

T.C.
DİCLE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
Kulak-Burun-Boğaz Anabilim Dalı
Doç. Dr. Mehmet DEMİREL

DİCLE ÜNİVERSİTESİ
MERKEZ KÜTÜPHANESİ

AKUT VE KRONİK BOYUN TÜMEFAKSİYONLARINDA MEDİKAL VE CERRAHİ TEDAVİ YÖNTEMLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

(UZMANLIK TEZİ)

Dr. İrfan VURAL

DİCLE ÜNİVERSİTESİ MERKEZ KÜTÜPHANESİ	
Derinleşme No.	0016457
Tasvir No.	617.53
	VUR
	1988

DIYARBAKIR — 1988

İ Ç İ N D E K İ L E R

	<u>Sayfa NO</u>
ÖNSÖZ	1
GİRİŞ	2
GENEL BİLGİLER	3 - 33
MATERYAL ve METOD	34 - 37
BULGULAR	38 - 45
TARTIŞMA	46 - 59
SONUÇ	60 - 61
ÖZET	62
KAYNAKLAR	63 - 68

Ö N S Ö Z

Boyunun akut ve kronik tümeffaksiyonlarına bölgemizde çok sık rastlanılması ve bu konuda bu güne kadar Fakültemizde detaylı bir çalışma yapılmamış olmasından dolayı bu konuda araştırma yapmayı uygun gördük.

Bu tez konusunu bana vererek, üzerinde çalışma olanağı sağlayan, çalışmalarımnda her türlü yardım ve desteğini esirgemeyen, klinik çalışmalarımnda devamlı teşvik edici ve yönlendirici, değerli hocam, kürsü başkanımız Sayın Doç.Dr.Mehmet DEMİREL'e sonsuz teşekkür ve minnet duygularımı sunmayı bir görev biliyorum.

Ayrıca tezimin her aşamasında yakınlıklarıyla bana güç veren, bilgi ve görüşlerinden yararlandığım asistan arkadaşlarıma, klinik personeline, tezimin yazılmasında emeği geçen tüm dostlarıma sevgi ve teşekkürlerimi sunmak isterim.

Diyarbakır, 1988

Dr. İrfan VURAL

G İ R İ Ő

Organizmada anatomo-fizyolojik özelliği bakımından önemli yer kapsayan boyunda, çeşitli etyolojik nedenlerle değişik yapıda kitleler sıklıkla görölür. Bağı vücuda bağlayan bir köprü özelliğindeki bu anatomik bölge, mediko-Őirürjikal olarak uzun müddet çeşitli bölümlerin tetkik ve tedavi yönünden beraberce sahip çıktıkları bir organlar grubu olmuŐtur. Larenks ve özofagus cerrahi hastalıklarının tedavi Őanslarının artması, KBB kanserleri metastazlarının erkenden bu bölgede görölmesi ve bu organlara yapılacak müdahalelerde boyun disseksiyonunun rutin hal alması bu bölgenin anatomik özelliklerini iyice bilme zorunluluğunu gerektirmektedir (42). Adı geöen bölgenin anatomik ve embriyolojik yapısında öok çeşitli yapı taŐları olması, anatomo-fizyolojik olarak öduka büyük karıŐıklıkların doğmasına neden olmaktadır. Kulak Burun Boğaz uzmanlık dalı ile ilgili olan boyun kitlelerini toparlamalı, dalımız patolojileri ile bağlantı kurmalıdır. Tanı metodları, araştırma yöntemleri ve hastaya yaklaŐımları farklı olan değişik uzmanlık dallarının boyun kitleleri hakkında kesin prensipleri yoktur. Bu nedenle KBB uzmanlık dalı ile ilgili görüşleri değerlendirecek belirli bir prensip edinmeyi benimsedik.

GENEL BİLGİLER

Santral sinir sistemini organizmaya bağlayan bir köprü özelliği gösteren boyunda değişik anatomik oluşumlar bulunmaktadır. İnsan fizyolojisinde önemli bir yeri olan boyunda ortaya çıkan bu kitleler estetik kusur şeklinde görülürler. Bu durum erken tanı için önemli bir özelliktir. Ancak olgulara tanı konması, semptomların görülmesi kadar çabuk olmamaktadır. Hasta gerçek tedaviyi yapacak olan hekimi geç bulabilmekte, bazanda bulamamaktadır. Ancak, sağlık konusunda daha bilinçli kişiler, bu tip olguların ilk kez Kulak Burun Boğaz uzmanına başvurması ve yardım istemesi gerektiğini bilmektedir. Bu nedenle Kulak Burun Boğaz uzmanı olarak bu konuda bazı prensipler edinmek zorundayız. Boyunda kitlelerin lokalizasyonu, genellikle primer tümörün lokalizasyonunu belirler. Ancak bazan lokalizasyon hatalarını anımsamalıdır. Primeri saptanamayan adenopatilerin de daha detaylı ve dikkatli tetkiklerinin yapılması gerekir (9).

SINIFLAMA

Boyun kitleleri neoplastik ve Non-neoplastik olmak üzere başlıca 2 grupta toplanmaktadır (9-24).

I- NEOPLASTİK KİTLELER

I-1- Selim Tümörler:

I-1.1- Tükruk bezi tümörleri

a- Mixt tümörler

b- Warthin tümörü

- c- Adenoma
- d- Kist sebase
- I-1.2- Tiroid bezi tümörleri
 - a- Guatr
 - b- Soğuk nodül
 - c- Subakut tiroidit (Hashimoto hastalığı)
- I-1.3- Glomus karotikus
- I-1.4- Schwanoma (Neurofibroma)
- I-1.5- Fibroma
- I-1.6- Lipoma
- I-1.7- Lenfanjioma (Hygroma colli cysticum)
- I-1.8- Kondroma (Krikoid kondroma)
- I-1.9- Kistik lezyonlar
 - a- Dermoid kist
 - b- Tiroglossal kist
 - c- Brankial kistler
 - d- Larengosel
- I.2- Habis Tümörler
 - I-2.1- Metastazlar (Baş boyun primer tümörlerinin metastázları)
 - I-2.2- Uzak metastazlar
 - a- Mide
 - b- Akciğer
 - c- Böbrek
 - d- Pankreas

- e- Meme
- f- Barsak
- g- Lenfatik sistem
- h- Dolaşım sistemi.

I-2.3- Konstitüsyonel Neoplazmlar

- a- Hodgkin hastalığı
- b- Lenfosarkom.

II- NEOPLASTİK OLMAYAN (İNFLAMATUVAR) KİTLELER:

II-1- Akut iltihabi kitleler

II-2- Kronik iltihabi kitleler

II-2.1- Non-spesifik iltihabi kitleler

II-2.2- Spesifik iltihabi kitleler

- a- Tüberküloz
- b- Aktinomikoz
- c- İnfeksiyöz mononukleoz
- d- Sarkoidoz (Besnier-Boeck-Schaumann hast.)
- e- Tularemi
- f- Psittakoz

Tüm kanserlerin % 3-4'ü metastatik orijinlidir. Tek bir kitlenin alınması nadiren terapötik etkiyi sağlar. En azından histolojik tanının konması ve buna bağlı tedavi prosedürünün seçilmesi lazımdır. İyi bir cerrah, patolog ve radyoterapistin işbirliği yapması gerekir. Bu kitle orijininde inflamasyonlar, malformasyonlar, distorsiyonlar, neoplazmlar sorumlu tutulabilir. Boyunda tüm palpe edilen kitlelerin hepsi anormal kabul edilmemelidir. 1,5 cm. büyüklüğün üzerindeki kitlelerin

malignansı yönünden mutlaka araştırılması gerekir. Ayrıca tiroid hastalıklarının (Goitre, kistler, adenomlar ve tiroiditisler) ekarte edilmesi gerekir (26).

Cervical kitlelerin histolojik olarak sınıflandırılması (26).

- 1- Çizgili kas orijinli olanlar
 - Rabdomyosarkom.
- 2- Yağ dokusu orijinli olanlar
 - Lipom
 - Liposarkom
- 3- Fibröz doku orijinli olanlar
 - Fibroma
 - Fibrosarkoma
- 4- Deri orijinli olanlar
 - Epidermal inklüzyon kisti
 - Bazal cell karsinom
 - Squamöz cell karsinom
- 5- Embriyonik orijinli olanlar
 - Tiroglossal kanal kisti
 - Brankial cleft kisti
 - Dermoid kist
 - Teratoma
 - Cervical timik kist
- 6- Mukozal defektler
 - Laringosel

- Zenker divertikülü
- Direkt karsinoma infiltrasyonu
- 7- Tiroid ve Paratroid gland orijinli olanlar
 - Kistler
 - Adenoma
 - Karsinoma ve diğer malignensiler
- 8- Tükürük bezi orijinli olanlar
 - Kanal obstrüksiyonları
 - İnflamasyonlar
 - Taş
 - Kistler
 - Değişik benign tümörler
 - Değişik malign tümörler
- 9- Vasküler orijinli olanlar
 - Anevrizmalar
 - Hemanjioma
 - Hemanjioperisitoma
 - Arteriovenöz malformasyonlar
 - Anjiomasarkoma
 - Leiomyoma
 - Leiomyosarkoma
 - External juguler ven trombozu (Karotik cisim tümörü= Karotik body tümörü).
- 10- Neural veya nöroendokrin orijinli olanlar
 - Nörofibroma
 - Schwannoma

- Nöroblastoma
- Non-kromafin paraganglioma
- 11- Kemik orijinli olanlar
 - Osteojenik tümörler
 - Kondrojenik tümörler
 - Mandibuler osteojenik sarkoma
- 12- Misselanöz orijinli olanlar
 - Amiloidosis
 - Yabancı cisim
 - Hematom
- 13- Lenfatik orijinli olanlar
 - Lenfanjioma (Kistik hygroma)
- 14- Lenf nodu orijinli olanlar
 - Metastazlar
 - Hiperplazi
 - Lösemi
 - Lenfoma (Hodgkin, Non-hodgkin, Diffüz histiyositik lenfoma)
- 15- Sarkoid
- 16- Dilantin hipersensitivitesi
- 17- İnflamatuvar veya post-inflamatuvar orijinli olanlar
 - İnfeksiyöz orijinliler: Tüberküloz ve diğer aside resistan ajanlar, Funguslar, actinomycosis, Lepra, Sifiliz, toksoplazmosis, infeksiyöz mononukleoz, kedi tırnağı hastalığı.
- 18- Extramedüller hematopoesis (26):

Yukarıdaki sınıflamalardan da görüldüğü gibi, Kulak Burun Boğaz uzmanlık dalı ile ilgili olan veya olmayan patolojilerde boyun kitleleri görülür. Uzmanlık dalımızla ilgili olanların tedavisini yaparken, ilgili olmayanların gerekli uzmana sevkinin bilincinde olmalıyız.

Tüm kanserli olguların % 5'inde, baş-boyun kanserli olguların % 12'sinde boyunda kitle vardır(9). Çocuklardaki boyunda kitle lezyonlarının spektrumu belirgin olarak farklılık gösterir. Bu grupta lezyonların % 80'i benigndir. Enflematuvar, konjenital kist ve malformasyonlara daha sık rastlanır. Jaffe tarafından yapılan bir araştırmada, yapılan 178 baş ve boyun tümörü olgusunun incelenmesinde 104 olgunun (% 58) boynu tuttuğu ve sadece bunların % 4'ünün genellikle nazofarenksten orijin alan metastatik squamöz hücreli kanser olduğu gözlenmiştir. Çocuklardaki baş ve boyun tümörlerin % 55'ini daha çok boyunda yerleşen lenfoid orijinli tümörler oluşturur. Organizmadaki tüm lenf nodlarının 1/3'ü boyunda yer alır (26-42).

Boyunda kitle bulgusu veren metastatik kanserler, erkeklerde kadınlara oranla 3-5 misli fazla görülürler. Keza bu farklılık erkekte sigara içme fazlalığı ile izah edilebilir, ayrıca ortalama görülme yaşı 60 tır. Çocuklarda cervical lenfadenopatilerde % 85 oranında benign bir hastalık beklenmesine rağmen erişkinlerde bu oran % 85 malignite lehinedir. Sigara içenlerde puro içenlerle alkol alanlarda daha sık görülmektedir (26).

Cervical kitle bulgusu veren bir hasta tetkik edilirken şu temel soruları sormak gerekir. Bu kitle malign özelliklemi-

midir? Histolojisi nedir? Cinsi nedir? Sorulara cevap alındığında belki esas hastalık tanımlanabildiği gibi, hikâye ve fizik muayenesinin yardımı ile hastaya yardımcı olunabilir. Hastaların % 5'inden fazlasında direkt histolojik tanı gerekebilir (26).

Çoğu normal cervical yapılar, anormal boyun kitlesi olarak değerlendirilebilir. Cervical vertebranın transvers uzantısı kısmen superiorda yerleşti ise, çoğu kez metastatik nod olarak yorumlanabilir. Transvers çıkıntı inferior olarak, posterior cervical üçgende hissedilip, cervical kitle olarak yorumlanabilir. Carotis bifurkasyonu özellikle aterosklerotik ise, hiyoid, larengeal kartilajlar, submaxiller gland, parotis kuyruğu ve normal tiroid bezi, tecrübesiz klinisyenler tarafından cervical kitle olarak algılanabilir. Ayrıca palpe edilebilen bir lenf nodu her zaman anormal bir lenf nodu olarak değerlendirmemek gerekir. Bu nedenle önemli bir klinik tecrübe sahibi olmaya ihtiyaç vardır. Haagensen monografi ile 1,5 cm. çapa kadar genişlikte normal lenf nodları tariflemiştir. Bu boyuttan daha geniş lenf nodları patolojik kabul edilebilir. Bir kitle uzun süre aynı büyüklükte kalabilir, fakat bu benign hastalık durumunun garantisi olamaz. Sert kitleler karsinoma için, daha yumuşak kitleler ise benign hastalıklar için tipik kabul edilebilir. Ana lenfoma yumuşak lastik kıvamında servikal kitle bulgusu verebilir. Mobilite yönünden gerçek fiksasyon; malignite veya normal kemik strüktürü yapısını gösterebilir. Lenfoma ve tiroid metastazları benign servikal lezyonlarda olduğu

gibi genellikle mobildir. Çoğu metastatik lenf nodları tek olup, fikse özellik gösterirler. Malignite düşündüren her boyun acil olarak kabul edilmeli ve aşağıdaki varsayımlar akılda tutulmalıdır.

1- Aksi ispat edilmediği sürece, boyundaki bir kitle daima malign tümör metastazi olarak kabul edilmelidir.

2- Tüm tanı yöntemlerinin kullanılmasına rağmen primer tümör gizli kalabilir.

3- Malign tümör veya metastaz tanısı histolojik olarak kanıtlanmalıdır.

4- Malign tümörün yapısı, lokalizasyonu ve metastazi prognoz ve tedavinin etkinliği üzerinde rol oynar.

5- Servikal fasia üzerindeki yetersiz cerrahi girişimler tedavi şansını azaltır ve prognozu etkiler.

