BỆNH KIKUCHI-FUJIMOTO Ở TRẺ EM: BÁO CÁO CA BỆNH VÀ TỔNG QUAN Y VĂN

Đoàn Thị Nhài[1], Nguyễn Công Trung[2], Nguyễn Thị Hà[1,2*]
[1]Trường Đại học Y Hà Nội
[2]Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

TÓM TẮT

Bệnh Kikuchi-Fujimoto (KFD) là một tình trạng hiếm gặp của viêm hạch cổ ở trẻ em và dễ nhầm với các bệnh lý nhiễm trùng hoặc ác tính. Chúng tôi báo cáo trẻ nam 8 tuổi nhập viện vì sốt kèm sưng đau hạch cổ hai bên. Xét nghiệm ghi nhận giảm bạch cầu, giảm bạch cầu trung tính, LDH tăng, men gan tăng nhẹ trong khi CRP thấp. Siêu âm cho thấy nhiều hạch cổ, một số mất cấu trúc xoang hạch và có hoại tử. Sau 5 ngày điều trị kháng sinh, trẻ hết sốt nhưng hạch không giảm rõ. Sinh thiết hạch ghi nhận hình ảnh hạch mất cấu trúc bình thường, vùng cận vỏ có các ổ hoại tử kèm mảnh vụn nhân, không thấy bạch cầu đa nhân trung tính hay tế bào ác tính, hướng tới KFD. Trẻ không cần điều trị corticosteroid; triệu chứng lâm sàng cải thiện trong quá trình theo dõi, phù hợp với đặc điểm tự giới hạn của KFD.

Từ khóa: *Kikuchi-Fujimoto, viêm hạch hoại tử mô bào, viêm hạch cổ, trẻ em.*

KIKUCHI–FUJIMOTO DISEASE IN CHILDREN: A CASE REPORT AND LITERATURE REVIEW

Doan Thi Nhai[1], Nguyen Cong Trung[2], Nguyen Thi Ha[1,2*]
[1]Hanoi Medical Univerrsity
[2]Hanoi Medical Univerrsity Hospital

Kikuchi-Fujimoto disease (KFD) is a rare cause of cervical lymphadenitis in children and can easily be mistaken for infectious or malignant conditions. We report an 8-year-old boy admitted with fever and bilateral painful cervical lymphadenopathy. Laboratory investigations revealed leukopenia, neutropenia, elevated lactate dehydrogenase (LDH), mildly elevated liver enzymes, and a low C-reactive protein (CRP) level. Ultrasonography demonstrated multiple cervical lymph nodes, some with loss of the fatty hilum and areas of necrosis. After 5 days of antibiotic therapy, the patient became afebrile; however, the lymphadenopathy showed no significant reduction.

Lymph node biopsy revealed disruption of the normal nodal architecture and paracortical necrotic foci containing cellular debris, with no neutrophils or malignant cells identified, findings suggestive of KFD. Corticosteroid therapy was not required, and the patient's clinical symptoms improved during follow-up, consistent with the self-limiting nature of KFD.

Keywords: Kikuchi-Fujimoto disease, histiocytic necrotizing lymphadenitis, cervical lymphadenitis, children.

Nhận bài: 28-8-2026; Phản biện: 16-10-2026; Chấp nhận: 16-10-2026
Người chịu trách nhiệm: Nguyễn Thị Hà
Email: nguyenthiha_nhi@hmu.edu.vn
Địa chỉ: Trường Đại học Y Hà Nội

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh Kikuchi-Fujimoto (Kikuchi-Fujimoto disease, KFD), còn gọi là viêm hạch hoại tử mô bào, là một tình trạng hiếm gặp, lành tính và thường tự giới hạn. Bệnh thường gặp ở người trẻ tuổi, nhưng cũng có thể xuất hiện ở trẻ em. KFD được mô tả lần đầu tiên tại Nhật Bản vào năm 1972 và hiện đã được báo cáo ở nhiều quốc gia và nhiều nhóm tuổi khác nhau.[1] Trước đây, bệnh được cho là gặp chủ yếu ở nữ giới trẻ tuổi tại châu Á, các nghiên cứu gần đây cho thấy KFD cũng xuất hiện ở trẻ em với tỷ lệ mắc ở trẻ nam tương đương trẻ nữ, thậm chí nam có thể chiếm ưu thế hơn trong một số ca bệnh báo cáo.[2]

