

Pediatric Neck Masses

Prof. Dr. Can KOÇ*

Boyun, çok değişik ve çok miktarda neoplazmanın görüldüğü ve lenfatik ağın en yoğun olduğu vücut bölgesidir. İçerdiği hayati organlar, damar, sinir ve lenf ağları nedeniyle önemi daha da artmaktadır. Boyunda kitle, kulak-burun-boğaz, genel cerrahi, pediatri, dahiliye, radyoloji ve onkoloji gibi değişik tıp disiplinlerinin ortak ilgi alanını oluşturan ve oldukça sık görülen bir patolojik durumdur.

Boyunda çapı bir cm üzerinde, hassasiyet göstermeyen her kitle ileri tetkik ve izlem veya cerrahi tedavi gerektiren bir malignansi olasılığı göz önünde bulundurularak değerlendirilmelidir. Bir boyun kitlesinin tanısı, özellikle kitle metastatik ise güç olabilir ve otopside sonra bile koyulamayabilir. Bütün boyun kitleleri hassasiyet, lokalizasyon, boyut, fiksasyon, tril, kıvam, koku ve bunlara benzer başka özellikler yönünden titizlikle değerlendirilmelidir. Dikkatli bir anamnez ve fizik muayeneden sonra, üst aerodijestif sistemin bütün mukozal yüzeyleri, özellikle kitle bölgesine yayılan lenf kanallarının kaynakları dikkate alınarak tam bir muayeneden geçirilmelidir. Fleksibl fiber endoskopi aynayla görülmesi zor bölgelerin muayenesinde yararlıdır.

Erişkinlerde benign tiroid hastalıkları hariç boyun kitlelerinin %60-80'i neoplastik kökenli iken, pediatrik ve genç erişkin hasta grubunda boyun kitlelerinin %85'inin nedeni enfeksiyöz ve konjenital kökenli kistler ve malformasyonlardır.

Boyun kitleleri etiyolojilerine göre 3 ana grup altında toplanabilir:

1. Enflamatuvar boyun kitleleri
2. Konjenital boyun kitleleri

* Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi KBB Anabilim Dalı, KIRIKKALE

3. Tümoral boyun kitleleri

ENFLAMATUVAR BOYUN KİTLELERİ

Enflamatuvar boyun kitlelerini:

1. Lenfadenitler

- a) Özgül olmayan lenfadenitler
- b) Özgül lenfadenitler

2. Derin boyun enfeksiyonu olarak sınıflandırabiliriz.

1. Lenfadenitler

a) Özgül olmayan lenfadenitler

Çocukluk yaş grubunda boyunda en sık görülen şişlikler, enflamasyon sonucu servikal lenf bezlerinin büyümesidir. Boyunda yeni ortaya çıkmış, hassas, üzerinde ısı artışı ve kızarıklık olan kitle enfeksiyonu düşündürür. Sıklıkla nazofarinks, orofarinks, hipofarinks. dil, diş, yanak ve saçlı deride görülen enfeksiyonlara sekonder olarak ortaya çıkarlar. Tedavi yetersiz ya da etken mikroorganizmalar çok virülan ise şişlik önce apse formasyonuna ve sonra da sellülite dönebilir. Boyunda bulunan sellülite cilde direne olarak fistül halinde karşımıza çıkabilir. Enfeksiyonun sıklıkla görüldüğü dönem 10 yaşına kadar olan çocuklardır ve genellikle nazofaringeal enfeksiyona bağlıdır. Olguların çoğunda primer enfeksiyonun düzelmesiyle lenf bezleri de normale döner.

Çocuklarda sıklıkla görülen patojenik organizmaların başında streptokoklar, Haemophilus influenzae, pnömokoklar ve stafilokoklar sayılabilir. Primer enfeksiyon en sık orofarinks ve nazofarinks lenf dokularındadır. Tonsil enfeksiyonlarında öncelikle jugulodigastrik bölgede yer alan lenf bezleri şişer, adenoid enfeksiyonlarında ise posterior servikal üçgendeki lenf bezleri olaya daha önce katılır.

Tanı için enfeksiyon kaynağı primer odak araştırılmalı, kan tablosu incelenmelidir. Lökositoz ve periferik yaymada sola kayma hemen daima bulunur.

Ayrıncı tanı Hodgkin ve non-Hodgkin lenfoma, servikal kistler, lösemi, tüberküloz lenfadenit, metastatik karsinom ve toksoplazmozis ile yapılmalıdır.

Tedavide en az 15 gün süresince geniş spektrumlu antibiyotikler verilir. Apse varsa direne edilmeli ve apse duvarı kürete edilmelidir. Cerahattan kültür alınarak duyarlılık testi yapılmalıdır. Bazı durumlarda primer enfeksiyonun düzelmesine rağmen lenf bezlerindeki şişlik tam olarak kaybolmaz. Bu durum birçok anne-babayı endişe içinde bırakır ve çoğunlukla yüksek dozda antibiyotik uygulamasına başlanır. Böyle durumlarda hiçbir tedavi vermeden beklemek daha yerinde olur. Belirli bir süre sonunda, ki bu aylar sürebilir, şişlik kendiliğinden kaybolabilir. Kaybolmadığı durumlarda enfeksiyon kaynağı olabilecek dokulara cerrahi girişimde bulunmak yerinde olur. Duruma göre tonsillektomi, adenoidektomi veya her ikisi birden yapılmalıdır.

b) Özgül lenfadenitler

Tüberküloz lenfadenit: Tüberküloz enfeksiyonuna bağlı lenf bezi şişmeleri genellikle jugulodigastrik bölgede yer alır. Vakaların yaklaşık %20'sinde bilateraldir. Etken çoğunlukla Mycobacterium bovis'dir. Yavaş başlayan lenf bezi büyümesi sayıca hızlı olarak çoğalır ve birbirine yapışır. Başlangıçta lastik kıvamında, ağrısız ve hareketlidirler. Zamanla birbirlerine, derin dokulara ve deriye yapışabilirler. Giderek lenf bezinin bir bölümü yumuşar ve flüktüasyon verir. Üzerindeki deri kızarmıştır. Fakat bu kırmızılığa karşın lokal ısı artışı yoktur. Deri gittikçe incilir ve sonunda fistüller oluşur. Fistülün ağzı mor-kırmızı renktedir. İçinden kazeum akar. Aylarca sonra fistüller nedbeleşir.

