

Kolonun Non-Hodgkin Lenfoması: Olgu Sunumu

Non-Hodgkin's Lymphoma Of The Colon: Case Report

Firdevs Topal¹, Sabiye Akbulut², Fatih Esad Topal¹, Yasemin Dölek¹

¹Çankırı Devlet Hastanesi

²Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Özet

Lenfoma, kolon kanserleri içerisinde adenokarsinom ve karsinoid tümörden sonra üçüncü sıklıkta görülür. Kolon kanserlerinin % 0,5'inden daha azını oluşturur. En sık görülen kolon lenfoması non-Hodgkin lenfomadır. Olguların çoğu 50 yaş üzerinde, erkek/kadın oranı 2:1'dir. Tanı konulduğunda olguların yarısında bölgesel lenf nodlarına ve uzak organlara metastaz vardır. Erken tanı genellikle gecikebilir, erken tanı perforasyon gibi komplikasyonların önlenmesinde önemlidir. Bu makalede ishal yakınması ile gelen ve kolon lenfoması tanısı alan bir olguyu, nadir görülmesi nedeniyle sunmaktayız.

Anahtar Kelimeler: Kolon Lenfoma, Non-Hodgkin Lenfoma, kolon hastalıkları

Başvuru Tarihi: 09.07.2011 **Kabul Tarihi:** 14.09.2011

Abstract

Lymphoma is the third leading colon cancer following adenocarcinoma and carcinoid tumor. Non-Hodgkin's lymphoma accounts for less than 0.5% of all colon cancers. Non-Hodgkin's lymphoma is the most frequently seen colon lymphoma. Most of the cases are older than 50 years old and the male/female ratio is 2: 1. When the diagnosis is established, there are metastasis to regional lymph nodes and distinct organs in half of the cases. Establishing early diagnosis may be generally delayed, early diagnosis is important for prevention of complications like perforation. In this article, we present a case presenting with diarrhea complaint and getting colonic lymphoma diagnosis, since it is seen rarely.

Keywords: Colon Lymphoma, Non-Hodgkin's Lymphoma, colonic diseases

Application: 09.07.2011 **Accepted:** 14.09.2011

Giriş

Kolonun primer lenfoması gastrointestinal sistemin oldukça nadir bir tümördür, kolon malignitelerinin yalnızca % 0.2-1.2 sini oluşturur. Kolonda en sık görülen lenfoma non-Hodgkin lenfoma(NHL)dir.¹ Lenfomalar gastrointestinal sistemde en çok %50-60 oranı midede, ikinci sıklıkla %20-30 oranı ile ince barsakta ve %10-20 oranı ile kolon ve rektumda izlenmektedir. İnsidansı 2:1 oranında erkeklerde daha fazladır.² Erken tanı komplikasyonların önlenmesinde önemlidir.¹ Biz burada ishal yakınması ile başvuran ve kolon lenfoması tanısı alan bir olguyu nadir görülmesi nedeniyle sunmaktayız.

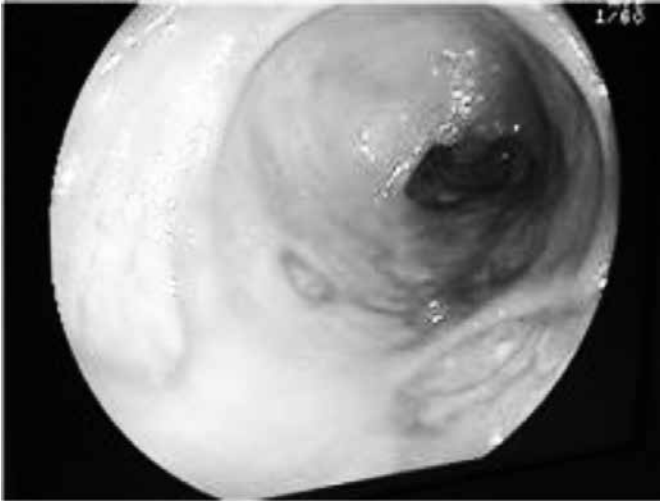
Olgu Sunumu

60 yaşında erkek hasta, polikliniğimize beş aydır devam eden ishal ve karında şişkinlik yakınması ile başvurdu. Öyküsünde yaklaşık beş yıldır, aralıklı, uzun süre devam eden ishal atakları tarifliyordu; bu ishal ataklarında nonspesifik antibiyotik ve semptomatik tedaviler verilmiş fakat ileri tetkik yapılmamıştı. Hastanın ishal ve karında şişkinlik yakınması son beş aydır sürekli hal alması üzerine araştırılmak üzere yatırıldı. Özgeçmişinde herhangi bir kronik hastalık ve ilaç kullanma öyküsü yoktu. Laboratuvar tetkiklerinde lökosit sayısı 16900/mm³, hemoglobin 15.7 g/dl, trombosit sayısı 349.000/mm³, açlık kan şekeri

102 mg/dl, üre 38 mg/dl, kreatinin 1.7 mg/dl, alkalen fosfat 152 (N:30-91) U/L, AST, ALT, GGT, total protein, albümin normaldi. Sedimentasyon 6 mm/h, HBsAg, AntiHCV, AntiHIV negatif, CEA, CA 19-9, AFP normaldi.

