

VAK'A TAKDİMİ

A. Ü. Tıp Fakültesi Patoloji Kürsüsü

INTRATORASİK DEV LENF DÜĞÜMÜ

Dr. Fehmi AKSOY (*)

Dr. Orhan M. BULAY (**)

Intratorasik dev lenf düğümü ender görülmekle beraber sıklıkla çeşitli lezyonlarla karıştırılmaktadır. Intratorasik dev lenfdüğümü ilk kez 1954 de Castleman tarafından tarif edilmiş ve 'Timomaya benzeyen lokalize mediastinal lenf bezi hiperplazisi' olarak adlandırılmıştır (6). Daha sonra o zamana kadar timoma tanısı alan bazı vakalar incelendiğinde bir kısmının dev lenf düğümü olduğu ortaya çıkmıştır. Ayrıca anjiofolliküler lenf bezi hiperplazisi, intratorasik lenf bezi hiperplazisi, mediastinal dev lenfoid hiperplazi, izole lenfoid tümör gibi değişik terimler de kullanılmıştır (2, 7, 8, 12).

Kürsümüzde ilk olarak 1964 yılında bir vaka tesbit edilmiş ve 1966 da yayınlanmıştır (5). Daha sonra, 1970 ve 1973 yıllarında gözlenen iki yeni vakayı sunmak istiyoruz.

PATOLOJİ

Intratorasik dev lenf düğümü 8 - 58 yaşları arasında görülmekte, ancak 30 - 35 yaşlarında daha sık rastlanılmaktadır (11). Her iki sekste aynı oranda meydana gelmekte, ırk farkı göstermemektedir. Lezyon genellikle semptomsuzdur ve radyolojik olarak ortaya çıkarılabilmektedir. Bazan da genel semptomlar bulunmaktadır (2).

Yayınlanan 134 vakanın % 60 ı toraks, % 11 i karın, % 4 ü boyun, % 4 ü aksilla lokalizasyonu göstermektedir. Diğer yerlerde de daha az olarak görülmektedir. Intratorasik olanların % 49 u mediasten, % 24 ü sol akciğer hilusu, % 11 i de sağ ak-

(*) A. Ü. Tıp Fakültesi Patoloji Kürsüsü Asistanı

(**) A. Ü. Tıp Fakültesi Patoloji Kürsüsü Profesörü

ciğer hilusunda bulunmaktadır (2). Toraks içinde diğer lokalizasyonlarda da az olarak görülmektedir.

Klinik yönden karıştığı lezyonların başında timomalar, lenfomalar, teratomlar, nörofibrom, bronkojenik kistler ve kardio-vasküler defektler gelmektedir (2, 11, 12). Histolojik olarak ise benign timoma, lenfadenit ve hemolenf nod ile karışmaktadır (2, 11).

Makroskopik olarak muntazam kapsüllü, kesiti sarı - kahverengi ile pembe arasında değişen, solid bir kitle olarak görülürler. Büyüklüğü değişik olmakla birlikte genellikle 5 - 10 cm. çaptadırlar. Damardan zengin olmasına rağmen kıvamı serttir (11).

Histolojik olarak belirli özellikler gösterirler. Folliküller sayıca artmıştır. Folliküllerin merkezlerinde Hassal cisimciklerine benzeyen hyalinize sahalar ve histiositler görülür. Lenf düğümünde normalde görülmesi gereken sinüsler tamamen kaybolmuştur. Ender olarak abortif sinüs yapılarına rastlanılabilir (9). Folliküller arası stroma oldukça vaskülerdir ve stroma damarları proliferatiftir (4, 11). Damar endotellerinde bazan mitozlar görülebilir, bu damarlar lenf bezindeki postkapiller venülere benzerler (11). Bu stromada bol lenfosit ve plazma hücreleri bulunur. Ayrıca geniş hyalinizasyon sahalarına rastlanılır.

MATERYEL

Vaka 1. 17 yaşında kadın hasta. Bir yıldan beri göğsünün sol tarafında ağrı, çarpıntı şikâyetleri var. Radyolojik olarak sol hemitoraksda mediasten bölgesinde, muntazam hudutlu homojen yoğunluk görülerek torakotomi uygulandı. Mediastenden köken alan 9 cm. çapındaki intratorasik, ekstrapulmoner kitle çıkarıldı.

Tümöral kitle makroskopik olarak 9x6x5 cm. boyutlarındadır. Muntazam kapsüllü olup, kesit yüzü açık kahverengi görünümde ve fibröz bölmeler kapsamaktadır.

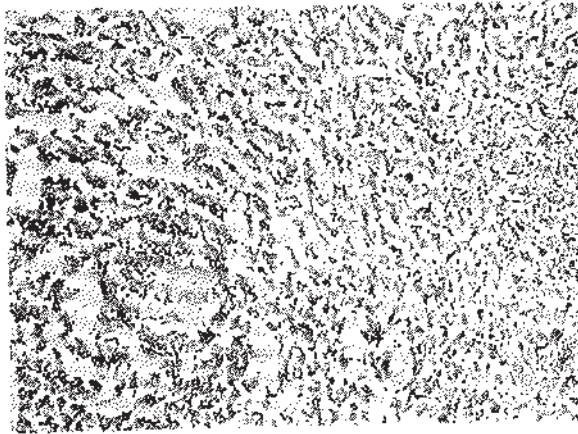
Mikroskopik olarak kitlenin muntazam fibröz kapsüllü lenf düğümü olduğu izlenimi alınmaktadır. Sinüslerin tamamen or-

tadan kalktığı, buna karşılık folliküllerin ileri derecede arttığı dikkati çekmektedir. Folliküllerin ortasında Hassal cisimciklerine benzeyen hyalinize sahalar ve histiositler bulunmaktadır. Stroma oldukça vasküler olup bol lenfosit ve plazma hücresi ihtiva etmektedir. Arada geniş hyalinizasyon sahaları görülmektedir. Histolojik Tanı : İntratorasik Dev Lenf Düğümü (4399/1970).

