

LENFOMALI HASTALARDA PLEVRAL EFFÜZYON TARAMASI

Rahmi IRMAK¹, Ahmet ILGAZLI²

Lenfoma tanısı konulan 19 Hodgkin, 21 Non Hodgkin toplam 40 hastaya batın ve toraks ultrasonografisi yapıldı. İki Non Hodgkin lenfoma ve iki Hodgkin lenfomalı dört hastada (%10) plevral effüzyon tespit edildi.

THE FREQUENCY OF PLEURAL EFFUSION IN LYMPHOMA PATIENTS

Abdominal and thoracic ultrasonography carried out in 40 patients with lymphoma (19 Hodgkin's, 21 Non-Hodgkin). Pleural effusion was found in four (10% of 40 patients with 2 Non-Hodgkin and 2 Hodgkin lymphoma).

Ultrasonografi birçok hastalıkların yanı sıra malign lenfomanın tanısında da önemli bir yer işgal eder. Lenfomalı hastaların her evresinde lenfatik ve ekstra lenfatik tutulma söz konusudur. Bunu her zaman fizik muayene ile tespit etmek mümkün değildir. İnvaziv metodların riskinin büyük olması, pahalı olması, bazen hastaların işlemi kabul etmemesi dezavantaj olarak kabul edilmektedir. Halbuki diagnostik ultrasonografi non invaziv olup, hiçbir riski yoktur. Çoğu merkezlerde evrelendirme için laparotomi artık terk edilmiştir.

Neoplastik effüzyonlar aşağıdaki nedenlerin bir veya birkaçı ile oluşmaktadır.

- Tümörün plevraya yayılması sonucu kapiller permeabilitenin artması,
- Plevra boşluğunu drene eden venlerin veya lenfatiklerin tümör tarafından tıkanması,
- Tümörün bronşu tam olarak tıkanması ile oluşan atelektazinin çevresindeki plevral basıncı düşürmesi veya tıkanmanın distalinde meydana gelen pnömoneye bağlı parapnömonik sıvı toplanması.

Plevral effüzyon nedeni olan neoplastik hastalıklar arasında erkeklerde başta bronş kanserleri, kadınlarda ise meme kanserleri gelmektedir. Bunları lenfomalar ve lösemiler izlemektedir (6).

Az miktarda plevral effüzyonu saptamada genellikle karşılaştığımız durumlarda, torasik ultrasonografi, maksimum güvenilirlikle sonuca ulaştırabilmektedir (3).

GEREÇ VE YÖNTEM

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları kliniğine Ağustos 1986-Haziran 1987 tarihleri arasında müracaat eden 40 lenfomalı hasta üzerinde çalışıldı. Hastaların 37'sine lenf bezi biopsisi ile tanı konuldu, üç hastaya ise laparotomi sonucu alınan biopsilerle tanı konuldu.

Hastalarımızdan dikkatli bir hikaye alındı. Sistemik fizik muayene, rutin laboratuvar incelemeleri ve ultrasonografi yapıldı. Bunların ışığı altında Ann Arbor evreleme kriterlerine göre evrelendirildi. Hastalarda ikinci bir malignite, inflamatuvar has-

talık, tüberküloz, diğer plörezi yapabilecek hastalıkların olmamasına özen gösterildi.

Hastaların ultrasonografik değerlendirilmesinde 3.5 Mhz'lik 2380 imager real time Siemens marka lineer ultrasonografi cihazı kullanıldı.

Posterior anterior grafilerde 300 cc'den itibaren effüzyon saptanabilirken, lateral dekübitis grafilerde 100 cc'ye kadar olan mayiler izlenebilmektedir.

Az miktarda effüzyonları saptamada genellikle karşılaştığımız durumlarda torasik ultrasonografi maksimum güvenilirlikle sonuca ulaştırmaktadır.

Serbest plevral effüzyon, diafragma üzerinde düzgün sınırlı anekojen bir alan olarak görüntülenir. Sonolusent (echo free) natürde olmaları, içinde yüzen fibrinlerin bulunabilmesi, hava ve sıvı bronkogramı içermemeleri nedeniyle sıvı kolleksiyonları kolaylıkla tanımlanmaktadır. Plevral fibrozis ve multipl zayıf internal ekolar ve ses iletilsinin homojen kitleden geçerken zayıflaması sebebiyle düzensiz bir sinyal gösterir (2). Göğüs ultrasonografisi, plevral effüzyonu subdiafragmatik sıvı kolleksiyonlarından ayırt etmek amacıyla da uygulanmaktadır (2).

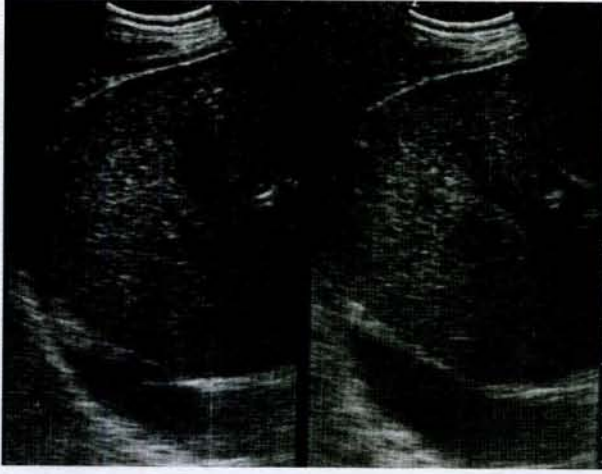
Plevral effüzyon araştırılırken öncelikle kuvvetli ekojenik kurvilineer yapıdaki diafragmaı tesbit etmek gerekmektedir. Sol hemitoraksta gaz içeren mide ve splenik fleksurada interpoze olan kolon sol diafragmanın optimal görüntülenmesini engelleyebilmektedir. Supine, sol anterior oblik, sağ lateral dekübitis pozisyonları ve midenin sıvıyla doldurulması sol diafragmanın vizüalizasyonuna yardımcı olur (5).