Biểu hiện lâm sàng điển hình của KFD là sốt và đau hạch cổ nhưng đây đều là các triệu chứng không đặc hiệu, và có thể chồng lấp với nhiều nguyên nhân viêm hạch thường gặp ở trẻ em như viêm hạch nhiễm khuẩn, lao hạch, bệnh lý ác tính hoặc tự miễn.[2] Một số bài tổng quan cũng ghi nhận KFD có thể có biểu hiện ngoài hạch hoặc liên quan với bệnh tự miễn, đặc biệt lupus ban đỏ hệ thống, nên việc theo dõi sau chẩn đoán là cần thiết.[3]

Về xét nghiệm, KFD thường không có bằng chứng nhiễm trùng rõ rệt. Người bệnh có thể gặp tình trạng giảm bạch cầu, tăng LDH hoặc tăng nhẹ men gan trong khi nồng độ CRP thường bình thường hoặc chỉ tăng nhẹ.[4] Chẩn đoán KFD chủ yếu dựa trên mô bệnh học, điển hình là các ổ hoại tử vùng cận vỏ chứa các mảnh vụn nhân và mô bào, đặc biệt mô bào nhân hình lưỡi liềm, cùng với sự vắng mặt của bạch cầu đa nhân trung tính và bạch cầu ái toan.[5] Do đó, chẩn đoán thường bị trì hoãn cho đến khi có kết quả mô bệnh học từ sinh thiết hạch.

Chúng tôi báo cáo một trường hợp bệnh nhi nam, 8 tuổi biểu hiện sốt kèm viêm hạch cổ hai bên, giảm bạch cầu, CRP thấp, LDH tăng và men gan tăng nhẹ. Điểm đáng chú ý của ca bệnh là tổn thương hạch có hình ảnh hoại tử trên siêu âm nhưng biểu hiện toàn thân và chỉ điểm viêm không tương xứng với viêm hạch nhiễm khuẩn thông thường; kết quả sinh thiết hạch cho thấy viêm hạch hoại tử hướng tới KFD. Qua ca bệnh này, chúng tôi bàn luận về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, mô bệnh học của KFD ở trẻ em và cách tiếp cận chẩn đoán phân biệt KFD ở trẻ em.

II. GIỚI THIỆU CA BỆNH

Bệnh nhi nam, 8 tuổi, nhập viện vì sốt kèm sưng đau hạch vùng cổ hai bên. Tiền sử ghi nhận một đợt viêm hạch cổ kèm tăng men gan vào năm 2024, được điều trị kháng sinh tiêm trong 1 tuần tại bệnh viện tỉnh, sau đó ổn định.

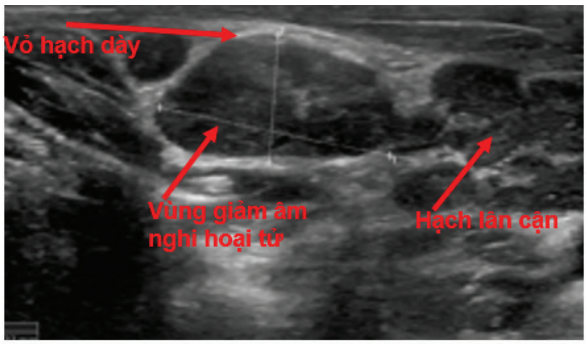
Cách vào viện 10 ngày, trẻ xuất hiện sốt 38–39°C, khoảng 2 cơn/ngày, kèm ho húng hắng. Trẻ không phát ban, không đau cổ, không đau khớp, không phù, không sụt cân và không vã mồ hôi đêm. Trẻ được chẩn đoán sốt virus và điều trị tại bệnh viện tỉnh trong 5 ngày. Sau 3 ngày điều trị, trẻ hết sốt được ra viện. Ba ngày sau ra viện, trẻ sốt lại trong 2 ngày, nhiệt độ cao nhất ghi nhận 37,7°C, kèm sưng đau vùng cổ, dọc cơ ức đòn chũm hai bên. Trẻ được đưa vào viện để tiếp tục đánh giá và điều trị.