Batın ultrasonografisinde özellikle transvers kolonda difüz duvar kalınlaşması izlendi. Torakoabdominal bilgisayarlı tomografi incelemesinde karaciğer ve dalak normal büyüklükte; paratrakeal, mediastinal ve hiler bölgede bir santimetreden büyük lenf nodları saptandı. Üst gastrointestinal sistem endoskopisi normaldi.

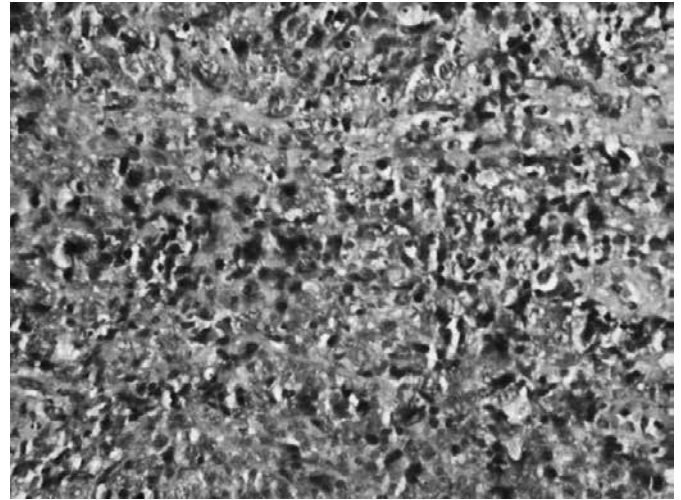
Yapılan kolonoskopik incelenmede rektumdan başlayıp transvers kolon proksimaline kadar devam eden, atlamalı şekilde tutulum yapan yaklaşık 3-4 cm çapında kenarları düzensiz, multipl derin ülserler izlendi. (Resim 1)



Resim 1: Olgunun kolonoskopik görünümü

Rektumda ortası ülserle yaklaşık 3 cm çapında polipoid lezyon izlendi, buradan ve tutulum gösteren kolon mukozasından biyopsiler alındı. Biyopsi örneklerinin patolojik incelenmesi sonucu "Kolon mukozada örneklerinde lamina propriayı geniş alanlarda dolduran hücresel proliferasyon dikkati çekmiştir. Bu proliferasyonu diffüz dağılım gösteren, yuvarlak – oval nukleuslu bazıları belirgin nukleollü, mitotik olarak aktif atipik hücreler oluşturmaktadır. Tanımlanan hücrelerde CD45 ve CD20 ile diffüz boyanma saptanmamıştır. Aradaki infiltrate lenfositlerden bir kısmın da CD3 ile boyanma gözlenmiştir. Bu bulgularla B hücre-

li Non-Hodgkin Lenfoma infiltrasyonu tespit edilmiştir" şeklinde rapor edildi (Resim 2). Kolondan alınan biyopsi materyallerinde ARB negatif ve tüberküloz için alınan kültürde de üreme olmadı. Hastaya bu bulgularla yaygın tutulumlu primer kolon lenfoması tanısı konulup, hematoloji kliniği ile konsulte edildi, konsültasyon sonucunda hematoloji kliniği tarafından Rituksimab+CHOP (siklofosfamid, doksorubisin, vinkristin ve prednizon)'dan oluşan kemoterapi kürü başlandı. Hastaya iki ay sonra yapılan kontrol kolonoskopisinde kolondaki ülserle lezyonların gerilemiş olduğu görüldü.



Resim 2: Kolon lenfoma histopatolojik görünümü (Hematoksilen eozin, X200)

Tartışma

Non-Hodgkin's lenfomanın kolon tutulumu oldukça nadirdir; gastrointestinal sistemi primer yada sistemik malignitenin bir parçası olarak tutabilir. Daha çok 50 yaş üzerinde ve erkeklerde 2:1 oranı ile daha sık olarak görülür.¹ Kolon lenfomalı olgularda ensık görülen semptomlar abdominal ağrı, barsak alışkanlığında değişiklikler ve kilo kaybıdır. Bunun yanı sıra bulantı, kusma, hematokezia, obstrüksiyon, intussusepsiyonlar ve intestinal perforasyona bağlı akut peritonit bulguları da sık olarak görülür.^{3,4} Spesifik semptomlar ve intestinal obstrüksiyon bulguları olmadığında tanı geçikebilmektedir. Fizik muayenede hastaların %50'sinde batında kitle palpe edilebilir ve ultrasonografi ile de görüntülenebilir.¹

