

ТУБЕРКУЛОЗНИ ЛИМФАДЕНИТИС ЦЕРВИКОМЕДИЈАСТИНУМА

Бранислава ИВАНОВИЋ-КРСТИЋ¹, Димитра КАЛИМАНОВСКА-ОШТРИЋ¹,
Босиљка ВУЈИСИЋ-ТЕШИЋ¹, Драгана ЈОВАНОВИЋ², Александар ДИКЛИЋ³,
Даница ЦВЕТКОВИЋ-МАТИЋ¹

1 Клиника за кардиологију Института за кардиоваскуларне болести Клиничког центра Србије, Београд;
2. Институт за плућне болести и туберкулозу Клиничког центра Србије, Београд; 3. Центар за ендокри-
ну хирургију Института за ендокрине болести и болести метаболизма Клиничког центра Србије, Београд

КРАТАК САДРЖАЈ: Туберкулозни лимфаденитис је редак облик екстрапулмоналне туберкулозе. Приказана је болесница с изолованим туберкулозним лимфаденитисом цервикомедијастинума. Код болеснице, старе 49 година, настањене у Косовској Митровици, четири недеље пре пријема у Институт јавило се знојење ноћу и губитак у тежини тела. Рендгенографијом грудног коша откривена је маса у медијастинуму, десно, паракардијално, у висини петељке крвних судова. Ехокардиографским прегледом потврђена је мекоткивна маса, локализована у предње горњем медијастинуму, од корена аорте навише, уз асцендентни део, до трункуса брахиоцефаликуса и позади, уз главно стабло артерије пулмоналис која је благо компримовала узрокујући турбулентан проток у стаблу. Компјутеризованом томографијом је доказана маса око великих крвних судова у медијастинуму, која је, простирући се уназад, компримовала и трахеју. Увећане лимфне жлезде на врату су уклоњене и патохистолошким прегледом је потврђено да је посредни туберкулозни лимфаденитис. У складу с тим налазом почета је антитуберкулозна терапија.
Кључне речи: лимфаденитис туберкулозни цервикомедијастинални. (СРП АРХ ЦЕЛОК ЛЕК).

Захваљујући систематском програму сузбијања и лечења, учесталост туберкулозе у нашој земљи знатно је смањена. Поједини облици туберкулозе постали су права реткост, како у свету тако и код нас. У њих се убраја и изоловани туберкулозни лимфаденитис врата и медијастинума [1]. Јавља се учесталошћу од око 28 посто [2]. Чешће се виђа у дечијем узрасту као знак примарне туберкулозе [3]. Када се јави, код старијих особа може да изазове тешкоће у дијагностици и тада су неопходни инвазивни дијагностички поступци да би се у цервикомедијастинуму искључило обољење друге етиологије [4].

Ради подсећања на клинички облик туберкулозе који у прошлости у нашој средини није био реткост, приказана је болесница с изолованим туберкулозним лимфаденитисом у цервикомедијастинуму.

Приказ болеснице

Болесница, стара 49 година, радница из Косовске Митровице, примљена је у Институт за кардиоваскуларне болести у Београду ради испитивања и лечења артеријске хипертензије, која је откривена три месеца пре хоспитализације. Из анамнезе се сазнаје да је болесница месец дана пре пријема у Институт болнички лечена у Косовској Митровици због ангине, која је била праћена вишедневном високом фебрилношћу, и да се у току лечења и после отпуста из болнице одржавала убрзана седиментација крви. У међувремену, до пријема у Институт, изгубила је у тежини тела око осам килограма и појавило се знојење ноћу.

Објективним прегледом при пријему у Институт утврђено је да је болесница еуфебрилна, нису се палпи-

рале периферне лимфне жлезде, над плућима се чуо нормалан дисајни шум, с правилним радом срца, јасних тонова и без шума; пулс 100/min, притисак крви 140/90 mmHg. Јетра и слезина се нису палпирале. Без едема на ногама.