Khám lúc vào viện ghi nhận trẻ tỉnh táo, không có dấu hiệu nhiễm trùng nặng. Vùng cổ sờ thấy nhiều hạch dọc cơ ức đòn chũm hai bên, bên phải nổi bật hơn bên trái, hạch kích thước khoảng 1 x 2 cm, di động và đau khi thăm khám. Ngoài ra, không ghi nhận hạch ở các vị trí khác, gan lách không to. Trẻ không có ban da, loét miệng, đau khớp, phù ngoại vi hay các dấu hiệu gợi ý bệnh hệ thống. Không ghi nhận yếu tố dịch tễ hay triệu chứng gợi ý lao, đã tiêm chủng BCG đầy đủ.

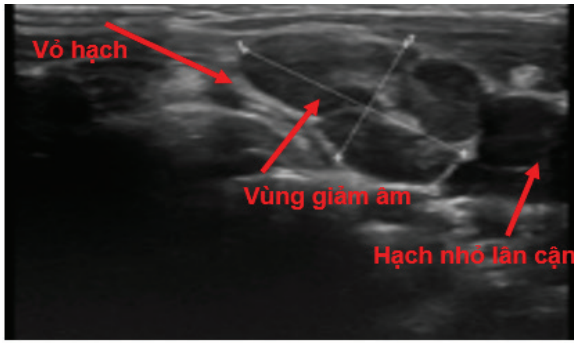
Xét nghiệm máu lúc vào viện ghi nhận giảm số lượng bạch cầu (2,85 G/L), giảm bạch cầu trung tính (1,4 G/L), trong khi nồng độ hemoglobin và số lượng tiểu cầu trong giới hạn bình thường. Xét nghiệm sinh hóa cho thấy nồng độ CRP thấp (0,7 mg/L), LDH tăng (559 U/L) và men gan tăng nhẹ (GOT: 71 U/L, GPT: 44 U/L).

Các xét nghiệm tìm căn nguyên nhiễm trùng ban đầu không ghi nhận bất thường rõ ràng. Tại thời điểm nhập viện, các xét nghiệm Dengue IgM/IgG và cúm A, B đều âm tính. X-quang ngực không phát hiện bất thường. Siêu âm hạch cổ hai bên thời điểm vào viện: nhiều hạch dọc cơ

ức đòn chũm hai bên, ưu thế bên phải, vỏ hạch dày, một số mất cấu trúc xoang hạch và có hoại tử bên trong, kích thước hạch lớn nhất 20 x 11 mm, thâm nhiễm nhẹ xung quanh.



