

# Kikuchi-Fujimoto Hastalığı: Multiorgan Yetmezliği İle Seyir

## 31. BÖLÜM

Deniz KIZILAY<sup>1</sup>  
Gülay EREN<sup>2</sup>

### GİRİŞ

Histiositik nekrotizan lenfadenitis olarak da adlandırılan Kikuchi-Fujimoto hastalığı ilk kez 1972 yılında Japonya'da tanımlanmış, etiyojisi tam bilinmeyen, genellikle genç yaş Asya ırkında görülen, kendini sınırlayan nadir bir hastalıktır (1). En sık karşılaşılan semptomlar lenfadenomegali (sıklıkla servikal), ateş, yorgunluk, döküntü, artralji olmakla birlikte aseptik menenjit, serebellar ataksi, aseptik miyokardit, nefrotik sendrom, karaciğer nekrozu, hemofagositik sendrom, plevral effüzyon, interstisyel akciğer hastalığı, kriptojenik pnömoni, status epileptikus gibi ağır seyredabilen semptomları da bulunmaktadır (2,3). Her ne kadar sıklıkla kadınlarda görüldüğü bilgisi varsa da yeni çalışmalarda kadın:erkek oranının 1:1'e yakın olduğu fark edilmiştir. Bu hastalık, semptomlarının benzerliği nedeni ile yanlışlıkla sistemik lupus eritematozus (SLE), enfeksiyöz mononükleozus, kedi tırmığı hastalığı, toksoplazmozis veya lenfoma ile karıştırılabilir (3,4).

Hastalığın laboratuvar bulguları genellikle normal olmakla birlikte eritrosit sedimentasyon hızında yükselme, lökopeni veya lökositoz, anemi, trombositopeni, C-reaktif protein yüksekliği (CRP), laktat dehidrogenaz (LDH), alanin aminotransferaz (ALT) yüksekliği de görülebilmektedir. Yapılan lenf nodu biopsileri tanıya ışık tutabilir ve lenfoma tanısından uzaklaşılmasının sağlayabilir (5).

Literatürde multiorgan yetmezliği ile seyreden ve fatal sonuçlanan çok az sayıda vaka bulunmaktadır. Pansitopeni, ateş, solunum sıkıntısı, böbrek ve karaciğer yetmezliği, dissemine intravasküler koagülasyon (DİK) gelişimi ile seyreden ve fatal sonuçlanan 43 yaşındaki erkek olgumuzu takdim ediyoruz.

<sup>1</sup> Öğr. Gör. Dr., Başkent Üniversitesi İstanbul Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Hastanesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD., denizkizilay@yahoo.com

<sup>2</sup> Yakın Doğu Üniversitesi/Tıp Fakültesi /Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD.

gelişen DİK'e bağlı kanama zamanı değerleri uzamış ve pıhtılaşma faktör düzeyleri düşmüştür. Literatürde Kikuchi-Fujimoto hastalığına bağlı DİK gelişimi bir vakada görülmüş ve ölümcül seyretmiştir. DİK gelişiminin, interlökin-1, interlökin-6, tümör nekroz faktör  $\alpha$  gibi sitokinlerin masif deşarjına bağlı olabileceği varsayılmıştır (4).

Kikuchi-Fujimoto hastalığında intestinal akciğer tutulumu ve plevral efüzyon da sık karşılaşılan bir bulgu değildir (2). Vakamız solunum sıkıntısı geliştirmiş, çekilen toraks BT'de bronşiyal inflamasyon ve infiltrasyon alanları görülmüştür. Vakada bilateral plevral mayi oluşmuş ve drenaj amaçlı göğüs tüpü takılması gerekli olmuştur. Plevral mayiden gönderilen kültür sonuçları negatif kalmıştır.

Kikuchi-Fujimoto hastalığı, lenfoma, Hodgkin hastalığı, metastatik karsinoma gibi malign hastalıklar ile SLE gibi otoimmün hastalıklar ve toksoplazmozis, enfeksiyöz mononükleozus, kedi tırmığı, HIV gibi enfeksiyöz hastalıklar ile sıklıkla karışabilen bir seyirdedir. Kikuchi hastalığının tanısı patolojik olarak konulur. Lenf nodu biyopsisi sonucu duyarlılık yaklaşık %56 iken en çok karışma riski Hodgkin hastalığı ve SLE ile olur (3,10).