Током испитивања и лечења у Институту болесница је била еуфебрилна. Лабораторијским анализама је утврђена убрзана седиментација крви (98 у првом сату) и повишен ниво фибриногена (5,2 g/L). Током испитивања и лечења одржавала се убрзана седиментација крви с незначајним побољшањем при отпustu из Института (78 у првом сату). Слично је било и с нивоом фибриногена (при отпustu из Института 4,8 g/L). У крвној слици није било одступања од нормалних распона (*Hb* 138 g/L, *Hct* 0,38, *Le* 7,3 × 10⁹/L).

У електрокардиограму регистровани су синусни ритам, појединачне, унифокусне екстрасистоле комора, без промена у сегменту ST и таласу T.

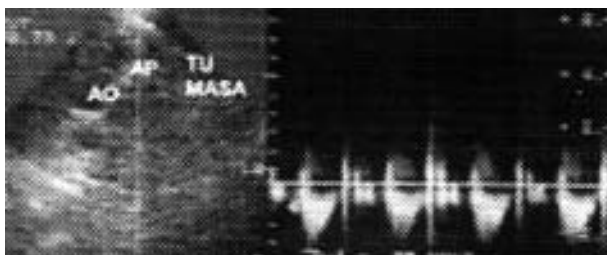
Рендгенографијом грудног коша нађено је да је сенка срца нормалног облика, величине и положаја; у паренхиму плућа нису регистроване активне патолошке промене. Међутим, у медијастинуму, у висини петељке крвних судова и нешто проксималније, десно, уочена је интензивна, јасно ограничена сенка (Слика 1).

Ехокардиографским прегледом нису нађена одступања у величини шупљина срца, конфигурацији и покретљивости кусписа, али је доплер-ехокардиографским прегледом регистрован бржи проток крви кроз ушће плућне артерије и у њеном главном стаблу (максимална брзина 3,10 m/s и градијент 32 mmHg) (Слика 2). Поред главног стабла плућне артерије регистрована је солидна маса која се уочавала из других положаја сонде и пресека у аортоплућном прозору, и уз асцендентну аорту с десне стране (Слика 3), и пружала се навише до висине вене анониме и трункуса брахиоцефаликуса не узрокујући компресију. Закључено је да је у питању



СЛИКА 1. Рендгенски налаз масе у медијастинуму.

FIGURE 1. Chest X-ray: Mediastinal mass.



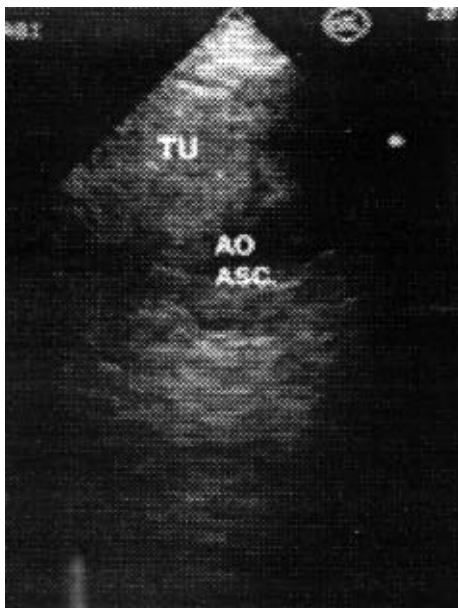
СЛИКА 2. Доплер-ехокардиографски налаз компресије плућне артерије тумором у медијастинуму.

FIGURE 2. Doppler echo finding: Pulmonary artery compression due to mediastinal mass.

маса у предње-горњем и средњем медијастинуму, око петељке крвних судова, солидне нехомогене грађе, која је у контакту с аортом, трункусом брахицефаликусом и артеријом пулмоналис, коју је компримовала дајући описани поремећај протока крви. Прегледом абдомена ултразвуком нису нађена одступања од нормалног изгледа. Нису нађене увећане лимфне жлезде у трбуху.

