

LENFADENOPATİLİ HASTAYA YAKLAŞIM VE LENF BEZİ MUAYENESİ 15.09.2026

Lenfadenopati (LAP), lenf nodlarının boyut, sayı veya kıvam açısından normalden farklı hale gelmesini ifade eder. Klinik pratikte lenfadenopati oldukça sık karşılaşılan bir fizik muayene bulgusudur. Basit ve kendini sınırlayan bir enfeksiyonun sonucu olabileceği gibi lenfoma, lösemi veya solid organ malignitesinin ilk bulgusu da olabilir. Bu nedenle lenfadenopatili hastaya yaklaşımda amaç, yalnızca büyümüş lenf nodunu saptamak değil; lenfadenopatinin lokalize mi jeneralize mi olduğunu belirlemek, lenf nodunun özelliklerini doğru tanımlamak ve hastada malignite ya da sistemik hastalık düşündüren bulguların bulunup bulunmadığını değerlendirmektir.

Muayeneye başlamadan önce hastada görülen veya palpe edilen şişliğin gerçekten bir lenf nodu olup olmadığı düşünülmelidir. Özellikle boyun bölgesindeki her şişlik lenfadenopati değildir. Tiroid nodülleri, tükürük bezlerine ait patolojiler, konjenital kistler, lipomlar ve diğer yumuşak doku kitleleri lenf nodu ile karıştırılabilir. Benzer şekilde inguinal bölgede herni, aksiller bölgede hidradenit veya diğer yumuşak doku lezyonları lenfadenopati izlenimi verebilir. Bu nedenle anatomik lokalizasyon ve kitlenin fizik özellikleri değerlendirilerek öncelikle “Bu gerçekten bir lenf nodu mu?” sorusuna cevap verilmelidir.

Lenf nodlarının sistematik muayenesi

Lenf nodu muayenesi yalnızca hastanın şişlik tarif ettiği bölgenin muayenesi değildir. Örneğin boynunda şişlik nedeniyle başvuran hastada yalnızca servikal bölgenin değerlendirilmesi yetersizdir. Hastanın erişilebilir bütün periferik lenf nodu bölgeleri sistematik olarak muayene edilmelidir. Bunun temel nedeni, saptanan lenfadenopatinin lokalize veya jeneralizeolduğunun belirlenmesidir.

Boyun muayenesinde hastanın rahat oturması, boynun hafif fleksiyonda ve kasların mümkün olduğunca gevşek olması sağlanır. Palpasyon parmak uçlarıyla bastırılarak değil, tercihen ikinci, üçüncü ve dördüncü parmakların pulpası kullanılarak nazik ve dairesel hareketlerle yapılır. Sağ ve sol tarafın karşılaştırılması yararlıdır.

Servikal lenf nodları belirli bir sıra izlenerek değerlendirilmelidir:

Oksipital → postauriküler → preauriküler → tonsiller/jugulodigastrik → submandibular → submental → anterior servikal → posterior servikal → supraklaviküler bölgeler.

Boyun muayenesinden sonra aksiller bölgeler değerlendirilir. Aksiller muayenede hastanın kolunun tamamen gergin tutulması doğru değildir; kol hafif desteklenerek aksiller kasların gevşemesi sağlanmalı ve aksillanın mümkün olduğunca derin bölgeleri palpe edilmelidir. Ardından epitroklear lenf nodları değerlendirilir. Epitroklear bölge sıklıkla unutulur; dirseğin medialinde, medial epikondilin birkaç santimetre proksimalindeki alan palpe edilmelidir. Son olarak bilateral inguinal bölgeler değerlendirilir.

Bu sistematik muayenenin sonunda hekim şu soruya cevap verebilmelidir:

Lenfadenopati lokalize mi, jeneralize mi?

Tek bir anatomik lenf nodu bölgesinin tutulması lokalize lenfadenopatiyi düşündürürken, birbirinden ayrı birden fazla lenf nodu bölgesinin tutulması sistemik bir sürecin olasılığını artırır.

Palpe edilen lenf nodunun tanımlanması

Lenf nodunun bulunması muayenenin yalnızca başlangıcıdır. “Boyunda LAP mevcut” şeklindeki bir fizik muayene kaydı yeterli değildir. Palpe edilen lenf nodunun özellikleri tarif edilmelidir.

Değerlendirilmesi gereken temel özellikler şunlardır:

- Lokalizasyon
- Sayı
- Boyut
- Kıvam
- Hassasiyet/ağrı
- Mobilite
- Çevre dokulara fiksasyon
- Birbirleriyle birleşme/matlaşma-konglomerasyon
- Üzerindeki cildin özellikleri

Örneğin iyi yapılmış bir fizik muayene kaydı şöyle olabilir:

“Sol posterior servikal zincirde yaklaşık 2×2 cm boyutunda, sert-elastik kıvamda, ağrısız, mobil, çevre dokulara fikse olmayan, üzerindeki cilt doğal tek lenf nodu palpe edildi.”

