

GEBELİK VE LENFOMA, OLGU SUNUMU

Gülfidan ÇAKMAK*, Mustafa YENİGÜN*, Tayyibe SALER*, Serdar ERTURAN**,
Gökhan DEMİR***, Mustafa YAMAN**

* Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi 4. Dahiliye Kliniği, İSTANBUL

** İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, İSTANBUL

*** İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Onkoloji Bilim Dalı, İSTANBUL

ÖZET

24 yaşındaki kadın hasta, sezaryen ile doğum yaptıktan 2 gün sonra başlayan nefes darlığı, öksürük ve yüzünde şişme şikayetleri ile başvurdu. Postero-anterior göğüs röntgenogramında sağ alt parakardiyak alanda homojen opasite, toraks bilgisayarlı tomografisinde sağ parakardiyak alandan üst mediastene doğru uzanan infiltratif kitle saptandı. Mediastinoskopi ile non-Hodgkin lenfoma tanısı konuldu. Gebelikle bağlantılı olması ve seyrek görülmesi nedeniyle olgu, literatür eşliğinde sunuldu.

Anahtar kelimeler: Gebelik, lenfoma

(Solunum 2004;6:36-39)

SUMMARY

Pregnancy and Lymphoma: A Case Report

A 24-years old woman attended to our clinic with complaints of cough, shortness of breath and swelling of her face two days after delivering a healthy baby through sectio operation. Her posteroanterior chest radiograph showed a homogeneous opacity in the right lower paracardiac zone. The computed tomography scan of the chest showed an infiltrating mass beginning from the right paracardiac zone and extending to the upper mediastinum. Mediastinoscopy lead us to the diagnosis of non-Hodgkin lymphoma. The case is discussed in the light of accompanying literature, because of its rarity and its relationship with pregnancy.

Key words: Lymphoma, pregnancy

(Solunum 2004;6:36-39)

GİRİŞ

Lenfomalar, lenfositlerin malign proliferasyonu sonucu oluşur. Hodgkin dışı lenfomalar, hematolojik tümörlerin, klinik davranış, morfoloji, hücre kökeni, etyoloji ve patogenez yönünden çok heterojen bir grubunu

oluştururlar. Halen kusursuz bir sınıflama yoksa da 1995'ten bu yana REAL sınıflaması kullanılmaktadır⁽¹⁾. Yüksek dereceli Hodgkin dışı lenfomalarda prognoz kötü ve ortalama yaşam süresi 1,5 yıl, düşük dereceli olanlarda prognoz daha iyi ve ortalama yaşam süresi 7,5 yıldır⁽²⁾. En sık periferik lenf nodlarını ve

Yazışma adresi: Uzm. Dr. Gülfidan ÇAKMAK. Seyitnizam Mah. G:19 Sk Tunay Apt. No:31 D:6 Zeytinburnu-İSTANBUL
Tel: (0212) 529 44 00-1493 Fax: (0212) 589 62 29
e-mail:gulfidan70@hotmail.com
Alındığı tarih: 3.7.2003, kabul tarihi: 1.12.2003

mediyasteni tutar⁽²⁾.

Gebelikte non-Hodgkin lenfoma seyrek görülür, genellikle Hodgkin lenfoma görülmektedir. Gebelikteki lenfomalar yüksek dereceli olmaya ve gebelikte en çok uyarılan organları (meme, over, uterus gibi) tutmaya eğilimlidir. Hastalık geç tanınıp agresif seyretse de sağlıklı bebeklerin doğduğu terminde doğumla sonlanabilir. Gebelikte lenfomanın daha stabil seyrettiği, doğum sonrası seyrinin hızlandığı bildirilmektedir⁽³⁾. Hastamızda sezaryenin hemen ardından yakınmaların başlaması kitlenin gebelikte de stabil olarak var olduğunu düşündürdüğünden, non-Hodgkin lenfomanın gebelikte daha seyrek görülmesinden dolayı ve literatürde de az sayıda bildirildiğinden literatür eşliğinde sunuldu.

