



KLİNİK ÇALIŞMA

KLİNİĞİMİZDE 19 YILLIK PERİYOD DA TAKİPLERİ YAPILAN BOYUN KİTLELİ OLGULARIN EPİDEMİYOLOJİK VERİLERİNİN RETROSPEKTİF ANALİZİ

Dr. İsmail Önder UYSAL¹, Dr. Emine Elif ALTUNTAŞ¹, Dr. Cemil GÜLER¹, Dr. Ersin TUNCER²
¹Cumhuriyet Üniversitesi, KBB, Sivas, Türkiye ²Cumhuriyet Üniversitesi, Patoloji, Sivas, Türkiye

ÖZET

Amaç: Boyun kitleleri nedeni ile takip ve tedavileri yapılmış olan 481 olgunun demografik ve klinik verileri ile histopatolojik tanı dağılımlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Boyun kitlesi olan, tanı ve tedavi amacıyla cerrahi uygulanan 481 hastanın (229 kadın, 252 erkek; ort. yaş 38.3±18) yaş cinsiyet, klinik ve histopatolojik bulguları not edilerek retrospektif olarak değerlendirildi.

Bulgular: Boyun kitleli 481 hastanın 230'u (%47,8) enflamatuvar, 203'ü (%42,2) neoplastik, 48'i (%9,9) konjenital orijinli idi. Yaş ortalamaları konjenital kitlelerde 23.5±14.9, enflamatuvar kitlelerde 37.4±15.3, benign kitle tanısı konanlarda 36.8 ±17 ve malign kitle tanısı konan olguların ise yaş ortalaması 50.4±19.6 yıl idi. Enflamatuvar kitleler içinde tüberküloz lenfadenit [101 (%43,9) olgu] ve konjenital kitleler içinde ise tiroglossal duktus kisti [16 (%33,3) olgu] en sık görülen patoloji olarak saptandı. Neoplastik kitlelerin 105'nin (%51,7) malign, 98'inin (%49,3) benign karakterli olduğu, malign kitleler içinde lenfoma [53 (%51,4) olgu] ve benign kitleler içinde ise pleomorfik adenom [55 (%56,1) olgu] en sık tespit edilen patoloji idi.

Sonuç: Sivas ve çevresi gibi sosyo-ekonomik düzeyi düşük bölgelerde tüberkülozun halen boyun kitleli hastalarda en sık karşılaşılan etyolojik neden olduğu görülmektedir. Ayrıca yaşda boyun kitlelerinin ayırıcı tanısında önemli bir faktör olarak gözükmemektedir. İleri yaşlardaki hastalarda ise neoplastik boyun kitleleri en önemli hastalık grubunu oluşturmaktadır.

Anahtar Sözcükler: Boyunda kitle, histopatoloji

RETROSPECTIVE ANALYSIS OF THE EPIDEMIOLOGICAL DATA OF THE PATIENTS WITH NECK MASSES FOLLOWED FOR 19 YEARS

SUMMARY

Objective: The aim was to evaluate demographic and clinical data and distribution of the histopathological diagnoses of the 481 neck mass cases who have been treated and followed for the last 19 years.

Material and Method: 481 cases (229 female, 252 male; mean age 38.3±18) had been operated for diagnosis or for treatment of a neck mass was retrospectively analysed for their age and sex distribution, clinical and histopathologic findings.

Findings: 481 patients with a neck mass were distributed as 230 (47.8%) inflammatory masses; 48 (9.9%) neoplastic, 48 (9.9%) congenital origin. Mean age was 23.5±14.9 in congenital cases whereas 37.4±15.3 in inflammatory masses; 36.8 ±17 in benign cases, 50.4±19.6 years in malignant ones. The most common diagnoses in inflammatory masses was tuberculosis lymphadenitis (101 cases 43.9%) and in congenital ones thyroglossal duct cysts (16 cases 33.3%) respectively. Neoplastic masses were distributed as 105 (51.7%) malignant, 98 (49.3) benign in nature and the most common malignant mass was lymphoma (53 cases, 51.4%) and the most common benign mass was pleomorphic adenoma (55 cases, 56.1%) histopathological diagnosis.

