gerektirebilecek primer odağı bilinmeyen malign karakterde bir kitleye kadar geniş bir yelpazedir²⁴.

Boyunda kitle ile başvuran tüm hastalardan tam kan sayımı, sedimantasyon ve CRP (C-reaktif protein) istenmelidir. Viral hastalık düşündürecek multipl yaygın adenopatilerde EBV ve CMV serolojisi, üç aydan uzun süren adenopatilerde HIV serolojisi bakılmalıdır. Şüphelenilen etkene göre brusella, tularemi ve toxoplazma gibi spesifik serolojik testler istenebilir. Tüberküloz hikayesi varsa tuberkülin deri testi (PPD) yapılabilir. Ayrıca karsinoembriyolojik antijen (CEA), ferritin, tirokalsitonin ve alfa-fetoprotein gibi tümör markır düzeylerine bakılabilir²⁴.

USG, CT, MR ve Pozitron Emisyon Tomografisi (PET-CT) boyun kitesi ile başvuran hastalarda

tanıda yardımcı görüntüleme yöntemleridir. USG boyun kitlelerinin ilk değeriendirilmesinde kistik lezyonlar, tiroid ve tükrük bezi kitleleri ile şüpheli, lenf nodlarının araştırılmasında yardımcıdır. Kitlenin solid-kistik ayırımında, lenf nodunun büyüklük ölçümünde, reaktif veya metastatik lenf nodu ayırımında oldukça başarılıdır. Ayrıca vasküler yapı incelemesi için Doppler USG faydalıdır²⁴. Ayrıca ultrason yardımıyla palpe edilemeyen veya derin yerleşimli kitlelerden İİAB alınabilir. Fakat USG çalışmalarının yapan kişinin deneyimi ve becerisine büyük oranda bağlı olduğu unutulmamalıdır. Cerrahi öncesi yapılacak olan doğru görüntüleme çalışmaları büyük önem arz eder.

CT ve MR boyun kitlelerinin değeriendirilmesinde ve morfolojik değışikliğe uğramış patolojik lenf nodu aranmasında kullanılan iki büyük görüntüleme yöntemidir. Primer odak araştırılmasında, submukozal lezyonların gösterilmesinde, tümörün tanımlanmasında ve yumuşak doku invazyonu araştırılmasında MR, CT'den üstündür. CT kistik lezyonlarda; dış duvar kalınlığı, içinde bulunan nodüller ve septasyonların varlığıyla benign yada malign kist ayırımında yardımcı olabilir²⁵.

PET-CT gizli primer kanser odaklarının belirlenmesinde, özellikle radyoterapi sonrası lokal rekürrens tanısında ve metastaz araştırılarak kanser evreleme değeriendirilmesinde gittikçe artan şekilde kullanılan bir görüntüleme yöntemidir. Kanser hücrelerinde anormal metabolizma artışını ölçmeye yönelik bir prensiple çalıştığı için inflamatuvar lezyonlarda yanlış sonuç verebilir²⁶.

Solid boyun kitlelerinde bilinen etyoloji yoksa İİAB ile sitoloji araştırılmalıdır. Ancak İİAB'nin özellikle malign kistik lezyonlarda metastatik epitelyum ekimine neden olabileceği bildirilmiştir. Bu nedenle kistik kitleler cerrahi olarak eksize edilerek frozen inceleme yapılmalıdır¹¹. İİAB tükrük bezi tümörlerinde, yassı hücreli kanserlerde yüksek bir doğruluk oranı vardır. Lenfomalarda tanı koydurucu değildir, ancak lenfoproliferatif hastalık ve yassı hücreli karsinom ayırımında bilgi verir²⁷. Tiroid nodüllerinin takibinde kullanımı yaygındır, İİAB' de foliküler neoplazm şüphesi doğruluk oranı yüksektir²⁸. Pulsasyon veren kitlelere çok dikkatli yaklaşmak gerekir. Pulsatil kitlelere yapılacak olan İİAB veya eksizyonel biopsi gibi invaziv cerrahi girişimler, ölümcül komplikasyonlara neden olabilir²⁹. Boyun kitlelerinde en yaygın kullanılan tanı yöntemleri İİAB, insizyonel ve eksizyonel biyopsiler olmakla birlikte çok sık kullanılan ve tanıyı aydınlatmaya yardımcı immünohistokimyasal tetkiklerde vardır. Bu amaçla en çok sitokeratin, EMA boyama, LCA (leukocyte common antigen), Vimentin, S-100,

HMB-45, CD3, CD20 gibi antikorlar kullanılmaktadır.

