Bölüm
178

ERİŞKİNDE LENFADENOPATİ VE SPLENOMEGALİ YÖNETİMİ

Halit Batuhan Demir[1]
Berk Göktepe[2]

LENADENOPATİ

Lenfadenopati (LAP) lenf düğümünün boyut,sayı ve karakterindeki anormalliklerin genel adı olarak tanımlanır.

Lenfadenopati bulgusu bazı durumlarda ciddi hastalıklara yönelik korkuyu artırmasına rağmen, birinci basamakta sık görülen genellikle infeksiyöz hastalıkların sebep olduğu bir durumdur. Maligniteler, İnfeksiyonlar, Autoimmün Hastalıklar, Muhtelif ve Seyrek Görülen Durumlar, İatrojenik Nedenler olarak LAP nedenleri sıralanabilir. Akılda kalması içi baş harflerinin oluşturduğu 'MIA-MI' kısaltması kullanılabilir.

Birinci basamak sağlık merkezlerine başvuran hastalarda sıkca gözlenen LAP, tipik olarak bölgesel travma veya infeksiyona bağlıdır. LAP ile seyreden ciddi hastalık tablolarında, hastayı ve hekimi en cok endişelendiren durum, altta yatabilecek bir malignite varlığıdır.(1-2)

LAP nedeniyle başvuran tüm hastalar içerisinde, malignite prevalansının oldukça düşük olduğu belirtilmektedir. Ancak atlanması durumunda tedavinin gecikmesi ile olası yaşam süresinin azalması ile ciddi sonuçlar ortaya çıkmaktadır.(3)

Lokalize lenfadenopati ;yaygın lenfadenopatiyi ekarte etmek için, hastalığa neden olan lezyon için bir arama ve diğer nod alanların incelenmesini gerektirir. Rutinde , lenf nodlarının 1 cm'den büyük olması anormal olduğunu düşündürür. Supraklaviküler nod malignite yönünden en endişe verici lenf nodu bölgesidir.(4)

Lenfatik sistem, vücudun korunmasında ve immünolojik işlevin yürütülmesinde önemli görevler üstlenen; lenfositler, lenf damarları, lenf bezleri, dalak, tonsiller, adenoidler, peyer plakları ve timustan, oluşur.Vücudumuzda yaklaşık 600 lenf nodu bulunmaktadır. Lenf bezleri lenfatik damarlar boyunca yerleşmiş kapsüllü yapılar büyüklükleri birkaç mm'den birkaç cm'ye kadar değişen boyutta olabilir.(5)

Yenidoğanda genellikle ele gelmez, yaşla giderek büyür ve çocukluk çağında servikal, aksiller ve inguinal lenf bezleri palpasyonla ele gelir. Başka bir nedenle başvuran hastaların %56'sında servikal lenf nodlarının palpe edildiği vurgulanmaktadır.(6)

Yaygın lenfadenopati; birbirine komşu olmayan iki lenf bezi bölgesinde lenfadenopati saptanması durumu olarak tanımlanır. Lokalize lenfadeopati; bir lenf bezi bölgesi ya da birbirine komşu lenf bezi bölgelerinde çıkan lenfadenopati olarak tanımlanır.(7)

Enfeksiyonlar ve çeşitli kanserlerin seyrinde ilk bulgusu bu hastalarda tanıda geç kalınması önemli tıbbi sorunlara yol açabileceğinden için lenf nodlarının iyi değerlendirilmesi çok önemlidir. Eğer lenf nodu patalojik boyutta ise lenfadenopatinin gerçek nedenini mutlaka tanımlamak için gerekli değerlendirmeler yapılmalıdır.(8)

[1] Öğr. Görevlisi, Ege Üniversitesi Hastanesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Öğretim Görevlisi, dr.batuhan.demir@hotmail.com
[2] Öğr. Görevlisi , Ege Üniversitesi Genel Cerrahi, berkgoktepe@yahoo.com