OLGU SUNUMU

24 yaşındaki bayan hasta, 10 gün önce sezaryen ile sağlıklı bir bebek doğurduktan iki gün sonra nefes darlığı, öksürük ve yüzünde şişme şikayetleri ile kliniğimize başvurdu. Ateş: 36.7 °C, nabız:120/dak. düzenli, arteriyel kan basıncı:110/60mmHg, yüzü hiperemik ve ödemli idi. Sağ supraklavikuler fossa dolgun ve göğüs ön duvarında kollateraller belirginleşmişti. Solunum sistemi muayenesinde; solunum sayısı:26/dak, sağ hemitoraksın solunuma katılımı azalmış, vibrasyon torasik ve solunum sesleri alınamıyordu, perküsyonla matite saptandı. Diğer sistem muayeneleri normal idi. Hipogastrik bölgede sezaryene bağlı sutür izi dikkati çekiyordu. Postero-anterior göğüs röntgenogramında (Resim 1) sağ orta ve alt alanda, parahiler ve parakardiyak yerleşimli, kalp kenarını silen homojen opasite, üst mediyasten genişlemesi ve sağ kostofrenik sinüste küntlük, toraks bilgisayarlı tomografisinde (Resim 2) mediyastende, özellikle sağ parakardiyak alandan üst mediyastene uzanan infiltran kitle mevcut olup sağ ana pulmoner arterin belirgin daraldığı, vena kava superiorun parsiyel tromboze olduğu, sağ hemitoraksda plevra sıvısı ve minimal perikard sıvısı olduğu saptandı. Ekokardiyografide orta derecede perikard sıvısı izlendi. Mediastinoskopi ile kitleden biyopsi alındı. Biyopsi histopatolojisi non-Hodgkin

lenfoma olarak raporlandı (Resim 3). Biyopsi materyalinde hücrelerin CD 20 ile diffüz sitoplazmik boyanma gösterdiği, CD 30, LCA ve sitokeratin ile boyanma olmadığı saptandı. Bu hücrelerin arasında az sayıda CD 45 Ro (+) T hücresi bulunmaktaydı. Bu bulgularla hasta difüz tipte B Hücreli non-Hodgkin lenfoma (WHO/REAL) tanısı ile takibe alındı.

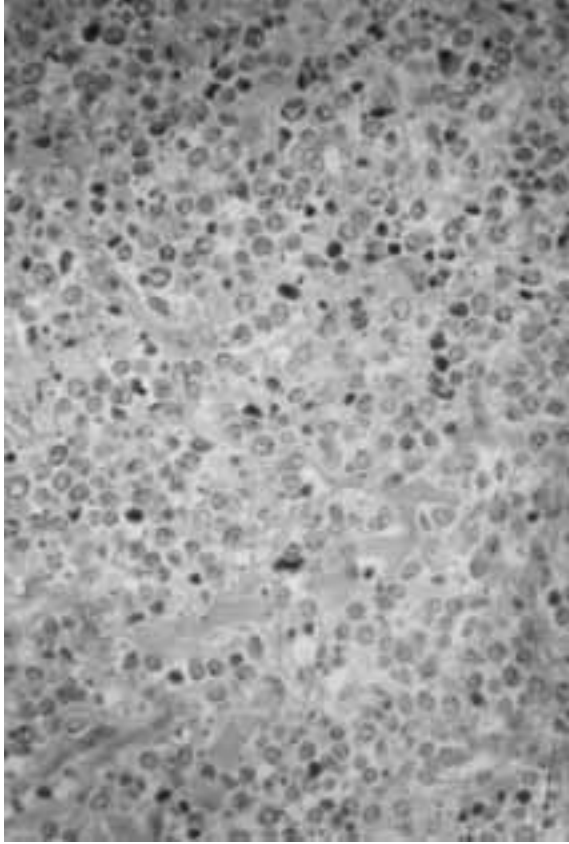
Resim I: Hastanın ilk geliş Postero-Anterior göğüs röntgenogramı



Resim II: Hastanın bilgisayarlı toraks tomografisinde mediyasten kitlesi ve sağda plevra sıvısı görülüyor