Nazofarenks, dil kaidesi, hipofarenks, tonsiller fossa bölge malignensileri servikal lenf nodları görülmesi %75-87 arasındadır. Orofarenks duvarı ve supra glottik larenks %55-59 görülme sıklığı ile 2. sırayı işgal eder. Retromolar trigon ve yumuşak damak lezyonları yaklaşık % 45 oranında boyun metastazi yaparlar. Dil ve ağız tabanı kanserlerinde bu insidans % 30-35 oranındadır (26).

TOPOGRAFİK ANATOMİ:

Kulak Burun Boğaz uzmanı servikal bir kitle karşısında, herşeyden evvel bu kitlenin konumu üzerine dayanan değişik birçok tanı olasılığını gözden geçirmelidir.

I- Median Servikal Bölge:

Bu bölgenin sınırları yukarıda mandibula alt kenarının konkavitesi, aşağıda suprasternal çukur; yanlarda submandibuler lojlar ön kenarlarına, sonra hyoid kemik uçlarına ve nihayet tiroid, hyoid kartilaj ve trakeaya bitişik paralel iki çizgidir.

Burasıda 2 ana bölgeye ayrılır:

I.1- Suprahyoid Bölge:

Hyoid kemik korpusu üst kenarından geçen horizontal bir çizginin üzerinde yer alan ve derinde kendisini ağız tabanı ve ağız boşluğundan ayıran m.mylo-hyoideus seviyesine kadar uzanan bölgedir. Supra-hyoid bölgede yerleşmiş organlara geçen lojlar oluşturan yüzeyel servikal aponeuroz ile örtülüdür. Bu supra-hyoid bölge şu halde, önde mandibula kenarı, arkada hyoid kemik, yanlarda digastrik kasın ön kenarı ile sınırlandırılmış submental loju ifade eder. Burada sub-mental ganglionlar bulunur. Üç grup ayırtedilir:

- Mandibula alt kenarının çok yakınındaki ön grup.
- Lateral ve median ganglion içeren orta grup.
- Hyoid kemiğin çok yakınındaki arka grup.

Bu ganglionlar çene ucu, alt dudağın orta kısmı, yanaklar, bazan gingiva, ağız tabanı, dilin ucunun lenfasını toplar.

Efferent lenfatiklerin bir kısmı submandibuler ganglionlara, diğerleri vena jugularis interna zincirine yönelir. Patolojik sahada kronik enfeksiyöz ganglionlara rastlanabilir,

fakat genellikle metastatik adenopatiler söz konusudur. Aynı şekilde burada suprahypoid median bir dermoid kiste sebebiyet verebilecek embriyoner ektodermin kalıntılarını da görebiliriz. Submental bölge lipomların en sık görüldüğü bölgedir.

I.2- İnfra-hypoid Bölge:

Hypoid kemik altında sterno-kleido-mastoid kasların ön kenarı arasında ve suprasternal çukurun üzerinde yer almıştır.

Üç Bölgeye ayrılır:

a) Juksta-hypoidien (hypoid yapışık) bölge: tiroo - glossal traktusun embriyoner kalıntılarının rastlandığı bölgedir. Bu embriyoner kalıntılar, hypoid kemik korpusuna yapışık olan veya korpus ile arasında kordon olan kistlere ve fistüllere kaynak teşkil ederler.

b) Larengeal ve peri-tiroidien bölge: Trakea ile tiroid istmusunun yakın ilişkisinin muayene esnasında araştırılması gerekir.

c) Supra-sternal bölge: Tabanı üstte, bir sterno-kleido-mastoid kastan diğerine uzanan, kesik tepesi incisura jugularise uyan bir üçgen şeklindedir. Bu bölge, içinde suprasternal 2-3 lenfatik ganglionun yer aldığı yağlı gözeli bir kitle ile doldurulmuştur. Her iki anterior juguler veni ve bunları birbirine bağlayan transversal anastomozu içerir. Lipomların, dermoid kistlerin, aberran embriyoner elemanların sıklıkla bulunduğu yerlerdir.

Bu infra-hypoid bölgede, ganglionları her iki karotis

damar-sinir paketinin arasında yerleşmiş anterior servikal lenfatikler bulunur. 2 gruba ayrılır:

- Yüzeyel servikal aponevroz ile orta servikal aponevros arasında, v.jugularis anterior zincisi. Cildin ve boynun ön bölgesinin kaslarının lenfatiklerini drene eder. V.jugularis interna'ya ulaşır.

- Dört sekonder gruba ayrılmış olan organa bitişik ganglionlar:

. Inter-tiroidien, tiroidien ve inter-krikoiden ganglionları ile birlikte pre-larengeal grup.

. Pre-tiroidien grup.

. Pre-trakeal grup.

. Latero-trakeal grup (recürrens zincir).

Bu ganglionlar larenksi, tiroid glandı, trakea ve özofagusu drene ederler. V. jugularis interna'ya ilaşırlar.

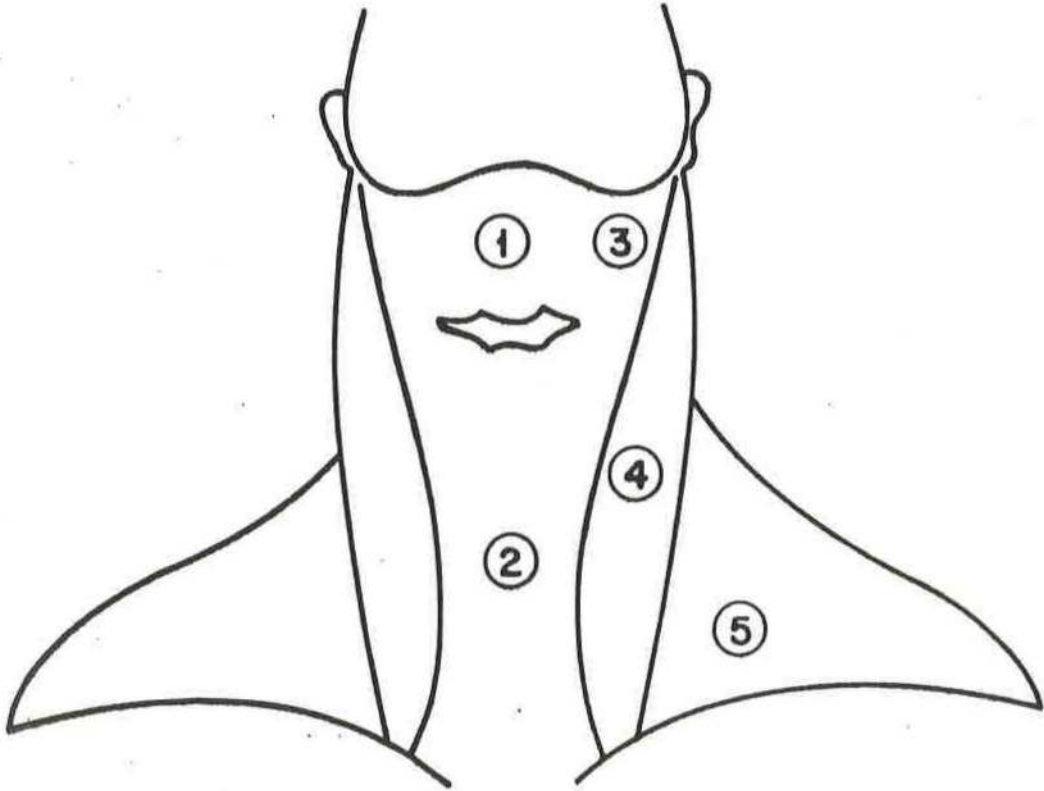
II- Boyun Yan Bölgeleri:

II.1- Submandibuler Bölge:

Yukarıda mandibulanın korpusunun alt kenarı, içerde mylo-hyoid kas, önde digastrik kasın ön karnı, aşağıda hyoid kemik ve digastrik kasın ön ve arka karınları, dışarda servikal yüzeyel aponevroz ve yüzeyel planlar (cilt, cilt altı hücre dokusu platysma), arkada digastrik kasın arka karnı ve onu parotis lojundan ayıran mandibuler band.

Lojda submandibuler gland bulunur. Bu glanddan mixt tümör, silendroma, epitelyoma gibi tümörler gelişir. Ayrıca

BOYUN BÖLGELERİ



- 1_ Suprahyoid median bölge
- 2_ Infrahyoid bölge
- 3_ Submandibüler bölge
- 4_ Karotis bölge
- 5_ Supra-klaviküler bölge

Şekil : 1

submandibuler gland enfeksiyonu, taşlarına bağlı enfeksiyon, saliver kiste rastlanır.

Loj, fasyal sinirin sıklıkla yüzeyel olan ramus mandibularisi tarafından aşılır. Submandibuler ganglionlar 5 gruba ayrılabilirler:

- Preglandüler
- Prevasküler
- Retrovasküler
- Retroglandüler
- Intrakapsüler

İlk dördü glandın kapsülünün dışındadır, beşinci ise parankim ile temas halindedir.

Bu değişik ganglion gruplarının lenfatik başlangıç sahaları çenenin lateral kısmı, alt ve üst dudaklar, yanak, burn, nazal mukozanın ön kısmı, gingivalar, dilin ön kısmı, submandibuler ve sublingual glandlar, göz kapaklarının 1/3 iç kısmı, çene ve yumuşak damaktır.

Efferent lenfatikler v. jugularis interna zincisi ganglionlarına ulaşırlar.

II.2- Karotis Bölgesi:

Boynun lateral bölgesinde, parotis bölgesinin arkasında supraklaviküler bölgenin üst ve önünde her iki hyoid bölgesinin arkasında yer almıştır. Sternokleoido-mastoid kas ile gizlenmiştir. Sınırları; önde, kasın ön kenarı, arkada, kasın arka kenarı, yukarıda mastoid çıkıntısı ve buradan mandibuler açıya giden çizgi, aşağıda klavikula, içeride servikal

vertebra ve boynun aerodigestif eksen.

a) Yüzeyel glandlar: Cilt boynun platysma kası ile birlikte cilt altı sellüler doku, yüzeyel damarlar ve sinirler.

Yüzeyel sinirler plexus servikalıs superficialıs ve onun kollarından n.auricularıs, n.transversalis cervicalıs ve n.supraclavularısten gelir.

Yüzeyel lenfatikler, submandibuler ve subraklaviküler ganglionlara ulaşır. Bu ganglionlar üst aerodigestif yolların neoplazmlarında tutulmuş olabilirler.

b) Aponevroz altı planlar: Yüzeyel servikal aponevroz altında yel almışlardır.

Yukarıda mastoid kemiğe, aşağıda bir tarafta klavikula, diğer tarafta sternuma yapışmış olan sterno-kleido-mastoid'e ait adale katı bulunur. M.sterno-cleido-mastoideus başlangıçta kendisinin altında kalan n.accessorius tarafından aşılır. N.accessorius, tiroid kartilaj üst kenarından çekilen horizontal çizgi hizasında, m.sterno-kleido-mastoid'den ayrılır.

Derin kas katı; bölgenin yalnızca 1/3 alt kısmı için: arkada omo-hyoidin arka karnı ve intermedier tendonu, önde sterno-kleido-hyoid kasın alt kısmı. Bu adale tabakalarının altındaki carotis oluğunda, a.carotis communıs ve kolları, v.jugularıs interna, n.vagus ve n.hypoglossus yer alır.

Bu bölgenin bütün elemanları patolojik olaylara kaynak teşkil ederler.

Yukarıda, dışarıda ve arkada önce oblik, sonra vertikal bir traşe gösteren a.carotik communıs bifurkasyona kadar orta-

lama 12 cm. boyundadır. Bu bifurkasyon önde tiroid kartilaj üst kenarı, arkada 4. cervical vertebra hizasındadır. Yine farenks dışında, aşağıda omo-hyoid ile yukarıda digastrik arasında olup, devamında a.carotis externanın ayrıldığı parotis loju ile a.carotis internanın içine girdiği parotis altı mesafesi vardır.

V.jugularis interna, karotis sisteminin yandaşıdır. Arterin dış yüzünde uzun bir spiral çizer. V. jugularis internaya 2 kollateral açılır:

- Truncus Tireo-lingo-facialis,
- V.troidea media.

N.vagus, v.jugularis interna ve a.carotis communis ile boyun damar sinir paketi içinde yer alır.

N.hypoglossus ancak bölgenin üst kısmında m.digastricus arka karnının altında ortaya çıkar.

V.jugularis interna'nın dış yüzündeki ganglionlar digastrik kasın posterior karnından omo-hyoide kadar venanın dış yüzünde seyrederek, sonra içeri eğilirler ve jugulerin arkasına sokulurlar. Solda, inferior ganglion, ductus thoracicus ile sıkı ilişkidir.

Bu ganglionların efferentleri sağda büyük lenfatik damara veya v.jugularis internaya veya subclaviaya dökerek truncus jugularis'i yapmak üzere birleşirler. Solda ductus thoracicus veya 2 venadan birine dökülür.

Anterior ganglionlar 3 grup halindedir:

- 1- Digastrik ile truncus thyro-lingo-facial arasındaki

üst grup ganglionlar oldukça büyüktür.

2- Truncus thyro-lingo-facial ile M.omo-hyoideus arasındaki orta gruba spura omo-hyoid grup adı verilmektedir.

3- Sabit olmayan inferior grup: İnfra-omo-hyoid grup.

Bu ganglionların efferentleri aynı şekilde derin juguler lenfatik yola dökülürler.

Bu derin juguler zincir fossa nazalisleri, farenksi, dış ve orta kulağı, dili, sert ve yumuşak damağı, tonsilla palatinaları, submandibüler ve sublingual glandları, tiroid glandı drene eder.

Aynı şekilde parotid ganglionlardan, submandibuler, submental, retrofarengeal, prelarengeal ganglionlardan gelen lenfatiklerde bu ganglionlara drene olurlar.

Nihayet bu juguler yukarıda n.accessorius üst ganglionları ile karışır ve aşağıda transvers servikal zincirin ganglionları ile birleşirler.

C- İskelet ve derin kas katı:

Arkada C₃-C₆ transvers apofizleri arasındaki vertebral kolon ve prevertebral bölgenin kasları; m.sakrosprinalis ve daha yanda skalen kaslar, anterior skalen kasın iç kenarı boyunca n.phrenicus bulunur. Bu kas, iskelet katı derin servikal aponevroz ile örtülüdür. Burada derin cervical pleksusun kolları dağılmıştır.

Servikal pleksus, içeride prevertebral kaslar arasında, dışarıda ise m.splenicus ile m.levator scapulae'nin bağlantı

yerleri arasında yer almıştır. Yüzeyel dalları ile derin dalları anastomoz yapar.

Derin cervical aponevroza bitişik olarak üç ganglionu ile servikal sempatik şöyledir:

- Parotis altı posterior mesafede yer alan ve en önemlisi süperior servikal gangliondur. Bu ganglionun üst kutbu retroarteriyel, orta kısmı retronevröz, alt bölümü retrovenözdür.

