

Çocuklarda periferik lenfadenopatilerde cerrahi yaklaşım

Selim AKSÖYEK, Cem BONEVAL, Tansu SALMAN, Baran TOKAR, Mehmet AĞAN, Alaaddin ÇELİK
İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi ve Patoloji Anabilim Dalları, İstanbul

Özet

Bu çalışmada, İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi polikliniğine, 1982-1995 yılları arasında periferik lenfadenopati (LAP) nedeni ile başvuran ve biyopsileri yapılan 374 olguya ait klinik veriler ve histopatolojik bulgular retrospektif olarak incelenmiştir. LAP'ların % 67.65'i servikal, % 11.23'ü submandibüler, % 10.70'i aksiller ve % 2.94'ü supraklaviküler yerleşimlidir. 314 olgu biyopsi öncesi antibiyotik tedavisi almıştır. Biyopsi örneklerinin histopatolojik incelenmesi sonucu; 70 olguda lenfadenit (% 18.72), 180 olguda reaktif lenfadenit (% 48.13) ve 124 olguda malignite (% 33.15) saptanmıştır. Reaktif lenfadenitli olguların 12'sinde izlem sırasında iyileşme olmadığından biyopsi tekrarı yapılmış ve bunların yedisinde tümör saptanmıştır. Serimizde malignite sıklığı yüksektir. Bunun, BCG-itis'li olguların çalışmaya alınmamış ve olguların önemli bir kısmının çocuk onkoloji bölümünce retere edilmiş olmasına bağlı olduğunu düşünüyoruz.

Anahtar kelimeler: Lenfadenektomi, infeksiyon, neoplazm, çocuk

Summary

Peripheral lymph node enlargement: Surgical approach in children

From 1982 to 1995, 374 cases with peripheral lymphadenomegaly were managed in outpatients clinics of Istanbul Medical School, in the Department of Pediatric Surgery. Of the lymphadenomegalies, 67.65 % were cervical, 11.23 % were submandibular, 10.70 % were axillar and 2.94 % were supraclavicular. A course of wide spectrum antibiotics was applied to 314 cases (83.96 %) before referring for biopsy. The histopathologic evaluation of the biopsy specimens were: 70 lymphadenitis (18.72 %), 180 reactive lymphadenopathy (48.13 %), 124 various tumors (33.15 %). Of the 180 cases of reactive lymphadenopathy, 12 were biopsied again for the persistence of the symptoms and of those 7 were found to have a form of malignancy. In our report the overall malignancy rate is quite high and this result can be explained by the fact that most of the cases are referred from Pediatric Hematology and Oncology Divisions and BCG lymphadenitis are excluded from the study group.

Key words: Lymph node excision, infection, neoplasms, children

Giriş

Çocuklarda 3 mm'nin üzerinde çapa sahip olan lenf ganglionları palpe edilebilirse de genellikle servikal bölgede yerleşenlerin 2 cm, inguinal bölgede yerleşenlerin ise 1.5 cm'den daha büyük olanları patolojik olarak kabul edilirler⁽⁷⁾.

Çocuk yaş grubunda sık rastlanılan lenfadenopati (LAP)'lerin öncelikli nedeni enfeksiyon, daha az sıklıkla da malignitedir.

Yapılan çalışmalar sonucu varılan genel kanı, öncelikle nonspesifik tedavi uygulanan LAP'ların tedaviye cevapsız kalması halinde eksizyonel biyopsi tarzında çıkarılması ve histopatolojik değerlendirilmesinin yapılması doğrultusundadır^(6,10,11).

Histopatolojik değerlendirilmesinin sağlıklı olabilmesi ise biyopsi kararının verilmesinden biyopsi tekniğine, zamanlamaya, klinik verilerin patoloğa yeterli şekilde ulaştırılmasına ve gerekli immünohistokimyasal boyama tekniklerine kadar uzanan bir dizi faktöre bağlıdır.

Bu çalışmada periferik LAP nedeni ile kliniğimize başvuran olgularda cerrahi yaklaşım prensiplerimiz ve sonuçları irdelenmiştir.

Gereç ve Yöntem

Çalışmaya 1982-1995 yılları arasında İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı polikliniğine periferik LAP nedeni ile başvuran, klinik tanı ve tedavi uygulamaları sonrası biyopsi yapılan 374 olgu dahil edilmiştir. Tüm olgular için; LAP'ın yerleşim yeri, süresi, klinik yakınmaları ve özellikle solunum sistemi enfeksiyon bulguları retrospektif olarak kaydedilmiştir. Klinik bulguları ile Tbc dışında bakteriyel lenfadenit düşünülen tüm olgulara öncelikle iki hafta süre ile antibiyotik tedavisi uygulanmış ve bu sürenin sonunda tekrar kontrolleri yapılmıştır.