Tüberküloz adenitin yumuşaması ve fistülleşmesi kural değildir. Lenf bezleri fibrozise uğrayabilir ve içlerine kalsiyum tabakası oturabilir.

Tanıda önce iyi bir anemnez alınmalıdır. Lenf düğümlerinin kalsifikasyonunun görüldüğü boyun yumuşak doku radyografileri hemen her zaman patognomiktir. Akciğer radyografisi çekilir ve PPD testi yapılır. Kesin tanı histolojik ve bakteriyolojik inceleme ile konulur. Histolojik olarak epiteloid histiosit ve Langerhans dev hücrelerinden oluşmuş tüberküller ve kazeifikasyon nekrozu karakteristiktir.

Ayrıncı tanı özgül olmayan lenfadenit, brankial kist, Hodgkin ve non-Hodgkin lenfoma, metastatik karsinoma ile yapılmalıdır.

Tedavi bir göğüs hastalıkları uzmanı işbirliğinde

antitüberküloz tedavidir. Genellikle isoniazid, rifampisin ve etambutoldan oluşan üçlü kombinasyondan faydalanılır. Ancak bazı atipik mikobakterilerin sebep olduğu lenfadenopatilerin tedaviye kesin cevap vermediği durumlarda lenf bezinin cerrahi olarak çıkartılması gerekebilir.

Brusellozis (Malta Humması): Ülkemizde özellikle Doğu ve Güneydoğu Anadolu bölgesinde hala sık karşılaşılan bir sağlık sorunudur. Ondülan ateş görülür. İnsanda etken en sık *Brucella melitensis*'dir. Koyun ve keçi sütü ve süt ürünlerinin yenmesiyle bulaşır. Ateşe rağmen genel durum çok bozulmaz. Baş ağrısı, eklem ve karın ağrıları karakteristiktir. Splenomegali yanında lenfadenopati (özellikle servikal) bulunabilir. Tanı bir aglutinasyon testi olan Wright testinin uygulanmasıyla serolojik olarak konur. Tedavide streptomisin 21 gün süreyle kullanılır. Rifampisin tedavide eklenebilir.

Sifiliz: Primer şankırlar dudaklar, ağız, tonsiller ya da fasiyal bölgede ise, primer odak oluşumunu takiben 1-2 hafta içinde bölgesel bir lenfadenopati meydana gelir. Sifilizin II. dönemi nadiren lenfadenopatiye neden olur. Tedavide penisilin kullanılır.

Sarkoidoz: Sarkoidoz lenfadenopatisi olan olguların %65-75'inde mediastinal ve supraklaviküler düğümleri tutar. Burun ve sinüslerin, farinks, larinks, trakea, ağız ve özefagusun muköz membranlarında soluk kırmızı granüler bölgeler mevcuttur. Etiyolojisi bilinmeyen hastalığın retikülohistiosit sistemine karşı oluşan bir granulomatöz epitelioid hücre reaksiyonu olduğu sanılmaktadır.

Tanıda radyografide milliyer tüberküloza benzeyen bölgeler ya da bilateral hiler lenfadenopati görülür. Vakaların %80'inde Kveim testi pozitif sonuç verirken, tüberkülin testi negatif veya zayıf bir pozitiflik gösterir.

Ayrıncı tanıda tüberkülozdan ayırmak güç olabilir. Şüphe edilen bir lenf düğümünün cerrahi çıkarım sonucu histolojik incelemesi yapılmalıdır. Tedavide dahiliye uzmanının gözetiminde steroidler verilebilir.

Aktinomikoz: Apse ve fistül oluşumu ile karakterize kronik bir mantar enfeksiyonudur. *Actinomyces israeli* etken mikroorganizmadır. Üç klinik formda görülebilir.

1. Serviko-fasiyal aktinomikoz,

2. Abdominal aktinomikoz,

3. Torasik aktinomikoz.

Serviko-fasiyal aktinomikoz vakaların yarısından çoğunu oluşturur. Ağız bölgesinden kaynaklanan enfeksiyon sonucu granülomlar, mandibula ve maksillada şişme oluşturur. Daha sonra oluşan püy fistülize olarak dışarı akar.

Tanı fistüllerden gelen püy materyalinin lam ve lamel arasında ezilerek hazırlanan preparatlarında, sarı sülfür granülleri görülmesi ve gram boyama ile tipik morfolojinin saptanmasıyla konulur.

Tedavide penisilin kullanılabilir. Süt çocuğunda günde 2 milyon ünite büyük çocukta 20 milyon ünite kadar verilebilir.

Bunların dışında spesifik lenfadenit oluşturan hastalıklardan kedi tırnağı, tularemi toksoplazmoz sayılabilir.

Viral lenfadenitler: Servikal lenfadenopati yapan kızamıkçığın kuluçka dönemi 14-19 gündür. Döküntülü bir hastalıktır. Döküntüler yüzden başlar, gövdeye yayılır. Retroauriküler ve suboksipital ağrılı lenfadenopatiler tipiktir. Döküntüler 2 günde geçse de ağrılı adenomegali 8-10 gün sürer. Tedavi semptomatiktir.

Enfeksiyöz mononükleoz (EMN): genellikle çocuklarda ve 15-25 yaş arasında erişkinlerde görülen akut ve selim gidişli bir enfeksiyondur. Etken Epstein-Barr virüsüdür. Birkaç günlük bir prodrom döneminden sonra ateş, boğaz ağrısı ve servikal lenfadenopatiden oluşan, hastalığın en sık görülen triadı ortaya çıkar. Eksüdatif bir tonsillit söz konusudur. Servikal lenfadenopati yanında yaygın yüzeyel lenfadenopati görülür. Dalak rüptürü hastalığın nadir öldürücü komplikasyonlarındandır. Hastalığın ilk haftasında lökosit sayısı normal ya da düşük durumunda iken 2. haftada lökositoz görülür. Periferik yaymada atipik lenfositoz görülmesi patognomiktir. Kesin tanı serolojik testler (Paul-Bunnell testi) ile konur. Tedavi semptomatiktir. Bunların dışında akut viral hepatit olgularında %10-20 servikal lenfadenopati görülebilir.