- Orta cervical ganglion a.thyroidea inferior ile ilişkilidir.

- İnferior ganglion veya ganglion stellare, supra ve retro plöral fossada bulunur.

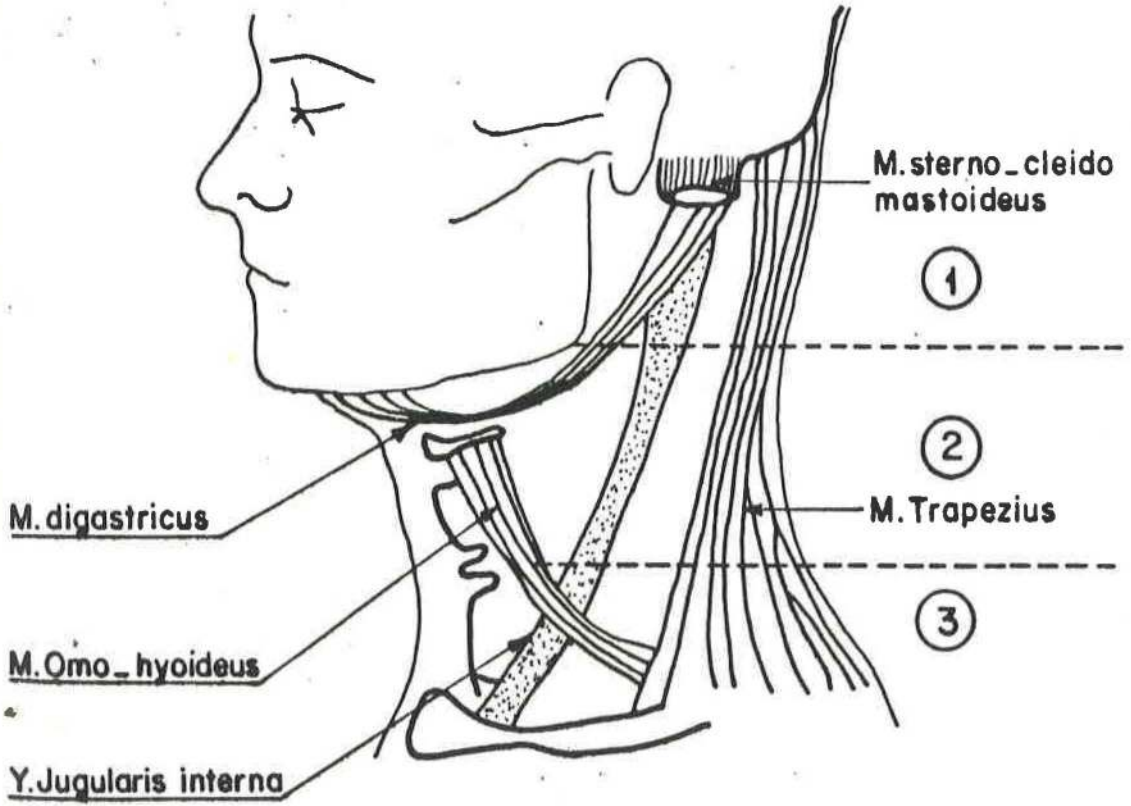
- İntermedier kordon, superior ganglionun intermedier kutbundan başlar.

Topografik olarak lateral cervical bölge 2 bölgeye ayrılmalıdır:

1- Üst juguler bölge veya jugulospinal bölge: Bir kısmı mastoid apeksi ve m.sterno-kleido-mastoideunun altında saklıdır. Buraya parotis altı bölgesi de denir. İçeride farenksle komşudur. Arkada, öndeki superior servikal sempatik ganglion ile birlikte m.splenius ve ikinci servikal vertebra üzerine oturur. Derinlerde occipital arterin dalları ile vaskülarizedir. Tüberkülozun ve karsinomatöz metastazların yerleşim merkezi olan üst jugulo-spinal ganglion grubunu içerir.

2- Orta juguler kavşak: Digastrik kasın altındadır. Krikofarengeal patolojilerin ilk kademesi olarak bilinen "Küttner

KAROTİS BÖLGESİ



- 1 - Jügüler üst bölge
- 2 - Jügüler orta kavşak
- 3 - Karotis alt bölgesi

Şekil : 2

ganglionunu" içerir. Burası karotis bifurkasyonu seviyesidir.

II.3- Supraklaviküler Bölge:

Boynun lateral kısmında, karotis bölgesinin arkasında ensenin önünde, klavikulanın üstünde yer alan, tabanı aşağıda üçgen şeklindedir. Önde m.sterno-kleido-mastoideus'un arka kenarı, arkada m.trapeziusun ön kenarı, aşağıda klavikula ile çevrilidir.

Ön dış kenarında yüzeyden derine doğru:

- Yüzeyel planlar: Cilt, cilt altı sellüler doku, platisma, arterler, venler, yüzeyel servikal pleksusun supraklaviküler ve supraakromial kollarından çıkan sinirler.

- M.trapezius ile m.sternocleidomastoideus arasında gerili, boynun yüzeyel aponevroz katı.

- M.omo-hyoideus ve boynun orta aponevroz katı.

Bu konum supraklaviküler bölgeyi 2 kısma ayırır:

. Yukarıda omo-trapeziyen üçgen,

. Aşağıda omo-klaviküler üçgen (Şekil: 3).

Bazı pulmoner apeks kanserleri, supraklaviküler servikal bir kitle şeklinde yorumlanabilir.

Sternokleidomastoid kattan çıkan, lenfatik zincir eşliğinde omo-trapeziyen üçgeni oblik olarak aşan n.accessorius'un eksternal koludur. Bu zincir, m.trapeziusun derin yüzüne kadar uzanır.

Spinal sinirin eksternal kolu sterno-kleido-mastoid çıkışında ganglioner kitlenin içine dalar, sonra yukarıda

veya arkada ve dışarda yol alır.

Bu zincir sağlı deriyi, enseyi, boynun lateral bölgesini ve omuzu drene eder.

Occipital, mastoidien ve supraskopular ganglionlardan efferent dallar da alır.

Servikal pleksus ve m.scalenius anterior kılıfı içinde n.phrenicus yerleşmiştir. Bu nedenle supraklaviküler bölgenin bazı derin tümefaksiyonlarında frenik sinir baskısı ile diafragma paralizileri görülebilir.

Son dört servikal kök ile birinci dorsal kökün ön kollarının anastomozlarıyla brakial pleksus gelişmiştir(49).

ARTERLER ve VENLER

A- Subclavia ve kollateralleridir: A.transversalis cervicalis, frenik sinirin ön yüzü ve anterior skalen kasın ön yüzünü, brakial pleksusun truncuslarını çaprazlar.

Spinal sinirin alt ucundan, v.jugularis interna ve infraklaviküler kavşağa kadar, lenfatik bir zincir eşliğindedir.

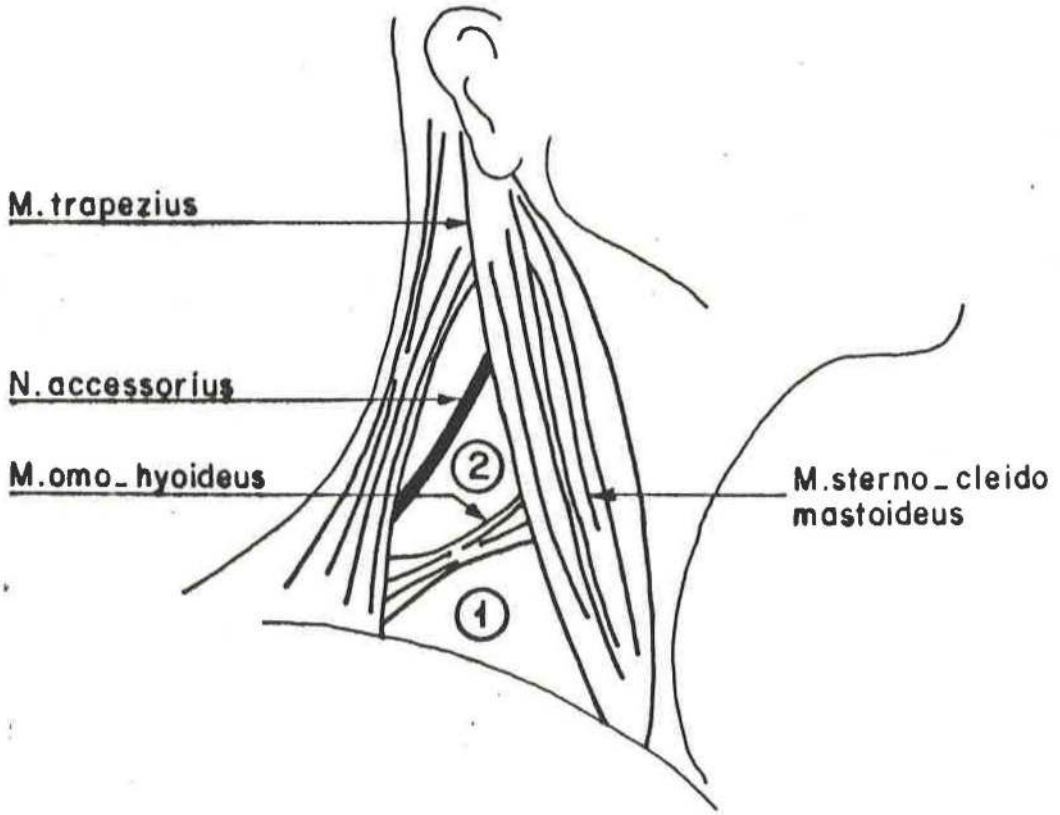
Bu ganglionlar, afferentlerini boynun anterolateral bölgesi cilt, cilt altından, anterior torasik cidardan, üst ekstremiteden, aynı zamanda aksiller çukur ve mediastenden alır.

Supraklaviküler bölgenin tümefaksiyonlarının 1 dializasyonuna göre:

- Supraklaviküler intern bölgede: Özofagus ve mideye ait epitelyomanın metastatik adenopatisi.

- Supraklaviküler ekstern bölgede: Brakial pleksusun nervöz kılıflarından doğmuş tümörler.

SUPRA _ KLA VİKÜLER BÖLGE



- 1- Omo _ klaviküler üçgen
2- Omo _ trapeziyen üçgen

Şekil: 3

- Omo-trapeziyen üçgenin dış seviyesinde: Daima yüksek yerleşimi olan tüberküloz veya nazofarenks ve tonsil olmak üzere üst solunum-sindirim yolları epitelyomasının metastatik servikal adenopatileri söz konusudur.

Klinik palpasyonu, boyundan sonra rutin olarak aksiller bölge yönüne doğru devam eder.

LENFATİKLER:

Cervical lenfatik pleksus anatomik veya fonksiyonel olarak kompartmanlara ayrılabilir. Fisch tarafından geliştirilen üstün lenfografi teknikleri ile primer, sekonder, tersiyer afferent ve efferent yollar ve lenf nodülü yığılımları ortaya konabilir. 1960 yılında Taillens, cervical lenfatik sistemle ilgili 3 grup tanımladı. Bunlar:

- 1- Waldeyer halkası,
- 2- Superficial ve derin cervical lenf nodları,
- 3- Transisyonel nodlar.

Waldeyer halkası farenksle ilgili lenfoepitelial dokuyu içerisine almaktadır. Transisyonel nodlar daha çok üst aerodijestif traktustaki lenf nodlarını içermektedir. Keza bunlar baş ve boyun arasında horizontal biçimde dizilmişlerdir. Daha çok superficial veya derin cervical fasianın superficial tabakasında lokalize olmuşlardır. Transisyonel nodlar subgruplara ayrılabilir. Bunlar: Occipital, post auricular, parotid, retrofarengeal, submandibuler, submental, sublingual lenf nodları gibi. Retrofarengeal ve sublingual lenf nodları hariç diğerleri aynı zamanda yüz, kafa derisi, kulak, boynun dorsal bölü-

münün lenfatik drenajının yapıldığı nodlardır.

Wirchow nodülü sol supraclaviculer grubun medial bir nodülü olup, gastrointestinal malignensi metastazlarının potansiyel lokalizasyonları ile bulgu verirler, hatta supraclaviculer nodlar birçok değişik tipteki kanserlerin metastaz bölgesi olabilirler. Başta akciğer olmak üzere, meme, kolon, pankreas ve mide kanserleri bu bölgeye yayılım yapabilir. Supraclaviculer metastazlar, sol tarafta, sağ tarafa oranla infraclaviculer metastazlara oranla 2,5 misli daha fazla görülürler. Ama bilateral metastazlara da rastlanabilir (26).

Major nodul grupların afferent ve efferent yollarının lokalizasyonu aşağıda tanımlanmıştır:

1- Submental nodlar:

İnferiorda hyoid kemik, medialde milohyoid kasın orta raphesi ve superiorda digastrik kasının anterior kısmının oluşturduğu bir üçgen içinde yerleşmişlerdir. Bu nodal kompartmanda hiç bir orta hat bariyerinin bulunmaması önem taşır. Bu nedenle lenfatik tümör hücrelerinin kollaterallere çabucak yayılımı mümkündür. Submental grubun afferent yolunu yanaktaki superficial lenfatikler, alt dudak, dilin anterior 1/3 lenfatikleri, ağız tabanının anterioru ve anterior gingiva oluşturur. Efferent yol ipsilateral ve kontrateral submandibuler nodlara ve internal juguler nodların üst grubuna doğru veya her ikisine birden olur.

2- Submandibuler nodlar:

Digastrik kasının anterior ve posterior kısmı ile mandi-

bula arasındaki üçgende yerleşmişlerdir. Afferent dağılım, submental nodlardan, alt ve üst dudaktan, submandibuler ve sublingual tükrük bezlerinden, ibsilateral oral kaviteden (Gingiva, dişler, ağız tabanı, dilin 1/3 ön kısmı ve anterior tonsil plikaları) gelir. Göz kapağı cildi, yanaklar, burun, anterior nazal mukoza, keza submandibuler lenf nodlarına drene olabilir. İbsilateral yumuşak damak ve paranazal sinüsler bu bölgeye metastatik hücrelerini gönderebilirler. Submandibuler nodların efferentleri genellikle internal juguler zincirin üst kısmına drene olur. Ama, nadiren kontrateral olarak submental lenfatiklere drene olabilir.

3- Facial lenf nodları:

Facial nodlar arasına bulunurlar. Bulunduklarında yüzeysel facial kaslar ve facial damarlar boyunca yerleşim gösterirler. Afferentleri ibsilateral facial deri ve nadiren damak veya buccal mukozadır. Efferentleri submandibuler nodlara girerler.

4- Parotid lenf nodları:

İntra glanduler ve extraglanduler olabilir. Mümkün olabilecek metastatik afferent bölgelerde frontal, lateral, post auriculer deri, auricula, external kulak kanalı, timpanik membran ve östaki tüpüdür. Göz kapakları, burun, molar bölge ve üst dudak submandibuler nodlarda olduğu gibi parotid nodlara da drene olabilirler. Parotid nodların drenajı internal juguler nodların üst grubuna doğrudur.