Result: Tuberculosis lymphadenitis was found to be the most common cause of the neck masses socioeconomically underdeveloped provinces like our province Sivas. Additionally the age of the patients were seen an important factor in the differential diagnoses of the neck masses. By the advanced age neoplastic causes becomes more prominent.

Keywords: Neck mass, histopathology

GİRİŞ

Boyun kitlesi; kafa tabanından klavikula düzeyine kadar olan bölgede ki herhangi bir anormal büyüme, asimetrik şişlik veya gelişim olarak tanımlanabilir¹. Boyunda kitle oluşturan lezyonlar genel olarak enflamatuvar, konjenital ve neoplastik olarak sınıflandırılır. Tüm vücudumuzda mevcut bulunan lenfatik sistemin yaklaşık 1/3'i boyunda yer aldığından enflamatuvar ve neoplastik hastalıkların boyuna metastazları oldukça sık görülmektedir^{2,3}.

Boyunda şişlik yapan lezyonların etyolojisinde pek çok faktör rol oynadığından bu bölgedeki patolojilerin ayırıcı tanısı oldukça zordur. Bu nedenle klinisyenler için ayrıntılı bir öykü ve fizik muayene doğru tanı için vazgeçilmez unsurlardır. Gelişmiş görüntüleme yöntemleri kullanılmasına karşın bazen kesin tanı ancak ameliyat sırasında ya da çıkarılan parçanın histopatolojik olarak incelenmesi sonucunda konulabilmektedir⁴.

İletişim kurulacak yazar: Dr. İsmail Önder Uysal, Cumhuriyet Üniversitesi, KBB, Sivas, Türkiye, E-mail: dr.iuysal@hotmail.com

Gönderilme tarihi: 17 Şubat 2010, revizyonun gönderildiği tarih: 04 Mayıs 2010, yayın için kabul edilme tarihi: 28 Mayıs 2010

Bu çalışmada 19 yıllık süreç içerisinde kliniğimizde tanı ve tedavileri yapılmış boyun kitleli hastaların histopatolojik tanısal dağılımını saptamanın yanı sıra semptom ve klinik muayene



bulguları ile demografik verilerinin retrospektif olarak değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

HASTALAR VE YÖNTEM

Bu çalışma 1990–2009 yılları arasında Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi KBB kliniğine boyunda kitle şikâyeti ile müracaat eden ve eksizyonel veya insizyonel biyopsi yapılarak histopatolojik tanısı konmuş olan 481 olgu üzerinde yapıldı.

Arşivdeki dosyalarından anamnez, fizik ve KBB muayene sonuçları, laboratuvar bulguları, uygulanan tedavi, histopatolojik tanı ve takip süresi gibi verileri toplandı; bu verilerin tümüne ulaşılamayan hastalar çalışma dışı bırakıldı.

Çalışmaya dahil edilen 481 olgunun tümüne tanısal amaçlı ultrasonografi (USG), bilgisayarlı tomografi (BT) veya manyetik rezonans (MRI) görüntüleme yöntemlerinden biri ya da daha fazlası uygulanmıştı. Muayene ve tanısal işlemleri (Radyolojik görüntüleme/veya ince iğne aspirasyon biopsisi [İİAB]) takiben çalışmaya katılan olguların tümüne lokal veya genel anestezi altında tanı ve tedavi amaçlı eksizyonel yada insizyonel biyopsi uygulanmıştır. Klinik ya da İİAB sonucunda enfeksiyöz kökenli olduğu düşünülen olgulara 10 günlük intravenöz antibiyoterapi uygulamasını takiben, kliniğinde gerileme olmayan olgulara eksizyonel biyopsi yapılmıştır. Eksizyonel yada insizyonel biyopsi uygulanan olguların tümünün elde edilen doku örnekleri patoloji anabilim dalında baş boyun bölgesinin patolojisi ile ilgilenen patoloğlar tarafından değerlendirilmiştir.