Kontrol değerlendirmelerinde LAP'ın çapında belirgin küçülme olanlar klinik takibe alınırken, küçülme saptanmayanlara eksizyonel biyopsi yapılmıştır. LAP'ları birden fazla, paket tarzında veya sert lastik kıvamında olan olgularda hiç nonspesifik tedavi uygulanmadan doğrudan biyopsi yoluna gidilmiştir. Aynı süre içerisinde klinik bulgular doğrultusunda BCG-itis düşünerek primer lenfadenektomi yaptığımız 420 olgu bu çalışmaya dahil edilmiştir.

Biyopsi işlemi sırasında dokuların ezilmemesine, gangliyonların bütünlüklerinin bozulmamasına, eksizyonel biyopsi prensiplerine uyulmasına özen gösterilmiştir. Biyopsi materyelleri % 10 formalin solüsyonunda tespit edilerek histopatolojik incelemeleri yapılmıştır.

Bulgular

Olguların 128'i kız (% 34.22), 246'sı erkek (% 65.78) olup yaşları 1 ay-16 yıl (ortalama 9.23 yıl) arasında değişmekteydi. Tüm olgularda başvuru öncesi aile veya çocuk hastalıkları uzmanı tarafından LAP'lar farkedilmişti. Fizik muayene bulgusu olarak; 109 olguda palpasyonla ağrı (% 29.14) 76'sında ateş (% 20.32), 11'inde artralji (% 2.94), 28'inde kilo kaybı (% 7.49) ve 31'inde de yakın tarihte geçirilmiş solunum yolu enfeksiyonu (% 8.29) saptandı.

LAP'ların yerleşim yeri % 67.65 olguda servikal, % 11.23'ünde submandibüler, % 10.70'inde aksiller, % 2.94'ünde ise supraklaviküler bölge idi. LAP'ın ilk belirlenmesinden sonra geçen süre; 126 olguda bir

Tablo I. Olgularımızda histopatolojik inceleme sonuçları

Etyoloji	Olgu sayısı	%
Lenfadenit	70	18.72
Bakteriyel	25	6.69
Tbc	45	12.03
Reaktif lenfadenopati	180	48.13
Folikül hiperplazisi	170	45.46
Sinüzal histiositosis	10	2.67
Tümör	124	33.15
<i>Primer</i>	108	28.87
Hodgkin lenfoma	89	23.79
Non-Hodgkin lenfoma	19	5.08
<i>Sekonder</i>	16	4.28
Nöroblastom	7	1.87
Lenfoepitelyoma	4	1.07
Rabdomyosarkom	4	1.07
Malign melanom	1	0.27
Toplam	374	

aydan az, 139'unda 1-6 ay, 109'unda ise 6 ayın üzerinde idi. Biyopsi öncesi 314 olguya antibiyotik tedavisi verilmiş, diğer olgularda ise doğrudan biyopsi işlemi uygulanmıştır.

Biyopsi materyellerinin histopatolojik değerlendirmesi sonucunda; 70 olgu lenfadenit (% 18.72), 180 olgu reaktif lenfadenopati (% 48.13) ve 124 olgu da tümör (% 33.15) tanısı aldı (Tablo I). Lenfadenitli olguların yaş ortalaması 5.9, reaktif lenfadenitlilerde 7.5 ve tümörlü olgularda da 10.2 yıl olarak saptandı. Lenfadenit tanısı alan olguların 25'inde bakteriyel ajanlar sorumlu iken, 45 olguda mikobakteriyel enfeksiyon saptanmıştır.

Histopatolojik inceleme sonrası başlangıçta folikül hiperplazisi olarak değerlendirilen 170 olgudan 12'sinde LAP sebat ettiğinden bunların biyopsileri tekrarlanmış ve yedi tanesinde ikinci biyopsi incelemesi sonucu tümör tanısı konmuştur. Olgularımızda yerleşim yerlerine göre histopatolojik tanıları Tablo II'de verilmiştir.

Tartışma

Lenf bezinin antijen uyarılı proliferasyon veya selüler infiltrasyon sonucu büyümesi ve kitle olarak bulgu vermesi LAP olarak adlandırılır (6). LAP ile başvuran çocuklarda yaş, yerleşim yeri, boyut, pal-

Tablo II. Histopatolojik inceleme sonuçlarının lenfadenopati yerleşimlerine göre dağılımı