5- Mastoid nodlar:

Nadirdir. Ana hiçbir nodül bulunmazsa bile genellikle bir lenfatik pleksus mevcuttur. Afferentler, komşu parietal deri ve auriculadan olup, efferentler üst ve orta internal juguler nodlara veya spinal aksesuar halkaya doğrudur.

6- Oksipital nodlar:

Oksipital nodlar ve lenfatikler, oksipital deriyi drene edip, spinal aksesuar halkaya doğru drene olurlar.

7- Retrofarengeal nodlar:

Posterior derin farengeal duvarda konstrüktör adale ile prevertebral fasia ve karotik kanala komşu farengeal duvar arasında yumuşak damak ve superior tonsiller fossada bulunurlar. Keza superior olarak kafa kaidesinin herhangi bir seviyesinde ve inferior olarak torasik girişte yerleşim gösterebilirler. Klinik olarak bu nodlar nadiren tanınırlar. Afferentleri posterior nazal kaviteden, sfenoid, etmoid, maxiller sinüslerden, yumuşak ve sert damaktan, nazofarenksten, östaki tüpünden, posterior farengeal duvardan, orta kulaktan, dil kaidesinden, post krikoid bölgeden ve servikal özofagustan gelirler. Efferent lenfatik drenaj üst ve orta internal juguler zincire doğrudur.

8- Anterior Cervical nodlar:

Anterior cervical nodal grup, anterior superfisiyal zincir ve derin prelaringeal, pre trakeal ve paratrakeal bölge lenf nodlarını içerir. Anterior juguler nodlar, damarlar boyunca bulunurlar. Yüzeyden, derin servikal fasianın superfisial tabakasına doğru seyrederek. Derin lenf nodları, süperiorda hiyoid

kemikle, lateralde karotis kılıfı ile ve inferiorda sternum ile sınırlı bölgede bulunurlar. Derin servikal fasianın superfisial tabakası ile prevertebral fascia arasında dağılım gösterirler. Bu lenfatik grupta gerçek bir orta hat bariyeri mevcut değildir. Afferent drenaj, epiglottis, ariepiglottik bölge, sinüs piriformis larenksin infraglottik bölümü, trakeanın üst kısmı, özofagus ve tiroidden oluşabilir. Efferentler internal juguler nodların alt grubuna veya direkt olarak torasik kanala doğrudur. Nadiren mediasteninin anterior lenf grupları ile ilişki gösterebilirler.

9- Lateral servikal nodlar:

External jugular ven boyunca superfisial olarak yerleşen lateral servikal nodlar, diğer nodlara oranla daha az öneme sahiptir. Bu grup yukarıda parotid lenf nodları ile devam eder. Baş ve boyun kanserlerinin lateral servikal nodların derin grubuna yayılımı önem taşır. Cerrahi girişim esnasında yapılan lenfografide, bu lenf nodlarının sağ ve sol kısımları arasında hiç bir orta hat birleşiminin olmadığını gösterir.

10- spinal aksesuar nodlar:

Posterior servikal üçgenin superior kısmında trapez ve sternocleidomastoid adelesi arasında spinal aksesuar sinir boyunca yerleşim gösterirler. Üst derin juguler lenfatiklerle superiörde, supraclaviculer lenfatiklerle posteroinferiörde birleşim gösterirler. Afferentler, oksipital veya mastoid nodlardan, boyun lateralinden, omuzdan ve maxiller sinüsten gelebilir. Spinal aksesuar sistemden akış venöz sirkülasyona doğrudur.

(Supraklavikuler zincir ve onun efferent yollarına katılır.)

11- Supraclaviculer (Transvers cervical) nodlar:

Bu grup nodlar, posterolateral derin boyunda spinal aksesuar halkanın inferior yüzü ile komşuluk göstererek, jugulosubclavial birleşime kadar uzanır. Supraclaviculer gruba gelen afferentler, spinal aksesuar zincirden göğüsün üst bölgesinden boynun alt lateralinden, akciğerden veya gastrointes-tinal traktustan gelebilir. Efferentler direkt olarak sağ lenfatik kanala veya torasik kanala uzanırlar.

12- İnternal juguler nodlar:

Baş ve boyun maligniteleri göz önüne alındığında tek başına en önemli nodül grubunu, bu grup oluşturur. Göz önüne alınması gereken nokta, internal juguler zincirin üç subgruba ayrıldığıdır:

- a) Jugulo digastrik (subdigastrik, digastrik) grup,
- b) Carotid (Subraomohyoid) grup,
- c) Omohyoid (Subomohyoid) grup.

İnternal juguler zincire oluşan afferent drenaj her iki kısımda daha üst seviyedeki baş ve boyun bölgesindeki nodal gruplardan veya mukoza bölgesinden oluşur. Keza submental, submandibuler, occipital, parotid, mastoid, derin anterior cervical ve retrofarengeal nodların da bu bölgeye drene olduğunu unutmamak gerekir. İnternal juguler zincir keza torasik ve aksiller nodlardan da afferentlerde alabilir.

İnternal juguler sisteme direkt direnaja, nazal fossadan farenksten, tonsillerden, dil ve yumuşak damaktan, üstaki tünden, orta kulaktan, hipofarenksten ve larenksten, saliver ve tiroid glandların her ikisinden oluşabilir. Efferentler, torasik kanala doğru veya sağ lenfatik kanala doğru oluşur. Nadiren bronkodiastinal yol takip edebilir (26).

Şematik olarak özetlemek istersek ilk akla gelecek primer lezyonu göz önüne tutarak şu şekilde sıralayabiliriz (9).

1- Çene açısı altı (jugulo digastrik): Tonsilla palatina, yumuşak damak, ağız tabanı.

2- Çene açısı arkası (juguler üst veya parotis arka alt bölgesi): Nazofarenks, tuba, yumuşak damak.

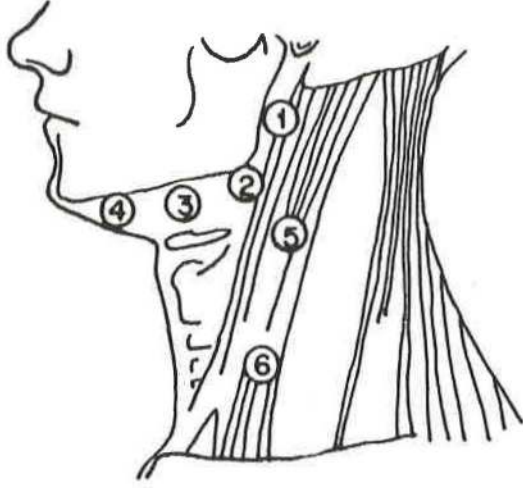
3- Submandibuler: Ağız tabanı, mandibulo, dil, alt dudak.

4- Submental: Alt dudak, dil ucu.

5- Karotis bifurkasyonu (Juguler orta zincir): Dil kökü, hipofarenk, larenks, vallecula.

6- Karotis inferior (juguler inferior): Tiroid, servikal özofaj.

7- Supraklaviküler: Mide, meme, akciğer.



- 1 - Çene açısı arkası (Juguler üst)
- 2 - Çene açısı altı (Jugulo - digastrik)
- 3 - Submandibuler
- 4 - Submental
- 5 - Karotis bifürkasyonu (Juguler orta)
- 6 - Karotis inferior (Juguler inferior)

Şekil : 4

F İ Z Y O P A T O L O J İ :

Ganglioner metastaz mekanizması henüz tam anlamıyla çözülmüş değildir. Klasik teoriye göre, primer odağın kanserli hücreleri efraksiyon (parçalama) ile lenf damarlarına gider. Lenf ile taşınarak emboli ile veya yakın temasta permeasyon ile ganglioner duraklara ulaşır; dokular ve lenf damarları bir neoplazma akımı ile istila olur. Ganglionlar genellikle lenfatik akım yönünden tutulurlar, fakat ters akımda metastazlar da mevcuttur, parotis altı arka bölgesinin, hipofarenks veya özofagus kanserlerinde tutulmasında olduğu gibi. Bu da normal evrime karşı koyan sklerozan ganglioner bir reaksiyonla veya aktif hücresel bir başıboş dolaşma ile açıklanmak istenmektedir.

Ancak, günümüzde kanser aynı anda genel başlayan ve hızla herhangi bir yerde kendini gösteren bir hastalık olarak kabul edilmektedir. Emboli şart değildir ve metastazlar olayın yeni bir lokalizasyonu olmalıdır.

Tümörün hacmi ile adenopatininkinin arasında sıklıkla hiçbir paralellik yoktur, hatta lezyon ile gangliyonlar arasında oranlı bir denge vardır.

Aynı yapıdaki uzak tümör dediğimiz kanser metastazları tümörden ayrı bir gidış ve onu etkileyiş mekanizmasına sahiptirler. Tümörün vücuda yayılması, doku birikmesi sonucunda hücrelerin ondan ayrılması ile başlar. Ulaşım ise kan, lenf ve damar dışına taşarak üç yolla olur. Kanda mevcut olan kanser hücrelerinin bir yere yerleşmesi, lokal reaksiyonun yanında, genel reaksiyon olarak dokunun immün cevabının rolüde vardır.

MATERYAL VE METOD

Materyalimizi Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Kulak Burun Boğaz Kliniğine 1986-1988 yılları arasında boyunda kitle ile başvuran 112 hasta teşkil etmektedir. Tiroid hastalıkları bu çalışmanın dışında tutulmuştur.

Olgular aşağıdaki prensiplere göre tetkik edildi.

Polikliniğimize başvuran bir boyun tümefaksiyonu karşısında tanıya varmada tutulacak yol ne olmalıdır ?

1- Öncelikle çok dikkatli ve etraflı anamnez:

- Kişisel yatkınlıklar; örneğin BCG aşısının yapılıp, yapılmadığı,

- Patolojinin nasıl başladığı ve geliştiği.

- Kitlenin anidenmi, yoksa progressif olarak mı geliştiği, tesadüfenmi farkedildiği, bir efor anında veya enfeksiyöz bir devre ile birlikte mi geliştiği,

- Disfoni, dispne, disfaji, otalji gibi lokal veya zayıflama, ateş gibi genel semptomların bulunup bulunmadığı,

2- Dikkatli inspeksiyonda:

- Pulsatif olup olmadığı,

- Cildin görünümü: Normal, inflamatuvar, fistüllü olup olmadığı,

3- Özenli palpasyonda:

Hasta toraksı çıplak, oturmuş vaziyette iken, kitle palpe edilmelidir. Kitlenin konumu, tanı olasılıklarını yönlendirmektedir. Bu nedenle kitlenin:

- Hacmi,

- Sayısı,

- Kıvamı, sert, yumuşak, gergin, homojen basmakla içeri itilebilir, pulsatif oluşu.

- Yüzeyel ve derin planlara göre hareketli olup, olmadığı,

- Tril ve sufl bulunup, bulunmadığı,

- Arter veya venlerin üzerine basmakla kaybolup, kaybolmadığı,

- Aksiller, inguinal, popliteal ganglionlarında palpasyonu ile muayene tamamlandı.

4- Daha sonra şu tetkikler sırasıyla uygulanmalıdır:

a) KBB fizik muayenesi,

b) Laboratuvar tetkikleri,

c) Serviko-torasik radyografi.

a) KBB Fizik muayenesi:

Kulak ve burun muayenesinden sonra ağız boşluğu (dil, ağız tabanı, yumuşak damak, tonsilla palatina), larenks, hipofarenks, nazofarenks gözden geçirildi.

b) Laboratuvar tetkikleri:

- Tüm olgularda rutin olarak hemogram istendi (Eritrosit, lökosit, trombosit sayımı, hemoglobın miktarı, formül lökositler ve sedimentasyon).

- Tüberkülin testi ile cilt reaksiyonları araştırıldı.

- Tiroid glandda mevcut olan olgularda tiroid sintigrafisi istendi.

c) Rutin olarak serviko-torasik radyografi yapıldı: Boyun yumuşak grafisi, akciğer grafisi, gerekirse siyalografi ve tomografi.

Kitlenin topografik lokalizasyonu göz önünde bulundurularak:

1- Üst juguler konumu olan olgularda, parotisin kuyruğunu elimine etmek gerekir. Parotis alt kutbunun tümörü araştırıldı. Sağlı deri ve dış kulak yolunun tetkiki yapıldı.

İster Tbc. ister kanser orijinli ve üst servikal yerleşimli bir adenopati için Waldeyer'in lenfatik halkası seviyesinde bir giriş kapısı veya bir başlangıç noktası aramayı prensip edindik. Nazofarenksin olduğu gibi, tonsilla palatinanın de muayenesini özellikle yaptık.

2- Karotik arka bölgesindeki tümefaksiyonlarda mikst tümörlerin, sempatik sistem nörinomlarının, glomus karotikum tümörünün gelişmiş olabileceği; M.sterno-cleido-mastoideus'un kenarındaki kitlelerde 2. yarı bronkial kistleri olabileceği göz önünde tutuldu.

Bu bölgedeki adenopatiler için birinci planda larenks, farenks, hipofarenks veya tiroid tümörünün köken olabileceği düşünülmelidir.

3- Alt juguler konumda, öncelikle Tbc. adenopatisi araştırılmalıdır. 3. yarığın bronkial kistleri düşünülmeli. Metastaz olasılığı akla gelmelidir. Hipofarenks ve subglottik bölgenin lenfatikleri bu bölgeye ulaşır.

4- Omo-tropeziyen veya spinal yerleşimde, önce Tbc. adenopatisi düşünölmeli, neoplazik bir etyoloji düşünöldüğünde nazofarenks ve tonsilla platina seviyesi araştırılmalıdır.

5- Omo-klaviköler, supraklaviköler yerleşimde, ilk anda bir iç organ kanseri metastazı adenopatisi araştırıldı. Pulmoner apeks kanseri tanısı için radyografik tetkik yapıldı.

6- Submandibuler yerleşimde, önce glanda ait patoloji arandı. Bu amaçla:

- Ağız içinde palpasyonla tetkik yapıldı.
- Yemekle şişliğin artıp artmadığı araştırıldı.
- Sialografi istendi.

Primer tümör yeri olarak dudaklar, burun piramidi, yanaklar ve gingiva dikkatle araştırıldı.

Bütün bunlarla tanıya varılamamış durumlarda kitlenin natürü histolojik olarak belirlenmelidir.

B U L G U L A R

1986-1988 yılları arasında çalışma kapsamına giren 112 olgunun yaş, cins, lokalizasyon, laboratuvar bulguları, uygulanan tedavi yöntemleri, klinik ve histolojik tanıya göre sunulmaktadır.

Bu 112 olgunun erkek-kadın oranı Tablo I de sunulmaktadır.

Tablo I: 112 olgunun cinsiyete göre dağılımı.

Cinsiyet	Vak'a sayısı	Oran %
Erkek	64	57,2
Kadın	48	42,8
Toplam	112	100,0

En küçük yaş 5, en büyük yaş 72, yaş ortalaması ise 29,7 dir. Kadınlar arasındaki en küçük yaş 5, en büyük yaş 58, yaş ortalaması 29,6 dir. Erkekler arasında en küçük yaş 5, en büyük yaş 72, yaş ortalaması 29,9 dir.