2. Derin Boyun Enfeksiyonu

Servikal boşlukların iltihaplanması genellikle sekonder olaylardır. Primer veya sekonder özgül olmayan

lenfadenitlerin nekroz ve pürülan karakter kazanması sonucu çevreye yayılmasıyla en sık gelişir. Ayrıca trakea ve özefagus gibi iç organlardan enfeksiyonun yayılmasıyla gelişebilir.

Enfeksiyon etkenleri sıklıkla

1. Stafilokokus aureus,
2. Streptokokus piyogenes,
3. Peptostreptokokus,
4. Bakterriodes melaninogenikus,
5. Fusobakterium'un bulunduğu mikst bir floradır.

Fasyal boşluklardaki enfeksiyonun yeri klinik tabloyu belirler. Genellikle parafaringeal ve submandibuler boşluklar etkilenir. Apse her zaman palpe edilmeyebilir. Bu durumda boyun yumuşak doku fonksiyonlarında tutulan bölgeye göre aksamalar görülür. Trismus, yutkunma sırasında ağrı ve kas tutulmasıyla birlikte şişliğin neden olduğu ağrı mevcuttur. Kan tablosunda lökositoz ve periferik yaymada sola kayma gibi tipik enfeksiyon belirtileri bulunur. Titreme, solunum tıkanıklığı ya da mediastinit, tromboflebit veya başlangıç safhasındaki bir septiseminin işaretidir.

Etiyolojik neden servikal lenf bezlerinin primer ve sekonder iltihaplanması, saçlı deride bir yumuşak doku enfeksiyonu, pürülan tiroidit, enfekte brankiyal kistler ya da akut ve kronik mastoidit sonucu gelişen Bezold apsisi olabilir.

Tanı anamnez, iyi bir fizik muayene, kan tablosunun incelenmesi, periferik yayma ve mikrobiyolojik tetkiklerle konur.

Tedavide ciddi olgularda kültür ve duyarlılık testlerinin sonuçları beklenmeden geniş spektrumlu parenteral antibiyotikler verilmektedir. Apsenin lokalizasyonu tespit edilir edilmez cerrahi drenaj mutlaka yapılmalıdır. Aksi takdirde enfeksiyon çevresindeki yumuşak dokulara, ven, arter ve sinir gibi hayati organlara yayılabilir. Bu durumda özellikle erken çocukluk döneminde fetal seyredebilir. Destekleyici tedavi ihmal edilmemelidir.

KONJENİTAL BOYUN KİTLELERİ

Konjenital boyun kitle ve malformasyonları, çocuklarda görülen boyun kitleleri arasında özgül olmayan servikal lenfadenitlerden sonra en sık

görülen kitlelerdir. Bunlar genellikle geliştikleri kas, deri, damar, lenf vb. gibi dokuların karakteristik özelliklerini gösterirler. Çoğunlukla ağrısız, hassas olmayan ve yavaş büyüyen kitleler şeklinde karşımıza çıkarlar. Doğum anında mevcut olabildikleri gibi daha sonraki yaşlarda da ortaya çıkabilirler.

Bu başlıklar altında;

1. Tiroglossal kist,
2. Kistik higroma (kapiller lenfanjiom),
3. Brankial kistler,
4. Laringosel,
5. Teratom,
6. Tortikollis incelenmektedir.

1. Tiroglossal Kist ve Fistül

Tiroglossal kist ve fistüller embriyonal dönemde mevcut olan tiroglossal kanaldan köken alırlar ve tüm konjenital boyun anomalilerinin %70'ini oluştururlar. Tiroid bezi, fetal hayatta, normal yerini almak üzere foremen cecum'dan aşağıya ve öne doğru ilerler ve hyoid kemik korpusundan geçerek normal yerine iner. Tiroglossal kanal bu yolun tamamında veya bir kısmında açık kalabilir.

Bu kitlelerin tipik özelliği boyun orta hattında yer alması ve ağız açık iken dil hareketleri ile yukarı aşağı yer değiştirmesidir. Bazen tiroid normal yerine erişmeden, çoğunlukla dil kökü veya boyunda aberran tiroid olarak da yerleşebilir. Bu durumun tiroglossal kistten ayırt edilmesi için mutlaka her hastada tiroid fonksiyonları ve tiroid yapısı detaylı olarak incelenmelidir. Hastadaki tek tiroid dokusunun bu olabileceği unutulmamalıdır.

Hasta boğazında yuvarlak bir şey varmış gibi hisseder ve kozmetik görünümünden şikayetçidir. Cilt fistülü olmuşsa hemen daima enfeksiyon vardır. Tiroglossal kist ve fistüller sternum üst kenarı ile dil kökü arasında herhangi bir yerde olabilir ve en sık boyun orta hattında görülürler. Başlıca görüldüğü yerler şöyle sıralanabilir:

1. Dil kökü, intralingual,
2. Suprahiyoid,
3. İnfrahioid,

4. Pretiroid,

5. Pretrakeal.

En sık infrahiyoid (%80) görülür. Genellikle 20 yaş altında ortaya çıkar, fakat çoğunlukla 5 yaşın altında tespit edilir.

Ayrıntı tanıda aberran tiroid, ektojik tiroid dokusu, dermoid kist, lipom, tiroidde nodül, servikal lenfadenopati, hemanjiom ve ranulayı düşünmek gerekir.

Tedavide kistin veya fistülün tamamının kanal artığıyla birlikte, hiyoid korpusunu da içine alacak şekilde dil köküne kadar takip edilerek total olarak çıkartılması gerekmektedir. Tekrarlamaması için hiyoid korpusunun alınması önemlidir. Çünkü kemik epitelyal artıklar içerir. Dikkatli hemostaz çocuklarda önemlidir. Postoperatif hematoma oluşumu laringeal obstrüksiyon ve nefes alamama sonucu boğulmaya yol açabilir.

