

Hastamın Lenfadenopatisi Var: Ne Yapmalıyım?

OktaY BİLGİR

İzmir SSK Bozyaka Hastanesi İç Hastalıkları A.B.D

Lenfadenopati(LAP) çoğu kere benign bir enfeksiyöz neden sonucu oluşuyor iken, bazen ciddi malign hastalıkların bir tezahürü olarak meydana gelebilir. Dikkatli bir öykü almak ve fizik muayene ile lenfadenopatiler kolaylıkla saptanabilir. Lenfadenopatiler lokal ya da yaygın olabilir. Lokalize olgularda genellikle çevre dokularla ilgili bir neden araştırılmalı ve bu sürecin yaygın lenfadenopati ile ilgili olup olmadığı fizik muayene ile saptanmalıdır.

İnsan vücudunda yaklaşık olarak altıyüz lenf nodu bulunmaktadır. Ancak sağlıklı şahıslarda bazen submandibular, aksiller, inguinal nodlar ele gelebilir (1). Ama genellikle supraklaviküler nodlar malign bir süreci gösterebilirler.

LENFADENOPATİLERİN KLİNİK OLARAK DEĞERLENDİRİLMESİ

Bunu belirlemek için lenf nodunun büyüklüğü, sayısı, yeri, çevre doku ile ilişkisi, nodun kıvamı, hastanın yaşı ve beraberindeki diğer klinik semptomlar ile lenfadenopatinin boyutunun değişkenlik gösterip göstermemesi muayene esnasında değerlendirilmesi gereklidir.

Lenfadenopatilerin klinik olarak değerlendirilmesine geçmeden önce genel olarak vücuda saptanan LAP'ın %55 baş ve boyun, %1 supraklaviküler, %5 aksiller, %14 inguinal ve %25 ise yaygın olarak saptanmaktadır (2,3).

Epidemiyolojik çalışmalardan birinde genel popülasyonda her yıl izah edilemeyen LAP sıklığı % 6

bulunmuştur. Bu çalışmada 2556 hastada açıklanamayan LAP saptanmış ve bunların 256'sı (%10) ilgili subspesiyaliste hekime gönderilmiş ve bunları da 82'sinden (%3.2) biopsi alınmış ve ancak 29'unda (%1.1) malign bir hastalık saptanmıştır (4).

Bu derece düşük prevelans diğer başka çalışmalarda da saptanmıştır (2,3). Öte yandan bazı referans merkezlerinde ise bazen bu rakam %40-60'a kadar çıkabilmektedir (6). Bu rakamlar çoğu referans kitaplarda görülme sıklığı olarak sunulmaktadır (7).

Hatta bu yayınlarda 30 yaş üstü olan bir olguda LAP'ın benign olma olasılığı %40'tır denmektedir. LAP'lı hastalarda malign hastalık yüksek sıklıkla saptanma nedeni lenfadenopatili olguların %97'sinden biopsi alınmamasına bağlanmaktadır. Genel olarak 40 yaşının üstü hastada açıklanamayan bir LAP'ta kanser riski %4 iken 40 yaşın altında bir hastada bu risk %0.4'e kadar düşmektedir (4).

LENFADENOPATİYE TANISAL YAKLAŞIM

Lenfadenopatilerin değerlendirilmesi için tanısal yaklaşımın esası dikkatli bir öykü alma ve fizik muayeneden geçmektedir. Böylece çoğu vakalarda lenfadenopati nedeni olan örneğin ÜSYE, dış iltihapları, kedi ısırığı hastalığı veya dermatit tanıları en baştan konabilir. Diğer vakalarda da fizik muayene ve öykü yanında yapılan testlerle olgunun tanısı identifiye edilebilir. İzah edilemeyen ve kuşku edilen hastalıklarda biopsi öncesi 4 haftalık

gözlem periodunda tutulmalıdır. Kötü bir klinik tablo içeren veya yaygın LAP'si olan olgular beklenmeksizin biopsi gereksinimini doğurmaktadır. İnce iğne aspirasyonu ise eksisyonel biopsiye alternatif olarak gözükmekle birlikte az miktarda hücre içeriği nedeniyle çoğu kere tanısal olmayan sonuçlar elde edilebilmektedir. Ayrıca ince iğne aspirasyonunda lenf nodunun yapısı hakkında bilgi alınmaktadır (8).

