

Olgu Sunumu

Ampiyem ile Prezente olan T-Hücreli Lenfoblastik Lenfoma: Olgu Sunumu

Abidin Şehitoğulları^{*}, Ali Kahraman^{*}, Fuat Sayır^{**}, Ramazan Esen^{***}, Cengiz Demir^{***}

Özet

Plevral efüzyon, plevral boşluktaki sekresyon-absorpsiyon dengesinin bozulması sonucu oluşur. Benign ve malign hastalıklar plevral efüzyona yol açar. Sıklıkla viral, bakteriel ve tüberküloza bağlı gelişmesine rağmen lenfoma ve malignitelerde de görülebilir. Hodgkin (HL) ve Non-Hodgkin lenfoma (NHL)'lar lenf dokusundan kaynaklanan malign tümörlerdir. Bu tümörlerin patolojisi, immünolojisi ve tedavi yanıtı farklılıklar gösterir. Hastalığın prognozu histolojik tipine, evresine, diğer klinik ve patolojik parametrelere bağlıdır. Histolojik tanı uygun tedavi yaklaşımının belirlenmesinde önemlidir. Eksudatif plevral efüzyonların etyolojisinde malignite önemli nedenlerden biridir. Malign plevral efüzyon (MPE)'lara lenfoma %10 oranında sebep olmaktadır. Özellikle de ampiyem gelişecek kadar geciken lenfoma olgularına literatürde çok az rastlanmaktadır. Bu yazımızda ampiyem tanısıyla yatırılan ve yapılan ileri tetkiklerinde lenfoma tespit edilen bir olgu sunulmaktadır. Plevral efüzyon etyolojisinde enfeksiyon etkenlerinin yanı sıra malignitelerinde önemli olduğunu vurgulamak amacıyla bu olguyu sunduk.

Anahtar kelimeler: Ampiyem, lenfoma, tanı

Plevral efüzyon, plevral sıvının sekresyonu ile absorpsiyonu arasındaki dengenin bozulması sonucu oluşur. Plevral sıvının fazla üretilmesi veya lenfatik obstrüksiyona bağlı absorpsiyonda azalma, plevral efüzyon oluşumunun temel mekanizmasıdır (1). Bununla beraber plevral boşluktaki hidrostatik ve onkotik basınçlarda değişikliğe yol açan, akciğerden veya başka organlardan kaynaklanan patolojiler plevral efüzyona yol açabilirler. Tümöre bağlı plevral efüzyonlar ise lenfatik veya bronşiyal obstrüksiyonun yanı sıra, pulmoner arterdeki bir tümör embolisinden veya tumor hücrelerinden

üretilen fazla miktarda sıvıdan kaynaklanabilir. Tümörler hipoalbüminemi gibi sistemik etkileri aracılığıyla da plevral efüzyona neden olurlar (1,2). Plevral efüzyonların etyolojik dağılımı; tanı yöntemlerindeki ilerlemeler, çalışmanın yapıldığı klinik veya hastanenin özellikleriyle ilişkilidir (3).

T hücreli lenfomalar matür veya posttimik T-hücreleri ile natural killer hücrelerden kaynaklanan malignensilerin heterojen bir gurubudur, bu batı ülkelerindeki tüm Non-Hodgkin lenfomaların yaklaşık %12'sini kapsar (4). Bununla birlikte asya toplumlarında hastalığın insidansının daha yüksek olduğu bilinmektedir.

Malign plevral efüzyonu olan hastaların %6-7'sinde ise primer tümör saptanamaz. Malign plevral efüzyon tanısı, plevral sıvıda eksfolie malign hücreler bulunduğu ya da perkutan plevra biopsisi, torakoskopi, torakotomi veya otopsi ile elde edilen plevra dokusunda malign hücreler saptandığında konabilir. Malign plevral efüzyonu olan hastalarda en sık semptom efor dispnesi ve öksürüktür. Bu semptomlar genellikle ileri derecede efüzyonu olan hastalarda görülür. Dispne hastaların %50'sinden fazlasında ortaya çıkar. Eksudatif plevral efüzyonların etyolojisinde malignite en önemli nedenlerden

^{*}Van Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Cerrahisi, Van-Türkiye

^{**}Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi, Van-Türkiye

^{***}Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Hematoloji, Van-Türkiye

Yazışma Adresi: Dr. Abidin Şehitoğulları
Van Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Cerrahisi, 65100 Van-Türkiye
Tel: 5057591095

E-mail: abidin_sehitoglu@yahoo.com

Makalenin Geliş Tarihi: 11.04.2012

Makalenin Kabul Tarihi: 15.02.2013

biridir. MPE'a lenfoma %10 oranında sebep olmaktadır (2,3). Malign bir efüzyonun varlığının saptanması tedavi ve prognoz açısından büyük önem taşır. Primer lenfoma olduğunda kemoterapi ve/veya radyoterapi yapılır (3,4).

