

BÖLÜM

82

LENFADENOPATİLER

Zeynep TÜZÜN¹

GİRİŞ

Hastalar vücutlarının çeşitli bölgelerinde şişlik fark ederek ve maligniteden endişe ederek doktora başvurur. Birinci basamakta görülen hastalarda genellikle iyi huylu bulaşıcı nedenlerin bir sonucudur. Çoğu hasta, dikkatli bir öykü ve fizik muayene temelinde teşhis ve tedavi edilebilir. Ancak lenfadenopati (LAP) geniş bir hastalık spektrumunda görülebildiğinden ayırıcı tanı ve tedavisinin yapılması önem arz eder. Çoğu zaman birinci basamakta LAP takip ve tedavisi yapılmakta olup, daha az sıklıkla multidisipliner yaklaşım gerektirebilir. Normal lenf nodlarının çapı genellikle 1 cm'den küçüktür. Vücutta periferik lenf nodları supraklavikular, deltapektoral, aksiller, epitroklear, inguinal ve popliteal bölgelerde bulunurlar. LAP'lar bir bölgede gelişebileceği gibi birden fazla bölgede de olabilir (sistemik LAP). Sıklıkla bölgesel enfeksiyonlar bölgesel LAP'a yol açsa da ilerleyen yaşla birlikte maligniteler de önemli bir nedendir. Lenfoma gibi maligniteler, AIDS (yetişkin immün yetmezlik sendromu) gibi enfeksiyonlar ve nadir görülen bazı hastalıklar sistemik LAP'a yol açar.

EPİDEMIYOLOJİ

Epidemiyoloji ile ilgili literatür azdır. Yalnızca bir çalışmada güvenilir popülasyona dayalı tahminler elde edilmiştir. Hollanda da yapılan bu çalışmada elde edilen bulgulara göre genel popülasyonda yıllık 0,6'lık açıklanamayan LAP insidansı saptanmıştır. Aile hekimlerine açıklanamayan LAP ile başvuran 2.556 hastanın 256'sı (yüzde 10) bir alt uzmana sevk edildi ve 82'sinde (yüzde 3,2) biyopsi gerekti, ancak sadece 29'unda (yüzde 1,1) malignite saptandı (1). Yapılan başka bir çalışmada hastaların aile hekimliğinden sevk edildiği bir merkezde bu merkeze başvuran hastalar arasında malignite oranı %17 bulunmuştur (2). Burada oranların çok farklı görünmesindeki en büyük etmen sevk edilmeyen veya biyopsi yapılmayan LAP'lı hastaların dışlanmasıdır (yaklaşık %97) Bu nedenle LAP'lı hastalarda malignite olasılığı olduğundan fazla tahmin edilmektedir. Birinci basamak sağlık hizmeti ortamlarında, açıklanamayan LAP'lı 40 yaş ve üstü hastalarda kanser riski yaklaşık %4'tür, buna karşın 40 yaşından küçük hastalarda %0,4 risk vardır.

¹ Uzm. Dr., Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları AD, zzeynepdursuntuzun@gmail.com

Açıklanamayan LAP ile aile hekimine başvuran hastalarda yapılan retrospektif bir çalışmada hastaların sadece %1,1'inin malign olduğu bulunmuştur (1). Hastaların aile hekimliğinden sevk edildiği başka bir merkezde malignite %17 bulunmuştur (2). Burada oranların çok farklı görünmesindeki en büyük etmen sevk edilmeyen veya biyopsi yapılmayan LAP'lı hastaların dışlanmasıdır. Sistemik LAP'ı olan hastalarda gene anamnez ve fizik muayeneye bağlı olarak herhangi bir tanıdan şüphelenilmezse tam kan sayımı, göğüs radyografisi ve HIV testi yapılmasında yarar vardır. Bunlar normal bulunursa tüberküloz ve sifiliz testleri, antinükleer antikor testi yapılabilir. Ancak bunlarda herhangi bir şüpheye yönelik yapılmadıkları için düşük verimlidir. Halen tanı konulamazsa en anormal lenf nodundan biyopsi alınması uygundur.

TEDAVİ

Etkene yönelik tedavi yapılır. Eğer açıklanamayan bir LAP ise 3- 4 hafta takip edilir. Kontrolde gerilememişse biyopsi yapıp etken belirlenir ve gene ona göre tedavi uygulanır. LAP'ta gerileme varsa etken araştırılmadan takipe devam edilebilir.

SONUÇ

Hastalar lenf düğümlerinin nedeni hakkında endişeli olarak başvururlar. LAP'ın bölgesel mi sistemik mi olduğu kontrol edilmeli etkene yönelik anamnez ve fizik muayeneden çıkarımlar elde edilmeye çalışılmalıdır. Gerekirse laboratuvar tetkikleri ve görüntüleme yöntemlerine başvurulmalıdır. Eğer biyopsi alınmasına gerek görülmez veya takip kararı verilip ertelenirse hekim hastaya beklemenin gerekçesini açıklamalıdır. LAP'ın geçici olarak gerilebiyeceği düşünülerek hastalar düğümlerin yeniden ortaya çıkması konusunda dikkatli olmaları konusunda uyarılmaktadır. Çoğu hastada LAP'ın kolayca teşhis edilebi-

len bir enfeksiyöz nedeni vardır. LAP'ın nedeni açıklanamadığında, klinik iyi huylu hastalık olasılığını yüksek gösteriyorsa üç ila dört haftalık bir gözlem süresi uygundur.

KAYNAKLAR

1. Fijten GH, Blijham GH. Unexplained lymphadenopathy in family practice. An evaluation of the probability of malignant causes and the effectiveness of physicians' workup. *J Fam Pract* 1988; 27:373.
2. Chau I, Kelleher MT, Cunningham D, et al. Rapid access multidisciplinary lymph node diagnostic clinic: analysis of 550 patients. *Br J Cancer* 2003; 88:354.
3. De Andrade JM, Marana HR, Sarmiento Filho JM, et al. Differential diagnosis of axillary masses. *Tumori* 1996; 82:596.
4. Shipchandler TZ, Lorenz RR, McMahan J, Tubbs R. Supraclavicular lymphadenopathy due to silicone breast implants. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2007; 133:830.
5. Ungprasert P, Carmona EM, Utz JP, et al. Epidemiology of Sarcoidosis 1946-2013: A Population-Based Study. *Mayo Clin Proc* 2016; 91:183.
6. Pangalis GA, Vassilakopoulos TP, Boussiatis VA, Fessas P. Clinical approach to lymphadenopathy. *Semin Oncol* 1993; 20:570.
7. Khanna R, Sharma AD, Khanna S, et al. Usefulness of ultrasonography for the evaluation of cervical lymphadenopathy. *World J Surg Oncol* 2011; 9:29.
8. Chau I, Kelleher MT, Cunningham D, et al. Rapid access multidisciplinary lymph node diagnostic clinic: analysis of 550 patients. *Br J Cancer* 2003; 88:354.
9. Hehn ST, Grogan TM, Miller TP. Utility of fine-needle aspiration as a diagnostic technique in lymphoma. *J Clin Oncol* 2004; 22:3046.
10. Dommett RM, Redaniel MT, Stevens MC, et al. Features of cancer in teenagers and young adults in primary care: a population-based nested case-control study. *Br J Cancer* 2013; 108:2329.
11. Li S, Wu L. Hair loss and lymphadenopathy. *BMJ* 2019; 366: l4555.