

# Non-Hodgkin lenfomada ilk bulgu olarak ani işitme kaybı

Gül ÖZBİLEN ACAR (\*), Deniz TUNA EDİZER (\*\*), Özgün ENVER (\*\*)

## ÖZET

Ani işitme kaybı, yılda yaklaşık olarak 100000 hastanın 5-20'sinde görülen ve olguların çoğunda unilateral olarak ortaya çıkan ender bir klinik tablodur. Non-Hodgkin lenfoma ani işitme kaybının etiyolojik faktörlerinden biri olmasına rağmen, bu hastalık non-Hodgkin lenfomada ender olarak ilk semptomlardan biri olarak karşımıza çıkmaktadır.

Bu makalede; ilk bulgu olarak bilateral ani işitme kaybı ile prezante olan bir non-Hodgkin lenfoma olgusu sunulmuştur ve özellikle bu durumla ilişkili etiyopatogenetik faktörler vurgulanmıştır. Ayrıca bu hastalığın klinik, radyolojik ve histopatolojik özellikleriyle birlikte günümüzde uygulanan güncel tedavi modaliteleri tartışılmıştır.

**Anahtar kelimeler:** Non-Hodgkin lenfoma, ani işitme kaybı

## SUMMARY

### Hearing loss as the first sign in non-Hodgkin lymphoma

Sudden hearing loss is a rare clinical entity which has an approximate incidence of 5-20:100000 per year, and manifests as unilaterally in most of the cases. Although non-Hodgkin lymphoma is considered as one of the etiologic factors for sudden hearing loss, it is rare to encounter sudden hearing loss as the first presenting symptom of non-Hodgkin lymphoma.

In this article, we present a case of non-Hodgkin lymphoma which presented with bilateral sudden hearing loss as the first sign, and especially highlight the factors of etiopathogenetic factors related to this condition. Additionally, clinic, radiological, and histopathological characteristics of the disease with current treatment modalities are discussed.

**Key words:** Non-Hodgkin lymphoma, sudden hearing loss

Lenfoid hücrelerin maligniteleri, farklı diferansiyon evrelerindeki immün sistem hücrelerinden ortaya çıkan ve çeşitli morfolojik, immunolojik ve klinik bulgular gösteren hastalık tablolarıdır. Bazı lenfoid hücre maligniteleri hemen daima lenfoma şeklinde ortaya çıkmaktadır. Lenfomalarda hastalık seyri sırasında klinik özellikler değişebilmektedir. Lenfomada karşılaşılan başlıca semptomlar arasında anemiye bağlı gelişen halsizlik, çabuk yorulma, trombositopeniye bağlı olan kanama diatezi ve lökosit disfonksiyonuna bağlı ortaya çıkan infeksiyonlara sekonder gelişen ateş yer almaktadır. En sık görülen bulgu ise ağrısız lenfadenopatidir. Diffüz büyük B hücreli lenfoma, non-Hodgkin lenfomaların (NHL) en sık tipidir. Bu lenfomada, primer lenf nodu veya ektranodal tutulum olabilmektedir. Tanı sırasında hastaların % 50'sinden fazlasında ektranodal tutulum vardır. Gastrointestinal

sistem ve kemik iliği tutulumu, hastaların % 15-20'sinde görülmektedir <sup>(1)</sup>.

Ani işitme kaybı (AİK), hasta için kötü bir deneyim oluşturan ve yılda yaklaşık 100000 hastadan 5-20'sini etkileyen bir hastalıktır. AİK, her ne kadar, sıklıkla tek kulağı etkilesede, oldukça ender olarak bilateral tutulum şeklinde karşımıza çıkmaktadır. Bu hastalıktan etkilenen bireylerin ortalama yaşı 46-49 civarındadır. En düşük yaş grubu 20-30, en yüksek yaş grubu ise 50-60 olmaktadır <sup>(2)</sup>.