Bu 112 olgunun benign-malign oranı tablo II de sunulmaktadır.

Tablo II.

	Vak'a sayısı	Oran %
Benign	73	65,2
Malign	39	34,8
Toplam	112	100,0

Tablo III: Benign olguların türlerine göre dağılımları
ve toplam olguya oranları gösterilmiştir.

Benign Olgu Türü	Vak'a Sayısı	Oranı %
İltihabi	43	38,3
Konjenital	11	9,8
Selim Tümörler	19	16,9
Toplam	73	65,2

$$\chi^2 = 22.797 \quad p < 0.001$$

Benign olgu türlerinin, üç farklı türe göre dağılımları arasında istatistiksel farklılığın olup, olmadığı "Tek örnek-
le Chi-Kare Testi" ile kontrol edildi. Farklılığın anlamlı (Significant) olduğu saptandı ($p < 0.001$).

43 İltihabi patolojinin:

25'i Kronik lenfadenitis (Toplam olguya oranı %22.3).

12'si Adenit tüberküloz (Toplam olguya oranı % 10.7).

4'ü Submandibuler abse (Toplam olguya oranı % 3.5).

2'si Bezold absesi (Toplam olguya oranı % 1,7) şeklinde idi.

73 olgunun 11 inde konjenital kitle saptandı. Bunun 10'u tiroglossal kist (Toplam olguya oranı % 8,9), 1'i Brankial kist (Toplam olguya oranı % 0,8) şeklinde idi.

73 olgunun 19'unda selim tümör saptandı. Bu 19 selim tümörün cinslerine göre dağılımları Tablo IV de gösterilmiştir.

Tablo IV: Selim tümör olgularının cinslerine göre dağılımları

Tümör cinsi	Vak'a Sayısı	Toplam Olguya Oranı %
Parotis Mikst tümörü	9	8
Submandibuler tükrük bezi tümörü	2	1,7
Sebase kist	2	1,7
Laringosel	1	0,8
Lipom	2	1,7
Anjiofibrom	1	0,8
Kavernöz Hemangioma	1	0,8
Papiller Kist Adenoma	1	0,8
Toplam	19	16,9

$$D = \max |F_0(x) - S_N(x)| = 0.34 \quad p < 0.05$$

Selim tümör olgularının cinslerine göre dağılımları arasında istatistiksel farklılık olup olmadığı "Kolmogonov-Smirnov Tek Örneklem" testi ile kontrol edildi. Farklılığın anlamlı (significant) olduğu saptandı ($p < 0.05$).

Konjenital kitle tesbit edilem olguların 7'si erkek (% 6,2), 4'ü kadındır (% 3,5). En küçük yaş 6, en büyük yaş 54, ortalama yaş 20,7 dir.

Değişik türde patoloji arz eden selim tümörlerin 12'si erkek (% 10,7), 7'si kadındır (% 6,2). En küçük yaş 13, en büyük yaş 50, ortalama yaş ise 34,8 dir.

Adenit Tbc. tanısı konan 12 olgusunun 6'sı erkek (% 5,3), 6'sı kadın (% 5,3) dır. En genci 7, en yaşlısı 44 yaşındadır. Yaş ortalaması 27 olarak saptandı.

12 Adenit Tbc. olgusunun konumu şu şekilde saptandı.

Jugulo-digastrik (juguler orta zincir): 4 olgu (% 33,3)

Jugulo-spinal üst zincir: 1 olgu (% 8,3)

Submandibuler: 3 olgu (% 25)

Spinal: 1 olgu (% 8,3)

Multipl: 2 olgu (% 16,6)

Bilateral: 1 olgu (% 8,3)

Laboratuvar bulguları: Yapılabilen hematolojik tetkiklerde büyük bir çoğunlukla lökositoya rastlanmadı. Lökosit formülünde lenfositöz mevcuttu. Hemen olguların tümünde akciğer patoloji saptanmadı. Ganglionların histolojik tetkiklerinde büyük çoğunluğunda kronik lenfadenitis ve adenit Tbc. olarak belirlendi.

Tablo V: 39 malign tümör olgusunun histolojik dağılımı gösterilmiştir.

Histolojik tür	Vak'a Sayısı	Oranı %
Hodgkin lenfoması	12	10,7
Non-Hodgkin lenfoması	8	7,1
Kr.Lenfositik lösemi	5	4,4
Akut lenfoblastik lösemi	2	1,7
Retikulum Cell Sarkom	3	2,6
Yassı Hücreli Ca.	4	3,5
Mukoepidermoid Ca.	1	0,8
Fibrosarkom	1	0,8
Papiller karsinom	1	0,8
Malign mezoteliyoma	1	0,8
Lenfoepitelioma	1	0,8
Toplam	39	34,8

$$D = \text{Max} \left| F_0(x) - S_N(x) \right| = 0,37 \quad p < 0,01$$

Malign tümör olgularının histolojik dağılımları arasında istatistiksel farklılık olup olmadığı "Kolmogorov-Smirnov Tek Örneklem" testi ile kontrol edildi. Farklılığın anlamlı olduğu saptandı. ($p < 0,01$).

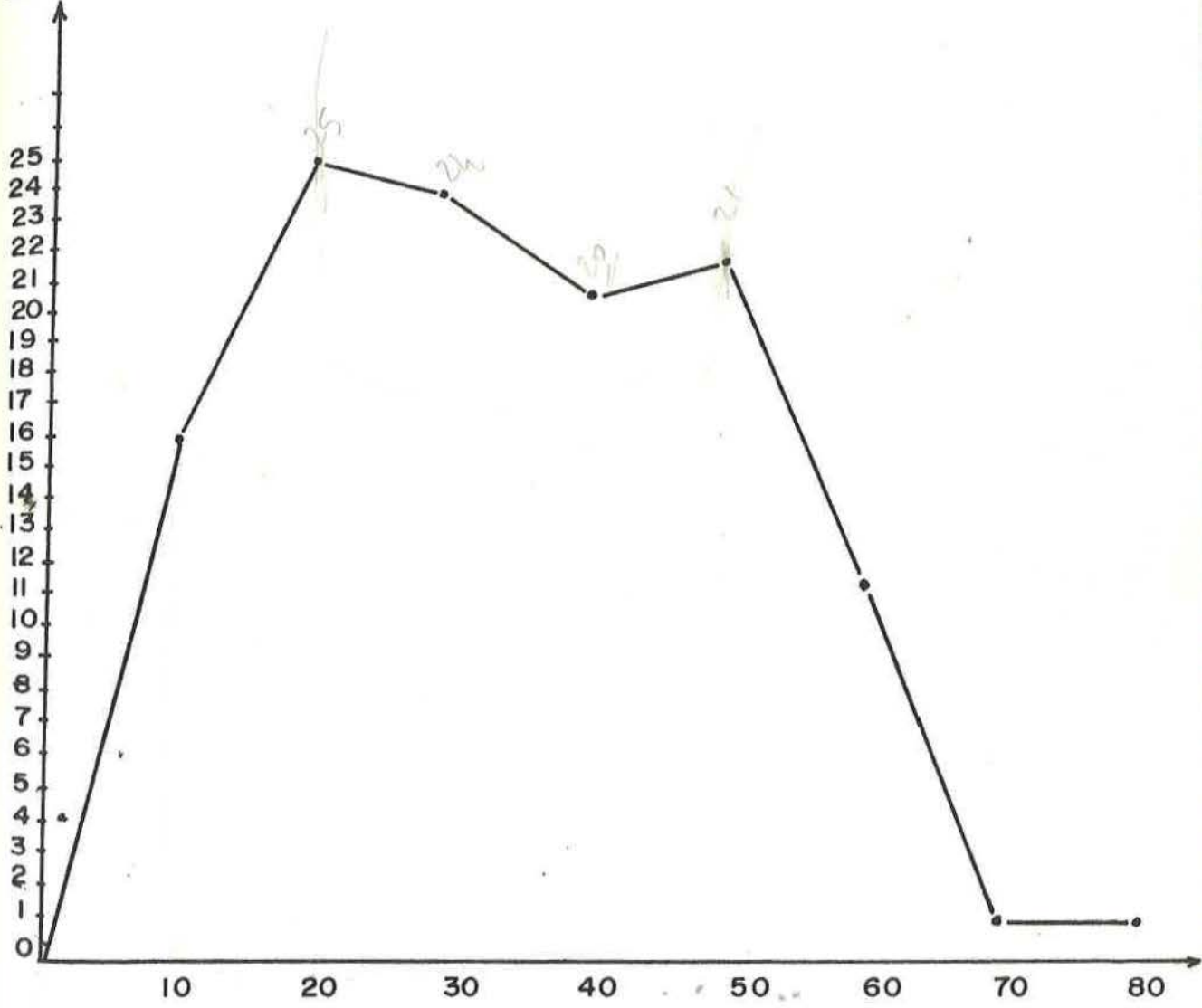
39 olgunun; 12'sinde primer lezyon Hodgkin lenfomasına, 8'inde Non-hodgkin lenfomasına, 5'inde kronik lenfositik lösemiye, 2'sinde akut lenfoblastik lösemiye, 3'ünde tonsilla palatina'ya, 2'sinde nazofarenkse, 2'sinde larenkste, 1'inde parotiste, 1'inde ciltte rastlanmıştır. 3 olguda primer lezyon saptanamamıştır.

39 malign tümör olgununun 22'si erkek, 17'si kadındır. Bu seride en küçük yaş 5, en büyük yaş 72 dir. Yaş ortalaması 34,5 tur.

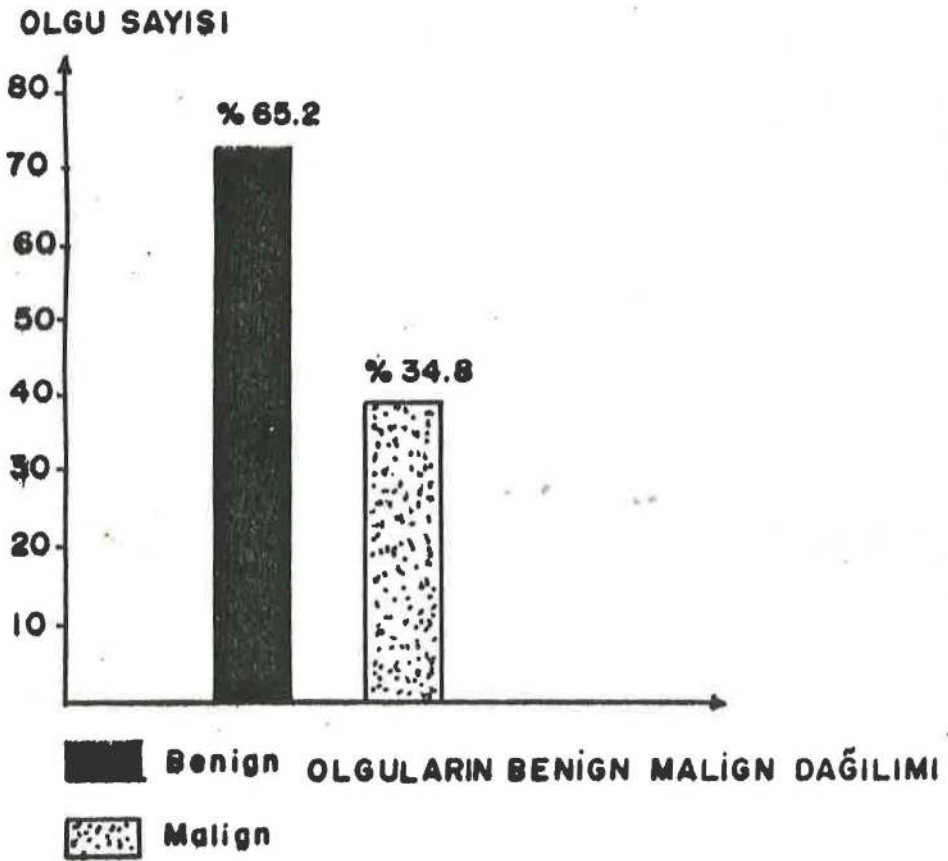
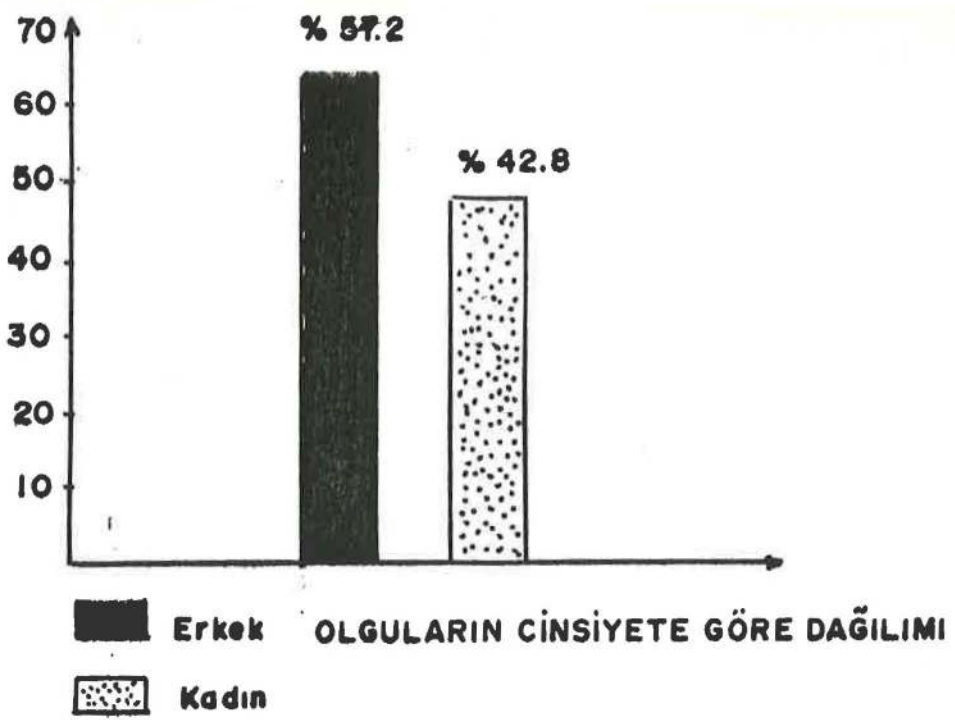
Tablo VI: 112 olgunun tedavi türü ve oranları gösterilmiştir.