Thời điểm nhập viện

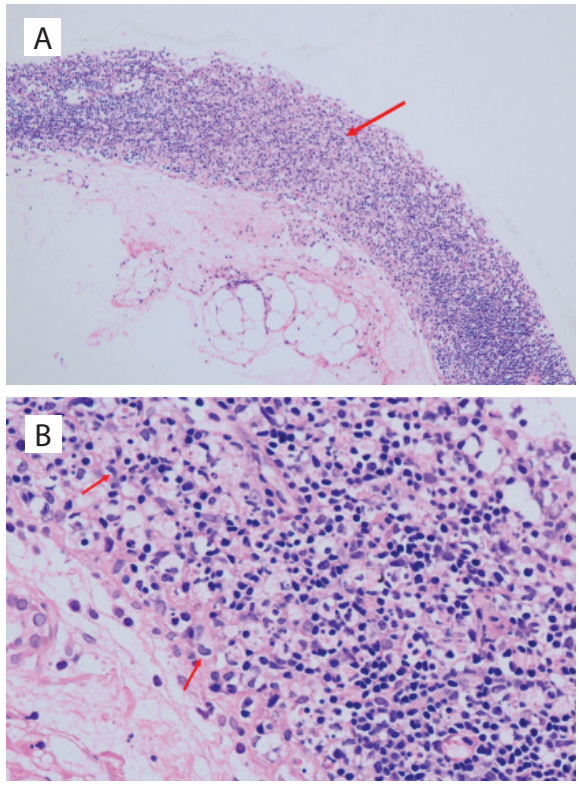


Sau 5 ngày điều trị

Hình 1. Siêu âm hạch cổ

Trẻ được điều trị kháng sinh gồm ceftriaxone và metronidazole. Trong quá trình điều trị, trẻ sốt nhẹ (37,5°C) trong ngày đầu nhập viện, sau đó trẻ hết sốt. Tuy nhiên, kích thước hạch cổ không giảm rõ trên lâm sàng; khi thăm khám hạch vẫn sưng to (1 x 2 cm) dọc cơ ức đòn chũm phải. Siêu âm kiểm tra ghi nhận hạch xu hướng tăng lên, hạch lớn nhất bên phải 23 × 14 mm, một số mất cấu trúc xoang hạch và hoại tử bên trong, kèm thâm nhiễm phần mềm vùng cổ phải; bên trái có vài hạch nhỏ hơn, hình bầu dục, còn cấu trúc xoang hạch.

Sự không tương xứng giữa tổn thương hạch trên siêu âm với phản ứng viêm toàn thân thấp, cùng với việc hạch không thoái lui sau điều trị kháng sinh, đặt ra yêu cầu mở rộng chẩn đoán phân biệt. Trẻ được sinh thiết hạch cổ phải vào ngày điều trị thứ 6. Xét nghiệm PCR lao và nuôi cấy vi khuẩn từ hạch sinh thiết đều âm tính. Kết quả giải phẫu bệnh ghi nhận hình ảnh hạch mất cấu trúc bình thường, vùng cận vỏ có các ổ hoại tử chứa nhiều mảnh vụn nhân; quanh vùng hoại tử có nhiều mô bào, một số có nhân hình lưỡi liềm; không thấy bạch cầu đa nhân trung tính hay tế bào ác tính. Kết luận giải phẫu bệnh là viêm hạch hoại tử hướng tới bệnh Kikuchi-Fujimoto (Hình 2).



Hình 2. Hình ảnh giải phẫu bệnh hạch cổ

A. Vùng cận vỏ có ổ hoại tử chứa nhiều mảnh vụn nhân (mũi tên) (HE ×100).

B. Quanh vùng hoại tử có nhiều mô bào, một số có nhân hình lưỡi liềm (mũi tên); không thấy bạch cầu đa nhân trung tính (HE ×400).

Trong thời gian nằm viện, trẻ được điều trị ceftriaxone và metronidazol trong 5 ngày. Kháng sinh được dừng ngay khi căn nguyên nhiễm trùng không phù hợp. Trẻ ra viện sau 7 ngày điều trị, không dùng thuốc sau khi ra viện. Tái khám sau ra viện 1 tuần, trẻ không còn sốt, không còn sưng đau hạch; khám thực thể ghi nhận toàn trạng ổn định, chỉ còn hạch nhỏ vùng cổ phải, kích thước 5 mm, không phát hiện gan lách to. Công thức máu cho thấy số lượng bạch

cầu bình thường (4,16 G/L), số lượng bạch cầu trung tính bình thường (1,6 G/L); men gan còn tăng nhẹ (GOT:59 U/L và GPT: 71 U/L). Trẻ được tiếp tục theo dõi ngoại trú.

III. BÀN LUẬN

Bệnh Kikuchi-Fujimoto là một bệnh lý viêm hạch hoại tử hiếm gặp, lành tính và thường tự giới hạn. Cơ chế bệnh sinh chưa được làm sáng tỏ hoàn toàn, nhưng được cho là liên quan đến đáp ứng miễn dịch bất thường sau nhiễm trùng hoặc trên nền cơ địa tự miễn.3 Nhiều tác nhân nhiễm trùng như EBV, CMV, HHV, Parvovirus B19, Bartonella henselae, Toxoplasma gondii, Yersinia enterocolitica và Mycobacterium spp. từng được ghi nhận có liên quan, song chưa có căn nguyên nào được chứng minh là đặc hiệu. Một số nghiên cứu ghi nhận mối liên quan giữa KFD với các alen HLA lớp II và lupus ban đỏ hệ thống, gợi ý vai trò của cơ chế miễn dịch trong bệnh sinh và sự cần thiết của theo dõi lâu dài sau chẩn đoán.[1]

