

Kronik Lenfositik Lösemi'ye Bağlı Yumuşak Damakta Destrüktif Lezyon: Olgu Sunumu

Destructive Lesion in the Soft Palate Induced by Chronic Lymphocytic Leukemia; Case Report

Nazim Bozan^{1,*}, Sennar Ebinç², Hakan Çankaya¹, Mehmet Hafit Gür³, Ahmet Faruk Kiroğlu¹, Mahfuz Turan¹, Cengiz Demir²

¹ Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı, Van, Türkiye

² Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Van, Türkiye

³ Van Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kulak Burun Boğaz Kliniği, Van, Türkiye

ÖZET

Kronik Lenfositik Lösemi sık görülen bir B hücre neoplazisidir. Bu çalışmada, kliniğimizde KLL nedeni ile takip edilen yumuşak damak, uvula ve tonsil lokalizasyonunda KLL ye bağlı destrüktif lezyonu olan, medikal tedavi sonrası remisyona giren bir hastayı tartıştık. Tedavi sonrası nazofarenks ve yumuşak damakta adezyon ve hava pasajının engellendiğini tespit ettik. Bu vakanın literatürde nadir rastlanan bir durum olması nedeni ile burada sunmak istedik.

Anahtar Kelimeler: Kronik lenfositik lösemi, yumuşak damak, destrüksiyon

ABSTRACT

Chronic Lymphocytic Leukemia is a common B-cell neoplasia. This study discusses the case of a patient treated in our clinic due to CLL with destructive lesion in the localization of soft plate, uvula and tonsils induced by CLL who has been in remission after medical treatment. It has been determined that adhesion and air passage through the nasopharynx and the soft palate are blocked after the treatment. It has been presented because this case is a rare situation in the literature.

Key Words: Chronic lymphocytic leukemia, soft palate, destruction

Giriş

Kronik Lenfositik Lösemi (KLL), olgun görünümü neoplastik B lenfositlerin periferik kan, kemik iliği, lenf düğümü, dalak ve karaciğer gibi lenfoid bileşimi olan dokularda artışı ile karakterize bir hastalıktır. Genellikle asemptomatik başlamasına rağmen ateş, halsizlik ve tekrarlayıcı enfeksiyonlarla da klinik bulgu verebilir. Tam kan sayımında lenfositöz saptanır. Lenfadenopati veya hepatosplenomegali %40-50 olguda görülür. Hastalığın prognozu oldukça değişkendir, hastaların bir kısmında yavaş bir seyir gözlenirken, bazı hastalarda ise hızlı ve tedaviye yanıtız bir gidiş söz konusudur (1,2).

Kronik Lenfositik Lösemi hastalarında oral kavite lezyonları nadir görülmekle beraber hastalığa spesifik değıllerdir. Gingival hiperplazi, peteşiyal hemorajiler, nekroz ve enfekte yaralar şeklinde ortaya çıkabilir. Damakta neoplastik lenfosit

infiltrasyonu literatürde çok nadir olarak tarif edilmiştir (3-6). KLL tanılı vakamızda orofarenks, yumuşak damak ve tonsiller lokalizasyonunda destrüktif ve hava pasajını engelleyecek şekilde lezyonu olması nedeni ile ve bu durumun nadir izlenmesinden dolayı bu vakayı sunmak istedik.

Olgu Sunumu

Kliniğimize kilo kaybı, ateş ve gece terlemesi şikâyetleri ile başvuran 44 yaşında erkek hastanın Yapılan fizik muayenesinde dalak ve karaciğer kot altında 2-3 cm palpable, inguinal ve axiller alanda >2cmlik multiple lenfadenomegali, yumuşak damak, ve uvulada ödem izlendi. Yapılan tetkiklerinde Hg 9 gr/dL (11-18gr/dL), MCV 84 fl (80-100 fl), Neutrofil 3×10^3 /mL (2- 8×10^3 /mL), Lenfosit 40×10^3 /mL (1- 5×10^3 /mL), WBC 44×10^3 /mL (4- 11×10^3 /mL), Trombosit

36. Ulusal Kulak Burun Boğaz Baş ve Boyun Cerrahisi Kongresinde poster bildiri olarak sunulmuştur.

*Sorumlu Yazar: Dr. Nazim Bozan, Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı, 65400, Van, Türkiye

Tel: +90-(432) 215 04 73, Fax: +90 (432) 216 75 19

E-mail: drnzmbazan@hotmail.com

Geliş Tarihi: 26.01.2015, Kabul Tarihi: 19.11.2015

80x10³/mL (150-400x10³/mL), LDH 870 U/L (240-480 U/L), İndirekt Billirubin 0,4 mg/dL (0-0,8 mg/dL), ALT 14 U/L (0-41U/L), CRP 3 mg/dL, Direkt Coombs Testi negatif, Demir 70 ug/dL (37-145 ug/dL), Demir Bağlama Kapasitesi 210 ug/dL (112 - 346 ug/dL), Ferritin 80 ng/mL, CD19⁺, CD5⁺, CD23⁺ olarak izlendi. Periferik yaymada çok sayıda olgun lenfosit ve ezilmiş lenfositler izlendi. Yapılmış olan kemik iliği biyopsisinde olgun lenfosit infiltrasyonu izlendi. Çekilen tomografilerinde hepatosplenomegali ve yaygın lenfadenomegali izlendi. Yumuşak damak ve tonsiller lokalizasyonunda ödem ve kalınlaşma izlendi. Anemi ve trombositopeni bulguları olan hasta Rai evre IV olarak kabul edilerek Rutiksimab 375 mg / m²/gün (1.gün), Fludarabin 30 mg/m²/gün (1-3.gün), Siklofosfamid 300 mg/m²/gün(1-3.gün) (FCR) olarak tedavi başlandı. Altı kür olarak tedavisi planlanan hastanın üçüncü kürden sonra yapılan değerlendirmesinde lenfadenomegali ve hepatosplenomegalide azalma izlendi. Anemi, trombositopeni ve lenfositozu düzeldi. Hastanın boğaz ağrısı ve ağız kuruluğu şikâyetlerinin sık tekrarlaması üzerine yapılan Oral kavite muayenesinde yumuşak damak, tonsiller ve uvulada destrüksiyon ve fibrozisle skar dokusu şeklinde iyileşme izlendi. Orofarengeal alanda hava pasajında destrüksiyon ve adezyon nedeni ile daralma izlendi (Resim 1). Hastanın kliniğimizde takip ve tedavisi devam etmektedir.