2. Kistik Higroma (Kapiller Lenfanjiom)

Çocuklarda görülen, tek taraflı veya iki taraflı, ağrısız konjenital lezyonlardır. Boynun yan tarafında çoğunlukla supraklaviküler bölgede veya posterior üçgende (%80) görülürler. Büyük kitleler oluştururlar. Benign karakterlerine karşın, yeni kanallar oluşturarak genişleme eğilimindedirler ve bu yolla brakial pleksus ve boyundaki hayati damarlara infiltrasyon olabilirler. Saydam lenf sıvısıyla dolu lenf kanallarından oluşmuşlardır. Kist genellikle ağız tabanından mediastene kadar tüm dokuları tutabilir.

Bazı higromalar kavernoöz hemanjiom bölgeleri içerirler ve hemolenfanjiom olarak adlandırılırlar. 1 yaşına kadar %60'ı, 2 yaşına kadar da %90'ı tespit edilir. Kistin içi endotelial hücrelerle kaplıdır ve bazen kist içine hemoraji olabilir. Boyundaki kitle çok büyürse çevre organlardaki değişikliklere bağlı olarak stridor, siyanoz ve yutma güçlüğü oluşturabilir. Büyüklüklerine bağlı olarak doğum sırasında bile güçlükle çıkabilirler. Tortikolise yol açabilirler. Kistik higroma yenidoğanlarda ve çocuklarda hemanjiomlardan sonra en sık rastlanılan parotis bezi tümörüdür. Radyografik olarak kalsifiye olmayan değişik büyüklükte boyun kitleleri olarak görülürler. Enfekte olabileceği akılda tutulmalıdır.

Ayrıntı tanı hemanjiom, brankial kist ve dermoid kist ile yapılmalıdır.

Kistik higromada cerrahi tedavi endikasyonları şöyle sıralanabilir:

1. Regresyon göstermemesi,
2. Büyük boyutlara ulaşması,
3. Ağrı,
4. Enfeksiyon,
5. Hava yoluna stres oluşturmamasıdır.

Tedavide kistin total olarak çıkartılması gerekir. Ancak bu her zaman mümkün olmayabilir ve aşamalı cerrahi girişim gerekebilir. Solunum sıkıntısı oluşması durumunda kist içeriğinin aspire edilmesi hayat kurtarıcı bir girişim olabilir.

3. Brankial Kistler

Embriyonel hayatın 3. ve 4. haftasında ön barsağın lateral bölümünde 5 endodermal farengeal cep gelişir. Embriyonun eksternal yüzeyinde ise bu cep-lerin karşısına gelecek şekilde 4 ektodermal brankial yarı oluşur. Bu eksternal ve internal yarı-klar arasında 5 mezodermal brankial ark meydana gelir. Herbiri bir kırıldak taslak ve bu brankial arka ait bir brankial ark arteri, siniri ve kas yapısı içerir.

Altıncı haftada ikinci ark, üçüncü ve dördüncü ark- lar üzerinde ilerler ve komşu perikardial şişliğin içinde kaybolur. Böylelikle ortadan kalkan ikinci, üçüncü ve dördüncü brankial yarılarla birlikte dördüncü ve beşinci farengeal cepler de ortadan kalkar ve paratiroid ve timus gibi brankial organlar oluşur. Daha sonra servikal sinüs tamamen ortadan kalkar. Brankial servikal fistüller, sinüsün eksternal ağzının kaybolmamasına bağlı olarak gelişir.

Servikal sinüs ortadan kalkmaz; ama eksternal ağız kapanır ise brankial servikal kistler ortaya çıkar.

Etken genetik ya da hamilelik sırasındaki eksternal toksik faktörlerdir. Hipoksemi, alkol, sigara, aspirin, üretan, talidomit, kurşun, civa, metabolik düzensizlikler, radyasyon bu faktörlerin başlıcalarıdır.

Brankial yarı kistleri birinci, ikinci, üçüncü, dördüncü ve beşinci olarak sınıflandırılır. İkinci brankial kist ve fistülü en sık görülenidir.

a) Birinci brankial ark kisti

Brankial kistlerin %80'ini oluşturur. Dış kulak yolu duplikasyonu şeklindedir.

Tip I: Bu lezyonlar preaurikular bölge yerleşimlidir. Brankial kist, sinüs ve fistül olarak görülebilir. Sinüs traktı dış kulak yoluna açılabilir. Trakt dış kulak yoluna paralel seyretme eğilimindedirler. Fasiyal sinir lateralinde seyrederek.

Tip II: Bu tip brankial kistler mandibula angulusunun hemen posterior veya inferiorundadırlar. Parotis bezi ile sıkı ilişki gösterirler. Bu lezyonların cerrahi total eksizyonu için fasiyal sinir ana trunkusu bulunmalı ve süperfişiyal parotidektomi yapmak çoğu zaman gerekmektedir.

b) İkinci brankiyal ark kisti

İkinci brankiyal ark kistleri brankiyal anomalilerin en önemli ve en sık görülenidir. Kist veya fistül ağız sternokleidomastoid kasın anterior kenarı boyunca karotid üçgeninde bulunur. Epitelin traktı, kommon karotid arter, IX. kranial sinir ve XII. kranial sinir lateralinden geçerek süperiora doğru ilerler.

Fistül traktı içte tonsiller fossa bölgesine açılabilir veya orta konstriktör adalede kapalı uç olarak sonlanabilir.

c) Üçüncü brankial ark kistleri

Sternokleidomastoid adale ön kenarı boyunca görülen nadir kistlerdir. Fakat fistül ve sinüs traktı farklı yol izler. Sinüs traktı kommon karotid arter lateralinden yukarı çıkar internal karotid arterin posterior ve IX. kranial sinir inferiorundan geçer. Mediale doğru seyrederek thyro-hyoid membranı lateralinden delerek priform sinüse açılırlar.

d) Dördüncü ve beşinci brankial ark kistleri

Yakın zamanda tanımlanmışlardır. Dördüncü brankial yarı fistül ağız priform sinüs apeksine açılmaktadır. Cerrahi eksizyon sırasında mediastenle bağlantılı olabileceği akılda tutulmalıdır. Nadiren de beşinci brankial ark sisteminden mediastinal ya da epipleural brankial kistler gelişebilir.

