

SİSTEMİK BELİRTİLERİ LENFADENOPATİLERDEN ÖNCE BAŞLAYAN BİR HODGKİN LENFOMA OLGUSU

A HODGKIN LYMPHOMA'S CASE WHOSE SYSTEMIC SYMPTOMS
STARTED BEFORE LYMPH NODE ENLARGEMENT

Bülent GÜRCAN
Ali İhsan ZORLU
Milyar YAKAR

SUMMARY

The complaints of our a 23 old case started 15 days ago with fever, cough, lateral pain and night sweating, fatigue, loss of weight and extensive abdominal pain accompanied thereafter. We did not discover any reproduction in the samples cultured, no positive findings were seen collagen disease and the symptoms did not regress after antibiotic treatment. on the fifteenth day after beginning of bilateral neck and axillary lymphadenopathies. We diagnosed mixed cellular type Hodgkin's by taking a biopsy from left axillary lymph node. High fever dropped, clinical regression has been achieved after 2 cycles of chemotherapy treatment of Adriamycin - Bleocin - Vinblastin - DTIC (ABVD).

Although lymphomas start on superficial nodes, they can rarely emerge on sistemic symptoms. It is very important to initiate treatment early as possible as before the rapid progress following initiation. In our case who started with infection or polyserositis, non-specific clinical findings and later onset of lymphadenopathies were the main features.

(Key Words: Lymphomas, Sytemic Sytoms)

ÖZET

23 yaşında bir erkek olan hastamızın yakınmaları hastanın 15 gün önce ateş yükselmesi, öksürük yan ağrısı şeklinde başlamış, ardından gece terlemeleri, halsizlik, kilo kaybı eklenmiş. Yapılan tetkiklerinde kültürlerde üreme olmamış, kollajen doku hastalığını destekler bulgu saptanmamış ve antibiyotik tedavileriyle düzelme olmamıştır. 15 gün sonra iki taraflı boyun ve koltukaltında lenfadenopatiler ortaya çıkınca sol koltukaltından yaptırılan biyopsiyle miks selüler tip Hodgkin lenfoma tanısı konulmuştur. 2 seans kemoterapi Adriamisin-Bleosin-Vinblastin-DTİC (ABVD) sonrası ateş düşmüş ve klinik düzelme olmuştur.

2. İç Hastalıkları Kliniği (Uz.Dr.B Gürcan, Klinik Şefi,
Uz.Dr.A.İ Zorlu, Dr.M Yakar)
SSK Tepecik Eğitim Hastanesi 35120 Yenişehir-İZMİR

Yazışma : Uz.Dr.B Gürcan

Lenfomalar, genellikle yüzeysel düğümlerden başlamakla beraber ender olarak sistemik yakınmalarla da başlayabilir. Erken evrede tanı konulup hastalık ilerlemeden tedaviye başlanması önemlidir. Bir enfeksiyon veya poliserözit gibi başlayan olguda değişik klinik tablo ve lenfadenopatilerin sonradan ortaya çıkışı özellik arz etmektedir.

(Anahtar Sözcükler: Lenfomalar, sistemik Semptomlar)

OLGU

Adı İ.K. 23 yaşında erkek, çiftçi. Daha önceden herhangi bir hastalık anamnezi yok. 15 gün önce halsizlik, ateş yükselmesi, öksürük, yan ağrısı ve gece terlemeleri başlamış. Başvurdukları bölge hastanesinde geniş spektrumlu antibiyoterapi ile düzelmeyince hastanemize sevk edilmiş. 11.11.1999 tarih ve 18548 protokol numarasıyla polikliğimizden yatırılmış.

Fizik Muayene: T.A. 120/80 mmHg.Nb.

100/dk. ritmik Ateş: 38.7C°. Bilinç açık, koopere, Yüz ve cilt soluk. Konjunktiva ve skleralar normal. Dil paslı, farenks hiperemik. Her iki hemitoraks solunuma eşit katılıyor. Akciğer kaidelerinde yaş raller duyuluyor. Kalpte mezokard odağında perikardiyal frotman alınıyor. Karında yaygın hassasiyet olup defans ve rebaund yok. Barsak sesleri normoaktif. Karaciğer, dalak ve lenfadenopati yok. Ekstremiteler olağan ödem yok.