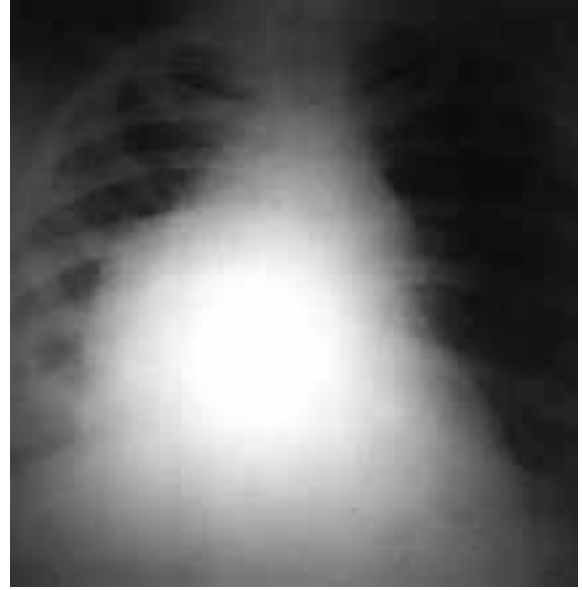


Resim III: Mediastinoskopik biyopsi (H-E boyası)



Laboratuvar incelemelerinde; sedimentasyon: 69 mm/saat, lökosit: 6,600/mm³, Hb: 10.2 g/dL, Htc: %32.3, trombosit: 180,000 /mm³, LDH: 1,912 U (N:220-450), Beta-2 Mikroglobülin: 2.97 mg/dL (N:1-2.6), albümin: 3.4 g/dL (N:3.5-5.2), arter kan gazında pH: 7.44, pO₂: 85.2 mmHg, pCO₂: 41.5 mmHg, HCO₃: 28.1mmo1L, satürasyon % 96.5 bulundu. Batın bilgisayarlı tomografisi normal olarak değerlendirildi. Evreleme için kemik iliği aspirasyon ve/veya biyopsisi, hastanın klinik ve arter kan gazı değerlerinde kötüleşme olması nedeniyle tolere edemediğinden yapılamadı. Onkoloji Bilim Dalı ile yapılan konsültasyon sonucu hastaya sistemik kemoterapi planlandı. CHOP (Siklofosamid + Doksorubisin + Onkovin + Prednison) rejimi bir siklus uygulandı. Tedaviye rağmen klinik ve radyolojik progresyon (Resim 4) saptanan hasta 45. günde exitus oldu.

Resim 4: Hastanın bir siklus kemoterapi sonrası çekilen Postero-Anterior göğüs röntgenogramında progresyon saptandı



TARTIŞMA

Non-Hodgkin lenfoma çok heterojen bir hastalık grubudur. Pek çok sınıflama yapılmışsa da halen kusursuz bir sınıflama yoktur. Bunlar arasında REAL sınıflaması (Revised European American Classification of Lymphoid Neoplasms) önemli bir yere sahiptir⁽¹⁾. REAL sınıflamasını diğerlerinden ayıran en önemli özellik, lenfomaları belirli kalıplar içinde ayırıp listelemek değil, T ve B kökenlerine göre şimdiye kadar tanımlanan lenfomaları sunmak şeklindeki yaklaşımıdır. Olgumuz REAL'e göre Diffüz B Hücreli Lenfoma olarak raporlandı. Bu tip, lenfomalar içinde en sık görülenidir.

Gebelikte lenfoma nadirdir. Hodgkin lenfoma, non-Hodgkin lenfomadan daha sık olarak karşımıza çıkmaktadır⁽⁴⁾. Tanı genellikle geç konulmaktadır⁽⁵⁾. Hormonal ve immunolojik değişiklikler seyirde önemlidir. Literatürde bildirilen 21 olgunun hepsinde lenfomanın 1. ve kısmen 2. trimestrede progresse ettiği, sonra stabilize olarak doğuma izin verdiği görüldü. Belirgin olan, postpartum evrede tümörün hızla progresse etmesidir⁽⁴⁾. Bizim vakamızda da, kitlenin büyüklüğü ve sezaryenin hemen ardından semptomların olması gebelik sırasında stabil seyirli

bir hastalığın var olduğunu düşündürmektedir. Gebelik sona erdikten sonra hızlı bir progresyon gözlenmiştir. Seyirle ilgili bu değişikliğin nedeni bilinmemektedir⁽³⁾. Hayvan çalışmalarında neoplaziye karşı maternal savunmanın intakt olduğu gösterilmiştir⁽³⁾. Bu olay olasılıkla gebelikle ilişkili immunsupresyonun non-Hodgkin lenfomayı baskılayıcı etki göstermesiyle açıklanmaktadır. Plasenta bariyeri ve annenin immun sistemi bu yönde çalışıyor olabilir⁽³⁾.