Hastalığın tedavisi glukokortikoid ve destek tedavisinden ibarettir. Antibiyotikler fayda etmezken antipiretikler ateşi düşürmekte faydalı olur. Dikkatli incelenen lenf nodu biopsileri tanıyı koyma da ve tedavinin başlamasında zaman kazandırır. Ancak hastalığın fatal seyredebileceği, renal, pulmoner ve karaciğer yetmezliğine yol açabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Hastalığın seyri sırasında gelişebilecek olan DİK sendromu da akılda tutulmalıdır.

## KAYNAKLAR

1. **Hoogstins HA, Kibbelaar RE, Ubels FL, Hemmeler MH, Hoogendoorn M.** *Expanding the clinical spectrum of self-limiting, rare Kikuchi disease: a case with overwhelming multi-organ involvement.* The Netherlands Journal of Medicine, 2017, 753: 112-116.
2. **Zamalloa AG, Gomez JT, Galan PB, Magdalena FM, Duenas LZ, Maiztegui Mu.** *Bilateral pleural effusion and interstitial lung disease as unusual manifestations of kikuchi-fujimoto disease: case report and literature review.* BMC Pulmonary Medicine , 2010, 10:54.
3. **da Silva AF, Focaccia R, de Oliveira AC, Sementilli A, Reis GFB.** *Kikuchi-Fujimoto disease: an unusual association with acute renal failure.* Brazilian Journal of Infectious Diseases, 2010, 14(6): 621-627.
4. **Uslu E, Gürbüz S, Erden A, Aykas F, Karagöz H, Karahan S, Karaman H, Çetinkaya A, Avcı D.** *Disseminated intravascular coagulopathy caused by Kikuchi-Fujimoto disease resulting in death: first case report in Turkey.* International Medical Case Reports Journal , 2014, 7:19-22.
5. **Pepe F, Disma S, Teodoro C, Pepe P, Magro G.** *Kikuchi-Fujimoto disease: a clinicopathologic update.* Pathologica , 2015, 107:120-129.
6. **Louis N, Hanley M, Davidson NM.** *Kikuchi-Fujimoto disease: a report of two cases and an overview.* Journal of laryngology & otology, 1994, 108:1001-1004.
7. **Imamura M, Ueno H, Matsuura A.** *An ultrastructural study of subacute necrotizing lymphadenitis.* The American journal of pathology, 1982, 107:292-299.

8. **Baha A, Köktürk N, Türктаş H, Akyürek N, Ekim N.** Kikuchi Fujimoto Hastalığı: bir olgu nede- niyle. *Respiratory Case Reports*, 2013, 2(3):89-94.
9. **Dumas G, Prendki V, Haroche J, Amoura Z, Cacoub P, Galicier L et al.** *Kikuchi-Fujimo- to Disease: Retrospective study of 91 cases and review of the literature.* 24:372-382, *Medicine*, 2014, 93.
10. **Köseoğlu RD, Güven M, Filiz NO.** Bir nekrotizan lenfadenitis nedeni; Kikuchi-Fujimoto has- talığı. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 2006, 59:182-185.
11. **Tsang WY, Chan JK, Ng CS.** *Kikuchi's lymphadenitis. A morphologic analysis of 75 cases with special reference to unusual features.* *The American journal of surgical pathology*, 1994, 18:219-231.
12. **Küçükardalı Y, Solmazgül E, Kunter E, Öncül O, Yıldırım S, Kaplan M.** *Kikuchi-fujimoto disease: analysis of 244 cases.* *Clinical Rheumatology*, 2007, 26:50-54.
13. **Bailey EM, Klein NC, Cunha BA.** *Kikuchi's disease with liver dysfunction presenting as fever unknown origin.* *Lancet* 1989, 2:989.