ÖYKÜ

Hekim, hastanın öyküsünü aldığı anda dört anahtar noktayı göz önünde bulundurmalıdır.

Birincisi var olan lokalize semptom veya bulgular enfeksiyon mu yoksa neoplazm için spesifik bir yer midir?

İkincisi tüberküloz, lenfoma, kollagen doku hastalıkları, tanımlamayan enfeksiyon veya malign hastalık tanısını düşündüren ateş, zayıflama, halsizlik ve gece terlemeleri gibi yapısal semptomların var mıdır?

Üçüncüsü son zamanlarda gezi, yüksek riskli alışkanlıklar ya da değişik meşguliyetler sırasında olağan dışı durumlara maruziyet gibi epidemiyolo-

Tablo 1. Lenfadenopati Tanısında Epidemiyolojik İpuçları

Kanıt	Tanı
Genel	
Kedi	Kedi ısırgığı, toksoplasma
İyi pişmemiş et	Toksoplasma
Kene ısırgığı	Lyme hastalığı, tularemi
Tüberküloz	Tüberküloz lenfadenit
Tranfüzyon yada transplant öyküsü	Sitolomegalovirüs, HIV
Yüksek riskli seksüel alışkanlık	HIV, sfiliz, herpes simpleks, sitolomegalovirüs
İ.V ilaç kullanımı	HIV, endokardit, hepatit B
Meşguliyet	
Avacı	Tularemi
Balıkçı	Erizipel
Seyahat	
Amerika, Meksika	Koksidiyomikoz, histoplasmoz,
Güneydoğu Asya, Hindistan	Tifus
Afrika	Tripanosomiasis
Akdeniz, Çin, Afrika	Kala-Azar
Meksika, Mısır, Pakistan, Endonezya,	Tifo
Şili, Peru	

Tablo 2. Lenf nod grupları: yer, lenfatik drenaj, ayırıcı tanı

Yer	Lenfatik drenaj	Nedenler
Submandibuler	Dil, submaksiller gland, dudak ve ağız Konjunktiva	Boyun, baş, sinüsler, kulaklar Gözler, farinks ve saçlı deri enf.
Submental	Alt dudak, damak, dil, yanak derisi	EMN, toksoplasma, EBV, CMV
Juguler	Dil, tonsil, parotis	Farenjit, kızamık
Posterior servikal	Saçlı deri ve boyun, pectoraller cildi, Servikal ve aksiler nodlar	Tbc, lenfoma, Baş ve boyun Ca
Suboksipital	Saçlı deri ve baş	Lokal enfeksiyon
Postaurikuler	Dış kulak yolu, saçlı deri	Lokal enfeksiyon
Preaurikuler	Göz kapakları ve konjunktiva Temporal bölge	Dış kulak yolu enfeksiyonu
Sağ supraklaviküler nod	Mediasten, Akciğerler Özefagus	Akciğer, GİS, Retroperitoneal. Ca
Sol supraklaviküler nod	Toraks, abdomen	Lenfoma, torasik veya retroperitoneal Ca Bakteriyal veya fungal enfeksiyon
Aksiller	Kol, torasik duvar, meme	İnfeksiyonlar, kedi ısırgığı, lenfoma, meme Ca silikon implantları, brucella, melanoma
Epitroklear	Ön kolun unlar yüzü ve el	Enfeksiyonlar, lenfoma, sarkoidoz, Tularemi, sekonder sfiliz
İnguinal	Penis, skrotum, perine, vulva Vagina, perine, abdominal duvar Aşağı anal kanal	Bacak ve ayak enfeksiyonları Seksüel yolla geçen hastalıklar Lenfoma, pelvik Ca

jik ipuçları var mıdır? (Tablo 1)