Tarih	12.11.99	16.11.99	23.11.99	27.11.99	7.12.99	14.12.99
Lökosit /mm ³	25.600	34.900	14.100	16.800	8.000	13.700
Eritrosit /mm ³	3.960.000	3.720.000	2.740.000	3.200.000	3.400.000	3.800.000
Hemoglobin gr/dl	10.7	9.6	8.4	8.5	7.1	10.6
SGOT Ü./lt	142	118	64	66	77	148
SGPT Ü./lt.	68	87	44	36	69	102
Alk.Fosf. Ü./lt.	663	879	419	444	467	504
GGT Ü./lt.	231	377	206	148	108	148
LDH Ü./lt.	712	893	882	849	626	543
Albümin gr./dl.	2.7			1.9	1.8	2.5
Globulin gr./dl.	3.8			2.7	3.1	3.4
Tot.Bil. mg/dl	1.7	1.7	2.3	1.7	0.8	1.5
Dir.Bil. mg/dl.	0.7	0.7	1.1	0.7	0.6	0.7
İnd.Bil. mg/dl1.0	1.0	1.2	1.0	0.2	0.8	
Tam idrar	Eser Protein					
Sedim. mm./saat	84	97	56			45

Periferik Yayma: %60 parçalı, %40 lenfosit, normonkrom, normositer

Anti HIV: Olumsuz, TORCH Testleri: Olumsuz. SLE Testi: Olumsuz LE Hücresi: Olumsuz

Monospot: Olumsuz. ANA: Olumsuz ASO: 250 CRP.++ Latex: Olumsuz.

P.A.Akc.Grafi: 3 kez çekildi. Değişiklik olmadı. Her iki kostodiafragmatik sinus künt.

Kardiyotorasik oran artmış. Hiluslarikitaralı dolgun.

Kemik iliği ponksiyonu: Özellik arzetmiyor. Lomber Ponksiyon: Normal.

Grup Aglutinasyon Testleri: Olumsuz. Kan ve İdrar Kültürleri: Üreme yok.

Karın US: Hepatosplenomegali, yaygın asit, ikitaraflı plevral sıvı mevcut.

Ekokardiyografi: Az miktarda perikardiyal sıvı.

Toraks BT: Her iki akciğer alt segmentle-

rinde konsolide alanlar ve atelektazi.

Karın BT: Kitle, Lenfadenopati görülmedi. İlimli Hepatosplenomegali.

Patoloji: Sol koltukaltı Lenf bezi. (9.12.99) 494 prot. no. 3.8x2.0x1.5 boyutlarda ek-sizyonel biyopsi sonucu: Hodgkin Lenfoma Miks selüler tip.

Klinik Seyir ve Tedavi: Hasta kliniğe kabul edildiğinde rutin tetkikleri ve hemokültürü alındı. 3.kuşak sefalosporin ve aminoglikozit birlikte başlandı. Beşinci gün ateş düşmeyip perikardiyal frotman ortaya çıkınca Vankosin 2x1g. ve Prednizolon 80 mg. ilave edildi. Kütürler steril kaldı. İki haftalık tedavi ile ateş düşmeyince antibiyotikler kesildi. Semptomatik tedavilerle izlendi. 2 günlük ateşsiz dönem ardından tekrar ateş yükseldi. Yeniden kültürler alınıp Timentin 3x1 flakon başlandı. Yeni kültürlerde steril kaldı. Poliserözit bulguları devam ediyordu. Bu tablo devam ederken iki taraflı boyun, koltukaltı lenfadenomegalileri ortaya çıktı. Sol koltukaltından yaptırılan ek-sizyonel biyopsi sonucu Miks selluler tip Hodgkin Lenfoma olarak geldi. Kemoterapiye karar verildi. 6 seans ABVD (adriamisin+Bleomisin+Vinblastine+DTIC)planlandı. 14 gün ara ile 2 kür yapıldı. Arada destek tedavileri, kan transfüzyonları yapıldı. Lenfadenopatiler kayboldu. Ateş düştü. Efüzyonlar geriledi. Bulguları yatışan hasta ayaktan izleme alındı. 2 ay sonra görüldüğünde kemoterapi seansları tamamlanmıştı. Genel durumu iyiydi. Ateşi ve Lenfadenopatisi yoktu.