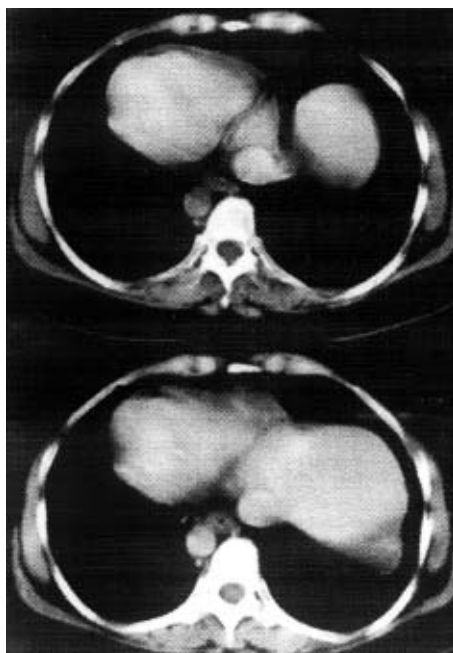
Компјутеризованом томографијом торакса нађена је у предњем и средњем медијастинуму мекоткивна туморска формација, највећег трансверзалног дијаметра $38 \times 38 \text{ mm}$, кранио-каудално 56 mm , која се дистално пружала до рачве трахеје (Слика 4). Утврђено је да маса напред допире до горње шупље вене, од које се не може раздвојити, и трункуса брахицефаликуса, а позади се утискује у трахеју која је лако смањеног лумена. Параортно лево, уочене су лимфогландуле, највећа 21 mm у дијаметру. У паренхиму плућа нису уочене патолошке промене. Овакав налаз указао је на тумор у предњем и средњем медијастинуму, а посумњало се да је реч о конгломерату лимфних жлезда.

Бронхоскопијом је нађено да су ларинкс, трахеја и остала ушћа пролазна обострано, али да постоји лака компресија на предњи и латерални зид трахеје у доњој половини. Урађена је транстрахејска пункциона биопсија иглом. Патолошко-истолошким прегледом су нађени слуз и фрагменти регуларног епитела бронха респирационог типа с феноменом *cruch*.



СЛИКА 3. Дводимензијски ехокардиографски налаз масе у медијастинуму уз асцендентну аорту.

FIGURE 3. Two dimensional echo finding of mediastinal mass surrounding aorta ascendens.



СЛИКА 4. Налаз компјутеризованом томографијом масе у медијастинуму.

FIGURE 4. CT of mediastinal mass.

Треће недеље после пријема у Институт први пут су палиране увећане еластичне лимфне жлезде на врату, обострано, величине до 2 cm . Урађена је пункција лимфне жлезде врата десно, танком иглом. У добијеном пунктату нађена је осредња количина беланчевина и мноштво мало неправилних лимфоцита, који су местимично били некротични и с измењеним, неправилним, тамним једрима. Како овакав налаз није био конклузиван, урађена је хируршка екстирпација лимфних жлезда врата с десне стране. Током интервенције настала је руптура апсцедисаног лимфног ткива иза десног ангулуса венозуса и евакуисано је 50 mL казеозног и пурулентног садржаја. Екстирписане су лимфне жлезде апсцеса. Патолошко-истолошким прегледом једанаест лимфогландула, пречника до 7 mm , које су биле компактне грађе, беличасте боје, чврсте конзистенције, утврђено је да је у питању туберкулозни, казеозни лимфаденитис. Култивисањем садржаја жлезда на Левенштајновој подлози потврђена је дијагноза.

Одмах је почето с тројном антитуберкулозном терапијом (рифадин 600 mg , изониазид 300 mg , стрептомицин 1 g).

Артеријски притисак је нормализован малим дозама лекова бета-блокатора, па је болесница упућена на продужено лечење у санаторијум на Озрену.