Dördüncüsü ise hasta lenfadenopatiye neden olacak bir ilaç kullanmakta mıdır? (Tablo 3)

Tablo 3. Lenfadenopatiye neden olabilecek ilaçlar

Allopürinol	Penisilin
Atenolol	Fenitoin
Kaptopril	Pirimidon
Karbamazepin	Primetamin
Sefalosporinler	Kinidin
Altın preparatları	Sülfonamid
Hidralazin	Sulindak

FİZİK MUAYENE

Lenfadenopati muayene edildiğinde eğer lokalize ise klinisyen lenf nodunun drene olduğu yerdeki deri lezyonları, enfeksiyon ve tümörleri gözden geçirmelidir (Tablo 2).

Öte yandan diğer yerlerde de lenf nodu olup olmadığı aranmalıdır. Fizik muayenenin önemli bir noktası da yaygın LAP olup olmadığının saptanmasıdır. Yapılan bir çalışmada hekimlerin yaygın LAP olarak takip ettikleri olguların sadece %17'sinin yaygın lenfadenopatinin bulunduğu saptanmıştır (9). Dikkatli palpasyonla kısa bir zamanda submandibuler, anterior ve posterior servikal, supraklavikuler, aksiler ve inguinal nodların varlığı tespit edilebilir.

Fizik muayene ile bir lenf nodu palpe edilmiş ise beş özelliğine bakılmalıdır.

1) Büyüklük: Genellikle nodların 1 cm kadar büyüklükleri normal kabul edilir. Ancak bazı yazarlar epitroklea nodları için 0.5 cm'den büyük olması, inguinal nodların da 1.5 cm'den büyük olması patolojik olduğu görüşünü savunurlar (8). Genel olarak görüşümüz büyüklerde 1 cm'den çocuklarda ise 2 cm'den büyük lenf nodlarını patolojik olarak kabul etmekteyiz. Yapılan bir seri çalışmada da açıklanamayan lenf nodu olan 213 yetişkinde kanserli olanlarının lenf nodlarının hiç birisinin 1 cm'den küçük olmadığı saptanmıştır (10). Çocuklarda 2 cm'den büyük lenf nodları granülomatöz hastalık (örneğin tbc), ya da kanser tanısı için anlamlı olduğu düşünülmektedir (11).

2) Ağrı ve hassasiyet: Eğer bir lenf nodunun büyüklüğü hızla artarsa kapsül gerilir ve ağrıya neden olur. Ağrı genellikle bir enflamatuvar süreç ve süpürasyonun bir sonucu olmasına karşın bazen malign bir lenf nodunun nekrotik merkezinin içine kanamadan da kaynaklanabilir. Hassasiyetinin olup olmaması her zaman benign ve malign

ayrımını rahatlıkla ortaya koyamamaktadır (4).

3) Kıvam: Sert nodlar tipik olarak metastatik kanser bulgusu olabilir. Lastik kıvamında nodlar lenfomayı düşündürür. Daha yumuşak nodlar ise enfeksiyon veya enflamatuvar durumları gösterir. Süpürant nodlar fluktuasyon verebilir.

4) Yer: Lokalize adenopatinin anatomik yeri bazen ayırıcı tanıda çok yardımcı olmaktadır. Örneğin kedi ısırığı hastalığı tipik olarak servikal ve aksiller LAP yaparken seksüel yolla geçen hastalıklar inguinal LAP yaparlar.

Supraklavikuler lenfadenopati özellikle 40 yaşın üzerindeki olgularda %90, 40 yaş altında ise %25 olmak üzere en sık malignite riski taşıyan yerdir (4).

Sağ supraklavikuler lenfadenopati mediasten, akciğer veya özefagusun kanserlerinin bulgu verdiği yerdir. Sol supraklavikuler lenf nodu ise toraks ve abdomenden lenfatik drenaj olduğundan testisler, overler, böbrekler, pankreas, prostat, mide veya safra kesesi patolojilerinin yansıyabildiği yerdir. Nadir olmasına karşın Sister Joseph nodu (paraumbilikal nod) abdominal veya pelvik bir kanserin bulgusu olabilir (12).