Kliniğimizde semptomları 6 ay kadar uzun bir süre önce başlamasına rağmen oldukça geç hastaneye başvuran ve geç geldiği için malign plevral efüzyonu ampiyeme dönüşmüş lenfomalı bir olguyu sunmayı amaçladık.

Olgu Sunumu

Onaltı yaşında erkek hasta; 6 ay önce şikayetleri başlayan, 20 gündür artan göğüs ağrısı, nefes darlığı ve ateş şikayeti mevcut. Nefes darlığının giderek artması ve ateşinin yükselmesi üzerine kliniğimize başvurdu. Çektilen akciğer grafisinde sağda masif efüzyon saptanması üzerine yatırıldı (Resim 1).



Resim 1. Posterior Anterior Akciğer grafisinde sağda massive plevral efüzyon (ampiyem).

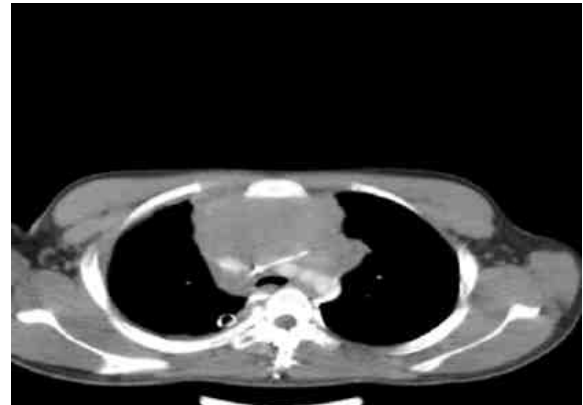
Öz ve soy geçmişinde anlamlı bir özellik yoktu. Fizik muayenesinde dinlemekle sağda üst zon hariç solunum sesleri alınamıyordu ve perküsyonda matite mevcuttu. Solda solunum sesleri normal idi. Palpasyonla yüzeysel lenf nodları tespit edilmedi. Ateş 39.2 olarak saptandı. Yapılan torasentezde plevral maide LDH: 1500 U/L, glukoz: 32 mg/dl , PH: 7.1, ve total protein 5.6 g/dl olarak tespit edildi. Plevral mai incelenmesinde kirli görünümde olup direkt mikroskopisinde ve gram boyamada bol lenfosit görüldü, mikroorganizma saptanmadı. Sitolojik incelemede natürü belirlenemeyen dejenere hücreler izlendi. Aerob ve anaerob kültürde üreme olmadı.

Laboratuvar tetkiklerinde hemoglobin 10.4 gr/dL, Hct %33, beyaz küre 13500/mm3, nötrofil 9400/mm3, lenfosit 1200/mm3, trombosit

309000/mm3, CRP 2.86 mg/dL, sedimantasyon 42 mm/saat, AFP: 0,827 IU/ml, CA-125: 47,86 U/ml, CEA: 0,634 ng/ml, Beta-HCG: 0,1 mIU/ml, LDH: 685,46 U/L bulundu. Toraks ultrasonografisinde sağ plevral aralıkta yoğun içerikli ve içerisinde septasyonlar olan plevral mai mevcuttu. Hastaya ampiyem teşhisi konularak sağ tüp torakostomi uygulandı. Dren sonrası plevral efüzyon boşaltıldıktan sonra çektilen akciğer grafisinde mediastinal genişleme tespit edilmesi üzerine (Resim 2). toraks bilgisayarlı tomografisi (BT) çekildi. BT'de anterior mediastende mediastendeki vasküler yapıları saran 11.5x11 cm boyutunda, heterojen kontrast tutulumu olan kitle lezyonu izlendi (Resim 3).



Resim 2. Ampiyem sıvısı drenajından sonra PA akciğer grafisindeki mediastinal genişleme.



Resim 3. Kontrastlı Toraks BT'de ana vasküler yapıları saran dev mediastinal kitle lezyonu görüntüsü.