Ở trẻ em, KFD có một số đặc điểm khác người lớn. Trong khi người lớn thường được mô tả ưu thế ở nữ trẻ tuổi (nam/nữ: 1/2), các nghiên cứu ở đối tượng trẻ em lại cho thấy tỷ lệ nam cao hơn nữ (nam/nữ: 1,3/1).[2] Biểu hiện thường gặp nhất ở trẻ em là hạch cổ, thường kèm sốt, ngoài ra có thể gặp triệu chứng hô hấp trên, phát ban, gan lách to hoặc triệu chứng tiêu hóa với tần suất thay đổi giữa các nghiên cứu.[2] Camacho-Badilla và cộng sự báo cáo một bệnh nhi nam 10 tuổi mắc KFD với biểu hiện chủ yếu bằng hạch cổ, sốt, không có tổn thương da hay biểu hiện hệ thống và được chẩn đoán xác định sau sinh thiết hạch.[6] Trong khi Sierra và cộng sự mô tả một trường hợp có ban dát sẩn toàn thân và tổn thương đa cơ quan.[7] Bệnh nhi của chúng tôi chủ yếu biểu hiện tại hạch cổ, không ghi nhận tổn thương da hay các biểu hiện ngoài hạch đáng kể. Đáng chú ý, hạch cổ xuất hiện sau một đợt sốt kèm triệu chứng hô hấp nhẹ và sau một khoảng thời gian trẻ đã hết sốt hoàn toàn. Diễn biến này gợi ý KFD có thể xuất hiện sau một đợt nhiễm virus hoặc đáp ứng miễn dịch sau nhiễm trùng, phù hợp với một trong những giả thuyết hiện nay về cơ chế bệnh sinh của bệnh.

Cận lâm sàng của KFD thường không đặc hiệu, bao gồm giảm bạch cầu, thiếu máu, giảm tiểu cầu, tăng men gan, tăng LDH và tăng tốc độ máu lắng.[2,4] Trong nghiên cứu của Jin và cộng sự trên 44 trẻ mắc KFD, giảm bạch cầu và LDH tăng là những bất thường thường gặp.[4] Chẩn đoán hình ảnh, đặc biệt là siêu âm có vai trò hỗ trợ đánh giá vị trí, số lượng, kích thước và đặc điểm hạch, nhưng không đủ để chẩn đoán xác định. Bệnh nhân của chúng tôi cũng có giảm bạch cầu, giảm bạch cầu trung tính, LDH tăng và men gan tăng nhẹ trong khi CRP rất thấp. Siêu âm lúc nhập viện ghi nhận nhiều hạch dọc cơ ức đòn chũm hai bên, ưu thế bên phải, một số hạch mất cấu trúc xoang hạch và có hoại tử, kèm thâm nhiễm nhẹ mô mềm xung quanh. Siêu âm kiểm tra sau điều trị kháng sinh tiếp tục cho thấy hạch bên phải tập trung thành đám, kích thước lớn nhất tăng từ 20 × 11 mm lên 23 × 14 mm, một số hạch vẫn mất cấu trúc xoang hạch và hoại tử. Sự không tương xứng giữa hình thái hạch hoại tử trên siêu âm với phản ứng viêm toàn thân thấp khiến khả năng viêm hạch mủ do vi khuẩn trở nên khó thuyết phục hơn, góp phần gợi ý một nguyên nhân viêm hạch không điển hình.

Viêm hạch cổ ở trẻ em có phổ căn nguyên rộng, trong đó cần sàng lọc các nguyên nhân thường gặp và quan trọng như viêm hạch nhiễm khuẩn, viêm hạch phản ứng sau nhiễm virus, bệnh mèo cào, lao hạch và bệnh tự miễn, đặc biệt lupus ban đỏ hệ thống.[1,3] Ở bệnh nhi này, viêm hạch nhiễm khuẩn là hướng tiếp cận ban đầu hợp lý do trẻ có hạch cổ đau, kèm thâm nhiễm mô mềm quanh hạch và một số hạch có hoại tử trên siêu âm. Tuy nhiên, chẩn đoán này kém thuyết phục hơn khi trẻ không tăng bạch cầu, CRP rất thấp, không có biểu hiện nhiễm trùng nặng và tổn thương hạch không thoái lui tương xứng sau điều trị kháng sinh. Viêm hạch phản ứng sau nhiễm virus cũng được cân nhắc do trẻ có sốt ngắn ngày, ho húng hắng và bệnh cảnh ban đầu giống nhiễm virus. Tuy nhiên, tổn thương hạch có hoại tử, mất cấu trúc xoang hạch và không thoái lui như kỳ vọng

