

# LENFADENOPATİLİ ÇOCUĞA YAKLAŞIM

## 2.

## BÖLÜM

Hilal SUSAM ŞEN<sup>1</sup>

### GİRİŞ

Lenf nodlarının incelenmesi, hem sağlıklı hem de hasta çocuk ve ergenlerin fizik muayenesinin önemli bir parçasını oluşturur. Bazı lenf nodları sağlıklı bir bireyde, özellikle de küçük bir çocukta ele gelebilir <sup>(1)</sup>. Bununla birlikte, lenf nodlarının anormal olarak büyümesi (lenfadenopati), altta yatan ciddi bir sistemik hastalık için ipucu olabilir. Bu nedenle, çocuk doktoru için patolojik olan ve patolojik olmayan lenf nodlarının ayırımı öğrenmek ve lenfadenopatinin (LAP) değerlendirilmesine rasyonel bir yaklaşım geliştirmek önemlidir. Malignite ile ilişkisi nedeniyle LAP, ailelerde kaygı oluşturan önemli nedenlerden biridir. Bu nedenle, çocuk doktorlarının LAP'ları ayırt ederek çoğu hastanın agresif değerlendirilmesini ve biyopsiyi önlemesi, bunun yanı sıra altta yatan ciddi hastalığı atlamayarak hızlıca tanıya ulaşılmasını sağlaması önemlidir.

### LENFATİK SİSTEM

Lenfatik sistem, bağışıklık sisteminin bir bileşeni olan açık bir dolaşım sistemidir. Lenf sıvısı, lenfatik damarlar, lenf nodları, dalak, tonsiller, adenoidler, Peyer plakları ve timustan oluşur <sup>(2)</sup>. Lenf sıvısı; lenfositler tarafından oluşturulan beyin ve kalp hariç tüm organlarda bulunan lenfatik kılcal damarlarda toplanan ultrafiltrattır; peristaltizm ve iskelet kaslarının kasılması ile merkezi bir pompa olmadan düşük basınç altında yavaşça hareket eder. Baş boyun bölgesi ve ekstremitelerden toplanan lenf sıvısı giderek daha büyük lenfatik damarlara ve nihayetinde sağ lenfatik kanala ve duktus torasikusa taşınır. Bu kanallar nihayetinde sağ ve sol subklavyen venlere boşalarak venöz sisteme karışır. Lenf sıvısı lenfatik kanallara doğru ilerlerken afferent ve efferent lenfatik damarlar yoluyla lenf nodlarından geçer. Lenf nodlarının drene ettikleri bölgelerin bilinmesi LAP ayırıcı

<sup>1</sup> Dr. Öğr. Üyesi, Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Hematoloji Onkolojisi Bilim Dalı, hilalsusam@hotmail.com ORCID iD: 0000-0002-1329-1287

biyopsi ile en büyük ve patolojik özelliklere sahip lenf nodu çıkarılmalıdır. Genel olarak, inguinal ve aksiller lenf düğümlerinin tanısal olma olasılığı daha düşüktür, biyopsilerde ilk planda tercih edilmemelidir. Supraklaviküler ve alt servikal lenf nodları biyopside ilk tercih olmalıdır <sup>(9,10)</sup>.

İnce iğne aspirasyonu yüksek yanlış negatiflik oranına sahiptir, tercih edilmez <sup>(8)</sup>. Tercih edilmeme sebepleri alınan dokunun az oluşu, lenf nodu yapı özelliklerini temsil edememesi ve Hodgkin lenfoma gibi lenfomalarda normal lenfositlerin arka planında nadiren malign hücreler olabileceğinden lenfoma tanısı koymak için genellikle yetersiz olmasıdır. Eksizyonel biyopsi, atipik mikobakterilerin neden olduğu servikal LAP için tercih edilen tedavidir yaklaşımıdır.

## SONUÇ

Ele gelen lenf nodları çocuklarda çok yaygındır; normal bir bulgu veya ciddi bir hastalık belirtisi olabilir. Ebeveynler sıklıkla LAP konusunda endişe duyduklarından, birinci basamak hekiminin rolü bu lenf nodlarının normal olduğunu açıklayarak aileleri rahatlatmak ve gerektiğinde ileri tetkikler ile sistematik bir değerlendirme yapmaktır. Öykü ve fizik muayene sıklıkla LAP nedenini açıklayabilir. Enfeksiyonlar altta yatan en yaygın nedendir ve lenfadenit varlığında antibiyotik tedavisi kullanılmalıdır. Jeneralize LAP, lokalize LAP'a göre daha az sıklıkta görülür ve sıklıkla sistemik hastalıklar ile ilişkilidir. Ek değerlendirme ve biyopsi gerekliliği olan durumlar; supraklaviküler yerleşimli LAP, servikal lenf nodunun 3 cm'den büyük boyutta oluşu, sert, fikse ve konglomere LAP, sistemik semptom varlığı, enfeksiyöz bulguların eşlik etmemesi ve 4 hafta süre içinde gerileme olmamasıdır.

## KAYNAKÇA

1. Herzog LW. Prevalence of lymphadenopathy of the head and neck in infants and children. Clin Pediatr (Phila) 1983; 22: 485-7.
2. Jackson MA, Chesney PJ. Lymphatic System and Generalized Lymphadenopathy. In: Long SS, ed. Principles and Practice of Pediatric Infectious Diseases. 3rd ed. Elsevier Inc., 2008; 135-43.
3. Niedzielska G, Kotowski M, Niedzielski A, et al. Cervical lymphadenopathy in children-incidence and diagnostic management. Int J Pediatr Otorhinolaryngol 2007; 71: 51-6.
4. Rajasekaran K, Krakovitz P. Enlarged neck lymph nodes in children. Pediatr Clin North Am. 2013; 60:923-36.
5. Deosthali A, Donches K, DelVecchio M, et al. Etiologies of Pediatric Cervical Lymphadenopathy: A Systematic Review of 2687 Subjects. Glob Pediatr Health 2019;6:1-7.
6. Bozlak S, Varkal MA, Yildiz I, et al. Cervical lymphadenopathies in children: a prospective clinical cohort study. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2016;82:81-87.
7. Celenk F, Baysal E, Aytac I, et al. Incidence and predictors of malignancy in children with persistent cervical lymphadenopathy. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2013;77(12):2004-2007.
8. Locke R, Comfort R, Kubba H. When Does an Enlarged Cervical Lymph Node in a Child Need Excision? A Systematic Review. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2013; 78 (3): 393-401.

9. Friedmann AM. Evaluation and management of lymphadenopathy in children. *Pediatr Rev* 2008; 29: 53-60.
10. Chan JM, Shin LK, Jeffrey RB. Ultrasonography of abnormal neck lymph nodes. *Ultrasound Q* 2007; 23: 47-54.
11. Cıtak EC, Koku N, Demirci M, et al. A retrospective chart review of evaluation of the cervical lymphadenopathies in children. *Auris Nasus Larynx*. 2011;38(5):618-621.
12. Kutluk T. Çocukluk çađı lenfadenopatileri: Değerlendirme ve Tedavi. *J Pediatr Inf* 2011; 5 (Suppl 1): 34-6.
13. Wang J, Pie W, Yan J, et al. Unexplained cervical lymphadenopathy in children: predictive factors for malignancy. *J. Pediatr. Surg.* 45 (2010) 784-788.
14. Meier JD, Grimmer JF. Evaluation and management of neck masses in children. *Am Fam Physician*. 2014;89(5):353-8.