Primer odağı belli olmayan metastatik bir yassı hücreli karsinom tespit edilmişse odak araştırması için genel anestezi altında panendoskopi ve diagnostik tonsillektomi işlemi yapılabilir. Üst hava-sindirim yolu endoskopik olarak incelenir. Şüpheli görülen alanlardan veya şüpheli alan görülüyor ise dil kökü, nazofarenks, piriform sinüs gibi olası bölgelerden körlemesine biyopsi alınması ve ipsilateral tonsillektomi yapılması önerilmektedir²⁹. Primer odağı tespit edilemeyen metastatik kitlelerde bir sonraki adım eksizyonel biopsi ve frozen incelemedir. Eksizyonel biyopsi için yapılan insizyon, frozen incelemeden gelecek sonuca göre yapılmalı ve boyun diseksiyonuna göre planlanmalıdır.

Sonuç

Boyunda kitle yakınması ile başvuran hastaların ayrıntılı baş-boyun muayenesi, ileri tetkikleri, İİAB'si ve gerekirse açık biopsileri tamamlandıktan sonra, başka disiplinleri ilgilendiren bir hastalıkları varsa o bölüme yönlendirilmeleri ivedi olarak yapılmalıdır. İnsizyonel ve eksizyonel biyopsi yapma kararı lezyonun boyutuna, yerleşim yerine ve tümör tipine göre uygulanmalıdır. Sonuç olarak baş-boyun bölgesindeki kitlelere öncelikle benign/malign ayrımı hızlı bir şekilde yapılmalı ve daha sonra benign kitlelerde ayrıntılı tetkik ile tanı kesinleştirilmeli, malign kitlelerde bir an önce histopatolojik tanı sağlanarak hastalığın tedavisine başlanmalıdır.

Kaynaklar

1. Koç C. Pediatrik boyun kitleleri. Klinik Pediatri. 2002;1:62-72.
2. Emerick K, Lin D. Differential diagnosis of a neck mass. UpToDate, 2012. Available from <http://www.uptodate.com/contents/differential-diagnosis-of-a-neck-mass>.
3. Grossman RI, Yousem DM. Neuroradiology, Vol 3. 2nd Ed. Philadelphia, Mosby Year Book, 2009.
4. Güney E, Şeşen T, Tanyeri Y, Yalçın Ş. Boyun kitleleri. XVII. Türk ORL Kongre Kitabı. İstanbul, Hilal Mat., 1985:367-74.
5. Flint PW, Haughey BH, Lund VJ, Niparko JK, Richardson MA, Robbins T et al. Cummings Otolaryngology-Head and Neck Surgery. 5th Ed. Philadelphia, Mosby Year Book. 2011.
6. Rosenberg TL, Brown JJ, Jefferson GD. Evaluating the adult patient with a neck mass. Med Clin North Am. 2010;94:1017-29.