Ağrısız, düzgün yüzeyle, yuvarlak, hassas olmayan ve yavaş büyüyen kitleler şeklindedirler. En sık 20-30 yaşlarında görülürler. Enfekte olmadıkça yıllarca gizli kalabilirler. Bazen zaman zaman açılıp kapanan fistül olarak karşımıza çıkabilirler. Kistin içi skuamöz epitel ile örtülüdür, fakat cilde ait kıl ve ter bezleri

yoktur. Epitelin hemen altında lenfoid doku bulunur ve bu tanıda yardımcıdır. Enfekte olursa, açıldığında bol pürülan materyal gelir. Şüpheli olgularda kist aspire edilebilir. Bu durumda yeşilimsi-sarı ipliksi bir sekresyon gelir. Brankial kistler periyodik olarak büyüyüp küçülebilirler.

Brankial kistler %2-3 oranında bilateral olabilirler. Malign dejenerasyon çok nadir görülmekle birlikte olabilir.

Tedavide esas, kistle beraber sinüs veya fistül traktının tamamen çıkarılmasıdır.

4. Laringosel

Laringosel ventrikülden kaynaklanan, içi hava ve sıvı dolu kesedir. İnternal, eksternal ve kombine olmak üzere 3 tipi vardır. İnternal tip, ventrikül ve ariepiglottik kıvrım içinde yer alır. En yaygın tip olan eksternal tip ise ventrikülden kaynaklanıp, tirohyoid membrandan cilt altına doğru prolabe olan ve boyunda şişlik olarak beliren bir kisttir.

Her iki formun kombinasyonu ve bilateral laringosel nadirdir. Dispne ve disfoni mevcuttur.

Boyunda larinks ön-yan tarafında bir şişlik görülür ve şişliğin ağlama esnasında büyüdüğü dikkat çeker. Parmakla üzerine basınca şişlik iner. Zamanla şişliğin içi sekresyonla dolar ve enfekte olabilir.

Tanı laringoskopi, palpasyon ve tomografi ile yapılır.

Ciddi bir dispne yoksa tedavi gerekmez. Gerekirse kese ekspoze edilip eksternal yaklaşımla çıkartılabilir. Küçük internal laringoseller endoskopik olarak da çıkartılabilirler.

5. Teratom ve Dermoid Kistler

Teratom ve dermoid kistler gelişimsel anomalilerdir ve her 3 germ yaprağını da içerirler. 1/4000 doğumda rapor edilmektedir. Doğumda, boyunda bir kitle şeklindedir ve 1 yaşından sonra görülmesi nadirdir. En sık sakrokoksijial, mediastinal, retroperitoneal ve gonadal bölgelerdedir. Baş-boyunda orbital bölge, burun, nazofarenks oral kavite ve boyun bulunabildiği bölgelerdir.

4 grupta incelenebilir.

a) Dermoid kist:

Teratomların en sık formudur. Ektoderm ve mezoderm yapıları içerirler. Kıl folikülleri, yağ ve ter bezleri içerirler. Orta hatta bulunurlar.

b) Teratoid kist:

Her üç yaprağa ait yapılar bulunur. Hücreler siliyalı respiratuvar hücreler gibi daha diferansiye olmuş hücrelerdir.

c) Teratom:

Her üç germ yaprağından yapılar bulunur. Daha diferansiye olmuş yapı ve organlar içerirler.

d) Epignat:

Daha yüksek diferansiye olmuş yapılar vardır.

Teratomlar boyunda sıklıkla submental bölgede hiyoid üzerinde bulunurlar. Ağrısız kitle şeklinde görülürler. Polihidroamniyoz %18 vakada rapor edilmiştir. Hastalarda stridor, siyanoz ve apne olabilir. Özefagusa bası sonucu disfaji gelişebilir. Radyolojik tetkikler ve ultrasonografi tanıda yardımcıdır.

Ayırıcı tanıda kistik higroma, brankial kist, hemanjiom, tiroglossal kist, laringosel ve tiroid patolojilerini düşünmek gerekir.

Tedavi komplet cerrahi eksizyonudur. Nüks ile sonuçlanabilir.

Boyun malign teratomları nadirdir. Erişkinlerde görülebilir. Bununla beraber infant malign teratomları rapor edilmiştir. Tedavide cerrahi ve radyoterapi kombine kullanılır.

6. Timik Kist

Timusun kistik lezyonları enderdir. Servikal timik kistlere o kadar ender rastlanır ki, tüm İngilizce literatürde sadece 31 olgu bildirilmiştir. Tedavi cerrahi eksizyonudur.

7. Tortikolis

Yenidoğan döneminde görülen kitle karıştırılan, boyun lateralinde yer alan kitlelerdir. İntrauterin veya doğumda meydana gelen sternokleidomastoid kas injurileri çoğu zaman etkindir. Doğumdan hemen sonraki günlerde yapılan muayenede sternokleidomastoid kasın ortasında ~1.3 cm çapında sert kitle olarak palpe edilir. Genellikle ilk bir ay içinde görünür hale gelir. Baş ve boyun hasta tarafa eğilmiş ve çene sağlam tarafa dönüktür. Hemen her zaman unilateraldir. Bu oluşum daha sonra kendiliğinden geriler. Kendiliğinden iyileşmeye terk edilmesi tortikolisle sonuçlanır.

Klavikula kırıkları ve servikal vertebra spin injürileri diğer tortikolis oluşturan nedenlerdir.

Tedavide erken dönemde fizik tedavi yöntemleri uygulanmalıdır. Tedavi edilmez ise yüzde gelişimsel asimetriye sebep olurlar. Konjenital müsküler tortikolis gerileme göstermediği takdirde en geç 2 yaşına kadar cerrahi olarak tedavi edilmelidir.