TARTIŞMA

Hodgkin hastalarının pek çoğunda Sistemik belirtiler ya hiç yoktur yada çok azdır. %25-30 kadar olguda düşük dereceli ateş ve

gece terlemeleri vardır. Küçük bir kısmında dalgalanmalar gösteren yüksek ateş bulunur. Buna Pel-Ebstein Ateşi de denir, birkaç hafta sürüp ateşsiz dönemi girer. Daha sonra ateşli dönem tekrarlar. Ateş ve gece terlemeleri genellikle yaşlı ve ileri evredeki hastalarda görülür. Kısa süre içinde vücut ağırlığının %10'undan fazlasının kaybı, nedeni açıklanamayan halsizlik, deride kaşıntılar, lenfomanın sistemik belirtileri olabilir.

Medyastinal, pulmoner, plevral veya perikardiyal tutulum; öksürük, göğüs ağrısı, nefes darlığı, hipertrofik ostoartropati yapacak derecede olabilir veya hastalar ani gelişmiş bir Medulla spinalis basısı yada Vena Kava Superior Sendromuyla gelebilirler. Karın için tutulumlar; karın ağrısı, barsak düzeninde değişiklikler veya asite yolaçabilir.

Bu çok çeşitli sistemik bulgular genellikle yüksek dereceli veya ilerlemiş tiplerde daha çok da yaşlı hastalarda karşımıza çıkmaktadır. Olgumuz 23 yaşında genç bir hasta olup hastalığı orta derecede idi. Sistemik bulgularının periferik Lenfadenomegalilerden önce çıkması tanısında güçlük ve geçikmeye yol açtı. Pek çok hastada daha lokalize durumdayken bile tanı koyma olasılığı vardır. Yetişkin bir insanda 1cm.'den büyük, hareketli, lastik kıvamlı, ağrısız Lenfadenopati saptanın ve 4 haftadan uzun zaman inat etmişse Lenfomayı hatırlamalı ve biyopsi düşünmelidir. Ayırıcı tanıda: Servikal lenfadenopati için; Bakteriyal veya viral farenjit, Enfeksiyöz mononükleoz, veya Toksoplazmozis ve diğer maliniteler (nazofarenks ve Tiroid kanserleri), Medyastinal Lenfadenopati bulunduğu ise: Enfeksiyöz sebepler, Sarkoidoz ve diğer tümörler gözönünde tutulmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Harris NL, Jaffe ES, Armitage JO: *Lymphoma classification. from R.E.A.L to W.H.O and beyond. Cancer: Principles and practice of Oncology Updates.* 1999 ; 13 (3) : 1-14.
2. Delable J, Vandenberg E. *Histiocyte-rich B-cell Lymphoma. Am J Surg Pathol.* 1992 ; 16 : 37-48.
3. Miller TP, Dehlberg S, Cossady R. *Chemotherapy alone compared with chemotherapy plus radiotherapy for lymphoma. N Eng J Med.* 1998 ; 339 : 21-6.
4. Moldavahılar S, Tunalı A. *Lenfadenomegali ve Klinik Değerlendirmesi. İç Hastalıkları. İstanbul. Alfa Yayınevi.* 1992 ; 703-10.
5. Wyngaarden JB, Smith LH. *Hodgkin's Disease. In: Cecil Textbook of Medicine. Philadelphia. WB Saunders Comp* 1998 ; 1014-22.
6. Berk AÖ. *Kan Hastalıkları. Ankara. Türkiye Kli. Yayınevi.* 1994 ; 456-506.
7. Müftüoğlu E. *Klinik Hematoloji Diyarbakır Dicle Ü. Yayınları.* 1996 ; 341-65.
8. Harrison S. *Principles of Internal Medicine. New-york mc Graw Hill Comp.* 1774-78.
9. Jandl JH. *Blood. Textbook of Haematology. Boston Little Brown Comp.* 1992 ; 853-91.
10. Sandlund J, Pui CH, Roberts W. *Clinicopathologic features and treatment. Blood.* 1994 ; 2467-71.
11. Longo DL. *What's the deal with follicular lymphomas. J Clin Oncol.* 1993 ; 11 : 202-8.
12. Harris NL, Jaffe ES, Sein H. *A revised European-American classification of Lymphoid neoplasms. Blood.* 1994 ; 84 : 1361-92.