Tedavi Türü	Vak'a Sayısı	Oranı %
Medikal	66	58,9
Cerrahi	33	29,4
Medikal+Cerrahi	11	9,8
Cerrahi+Radyoterapi	2	1,7
Toplam	112	100,0

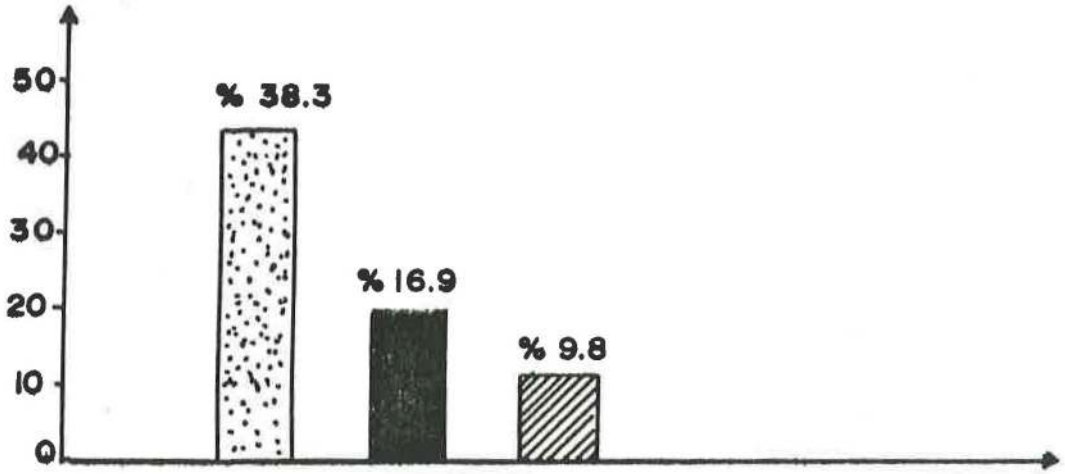
OLGU SAYISI



II2 OLGUNUN YAŞA GÖRE DAĞILIMI



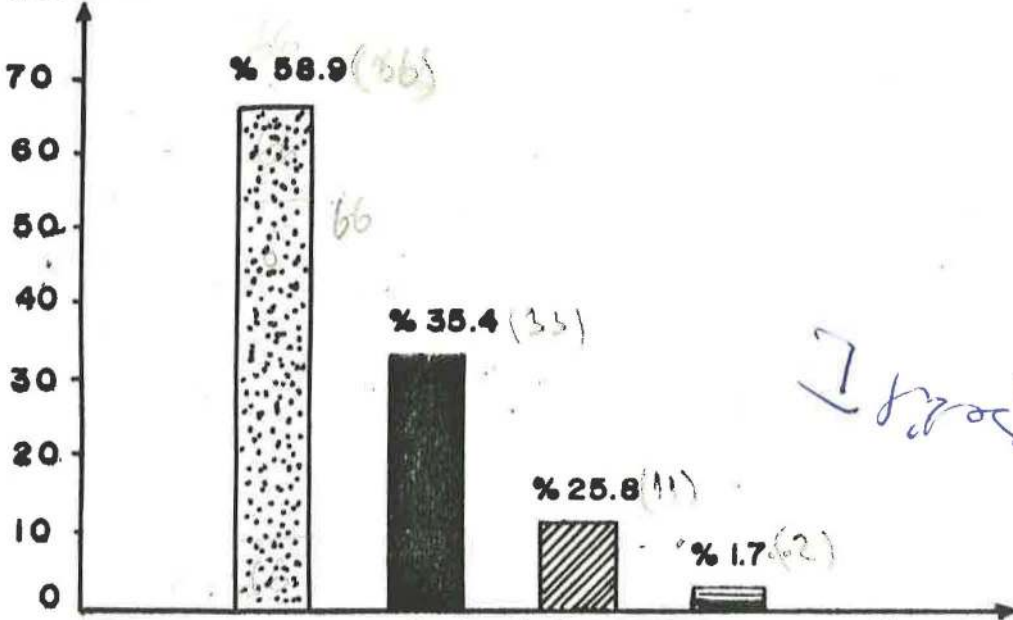
OLGU SAYISI



BENİGN OLGULARIN TÜRLERİNE GÖRE DAĞILIMLARI

-  İltihabi
-  Selim Tümörler
-  Konjenital

OLGU SAYISI



112 OLGUNUN TEDAVİ TÜRÜ VE ORANLARI GÖSTERİLMİŞTİR

-  Medikal
-  Cerrahi
-  Medikal + Cerrahi
-  Cerrahi + Radyoterapi

T A R T I Ş M A

Organizmadaki lenf nodüllerinin 1/3 ünden fazlasının bo-
yunda toplanmış olması nedeni ile, bu bölgenin primer ve sekon-
der hastalıklarında ilk göze çarpan semptom boyun kitleleridir.
Tüm kanserlerin % 3-4 ü metastatik orijinlidir. Tek bir kitle-
nin alınması nadiren terapötik etkiyi sağlar. En azından his-
tolojik tanının konması ve buna bağlı tedavi prosedürünün se-
çilmesi lazımdır. Bu kitle orijininde inflamasyonlar, malfor-
masyonlar, distorsiyonlar, neoplazmlar sorumlu tutulabilir. Bo-
yunda tüm palpe edilen kitlelerin anormal kabul edilmemelidir.
1,5 cm. den büyük kitlelerin malignite yönünden mutlaka araştı-
rılması gerekir (26-42).

Boyun kitlesinin araştırılması hastanın anamnezi, yaşı,
kitlenin yerleşimi ve karakterine dayandırılmalıdır. Cervical
kitlesi olan hastada birçok çalışmalar gerçekleştirilebilir.
Bunların çoğu direkt olarak primer odağı saptamaya yöneliktir.
Kitle ister benign, ister malign, ister inflamatuvar orijinli,
isterse lenfoma grubundan veya yumuşak doku kanseri olsun, yar-
dımıcı tanı yöntemlerine ihtiyaç vardır. Yardımcı tanı yöntemle-
rinden, radyografik tetkiklerde en çok standart göğüs grafile-
ri, sinüs grafileri, baryumlu özofagus grafisi, tiroid scannigi,
siyalografi, daha sonra panendoskopi (Larengoskopi, nazofaren-
goskopi, özofagoskopi, bronkoskopi) yapılmalıdır. Anestezi al-
tında muayene yapılabilir. Gerekirse kompüterize tomografi kul-
lanılır.

Tam kan sayımı, eritrosit sedimentasyon hızı inflamatuvar, infeksiyöz, lösemi veya lenfoma tanımında yardımcı olabilir. Tüm kan testlerinde hastanın yaşı dikkate alınmalıdır. Anormal karaciğer fonksiyonları, yükselmiş serum Ca^{++} seviyesi başka bölgelerden (kemik, karaciğer) orijin almış metastatik malignitelerin tanımında yardımcı olabilir. Baş ve boyun karsinoması ile serum Ig A arasında belirgin bir ilişki mevcuttur. Baş ve boyun Ca.lı hastaların büyük bir kesiminde yüksek konsantrasyonda anormal Ig A tanımlanabilir. Ig A nın tümör spesifik antivenini bloke ettiğine ait bulgular mevcuttur (26). Katz, Ig A seviyesinin baş ve boyun Ca.lı tüm hastalarda yaygın olarak yükselmediğini, bazılarındaki yükselmenin ise kanser bulgusu mesajını verdiğine işaret etmiştir (2-26).

Yukarıdaki yöntemlerle eğer bir tümör bulunamıyorsa, kitlenin natürü histolojik olarak belirlenmelidir. Bu yönde 3 metod kullanılmaktadır.

1- Drill-biyopsi (oyarak biopsi): Oyma işleri arter ve büyük venlerin trajesi yakınında kör, travmatizandır. Ayrıca yeteri kadar derin olmamışsa da yetersiz olabilir. Prensipten olarak bu metoda karşıyız.

2- Ganglion biyopsisi: Çok sayıda adenopati mevcudiyetinde uygulanabilir. Ganglionun bir kısmının çıkarılması son derece tehlikelidir. (Ensizyonel biyopsi). Adenopatilerin gelişici alevlenmeleri ensizyon boyunca cildin istilasını, neoplazik saçılma bu konudaki en önemli kaygılardır. Ganglion çıkarma işlemi servikotomi yoluna uygun düşmeyen bir ensizyonla yapılmış

ise çok sayıda güçlüklerle karşılaşılır. Biz kapsülü yırtmadan çıkartıldığı taktirde prognozu bozmayacağı kanaatindeyiz.

3- Ponksiyon biyopsisi: İnce iğne ile yapıldığında az tehlikeli olduğu bildirilmektedir. Geniş çaplı iğne biyopsisi, iğnenin giriş yolu üzerinde tümör ekilmesi nedeni ile tavsiye edilmemektedir.

İçlerinde en az sakıncası olan ganglion biyopsisidir. Diagnostik biyopsi yapılacağı zaman, boyun disseksiyonu yapacak biçimde hazırlanmalıdır (Frozen section). Eksploratris servikotomi benimsediğimiz en önemli yöntemdir. Servikotomi bir ganglioner küraji gerçekleştirmek için tüm olanakları verir. Şartlar uygun ise, özellikle adenopatilerin histolojik yapısı "frozen section" ile hemen tanınır ve dolayısı ile tedavide uygulanacak yöntem hemen saptanır (2-8-9-26).

Cervical lenfadenopatinin altında başka bir hastalık yatabilir. Kafa ve boyun bölgesinin karsinom metastazı bunlardan en önemlisidir. Cervical lenfadenopatili yaşlı bir hastada aksi kanıtlanıncaya kadar metastatik olarak düşünülmelidir. Hayes ve Martin'in klasik öğretisinde tanımladığı gibi zamansız lenf nodu biyopsisinden kaçınılmalıdır. Bu görüşe göre uygun araştırma öncesi açık nod biyopsisi birçok nedenlerden sakıncalıdır. Hasta, hastalığın tedavi edildiğine inanabilir. Daha ileriki tedaviye gerek kalmadığını düşünebilir. Yara enfeksiyonu kesin cerrahi tedaviyi geciktirebilir, biyopsi insizyonu uygun yapılmamışsa, daha sonra yapılacak olan boyun disseksiyomunu engelleyebilir. Cervical lenf adenopatili hastaların başlangıç

araştırmalarında ince iğne aspirasyon biyopsisini kullanmışlar, % 97 sinde yeterli örnek almışlar, % 96 oranında diagnostik doğruluk elde etmişler. Yöntemin basit, emin ve ekonomik olduğu savunuldu (1-9-14-20-34).

Bizim serimizde de adenopatilerin büyük çoğunluğu tek taraflıdır. Taraf üstünlüğü yoktur. Sağ veya sol tarafta olabilir. Nadiren bilateral ve multipl olabilirler. Büyük çoğunluğu mobildir. 11 vak'amızda fikse olarak saptanmıştır. Adenopatilere 1/3 üst jugular bölümde daha sık rastlanmıştır. Sonra 1/3 orta juguler zincir, 1/3 alt juguler zincir, supraclaviculer zincir, submandibuler bölge ve seyrek olarak spinal zincir gelmektedir.

Azalmasından yıllar sonra servikal mycobakterial lenfadenitis, son yıllarda yeniden artış gösteren bir problemdir. Bizim serimizde de 12 olgu saptanmış olup, toplam olguya oranı % 10,7 dir. 1971 de Llewelin ve Dorman mycobakteriel enfeksiyonun pulmoner formun insidansının son yıllarda azalmışken, extra pulmoner tüberkülozis'in aynı eğilimi göstermediğini Newcombe, bu insidansın artmış olduğunu dahi göstermiştir (7). Miller ve Coshman çocukluk çağı sonunda periferik tüberkülozis lenfadenopatisinin akciğer veya alimenter traktustan hematogenez olarak yayılmasından ziyade primer bir enfeksiyon odağını gösterdiğini müşahade ettiler. Wilmot ve arkadaşları tonsilleri, cervical tüberkülozis lenfadenitis için giriş kapısı olarak ima ettiler ve gerçekte üst derin cervical nod tutulumu olanlar için tonsillektomi tavsiye ettiler (7). Bu çalışmanın

sonucu medikal yaklaşımın yegane tedavi yöntemi olarak yetersiz olduğunu ve mycobakteriel cervical lenfadenitislerin tanı ve tedavisi için kombine edilmiş cerrahi ve medikal tedavinin gerekli olduğunu göstermişlerdir (7).

Literatürde lenf nodunun reaktif diffüz hiperplazisinin birçok tipleri bildirilmiştir. Olguların bir kısmı viral enfeksiyon, aşılama, ilaç içilmesi ile birlikte olabilir. Bazan da malign lenfoma ile karıştırılabilir. Ayrıca orofacial granulomatozlu hastalarda genişlemiş servikal lenf nodlarının ortaya çıkmasıyla tüberküloz zannedilip, tedavi görmüşlerdir(16-19).

Özellikle çocuklarda görülen idiyopatik submandibuler abselerin orijinleri bilinmez. Bütün submandibuler abseler lenf nodu abseleridir. Nazal ve oral kavitede sekonder olarak enfekte olan minör travmatik lezyonlara bağlı oldukları düşünüldü. Cerrahi drenaj ve antibiyotik tedavisi ile hızlı iyileşme gözlemlendi. Abselerin çoğu odontojenik orijinlidirler(5).

İlk tedaylı idiyopatik submandibuler abse, Brook ve Winter tarafından stafilokok enfeksiyonuna bağlı servikofasiyal süpüratif lenf adenit adı altında tanımlanmıştır (5).

Lipomlar en sık mezenşimal olmalarına karşın sadece % 13 kadarı baş ve boyunda görülür. Soliter, yumuşak, mobildirler(32)

Kistik lenfanjioma da denilen kistik higroma neoplazm hamartom ve konjenital malformasyon olarak adlandırılmıştı. Higromaların çoğu çocukluk çağında % 50-60 doğumda, % 80-90 da 2 yaştan önce görülür. % 80-90 cervical bölgede görülür. Genel-

likle yavaş büyürler. Tedavi cerrahidir (17). Antenatal ultrason çalışmaları fötüs gelişiminin takibinde, prenatal tanıların ortaya konulmasında faydalı bir yöntemdir. Fetal boynun dev kistik higromasının antenatal tanımı birkaç kez yapılmıştır. Bu fötüsler ya abortusla sonuçlanmış, ya da doğumdan kısa süre sonra ölmüşlerdir (18).

Cervical teratomlar nadir görülürler. Respiratuvar obstrüksiyon nedeni ile veya malign transformasyon potansiyelleri nedeni ile total exizyon gerektirir. Teratomlar tüm çocukluk dönemi tümörlerinin % 3-5 ini oluştururlar. Servikal teratomlar çok nadirdir. İlk vak'a 1854 de Hess tarafından tariflenmiştir. Total exizyon esastır. Benign özelliktedir. Normal bir gebelikte hidramnion insidansı % 0,5 iken, servikal teratomlu fötüslerde % 20 dir. Opere edilemeyen hastalarda ölüm oranı % 80 iken, ivedi cerrahi girişimle bu oran % 15'e düşmüştür (23 -47).

* Tiroglossal kanal veya tiroglossal kist duvarında % 7 vak'ada tiroid dokusuna rastlanabilir. 89 malign tiroglossal kist vak'asının incelenmesinde % 89 oranında papiller histolojik görünüm söz konusudur. Diğerleri ise folliküler, papiller ve folliküler; squamöz hücreli karsinomdan oluşur (4-10).