		Servikal	Submandibüler	Aksiller	Supraklaviküler	İnguinal	Retroauriküler	Suboksipital	Toplam	%
Lenfadenit	Tüberküloz	26	10	8	1				45	12.03
	Bakteriyel	11	4	8		2			25	6.69
Reaktif lenfadenopati	Folikül hiperplazisi	118	19	18	2	8	4	1	170	45.46
	Histiyoitosis	9				1			10	2.67
Tümör	Hodgkin lenfoma	69	8	5	4	2	1		89	23.79
	NHL	11			2	5	1		19	5.08
	Lenfoepitelyoma	3	1						4	1.07
	NBL metastazı	5			2				7	1.87
	RMS metastazı			1			3		4	1.07
	Melanom metastazı	1							1	0.27
Toplam		253	42	40	11	21	6	1	374	
%		67.65	11.23	10.70	2.94	5.61	1.60	0.27		

NBL: nöroblastom, NHL: non-Hodgkin lenfoma, RMS: rabdomiyosarkom.

pasyon bulgusu, süresi, ateş, kilo kaybı, iştahsızlık gibi klinik bulguların yanı sıra, kan sayımı, sedimentasyon hızı, akciğer grafisi ve PPD gibi laboratuvar yöntemlerinin değerlendirilmesi şarttır (1,6,8,10,11).

Bu değerlendirmeler ile tanı konulabilen olgularda biyopsi öncesi tedavi uygulanabilecektir. Özellikle de çocuk yaş grubunda bakteriyel nedenli lenfadenitlerin en sık olduğu gözönünde tutularak öncelikle iki hafta süre ile antibiyotik tedavisi verilmesi önerilir. Bu antibiyotik tedavisine cevap vermeyen veya ilk değerlendirmede enfeksiyon yönünde belirgin bulguları olmayan olgularda tanımlanamayan kitlenin eksizyonu ve histopatolojik incelenmesi gereklidir (1,7,9).

Serimizdeki olgularda uyguladığımız yaklaşım da bu şekilde planlanmış olup, klinik bulgu ve tedavi yönünden tamamı ile farklı olan BCG-itis olguları çalışmamızın dışında tutulmuşlardır. Yine çalışma süresince polikliniğimize başvurup antibiyotik tedavisi ile LAP'ları gerileyen olgular da bu çalışmanın dışındadır. Ağrı, ateş, artralji gibi belirtiler ve yakın zamanda geçirilmiş solunum yolu enfeksiyonu öyküsü olguların % 8.29-29.14'ünde saptanmış iken, olguların % 83.96'sına biyopsi öncesi antibiyotik tedavisi denenmişti. Bu durum çocukluk çağı periferik LAP'larında semptomatik olmasa da sıklıkla ilk planda enfeksiyon kaynaklı nedenlerin düşünüldüğünü göstermektedir.

LAP kitlesinin; çapının 3 cm'den büyük, lastik kıvamında sert, derinde yerleşmiş, fiksleşme veya yenidoğan döneminde ortaya çıkışı malignite lehine bulgulardır. Bu bulguların saptanmaması halinde kitlenin büyük olasılıkla selim olduğu söylenebilir. Yerleşim yerleri gözönünde tutularak da; supraklaviküler, arka servikal, popliteal bölge için biyopsiye erken karar verilmesi önerilirken, çoğunlukla selim nedenlere bağlı olan inguinal yerleşimlerinde ise uzun süre konservatif izlem yapılabileceği bildirilmektedir (5,7).

Serimizdeki supraklaviküler LAP'ların % 72.72'si tümör kaynaklı olarak bulunmuştur. Diğer yerleşim yerleri irdelendiğinde; servikalde ve özellikle submandibüler bölgedeki LAP'ların çoğunun tümör dışı nedenlere bağlı olduğu dikkati çekmektedir. Biyopsi tekniği LAP kaynağının belirlenmesi için yapılan histopatolojik inceleme sonucunu belirgin olarak etkileyebilmektedir. Teknik olarak biyopsi; iğne aspirasyonu, insizyonel ve eksizyonel olmak üzere üç şekilde yapılabilir. Çocuk yaş grubunda reaktif lenfadenitlerin sık olması nedeni ile, iğne aspirasyonu biyopsi tekniği yüksek oranda yanlış sonuç riskini taşımaktadır. Bu teknik ancak tümör olduğu kesin olarak belirlenen ileri evre olgularda önerilir. İnsizyonel biyopsilerin de doku bütünlüğünün bozulması sonucu yetersiz bilgi verilmesine yol açtığından, daha çok eksizyonel biyopsi tekniği tercih edilmektedir (5,10,11).

Eksizyonel biyopsi uygulanırken de özellikle cerrahi teknik güçlük nedeni ile yüzeysel olan LAP'ların tercih edilmesi tanı yanlışlıklarına yol açtığından, derinde yerleşen, daha büyük ve çevreye yapışıklığı daha fazla olan lenf ganglionlarının tercih edilmesi önemlidir. Kissane ve ark. (4), periferik LAP nedeni ile biyopsi yapılarak reaktif lenfadenit tanısı konan 37 olguyu survi yönünden 5-20 yıl süre ile izlemişlerdir. Altı olgunun kaybedildiğinin saptandığı bu seride iki olgunun biyopsilerinin tekrarlanmadığından kesin tanıların konulamadığını saptamışlardır.