İkinci defa gönderilen plevral mai sitolojik incelenmesinde; mikroskopik yaymada şüpheli blastik hücreler görülmesi üzerine lenfoblastik lenfoma olasılığı yönünden araştırılması ve klinik korelasyon önerildi. İki defa toraks BT eşliğinde punch biopsi yapılmasına rağmen patoloji sonucu

negatif gelince sağ mediastinotomi ile biopsi alındı. Yapılan patolojik incelemede yuvarlak neoplastik hücrelerde immünohistokimyasal inceleme sonucunda: Desmin (-), CD3 (+), CD20 (fokal+), S100 (-), CD99 (-), Ki 67 (%90 yüksek), Vimentin (-), Aktin (-), Sitokeratin (-), tdt (+fokal zayıf boyanma), CKA (+) bulundu. Sonuç T hücreli lenfoblastik lenfoma olarak raporlandı..

Yapılan Ekokardiografide hafif perikardial efüzyon tespit edildi ve tedaviye endol eklendi. Göz hastalıkları konsültasyonunda bilateral fundus muayenesinde, optik disk ve makula tabii izlendi. Nörolojik muayenede intratekal methotreksat uygulanmasının sakınca olmadığı rapor edildi. Hasta hematoloji kliniğine transfer edilerek kemoterapiye başlandı.

Tartışma

Nedeni belirlenmemiş efüzyonlu bir hasta geldiğinde, ilk araştırılması gereken bu efüzyonun eksüda mı, yoksa transüda mı olduğunu belirlemek olmalıdır (3,5). Plevral efüzyon, çeşitli hastalıkların komplikasyonu olarak karşımıza çıkabilir (5). Etiyolojiye yönelik yapılan çok sayıda çalışmada, genellikle eksüda özelliğindeki efüzyonlar için malign nedenlerin ve tüberkülozun diğer nedenlerden daha önde yer aldıkları gözlenmektedir (6). Marel ve arkadaşları, tüm plevral efüzyonların %44.6'sını etyoloji malign efüzyonların oluşturduğunu, bunu %11.7 ile parapnömonik efüzyonunun izlediğini göstermişlerdir (7). Bu yayından bir yıl sonra Vives ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, transüda özelliğindeki efüzyonların %55'inin konjestif kalp yetmezliğine bağlı olduğu; eksüda özelliğindeki efüzyonların %34.8'ini ise parapnömonik efüzyonun oluşturduğu saptanmıştır (6,7). Olgumuzda gerek ateşinin yüksek oluşu, gerekse diğer klinik ve laboratuvar değerlerin eksüda lehinde olmasından dolayı ilk anda ampiyem düşünüldü. Fakat yapılan ileri tetkiklerinde sonradan etyolojik nedenin lenfoma olduğunu tespit ettik.

Malign plevral efüzyonu olan hastalarda en sık semptom efor dispnesi ve öksürüktür. Bu semptomlar genellikle ileri derecede efüzyonu olan hastalarda görülür. Dispne hastaların %50'sinden fazlasında ortaya çıkar. Dispnenin ciddiyeti plevral efüzyonun miktarına bağlıdır. Ayrıca kaşeksi ve lenfadenopati de saptanabilir. Plevral frotman nadirdir. Asemptomatik hastaların yaklaşık yarısında plevral efüzyon kanserin ilk bulgusudur.(1,7)) Malign plevral efüzyonlu hastalarda göğüs ağrısı daha ziyade künt karakterde iken selim hastalıklarda plöritik tiptedir. plevral efüzyon nedeniyle solunum

seslerinin azalması, matite ve diafragma hareketinde kısıtlama oldukça sıktır. Olgumuzda baskın semptom dispne olmakla beraber tamamen ampiyem semptomları mevcuttu (Yüksek ateş, taşipne, göğüs ağrısı). Büyük bir kitle ve ampiyem gelişmiş olmasına rağmen periferik lenfadenopati görülmedi.

HL ve NHL'larda intratorasik tutulumu sık rastlanır. En sık rastlanan şekli mediastinal lenfadenopatidir. Mediastende büyüyen lenf bezleri büyük damarların etrafını sarıp basıya uğratabilir ve süperior vena kavada obstrüksiyona neden olabilir (8). Sezer ve arkadaşları 18 olguluk serilerinde, hastaların akciğer grafilerinde mediastinal lenf bezlerinde büyüme, atelektazi, konsolidasyon ve plevral efüzyon saptamışlardır (9). Çalışmamızda akciğer grafisinde görülen en belirgin radyolojik bulgu, plevral efüzyon ve atelektazi idi. Akciğer parankiminde soliter pulmoner nodül, kitle veya kavite saptanmadı.