Bu makalede ani gelişen bilateral işitme kaybı ile kliniğimize başvuran ve yapılan incelemeler sonucunda diffüz büyük B hücreli NHL tanısı alan 55 yaşında bir hastanın klinik gidişi literatür eşliğinde tartışılmaktadır.

**Geliş tarihi:** 02.08.2012

**Kabul tarihi:** 14.10.2012

T.C.S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi KBB Kliniği, Doç. Dr.\*; Dr.\*\*; İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi KBB Anabilim Dalı, Prof. Dr.\*\*\*

## OLGU

Elli beş yaşında bir erkek hasta 2 gün önce ortaya çıkan her iki kulakta işitme kaybı nedeniyle İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Kulak Burun Boğaz (KBB) Polikliniği'ne başvurdu. Hastanın anamnezinden KBB Polikliniği'ne başvuru tarihinden 2 hafta önce ileri derecede hal-

sizlik yakınması ile iç hastalıkları bölümüne başvurduğu öğrenildi. Burada sağ aksiller lenfadenomegali teşhisiyle biyopsi alınması için genel cerrahi bölümüne gönderildiği ve biyopsi girişiminin yapıldığı ancak sonucunun henüz açıklanmamış olduğu öğrenildi. Hastanın bunların dışında vertigo, sersemlik hissi, bulantı-kusma ve tinnitus gibi yakınmaları yoktu.

T.C.  
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ  
CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ  
KULAK BURUN BOĞAZ  
ANABİLİM DALI

Tarih, Protokol no: 12.5.2016/2402

Adı, Soyadı

Yaşı, Cinsiyeti : 56 O

**SAF - SES EŞİK ODYOGRAMI ISO - 1964**  
Frekanslar (Hertz olarak)

İŞİTME KAYBI (dB ile)

125 250 500 1000 2000 4000 8000

10  
20  
30  
40  
50  
60  
70  
80  
90  
100  
110  
120

750 1500 3000 6000

250 500 1000 2000 4000 Hz.

Weber lat. olma

Tone (Decay) (dB ile)

Sağ

Sol

SISI (% ile)

Sağ

Sol

**KISALTMALAR**

DY : Davranış yok.  
TP : Test yapılmadı.  
TY : Test yapılmadı.

NA : Netice alınmadı.  
HS : Hissedilmiş seviyesi  
İŞ : İşitme seviyesi.

|                | Sol (Mavi) | Sağ (Kırmızı) |
|----------------|------------|---------------|
| Hava Maskesiz  | X          | 0             |
| Hava Maskeli   | X          | 0             |
| Kemik Maskesiz | >          | <             |
| Kemik Maskeli  |            |               |

**SAF SES ORTALAMASI (dB ile)**  
(500 - 2000 Hz)

|       | Sol   | Sağ   |
|-------|-------|-------|
| HAVA  | 72 dB | 80 dB |
| KEMİK |       |       |

**Konuşmayı Algılama Eşiği (dB ile)**  
KAE - SRT

| Çift / Hpir | Sol   | Sağ   | Alette |
|-------------|-------|-------|--------|
|             | 70 dB | 85 dB |        |

**Konuşmayı Ayırtlama Yüzdesi (% ile)**  
KAY - SDS

| Çift / Hpir | Sol  | Sağ  | Alette |
|-------------|------|------|--------|
|             | 83.6 | 82.4 |        |
|             | dB   | dB   | dB     |

