Bölüm
39

ÇOCUKLUK ÇAĞINDA LENFADENOPATİ VE SPLENOMEGALİ YÖNETİMİ

Hilal SUSAM ŞEN[1]

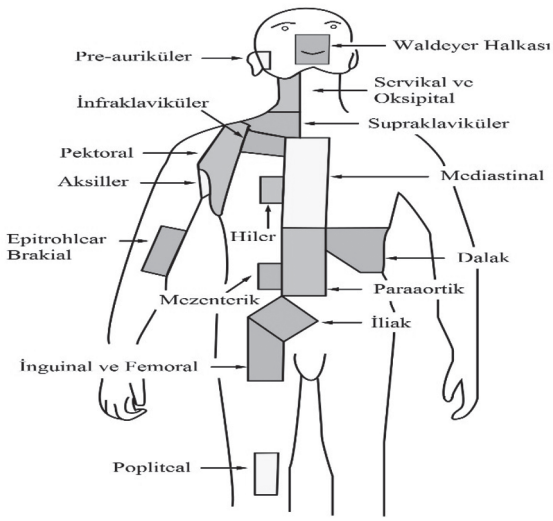
LENFADENOPATİ

Giriş

Çocukluk çağında lenfadenopati (LAP); sık ve genelde benign sebeplere bağlı görülen, lenf bezi boyutu ve yapısının bozulduğu hastalıklara verilen isimdir [1]. Bununla birlikte altta yatan ciddi bir hastalığın bulgusu olabileceği de unutulmamalıdır. Ayrıca lenf nodunun büyümesine lenfadenomegali, lenf nodunun inflamasyon bulguları ile birlikte (ağrı, şişlik, kızarıklık, ısı artışı) büyümesine ise lenfadenit denir. Klinisyenler için zorluk, benign sebeplere bağlı görülen LAP'ları ayırt edip çoğu hastanın agresif değerlendirilmesini ve biyopsisini önlemek, bunun yanı sıra altta yatan ciddi hastalığı atlamayarak hızlıca tanıya ulaşılmasını sağlamaktır.

Genel bilgiler

Lenf nodları, vücuttaki lenfatik damarlar boyunca yerleşmiş lenfositlerden ve antijen sunucu hücrelerden zengin, kapsüllü yapılardır. Vücuda yabancı antijenler ile fagositlerin ilk karşılaştığı bölgedir. Doğumda genellikle lenf nodları palpe edilmez, antijenik uyarı ile karşılaşma sonrası gelişmeye başlar ve 8-12 yaş döneminde pik noktaya ulaşır [2]. Puberte dönemi sonrasında ise küçülmeye başlar. Beyin ve plasenta hariç tüm dokularda lenfoid doku elemanları bulunur. Kapsül üzerinde bulunan afferent lenfatik kanallar antijenik yapıları lenf noduna getirirler. Kortikal ve parakortikal yerleşimli B ve T lenfositler, antijenik uyarılma sonucu duyarlanır ve plazma hücreleri aktive olarak antikor salgılar. Hücreler efferent lenfatik kanallarla lenf nodundan ayrılarak lenfatik kanallar yoluyla sistemik dolaşıma katılırlar [3].



Şekil 1- Lenf nodlarının anatomik dağılımı

Şekil 1'de lenf nodlarının anatomik dağılımı verilmiştir. Sağlıklı çocuk muayenesinde % 38-45 oranında, hasta çocukların % 65 kadarında LAP palpe edilir. Çok sık fizik muayene bulgusudur ve çoğunlukla klinik önem taşımaz.

[1] Doktor öğretim görevlisi, Afyon Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim dalı/ Çocuk Hematoloji Onkoloji Bilim Dalı, hsusamsen@aku.edu.tr

direk hiperbiluribinemi, kolestaz bulguları olup olmadığına bakılır. Daha ileri tetkik gerekliliğinde antinükleer antikor, immünglobulin düzeyi, lenfosit alt grup düzeyleri, viral antikor titreleri, bakteri ve mantar kültürü, viral enfeksiyonlara yönelik serolojik değerlendirme ve kemik iliği incelemesi ile ayırıcı tanıya devam edilir.

Yapılacak ilk görüntüleme tetkiki ultrasonografidir; yer kaplayan lezyonlar değerlendirilir ayrıca splenomegali-sol kadran kitleleri ayrımı yapılır [25]. Doppler ultrasonografi ile damarsal patolojiler saptanabilir. Bilgisayarlı tomografi ve manyetik rezonans görüntüleme tetkikleri ile parankimal patolojiler daha ayrıntılı incelenebilir. Kanama riski nedeniyle dalak biyopsisi pek tercih edilen bir yöntem değildir [26]. Bazı depo hastalıkları, sarkoidoz ve lenfomalarda tanıya yardımcı olabilir. Ancak rutinde kullanılmaz.

Splenomegali sıklıkla dalak dışı nedenlere bağlı görüldüğünden altta yatan nedenin tedavi edilmesi splenomegalinin de tedavi edilmesini sağlar. Nadiren splenektomi gereklidir, splenektomi sonrası sepsis riski artacağı için bu gereklilik dikkatlice irdelenmeli ve sonrasında karar verilmelidir [27]. Başlıca splenektomi endikasyonu dalak travmasıdır, ayrıca dalağın primer lezyonları da diğer endikasyonu oluşturur (tümör, kist, vasküler patolojiler). Splenektomi planlanan hastalar kapsüllü mikroorganizmalara karşı aşılanmalıdır (pnömokok ve hemofilus influenza). Ayrıca orak hücreli anemisi ve asplenisi olanlarda pnömokoka yönelik penisilin proflaksisi yapılmalıdır [28]. Akut splenomegalisi olan hastalarda travmadan kaçınmalıdır. İnfeksiyoz mononükleoza bağlı spontan dalak rüptürü gelişebileceği bilinip bu hastaların istirahati sağlanmalıdır [29].