Yaygın LAP'lı olgularda fizik muayene sistemik bir hastalığın bulgularını araştırmaya yönelik olmalıdır. Örneğin raş, müköz membran lezyonları hepatosplenomegali veya artrit olması tanısal açıdan yardımcı olacaktır. Hastada splenomegali ve LAP'ın beraber olması EMN (enfeksiyöz mononükleoz), lenfositik lösemi, lenfoma veya sarkoidozu akla getirebilir.

Generalize lenfadenopati hemen hemen her zaman (ilaç alımı hariç) eğer tanı konamıyorsa klinisyen bir nod biopsisi almalıdır. Biopsi seçilirken mümkün olan en büyüğü çıkarılmalıdır. Lokalize lenfadenopati mevcut ise biopsi kararı zor olabilir. Eğer öyküde benign bir seyir varsa fizik muayenede de önemli bir şey bulunamıyorsa 4 hafta sonra tekrar muayene edilmeli ve nodun gerilemesi veya kaybolması aranmalıdır.

Genellikle lenf nodu biopsisine karar verildiğinde eksizyonel biopsi düşünülmektedir. Halbuki deneyimli ellerde aspirasyon biopsi sitolojisinde tanısal değeri vardır. Klein ve arkadaşlarının yapmış olduğu 376 vakalık çalışmada metastatik kar-

sinoma ve melanomada doğru tanı, vakaların %95'inde konmuştur (13).

Çoğu hastalarda lenfadenopati nedeni tanı konabilecek bir enfeksiyöz hastalığı içermektedir.

Tanı konurken hastanın öyküsü ve yaşı göz önüne alınmalı, fizik muayene ile diğer bulguların olup olmadığı araştırılmalı ve malign hastalık şüphesi olan, giderek büyümeye devam eden olgulardan biopsi alınmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Gorol AH, May LA, Mulley AG Jr. Primary care medicine: Office evaluation and management of the adult patient. 2nd Ed. Philadelphia: Lippincott, 1987.
2. Allhiser JN, McKnight TA, Shank JC. Lymphadenopathy in a family practice. J. Fam Pract. 12:27-32, 1981.
3. Williamson HA. Lymphadenopathy in a family practice: a descriptive study of 249 cases. J Fam. Pract. 20: 449-458, 1985.
4. Fijten GH, Blijham GH. Unexplained lymphadenopathy in family practice. An evaluation of the probability of malignant causes of the effectiveness of physicians workup. J. Fam. Pract. 27:373-376, 1988.
5. Morland B. Lymphadenopathy. Arch Dis Child 73:476-479, 1991
6. Lee Y, Terry R, Lukes RJ. Lymph node biopsy for diagnosis: a statistical study. J. Surg Oncol; 14:53-60, 1980.
7. Bennett JC, Plum F; Cecil textbook of medicine, 20th ed. Philadelphia: 968-970, 1996
8. Libman H. Generalized lenfadenopathy. J Gen. Intern Med; 2:48-58, 1987
9. Paauw DS, Wenrich MD, Curtis JR. et al. Ability of primary care physicians to recognize physical findings associated with HIV infection. JAMA 274:1380-1382, 1995
10. Pangalis GA, Vassilakopoulos TP, Boussioitus et al. Clinical approach to lymphadenopathy. Semin Oncol 20:570-582, 1993
11. Slap GB, Brooks JS, Schwartz JS. When to perform biopsies of enlarged peripheral lymph nodes in young patients. JAMA 252:1321-1326, 1984
12. Sapira JD. the art and science of bedside diagnosis. Baltimore: Urban and Schwarzenberg: 139-144, 1990
13. Kline T, Kanan V, Kline I. Lymphadenopathy and Aspiration biopsy Cytology: Review of 376 Superfisial nodes Cancer 54:1076-1081, 1984