

ADENOPATİLER

Dr. İ. Kemâl Birol *

Giriş

Başlıca belirtileri «Lenf gangliyonlarının büyümesi - Adenopati» olarak gözüken bir çok hastalıklar vardır. Bunlarda ayırıcı tanıya gitmek oldukça zordur. Bir takım hematolojik, bakteriyolojik, şimik ve histo - patolojik tetkiklere ihtiyaç gösterir. Bazen de gangliyon ponksiyonu biyopsisi ve lenfografi yapmak zorunluluğunu duyarız. Biz burada her adenopatili hastalığı alıp inceliyecek değiliz. Bu hususuta klasik kitaplarda yeterince ayrıntılı bilgi mevcuttur. Bu yazımız; adenopatinin hangi hastalıklarda ve nerelerde oluştuğu, nasıl bir karakter kazanarak belirlendiğini hatırlamak ve ayırıcı tanıda ne yapmak gerektiğini kısaca gözden geçirmek amacını gütmektedir.

Lenfatik Gangliyonlar Hakkında Genel Bilgi :

Önce bu husustaki bilgilerimizi tazelemek isterim. Lenfatik gangliyonlar insan vücudunda 500 - 600 kadar olup iki temel elemandan teşekkül etmiştir. Bunlardan biri; gangliyonun konjonktif kapsülünü teşkil eden konjonktif çatı, diğeri ise serbest hücrelerdir. Bu hücreler, gangliyonun kortikal bölgesinde bulunan ve ekseriyeti büyük mononükleerler olan lenfositlerle, medüller bölgede bulunan lenfoblastlardır.

Lenfatik gangliyonlar; lenfin filtrasyonunu temin etmek, drenage olmuş dokulardan gelen bakterileri, yabancı partikülleri ve hücre artıklarını toplamakla görevlidir.

Lenf gangliyonları enflammatuvar reaksiyonların belirlendiği yer olarak gözüdürler ve malign proliferasyonlarda, viral ve bakteriyel enfeksiyonlarda büyürler. Ayrıca, myeloid metaplazide olduğu gibi hematopoezin merkezi olmak durumuna geçerler.

Normal ve sıhhatli bir insanda lenf gangliyonlarını palpe etmek mümkün değildir. Gangliyon muayenesinde, yüzeysel ve derin gangliyonlar araştırılır. Bunlar da şunlardır :

* Gülhane Askeri Tıp Ak. İntaniye Kl. Doçenti.

A. Yüzeyel Gangliyonlar :

1. Oksipital gangliyonlar (boyunda),
2. Kulak önü ve mastoid bölge gangliyonları,
3. Maksilla altı ve servikal gangliyonlar (karotid boyunca),
4. Klaviküla altı gangliyonları (klavikülanın arkasında),
5. Koltuk altı gangliyonları,
6. Epitroklea üstü gangl. (epitrokleanın 3 - 4 cm üstünde),
7. Inguinal bölgenin yüzeyel gangliyonları,
8. Poplitea gangliyonları (Poplitea çukurunda).

B. Derin Gongliyonlar : Bunlar palpe edilemezler. Ortaya çıkarılmaları oldukça güçtür. Örneğin, mediastinal gangliyonların araştırılması için toraksın muhtelif pozisyonlarında radyolojik tetkiki veya mediastinografi şarttır. Keza çok büyümedikleri takdirde abdominal gangliyonları da palpe etmek mümkün değildir. Durumları ancak lenfografi ile saptanabilir.

Gangliyon ponksiyonu ve biyopsisi :

A. Ponksiyon : Büyümüş bir gangliyona ponksiyon yapmak için şırınga iğnesi yeterlidir. İğnenin kalınlığı, gangliyonun hacmine göre seçilir. Küçük bir gangliyon için damar iğnesi kâfi gelir. Gangliyona girildikten sonra sert ve ani bir aspirasyon (pistonu çekiş) yapılması şarttır. Eğer pü alınır, bunun tetkiki ile süpüre etme vasfı göstermeyen bir çok olayları aydınlatmak imkân dahiline girer. Pü'nün bakteriyolojik muayenesi bazen etiyolojik etkeni hemen bulmak olanağını yaratır. Eğer ponksiyon pulpaya yapılmışsa, alınan materyelin bir lam üzerine yayılması (Adenogram) ve bunun direkt olarak ultramikraskopla tetkiki veya bakteriyolojik muayenesi kıymetli bilgiler verecektir. Adenogram, bilhassa malign adenopatilerin (Hodgkin hst., lenfosarkom, retikülosarkom, kanser metastazları), tüberküloz ve Besnier - Boeck - Schaumann hastalığının tanısında çok faydalıdır.

B. Gangliyon biyopsisi : Lenfatik gangliyonların histo - patolojik tetkiki için baş vurulan bir yöntemdir. Gangliyon biyopsisi; Hodgkin hastalığında, lenfosarkom ve retikülosarkomda, lösemilerde, kanser metastazlarında, tüberkülozda, Besnier - Boesk - Schaumann hastalığında ve akut enflammatuvar reaksiyonlarda teşhis ettirici değerinde karakteristik bulgular verir.

