



## Radyolojik Tanınız Nedir? / What is Your Radiologic Diagnosis?

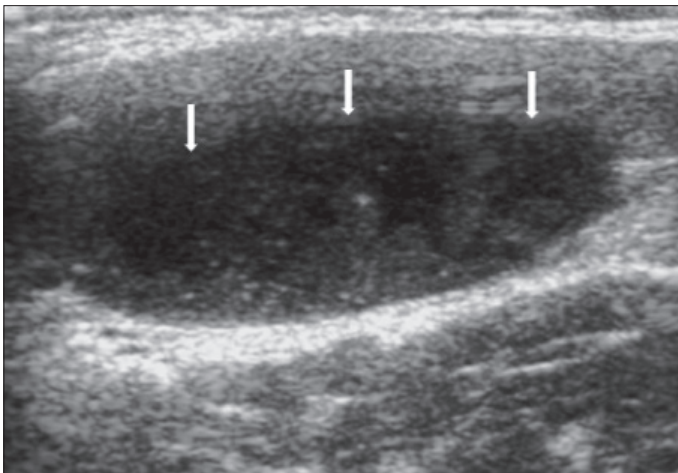
DOI: 10.5578/ced.202016 - J Pediatr Inf 2020;14(1):57-59

Bölüm Editörü: Prof. Dr. Mithat Haliloğlu

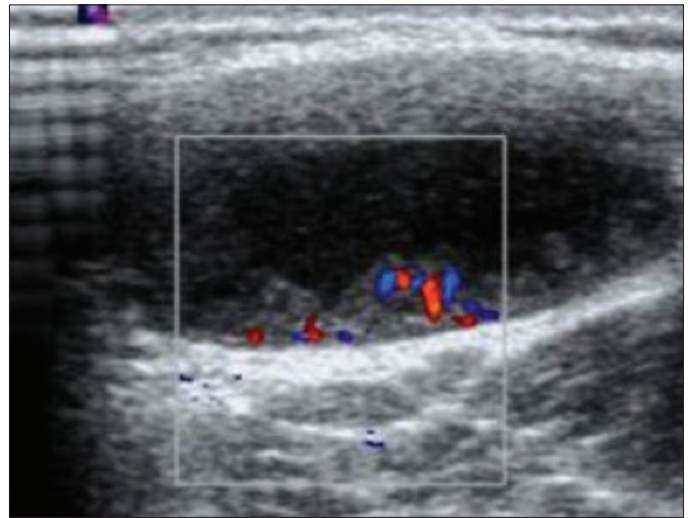
Özlem Özkale Yavuz<sup>1</sup>(iD), Hatice Nursun Özcan<sup>1</sup>(iD)

<sup>1</sup> Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Pediatrik Radyoloji Bilim Dalı, Ankara, Türkiye

On altı yaşında kız hasta, kulak burun boğaz polikliniğine üç ay önce boyun sağ tarafında aniden oluşan ve giderek artan şişlik yakınmasıyla başvuruyor. Hastanın mevcut şikayetine ateş, gece terlemesi veya kilo kaybı gibi semptomlar eşlik etmiyor. Ailede tüberküloz öyküsü bulunmuyor. Fizik muayenesinde sağ posterior servikal zincirde büyüğü yaklaşık 3 x 2 cm boyutlarında birkaç adet sert kitle palpe ediliyor. Hastaya boyun ultrasonografi (USG) ve intravenöz (IV) kontrast madde verilerek boyun manyetik rezonans görüntüleme (MRG) tetkikleri yapılıyor. Boyun USG tetkikinde; B-mod incelemede sağ servikal zincirde, lobüle konturlu, ortası yoğun kıvamlı kistik-nekrotik olduğu düşünülen, kalın duvarlı, öncelikle enfekte, süpüre olmuş lenfadenopati lehine lezyon görülüyor (beyaz oklar) (Resim 1). Lezyon duvarında Doppler USG ile vaskülarite artışını temsil eden renk kodlaması seçiliyor (Resim 2). Kontrastlı boyun MRG tetkikinde; sağ servikal zincirde



Resim 1. Longitudinal planda B-mod boyun USG görüntüsü.



Resim 2. Longitudinal planda boyun Doppler USG görüntüsü.

