

## Kardiyak lenfoma

## Cardiac lymphoma

- Kumral Çağlı<sup>1</sup>
- Ceren Yağmur Doğru<sup>1</sup>
- Mustafa Özdemir<sup>2</sup>
- Nesrin Turhan<sup>3</sup>
- Zehra Gölbaşı<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Department of Cardiology, Türkiye Yüksek İhtisas Training and Research Hospital, Ankara, Turkey

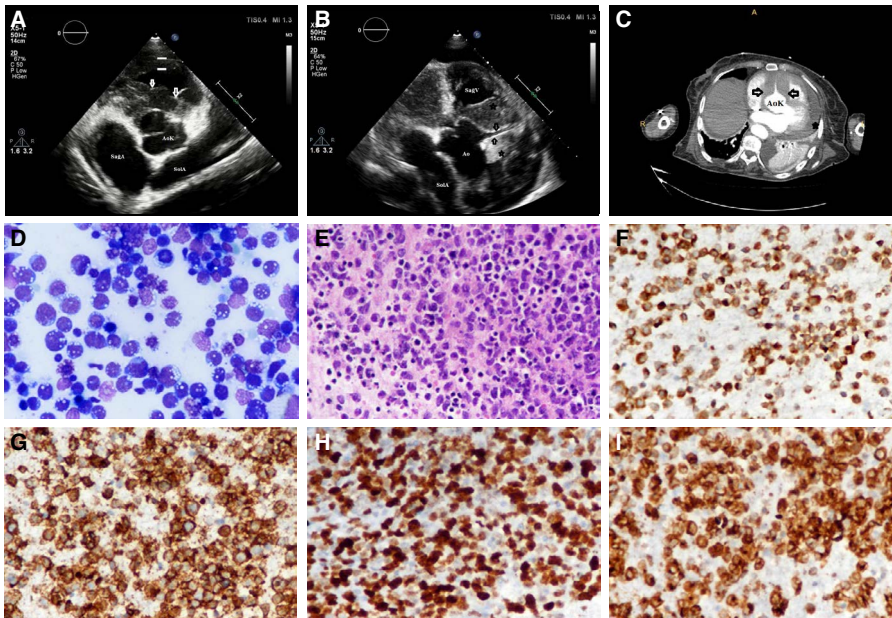
<sup>2</sup>Department of Radiology, Türkiye Yüksek İhtisas Training and Research Hospital, Ankara, Turkey

<sup>3</sup>Department of Pathology, Türkiye Yüksek İhtisas Training and Research Hospital, Ankara, Turkey

<sup>4</sup>Department of Cardiology, Hitit University Faculty of Medicine, Çorum, Turkey

Dispne şikayeti ile acile başvuran 79 yaşında kadın hastanın fizik muayenesinde kan basıncı 110/60 mm Hg, nabız 120/dk, solunum sayısı 18/dk ve ateş 37.6°C idi. Atriyal fibrilasyonu olan hastanın kalp sesleri derinden geliyordu, ek ses ve üfürüm yoktu. Akciğer muayenesinde iki taraflı bazal ral ve yaygın ronkus mevcuttu. Hepatosplenomegali ve yüzeysel lenf nodu tespit edilmedi. NT-proBNP (3397 pg/mL) ve LDH (3508 U/L) yüksek saptandı. Transtorasik ekokardiyografide (TTE) çepeçevre minimal perikardiyal sıvı ve sağ ventrikül çıkış yolu, aort ön duvarı ve sağ

izlendi (Şekil A ve B, Video 1 ve 2\*). Torakoabdominal BT'de sağ atriyum ile ana pulmoner arter arasında sağ koroner arteri çevreleyen hipodens solid kitle ve anterior mediastende patolojik boyutta lenf nodları görüldü (Şekil C). Abdominal yapılar normaldi, abdomen ve pelviste patolojik lenf nodu izlenmedi. Hastaneye yatırılışının üçüncü gününde kardiyopulmoner arrest gelişen hastada resüsitasyon sonrası dönemde dirençli ateş ve lökositoz ( $21 \times 10^3/\mu\text{L}$ ) oluştu; LDH 9989U/L'ye yükseldi. Hastaya biyopsi planlandı ancak genel durum bozukluğu nedeniyle yapılamadı. Perikardiyal sıvısı artan hastaya tanı amaçlı olarak TTE eşliğinde apikal yoldan perikardiyosentez yapıldı. Perikardiyal sıvının sitolojik incelemesinde diffüz büyük B hücreli lenfoma saptandı (Şekil D-I). Kemoterapi planlandı ancak genel durum bozukluğu olan hasta kesin tanının ikinci gününde tedaviye başlanmadan kaybedildi. Kardiyak lenfoma sıklıkla sekonder olsa da nadiren primer kardiyak lenfoma olarak da gelişebilir. Dissemine lenfoma öyküsü olmayan immünkompetan yetişkin hastada özellikle sağ kalp boşluklarında gelişen lenfoma, kalp dışı tutulum yok veya sınırlı ise primer kardiyak lenfomayı düşündürmelidir. En sık diffüz büyük B hücreli lenfoma görülür ve tedavisi erken sistemik kemoterapidir. Uygun tedavi yapılamadığında mortalitesi yüksektir.



**Şekiller-** (A) Parasternal kısa aks görüntüde aort kapağı anteromediyalinde büyük, lobule yapıli kitle (oklar). Sağ ventrikül çıkış yolu infiltrasyonu düşündürcek şekilde kalın (solid çizgiler). SağA:Sağ atriyum; SolA: Sol atriyum, AoK: Aort kapağı. (B) Apikal off-axis görüntüde sağ koroner arteri (oklar) çevreleyen büyük kitle (yıldızlar). Ao: Aorta; SolA: Sol atriyum; SağV: Sağ ventrikül. (C) BT'de sağ koroner arteri çevreleyen büyük solid perikardiyal kitle (oklar) ve yoğun dansiteli perikardiyal sıvı (yıldız) görülmektedir. EK olarak sol akciğerde atelektazi ve plevral sıvı ve minimal perihepatik asit mevcuttur. AoK: Aort kapağı. Diffüz büyük B hücreli malign lenfoma, Germinal merkez dışı tip. (D) Atipik lenfoid hücreler (May Grünwald Giemsa, x400). (E) Hücre bloğunda atipik lenfoid hücreler (hematoksilin eozin, x200) (F) bcl-2 (immünhistokimya, x200)

(G) CD20 (immünhistokimya, x400) (H) CD79a (immünhistokimya, x400) (I) Ki67 (immünhistokimya, x400). Tümörde %90'dan fazla hücrede boyanma olmuştur. \*Bu sunumla ilgili ek video dosyaları derginin çevrimiçi versiyonunda bulunabilir.