Çalışmamızın istatistiksel analizi SPSS 14.0 paket programı ile yapılmıştır.

BULGULAR

Çalışmaya dahil edilen 481 olgunun 252'si (%52,4) erkek, 229'u (%47,6) kadındı ve yaş ortalaması $38,3 \pm 18$ yıl idi. Yaş ortalamaları enflamatuvar kitlelerde $37,4 \pm 15,3$, konjenital kitlelerde $23,5 \pm 14,9$, benign kitle tanısı konanlarda $36,8 \pm 17$ ve malign kitle tanısı konan olguların ise yaş ortalaması $50,4 \pm 19,6$ yıl idi. Tüm olguların histopatolojik tanılarına göre dağılımına bakıldığında boyunda ki kitlelerin 230'nun (%47,8) enflamatuvar, 48'inin (%9,9) konjenital orjinli ve 203'nün de (%42,2) neoplastik olduğu tespit edildi. (Tablo 1). Enflamatuvar kitleler içinde tüberküloz lenfadenit [101 (%43,9) olgu] ve konjenital kitleler içinde ise tiroglossal duktus kisti [16 (%33,3) olgu] en sık görülen patoloji olarak saptandı. Neoplastik kitlelerin 105'nin (%51,7) malign, 98'inin (%49,3) benign karakterli olduğu, malign kitleler içinde lenfoma [53 (%51,4) olgu] ve benign kitleler içinde ise pleomorfik adenom [55 (%56,1) olgu] en sık tespit edilen patoloji idi. (Tablo 2)

Tablo 1. Boyunda kitle saptanan 481 hastanın tanısal dağılımı

Olgu	n	%	Yaş
Enflamatuvar	229	47,8	$37,4 \pm 15,3$
Konjenital	48	9,9	$23,5 \pm 14,9$
Neoplastik	203	42,2	$43,2 \pm 19,4$



Tablo 2. Enflamatuar, malign neoplastik ve konjenital orijinli boyun kitlelerinin dağılımı

Histopatolojik tanı	Olgu (n/%)
Enflamatuar boyun kitleleri	229 (%100)
Tüberküloz	101 (%43,9)
Reaktif lenf bezi hiperplazisi	74 (%32,1)
Kr. Sialoadenit	49 (%21,3)
İltihabi LAP(akut iltihabi süreç)	4 (%1,7)
Sarkoidoz	1 (%0,4)
Castleman Hastalığı	1 (%0,4)
Konjenital boyun kitleleri	48 (%100,0)
Tirolossal Duktus Kisti	16 (%33,3)
Brakial Kist	13 (%27,0)
Epidermal Kist	8 (%16,6)
Dermoid Kist	6 (%12,5)
Hemanjiom	3 (%6,2)
Lenfanjiom	2 (%4,1)
Neoplastik kitleler	203(%100,0)
A. Malign neoplastik kitleler	105(%51,7)
Lenfoma	54 (%51,4)
Yassı hücreli Karsinom	23 (%21,9)
Undiferansiye Karsinom	12 (%11,4)
Mukoepidermoid Karsinom	4 (%3,8)
Adenokistik Karsinom	5 (%4,7)
Malign mikst Tümör	4 (%3,8)
Adenokarsinom	1 (%0,9)
Kondrosarkom	1 (%0,9)
Liposarkom	1 (%0,9)
B. Benign neoplastik kitleler	98(%49,3)
Pleomorfik Adenom	55 (%56,1)
Lipom	16 (%16,3)
Pilomatrixoma	7 (%7,1)
Warthin Tümörü	4 (%4,0)
Adenom	3 (%4,0)
Paragangliom	3(%4,0)
Nörofibroma	3(%4,0)
Benign Fibröz Histiositoz	2 (%2,0)
Benign Lenfoepitelyal Lezyon	2 (%2,0)
Kondroid Hamartom	1 (%1,0)
Hidroakantom	1 (%1,0)
Schwannom	1 (%1,0)