USG tetkikinde tanımlanan, yağ baskılı T2-ağırlıklı seride hiperintens, T1-ağırlıklı seride hipointens, lobüle konturlu, santrali büyük oranda nekrotik lenfadenopati ile uyumlu lezyon izleniyor (beyaz oklar) (Resim 3, 4). Post-kontrast yağ baskılı T1-ağırlıklı seride lezyonun periferinin kontrastlandığı görülüyor (yıldız) ve lezyon çevresindeki yumuşak dokularda inflamasyon ile uyumlu sinyal intensite artışları seçiliyor (beyaz oklar) (Resim 5). Lezyonun santralinde ise nekrotik bileşeni temsil eden difüzyon ağırlıklı sekans ve ADC haritasında kolaylaşmış difüzyona ait sinyal artışları izleniyor (beyaz oklar) (Resim 6, 7).

Verilen bulgulara, boyun USG ve kontrastlı boyun MRG tetkiklerine göre tanınız nedir?

### Yazışma Adresi / Correspondence Address

Özlem Özkale Yavuz

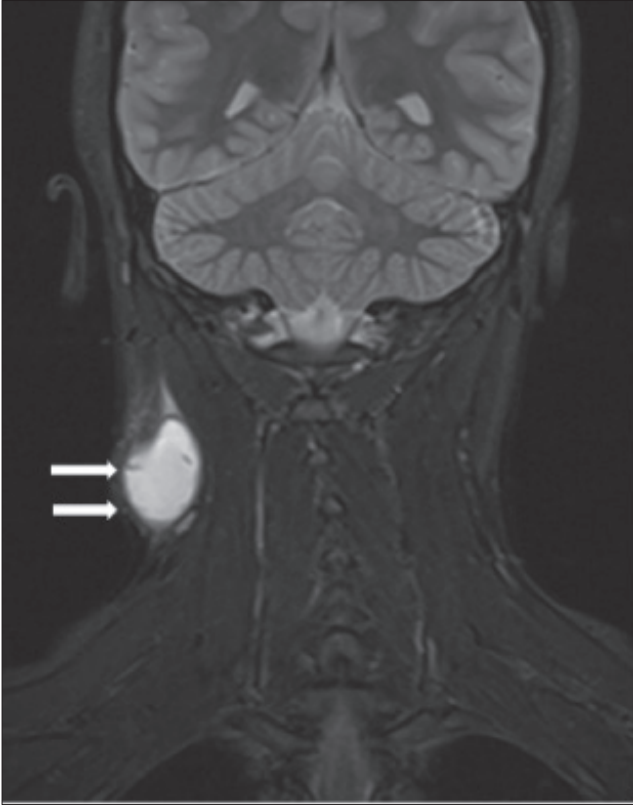
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi,  
Radyoloji Anabilim Dalı,  
Pediatrik Radyoloji Bilim Dalı,  
Ankara-Türkiye