Verilen Sesin İşitme Yüzdesi

**EN RAHAT SES YÜKSEKLİĞİ**  
"MCL" (dB ile)

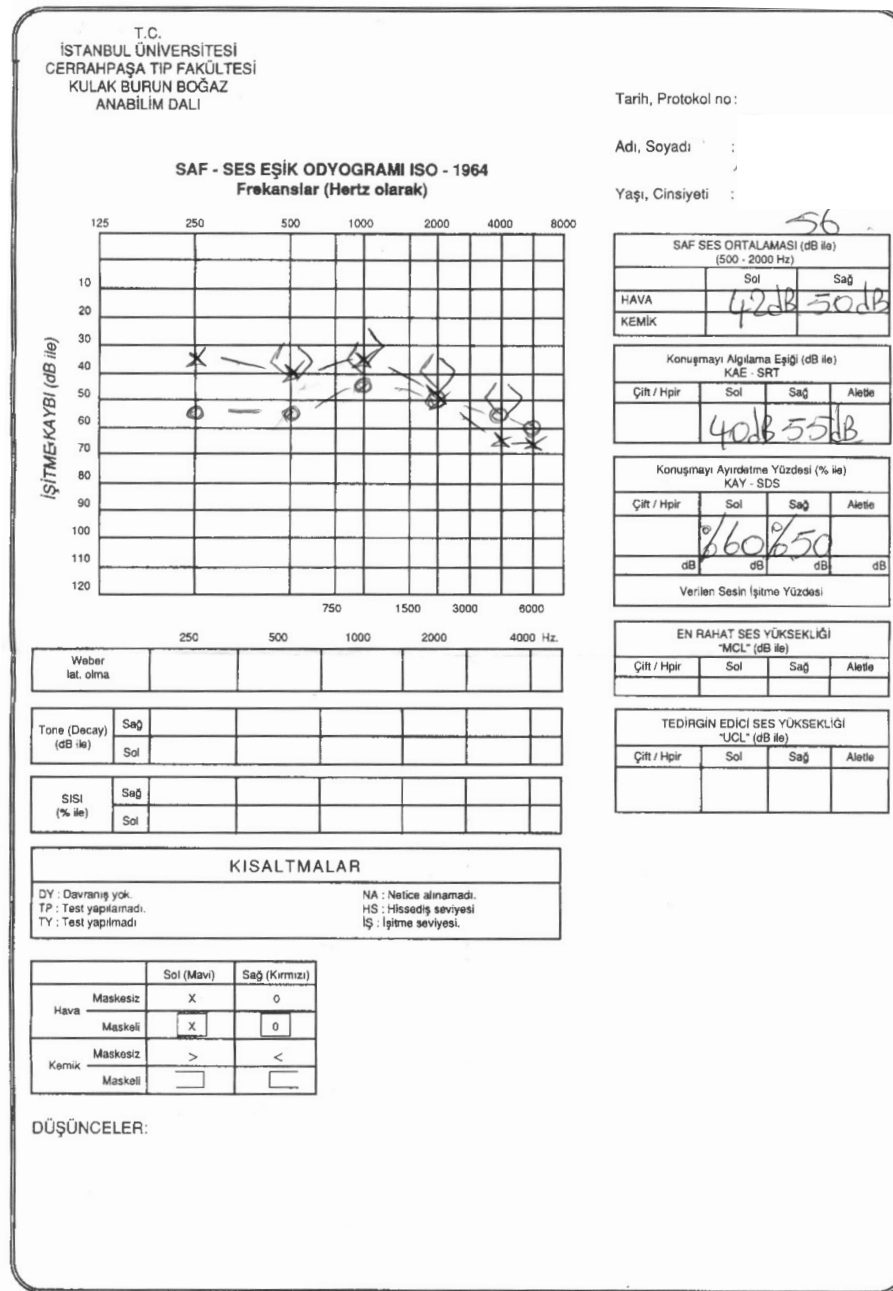
| Çift / Hpir | Sol | Sağ | Alette |
|-------------|-----|-----|--------|
|             |     |     |        |

**TEDİRGIN EDİCİ SES YÜKSEKLİĞİ**  
"UCL" (dB ile)

| Çift / Hpir | Sol | Sağ | Alette |
|-------------|-----|-----|--------|
|             |     |     |        |

**DÜŞÜNCELER:**

Şekil 1. Hastanın ilk başvurusunda yapılan odyometri testinde; sağda 80 dB, solda 72 dB olmak üzere bilateral nörosensoriyel işitme kaybı görülmektedir.