Gangliyon panksiyonu, biyopsiye göre daha basit ve daha süratli netice veren bir muayene metcudur. Ancak, biyopsi de, lenf gangliyonunun hücre muhtevasından başka, yapısı hakkında da

çok daha komplet bilgiler vermesi nedeniyle, şüpheli kalınan vakalarda müracaatı gerektiren değerli bir yöntemdir.

Lenfografi : Lenfatik sistemin radyolojik yolla incelenmesidir. Bunun için ayak sırtı, el sırtı veya kulak - arkası bölgesindeki lenfatik bir damar ponksiyone edilerek liposolübl kontrast bir madde (lipiodo) buradan enjekte edilir. Bu madde, lenfatik gangliyonların retikülo - endotelyal sistemi tarafından fagosite edilir ve böylece radyolojikman görünür hale geçerler. Bu vizibilite bir kaç ay devam eder. Kanserli veya enflamasyona uğramış gangliyonlarla normal gangliyonlar lipiodolu değişik şekillerde fagosite ettiklerinden patognomonik gölgeler verirler.

Böylece lenfografi; derin, visseral enflammatuvar veya malign adenopatilerde (Hodgkin, malign lenfoma, testis, over ve uterus karsinomlarının metastozlarında v.s.) teşhis ettirici bulguları ortaya koyan önemli bir muayene metodudur. Aynı zamanda cerrahî veya radyoterapik bir tedavinin uygulanmasında da yol gösterici bir vasıf kazanır. Keza, kilotoraks (Chylothorax) içindeki lenfatik fistüllerin saptanmasında, kilüride (Chylurie) ve etiyojisi tayin edilemeyen bazı ödemlerin tanısında değerini isbat etmiştir.

Lenfografinin bazı komplikasyonları vardır. Bilhassa tromboemboli (ameliye esnasında kol ve bacakların passif hareketleri tavsiye edilmiştir) ve hemoptiziler bunlar arasındadır. Hipertermi, taşikardi, kusma ve bulantı da sıklıkla görülür, fakat sonuç daima selimdir.

Şimdi adenopati belirtisi ile seyreden hastalıkları ve oluştuğu hastalıktaki adenopatinin karakteristik özelliklerini inceleyelim.

ADENOPATILER

Hastalığın ismi	Karakteristik bulgular
Piyojen enfeksiyonlar	Adenopatinin oluştuğu bölgeye uygun olan porte d'entrée (giriş kapısı) nin araştırılması (Örneğin, servikal adenopati vakalarında boğaz muayenesi, epitrokleen adenopatilerinde parmakların muayenesi gibi. Tanı; Hemokültür ve lenf gangliyonunun bakteriyolojik muayenesi ile konur.
Tüberküloz (Adenit hipertrofik	Adenopati ekseriya servikal bölgede lokalize olur. Gangliyonlar sert, hareketli, ağrısız veya çok az ağrılı olup, büyüyen gangliyonların büyüklükleri birbirine eşit değildir. Tanı; Gangliyon biyopsisi ve ponksiyonla gangliyon- dan alınan materyelin bakteriyolojik tetkiki ile konur.

Hastalığın ismi	Karakteristik bulgular
Primer sifiliz	Genellikle inguinal bölgede bulunan şankr'a (chancre) eşlik eden bölgesel adenopati mevcuttur. Bazen de nadiren adenopati boyunda bulunabilir. (Chancre buccal- ağız şankr'ı). Gangliyonlar sert ve ağrısız olup, etraflarına yapışık değildirler. Ekseriya gangliyonlardan bir tanesi diğerlerine nazaran büyüktür. Gangliyonun veya diğer lezyonun ultramikroskopik incelenmesi tanıya götürür.
Sekonder sifiliz	Jeneralize adenopati mevcuttur. Gangliyonlar sert ve ağrısız olup, süpüre etmezler.
Yumuşak şankr (Chancre mou)	Tek taraflı inguinal adenopati mevcuttur. Gangliyon oldukça büyük olup, sıcak, ağrılı, flüktüasyon veren ve süpürasyona eğilimi olan bir niteliktedir. Gangliyona ponksiyon yapılarak alınan sıvıda Ducrey basilini aramak gerekir.
Nicolas - Favre hastalığı	Adenopati, inguinal bölgede ve tek taraflıdır. Bir çok gangliyonlar atakedir ve peridenedit yaptıklarından dolayı da palpasyonla tek bir blok halinde hareket ederler. Bir çok yerlerinden fistülize olmaya eğilimlidirler. Tanı; intradermal Frei reaksiyonu ile teyid edilir.
Peste bubonique (Bubon vebası)	Büyüyen lenf gangliyonları çok ağrılı olup, süpüre etmeye eğilimlidirler. Gangliyon ponksiyon materyelinin bakteriyolojik muayenesi tanıya götürür.
Sodoku	Bölgesel olarak oluşan adenit süpüre etmez. Ancak, bir lenfanjit hattı her zaman mevcuttur. Gangliyondan alınan materyelde spiroketin tesbiti tanıya götürür
Tularemi	Lenfanjitle birlikte süpüre etmiş bölgesel bir adenopati vardır. İnokülasyon yerinde ülsere olmuş papül bulunur. Gangliyondan ponksiyonla alınan materyelin kobaya inokülasyonu tanı için şarttır.
Enfeksiyöz mononükleoz	Yaygın bir adenopati mevcuttur ama, servikal bölgede en hakim durumdadır. Gangliyonlar orta derecede büyümüş olup, başlangıçta ağrılı, sert ve düzdürler. Anjin ve splenomegali de sıklıkla refakat eder. Kan formülü ve Paul-Bunnell reaksiyonu tanıyı koydurur.
Kızamıkçık	Adenopati; kuiak arkası, arka-servikal ve suboksipital bölgelerde lokalize olur.