ДИСКУСИЈА

Побољшање социјално-економских услова живота и културни напредак довели су до смањења оболевања од туберкулозе. Проналазак узрочника туберкулозе 1882. године представљао је почетак борбе против ове болести. Сви проналасци и мере који су уследили – болничко лечење, вакцина BCG 1921. године, колапсна терапија и први бактерицидни лек (*Streptomycin*, 1944), као и увођење интензивне хемиотерапије половином прошлог века – условили су битан преокрет у сузбијању туберкулозе [3]. Туберкулоза је данас у већини земаља, епидемијски гледано, под руком. Њоме су данас најчешће погођени имунонекомпетентни болесници и емигранти. Болесници са синдромом стечене имунодефицијенције представљају посебну групу [5]. Код њих постоји поремећај имунитета ћелија који је укључен у настанак и развој инфекције туберкулозе. Тачније, код њих су миграција и активација макрофагних ћелија цитокинима, пореклом од лимфоцита T, оштећене, и то узрокује хипоплазију гранулома, инсуфицијенцију супресије бацила туберкулозе и ширење у регионалне лимфне жлезде хилуса и медијастинума и хематогену дисеминацију. Инциденција тежих облика, милијарне туберкулозе, туберкулозног менингитиса и екстрапулмоналних облика, код њих је веома че-

пентентни болесници и емигранти. Болесници са синдромом стечене имунодефицијенције представљају посебну групу [5]. Код њих постоји поремећај имунитета ћелија који је укључен у настанак и развој инфекције туберкулозе. Тачније, код њих су миграција и активација макрофагних ћелија цитокинима, пореклом од лимфоцита T, оштећене, и то узрокује хипоплазију гранулома, инсуфицијенцију супресије бацила туберкулозе и ширење у регионалне лимфне жлезде хилуса и медијастинума и хематогену дисеминацију. Инциденција тежих облика, милијарне туберкулозе, туберкулозног менингитиса и екстрапулмоналних облика, код њих је веома че-

ста. Код наше болеснице је искључен синдром имунодефицијенције, али споменуто је да живи у Косовској Митровици, подручју које је последњих година посебно изложено лошим социјално-економским утицајима.

Споменуто је да се изоловани лимфаденитис цервикомедијастинума чешће јавља код деце [3]. Међутим, поређењем периода до 1975. године и од тада, јапански истраживачи су утврдили да се тај облик екстрапулмоналне туберкулозе јавља, последњих деценија и даље, чешће код деце, али да се повећава инциденција оболелих особа средњег и старијег животног доба [6]. Истовремено су закључили да је радиолошки налаз све атипичнији.

За туберкулозни лимфаденитис цервико-медијастинума типична је појава неспецифичних симптома, као што су губитак масе тела и знојење ноћу, који су постојали и код наше болеснице. Повишена температура тела није уобичајени знак овог обољења [7]. Неретко се јављају амбулаторна диспнеја и кашаљ. Ови симптоми настају услед компресије дисајних путева измењеним и увећаним лимфним жлездама [8]. Описана је промуклост, као рани симптом туберкулозног лимфаденитиса услед компресије нервуса рекуренса оболелим лимфним жлездама [9]. Због компресије околних структура могу се јавити дисфагија и знаци синдрома горње шупље вене [10]. Дрејк (*Drake*) и сарадници [11] су приказали два болесника код којих је лимфаденопатија у медијастинуму узроковала у једном случају оклузију, а у другом стенозу десне гране плућне артерије. Због тежине клиничке слике и налаза скинтиграфије плућа, који је указивао на редукујућу перфузију десно, посумњало се на плућну емболију. Плућна ангиографија и спирална компјутеризована томографија су недвосмислено указале на спољну компресију десне гране плућне артерије, а коначна дијагноза постављена је патохистолошким прегледом материјала добијеног биопсијом под компјутеризованом томографијом. Код наше болеснице пакет оболелих лимфних жлезда је својом локализацијом компримовао, у мањој мери, излазни тракт десне коморе срца, главно стабло артерије пулмоналис и трахеју. Пошто компресија трахеје није значајније реметила вентилацију плућа, а ни притисак на излазни тракт десне коморе срца и главно стабло артерије пулмоналис није узроковао значајније хемодинамске поремећаје, нису се јавили симптоми који би на њих указивали.