Şekil 2. Hastaya bir yıl sonra yapılan odyometri testinde; sağda 50 dB, solda 42 dB, olmak üzere bilateral nörosensoryel işitme kaybında kısmi bir iyileşme tespit edilmiştir.

Hastanın rutin KBB muayenesinde her iki dışkulak yolu ve timpanik membranları normal olarak gözlemlendi. Ayrıca nistagmus veya herhangi bir nörolojik/kraniyal tutulum bulguları tespit edilmedi. Orofarenks ve larenks ile rinoskopi anterior muayenelerinde de bir özellik yoktu.

Hastaya yapılan odyometri testinde sağda 80 dB, solda 72 dB olmak üzere bilateral nörosensoryel işitme kaybı tespit edildi. Konuşmayı algılama eşiği (SRT) sağda 85 db, solda 70 dB idi. Konuşmayı ayırt etme skoru (SDS), sağda % 27, solda % 36 olarak belirlendi (Şekil 1). Timpanometride bilateral tip A eğrisi elde edildi.

Hastanın sistemik muayenesinde sağ aksiller bölgede yaklaşık 3 cm çaplı, lastik kıvamında, yarı fikse lezyon palpe edildi. Bunun dışında bir fizik muayene bulgusu yoktu.

Hastanın periferik kan sayımı tamamıyla normaldi. Kan biyokimyasında anormallik yoktu. Temporal kemik ve Batın-pelvis bilgisayarlı tomografi (BT) incelemeleri de doğal olan hastanın, toraks BT'sinde her iki akciğerde 7-8 adet nodüler lezyon görüldü.

Hastanın yapılan hematoloji konsültasyonu sonrasında, olası lenfoid hücre malignitesi nedeniyle sistemik steroid tedavisi başlanması uygun görüldü. Dolayısıyla, hastaya bilateral AİK için klasik intravenöz yüksek molekül ağırlıklı sıvı (dekstran) ve vazodilatatör (pentoksifilin) tedavisi ile antiviral (valasiklovir) tedavi başlandı.

Tedaviye başladıktan yaklaşık 4 gün sonra hastadan daha önce yapılan sağ aksiller lenfadenomegali biyopsisinin histopatolojik tanısı diffüz büyük B hücreli NHL olarak geldi ve hasta tedavisini sürdürmek üzere hematoloji servisine gönderildi. Hastaya 3 kür CHOP tedavisi uygulandı ve bu tedaviye refrakter olması nedeniyle R-ICE tedavisi verildikten sonra remisyona sağlandı. Ayrıca otolog kemik iliği transplantasyonu (KİT) planlandı, ancak hastanın performansı iyi olmadığı için KİT yapılamadı. Hastanın 6 ay sonraki PET çalışmasında göre tam regresyon tespit edildi.

Hastamızda AİK açısından steroid tedavisinin dâhil olmadığı medikal tedavi kemoterapi öncesinde kullanıldı, ancak tedavinin devam ettiği 10 gün süresince 3 günde bir yapılan odimetri takiplerinde bilateral olarak işitme ile ilgili olumlu sonuç alınamadığı görüldü. Ayrıca 1 ay sonra yapılan kontrol odimetrisinde de işitme açısından her iki kulakta da herhangi bir olumlu değişiklik tespit edilmedi. Hastaya daha sonraki dönemde steroid de içeren kemoterapi verilmiş, buna rağmen işitme ile ilgili kısmi düzelme tanıdan yaklaşık 1 yıl sonra elde edilmiştir. Hastaya yapılan odyometri testin-

de; sağda 50 dB, solda 42 dB, olmak üzere bilateral nörosensoriyel işitme kaybı ve konuşmayı algılama eşiği (SRT) sağda 55 db, solda 40 dB, tespit edildi. Ayrıca konuşmayı ayırd etme skoru (SDS) sağda % 50, solda % 60 olarak belirlendi (Şekil 2).