Resim 1. Orofarenkste hava pasajını daraltan destrüksiyon ve fibrozis görünümü.

Tartışma

Kronik Lenfositik Lösemi'de immünolojik anormallikler ve tedavide kullanılan ilaçlara ikincil olarak diğer hematolojik maligniteler, non spesifik deri ve mukozal lezyonlar gelişebileceği gibi malign hücrelere bağlı spesifik deri infiltrasyonları da görülebilir (leukemia cutis). Leukemia cutis KLL'de %10 dan daha az görülmekle birlikte soliter veya grup halinde geniş alanlı papüller, plaklar ya da ülsere olmayan tümöral oluşumlar ile karakterizedir. Yüzde kulak arakasında ve diğer muhtelif alanlarda ortaya çıkabilir. Herpes skarları ile karışabilir (7,8). Vakamızda cilt lezyonu olmamakla birlikte Oral kavite ve orofarengeal alanda tedavinin başlangıcında ödem ve infiltrasyon ile uyumlu bulgular mevcut idi. Hastanın tedavisi esnasında sık üst solunum yolu ile ilgili şikâyetler yaşandı. Tedavi sonrası yapılan değerlendirilmesinde yumuşak damak, tonsiller ve uvulada destrüksiyon ve fibrozisle skar dokusu şeklinde iyileşme olduğu izlendi. KLL hastalarında oral kavite lezyonları nadir görülmekle beraber hastalığa spesifik değildir. Gingival hiperplazi, peteşiyal hemorajiler, nekroz ve enfekte yaralar şeklinde ortaya çıkabilir. Damakta neoplastik lenfosit infiltrasyonu literatürde çok nadir olarak tarif edilmiştir (3-6). Vakamızda tonsillerde, uvulada ve özellikle yumuşak damakta daha belirgin olmak üzere hipertrofi, ödem ve inflamasyon bulguları mevcut idi. Biz bu bulguları öncelikle KLL tutulumu lehine değerlendirdik. Yine literatürde KLL'nin oral kavite lezyonları gingival mukoza, tükrük bezleri, uvulada ve daha nadir olarak da damakta bildirilmiştir (3-6). Bizim vakamızda tonsiller, uvula ve yumuşak damakla beraber tutulmuştu. Tedavi sonrası ödem ve hipertrofik bulguları gerileyen vakanın nasofarenks ve orofarenks lokalizasyonunda ciddi destrüksiyon ve adezyonla seyreden fibrozis bulguları izlendi. Nasofarenks ile birleşmiş olan yumuşak damak nazal hava pasajını engellemişti. Vakamızdaki bu durumu sık tekrarlayan orofarengeal enfeksiyon ve KLL'nin yumuşak damak infiltrasyonunun iyileşmesi sonucu oluştuğunu düşündük.

Kronik Lenfositik Lösemi'de destrüktif orofarengeal lezyonlara nadir olarak rastlanmaktadır. Sık tekrarlayan orofarengeal enfeksiyon ve boğaz yakınmalarında bu durumun da göz önünde bulundurulması gerektiğini düşünüyoruz.

Kaynaklar

1. Comparison of the (A, B, C) staging and the Rai's staging from a large prospective series (935 patients). French Cooperative Group on Chronic Lymphocytic Leukemia. *Nouv Rev Fr Hematol* 1988; 30(5-6): 363-367.
2. Hallek M, Kuhn-Hallek I, Emmerich B. Prognostic factors in chronic lymphocytic leukemia. *Leukemia* 1997; 11: 4-13.
3. Chaudhry AP, Sabes WR, Gorlin RJ. Unusual oral manifestations of chronic lymphatic leukemia. Report of a case. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1962; 15: 446-449.
4. Henefer EP, Nelson JF, Beaupre EM. Palatal enlargement in chronic lymphocytic leukemia: report of case. *J Oral Surg* 1970; 28(5): 371-375.
5. Porter SR, Matthews RW, Scully C. Chronic lymphocytic leukaemia with gingival and palatal deposits. *J Clin Periodontol* 1994; 21(8): 559-561.
6. Vibhute P, Carneiro E, Genden E, Som PM. Palatal enlargement in chronic lymphocytic leukemia. *AJNR Am J Neuroradiol* 2006; 27(8): 1649-1650.
7. Cerroni L, Zenahlik P, Höfler G, Kaddu S, Smolle J, Kerl H. Specific cutaneous infiltrates of B-cell chronic lymphocytic leukemia: a clinicopathologic and prognostic study of 42 patients. *Am J Surg Pathol* 1996; 20(8): 1000-1010.
8. Beuchner S, Su D. Chronic lymphocytic leukemia, B-cell Type (B-CLL). In Burg G, Kempf W *Cutaneous lymphoma*. Taylor and Francis Group 2005; 375-378.