khiến chẩn đoán này không giải thích đầy đủ diễn biến bệnh. Bệnh mèo cào ít được nghĩ tới hơn do không ghi nhận tiền sử tiếp xúc hoặc bị mèo cào/cắn, đồng thời không có tổn thương da tại vị trí xâm nhập. Lao hạch được xem xét vì hạch có hoại tử, nhưng bệnh nhi không có ho kéo dài, sụt cân, vã mồ hôi đêm, tiền sử tiếp xúc lao; X-quang ngực không bất thường. Tại thời điểm nhập viện, bệnh nhi chưa ghi nhận các biểu hiện lâm sàng gợi ý lupus ban đỏ hệ thống như ban da, loét miệng, đau khớp, phù hoặc tổn thương cơ quan khác. Tuy nhiên, do KFD có thể xuất hiện trước, đồng thời hoặc sau bệnh Lupus ban đỏ hệ thống, bệnh nhi vẫn cần được theo dõi lâu dài để phát hiện các biểu hiện tự miễn xuất hiện về sau. U lympho cũng cần được loại trừ ở trẻ có hạch cổ tồn tại và thay đổi cấu trúc trên siêu âm. Do đó, sinh thiết hạch được chỉ định nhằm làm rõ bản chất tổn thương, đồng thời loại trừ các nguyên nhân quan trọng như lao hạch và u lympho.

Mô bệnh học giữ vai trò chủ yếu trong chẩn đoán KFD.[3,5] Mô bệnh học điển hình bao gồm viêm hạch hoại tử với mảnh vụn nhân, thâm nhiễm mô bào và lympho bào, trong khi bạch cầu đa nhân trung tính thường rất ít hoặc vắng mặt.4,5 Trong trường hợp này, giải phẫu bệnh ghi nhận hạch mất cấu trúc bình thường, vùng cận vỏ có các ổ hoại tử kèm mảnh vụn nhân, không thấy tế bào ác tính. Quanh vùng hoại tử có nhiều mô bào, một số có nhân hình lưỡi liềm và không thấy bạch cầu đa nhân trung tính. Tổng hợp bệnh cảnh lâm sàng, kết quả xét nghiệm, mô bệnh học và diễn biến theo dõi, chúng tôi xác lập chẩn đoán viêm hạch hoại tử Kikuchi - Fujimoto ở trẻ này. Tuy nhiên, viêm hạch do lupus ban đỏ hệ thống là chẩn đoán phân biệt quan trọng vì có thể có hình thái mô bệnh học tương tự. Mặc dù trẻ chưa ghi nhận biểu hiện lâm sàng gợi ý lupus, vẫn cần tiếp tục theo dõi và đánh giá các dấu hiệu tự miễn tại mỗi lần tái khám, đồng thời thực hiện xét nghiệm bổ sung khi có dấu hiệu nghi ngờ.

Điều trị KFD chủ yếu là chăm sóc hỗ trợ vì bệnh thường tự thoái lui. Thuốc hạ sốt, giảm đau hoặc thuốc chống viêm không steroid được sử dụng khi có triệu chứng; corticosteroid hoặc các biện pháp điều hòa miễn dịch thường chỉ được cân nhắc trong các trường hợp nặng, kéo dài, tái phát hoặc có biểu hiện ngoài hạch, hội chứng thực bào máu, tổn thương thần kinh trung ương hay bệnh tự miễn đi kèm.[3] Ở bệnh nhi này, trẻ hết sốt, toàn trạng ổn định và không có biến chứng nặng nên không cần corticosteroid hoặc thuốc điều hòa miễn dịch. Trẻ không dùng thuốc sau ra viện; tái khám sau 1 tuần ghi nhận hạch cổ giảm kích thước rõ rệt, hạch cổ phải nhỏ 5mm, men gan còn tăng nhẹ, không sốt và không có triệu chứng ngoài hạch.