PEDİATRİK TÜMORAL BOYUN KİTLELERİ**1. Benign Tümöral Kitleler****a) Hemanjiom**

Hemanjiom, normal ve anormal görünümdeki kan damarları sayısının artmasıyla ortaya çıkan benign, reaktif olmayan gelişimler olarak tarif edilebilir. Klinik davranışına, vasküler proliferasyona ve arteriovenöz fistülün mevcudiyetine göre aktif ve inaktif olarak gruplandırılabilir. Hemanjiomlar infant çağında en sık görülen tümörlerdir. İnsidansı 54/100.000, erkek/kadın oranı 1/3'dür. Lezyonlar %80 tek, %20 çokludur. Deride olduğu gibi mukozal yüzeylerde de yerleşebilirler. En sık saçlı deri boyun ve yüzde yer alırlar. Hemanjiomların %70-90'ı hayatın 1. ve 4. haftası arasında belirirler.

Hemanjiomların %63'ü kutanöz, %15'i subkutanöz ve %22'si miks tiptir. Hemanjiomlar patolojik olarak

a) Kapiller hemanjiomlar,

b) Kavernöz hemanjiomlar,

c) Miks hemanjiomlar olarak sınıflandırılırlar.

Çocukluk çağı hemanjiomlarının %80-90'ı involüsyona uğrar. Ancak %10-20'si tedaviye ihtiyaç gösterir.

Doğum işareti olarak tanımlanan kapiller hemanjiomlar dermiste yer alır. Çilek şeklinde subkutan bir kitle olarak görülen nevüs hemanjiyomu hipertrofik tipte kapiller bir hemanjiomdur. Bu tip önce yavaş

yavaş sonra hızlı büyür ve onuncu aydan itibaren kaybolma özelliği gösterir. Buna karşılık kavernöz hemanjiomlar daha geniş olup kapiller hemanjiomlara göre daha derin dokuları işgal ederler. Spontan gerileme bunlarda daha azdır. Arteriovenöz hemanjiomlar sıklıkla arteriovenöz malformasyonlar olarak tanımlanırlar. Taşıdıkları kavernöz hemanjiom özelliklerine ilaveten venlerin intimalarında kalınlaşma görülür. Histopatolojik bulguları tanıda çok karakteristiktir. İntramüsküler hemanjiomlar arasında en sık kapiller hemanjiomlar görülür. Kavernöz intramüsküler hemanjiomlar 2. sırada yer alır. %5 oranında nüks gösterirler.

Bilgisayarlı tomografi, ultrasonografi ve anjiyografi tanıda önemlidir.

Tedavide;

- Cerrahi
- Kortikosteroid
- Radyoterapi
- Sklerozon ajanlar
- Diatermi
- Elektrokoriyasyon
- Kriyocerrahi
- Lazer
- İnterferon kullanılır.

Radyoterapi, elektrokoriyasyon, diatermi terkedilen tedavi seçenekleridir.

Cerrahi tedavi endikasyonları:

1. Aşırı büyüyen kitle,
2. Trombositopeni ve büyük lenfanjiom,
3. Luminal yapıların obstrüksiyonu,
4. Kontrol edilemeyen ülserasyon, hemoraji, enfeksiyon.
5. Atipik büyüme, teşhiste şüphe,
6. Kardiyo pulmoner dekompanzasyon,
7. Küçük lezyonlardır.

b) Nörojenik Tümörler

Nörojenik tümörler nispeten boyunda daha sık

görlür. Otonom sinir sistemi ya da periferik sinir demetlerinden köken alırlar. Nörofibromlar ve schwannomaların %25'ine baş ve boyunda rastlanır.

Schwannomalar: Tipik olarak tek soliter lezyon şeklindedir. Nadiren Von-Recklinghausen hastalığı ile beraberdir. En sık başlangıç bölgesi vagus siniridir ve bu lezyonlar parafaringeal schwannomalar adını alır. Schwannomaların palpasyonunda genellikle oldukça şiddetli ağrı olur. Büyüdükleri zaman boyutları birkaç milimetreden 20 cm'ye kadar değişebilir. Bunlar vagus sinirinden köken aldığı takdirde sadece yatay düzlemde hareket edebilen soliter tümörlerdir. Yavaş büyürler ve nadiren nörolojik defektlere yol açarlar. Patolojik incelemede Antoni A ve Antoni B alanlarının görülmeleri tanı koydurucudur. Malign değişim nadirdir. Tanı operasyon ile alınan kitlenin histolojik incelemesi ile konur.

Nörofibromlar: Nörofibromlar çoğunlukla çokludur ve sinir lifleri tümör tarafından tutulmuştur. Bu yüzden kitle çıkarımı sırasında siniri feda etmek gerekir. Kistik ve dejeneratif değişiklikler nadirdir. Histolojik olarak spindl hücre paterni görülür. Sessiz kalabilirler. Von Recklinghausen hastalığı ile birlikte çok sayıda nörofibromlar bulunur. Bu hastalarda %6-16 arasında değişim gösterilmiştir.

Von-Recklinghausen hastalığı: Otozomal dominant geçiş gösteren bir hastalıktır. Doğumda insidansı 1/3000'dir. Pozitif aile hikayesi spontan mutasyondan dolayı %50 hastada olmayabilir. Kafeola lekeleri ve nörofibromatozis mevcuttur. 1.5 cm'nin üzerinde 5 veya daha fazla leke görülmesi tanı koydurucudur.

Hastaların 2/3'ünde ilk 1 yaş içinde fiziksel bulgular görünür hale gelir. Hastalıkta glioma ve spina bifida gibi diğer nörolojik gelişim anomalileri görülebilir. Ayrıca özellikle erişkinlerde oluşan akustik nörinoma insidansında da artma gösterilmiştir.