Geliş Tarihi: 17.02.2020

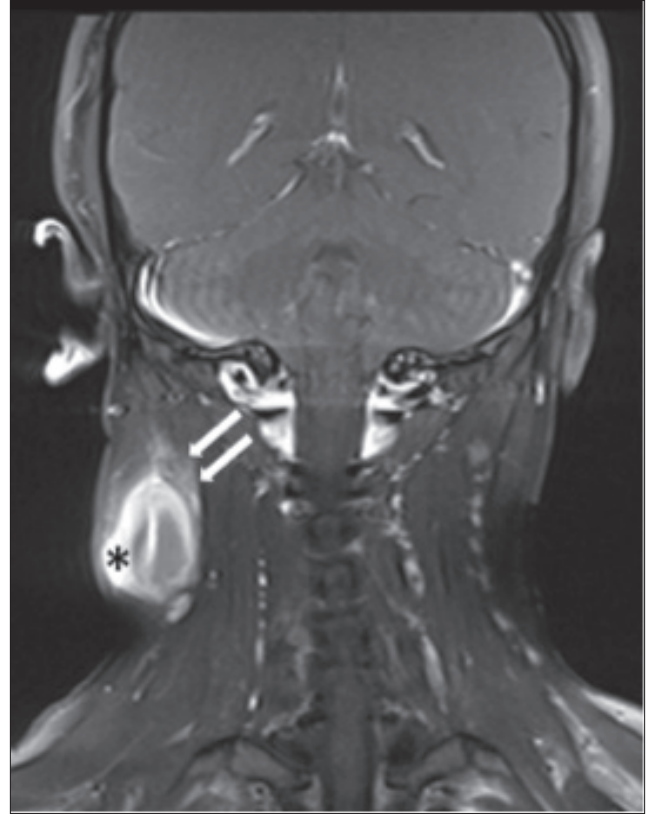
Kabul Tarihi: 20.02.2020

Çevrimiçi Yayın Tarihi: 26.03.2020

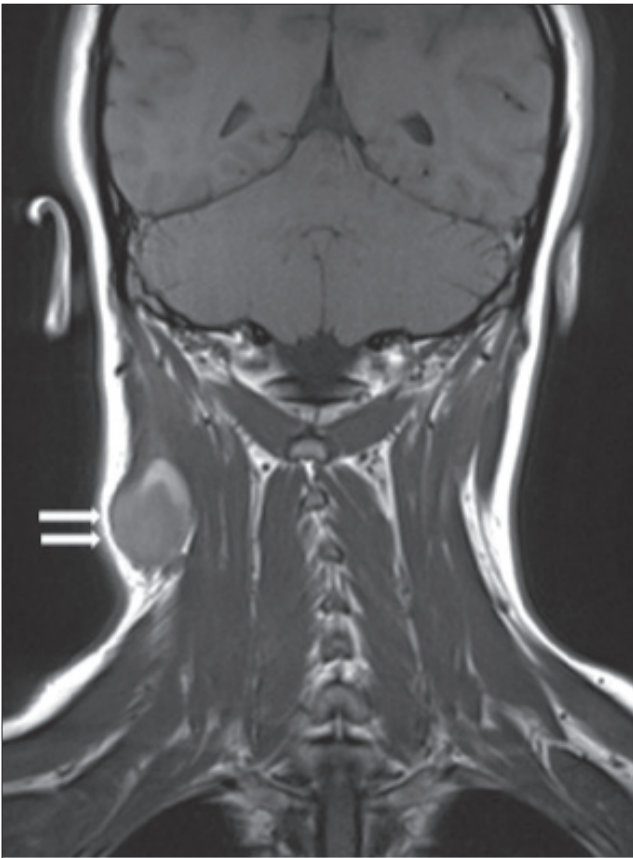
©Telif Hakkı 2020 Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Derneği.  
Makale metnine www.cocukenfeksiyon.org web sayfasından ulaşılabilir.



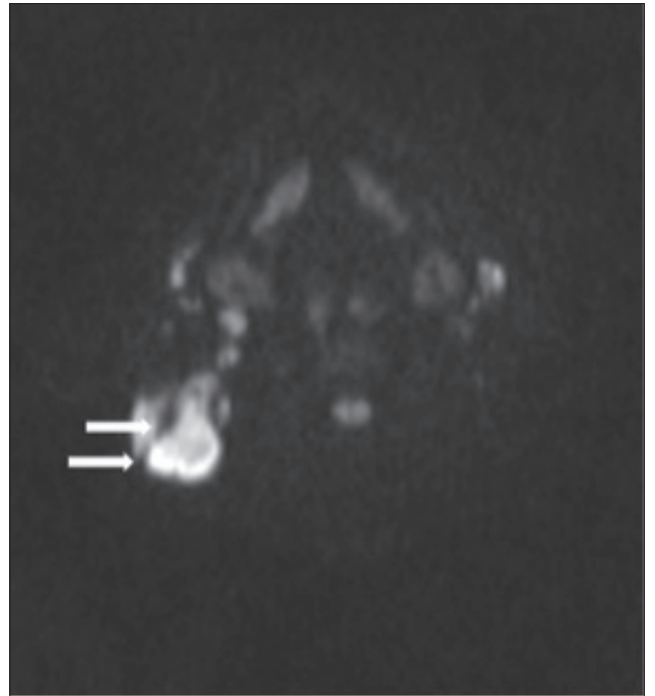
**Resim 3.** Koronal planda yağ baskılı T2-ağırlıklı MRG kesiti.