Sonuç olarak; splenomegali sıklıkla altta yatan sistemik bir hastalığa bağlı gelişen bir bulgudur. Altta yatan sebebin tedavisi ile splenomegali de tedavi edilebilir. Sepsis riski nedeniyle mümkün oldukça splenektomiden sakınılmalıdır.

Kaynaklar

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 G1, Kotowski M, Niedzielski A, Dybiec E, Wieczorek P. Cervical lymphadenopathy in children-incidence and diagnostic management. Int J Pediatr Otorhinolaryngol 2007; 71: 51-6
4. Friedmann AM. Evaluation and management of lymphadenopathy in children. Pediatr Rev 2008; 29: 53-60.
5. Akyuz C. Lenfadenopati. Ozkan A, ed. Pediatrik Onkoloji. 1. baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 2009; 131-40.
6. Nield LS, Kamat D. Lymphadenopathy in children: when and how to evaluate. Clin Pediatr (Phila) 2004; 43: 25-33.
7. Oksuz RYC, Dağdemir A, Acar S, Elli M, Oksuz M. Cocukluk cağı periferik lenfadenopatili olguların retrospektif değerlendirilmesi. OMU Tıp Dergisi 2008; 25: 94-101.
8. Yaris N, Cakir M, Sozen E, Cobanoglu U. Analysis of children with peripheral lymphadenopathy. Clin Pediatr (Phila) 2006; 45: 544-9.
9. Kutluk T. Cocukluk cağı lenfadenopatileri: Değerlendirme ve Tedavi. J Pediatr Inf 2011; 5 (Suppl 1): 34-6.
10. Karakas Z, Agaoglu L, Taravari B, Saribeyoglu E, Somer A, Guler N, Unuvar A, Anak S, Yalcin I, Devecioglu O. Pulmonary tuberculosis in children with Hodgkin's lymphoma. Hematol J 2003; 4: 78-81.
11. Leung AK, Robson WL. Childhood cervical lymphadenopathy. J Pediatr Health Care 2004; 18: 3-7.
12. Chan JM, Shin LK, Jeffrey RB. Ultrasonography of abnormal neck lymph nodes. Ultrasound Q 2007; 23: 47-54.
13. Esen G. Ultrasound of superficial lymph nodes. Eur J Radiol 2006; 58: 345-359.
14. van de Schoot L, Aronson DC, Behrendt H, Bras J. The role of fine-needle aspiration cytology in children with persistent or suspicious lymphadenopathy. J Pediatr Surg 2001; 36: 7-11
15. von Bartheld MB1, van Kralingen KW, Veenendaal RA, Willems LN, Rabe KF, Annema JT. Mediastinal-esophageal fistulae after EUS-FNA of tuberculosis of the mediastinum. Gastrointest Endosc 2010; 71: 210-2.
16. Zhang QY, Foukar K. Bone marrow involvement by Hodgkin and Non-Hodgkin lymphomas. Hematol Oncol Clin North Am 2009; 23: 873-902
17. Brown NF, Marks DJ, Smith PJ, Bloom SL. Splenomegaly. Br J Hosp Med (Lond) 2011;72(11):M166-9.
18. Chadburn A: The spleen: anatomy and anatomical function. Semin Hematol 2000; 37: 13-21.
19. Steininger B, Barth P: Microanatomy and function of the spleen. Adv Anat Embryol Cell Biol 2000; 151:1-101
20. Mebius RE, Kraal G. Structure and function of the spleen. Nat Rev Immunol. Aug 2005;5(8):606-16.
21. Genton B, al-Yaman F, Beck HP, et al. The epidemiology of malaria in the Wosera area, East Sepik Province, Papua New Guinea, in preparation for vaccine trials. I. Malariometric indices and immunity. Ann Trop Med Parasitol. Aug 1995;89(4):359-76.
22. Farley DR, Zietlow SP, Bannon MP, Farnell MB. Spontaneous rupture of the spleen due to infectious mononucleosis. Mayo Clin Proc. Sep 1992;67(9):846-53.
23. Peck-Radosavljevic M. Hypersplenism. Eur J Gastroenterol Hepatol. 2001;13(4):317-23
24. Grover SA, Barkun AN, Sackett DL. The rational clinical examination. Does this patient have splenomegaly? JAMA. Nov 10 1993;270(18):2218-21.

25. Robertson F, Leander P, Ekberg O. Radiology of the spleen. Eur Radiol. 2001;11(1):80-95
26. NK Venkataramu, S Gupta Ultrasound guided fine needle aspiration biopsy of splenic lesions. The British Journal of Radiology 72(1999), 953-956.
27. Ahad S, Gonczy C, Advani V, Markwell S, Hassan I. True benefit or selection bias: an analysis of laparoscopic versus open splenectomy from the ACS-NSQIP. Surg Endosc. 2013; 27(6):1865-71.
28. Price VE, Dutta S, Blanchette VS, Butchart S, Kirby M, Langer JC, et al. The prevention and treatment of bacterial infections in children with asplenia or hyposplenia: practice considerations at the Hospital for Sick Children, Toronto. Pediatr Blood Cancer 2006;46(5):597-603
29. Eichner ER. Sports medicine pearls and pitfalls--defending the spleen: return to play after infectious mononucleosis. Curr Sports Med Rep 2007;6(2):68-9.