



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

Ayşegül Sağır*, Ahmet Kemal Fırat*, Bayram Kahraman*, Zeynep Yezdan Fırat**,
Hakkı Muammer Karakaş*

* İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji AD, Malatya

** İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, KBB AD, Malatya

Amaç: Nadir izlenen Castleman hastalığının parotis tutulumunun sunulması.

Gereç ve yöntem: Castleman hastalığı olgusuna ultrasonografi, MRG ve BT tetkiki uygulandı.

Bulgular: Her iki supraklavikular, preaurikular, ön ve arka servikal zincirde çok sayıda lenfadenopati saptandı. Ayrıca her iki parotis glandı parankiminde de multiple lenfadenopati tespit edildi.

Tartışma: Castleman hastalığı boyun bölgesinde sık izlenen bir hastalık olup, atipik yerleşim göstermesi, malign kitelleri taklit edebilmesi nedeniyle ayırıcı tanısı her zaman kolay olmayabilir. Castleman hastalığının çok nadir bir lokalizasyonu olan parotis gland tutulumunun ultrasonografi, MRG ve BT görüntüleme bulguları tartışıldı.

Anahtar Kelimeler: Castleman hastalığı, Ultrasonografi, BT, MRG

Castleman's Disease with Parotid Involvement: US, Doppler US, CT, and MRI Findings

Purpose: To present parotid involvement of infrequent disease: Castleman's disease.

Materials and methods: Patient with Castleman's disease underwent US, Doppler US, CT, and MRI examinations.

Results: Multiple lymphadenopathy were noted in the bilateral supraauricular, preauricular, anterior and posterior cervical chain locations. Additionally there were also multiple lymphadenopathy in the bilateral parotid gland parenchyma.

Conclusion: The head and neck region is one of the frequent involvement site of Castleman's Disease. It may be presented with a considerable diagnostic difficulty due to its unusual localization and ability to mimic other neoplasm. The ultrasound, CT and MRI findings of an unusual case of Castleman's disease involving the parotid gland were presented and discussed.

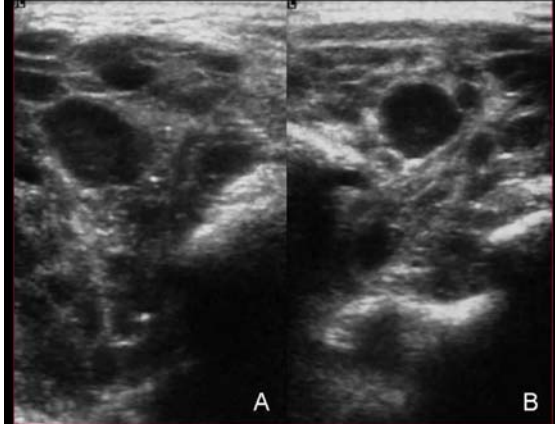
Key Words: Castleman's disease, Ultrasound, CT, MRI

Castleman hastalığı (CH) 1954 yılında Benjamin Castleman tarafından tanımlanmıştır.¹ CH sebebi net bilinmeyen lenfoproliferatif bir hastalık olup hipervasküler lenfoid hiperplazi ile karakterizedir. En sık mediastinal lenf nodu tutulumu gözlenirken daha az sıklıkta boyun, retroperiton ve aksiller bölge lenf nodları tutulumu olabilir.²⁻⁴ Bu çalışmada parotid bezi lenf nodlarından yapılan biopsi sonucu Castleman hastalığı ile uyumlu olan olgunun ultrasonografi, BT ve MRG bulgularını sunmayı amaçladık.