Појава хемоптизија код болесника с туберкулозним лимфаденитисом у медијастинуму знак је комуникације између захваћене лимфне жлезде и дисајних путева. Туберкулозни лимфаденитис у медијастинуму може бити компликован појавом фистуле езофаго-медијастинума [12]. Изузетно ретка, фатална компликација туберкулозног лимфаденитиса у медијастинуму јесте захваћеност пнеумоперикарда и следствена тампонада срца [13].

Објективним прегледом се, осим палпације увећаних лимфних жлезда врата код цервикалног облика болести, по правилу не налазе одступања од нормалног налаза. Код наше болеснице у току самог испи-

тивања настало је повећање лимфних жлезда врата.

Лабораторијским анализама се у овом обољењу налазе знаци хроничног процеса запаљења, што је био случај код наше болеснице. Код извесног броја болесника с туберкулозним лимфаденитисом у медијастинуму у југоисточној Азији запажена је појава хиперкалцемије која се повлачи после почетка медијастинума лечења. Утврђено је да ел-алфа-хидроксилази слични ензим, пореклом из ћелија макрофага оболелих особа, утичући на повећање активних облика метаболита витамина *D*, уједно условљава појаву хиперкалцемије [14].

Иницијални дијагностички поступак код процеса у медијастинуму јесте рендгенографија грудног коша. Туберкулозни лимфаденитис рендгенографски може симулирати туморе медијастинума, и тада је потребна примена високоспецијализованих неинвазивних метода који пружају податке о тумору у медијастинуму, његовој оријентацији о локализацији, величини и грађи, а потом и инвазивних дијагностичких метода ради коначне дијагностике.

Од неинвазивних метода користи се ултразвук. Доказана је ефикасност овог метода у детекцији маса у медијастинуму већих од 2,5 *cm*, локализованих у предње-горњем и средњем медијастинуму. Међутим, овај метод није постао незаобилазни дијагностички поступак [15]. Ми смо ехокардиографским прегледом недвосмислено доказали тумор у предњем и средњем медијастинуму десно, који се пружао око великих крвних судова базе срца и делимично компримовао главно стабло плућне артерије. Спознали смо да је у питању тумор солидне нехомогене грађе. Ипак, то није било довољно за постављање дијагнозе. Код болеснице је урађена компјутеризована томографија, којом је добијен сличан налаз. Потврђено је да постоји тумор у предњем и средњем медијастинуму, који се пружа постериорно ка трахеји, редукујући њен лумен.

Познато је да компјутеризована томографија показује изванредну сензитивност и специфичност у дијагностици процеса у медијастинуму. Применом овог метода могуће је и проценити да ли је реч о активном или инактивном облику туберкулозног лимфаденитиса [16]. Налаз нодуса с централном зоном ниске атенуације и периферним ободом веће густине указује на активну болест. Поља ниске атенуације у чворовима одговарају пољима казеозне некрозе и показатељ су активности болести. Насупрот томе, регистровање хомогених калцификованих нодуса указује на инактивност болести.

Компјутеризована томографија и магнетска резонанција у дијагностици процеса у медијастинуму сличних су дијагностичких потенцијала. Магнетском резонанцијом се код болесника с активним обликом туберкулозног лимфаденитиса у медијастинуму откривају нехомогени нодуси времена релаксације *T2* и периферним појачањем после инјекције контраста. Магнетска резонанција представља метод избора у процени раширености лезија цервикомедијастинума и њихових односа с околним неуроваскуларним структурама [17].

Постављање дијагнозе туберкулозе традиционалним микробиолошким испитивањем тешко је због ниске сензитивности метода. Данас се предност даје реакцији *PCR (polimeraza chein)* у доказивању туберкулозе. Упркос сензитивности од 56,8 посто, предност овог метода је у брзом доказивању активне болести и екстрапулмоналних облика болести [18].

Биопсија кроз зид трахеје код наше болеснице није дала задовољавајући резултат. Утврђено је да аспирациона биопсија кроз зид бронха и карине учествује у постављању дијагнозе туберкулозног лимфаденитиса у око 50 посто случајева [19]. Недовољна ефикасност код преостале половине болесника оправдава се, пре свега, малим искуством у примени овог поступка. Међутим, упркос оваквим резултатима, инсистира се на примени овог метода пре других инвазивних поступака који су неопходни у дијагностици овог обољења [19].