Spora katılım ve düşme riski: Enfeksiyöz mononükleozun belirlenmesinde splenomegali, potansiyel olarak hayati tehlike arz eden küçük fakat artmış bir splenik rüptür riski taşır. Sonuç olarak, tüm sporcular yaklaşık dört hafta boyunca splenik yaralanma riski yüksek sporlardan ve diğer aktivitelerden uzak durmalıdır. İyileşme sırasında kalıcı splenomegali konusunda endişeler varsa, dalak boyutunu belirlemek için ultrason kullanılabilir, ancak ultrason rutin olarak yapılmaz.(37)

Splenik yırtılma diğer durumlarda daha az iyi tanımlanırken, yüksek riskli temas sporlarından kaçınmak ihtiyatlı bir davranış olacaktır.

Bir hepatolog araştırmasında, 11'i travma ile ilişkili 13 splenik rüptür vakası rapor edildi. Spor katılımından ziyade düşmek en yaygın tetikleyici olaydır. Düşme riskini azaltmak için yapılan müdahaleler ayrı ayrı tartışılmaktadır.

Splenektominin Rolü: Splenektomi enfeksiyon ve tromboz risklerinden dolayı semptomatik splenomegali tedavisinde nadiren ilk seçenek olarak tercih edilir. Bununla birlikte, diğer müdahalelerin etkisiz olduğu kanıtlanmışsa, splenektomi bazı kişiler için uygun olabilir.

Splenektominin ve splenik arter embolizasyonunun hipersplenizmi kontrol etmedeki rolü halen tartışmalıdır. Uygun hastayı seçmek bu işlemlerden fayda görmesi açısından zordur.