Paragangliomalar: Otonom sinir sistemi hücreleri olan paraganglionik hücrelerden gelişen tümörler nöroektodermal kökenli hücrelerdir. Paragangliomalar juguler fossa ve orta kulaktan kaynaklanabilir. Fakat en sık boyun ve parafaringeal boşlukta gelişirler. Kapsüllü pigmente soliter tümörlerdir.

Karotid paraganglioma: Karotid cisimcik (body) ana karotid arter bifurkasyonuna yakın yerleşimli bir

paragangliondur. Boyun lateralinde genellikle karotis üçgenine lokalize, ağrısız sert, yuvarlak yavaş gelişen belirgin bir şişlik olarak seyredir. Yavaş gelişir ve olguların %70'inde belirti vermez. Disfaji, globus hissi, ses kısıklığı ve öksürük gibi semptomlar basıya bağlı gelişebilir. Yapılan 64 hastalık bir çalışmada, olguların %94'ünde tek semptomun boyunda kitle olduğu bildirilmiştir. Çoğunlukla karotid arter bifurkasyonuna yerleşmiştir. Palpasyonla kitle horizontal yönde hareketli, vertikal yönde ise haraketsizdir. Hastaların yaklaşık %20'sinde Horner sendromu görülür. Baş hareketleri esnasında, olguların yaklaşık %2'sinde baş dönmesi, kulak çınlaması ve terleme atakları olur. %2-5 oranında bilateraldir.

Karotid body tümörü prekapiller arteriovenöz bağlantılardan meydana gelmiştir ve kemoreseptör non-kromafin paraganglioner hücreler içerir. Tümör eksternal ya da internal karotis arteri çevresinde gelişerek daralmalarına yol açabilir. Lateral faringeal duvar her zaman incelenmelidir, çünkü intakt mukoza altında pulsatif kitle tanınabilir.

Tanıda Dijital Subtraktion Anjiyografi (DSA) tedavi planının belirlenmesini sağladığından önemlidir. İnternal ve eksternal karotid arter bifurkasyonunda genişleme ve ileri derecede damarlanma gösteren kitle görünümü karotid body tümörü için tipiktir. Şiddetli kanama olasılığından dolayı iğne biopsisi ve açık biopsiden mutlak suretle kaçınılmalıdır.

Ayrırcı tanı anevrizmalar, brankial kistler, nörojenik servikal tümörler ve lenfomalar ile yapılmalıdır.

Tedavide cerrahi eksizyon yapılmalıdır. Tümör radyoterapiye dirençlidir. Cerrahi müdahale bu konuda tecrübeli hekimlerce yapılmalıdır. Ameliyat sırasında gelişebilecek durumlar için vasküler protez ve yeterli kan hazır bulundurulmalıdır. Mortalitesi olan bir operasyondur.

2. Pediatrik Malign Boyun Tümörleri

Çocuklarda primer malign tümörlerin %5'i baş-boyun bölgesinde görülür. Ayrıca pediatrik yaş grubundaki her dört maligniteden birinin baş-boyun bölgesiyle ilişkili olduğu bilinmektedir. Bu tümörlerin başında non-Hodgkin lenfoma, Hodgkin lenfoma, Burkitt lenfoma, rabdomiyosarkom, nöroblastom, nazofarenks ve tiroid karsinomları gelir.

Pediatrik yaş gurubunda malign lezyonlarda en sık görülen semptom boyunda asemptomatik kitlelerdir.

a) Hodgkin lenfoma

Hodgkin hastalığı bölgesel lenf bezlerinin genellikle tek taraflı ağrısız, progresif büyümesi ile karakterize malign bir hastalıktır. İki yaş altında çok seyrek, 9-12 yaşlar arasında en siktir. Erkek kız oranı 3/1'dir.

Hastalık kesin nedeni bilinmez. Düşük sosyo ekonomik düzey, kalabalık yaşam koşulları ve tonsillektomi ile hastalığın arttığını gösteren çalışmalar enfeksiyonun rolüne işaret etmekle birlikte herhangi bir etken saptanamamıştır.

Genel belirtileri tipik değildir. Yorgunluk ile kendini belli eder. Kilo kaybı, gece terlemeleri ve ateş prognoz ve tedavi açısından önem taşır.

Hastalık için özellik taşıyan en önemli histolojik bulgu Reed-Sternberg hücreleridir.

Histolojik sınıflama:

1. Lenfositten zengin
2. Karışık hücreli
3. Nodüler sklerozan
4. Lenfositten fakir tip olarak yapılı. Prognoz lenfositten zengin tipte en iyi, lenfositten fakir tipte en kötüdür.

Olguların büyük çoğunluğunda hastalık, servikal lenf bezlerinin tek taraflı ağrısız büyümesiyle başlar. Kaşıntı çocuklarda nadirdir. Sistemik belirtilerin bulunup bulunmamasına göre A ve B şeklinde sınıflandırma yapılır. Ateş, terleme ve %10 kilo kaybı olanlar B kategorisi, olmayanlar A kategorisi olarak değerlendirilir.

Kesin tanı iri lenf bezi biopsi materyalinin patolojik incelemesiyle konur. Tam kan sayımı, sedimentasyon, USG, tomografi yanında laparotomi evreleme için çoğu kez gerekir. Laparotomi sırasında splenektomi yapılır.

Tedavi pediatrik onkologların önerileri doğrultusunda yapılır. Agresif tedavi ile şifa sözkonusudur. Erken evrelerde radyoterapi 3-4 haftalık bir süre olarak programlanır. Kemoterapi geç evrede değer taşır. Çocuklarda prognoz erişkinle kıyasla çok daha iyidir.

Kan sedimantasyon hızının yüksek olarak seyretmesi kötü prognoz işaretidir.

b) Non-Hodgkin lenfoma (NHL)

Eskiden lenfosarkom, retikulum hücreli sarkom adlarıyla bilinen NHL, lenfositin proliferatif malign bir hastalıdır. Çocuklarda raslanan NHL diferansiye olmamış veya az diferansiye olmuş hücrelerden oluşur. Yaygın ve erken infiltrasyon gösterir, tedaviye yanıt iyi değildir ve mortalite yüksektir.