## TARTIŞMA

Ani sensorinöral işitme kaybı, 3 gün içinde ortaya çıkan, ardışık 3 frekansta, en az 30 dB sensorinöral işitme kaybı olarak tanımlanmaktadır <sup>(3,4)</sup>. Genellikle bu duruma tinnitus ve vertigoda eşlik etmektedir <sup>(5)</sup>. Sıklıkla unilateral olarak ortaya çıkan AİK'nda, genellikle, hastaların % 65'inde tedavi ile veya tedavisiz gerileme görülmektedir. Düşük-frekanstaki kayıplar, yüksek frekanslardakine göre daha iyi prognoza sahiptir <sup>(6)</sup>. Hastamızda bilateral olarak ortaya çıkan AİK, ne yazık ki hem düşük hem de yüksek frekansları etkilemiştir.

AİK'nda tüm olguların yalnızca % 10'unda; otoimmün hastalıklar, infeksiyon hastalıkları, travma, sirkulatuar mikrovasküler bozukluklar, ototoksiste, neoplazmalar, geçici içkulak membran rüptürü ve viral infeksiyonlar gibi etyopatogenetik faktörler tespit edilebilmektedir. Diğer % 90'ı ise idiopatik ani sensorinöral işitme kaybı olarak isimlendirilmektedir <sup>(7)</sup>. Etiyolojide esas olan viral ve vasküler nedenler dışında başka birçok neden suçlanmaktadır, bunlar arasında hematolojik hastalıklar da bulunmaktadır. Hematolojik hastalıklardan lösemi, lenfoma, multipl myelom ile ilişkili sensorinöral işitme kayıplarında bildirilmiştir <sup>(8-10)</sup>. Ancak, literatürde gördüğümüz bu olguların önemli bir kısmında, hematolojik hastalığın radyolojik olarak intrakranial uzanımı veya tutulumu olduğunu görmekteyiz. Bununla birlikte, literatürde bir myelom hastasında önce sol sonra sağ kulakta ortaya çıkan AİK, iç kulaktaki kanamalara bağlamıştır <sup>(9)</sup>. Bilateral AİK lenfoma tedavisinde kullanılan kemoterapötik (örneğin, vinkristin) ilaç tedavisine bağlı olarak da ortaya çıkabilmektedir <sup>(11)</sup>. Şüphesiz ki, lenfomaların nazofarenks tutulumunda da işitme kaybı ortaya çıkabilmekte, ancak bilindiği gibi bu işitme kaybı sensorinöral değil de orta kulak efüz-

yonu sonucu oluşan iletim tipi işitme kaybına bağlı olmaktadır <sup>(12)</sup>. Lenfomada, teorik olarak AİK ender de olsa ortaya çıkabilse de, AİK'nın ilk semptomlardan biri olması ve bilateral ortaya çıkması bu olguyu sunmak istememizin temel nedenleridir.

AİK'nda etiyoloji genellikle belirsiz kaldığı için tedavi rejimleri tüm bilinen etiyolojik faktörleri içine alacak şekilde düzenlenmektedir. AİK'nda lokal kan akımını arttıran vazodilatörler, volüm genişleticiler, antikoagülanlar ve antiviraller, steroidler ile birlikte tedavinin temelini oluşturmaktadır <sup>(7)</sup>. AİK'nın tedavisi ile ilgili bilinmezlikler günümüzde hâlâ devam etmektedir. Bu hastalığın tedavisinde; tahmini total spontan iyileşme oranı olguların yaklaşık % 25'ini, parsiyel iyileşme oranı % 25'ini ve hiç iyileşmeyen hasta oranı ise % 25'ini kapsamaktadır <sup>(13)</sup>.