Bu tarif, yalnızca “servikal LAP mevcut” ifadesinden çok daha değerlidir; çünkü hekime lenf nodunun klinik karakteri hakkında bilgi verir.

Lenf nodunun fizik özelliklerinin yorumlanması

Lenf nodunun kıvamı önemli olmakla birlikte tek başına tanı koydurmaz. Akut inflamatuvar veya enfeksiyöz süreçlerde lenf nodları sıklıkla yumuşak, mobil ve hassastır. Buna karşılık ağrısız, sert, giderek büyüyen, çevre dokulara fikse veya birbirleriyle birleşmiş lenf nodları malignite açısından daha dikkatli değerlendirilmelidir.

Taş sertliğindeki bir lenf nodu özellikle metastatik malignite olasılığını düşündürebilir. Lenfomalarda ise nodlar sıklıkla ağrısız ve sert-elastik ya da klasik ifadeyle “rubbery” özellikte olabilir. Ancak bunların hiçbirisi patognomonik değildir. Fizik muayene tanıyı koymaz; klinik olasılığı belirler.

Hassasiyet de benzer şekilde yorumlanmalıdır. Ağrılı ve hassas lenf nodu inflamasyon veya enfeksiyonu destekler; fakat “ağrılı nod benignedir, ağrısız nod maligndir” şeklinde kesin bir kural yoktur.

Lokalizasyon bize ne anlatır?

Lenfadenopatinin lokalizasyonu önemlidir; çünkü lenf nodları belirli anatomik bölgelerin lenfatik drenajını alırlar. Bu nedenle lokalize lenfadenopati saptandığında öncelikle o nodal bölgenin drene ettiği alan incelenmelidir.

Servikal lenfadenopatide ağız ve dişler, tonsiller bölge, orofarenks, baş-boyun bölgesi ve üst solunum yolları değerlendirilmelidir. Hastanın boynunu palpe edip ağız ve boğaz muayenesini yapmamak eksik bir fizik muayenedir.

Aksiller lenfadenopatide üst ekstremiteler, meme ve toraks duvarı; inguinal lenfadenopatide alt ekstremiteler, genital-perineal bölge ve ilgili cilt alanları değerlendirilmelidir.

Supraklaviküler lenfadenopati özel önem taşır. Özellikle erişkin bir hastada persistan supraklaviküler lenfadenopati malignite açısından dikkatle değerlendirilmelidir. Sol supraklaviküler bölgedeki Virchow nodu klasik olarak torasik kanal aracılığıyla özellikle abdominal ve gastrointestinal malignitelerle ilişkilendirilmekle birlikte, supraklaviküler lenfadenopatiyi yalnızca bu klasik ilişkiyle sınırlandırmak doğru değildir.

Lenfadenopatili hastanın anamnezi

Fizik muayene anamnezden bağımsız değerlendirilmemelidir. Lenf nodunun ne kadar süredir bulunduğu ve zaman içinde nasıl değiştiği özellikle önemlidir. Birkaç gün içerisinde ortaya çıkan ve üst solunum yolu enfeksiyonuyla birlikte bulunan

hassas servikal lenfadenopati ile üç aydır giderek büyüyen ağrısız supraklaviküler lenfadenopati aynı şekilde değerlendirilmez.

Hastaya lenf nodunun ne zaman fark edildiği, büyüyüp büyümediği, ağrılı olup olmadığı ve başka bölgelerde benzer şişlik bulunup bulunmadığı sorulmalıdır. Yakın zamanda geçirilmiş üst solunum yolu enfeksiyonu, tonsillit, diş enfeksiyonu veya cilt enfeksiyonu sorgulanmalıdır. Klinik duruma göre tüberküloz teması, hayvan teması, seyahat öyküsü ve kullanılan ilaçlar değerlendirilir.

Hematolojik malignite düşünülen hastada sistemik semptomların sorgulanması özellikle önemlidir. Ateş, gece terlemesi ve istemsiz kilo kaybı sorgulanmalıdır. "Kilo kaybınız var mı?" sorusu tek başına yeterli değildir; kaç kilogram verdiği, başlangıç kilosunun ne olduğu ve bunun ne kadar sürede gerçekleştiği öğrenilmelidir. Lenfomaların klasik B semptom tanımlamasında altı ay içinde vücut ağırlığının %10'undan fazla istemsiz kaybı önemlidir. Gece terlemesinin de hafif terleme değil, hastanın kıyafetlerini veya yatak çarşaflarını değiştirmesini gerektirecek düzeyde olup olmadığı sorgulanmalıdır.