Hastalığın ismi	Karakteristik bulgular
Chauffard - Still hastalığı	Yaygın, orta derecede büyümüş adenopati mevcuttur. Gangliyonlar sert, ağrısız olup etraflarına yapışmazlar. (Periadenit yapmazlar). Kronik evolutif poliartrit'in çocuklarda görülen özel bir formudur.
Kedi tırmalaması hastalığı (Griffes du chat)	Bölgesel adenopati mevcut olup, periadenit yaparlar ve süpüre ederler. İntradermal reaksiyonun pozitif oluşu tanıya yardımcı olur. (Test için kullanılan antijen flüktüan bir gangliyonun cerahatinden hazırlanmıştır.)
Besnier - Boeck - Schaumann hastalığı	Adenopati; kulak önü ve arkası, submaksiller ve epitrokleen bölgelerindeki gangliyonlarda görülür. Atake olan bu gangliyonlar sert, hareketli ve ağrısızdır. Tanı, gangliyon biyopsisi ile konur.
Serum hastalığı	Erken oluşan bir adenopati mevcuttur. Ekseriya bölgesel gangliyonlarda başlarsa da, bazen de epitrokleen gangliyonları öncülük ederler. Dalak da çoğu vakalarda büyür.
Lösemiler	Adenopati yaygın olup, daha ziyade boyun lenf gangliyonları hakim görünür. Gangliyonlar elastiki, hareketli ve ağrısızdır. Hematolojik muayeneler tanıya götürür.
Hodgkin hastalığı	Adenopati önce lokal olduğu halde, sonraları yaygınlaşır. (jeneralize olur.). Muhtelif gangliyonlar farklı büyüklükte olup, ağrısızdırlar ve süpüre etmezler. Adenogram ve gangliyon biyopsisi tanı için şarttır.
Lenfosarkom, Retikülosarkom, Lenfoblastom jiggantosellüler	Bu hastalıklarda lenf gangliyonları; büyük, sert, plastron halinde ve cilde yapışık olarak bulunurlar. Tanı, adenogram ve gangliyon biyopsisi ile konur.
Sekonder kanser	Oluşan adenopatiler iri ve çok sert olup periadenit halindedirler. Cilde ve derin planda bulunan gangliyonlara yapışıkırlar. Adenopati mutad olduğu üzere lokalizedir. (Meme kanserinde önce kol-tuk altında olduğu gibi.).

Özet

Bu yazıda, lenfatik gangliyonlar hakkında kısaca genel bir bilgi verilmiş ve daha sonra, adenopati ile seyreden hastalıklarda lenf gangliyonlarının kazandıkları özellikler gözden geçirilmiştir.

Summary

Lymphadenopathies

In this article, the general knowledge about the lymph nodes is summarized. In addition to this, the properties of the enlarged lymph nodes in various illnesses with adenopathy are reviewed.

KAYNAKLAR

1. Niederman, J. C., McCollum : Infectious mononucleosis : Clinical manifestations in relation to EB virus antibodies. J. A. M. A. 203 : 205, 1968.
2. Krugman, S., Ward, R. : Infectious diseases of children, fourth edition. The C. V. Mosby Company, Saint Louis, 1968.
3. McCombs, R. P. : Fundamentals of Internal Medicine, Third edition, 35 East Wacker Drive, Chicago.
4. Fattorusso, V., Ritter, O. : Vademecum clinique, huitième édition, Masson et C^{ie}-EDITEURS 120, Boulevard Saint-Germain, Paris, 1967.
5. The Merck Manual, Merck, Co. Inc. Rahway N. J., USA, 1967.
6. Ruch - Patton : Physiology and Biophysics, Nineteenth edition, W. B. Saunders Company, Philadelphia and London, 1966.
7. Harries, E. H. R., Mitman, M. : Clinical practice in infectious diseases, Edinburgh, fourth edition, Livingstone, 1951.