7. Robbins KT, Clayman G, Levine PA, Medina J, Sessions R, Shaha A et al. Neck dissection classification update: revisions proposed by the American Head and Neck Society and the American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 2002;128:751-8.
8. Lefebvre JL, Coche-Dequeant B, Van JT, Buisset E, Adenis A. Cervical lymph nodes from an unknown primary tumour in 190 patients. *Am J Surg.* 1990;160:443-6.
9. Goffart Y, Hamoir M, Deron P, Claes J, Remacle M. -B ENT, 2005. Management of lateral neck masses in adults. *B-ENT.* 2005;1:133-42.
10. Toplu Y, Karataş E, Çiçek MT, Çetinkaya Z. Boyun orta hattında tiroglossal duktus kisti sanılan ektopik tiroid doku adenomu. *Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi.* 2013;20:89-91.
11. Medina M, Goldfarb J, Traquina D, Seeley B, Sabella C. Cervical adenitis and deep neck infection caused by *Streptococcus pneumoniae*. *Pediatr Infect Dis J.* 1997;16:823-4.
12. McDermott LJ, Glassroth J, Mehta JB, Dutt AK. Tuberculosis. Part I. *Dis Mon.* 1997;43:113-80.
13. Sunay T, Sülođlu Y, Katirciođlu OY, Ünal M, Açan M. Baş-boyunda toksoplazma infeksiyonu. *KBB ve Baş Boyun Cerrahisi Dergisi.* 1995;3:272-5.
14. O'Dwyer P, Farrar WB, James AG, Finkelmeier W, McCabe DP. Needle aspiration biopsy of major salivary gland tumors. Its value. *Cancer.* 1986;57:554-7.
15. Mazzaferi el. Thyroid cancer in thyroid nodules. finding a needle in a haystack. *Am J Med.* 1992;93:359.
16. Pelliteri P, Rinaldo A, Myssiorek D, Jackson C, Bradley P, Devaney K et al. Paragangliomas of the head and neck. *Oral Oncol.* 2004;40:563-75.
17. Mourkarbel RV, Sabri AN. Current management of head and neck schwannomas. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg.* 2005;13:117-22.
18. Das Gupta, Brassfield R, Strong E. Benign solitary schwannoma (neurolemmoma). *Cancer.* 1969;24:355-66.
19. Katz RL, Caraway NP. FNA of lymphoproliferative disease: myths and legends [editorial]. *Diagn Cytopathol.* 1995;12:99-100.
20. Rosenberg TL, Brown JJ, Jefferson GD. Evaluating the adult patient with a neck mass. *Med Clin North Am.* 2010;94:1017-29.
21. Koç C, Akyol MU, Özdem C. Boyun kitleleri. *Ankara Tıp Mecmuası.* 1995;48:243-52.
22. Schwetschenau E, Kelley DJ. The adult neck mass. *Am Fam Physician.* 2002;66:831-8.
23. Wu CH, Chang YL, Hsu WC, Ko JY, Sheen TS, Hsieh FJ. Usefulness of Doppler spectral analysis and power Doppler sonography in the differentiation of cervical lymphadenopathies. *AJR Am J Roentgenot.* 1998;171:503-9.
24. Ginsberg LE. Imaging of perineural tumor spread in head and neck cancer. *Semin Ultrasound CT MR.* 1999;20:175-86.

25. Wong WL, Hussain K, Chevretton E, Hawkes DJ, Baddeley H, Maisey M et al. Validation and clinical application of computer-combined computed tomography and positron emission tomography with 2-[18F]fluoro-2-deoxy-D-glucose head and neck images. *Am J Surg.* 1996;172:628-32.
26. Şapçı T, Bozkurt Z, Akbulut UG. Boyun kitlelerinin analizi. *KBB ve Baş Boyun Cerrahisi Dergisi.* 1999;7:143-6.
27. Roseman BJ, Clark OH. Neck mass. In *ACS Surgery: Principles and Practice*, 6th edition (Eds WW Souba, P Mitchell, MD Fink, J Gregory, MD Jurkovich, P Larry et al.)151-62. New York, BC Decker, 2007.
28. Lefebvre JL, Coche-Dequeant B, Van JT, Buisset E, Adenis A. Cervical lymph nodes from an unknown primary tumour in 190 patients. *Am J Surg.* 1990;160:443-6.
29. Saniasiaya J, Mohamad I. A rare differential diagnosis of a solitary anterior neck mass. *Oman Med J.* 2016;5:384-6.

Correspondence Address / Yazışma Adresi

Saime Güzelsoy Sağıroğlu
Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniv.
Tıp Fakültesi KBB Kliniği,
Kahramanmaraş, Turkey
e-mail: ssguzelsoy@hotmail.com

Geliş tarihi/ Received: 26.10.2016**Kabul tarihi/Accepted:** 27.11.2016