Gebelikte görülen lenfomaların histopatolojisi uniformdur. Literatürde bildirilen vakaların % 90'dan fazlası lenfoblastik lenfoma, yerleşim yeri de ön mediasten olarak bildirilmiştir. Bizim vakamızda da yerleşim yeri mediasten olarak saptandı⁽³⁾. Non-Hodgkin lenfomada en önemli bulgu, ağrısız lenf bezi büyümesidir. Waldeyer halkası, epitrokleal, suboksipital, subpektoral, popliteal ve femoral bölge tutulumu sıktır. Mediasten tutulumu % 20 oranındadır, bulguların çoğu mediasten yapılarının baskısına ve invazyonuna bağlı olarak gelişir. En sık semptomlar göğüs ağrısı, öksürük, nefes darlığıdır^(5,6). Vena Kava Superior Sendromu korkulan bir toraks komplikasyonudur. Olgumuzda mediasten yerleşimi ve vena kava superiorun kısmi tromboze olduğu saptandı. Gebelikte ise mediasten yerleşimi sıktır. Ateş, terleme ve kilo kaybı gibi semptomlar Hodgkin'e göre daha seyrek, yayılım hematojen yolla olur^(2,5).

Tanı uygun doku biyopsisinin histolojik incelemesi ile konur. Olgumuzda da mediastinoskopi ile alınan doku biyopsisi ile tanı konmuştur. Düşük dereceli lenfomalarda prognoz iyi iken orta ve yüksek derecelilerde prognoz kötüdür. LDH ve Beta-2 mikroglobülin değerinin yüksekliği de kötü prognoza işaret eder⁽²⁾.

Tedavide tercih edilen yöntem klinik evreleme ve histolojik tipe göre değişir. Erken evrelerde sistemik kemoterapiye eklenecek radyoterapinin yararı gösterilmiştir. Ancak ileri evrelerde sistemik kemoterapi başlıca tedavi yaklaşımıdır. Agresif

lenfomalı hastalar, büyük tümör kitlesi olanlar, sistemik semptomları olanlar erken evre olsalar bile kemoterapi almalıdırlar⁽²⁾. Evreleme amacıyla planlanan kemik iliği biyopsisi hasta tolere edemediğinden yapılamadı. Batın bilgisayarlı tomografisinde özellik yoktu. Buna karşın büyük tümör kitlesi ve agresif seyir varlığı nedeniyle hasta, kemoterapi programına alındı. Agresif histolojik tip, LDH ve Beta-2 mikroglobülin yüksekliği gibi kötü prognostik kriterlerin mevcut olduğu vakamız, hızlı progresif seyir sonucunda takibinin 45. gününde eksitus oldu. Gebelik sırasında ve doğum sonrasında saptanan mediasten lezyonlarında lenfomalar akla gelmelidir. Hızlı seyir gösteren bu olgularda, kısa sürede tanıya ulaşım tedaviye başlanması gereklidir.

KAYNAKLAR

1. Harris NL, Jaffe ES, Armitage JO ve ark. Lymphoma classification: from R.E.A.L. to W.H.O. and beyond cancer: Principles and Practise of Oncology Updates 1999;13:1-14.
2. Haznedar R. Hematolojik Hastalıklar. In: İliçin G, Ünal S, Biberoglu K, Akalın S, Süleymanlar G, eds. Temel İç Hastalıkları. Ankara. Güneş Kitabevi, 1996;1:10:1298-1312.
3. Ioachim HL. Non-Hodgkin's lymphoma in pregnancy: Three cases and review of the literature. Arch Pathol Lab Med: 1985; 109:803-809.
4. Temiz LÜ, Kazancıoğlu TA, Şar F, Yeniğün M. Gebelik esnasında ortaya çıkan Hodgkin Hastalığı: Bir olgu sunumu. Haseki Tıp Bülteni 1995;33:249-251.
5. Dasan J, Littleford J, Mc Rae K, ve ark. Mediastinal tumour in a pregnant patient presenting as acute cardiorespiratory compromise. Int J Obstetric Anesth 2002;11:52-56.
6. Martin WJ. Cesarean section in a pregnant patient with an anterior mediastinal mass and failed supradiaphragmatic irradiation. J Clin Anesth 1995;7:312-315.
7. Peter M, Banks MD. Pregnancy and lymphoma. Arch Pathol Lab Med 1985;109:802.