NHL çocuklarda Hodgkin hastalığına kıyasla 3-4 kez daha sık görülür. 5-15 yaşlar arasında en sıktır. Erkek kız oranı 4/1'dir. NHL nedeni bilinmeyen neoplastik bir süreçtir. B hücre sisteminden köken alır.

NHL histopatolojik sınıflandırması şöyle yapılır:

Diffüz lenfoblastik lenfoma %30-50

Diffüz farklılaşmamış lenfoma %20-40

Burkitt

Non-Burkitt

Diffüz histiositik lenfoma: Non-Hodgkin lenfomaların %15-20'sini oluşturur. Tümörün en sık başlangıç yeri karındır. Baş-boyun bölgesi de oldukça sık tutulur. Lenf bezleri sert ve ağrısızdır. NHL'de evreleme için laparotomi gerekli değildir, aksine tedavinin gecikmesine neden olarak morbiditeyi artırır.

Yapılması gereken, şüpheli lenf düğümlerinden veya nazofarenks, orofarenks, burun ya da sinüslerdeki ektranodüler odaktan en erken zamanda biyopsi almaktır.

Tedavi bir pediatrik onkolog işbirliğiyle radyoterapi ve kemoterapinin birlikte yürütülmesidir. Radyoterapi evre I ve II'de değerlidir.

Evre I ve II'de kombine tedavi ile 2 yıllık yaşam %80'dir. Hastalısız süre olarak 2 yılı tamamlamış çocuklarda hastalığın nüksü daha az görülür.

Burkitt lenfoma: NHL'nin bir varyantı olarak kabul edilir. Çocukta en sık çene tutulur. Endemik vakalarda Epstein Barr virüsü sorumlu tutulmaktadır. 2-16 yaşlar arasında görülür. 7 yaş civarında en sıktır

Tedavi kombine kemoterapi ile birlikte iri tümör kitlesine cerrahi girişim düşünülmelidir. En etkili ajan siklofosfamidir.

c) Nöroblastom

Nöroblastomlar çocuklarda en sık görülen malign solid tümörlerdir. Primer servikal nöroblastoma tüm nöroblastom olgularının %5'inden daha azdır. %90'ı 4 yaş altında görülür. Nöroblastom sempatik sinir sistemi hücrelerinden kaynaklanır. En sık batin yerleşimlidir.

Servikal sempatik zincirden kaynaklanan nöroblastom miyozis, pitozis ve enoftalmusla seyreden Horner sendromuna yol açabilir. Düz grafilerde tümörde kalsifikasyon görülmesi nöroblastomu düşündürmelidir.

İdrarda adrenalin ve noradrenalin metaboliti vanil mandelik asit (VMA) nöroblastomlu hastaların %90'ında artış gösterir. Kesin tanı biyopsi sonucu histolojik olarak konur.

Tedavide ana ilke kitlenin mümkün olduğunca çıkarılması, ardından radyoterapi ve kemoterapi uygulamasıdır. Yaşla beraber prognoz kötüleşir. Üç yıllık survival %23'dür.

d) Rabdomiyosarkom

Rabdomiyosarkoma infant ve çocuklarda baş-boyun bölgesinde görülen en sık yumuşak doku sarkomudur.

Rabdomiyosarkomun embriyonal, alveoler, pleomorfik ve botrioid tipleri vardır. Çocuklarda en sık embriyonal tipe rastlanır. Bu tümör çocuklarda en sık olarak 2-6 yaşlar arasında görülür. Erkek/kız oranı 1.5/1'dir. Vakaların %30-65'i baş-boyun bölgesindedir. Lokalizasyonuna göre yutma güçlüğü, ses kısıklığı, solunum güçlüğü, sinüzit, burun kanamaları gibi belirtiler ortaya çıkar.

Tedavinin düzenlenmesi ve prognoz için evreleme yapılır.

Evre I- Lokalize, tüm tümör dokusu çıkarılabilir, lenf bezi biyopsi bulguları negatif.

Evre II- Çıkarılabilen tümör kitlesi, ancak lenf bezi tutulumu pozitif

Evre III- Tam çıkarılmayan tümör

Evre IV- Uzak metastaz mevcut

Hastalar en sık evre III'de bulunurlar.

Tedavi protokolunun ana ilkesi cerrahi, radyoterapi ve kemoterapi kombinasyonudur. Orbital ve genital rabdomiyosarkomda prognoz daha iyidir.

KAYNAKLAR

1. Humar A, Chou S, Carpenter B. Fibromatosis in infancy and childhood: The spectrum. J Pediatr Surg, 1993;28;1446.
2. Burton DM, Pransky SM. Practical aspects of managing non-malignant lumps of the neck. J Otolaryngol, 1992;21;398.
3. Donegan JO. Congenital Neck masses. Otolaryngology-Head and Neck Surgery. Cummings (3rd ed) CV Mosby, Toronto, 1986, s.1597.
4. Anderson GJ, Tom LW, Womer RB et al. Rhabdomyosarcoma of the head and neck in children. Arch Otolaryngol Head Neck Surg, 1990;116;428.
5. Koç C, Akyol MU, Özdem C. Boyun kitleleri. Ankara Tıp Mecmuası, 1995;48;243.
6. Linda B. Needle Aspiration of Neck Abscesses in children. Clin Pediatr, 1992;71;76.
7. Özşahinoğlu C, Soylu L, Seçinti E. Boyun kitleleri, Pratik Pediatrik Otolaringoloji. Çukurova Üniversitesi Basımevi, 1993, s.159.
8. Robertson JS. Life-threatening hemangioma arising from the parotid gland. Otolaryngol Head Neck Surg, 1991;104;85.
9. Ünsal E, Arıkan O, Koç C et al. Boyun kitlelerinin yerleşimlerine göre incelenmesi. KBB İhtisas Dergisi, 2001;8;475.

Yayınlarımıza online ulaşabilmek için:

www.cty.com.tr

ÇİZGİ TIP YAYINEVİ

Alper Sok. No: 6/5 Çankaya/ANKARA, Tel: 0312 442 67 92, e-mail: info@cty.com.tr