

Dr. Murat ÇAPANOĞLU,^a
Dr. Gönül TANIR,^b
Dr. Nilüfer ARDA,^c
Bekir ÇELEBİ^d

^aPediatric Kliniği,

^bPediyatrik Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği,

^cPatoloji Bölümü,

Dr. Sami Ulus Kadın Doğum,

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları

Eğitim ve Araştırma Hastanesi,

^dRefik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi

Başkanlığı, Ulusal Tularemi

Referans Laboratuvarı,

Ankara

Geliş Tarihi/Received: 20.05.2010

Kabul Tarihi/Accepted: 05.11.2010

Yazışma Adresi/Correspondence:

Dr. Murat ÇAPANOĞLU

Dr. Sami Ulus Kadın Doğum,

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları

Eğitim ve Araştırma Hastanesi,

Pediyatri Kliniği, Ankara,

TÜRKİYE/TURKEY

drmuratcapan@mynet.com

Boyunda şişlik yakınmasıyla başvurduğu doktor tarafından lenfadenit tanısıyla ağızdan antibiyotik tedavisi verilen 10 yaşındaki erkek hasta, yakınmasının devam etmesi nedeniyle başvurduğu başka bir sağlık kuruluşu tarafından derin boyun enfeksiyonu olarak değerlendirilmişti. Hastaneye yatırılarak izlenen hastaya 19 gün süresince damar içi ampicilin-sulbaktam tedavisi verilmişti. Hastanın tam kan sayımı, periferik yayma incelemesi, C-reaktif protein düzeyi, eritrosit sedimentasyon hızı ve biyokimyasal tetkikleri normal bulunmuştu. Epstein-Barr virüs (EBV), sitomegalovirüs (CMV), toksoplazma, herpes simpleks virüs (HSV), rubella, insan immünyetmezlik virüsü [human immuno-deficiency virüs (HIV)], brusella ve salmonella enfeksiyonları açısından serolojik incelemeleri tanısal bulunmamıştı. Uygulanan damar içi antibiyotik tedavisine rağmen kitlenin boyutlarında küçülme gözlenmemesi nedeniyle lenf bezi biyopsisi yapılmıştı. Biyopsi örneğinin Giemsa boyaması ile mikrobiyolojik incelemesinde bol lökosit (%90 PMNL, %10 MNL) görülmüş ve kültüründe *Escherichia coli* üremesi olmuştu. Lenf bezinin histopatolojik incelemesinde epidermisin altında stromada lenfositler ve histiyositlerin oluşturduğu granülom yapıları yanında multinükle-



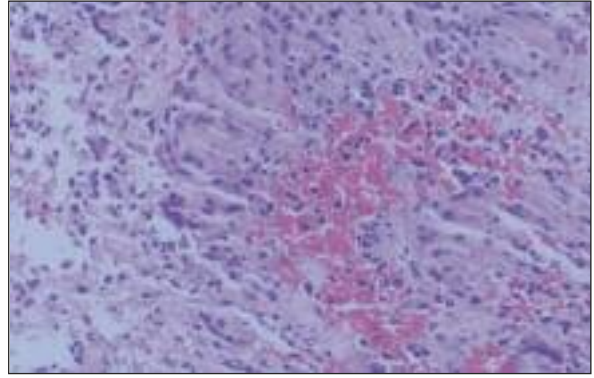
RESİM 1A, B: Hastadaki servikal lenfadenopatinin dıştan görünümü.

er dev hücreler ve mononükleer iltihabi hücre infiltrasyonunun olması, stromada bazı alanlarda nekroz alanların saptanması nedeniyle hasta granülatöz enfeksiyon ayırıcı tanısı yapılması amacıyla tarafımıza yönlendirilmişti.

Çankırı İli'nden gelen hastanın öğrenci yur-
dunda yaşadığı, boyundaki şişliğinin 40 gün önce başladığı ve kilo kaybı, gece terlemesi gibi yakınmalarının bulunmadığı ve tüberkülozlu hasta ile temas öyküsünün olmadığı öğrenildi. Hastanın fizik muayenesinde, boynun sol tarafında 4 cm çapında, hareketsiz, üzerinde kızarıklık ve ısı artışı olmayan, yaklaşık 4 cm uzunluğunda kesi izi bulunan sert bir kitle ele geliyordu. Bu bulgu dışında hastada vücudunun başka bir yerinde lenfadenopati veya hepatosplenomegali saptanmadı. Kliniğe kabul edildiğinde, daha önce yeterli süre antibiyotik tedavisi aldığı için, hastaya antibiyotik tedavisi başlanmadı. Tüberkülin cilt testi negatif, akciğer grafisi ve abdominal ultrasonografi incelemeleri normal olarak değerlendirildi. Boyun ultrasonografisinde, sol servikal bölgede jugulodigastrik alanda 35 x 23 mm çapında, içerisinde kistik alanlar izlenen bir heterojen kitle lezyonu saptandı. Bu lezyonun ster-

nokloidomastoid kası ve juguler veni yaylandırdığı gözlemlendi. Biyopsi örneğinin aside dirençli basil boyaması ve mikobakteri kültürü negatif bulundu. Resim 1A, B'de fotoğrafları, Resim 2'de ise biyopsi örneğinin histopatolojik incelemesi gösterilen hastada yapılan ek bir serolojik inceleme ile tanı konuldu.

Tanı koyduran serolojik inceleme ve tanınız nedir?



RESİM 2: Çevresinde multinükleer dev hücreler, lenfositler ve histiyositlerin palizadik dizilim gösterdiği, merkezinde nekroz alanları izlenen granülom yapısı (HE boyama, X200 büyütme).