Наша болесница није испитивана магнетском резонанцијом, јер је познато да је у дијагностици процеса порекла у медијастинуму неопходна патохистолошка анализа узорка добијеног биопсијом или хируршким уклањањем тумора. Осим тога, налази добијени ултразвуком и компјутеризованом томографијом недвосмислено су указивали на масу у медијастинуму. Такође, није урађена ни анализа *PCR*, јер се није искључиво сумњало на туберкулозни лимфаденитис. Стога је урађена перкутана аспирациона биопсија промене на врату откривене током хоспитализације, јер је то био најмање агресиван метод који не захтева анестезију и постоперациони третман. Пошто се резултат тог прегледа није могао искористити, приступило се радикалној хируршкој интервенцији која је дала коначну дијагнозу.

Код изолованих туберкулозних медијастинитиса, у добијању узорка за патохистолошки преглед предност се даје медијастиноскопији и последњих десетак година видеоасистираној торакоскопији. Сем дијагностичког, торакоскопија је и од терапијског значаја код лимфаденопатије у медијастинуму. Њоме се, осим отклањања апсцеса, могу урадити дебридман околног зида, испирање и директно уношење стрептомицина у обрађено подручје [20].

Код наше болеснице почета је антитуберкулозна хемиотерапија, јер за другу није било индикација. Хируршко лечење туберкулозе прошло је кроз различите фазе током историје. У прошлости је хируршко лечење било терапија избора, док данас има друго место у лечењу ове болести. Индикације за хируршко лечење су резистенција на лекове и тзв. фокусна туберкулоза, деструктивне промене на плућима с масивним хемоптизијама, бронхоплућне фистуле и лим-

фаденитис медијастинума само када узрокује синдром компресије [20].