Lenf nodu muayenesi lenf nodlarında bitmez

Lenfadenopatili hastanın fizik muayenesi periferik lenf nodlarının palpasyonu tamamlandığında bitmiş değildir. Özellikle hematolojik hastalıklar açısından değerlendirilen bir hastada hepatomegali ve splenomegali mutlaka araştırılmalıdır.

Örneğin tek bir servikal lenf nodu bulunan ve yakın zamanda tonsillit geçirmiş genç bir hastanın klinik anlamı ile servikal, aksiller ve inguinal lenfadenopatileri bulunan ve beraberinde splenomegalisi olan bir hastanın klinik anlamı tamamen farklıdır.

Bu nedenle lenfadenopatili hastanın muayenesinde genel olarak şu alanlar birlikte değerlendirilmelidir:

Tüm periferik lenf nodu bölgeleri + karaciğer + dalak + cilt + orofarenks + ilgili lenf nodunun drene ettiği anatomik bölge.

Ayrıca hastanın genel görünümü, ateşi ve varsa enfeksiyon veya maligniteyi düşündüren diğer fizik muayene bulguları değerlendirilmelidir.

Muayene bulgularından klinik karara geçiş

Muayenenin sonunda amaç hemen bir hastalık ismi söylemek değildir. Öncelikle hastanın hangi klinik paterne uyduğu belirlenmelidir.

Genç bir hastada akut başlayan, enfeksiyonla ilişkili, küçük, mobil ve hassas servikal lenf nodları reaktif/enfeksiyöz lenfadenopatiji daha olası hale getirir.

Buna karşılık ileri yaşta ortaya çıkan, haftalar-aylar içinde büyüyen, ağrısız, sert, fikse veya supraklaviküler yerleşimli lenfadenopati malignite açısından ileri değerlendirme gerektirir.

Birden fazla lenf nodu bölgesinin tutulması, splenomegali ve sistemik semptomların birlikte bulunması ise sistemik enfeksiyonlar, otoimmün hastalıklar ve özellikle lenfoproliferatif hastalıkların düşünülmesini gerektirir.

Örneğin;

“54 yaşında erkek hasta, dört aydır boyun ve koltuk altında giderek büyüyen şişliklerden yakınıyor. Altı ayda 82 kg'dan 72 kg'a düşmüş ve geceleri kıyafet değiştirmesini gerektiren terlemesi var. Muayenede bilateral servikal, aksiller ve inguinal lenfadenopatiler ile splenomegali saptanıyor.”

Bu hastada fizik muayene bize henüz “lenfoma tanısı” koydurmaz. Ancak lenfoproliferatif malignite olasılığının ciddi biçimde araştırılması gerektiğini gösterir.

Tanıya geçiş:

Lenfadenopati değerlendirmesinde hemogram, periferik yayma, biyokimyasal incelemeler ve LDH gibi laboratuvar testleri klinik tabloya göre kullanılabilir. Enfeksiyöz neden düşünülüyorsa uygun mikrobiyolojik veya serolojik incelemeler yapılabilir. Görüntüleme yöntemleri lenfadenopatinin yaygınlığını ve eşlik eden patolojileri göstermede yararlıdır.

Hemogram lenfoma tanısı koydurmaz.

LDH lenfoma tanısı koydurmaz.

PET-BT lenfoma tanısı koydurmaz.

Lenfoma şüphesinde kesin tanının temeli yeterli doku örneğinin histopatolojik değerlendirilmesidir. Uygun hastada eksizyonel lenf nodu biyopsisinin önemli olmasının temel nedenlerinden biri lenf nodunun yalnızca hücresel özelliklerinin değil, nodal mimarisinin de değerlendirilebilmesidir.

Dolayısıyla

Lenfadenopati bir tanı değil, fizik muayene bulgusudur. Önce bunun gerçekten lenf nodu olduğunu doğrularım. Sonra bütün lenf nodu bölgelerini muayene ederek lokalize mi jeneralize mi olduğunu belirlerim. Nodun yerini, boyutunu, kıvamını, hassasiyetini, mobilitesini ve fiksasyonunu tarif ederim. Drene ettiği anatomik bölgeyi, karaciğeri ve dalağı muayene ederim. Anamnezle akut-enfeksiyöz bir süreç mi, yoksa persistan/progresif ve malignite açısından şüpheli bir süreç mi olduğunu değerlendiririm. Malignite şüphesi varsa tanıya yeterli doku ile giderim.

Prof Dr Engin KELKİTİLİ