Boyunda kitle bulgusu veren trışinosis'te ateşle birlikte kas rahatsızlığı mevcuttur. Cerrahi yaklaşım indike değildir (37).

Massif cervical lenfadenopati ile birlikte görülen sinüs histiyositosu, ateş, lökositoz, yüksek sedimantasyon ve hiper-

gamaglobülinemi ile karakterize benign klinikopatolojik antite olarak tanımlanmıştır. Olguların 1/3 ünde hastalık belirtileri öyküsü 5 yıla dayanır, mortalite oranı % 7 dir. Hastalık benignedir (33).

4. Farengeal keseden ultimobranşial cisim, superior paratroidler ve bazan tymus gelişir. 4. Farengeal kesenin bilinen anomalileri oldukça nadirdir. Thomson ve arkadaşları inferior tiroid arterin bir dalı ile beslenen ve sağ supraklavikuler bölgede bulunan bir paratroid adenomu yayınlamışlardır(43-45)

Malign nodüllerin çoğu büyük ve hızlı büyümeleri dışında ağrısızdırlar. 1,5 cm. den iri nodüllerin malign olmaları daha muhtemeldir. Sert kitleler genellikle maligndir. Yumuşak kitleler benign veya lenfomadırlar.

Lindberg, daha önce tedavi edilmemiş boyun ve squamöz kanserli 2044 hastanın kayıtlarını inceledi. Squamöz karsinomda lenf nodül metastazlarının insidansı, kafa ve boyunda 7 büyük bölgede (oral dil, ağız tabanı, orofarenks, supraglottik larenks, hipofarenks, nazofarenks, facial arch) % 57 olarak buldu. Diğer yazarlar, kafa ve boynun servikal nodül metastazlarında primer tümörün en sık olarak nazofarenks, dil tabanı, hipofarenks, supraglottik farenkste bulunduğunu bildirmeleriyle uyumludur. Tonsiller, farenkste sık metastaz bölgesiydi (14).

Anderson hastanesi tümör bölümünde 10 yıllık süre içinde, 192 hasta tedavi edildi. Kesin tedaviden önce primer odağın belirlendiği 139 hastanın 102 si 204 hastalık kontrol grubu ile karşılaştırıldı. Kesin tedaviden önce açık boyun biyopsisi ya-

pılan, boyuna metastazlı squamöz hücreli kanserlilerde, sonuçlar yara komplikasyonu, nüks, uzak metastaz ve 5 yıllık sür-vive açısından önemli bir fark olmadığını gösterdi. Servikal metastaz olduğu şüphelenilen hastaların özellikle yukarı solunum, sindirim sistemini de içeren dikkatli tam bir araştırma-sının ameliyattan önce yapılması gerektiğini inkâr edemeyiz. Bununla birlikte açık biyopsinin lokal nüks, uzak metastaza ve daha kötü sürvive neden olduğu açık değildir. (Akabinde ye-terli tedavi verilmesi halinde).

Boyun disseksiyonu yapılan bütün hastaların % 18 inde yara komplikasyonu gelişti. % 11'inde yara açılması, % 7 sinde nekroz görüldü. Preoperatif radyasyon alan hastalarda, post-operatif radyasyon alan hastalara oranla daha çok yara kompli-kasyonu görüldü.

Bu tanınmış cerrahların daha önceki yayınlarına ters düş-mektedir. Razack ve arkadaşları 57 hastada daha önce yapılan boyun nod biyopsisinin uygun cerrahi tedavi yapıldığında nüks ve sürvivi olumsuz etkilemediğini göstermişlerdir. Mc Guint ve Mc Cabe kesin tedaviden önce cervical nod biyopsisi yapılan 64 hastada daha yüksek yara nekrozu ve uzak metastaz oranı bil-dirmişlerdir (31).

Boyuna metastaz yapmış orofarengeal duvar, dil tabanı ve hipofarengeal karsinomlu hastalar primer odağın büyüklüğü ve yayılımına, boyundaki metastazın büyüklüğüne de bakılarak te-davi edilir. Genellikle küçük lezyonlar, sadece primer odağa ve boyuna radyoterapi yapılarak etkili bir şekilde tedavi edi-

lebilir. İlerlemiş lezyonlar primer rezeksiyon+ boyun disseksiyonu + Radyoterapi ile tedavi edilir. Kombine tedavi, nodal hastalık birçok yeri tutmuşsa veya extra kapsüle yayılım varsa gereklidir. Tümör lenf nodu kapsülünü geçerek çevreye yayılmışsa ve cerrahi işlem sırasında yumuşak dokuya kanser hücreleri implante olmuşsa yumuşak doku ve skar tümör gibi tedavi edilmelidir (31-39).

Bilateral nodülü olan squamöz hücreli karsinomların prognozu en kötüydü. Çeşitli seviyelerde nodülü olan hastalarda extra kapsüler yayılım gösterenlerde netice anlamlı bir şekilde kötüydü. Ancak radyasyon extra kapsüler yayılımı azaltmaktaydı.

Kombine tedavi ile hastalar, sadece cerrahi tedaviden daha iyi prognoza sahip oldular (27).

New-York Memorial Hastanesinden yapılan retrospektif çalışmada radyasyon almayan gruptaki hastalarda preoperatif 2000 R. radyoterapinin boyun disseksiyonundan sonraki rekürrensleri anlamlı derecede azalttığı tayin edilmiştir.

Mayo kliniğinden bildirildiğine göre N₂ boyunda sadece cerrahi tedavi alan hastalarda, preoperatif radyoterapi + Cerrahi tedavi alan veya cerrahi tedavi + postoperatif radyoterapi alanlar arasında recurrens oranı açısından farklılık yoktu.

Houston M.D. Anderson Hastanesinin çeşitli raporlarında radikal veya modifiye radikal boyun disseksiyonuna radyoterapinin eklenmesiyle boyun hastalıkları rekürrenslerinde azalma

olduğu bildirildi.

Berkley ve arkadaşları sadece ameliyat edilen hastalarda kontrlatéral boyun relapsi insidansını % 27 olarak, oysa kombine tedavi uygulananlarda yalnızca % 3,5 olarak bildirdiler (27).

İrradiasyon ve cerrahi girişimden sonra nüks boyun karsinomu için birçok neden vardır. Boyunda primer evresinde inatçı hastalık veya 2. bir primer karsinom tekrar görülebilir. Radikal boyun disseksiyonundan sonra mikrometastazlar boyunda kalabilir. Radyoterapinin etkisizliğinin en büyük nedeni tümör hücresi hipoksisine bağlanmaktadır (46).

Hekim hastada multinodüler tedavisinden sonra sabit recuran boyun kitlesi oluşturduktan sonra birkaç tedavi olasılığı var:

- 1- Nointermedian,
- 2- Kemoterapi,
- 3- Radyoterapi,
- 4- Braditerapi (Hücre içi radyasyon),
- 5- Salvage Cerrahisi,
- 6- Mix kombinasyonu.

Önceden ameliyat edilmiş ve radyoterapi uygulanmış fiks boyun tümörlerinin yeniden tedavisi hakkında raporlar son derece azdır. Salvage tedavisi yalnız başına ve diğer seçeneklerle ele alındığında ana konu Carotis arterinin sağlama alınmasıdır. Hekimin karotis arterine yaklaşımında 3 seçenek vardır (46).

- a) Revaskülerizasyon yapmadan karotisin rezeksiyonu,
- b) Karotis arteri by-pass greft yoluyla rezeksiyonu,
- c) Tümörün karotis arterden kazınması.

İyi differansiye olmuş Lenfositik lenfomalarda kazanılmış cilt karsinoması görülme riski, genel popülasyona oranla 8 kat daha fazladır. Bu çalışmada 1/3 oranında (% 37) regional lenf nodu metastazı bulunmuştur. Multipl veya recurrent lezyonlu olgularda kontrolü sağlamak oldukça güçtür. Renal transplantasyonlu hastalarda regional lenf nodu metastazı % 6 dır. Tonsil ve priformis üzerinde Squamöz hücreli Ca. bulunan hastalarda tütün kullanımı belirgindi (29).

Tümörle baş vuran hastaların % 3-4 ünde primer odağı belirlemek olanaksızdır. Bu olguların yaklaşık % 10 unda primer odak kafa veya boyunda gizlidir. Primer odağın kafa ve boyunda bulunduğu olgularda, orijini diğer tarafta olanlara oranla daha iyi prognoz olduğundan bu gruptaki hastalar lokal ve regional agresif tedaviden yarar görebilirler (21).

Tümör kitlesinin adele ile ilişkisinin gösterilmesinde magnetik rezonans genellikle kompüterize tomografiden üstündü. İntravenöz kontras madde verilmediğinde, magnetik rezonans görüntüleri daha üstündü (13).

Tükrük bezi hastalıklarında sialografinin son derece önemli değeri vardır. Adams ve arkadaşları kalsifikasyon direkt filimde görülse bile sialografiyi önerdiler (22). Biz serimizde 2 vak'ada submandibulerde taş saptadık.

Submandibuler tükrük bezleri ve kanalındaki taşlar olduk-

ça sık görülür, obtrüksiyon ve enfeksiyon nedeni ile erken dönemde şişkinlik ve ağrı semptomları verirler. Taşın analizinde daha çok kalsiyum fosfattan ibaret mineral kısmı gösterilmiştir (12).

Submandibuler tükrük bezi ve tiroid glandda kist hidatikli bir olgu sunulmuştur (15).

Bebeklik ve erken çocukluk döneminde vasküler tümörler büyük tükrük bezlerinin sık karşılaşılan lezyonlarıdır. Özellikle hayatın ilk 6 ayında görülürler. Parotis glandın hemanjiomu en sık görülenidir. % 90 dan fazlası parotis orijinlidir. Bazıları kistik, diğerleri daha katı veya sünger kıvamındadır.

* Kavernöz hemanjiomalar daha çok adolesan ve yetişkinlerde görülür. Benign görünümündürler (3-38).

Bizim 112 olgumuzda 12 tükrük bezi tümörü olgusu saptanmış olup, bunların 10 tanesi parotis glanda, 2 tanesi submandibuler glanda aittir. Bu olgulardan 8 olgu parotis mikst tümörü olup, 1 olgu yine parotise ait mukoepidermoid Ca. dır.

1955-1981 yıllarında 133 hastanın retrospektif incelemesinde de vak'aların büyük kısmı (104) parotis glandında gelişmiştir. En sık görülen histolojik tip mukoepidermoid karsinomaydı (39 Vak'a). Adenoid kistik karsinoma 2. sırayı teşkil ediyordu. Asinik hücreli karsinomaların hemen hepsi kadınlarda görüldü (44).

Uzak metastaz insidansı, tümör lokalizasyonu ile ilişkilirdi ve submandibuler gland tümörlerinde daha yüksekti (%56). Tek başına cerrahi tedavi uygulanan olgularda recurrens oranı % 52 idi. Cerrahi sonrası radyoterapinin recurrensi azalttığı

ve inoperabl tümörlerin yaklaşık 1/3 ünün kontrol altına alındığı gösterilmiştir (6 - 36). Submandibuler tükrük glandı genişlemesi olarak klinik bulgu veren metastatik bir renal kar-sinoma vak'ası bildirilmiştir (40).

Derinin primer lenfositik infiltrasyonu, klinik olarak ayırımları zor olan benign yada malign olayların sonucu olarak görülür. Non-spesifik oluşları nedeni ile tanı histopatolojik olarak konur. Bush ve Gospotarowicz erken lezyonlu bazı genç hastalar sadece radyasyonla tedavi edilebilirler. Stage I ve II ektranodal non-hodgkin lenfomalı hastaların çoğunda rölapsis sürvive hayal kırıcıdır. Radyasyon tedavisine kemoterapi-nin eklenmesi sürvivenin uzamasına katkıda bulunmuştur. Buna-donna ve arkadaşları özellikle geniş hücreli lenfoma histolo-jisi gösteren hastalarda CVP (Cytosan, Vinkristin ve Prednison) eklenmesi ile hastalıksız sürvivin uzadığını göstermiştir. Bu-nu Nissen ve arkadaşları da doğrulamıştır (11-30).

Bizim serimizde 12 Hodgkin, 8 Non-hodgkin olmak üzere toplam 20 olgu bildirilmiştir. Bunların tümünde medikal teda-vi uygulanmıştır.

Hemangiomlar çocuklukta kafa ve boynun en sık tek tümör-leridirler. Bu tümörlerin çoğu kapiller kavernöz şeklindedir. Dev kavernöz hemanjiomlar çok seyrekler. Tedavi cerrahi exiz-yondur. Kan kaybını azaltmak için:

1- Hemanjiomun periferi çevresine boğucu ipek sütür yer-leştirilmesi.

2- Aynı taraf external karotis arterin geçici kapatılma-sı (oclussionu). uygulanır (35).

Kafa ve boynun yumuşak doku sarkomları çok seyrek tir (% 1 den az). Hastaların çoğu ağrısız, asemptomatik kitleden şikayetçi idi. Diğer belirtiler primer odağa bağlıdır. Sarkomlar tanıya uygun olarak derecelendi. Malign fibrohistiyositom, rabdomyosarkom, anjiosarkom, nörofibrosarkom ve sinoviyal sarkom yüksek gradeli tümörlerdi. Dermatofibrosarkom protuberans ve desmoid fibromatosis düşük grade'li tümörlerdi. Roth ve arkadaşları boynunda sinovial sarkomlu 22 hastada % 47,5 yıllık sürvive bildirmiştir. Kafa ve boynunda regional lenf metastazı % 12,5 dur (25-48).

Baş ve boynun rabdomyosarkomu, ekstremitelerin rabdomyosarkomunun aksine çocukluk döneminde ortaya çıkar. Hastalığın gerçek insidansı tam olarak bilinmiyor. Cervical lenf nodu metastazı % 56 olarak izlendi. En sık olarak yüz, 2. sıklıkta orbite tutulmaktadır (41).

Yumuşak doku sarkomlarında, primer tümör tedavisi için genellikle post-operatif radyoterapi ile veya radyoterapi olmaksızın geniş lokal eksizyon ve bazende kemoterapi kullanıldı (48).

Baş ve boyun tümefaktiv fibroenflematuvar lezyonu geniş fibroskleroze sendromun bir parçası olan idiyopatik bir hastalıktır. Klinik davranışı ve cerrahi bulguları maligniteyi düşündürürse de histolojik yapısı yumuşak dokunun fibrozisi ve enflemasyondur. Hastalık ilk olarak sistemik steroid ile tedavi edilmelidir. Cerrahi eksizyon gerekli olmayabilir (28).

S O N U Ç

Boyunda kitle ile başvuran 112 olgunun üzerinde yapılan araştırmamızda selim karakterli patolojilerin çoğunlukta olduğu saptanmıştır. Bu selim patolojilerin çoğunluğunu enflematuvar patoloji teşkil etmektedir. Geri kalanlarını selim tümörler ve konjenital kistler oluşturmaktadır.