Tablo 3. Literatürde boyun kitlelerinin analizi

	Olgu Sayısı	Enflamatuvar		Konjenital		Neoplastik	
	n	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Erdem A ve ark.(13) 1989	218	109	(50)	36	(16,2)	69	(31,6)
Sütbeyaz ve ark.(14) 1994	475	198	(41,7)	143	(30,1)	134	(28,2)
Koç C ve ark. (15) 1995	330	109	(33)	48	(14,5)	169	(51,3)
Esmer ve ark. (16) 1995	226	173	(35,1)	94	(19,1)	173	(28,2)
Şapçı T ve ark. (7) 1999	116	36	(31)	30	(25,8)	50	(43,1)
Cıncık H ve ark.(17) 2003	408	219	(53,7)	74	(18,1)	115	(28,2)
Yıldırım M ve ark.(18) 2006	420	189	(45)	44	(10,4)	187	(44,5)
Çalışmamız 2009	481	230	(47,8)	48	(9,9)	203	(42,2)

TARTIŞMA

Boyun kitlelerinin etyolojisinde pek çok faktör rol oynamakta olup ayırıcı tanısında enflamatuvar, neoplastik, doğumsal ve travmatik nedenler öncelikle göz önünde bulundurulmalıdır. Boyun kitlelerinin kesin tanısında klinik öykü, fizik muayene ve radyolojik değerlendirme yol gösterici olmakla birlikte çoğu zaman bu hastalarda kesin tanı ancak cerrahi olarak elde edilen doku örneklerinin histopatolojik incelemesi ile mümkün olabilmektedir⁵.

Boyun kitleli olgularda ilk sorgulanması gereken demografik özellik, yaştır⁶. Çünkü bu olguların etyolojisinde rol oynayan faktörler yaşla birlikte değişim göstermektedir. İleri yaşlarda neoplazmları, çocuk ve genç erişkin hastalarda ise enflamatuvar ve konjenital kitleleri etyolojide öncelikle düşünmek gerekmektedir⁷.

Ayırıcı tanıda kitlenin büyüklüğü, büyüme hızı, hareket kabiliyeti, ağrı, üzerinde ısı artışı ve duyarlılık gibi kriterler de değerlendirilmelidir. Genel olarak günlük pratikte bir boyun kitlesi bir haftadır varsa enfeksiyöz, bir aydır varsa neoplastik ve bir yıldır varsa doğumsal olduğu kabul edilir; bu görüşü çok genel bir değerlendirme olmakla birlikte klinisyene ayırıcı tanı konusunda yardımcı olabilecek bir yaklaşımdır⁸. Klinik bulgular ve beklenti ön planda olmak koşulu ile radyolojik algoritma belirlenmelidir.⁹ Kitlenin nedeni olarak enfeksiyon düşünüldüğünde tanıya giden yolda muhtemel mikroorganizmalara özgü mikrobiyolojik, serolojik vb. incelemelerin yapılması hastalığa neden olan mikroorganizmaların tanımlanması ve gerekiyor ise antimikrobiyal ajanlara duyarlılıklarının saptanmasını

sağlar.¹⁰ Kesin tanı için İnce İğne Aspirasyon Sitolojisi (İİAS), insizyonel ve eksizyonel biyopsiler yaygın olarak kullanılırlar.¹¹

Enflamatuvar lezyonlar gelişmekte olan ülkelerde boyun kitlelerinin en sık sebebinin oluşmasına karşın, gelişmiş ülkelerde doğumsal ve neoplastik kitleler ön plana çıkmaktadır.^{6,12} Yurdumuzda yapılan pek çok çalışma gibi bizim çalışmamızda da boyun kitlelerinde ilk sırayı %47,8 ile enflamatuvar lezyonlar almaktadır (Tablo 3).