Kaynaklar

1. Ferrer R. Lymphadenopathy: differential diagnosis and evaluation. Am Fam Physician 1998; 58:1313.
2. Libman H. Generalized lymphadenopathy. J Gen Intern Med 1987; 2:48.
3. Habermann TM, Steensma DP. Lymphadenopathy. Mayo Clin Proc 2000; 75:723.
4. Datta PG, Hossain MD, Amin SA, et al. Tubercular lymphadenitis - diagnostic evaluation. Mymensingh Med J 2011; 20:233.
5. Arjmand P, Yan P, O'Connor MD. Parinaud oculoglandular syndrome 2015: Review of the literature and update on diagnosis and management. J Clin Exp Ophthalmol 2015; 6:443.
6. Ungprasert P, Carmona EM, Utz JP, et al. Epidemiology of Sarcoidosis 1946-2013: A Population-Based Study. Mayo Clin Proc 2016; 91:183.
7. Herrada J, Cabanillas F, Rice L, et al. The clinical behavior of localized and multicentric Castleman disease. Ann Intern Med 1998; 128:657.
8. Rabinowitz MR, Levi J, Conard K, Shah UK. Castleman disease in the pediatric neck: a literature review. Otolaryngol Head Neck Surg 2013; 148:1028.
9. Slap GB, Brooks JS, Schwartz JS. When to perform biopsies of enlarged lymph nodes in young patientes. JAMA 1984;252:13216.
10. Vassilakopoulos TP, Pangalis GA. Aplication of a prediction rule to select which patients presenting with lympadenopathy should undergo a lymph node biopsy. Medicine 2000;79:338-47.
11. Li CY, Yam LT, Sun T. Modern Modalities for the Diagnosis of Hematologic Neoplasms: Color atlas/Text. New York: Igaku-Shoin;1996.
12. Prophet EB, Mills B, Arrington JB, Sobin LH. Laboratory Methods in Histotechnology. Armed Forces Institute of Pathology, Washington,D.C. 1992.
13. Khanna R, Sharma AD, Khanna S, et al. Usefulness of ultrasonography for the evaluation of cervical lymphadenopathy. World J Surg Oncol 2011; 9:29.
14. Weiss LM, O'Malley D. Benign lymphadenopathies. Mod Pathol 2013; 26 Suppl 1:S88.
15. Steel BL, Schwartz MR, Ramzy I. Fine needle aspiration biopsy in the diagnosis of lymphadenopathy in 1,103 patients. Role, limitations and analysis of diagnostic pitfalls. Acta Cytol 1995; 39:76.
16. Hehn ST, Grogan TM, Miller TP. Utility of fine-needle aspiration as a diagnostic technique in lymphoma. J Clin Oncol 2004; 22:3046.
17. Amador-Ortiz C, Chen L, Hassan A, et al. Combined core needle biopsy and fine-needle aspiration with ancillary studies correlate highly with traditional techniques in the diagnosis of nodal-based lymphoma. Am J Clin Pathol 2011; 135:516.
18. 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.
19. Chow KU, Luxembourg B, Seifried E, Bonig H. Spleen Size Is Significantly Influenced by Body Height and Sex: Establishment of Normal Values for Spleen Size at US with a Cohort of 1200 Healthy Individuals. Radiology 2016; 279:306.
20. de Porto AP, Lammers AJ, Bennink RJ, et al. Assessment of splenic function. Eur J Clin Microbiol Infect Dis 2010; 29:1465.
21. Cesta MF. Normal structure, function, and histology of the spleen. Toxicol Pathol 2006; 34:455.
22. van Krieken JH, te Velde J. Normal histology of the human spleen. Am J Surg Pathol 1988; 12:777.
23. Vancauwenberghe T, Snoeckx A, Vanbeckevoort D, et al. Imaging of the spleen: what the clinician needs to know. Singapore Med J 2015; 56:133.
24. Wilkins BS. The spleen. Br J Haematol 2002; 117:265.
25. Di Sabatino A, Carsetti R, Corazza GR. Post-splenectomy and hyposplenic states. Lancet 2011; 378:86.
26. Froelich JW, Strauss HW, Moore RH, McKusick KA. Redistribution of visceral blood volume in upright exercise in healthy volunteers. J Nucl Med 1988; 29:1714.
27. McIntyre OR, Ebaugh FG Jr. Palpable spleens in college freshmen. Ann Intern Med 1967; 66:301.
28. Barkun AN, Camus M, Green L, et al. The bedside assessment of splenic enlargement. Am J Med 1991; 91:512.
29. Tamayo SG, Rickman LS, Mathews WC, et al. Examiner dependence on physical diagnostic tests for the detecti-

on of splenomegaly: a prospective study with multiple observers. J Gen Intern Med 1993; 8:69.
30. Yang JC, Rickman LS, Bosser SK. The clinical diagnosis of splenomegaly. West J Med 1991; 155:47.
31. Chongtham DS, Singh MM, Kalantri SP, Pathak S. Accuracy of palpation and percussion manoeuvres in the diagnosis of splenomegaly. Indian J Med Sci 1997; 51:409.
32. O'Reilly RA. Splenomegaly at a United States County Hospital: diagnostic evaluation of 170 patients. Am J Med Sci 1996; 312:160.
33. Li L, Duan M, Chen W, et al. The spleen in liver cirrhosis: revisiting an old enemy with novel targets. J Transl Med 2017; 15:111.
34. Chun YS, Robu VG. Spectrum of primary vascular neoplasms of the spleen. J Clin Oncol 2011; 29:e116.
35. Hu S, Bueso-Ramos CE, Verstovsek S, et al. Metastatic splenic angiosarcoma presenting with thrombocytopenia and bone marrow fibrosis mimicking idiopathic thrombocytopenic purpura and primary myelofibrosis: a diagnostic challenge. Clin Lymphoma Myeloma Leuk 2013; 13:629.
36. Platzbecker U, Prange-Krex G, Bornhäuser M, et al. Spleen enlargement in healthy donors during G-CSF mobilization of PBPCs. Transfusion 2001; 41:184.
37. Stroncek D, Shawker T, Follmann D, Leitman SF. G-CSF-induced spleen size changes in peripheral blood progenitor cell donors. Transfusion 2003; 43:609.