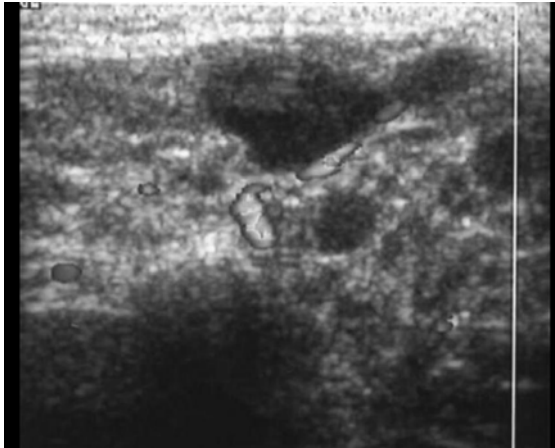
OLGU SUNUMU

Yaklaşık 1 yıldır boyunda şişlik şikayeti olan ve ara ara şişliğin büyüüp, küçüldüğünü ifade eden 67 yaşındaki bayan olguya yapılan boyun ultrasonografisinde (ATL HDI 3500, lineer 7- 4 MHz prob) her iki supraklavikular, preaurikular, ön ve arka servikal zincirde, en büyüğü yaklaşık 3,5 cm çapta izlenen, yer yer konglomerasyon gösteren çok sayıda, hipoekoik, solid lenfadenopatiler saptandı. Yine her iki parotid glandı parankiminde en büyüğü 1,2 cm çapta olan multiple lenfadenopati tespit edildi (Şekil 1). Renkli Doppler (ATL HDI 3500 lineer 7- 4 MHz prob) incelemede lenfadenopatilerin periferinde belirgin kanlanması mevcuttu (Şekil 2). Boyun BT (Philips Medical Systems, Secura, Best, Hollanda) tetkikinde her iki supraklavikular, preauriküler, ön ve arka servikal zincirde periferden hafif kontrastlanma gösteren hipodens düzgün sınırlı çok sayıda lenfadenopati izlendi. Her iki parotid gland parankiminde de benzer özellikte lenfadenopatiler saptandı (Şekil 3). Boyun MRG (Gyrosan Intera Master,

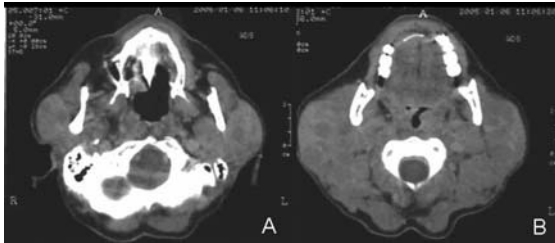
Resim 1. Sağ (A) ve sol (B) parotid bezleri. Ultrasonografide her iki bez parankiminde çok sayıda hipoeoik lenf adenopati dikkati çekmektedir.



Resim 2. Renkli doppler US tetkikinde parotid bezi içerisindeki castleman hastalığına ait lenf adenopatilerin periferik kanlanması izlenmektedir.



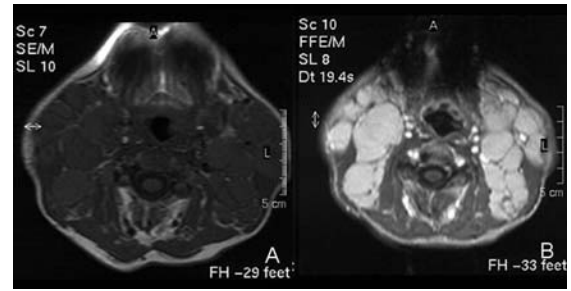
Resim 3. Her iki parotid bezi parankiminde (A), preaurikular, ön ve arka servikal zincirde (B) periferinde hafif kontrastlanma gösteren hipodens düzgün sınırlı çok sayıda lenfadenopati izlenmektedir.



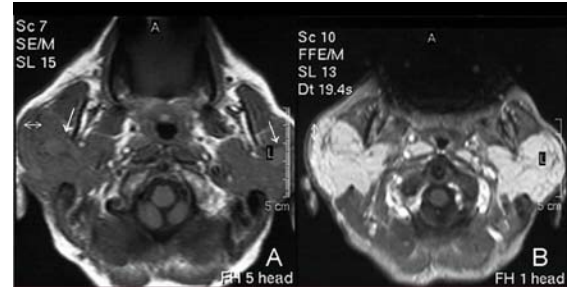
Philips, Best, Hollanda) 1.5 Tesla tarayıcı ile elde edildi. Pre ve post kontrast T1 ağırlıklı spin eko (SE) (TR/TE/NEX=410/10/2) ve T2 ağırlıklı SE (TR/TE/NEX=4851/120/1) sekanslarında her iki

supraklaviküler, preauriküler, ön ve arka servikal zincirde ve parotid glandlar içerisinde, postkontrast kontrastlanma gösteren çok sayıda lenfadenopati gözlemlendi (Şekil 4, 5, 6). Hastaya yapılan ince iğne aspirasyon biyopsisi sonucu lenfoid hiperplazi olarak rapor edildi. Tanı ve tedavi amacıyla, kitlelerden birinin eksizyonu planlandı. Hastanın toraks ve batin BT'lerinde ek kitleye rastlanmadı. Serum biyokimya değerleri, idrar tetkikleri, serum globulinleri normal sınırlardaydı. Bu olgunun juguler zincirden yapılan eksizyonel lenf nodu biyopsisi Castleman hastalığı (Hyalin vasküler tip) ile uyumlu olarak rapor edildi. Sistemik araştırmada vücudun diğer yerlerinde kitleye rastlanmadı. Hastanın nörolojik, endokrinolojik ve dermatolojik incelemeleri yapıldı ve sistemik tutulumu rastlanmadı. İntraglandüler ve ekstraglandüler lenf nodlarının histopatolojik incelemeleri hyalen vasküler tip CH tanısını doğruladı.