Boyun kitlelerinin önemli bir kısmını Tüberküloz (Tbc) lenfadenit oluşturmaktadır ve son yıllarda artışı dikkati çekmektedir. Cıncık ve ark.¹⁷ %13,9, M. Yıldırım ve ark.¹⁸ olgularının %18'de, Tutkun ve ark.¹⁹ %16,4, Göçmen ve ark.²⁰ vakalarının %12,5'inde Tbc lenfadenit saptamışlardır. Çalışmamızda olgularımızın 101' inde (%21) patolojik inceleme sonucu tbc lenfadenit saptanmıştır. Tbc insidansının Sivas, çevre il ve ilçelerinin yüksek olmasının sebebinin sosyo-ekonomik yönden geri kalmasından kaynaklandığını düşünmekteyiz.

Yaşlılarda neoplastik boyun kitleleri en önemli hastalık grubunu oluşturmaktadır¹⁸. Çalışmamızda da neoplastik boyun kitleleri yaş ortalaması 43,2±19,4 idi. Boyun kitlelerinde %42,2'sini oluşturduğu saptanmıştır. Lenfomalar baş boyun bölgesindeki sık malign lenfadenopati nedenlerindedir.²¹ Malign neoplastik vakaların %51,4 ile en büyük grubu lenfomalar oluşturmaktadır. Benign neoplastik olanların ise % 56,1 pleomorfik adenom oluşturur.

Çocuklardaki en yaygın non enflamatuvar kitle nedeni konjenital kitlelerdir. Konjenital kitleler arasında tiroglossal duktus kisti ve brankiyal kist



sıklıkla görülmektedir²². Tutkun¹⁹, Erpek²³ ve ark en çok brankiyal kiste rastlarken, Sütbeyaz¹⁴, Sennaroğlu²⁴ ve Cıncık¹⁷ tiroglossal kiste rastlamışlardır. Bizim çalışmamızda da %23,9 ile konjenital boyun kitleleri oluşturmaktadır. Konjenital kitleler içinde tiroglossal duktus kisti (%33,3) ve brakial kist (27,0) en sık lezyon olarak saptanmıştır.