Bizim serimizde de başlangıçta reaktif lenfadenit tanısı konmuş olmasına karşın izleme sürecinde LAP'ları sebat eden 12 olguya tekrar biyopsi yapılmış ve yedi olguda ilk biyopside atlanmış olan tümör tanısı konulabilmiştir. Bu nedenle özellikle tanısı reaktif lenfadenit olan olguların dikkatli bir şekilde izlenmesi gerektiğine inanıyoruz.

LAP biyopsileri sonucu malignite saptanan olgularımızdan 108'i primer tümör (% 87.10), diğerleri metastatik tümörlerdir. Hodgkin ve non-Hodgin lenfomalar en sık rastlanılan primer tümörlerdir. Tümör saptanan olguların % 70'inden fazlasında servikal yerleşim söz konusudur. Birlikte çalıştığımız çocuk onkoloji bölümünün çalışmalarında Hodgkin lenfomaların % 90'ı, non-Hodgin lenfomaların ise % 23'ü servikal yerleşimli olarak bulunmuştur (3,4). Andrew'un (1) 1200 olguluk kronik LAP serisinde enfeksiyon kaynaklı olanlar % 95 iken, serimizde bu oran % 20 civarındadır ve % 48 oranı ile reaktif hiperplazi bunun önünde yerleşmiştir.

Yine serimizde tümör sıklığı da diğer serilere göre yüksektir. Burada oldukça yüksek sayıda olan BCG-itis'li olguların çalışmaya alınmamış olmasının yanında, polikliniğimize başvuran hastaların önemli

bir kısmının aynı fakülte bünyesindeki çocuk onkoloji gruplarından refere edilmesinin de etkili olduğunu düşünmekteyiz.

Çalışmamızın sonuçları ışığında; özellikle antibiyotik tedavisine cevapsız LAP'ların tanısında biyopsi kararının ertelenmemesi gerektiğini, reaktif lenfadenit tanısı alan olgularda malignite olasılığının akılda tutularak izlemlerinin titizlikle sürdürülmesi gerektiğine inanıyoruz.

Kaynaklar

1. Andrew MM: Cervical adenitis. *Pediatr Rev* 7:13, 1985
2. Devocioğlu Ö, Ağaoglu L, Zülfiyar B ve ark: 14 yıllık Hodgkin lenfoma deneyimimiz. *Tıpta yenilikler'93 ve VII. Pediatrik Tümörler Kongresi Bildiri Özetleri Kitabı*. s 90, İstanbul, 1993
3. Gedikoğlu G, Savaşan S, Anak S ve ark: İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi pediatrik hematoloji/onkoloji grubunca izlenen 154 Hodgkin hastalığı vakasının değerlendirilmesi. *Tıpta yenilikler'93 ve VII. Pediatrik Tümörler Kongresi Bildiri Özetleri Kitabı*. s 58, İstanbul, 1993
4. Kissane JM, Gephardt GN: Lymphadenopathy in childhood: Long term follow-up in patients with nondiagnostic lymph node biopsies. *Hum Pathol* 5:431, 1974
5. Knight PJ, Reiner CB: Superficial lumps in children: What, when and why? *Pediatrics* 72:147, 1983
6. Lake AM, Oski FA: Peripheral lymphadenopathy in childhood. *Am J Dis Child* 132:357, 1978
7. Lankowsky P: Lymphadenopathy. Primary pediatric care. Ed. Hoekelman RA. The CV Mosby Company, St. Louis-Missouri, p 1036, 1987
8. Salman T, Salman N, Öneş Ü ve ark: Mikobakteriyel enfeksiyonlara bağlı kronik lenfadenopatiler. XXIV. Türk Pediatri Kongresi. Adölesanın Sağlık Sorunları, 8-12 Temmuz 1985, İstanbul. Yazarlar: Tümay SB, Cenani A, Yalçın E. *Türk Pediatri Kurumu Yayınları*, No:28, s 687, Özdem Kardeşler Matbaası, İstanbul 1986
9. Saltstein SL: The fate of patients with nondiagnostic lymph node biopsy. *Surgery* 58:659, 1965
10. Sarıalioğlu F: Periferik lenfadenopatilerde tanı, izlem ve tedavi. *Katkı* 7:277, 1986
11. Sinclair S, Beckman E, Ellman L: Biopsy of enlarged superficial lymph nodes. *JAMA* 228:602, 1974