NHL'larda mediastende kitle lezyonu bütün histolojik tiplerde görülebilmekle birlikte, lenfoblastik lenfomada ve difüz büyük hücreli tipte daha sıktır (8). Sunduğumuz olguda Toraks BT'de büyük bir mediastinal kitle saptandı ve histolojik tipi T-hücreli lenfoblastik lenfoma olarak raporlandı. Lenfomaların akciğer tutulumunda genelde nonspesifik semptomlar hakimdir. Nadiren mediastinal yapılara basıya bağlı olarak semptomlar oluşabilir. Frenik ve rekürrens sinir felcine nadiren rastlanır (10). Olgumuzda başlangıçta nonspesifik bulgular olup, hastadaki efüzyon boşaltıldıktan ve ampirik tedavi olarak prednizolon başlandıktan sonra dispne şikayeti oldukça geriledi.. Nervus rekürrens ve frenik sinir tutulumuna rastlanmadı. Taniya invaziv yöntemle Chamberline operasyonu ile gidilebildi.

Bu olgu nedeniyle genelde nonspesifik semptom ve laboratuvar bulgularıyla gelen ve en sık radyolojik bulgunun ise mediasten genişlemesi olduğu lenfomaların nadir de olsa ampiyem tablosuyla gelebileceği akla getirilmelidir.

T-Cell Lymphoblastic Lymphoma Presented with Empyema: A Case Report

Abstract

Pleural effusion is the result of the imbalance in the secretion-absorption process in the pleural cavity, caused by both the benign and malignant diseases. Although the most commonly encountered etiologies are viral and the bacterial infections, and tuberculosis, it can also be associated with lymphoma or other malignancies. Hodgkin's (HL) and Non-

Hodgkin's lymphoma (NHL)'s are malignant tumors arising from lymphatic tissue. These tumors have varying pathology, immunology, and response to treatment. The prognosis depends on the histological type, the stage, and the other clinical and pathological parameters. The histological diagnosis is important in determining the appropriate treatment approach. Malignancy is an important factor in the etiology of exudative pleural effusions. Of all the malignant pleural effusions (MPE), 10% are caused by lymphomas (1). Especially cases of empyema associated with lymphoma with a delayed diagnosis are rarely described in the literature. In this article, we report a case of lymphoma, which was admitted with the diagnosis of empyema and the lymphoma was diagnosed secondarily.

Conclusion: *This case was presented to emphasize that pleural effusion is an important entity associated with malignancies, as well as infectious agents.*

Key words: *Empyema, lymphoma, diagnosis*

Kaynaklar

1. Light RW. Pleural Effusions Related to Metastatic Malignancies. Light RW (ed). Pleural Diseases. Lippincott Williams and Wilkins, Philadelphia 2001; 108-134.
2. Batirel H, Yüksel M. Plevral Efüzyona Yaklaşım: Cerrahi perspektif, Türk Toraks Dergisi 2002; 3:13-19.
3. Bayrak MG, Erkan L, Uzun O, Fındık S, Atıcı AG, Özkaya Ş ve ark.. Plevral Efüzyonlu 153 Hastanın Değerlendirilmesi. Solunum Hastalıkları 2006; 17:66-72.
4. Yi JH, Kim JH, Baek KK, Lim T, Lee DJ, Ahn YC, et al. Elevated LDH and paranasal sinus involvement are risk factors for central nervous system involvement in patients with peripheral T-cell lymphoma. Ann Oncol 2011; 22(7):1636-1643.
5. Conner BD, Lee CG, Branca P, Rogers JT, Rodriguez RM, Light RW. Variations in pleural fluid WBC count and differential counts with different sample containers and different methods. Chest 2003; 123(4):1181-1187.
6. Ünlü M, Şahin Ü, Akkaya A. Plevral efüzyonların etiolojisinin araştırılması. Solunum Hastalıkları 2001; 12:212-215.
7. Marel M, Stastny B, Melínová L, Svandová E, Light RW. Diagnosis of pleural effusions. Experience with clinical studies, 1986 to 1990. Chest 1995; 107(6):1598-1603.
8. Ko OB, Lee DH, Kim SW, Lee JS, Kim S, Huh J, et al. Clinicopathologic characteristics of T-cell non-Hodgkin's lymphoma: a single institution experience. Korean J Intern Med 2009; 24(2):128-134.
9. Sezer CO, Sönmez OS, Saka D, Ciftçi B, Sipit T. The features of cases of intrathoracic lymphomas. Tuberk Toraks 2003; 51(2):183-189.
10. Berkman N, Breuer R, Kramer MR, Polliack A. Pulmonary involvement in lymphoma. Leuk Lymphoma 1996; 20(3-4):229-237.