ЛИТЕРАТУРА

- Iwanaga T, Nishida T, Taniguchi T, Kishikawa R, Ikeda T, Tsurutani H et al. Three cases of tuberculous mediastinal lymphadenitis. *Nihon Kyobu Shikkan Gakkai Zasshi* 1996;34(6):621-6.
- Kato M, Kinoshita T. Tuberculous lymphadenitis. *Nippon Rinsho* 1998;56(12):3122-5(Medline).
- Grujić M. *Tuberkuloza pluća*. Научна knjiga, Beograd 1967.
- Hainaut P, Monthe A, Lesage V, Weynand B. Tuberculous mediastinal lymphadenopathy. *Acta Clin Belg* 1998;53(2):114-6.
- Nagai H. Factors for the onset of and the exacerbation of tuberculosis. The infection and prognosis of tuberculosis among patients with immunodeficiency, especially HIV-infected patients. *Kekkaku* 1999;74(10):753-8.
- Ogata H, Iwai K. Tuberculous hilar lymphadenopathy: a survey of recent cases. Study of the variations in clinical manifestations and the mode of onset. *Kekkaku* 1991;66(2):67-74.
- Justo E, Lado F, San Miguel A, Tellechea JL, Juega Puig J, Castro MA. Mediastinal tuberculosis as a cause of fever of unknown origin. *An Med Interna* 1992;9(8):386-8.
- Sasaki H, Ohta T, Sakuma H, Nishikawa T, Kataoka D, Chida M et al. A case of mediastinal tuberculous lymphadenitis with tracheal stenosis. *Kyobu Geka* 1997;50(6):503-5.
- Kawasaki T, Gotoh T, Nakamura T, Hashimoto S, Arimoto T, Iwasaki Y et al. Tuberculous mediastinal lymphadenitis presenting as hoarseness. *Nihon Kyobu Shikkan Gakkai Zasshi* 1996;34(11):1244-8.
- Turner L, Dupont C, Lesur G, Judet O, Chagnon S, Rouveix E et al. Dysphagia with fever revealing mediastinal lymph node tuberculosis. Apropos of 2 cases. *Gastroenterol Clin Biol* 1995;19(10):841-3.
- Drake WM, Elkin SL, al-Kutoubi A, Mitchell DM, Shaw RJ. Pulmonary artery occlusion by tuberculous mediastinal lymphadenopathy. *Thorax* 1997;52(3):301-2.
- Ohtake M, Saito H, Okuno M, Yamamoto S, Ohgimi T. Esophagomediastinal fistula as a complication of tuberculous mediastinal lymphadenitis. *Intern Med* 1996;35(12):984-6.
- Paredes C, Del Campo F, Zamarron C. Cardiac tamponade due to tuberculous mediastinal lymphadenitis. *Tubercle* 1990;71(3):219-20.
- Tan TT, Lee BC, Zainuddin BM, Wong KT, Samad A, Khalid BA. Hypercalcemia in a patient with tuberculous mediastinal lymphadenopathy. *Singapore Med J* 1991;32(1):87-9.
- Simin N, Ivanović B, Malenić S, Banićević B, Vasić Lj, Vujisić B i sar. Ehokardiografija u otkrivanju i razlikovanju mediјastinalnih procesa. *Kardiologija* 1988;10(3-4):245-51.
- Moon WK, Im JG, Yeon KM, Han MC. Mediastinal tuberculous lymphadenitis: CT findings of active and inactive disease. *Am J Roentgenol* 1998;170:715-8.
- Moon WK, Im JG, Yu IK, Lee SK, Yeon KM, Han MC. Mediastinal tuberculous lymphadenitis: MR imaging appearance with clinicopathologic correlation. *Am J Roentgenol* 1996;166:21-5.
- Gomez-Pastrana D, Torronteras R, Caro P, Anguita ML, Barrio AM, Andres A, Navarro J. Diagnosis of tuberculosis in children using a polymerase chain reaction. *Pediatr Pulmonol* 1999;28(5):344-51.
- Okazaki M, Takakura S, Fujii H, Nishimura T, Hasegawa T, Katagami N et al. Endoscopic approach to pulmonary diseases. Transbronchial needle aspiration. *Kekkaku* 2000;75(1):41-6.
- Suzuki T, Suzuki S, Kamio Y, Hori G, Endo S, Suzuki H. Mediastinal tuberculous lymphadenitis diagnosed and treated by thoracoscopy. *Thorac Cardiovasc Surg* 1997;45(3):140-2.

IVANOVIĆ-KRSTIĆ BRANISLAVA
Institut za kardiovaskularne bolesti
Klinički centar Srbije
11 000 Beograd, Koste Todorovića 8
Tel.: 361-7777, lokal 3260

CERVICOMEDIASTINAL TUBERCULOUS LYMPHADENITIS

B. IVANOVITSH-KRSTITSH¹, D. KALIMANOVSKA-OSHTRITSH¹, B. VUJISITSH-TESHITSH¹,
D. JOVANOVITSH², A. DIKLITSH³, D. CVETKOVITSH-MATITSH¹

1. Institute of Cardiovascular Diseases, Clinical Centre of Serbia, Belgrade; 2. Institute of Pulmonary Diseases and TBC, Clinical Centre of Serbia, Belgrade; 3. Centre of Endocrine Surgery, Clinical Centre of Serbia, Belgrade

Tuberculous lymphadenitis is an uncommon form of extrapulmonary tuberculosis. We report on a case of isolated Cervicomediastinal tuberculous lymphadenitis without parenchymal involvement. A 49-year old woman was hospitalized with a four week history of night sweats and weight loss. Plain chest radiography disclosed mediastinal mass of the right side. Echocardiographic examination revealed a soft tissue mass below the ascending aorta and aortic arch causing moderate narrowing of the right ventricular outflow tract and

the main pulmonary artery. Computed tomographic scanning showed soft tissue mass in the middle mediastinum surrounding the great vessels extending posteriorly with moderate compression of trachea. Histological examination of the cervical mass revealed caseating granuloma containing acid-alcohol fast bacillus. Antituberculous chemotherapy was started.

Key words: Cervicomediastinal, tuberculous, lymphadenitis. (SRP ARH CELOK LEK).