

P-149

Diğer

Lenfadenopatiye Yaklaşımında İnce Çizgi-Kikuchi Hastalığı ve Tanı Süreci

Semanur KARAGÜLLE¹, E. Ediz TÜTÜNCÜ¹, Nesibe KORKMAZ¹, Sema SARI¹, Dilek ERDİM¹, İrfan ŞENCAN¹

¹ Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara

Soru(n)

Benign lenfadenopati etyolojisine sahip bir hasta malign lenfoma tanısı alırsa ne olur? Patolojinin önemi nedir?

Olay/Olgu

Yirmi iki yaşında kadın hasta yaklaşık 2.5 aydır sol boyunda kitle şikayeti ile KBB polikliniğinde takip edilmekteymiş. Ateş ve boyunda şişlik şikayeti dışında ek şikayeti olmayan hastaya kinolon ve tetrasiklin tedavileri uygulanmış. Fakat ateşleri tedaviye rağmen gerilememiş. Hastaya dış merkezde lenf nodu biyopsisi yapılmış. Biyopsi sonucu benign lenfosit hücreleri görülmüş. Hastaya eksizyonel lenf nodu biyopsisi yapılmış. Süpürasyona uğramış nekrotizan lenfadenit ile uyumlu olarak rapor edilmiş. Hastanın taze peynir çiğ süt tüketimi yoktu. Öğretmenlik yapan hastanın herhangi bir hayvan teması, kuyu suyu içme, kene tutunması öyküsü yoktu. Hasta lenfadenopati etyolojisi araştırılmak üzere infeksiyon hastalıkları servisine kabul edildi. Hastanın fizik muayene-nede vital bulguları stabil gözlemlendi. Sol boyunda mandibula altında ve orta servikal bölgede çok sayıda ele gelen lenf nodu mevcuttu. Sağ servikal bölgede yaklaşık 3 cm boyutunda lenf nodu mevcuttu, lenf nodları hassastı. Isı artışı yoktu. Diğer sistem muayenesi doğaldı.

Ne Yapıldı?/Ne Yapılmış?

Yatışında 38°C ateşi olan genel durum bozukluğu gözlenen hastaya sulbaktam ampicilin ve siprofloksasin tedavisi başlandı. Ayırıcı tanıda düşünülen tularemi, brusella, TORCH açısından tetkikleri istendi. Tüberkülin deri testi (TDT) konuldu. Kan kültürleri alındı. Periferik yaymada atipik hücre gözlenmedi ve nötrofil hakimiyeti saptandı. Boyun USG yapıldı. Her iki submandibuler bölgede ön ve arka servikal zincirde büyüğü sağ üst ön servikalde 3 x 2 cm olmak üzere çok sayıda hipoekoik lenfadenopati izlendi. TORCH paneli IgM değerleri negatif saptandı. Tularemi aglütinasyon testi negatif geldi. TDT testi anejik görüldü. Abdomen BT'de hastanın hepatosplenomegalisi saptandı. Antibiyotik tedavisinin devam etmesine rağmen ateşleri devam eden ve lenf nodlarında gerileme gözlenmeyen hastanın hematoloji konsültasyonu sonrasında lenfoma ön tanısı ile lenf nodu biyopsisi planlandı. Hastanın biyopsi materyali patolojiye gönderildi. Dokudan tularemi, tüberküloz, brusella PCR tetkikleri istendi. Sonuçları negatif geldi. Hastanın patoloji tarafından incelenen doku örneğinde öncelikle NK hücreli lenfoma düşünüldü. Fakat kesin tanı konulamadığı için dış merkezde preparatların tekrar incelenmesi önerildi. Hastanın hematoloji bölümüne nakil verilmesi planlanırken patoloji preparatlarının dış merkezde tekrar değerlendirilmesi sonrasında Kikuchi Fujimoto hastalığı olduğu şeklinde kesin rapor verildi. Hastanın antibiyotik tedavisi kesildi. Poliklinik takiplerinde lenf nodları kendiliğinden geriledi. Ateşleri tekrarlamadı. Ek şikayeti gözlenmedi.

Yorum/Öneri/Tartışılması İstenen Konu

Kikuchi-Fujimoto hastalığı veya histiyositik nekrotizan lenfadenit (HNL) özellikle ortalama 30 yaş civarındaki kadınlarda görülen kendiliğinden sınırlanan, nekrotizan servikal lenfadenopati ile karakterize bir hastalıktır. Ateş, titreme, kas ve eklem ağrısı, splenomegali ve deride döküntüleri kliniğe eşlik edebilir. Lenfadenopatinin nadir nedenlerinden biri olan benign, etyolojisi bilinmeyen bu hastalık yaygın olarak lenfoma yanlış tanısını alır. Kendiliğinden sınırlanan bu klinik tablonun tanısında malign lenfoma ve sistemik lupus eritematozus ile benzer özellikler taşıması nedeniyle patolojinin önemi büyüktür. Olgumuzun kesin tanısı eksizyonel biyopsi ile konulmuş ve ayırıcı tanıda dışlanması gereken infeksiyöz ve noninfeksiyöz nedenler dışlanarak tanı desteklenmiştir. Sonuç olarak patolojik değerlendirmenin hastanın tanı ve tedavi sürecindeki önemi bir kere daha görülmüştür.