Kolon lenfomaları genellikle lenfoid dokudan zengin olan ilioçekal bölge ve çekumu; ikinci sıklıkta rektumu tutmaktadır. Çekum tutulumunda semptomlar geç ortaya çıktığından tanı gecikebilir. Rektum tutulumunda ise bizim olgumuzda olduğu gibi semptomlar daha erken farkedilmekte ve daha erken tanı konabilmektedir. Kolonda lezyonlar genellikle tek, annular veya duvar kalınlaşması olarak tesbit edilmektedir.^{5,6} Fakat bizim olgumuzda olduğu gibi diffüz natürde veya multibl de olabilmektedir.⁷ Tümörün kaynaklandığı hücre tipi ise çoğunlukla %80-85 oranı ile B hücre, %10-15 oranında ise T hücredir.⁶ T hücreli lenfomaların prognozlarının daha kötü olduğu bildirilmektedir.⁸

Tanıda kolonoskopi ve bilgisayarlı tomografi sık olarak kullanılır. Bilgisayarlı tomografi ile lezyonun lokalizasyonu ve görüntülenmesi yapılır. Kolonoskopik incelemede ise lezyonun makroskopik olarak değerlendirilmesi yanı sıra; ayrıca kolonoskopide biyopsi alma imkanı olduğundan, alınan kolon biyopsilerinin mikroskopik olarak incelenmesi ile histolojik değerlendirme yapılabilmektedir. Ayırıcı tanıda immunohistokimyasal boyama özellikle önemlidir.¹

Tedavi genellikle cerrahi ve sistemik kemoterapiyi kapsar.^{1,3} Tedavi hastalığın evresine göre değişir; erken evredeki hastalara radikal tumor rezeksiyonu (hemikolektomi) ve polikemoterapi uygulanmaktadır. Tedavide genellikle CHOP, MACOP-B rejimleri kullanılır. Uygun vakalarda kemoterapi sonrası da cerrahi tedavi uygulanabilmektedir. Radyoterapi inkomplet rezeksiyonlarda veya cerrahi için uygun olmayan olgularda endikedir. Eğer sistemik tutulum varsa kombine kemoterapi uygulanmaktadır. Olguların yarısında bizim olgumuzda olduğu gibi ilk tanı anında bölgesel lenf nodlarına yayılım vardır. Prognoz bölgesel lenf tutulumu ve doku yayılımına bağlıdır.⁶

Sonuç olarak kolon lenfomaları nadirdir; çekum en sık tutulan bölgedir. Erken tanı perforasyon gibi önemli komplikasyonları önlemekte oldukça önemlidir, bununla birlikte tanıda gecikmelere sık olarak rastlanmaktadır. Lokalize primer lenfomalarda asıl tedavi cerrahi rezeksiyon ve takiben postoperatif kemoterapidir. Bununla birlikte hastalığın lokal olarak kontrolü, kanama ve perforasyon gibi komplikasyonların önlenmesinde önemli rol oynamaktadır.

Kaynaklar

1. Tauro LF, Furtado HW, Aithala PS, D'Souza CS, George C, Vishnumoorthy SH. Primary lymphoma of the colon. Saudi J Gastroenterol 2009;15:279-282.
2. Gonzalez QH, Heslin MJ, Davila-Cervantes A, Alvarez-Tostado J, de los Monteros AE, Shore G, et al. Primary colonic lymphoma. Am Surg 2008;74:214-216.
3. Chiang JM, Lin YS. Tumor spectrum of adult intussusception. J Surg Oncol 2008;98:444-447.
4. Eser B, Kaplan B, Unal A, Canoz O, Altuntas F, Sari HI, et al. Clinicopathologic characteristics and therapeutic outcomes of primary gastrointestinal non-Hodgkin's lymphomas in central Anatolia, in Turkey. Yonsei Med J 2006;47:22-33.
5. Koch P, del Valle E, Berdel WE, Willich NA, Reers B, Hiddemann W, et al. Primary gastrointestinal non-Hodgkin's lymphoma. I: Anatomic and histologic distribution, clinical features, and survival data of 371 patients registered. German Multicenter Study Group. J Clin Oncol 2001;19:3861-3873.
6. Bairey O, Ruchlemer R, Shpilberg O. Non-Hodgkin's Lymphomas of the Colon. IMAJ 2006;8:832-835.
7. Zinzani PL, Magagnoli M, Pagliani G, Bendandi M, Gherlinzoni F, Merla E, et al. Primary intestinal lymphoma: Clinical and therapeutic features of 32 patients. Hematologica 1997;82:305-308.
8. Wang MH, Wong JM, Lien HC, Lin CW, Wang CY. Colonoscopic manifestations of primary colorectal lymphoma. Endoscopy 2001;33:605-609.