Hastamızda; steroid tedavisinin dâhil olmadığı medikal tedavi kemoterapi öncesinde kullanılmış, ancak işitme ile ilgili olumlu sonuç alınamamıştır. Daha sonra hastaya steroid de içeren kemoterapi verilmiş, buna rağmen işitme ile ilgili ilk düzelme tanıdan yaklaşık 1 yıl sonra elde edilmiştir. Lenfomanın remisyona girmesiyle birlikte, 1 yıl sonra işitmenin kısmi olarak düzelmesiyle hastamızdaki AİK'nı lenfomaya bağlamak yanlış olmayacak kanısındayız. Her ne kadar hastamızda AİK ortaya çıkmadan 2 hafta kadar önce kendisinin başvurusuyla iç hastalıkları bölümünde olan dahili muayenede aksiller lenfadenomegali fark edilmiş ve bu yolla lenfoma ön tanısına ulaşılmış olsa da, genel olarak düşünüldüğünde, AİK hastalarında KBB servislerinde sistemik muayenenin yapılmasının ve ciddi hastalıkların taranmasının ne denli önemli olduğunu vurgulamak isteriz.

## KAYNAKLAR

1. **Freedman AS, Nadler LM.** Malignancies of lymphoid cells. Harrison's principles of internal medicine. Ed. Fauci AS, Martin JB, Braunwald E, et al. Volume 1. 14<sup>th</sup> ed. New York, McGraw-Hill 1998; pp. 695-711.
2. **Aoki D, Takegoshi H, Kikuchi S.** Evaluation of super-high-dose steroid therapy for sudden sensorineural hearing loss. *Otolaryngology-Head and Neck Surgery* 2006;134(5):783-787.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.otohns.2005.12.029>  
PMid:16647535
3. **Hashisaki GT.** Sudden sensory hearing loss. Head and Neck Surgery: Otolaryngology. Ed. Bailey BJ, Calhoun KH, Healy GB, et al. Volume 2. 3<sup>rd</sup> ed. New York, Lippincott-Raven 2001; pp.1919-1925.
4. **Tiong TS.** Prognostic indicators of management of sudden sensorineural hearing loss in an Asian hospital. *Singapore Med J* 2007;48(1):45-9.  
PMid:17245516
5. **Lazarini PR, Camargo AC.** Idiopathic sudden sensorineural hearing loss: etiopathogenic aspects. *Bras J Otorinolaringol* 2006;72(4):554-61.  
<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-72992006000400019>
6. **Dobie RA.** Idiopathic sudden sensorineural hearing loss. Ballenger's Otorhinolaryngology Head and Neck Surgery. Snow JB, Ballenger JJ, editors. 16th ed. Ontario, BC Decker Hamilton 2003; pp. 381-387.
7. **O'Malley MR, Haynes DS.** Sudden hearing loss. *Otolaryngol Clin North Am* 2008;41(3):633-49.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.otc.2008.01.009>  
PMid:18436003
8. **Harada Y, Shiota T, Hayashi T.** Adult T-cell leukemia/lymphoma with initial deafness. *Int J Hematol* 2000;71(1):66-9.  
PMid:10729996
9. **Keay D.** Total bilateral hearing loss as a complication of myeloma. *J Laryngol Otol* 1988;102(4):357-8.  
<http://dx.doi.org/10.1017/S0022215100104955>  
PMid:3385329
10. **Acar GO, Acioğlu E, Ozgun E et al.** Unilateral sudden hearing loss as the first sign of chronic myeloid leukemia. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2007;264:1513-1516.  
<http://dx.doi.org/10.1007/s00405-007-0382-1>  
PMid:17610073
11. **Aydogdu I, Ozturan O, Kuku I, et al.** Bilateral transient hearing loss associated with vincristine therapy: case report. *J Chemother* 2000;12(6):530-2.
12. **Bailey BJ, Jhonson JT.** Head and Neck Surgery Otolaryngology. Newlands SD, editor. Volume 2. 4<sup>th</sup> ed. Philadelphia, PA, USA, Lippincott Williams and Wilkins, 2006; pp.2231-2237.
13. **Vasama JP, Linthicum FH Jr.** Idiopathic sudden sensorineural hearing loss: Temporal bone histopathologic study. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 2000;109:527-32.  
PMid:10855562