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



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

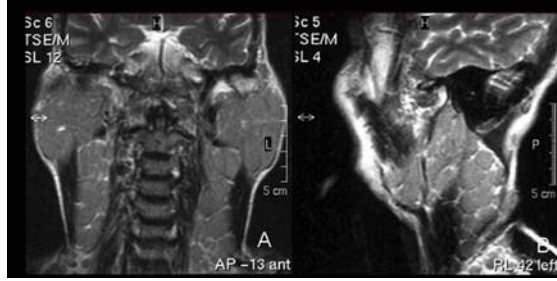


TARTIŞMA

Castleman hastalığı benign lenfoid doku hiperplazisidir. CH aynı zamanda anjiomatöz lenfoid hamartom, anjiofoliküler hiperplazi ve folliküler lenforetiküloma olarak da adlandırılır.⁵ Etiyolojisi bilinmemekle birlikte, hiperplazi veya hamartomatozisin kronik enflamasyona sekonder olduğu düşünülmektedir.^{2, 5, 6, 7} Hastalığın hyalin

vasküler ve plazma hücreli tipi olmak üzere iki histolojik alt grubu tanımlanmıştır.³ Olguların yaklaşık % 90'ı hiyalin vasküler tiptedir ve olguların yarısından fazlası 30 yaşın altındadır.⁷ Plazma hücreli tipi olguların %10 'undan daha azını oluşturur. CH vücudun lenfoid doku içeren herhangi bir yerinden kaynaklanabilir. Parotid bezlerinde intraparankimal lenf nodlarındaki tutulum nadir de olsa ilgili literatürde tanımlanmıştır.⁸ Ayırıcı tanıda lenfadenit, tüberküloz ve sarkoidoz gibi inflamatuvar hastalıklar, nörofibroma, Hodgkin ve non-Hodgkin hastalıkları gibi neoplaziler ve lenf nodu metastazları düşünülebilir.⁹

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



CH tanısı asıl olarak histo-patolojik incelemeyle konulur. Bu hastalık germinal merkez oluşumu ve endotelial hiperplazi ile oluşan kapiller proliferasyonla birlikte olan lenfoid follikül hiperplazisi şeklinde tanımlanır.^{10,11} Hastalığın lokalize ve multisentrik tipleri mevcuttur.¹² Yapılan çalışmalarda, CH'nin lokalize formunun görülme sıklığı %10-11 civarındadır.^{3,7} Bizim hastamızda parotisin intraglandüler lenf nodlarının da tutulduğu, boyunda multiple lenfadenopatilerin olduğu izlendi. Lokalize tutulumu olan hastalarda cerrahi tedavi hastalığın tedavisi için yeterlidir.

Metastatik lenf nodları boyut artışı ve santral nekroz alanları ile karakterizedir. Nekrotik alan 3mm'yi geçtiğinde BT'de izlenebilir hale gelir. MRG 'de ise santral nekroz alanın izlenmesi ya da T2 A kesitlerde heterojenite varlığı metastatik tutulumu düşündürür. Ancak stafilkoksik enfeksiyonlara sekonder lenf adenopatilerde de santral nekroz izlenir. Lenf nodlarında boyut artışının eşlik ettiği difüz yoğun kontrastlanma akut enfeksiyonu düşündürür. Lenf nodlarında difüz kontrastlanma Castleman hastalığını da içeren birçok farklı hastalıkta izlenebilir. Lenfoma tutulumunda lenf nodları genellikle homojen izlenir, ancak, nadirde olsa santral nekroz gözlenebilir. Tüberküloz tutulumunda ise farklı radyolojik özelliklerde, farklı düzeylerde kontrastlanma,

homojen ya da nekrotik görünüm, farklı dansite ve intensitede lenf adenopatiler izlenir. Lenfadenopatilerde kalsifikasyon tiroid papiller karsinomunu, kanama ise tiroid papiller karsinomunu ve metastatik hipernefromayı düşündürmelidir. Ancak nodal kalsifikasyon tüberkülozda, radyoterapi sonrası metastatik ya da lenfoma tutulumu olan lenf nodlarında, slikoziste, sarkoidozda sklerodermada, amiloidozda da izlenebilir. Sarkoidoz ve lenfoma servikal lenf nodlarını tutuktan sonra sıklıkla intraparotid lenf nodlarını da tutar.¹³