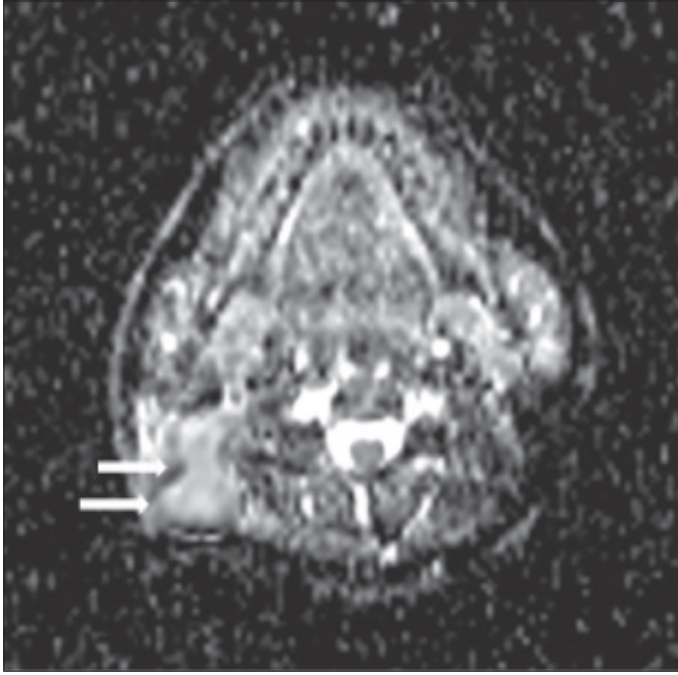
**Resim 5.** Koronal planda post-kontrast yağ baskılı T1-ağırlıklı MRG kesiti.



**Resim 4.** Koronal planda T1-ağırlıklı MRG kesiti.



**Resim 6.** Transvers planda difüzyon ağırlıklı MRG kesiti.



**Resim 7.** Transvers planda ADC haritası.

### TANI: Tüberküloz Lenfadeniti

Lokal anestezi altında, USG kılavuzluğunda sağ servikal büyümüş lenf nodundan ince iğne aspirasyon biyopsisi yapılıyor. Patoloji sonucu fokal nekroz içeren granülomatöz reaksiyon ile uyumlu bulunuyor. Hastaya antitüberküloz tedavi veriliyor, lenf nodlarında belirgin küçülme ve inflamasyon bulgularında gerileme izleniyor.

### Kısa Tartışma

Tüberküloz, *Mycobacterium tuberculosis* basilinin neden olduğu, epidemik bölgelerde morbidite ve mortaliteye yol

açabilen bulaşıcı bir hastalıktır. Tüberküloz %35 oranında ekstrapulmoner tutulum ile kendini gösterir. Ekstrapulmoner tüberkülozun sık görülen bulgularından biri tüberküloz lenfadenitidir ve genellikle servikal lenf nodlarını tutar. Bu nedenle tüberküloz lenfadeniti boyun kitlelerinin ayırıcı tanısında akıldan tutulması gereken antitelardan biridir (1). En sık 11-30 yaş arasındaki çocuklar ve genç yetişkinler etkilenir ve kadınlarda daha sıklıkla görülür (2,3). USG, bilgisayarlı tomografi (BT) ve MRG tanı koymada yardımcı radyolojik yöntemlerdir. Boyun USG tetkiki servikal kitle ile başvuran hastalarda hızlı ve kolay ulaşılabilir olması, ucuz olması, radyasyon içermemesi, lezyonun iç yapısını değerlendirmeye yardımcı olması ve patolojik tanı için gereken biyopsi işlemlerinde kılavuz görevi görmesi gibi nedenlerle tanıda ilk başvurulacak yöntemdir. Çocuk hastalarda, radyasyona bağlı yan etkileri nedeniyle BT tetkiki yerine, yumuşak doku çözünürlüğü yüksek, radyasyon içermeyen görüntüleme yöntemi olan MRG tetkiki tercih edilmelidir. Tüberküloz lenfadeniti varlığında, santrali kistik-nekrotik karakterde veya kalsifikasyon içeren, duvarı kontrastlanan, çevre yumuşak dokularda eşlik eden inflamasyon bulgularının görüldüğü, çok sayıda, birleşme eğilimi gösteren lenfadenopati izlenir (1).

### Kaynaklar

1. Raut AA, Naphade PS, Ramakantan R. Imaging spectrum of extrathoracic tuberculosis. *Radiol Clin North Am* 2016;54:475-501. [\[CrossRef\]](#)
2. Moon WK, Han MH, Chang KH, Im JG, Kim HJ, Sung KJ, et al. CT and MR imaging of head and neck tuberculosis. *Radiographics* 1997;17:391-402. [\[CrossRef\]](#)
3. Jha BC, Dass A, Nagarkar NM, Gupta R, Singhal S. Cervical tuberculous lymphadenopathy: changing clinical pattern and concepts in management. *Postgrad Med J* 2001;77:185-7. [\[CrossRef\]](#)