Tiên lượng bệnh KFD nhìn chung thuận lợi, nhưng bệnh có thể tái phát, một số nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ tái phát ở trẻ em cao hơn người lớn. [3] Một nghiên cứu hồi cứu trên 98 bệnh nhi KFD ghi nhận tỷ lệ tái phát 12,2%, đồng thời có 1% bệnh nhân phát triển lupus ban đỏ hệ thống trong quá trình theo dõi. [8] Đáng lưu ý, bệnh nhi của chúng tôi từng có một đợt viêm hạch cổ kèm tăng men gan trước đó. Do không có mô bệnh học ở đợt bệnh này, chưa thể xác định đây có phải là một đợt KFD trước đó hay không. Ngoài ra, KFD có mối liên quan với lupus ban đỏ hệ thống, có thể xuất hiện trước, đồng thời hoặc sau SLE; do đó, theo dõi sau ra viện là cần thiết, đặc biệt khi có tái phát hạch, sốt, phát ban hoặc biểu hiện hệ thống mới. Trong ca bệnh này, trẻ không cần sử dụng corticosteroid nhưng diễn biến lâm sàng cải thiện trong quá trình theo dõi. Tại thời điểm tái khám sau ra viện một tuần, trẻ không sốt, hạch giảm rõ. Diễn biến này phù hợp với tính chất tự giới hạn của KFD, đồng thời cho thấy vẫn cần tiếp tục theo dõi ngoại trú để đánh giá sự hồi phục hoàn toàn của tổn thương hạch, bất thường huyết học và men gan. Sau khi các bất thường hồi phục, trẻ vẫn cần theo dõi lâu dài. Một số tác giả đề xuất theo dõi và đánh giá lupus ban đỏ hệ thống hằng năm trong vài năm sau chẩn đoán; tuy nhiên, chưa có lịch theo dõi chuẩn hóa ở trẻ em, do đó tần suất tái khám cần được cá thể hóa theo diễn biến lâm sàng và các dấu hiệu nghi ngờ bệnh tự miễn.

IV. KẾT LUẬN

Bệnh Kikuchi-Fujimoto là nguyên nhân hiếm gặp của viêm hạch cổ ở trẻ em, dễ nhầm lẫn với các bệnh lý nhiễm trùng, lao hạch hoặc ác tính. Chẩn đoán cần dựa trên sự kết hợp giữa biểu hiện lâm sàng, cận lâm sàng và đặc biệt là mô bệnh học hạch. Bệnh thường có diễn biến lành tính, tự giới hạn và đáp ứng tốt với điều trị hỗ trợ. Tuy nhiên, cần theo dõi sau xuất viện nhằm đánh giá hồi phục và phát hiện sớm tái phát hoặc các biểu hiện liên quan đến bệnh tự miễn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Masab M, Surmachevska N, Farooq H**. Kikuchi-Fujimoto Disease. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2026. Accessed March 31, 2026. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430830/.
2. **Kim HY, Jo HY, Kim SH**. Clinical and Laboratory Characteristics of Kikuchi-Fujimoto Disease According to Age. Front Pediatr 2021;9:745506. https://doi.org/10.3389/fped.2021.745506
3. **Mahajan VK, Sharma V, Sharma N** *et al.* Kikuchi-Fujimoto disease: a comprehensive review. World J Clin Cases 2023;11(16):3664-3679. https://doi.org/10.12998/wjcc.v11.i16.3664
4. **Jin J, Lu S, Lin H**. Laboratory diagnosis of 44 cases of pediatric histiocytic necrotizing lymphadenitis. Front Pediatr 2025;13:1638239. https://doi.org/10.3389/fped.2025.1638239
5. **Perry AM, Choi SM**. Kikuchi-Fujimoto Disease: a review. Arch Pathol Lab Med 2018;142(11):1341-1346. https://doi.org/10.5858/arpa.2018-0219-ra
6. **Camacho-Badilla K, Canas-Coto A, Soriano-Fallas A** *et al.* Kikuchi-Fujimoto disease in pediatric population: a case report and a review of literature. Gac Med Mex 2005;141(1):53-56.
7. **Sierra ML, Vegas E, Blanco-González JE** *et al.* Kikuchi's disease with multisystemic involvement and adverse reaction to drugs. Pediatrics 1999;104(2):e24. https://doi.org/10.1542/peds.104.2.e24
8. **Selvanathan SN, Suhumaran S, Sahu VK** *et al.* Kikuchi-Fujimoto disease in children. J Paediatr Child Health 2020;56(3):389-393. https://doi.org/10.1111/jpc.14628