Boyun kitleleri sistematik yaklaşımı gerekli kılan patolojilerdir. Anamnez ve fizik muayene sonrası en çok ultrasonografi ve ince iğne aspirasyonundan yararlanılmıştır. Seçilmiş olgularda bilgisayarlı tomografi ve manyetik rezonans yararlı olacaktır. Tüberküloz lenfadenit, baş ve boyun kitlelerinin önemli bir sebebinin oluşturduğundan, son zamanlarda artan insidansı da göz önünde bulundurularak boyun kitlesi olan her hastada ilk planda akla gelmeli ve buna yönelik inceleme yapılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Vowles RH, Ghiacy S, Jefferis AF. A clinic for the rapid processing of patients with neck masses. *J Laryngol Otol*. 1998 ;112:1061-1064.
2. Kaleli EÇ, Çetiner A. Primeri belirsiz boyun metastazları. Ömür M. Larenks kanseri ve Boyun İstanbul, Haseki Hastanesi Vakfı, 137-148, 1992.
3. Daves G, Duckert LG.: Embriology and anatomy of the head, neck, face, palate, nose and paranasal sinuses. In: Paparella MM. (eds), *Otolaryngology*; Philadelphia, WB Saunders Co., 59-107, 1991
4. Burton DM, Pransky SM. Practical aspects of managing non-malignant lumps of the neck. *J Otolaryngol* 1992;21:398-403.
5. Bhattacharyya N. Predictive factors for neoplasia and malignancy in a neck mass. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 1999 ;125:303-307.
6. McGuirt WF. Differential diagnosis of neck masses. In: Cummings CW, Flint PW, Harker LA, Haughey BH, Richardson MA, Robbins KT, et al, editors. *Cummingsotolaryngology; head and neck surgery*. Vol. 3, 4th ed. Philadelphia: Elsevier Mosby;p. 2540-2553. 2004.
7. Şapçı T, Bozkurt Z, Akbulut U.G. Boyun Kitlelerinin Analizi. *K.B.B. ve Baş Boyun Cerrahisi Dergisi*, 1999; 7: 143-146.
8. Gleeson M, Herbert A, Richards A. Management of lateral neck masses in adults *BMJ* 2000; 320: 1521-1524.
9. Koçer N. Radyolojik Bir Bulgu Olarak Boyun Kitlesi: Boyun Kitlesi Olan Bir Hastanın Radyolojik İncelemesinde Dikkat Edilecek Noktalar: Hangi Görüntüleme, Ne Zaman, Nasıl *Türkiye Klinikleri J Surg Med Sci* 2006; 2:10-13
10. Söyletir G, Eskiçürk A. İnfeksiyon hastalıklarında tanı. Topçu Aw, Söyletir G, Doğanay M, editörler. *İnfeksiyon hastalıkları*. 1.Basım. İstanbul. Nobel Tıp Kitabevleri;s.61-86. 1996
11. Saraydaroğlu Ö. Boyun Kitlelerinde Patolojik/sitolojik Tanı Yöntemleri: Hangi İnceleme, Ne Zaman, Nasıl? *Türkiye Klinikleri J Surg Med Sci* 2006; 2:20-22
12. Yalçın Ş. Boyun Kitleleri .Çelik O. Ed.. *Kulak Burun Boğaz Hastalıkları ve Baş Boyun Cerrahisi*: 1.baskı, İstanbul, Turgut Yayıncılık. 860-889, 2002.
13. Erdem M, Cemiloğlu R, Şahin İ. 218 boyunda kitle vakasının değerlendirilmesi. *Türk Otolaringoloji Arşivi*. 1989; 27: 243-245.
14. Sütbeyaz Y, Özbay S, Selimoğlu E, Öztürk A, Şirin S. Boyunda kitlesi olan 475 olgunun değerlendirilmesi. *KBB ihtisas Dergisi*. 1994; 2: 162-165.
15. Koç C, Akyol MU, Özdem C. Boyun kitleleri. *Ankara Tıp Mecmuası*, 1995;48:243-252
16. Esmer N, Yılmaz O, Saatçi M, Berçin S, Aydın Ö, Boyun kitlelerinde tanı sorunları. *K.B.B. ve Baş Boyun Cerrahisi Dergisi*. 1995; 3: 42-45.
17. Cıncık H, Sağlam Ö, Poyrazoğlu E, Güngör A, Candan H. Boyun kitlelerine yaklaşımımız. *KBB Postası* 2003;13:112
18. Yıldırım M, Oktay MF, Topçu İ, Meriç F. Boyun kitleleri: 420 olgunun Retrospektif analizi. *Dicle Tıp Dergisi* 2006; 33: 210-214.
19. Tutkun A, Batman Ç, Koç A, Özagar A, Üneri C, Şehitoğlu MA. Kliniğimizde boyun kitleleri. *Türk ORL Arşivi* 1996; 34:65-66
20. Göçmen H, Gürel T, Özeri C Samim E, Eryılmaz A. Baş boyun kitlelerinde ince iğne aspirasyon biyopsisinin tanısal değeri. *Türk Otolaringoloji Arşivi* 1992; 30: 249-254
21. Kasapoğlu F. Neoplastik boyun kitleleri. *Türkiye Klinikleri J Surg Med Sci* 2006; 2:32-39
22. Görür K, Talas DU, Özcan C. An unual presentation of neck dermoid cyst. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2005; 262: 353-355.
23. Erpek G, Üstün H. Boyunda kitle oluşturan lezyonlar. *Türk ORL Arşivi* 1991; 29:135-136
24. Sennaroğlu L, Ünal ÖF, Gürsel B. Boyun kitleleri. *Türk Otolaringoloji Arşivi* 1995;33:250-253