112 olguyu kapsayan serimizde boyun malign kitlelerine 39 olguda rastladık. 3 olguda primer lezyon saptanamamıştır.

Bu 112 olgunun 66 sinda medikal, 33 ünde cerrahi, 11 inde medikal + cerrahi, 2 sinde cerrahi + Radyoterapi uygulanmıştır.

Günümüzde boyun kitlelerinin araştırılmasında ve özellikle primer malign tanı yöntemlerindeki aşamalar sayesinde gizli primer tümöre ulaşma olasılığı artmıştır.

Boyunda bir kitle ile başvuran olgu karşında KBB uzmanının tüm tanı olasılıklarını gözden geçirmesi gerekmektedir. Bu amaçla rutin KBB muayenesi, gereğinde endoskopik muayene, boyun yumuşak doku grafileri, rutin kan tetkikleri, gereğinde boyundaki ganglionun bir uzak metastaz olabileceği düşüncesiyle daha geniş sistem muayeneleri yapılmalıdır. Bu nedenle boyun kitlesi KBB hekimini ilgilendirdiği gibi tiptaki diğer uzmanlık dallarının pek çoğunu da ilgilendirmektedir. Bu nedenle sıkı işbirliği gerekmektedir.

Boyundaki kitlenin konumu, kıvamı, hacmi, hareketli olup

olmayışı, yerleşim süresi tanıda önemli kriterler olarak göz önünde tutulmalıdır. Kesin tanının histopatolojik tetkikle konulduğu muhakkaktır. Ancak histopatolojik tetkik için gerekli materyalin en uygun şartlarda alınması gerekir. Yetersiz ve özen gösterilmeden uygulanan ganglion biyopsisinin malign tümör metastazlarında kapsülün yırtılması ve tümörün yayılmasına yol açtığını göstermiştir. Ayrıca alınan materyalin çoğu kez histolojik tanı için yeterli olmadığı ve dolayısı ile tedaviyi geciktirdiği gözlenmiştir. Ponksiyon biyopsisinin ganglionların tanısında geçerli bir yöntem olacağına inanmamaktayız. Zira derin konumlu ganglionlara ulaşım güçlüğü ve bu ganglionların önemli damar-sinir trajelerine yakınlığı nedeniyle tehlikesi vardır. En geçerli yöntem ganglionun konumuna uygun olarak yapılacak olan servikotomidir. Ganglionun tümü çıkarılacağı gibi geniş bir görüş alanı sayesinde makroskopik tanıya da varılabilir.

* Primer odağı saptanamayan boyun ganglionlarında tetkiklerin sabır ve inatla tekrarlanması, ilk muayenede olduğu gibi titiz davranılması gerekmektedir.

Ö Z E T

Bu çalışma boyunca kitle nedeni ile tetkik ettiğimiz 112 olgu üzerinde gerçekleştirildi. Boyun kitlesi karşısında uyguladığımız araştırma yöntemimiz KBB fizik muayenesi, laboratuvar tetkikleri, servikotorasik radiografi, endoskopik tetkiklerden oluşmaktadır. Kitlenin histolojik tanısı için yüzeysel soliter ganglionlarda ganglion biyopsisi; derin multipl ganglionlarda ise eksploratris servikotomiye uygun bulmaktayız.

112 olgunun 73 (% 65,1) ünde benign patoloji saptandı. 73 benign patolojinin içerisinde 43 (% 38,3) olgu ile iltihabi olgular birinci sırayı almaktaydı, ayrıca 19 (% 16,9) olgu ile selim tümörler, 11 (% 9,8) olgu ile konjenital boyun kitlesine rastlanmıştır. 43 iltihabi patolojinin 25 (% 22,3)'i kronik lenfadenitis, 12 (% 10,7)'si adenit Tbc., 4 (% 3,5)'ü submandibuler abse, 2 (% 1,7)'si bezolt absesi olarak saptandı.

19 selim tümör olgusunun 9 (% 8)'u parotis mikst tümörü, 2 (% 1,7)'si submandibuler selim tümörü, 2 (% 1,7)'si sebace kist, 2 (% 1,7)'si lipom, 1 (% 0,8)'i laringosel, 1 (% 0,8)'i anjiofibrom, 1 (% 0,8)'i kavernöz hemanjioma, 1 (% 0,8)'i papiller kist adenoma olarak saptandı.

Geri kalan 39 (% 34,8) olguda boyundaki kitle nedeni ile malign tümör olarak saptandı. 39 olgunun 20 (% 17,8) sinde primer lezyon lenfomaya, 5 (% 4,4)'inde kronik lenfositik lösemiye, 2 (% 1,7)'sinde akut lenfoblastik lösemiye, 3 (% 2,6) ünde tonsilla palatinaya, 2 (% 1,7)'sinde nazofarenkse, 2 (% 1,7)'sinde larenkse, 1 (% 0,8)'inde parotise, 1 (% 0,8)'inde cilde aitti. 3 (% 2,6) olguda primer lezyon saptanamamıştır.

K A Y N A K L A R

- 1- ABEMAYOR,E.;CANALIS,R.F.: Evaluating Enlarged Cervical Nodes. The Western Journal of Medicine. 144 (230-231) 1986.
- 2- BALLENGER,J.J.: Work-up of the Neck Mass. Diseases of the Nose, Throat, Ear, Head and Neck. (624-625) 1985.
- 3- BATSAKIS,J.G.: Vascular Tumors of the Salivary Glands. Ann Otol Rhinol Laryngol. 95 (649-650) 1986.
- 4- BERRIDGE,D.C. and WEBB,A.J.: Cervical thymus cyst and thyroglossal cyst carcinoma. Br.J.Surgery 73(44) 1986.
- 5- BLINDER,D.;RAMON,Y.;HENDLER,S.: Idiopathic submandibular abscesses in children. Int.J.Oral Maxillofac. Surgery 15 (292-295) 1986.
- 6- BORTHNE,A.;KJELLEVOLD,K.; KAALHUS,O.: Salivary Gland Malignant Neoplasms: Treatment and Prognosis. Int.J. Radiation Oncology Biol.Phys. 12(747-754) 1986.
- 7- CASTRO,D.J.;HOOVER,L;CASTRO,D.J.: Cervical Mycobacterial Lymphadenitis. Arch Otolaryngol.11(816-819) 1985.
- 8- CEVANŞİR,B.: Boyun Bölgesinde Rastlanan değişik durumlar. Kulak Burun Boğaz Hastalıkları El Kitabı (183-187)1978.
- 9- ÇÖLHAN,İ.;CEVANŞİR,B.;BAŞERER,N.: Boyun Tümefaksiyonlarında Primer Neden tanısında üç olgu örneği tartışılması.Türk Otolarengoloji Arşivi Kulak Burun Boğaz Hastalıkları İhtisas Dergisi 23 (28-35) 1985.

- 9 10- FEUERSTEIN, I.M.; HARBERT, J.C.: Hypertrophied Thyroid Tissue in a Thyroglossal Duct Remnant. Clin. Nacl. Medicine. 11 (135) 1986.
- 10 11- FISHER, S.R.; BURTON, G.V.; MURRAY, J.C.: Primary Cutaneous Lymphoma of the Head and Neck. Laryngoscope 96 (653-659) 1986.
- 11 12- FRAME, J.W. AND SMITH, A.J.: Large calculi of the submandibular salivary glands. Int. J. Oral Maxillofac. Surgery 15 (769-771) 1986.
- 12 13- GLAZER, H.S.; NIEMEYER, J.H.; BALFE, D.M.: Neck Neoplasms: MR Imaging Part I. Initial Evaluation 1. Radiology 160 (343-348) 1986.
- Neck Neoplasms: MR Imaging Part II. Posttreatment Evaluation 1. Radiology 160 (349-354) 1986.
- 13 14- GREGOR, R.T.; WANER, M.; DAVIDGE-PITTS, K.J.: Evaluation of a suspected malignant lymph node in the neck. South African Journal of Surgery. 23(79-82) 1985.
- 14 15- GÜRSER, N.; BAYSAL, K.; GÜRSER, N.: Hydatid Cyst in the Thyroid and Submandibular Salivary Glands in a Child. Z. Kinderchir. 41 (362-363) 1986.
- 15 16- JAMES, J. and FERGUSON, M.M.: Orofacial granulomatosis presenting clinically as tuberculosis of cervical lymph nodes. British Dental Journal 161(17-19) 1986.
- 16 17- KORMAN, M.J.; STEINER, R.; FISH, J.E.: Dyspnea and stridor in a Young Woman. Chest 89 (579-581) 1986.

- 17 18- LYNGBYE, T.; HAUGAARD, L. and KLEBE, J.G.: Antenatal Sonographic Diagnoses of Giant Cystic Hygroma of the Neck. Acta obstet Gynecol Scand. 65 (873-875) 1986.
- 18 19- MASI, M.J./.; USAR, M.; TOKER, C.: Diffuse Hyperplasia of Lymph Node in Tuberculosis. Southern Medical Journal 79(891-894) 1986.
- 19 20- MATSUYAMA, T.; FUJII, Y.; TAKEICHI, N.: Aspiration Biopsy Cytology a Highly Diagnostic Procedure for Assessing Neck Masses, Excluding Thyroid Tumors. Japanese Journal of Surgery. 16(239-244) 1986.
- 20 21- MC CUNIFF, A.J.; and RABEN, M.: Metastatic Carcinoma of the neck from an unknown primary. Int. J. Radiation Oncology Biology Physics. 12 (1849-1852) 1986.
- 21 22- MC ENTEE, G.P.; MANNERS, A.R. and PEEL, A.L.G.: Sialography in salivary gland disease. Br. J. Surgery. 73(807-809) 1986
- 22 23- MOCHIZUKI, Y.; NOGUCHI, S.; YOKOYAMA, S.: Cervical Teratoma in a fetus and an Adult. Two Case Reports and Review of Literature. Acta Pathol. Jpn. 36(6): (935-943) 1986.
- 23 24- MONTGOMERY, W.W.: Block Dissection of the Neck. English Otolaryngology 5: 45 (1-35) 1981.
- 24 25- MOORE, D.M.; BERKE, G.S.: Synovial Sarcoma of the Head and Neck. Arch Otolaryngol Head Neck Surgery. 113(311-313) 1987.
- 25 26- NORRIS, C.M.; MILLER, D.: The Neck Mass. English Otolaryngology. 5: 43 (1-31) 1985.

- 27- O'BRIEN, C.J.; FRACS; SMITH, J.W.: Neck Dissection With and Without Radiotherapy: Prognostic Factors, Patterns of Recurrence, and Survival. The American Journal of Surgery. 152 (456-463) 1986.
- 28- OLSEN, K.D.; DESANTO, L.W.; WOLD, L.E.: Tumefactive Fibro-inflammatory Lesions of the Head and Neck. Laryngoscope 96 (940-944) 1986.
- 29- PEREZ-REYES, N. and FARHİ, D.C.: Squamous Cell Carcinoma of Head and Neck in Patients With Well-Differentiated Lymphocytic Lymphoma. Cancer 59 (540-544) 1986.
- 30- ROBBINS, K.T.: Extranodal Lymphoma of the Head and Neck Area. Am J. Clin. Oncol. 9 (366-367) 1986.
- 31- ROBBINS, K.T.; COLE, R.; MARVEL, J.: The Violated neck: Cervical node biopsy prior to definitive treatment. Otolaryngology Head and Neck Surgery. 94 (605-610) 1986.
- 32- SCHERL, M.P.; SOM, P.M.; BILLER, H.F.: Recurrent Infiltrating Lipoma of the Head and Neck. Case Report and Literature Review. Arch Otolaryngol Head Neck Surgery. 112(1210-1212) 1986.
- 33- SCHWEITZER, V.G.; BOBIER, G.D.: Sinus Histiocytosis with Massive Cervical Lymphadenopathy. Case Report and Literature Review. Ann Otol Rhinol Laryngol 95 (331-335) 1986.
- 34- SHAHA, A.; WEBBER, C.; and MARTİ, J.: Fine-Needle Aspiration in the Diagnosis of Cervical Lymphadenopathy. The American Journal of Surgery. 152(420-423) 1986.

- 35- SHIKHANI, A.H. and SHEHANI, S.I.: Surgical treatment of giant hemangiomas of the head and neck. Otolaryngology Head and Neck Surgery 94 (113-122) 1986.
- 36- SIMPSON, J.R.; MATSUBA, H.M.; THAWLEY, S.E.: Improved Treatment of salivary adenocarcinomas: Planned Combined Surgery and Irradiation. Laryngoscope 96(904-907)1986.
- 37- SNYDERMAN, N.L.: Trichinosis Presenting As a Neck Mass. Laryngoscope 97 (353-356) 1987.
- 38- STAL, S.; HAMILTON, S. and SPIRA, M.: Hemangiomas, Lymphangiomas, and Vascular Malformations of the Head and Neck, Otolaryngologic Clinics of North America 19(769-796) 1986.
- 39- STELL, P.M.; CRUICKSHANK, A.H. and STONEY, P.: Adenoid Cystic carcinoma presenting as a mass in the neck. The Journal of Laryngology and Otology. 100(1203-1204) 1986.
- 40- STOREY, D.W. and MCGOWAN, B.: Renal Carcinoma Metastasis in Salivary Gland. British Journal of Urology. 58(227)1986.
- 41- SWART, J.G.; KLOPPER, S.; HAMERSMA, T.: Rhabdomyosarcoma of the head and neck. Suid-Afrikaanse Tydskrif vir Chirurgie. 23 (88-89) 1985.
- 42- ŞENOCAK, A.: Boyun Tümefaksiyonları. Otolarengoloji (516-527) 1983.
- 43- TANYEL, F.C.; ÇAKMAK, Ö.; ÇAĞLAR, M.: Fourth Pharyngeal Pouch Remnant Presented as a Neck Mass. Z. Kinderchir. 41 (360-361) 1986.

- 44- TRAN, L.; SADEGHİ, A.; HANSON, D.: Major Salivary Gland Tumors: Treatment Results and Prognostic Factors. Laryngoscope 96 (1139-1144) 1986.
- 45- UDEKWU, A.O.; KAPLAN, E.L.; WU, T.C.: Ectopic Parathyroid Adenoma of the Lateral Triangle of the neck: Report of two Cases. Surgery. 101 (114-118) 1987.
- 46- URGEN, M.; BILLER, H.F.; LAWSON, W.: Salvage Surgery For Recurrent Neck Carcinoma After Multimodality Therapy. Head and Neck Surgery 8 (332-342) 1986.
- 47- WALKER, J.; JOHNSTON, D.I.; KAPİLA, L.: Two cases of Cervical Teratoma. The British Journal of Clinical Practice. 39 (446-448) 1985.
- 48- WEBER, R.S.; BENJAMİN, R.S.; PETERS, L.J.: Soft Tissue Sarcomas of the Head and Neck in Adolescents And Adults. The American Journal of Surgery. 152 (386-392) 1986.
- 49- ZEREN, Z.; ERALP, İ.: Kısa Topoğrafik Anatomi. (178-196) 1965.