BULGULAR

Çalışma kapsamına alınan hastaların yaş dağılımı 14-70 yıl arasında değişiyordu. Yaş ortalaması 41.1 yıl olarak tesbit edildi. Hastalarımızın 14'ü (%35) kadın, 26'sı (%65) erkek idi. Kontrol olarak 10 sağlam şahıs seçildi. Olgular Ann Arbor kriterlerine göre evrelendirildiler. 40 vakanın dördünde (%10) plörezi tesbit edildi. Bunların ikisi Hodgkin, diğer ikisi Non-Hodgkin lenfoma idi. Plörezilerin dördü de sağ kostofrenik sinüste tesbit edildi (Şekil 1). Torasentezle sonografik bulgu doğrulandı. Dört hastada evre IV olarak değerlendirildi. Kemoterapi tedavisinden 21 gün sonra tekrar edilen sonografilerde plözünün kaybolduğu tesbit edildi.

¹ Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği

² Heybeliada Sanatoryumu Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahi Merkezi



Şekil 1. Lenfomaya bağlı sağda pleural effüzyon

TARTIŞMA

Son zamanlarda ilerleme kaydeden teknik araç ve gereçler invaziv metotları terk ettirecek kadar gelişme kaydetmiştir. Bazı tıp merkezlerinde lenfomaların artık invaziv metotla evrelendirilmesinden vazgeçilmiştir (7).

James Kohan ve grubu torasentez lokalizasyonu amacıyla 205 hastada toraks grafisiyle dekübitis grafisini karşılaştırmışlar, küçük effüzyonlarda torasentezde başarı sağlanabilmesi açısından ultrasonografiyi, dekübitis grafisine kıyasla üstün bulmuşlar. Ancak büyük miktardaki effüzyonlarda önemli bir üstünlük tesbit edememişler. Bu durumda ultrasonografik incelemeden önce körleme torasentez yapılabileceğini savunmuşlardır (4).

Adams ve Galati torasentezi riskli bulmuşlar, ultrasonografi aracılığı ile 10 ml. ve 1 litre arasında değişen miktarlarda sıvı saptayabilmişler. Anekojen alanın genişliğini aspire edilen sıvı miktarı ile kıyaslayarak 1cm'lik anekojen alanın yaklaşık 50-100ml sıvıya tekabül ettiğini saptamışlardır (1). Biz hastalarımızda kesin lenfoma tanısını koyduktan sonra plevradan ve plevral effüzyondan patolojik tetkik yapmadık. Çünkü bizim hastalarımızda ikinci bir hastalık olmamasına azami dikkat gösterdik. Kemoterapiden sonra plörezinin kaybolması da bunu destekledi.

Öbek ve arkadaşları, malign hastalıkların bazen direkt plevraya infiltre olmadan lenf drenajını tıkayarak veya tümörün bronşu tam tıkaması ile ateletazi olması sonucu, bronş civarında basıncın düşmesiyle sıvı toplanabileceğini ifade etmişlerdir. Plevral effüzyon ve plevra biyopsileriyle malignitenin yakalanma şansının %60 olduğunu belirtmişlerdir (6).

Çelikoğlu ve arkadaşları yaptıkları çalışmada Non-Hodgkin lenfomalı 19 hastanın sadece ikisinde sitolojik tetkikle plevral effüzyon mayisinden teşhise varabilmişler, kapalı plevra biyopsisi ise sadece üç hastada teşhis edici olmuştur. Bu sonuçlar plevral biyopsi ve plevral effüzyonun her zaman teşhis koydurucu tetkikler olmadığını gösteriyor.

Plevral effüzyon yapacak başka neden olmadıkça effüzyonun mevcut lenfomaya bağlı olduğunu kabullenmek gerekir. Çünkü plevral effüzyonun sebebi bilindiği halde effüzyon mayiinden ve plevra biyopsisinden teşhise varma imkanı %60'tır.

Sonuç olarak lenfomalı hastalarda %10 oranında plevral effüzyonun olabileceğini saptadık. Ayrıca plevral effüzyonu tesbit etmek için ultrasonografinin ideal bir araç olduğu kanaatine vardık.

KAYNAKLAR

1. Adams FV, Galati V. M-mode ultrasonic localisation of pleural effusion. JAMA. 239:761-64,1978.
2. Dorne LH. Differentiation of Pulmonary paranchimal consolidation from pleural disease using the sonographic fluid bronchogram. Radiology. 158:41-42,1986.
3. Fraser R, Pare P. Diagnosis of Diseases of the Chest. Philadelphia: W.B. Saunders Company, Third edition. 1988; 321-323, 349-351.
4. Kohan MJ, Poe HR, Israel RH, et al. Value of Chest Ultrasonography versus decubitus roentgenography for thoracentesis. Am Rev Respir Dis. 133:1124-1126,1986.
5. Moschan. Roentgen Signs in diagnostic imaging. Philadelphia: W.B. Saunders Company. Second edition. 1987;129.
6. Öbek A. İç Hastalıkları. 4. Baskı. Bursa. Güneş Kitabevi, 1990; 476.
7. Philip R, Bakemeier RF. Klinik Onkoloji. Fifth edition, çeviri editörü Dr. Nejat Bilge. İstanbul: Onkoloji Derneği. 1981;271-293.