Radyolojik tetkiklerden sadece konvansiyonel BT veya sadece konvansiyonel MRG, Castleman hastalığının malign tümörlerden ayırıcı tanısında yetersiz kalabilir. Ancak US, Doppler US ve bu tetkikler hep birlikte değerlendirildiğinde hastalık hakkında yönlendirici bulgulara ulaşılabilir. Hastamızda US'de hipoekoik solid lenfadenopatiler saptanmış olup, Doppler US'de lenfadenopatilerin periferinde belirgin kanlanma izlendi. Hiyalinize vasküler tip CH'nda, intravenöz kontrast madde tutulumu sonrası BT'de tipik olarak homojen kontrastlanan kitleler izlenirken, lokalize kalsifiye alanlarda gözlenebilir.¹⁴ Bizim olgumuzda da postkontrast BT'de periferden hafif kontrastlanma gösteren hipodens düzgün sınırlı kitleler mevcuttu. Parotid gland parankiminde de benzer özellikte lenfadenopatiler saptandı. Lenf adenopatilerde kalsifiye alanlar mevcut değildi. İlgili literatürde CH'nin MRG bulgularının spesifik olmadığı bildirilmiştir.¹⁴ Lenf adenopatilerin, T1 ağırlıklı kesitlerde düşük, T2 ağırlıklı kesitlerde yüksek sinyal intensitesinde olduğu bilinmektedir (14). Bizim olgumuzda da MRG'de her iki supraklaviküler, preauriküler, ön ve arka servikal zincirde ve parotid glandlar içerisinde, postkontrast kontrastlanma gösteren çok sayıda lenfadenopati izlendi. Bu lenf adenopatiler T1 A' da hipo, T2 A' da ise hiperintensi. Bu bulgular; MRG, BT ve US' nin tek başına, klinikten bağımsız olarak, Castleman hastalığına ait lenf adenopatiler ile malign ya da benign lenf adenopatileri ayırd edemeyeceğini göstermektedir.

Parotid bezi lenf nodlarının tutulumu, CH'da nadir de olsa izlenen bir durumdur. Bu nedenle, parotid kitlelerinin ayırd edici tanısında CH' nında yeri olduğu unutulmamalıdır.

KAYNAKLAR

1. Castleman B, Towne VW, Case records of the Massachusetts General Hospital: Case No. 40231. N Engl J Med 1954; 250: 1001-005.
2. Shin JH, Lee HK, Kim SY et al. Castleman's disease in the retropharyngeal space: CT and MR imaging findings. AJNR 2000; 21:1337-339.
3. Poyanlı A, Genç FA, Sencer S, Yanar H, Kapran Y. Cervical Castleman's disease: Imaging findings. Eur Radiol 2000; 10: 1190-192.

Sağır ve ark

4. Maslovsky I, UrieV L, Lugassy G. The heterogeneity of Castleman's disease: Report of five cases and review of the literature. *Am J Med Sci* 2000; 320: 292-95.
5. Chaloupka JC, Castillo M, Hudgins P. Castleman disease in the neck: Atypical appearance. *AJR* 1990; 154: 1051-052.
6. Cuellar AS, Pedro M, Granizo RM et al. Castleman disease (giant lymph node hyperplasia) in maxillofacial region: A report of 3 cases. *J Oral Maxillofac Surg* 2001; 59: 228-31.
7. Koslin DB, Berland LL, Sekar BC. Cervical Castleman disease: CT study with angiographic correlation. *Radiology* 1986; 160: 213-14.
8. Kilty SJ, Yamine NV, Corsten MJ, Odell PF, Thomas J. Castleman's disease of the parotid. *J Otolaryngol* 2004; 33:396-400.
9. H Yldırım, M Cihangirođlu, H Özdemir, et al. Castleman's disease with isolated extensive cervical involvement. *Austr Radiol* 2005; 49:132-35.
10. Keller AR, Hochholzer L, Castleman B. Hyaline-vascular and plasma cell types of giant lymph node hyperplasia of mediastinum and other location. *Cancer* 1972; 29: 670-83.
11. Frizzera G, Banks PM, Massarelli G, Rosai J. A systemic lymphoproliferative disorder with morphologic features of Castleman's disease: pathological findings in 15 patients. *Am J Surg Pathol* 1983; 7: 211-31.
12. Herrada J, Cabanillas F, Rice L, Manning J, Pugh W. The clinical behavior of localized and multicentric Castleman's disease. *Ann Intern Med* 1998; 128: 657-62.
13. Som PM. Lymph nodes. In Som PM, Curtin HD ed. *Head and neck imaging*. 3rd ed. St. Lois: Mosby-Year Book Inc 1996;772-94.
14. Ota T, Mitsuyoshi A, Zaima M, Mizuno M, Morita R. Visualization of central stellate fibrosis in hyaline vascular type Castleman's disease. *British J Radiol* 1997; 70:1060-062.

Yazışma Adresi

Yrd.Doç.Dr.Ahmet Kemal Fırat
Radyoloji Anabilim Dalı,
44069 Malatya
Tel : 422 341 0660- 5704
Fax : 422 341 2108
E-Posta : ahmetfirat2@yahoo.com