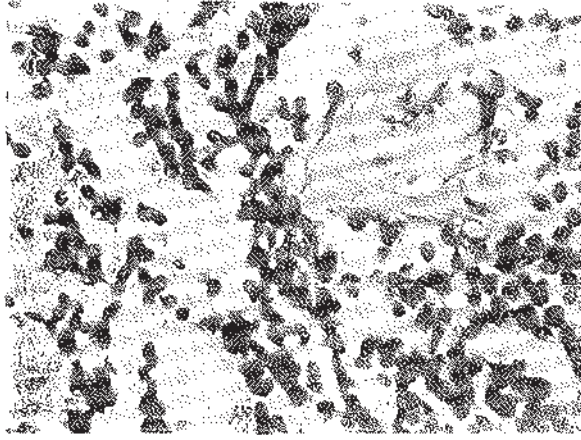
Vaka 2. 25 yaşında kadın hasta. Hastanın tek şikâyeti sol elinde bir yıldır devam eden uyuşukluktur. Radyolojik olarak sol akciğer apeksi hizasında homojen gölge mevcuttur. Diğer laboratuvar bulguları tamamen normal hudutlar içindedir. Torakotomide sol hemitoraks iç duvarında tümöral kitle tesbit edilerek tamamen çıkarılmıştır.

Tümöral oluşum 7x7x4 cm. boyutlarındadır. İnce bir kapsül ile çevrili olup muntazam yüzey göstermektedir. Kesit yüzü homojen pembe görünümde ve yer yer kırırdağı andırır sahaları kapsamaktadır.

Mikroskopik olarak oluşum lenf bezi yapısındadır. Folliküllerde ileri derecede artma ve genişleme, merkezlerinde Hassal cisimciklerini andırır hyalinize sahalar mevcuttur (Resim 1, 2).

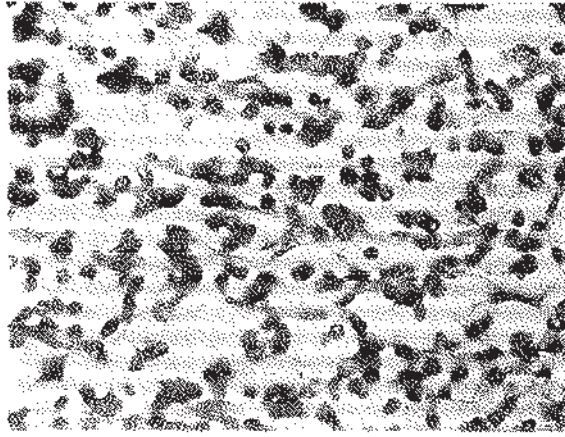


Resim 1. İntratorasik dev lenf düğümünde lenf follikülünün ortasında Hassal cisimcigine benzeyen hyalinizasyon sahası.



Resim 2. Resim 1. deki yapının daha üst büyülmekteki görünümü.

Sinüsler ise kaybolmuştur. Stromada bol damar kesiti, lenfosit ve plazma hücreleri bulunmaktadır (Resim 3). Bunlara ek olarak geniş hyalinize sahalar görülmektedir. Histolojik Tanı : İntratorasik Dev Lenf Düğümü (5619/1973).



Resim 3. Stromada bol lenfosit ve plazma hücreleri görülmektedir.

TARTIŞMA

Intratorasik dev lenf düğümünün genезisi hakkındaki tartışmalar devam etmektedir ve konu henüz aydınlık kazanmamıştır.

Lezyonu ilk tarif eden Castleman (6) olayı lenf düğümünün iltihaba karşı aşırı ve abartmalı bir cevabı olarak değerlendirmiştir. Ancak hiçbir vakada hiperplaziye yol açacak iltihabi süreç tesbit edilememiştir (9). Üstelik kas ve ekstremiteler gibi normalde lenf düğümü bulunmayan yerlerde de görülmesi bu düşüncesin aksinedir (3, 9).

Oluşumun dev hemolenf nod olduğu ileri sürülmüşse de bu görüş benimsenmemiştir. Kas dokusu ve deri altında hemolenf nod görülmemektedir. Ayrıca dev lenf düğümünde sinüsler de bulunmamaktadır (3, 6).

Bugün yaygın olan kanıya göre intratorasik dev lenf düğümü hamartom türü bir lezyondur (2, 4, 5, 7, 9, 10, 11). Yani lenfoid dokunun fokal, aşırı bir gelişmesi veya lenfoid komponent ihtiva eden bir gelişme hatası olarak kabul edilmektedir. Anormal vasküler bir yapının bulunuşu, stroma damarlarının daha önce de belirtildiği gibi proliferatif oluşu lezyonun hamartom olabileceği görüşünü desteklemektedir. Bundan başka olayın lenfoid doku içinde vasküler bir hamartom olabileceği de söylenmiştir. Nitekim Tung ve Mc Cormack (11) stroma damarlarının çok kıvrımlı seyrettiklerini belirtmişler, stromadan çok sayıda damarın follikülleri delerek merkezlerine ulaştığını seri kesitlerde göstermişlerdir. Daha sonra bu damarların hyalinize olmasıyla Hassal cisimciklerine benzeyen yapılar oluşmaktadır. Hassal cisimciği izlenimi alınan bu yapıların dikkatle incelenmesi, endotelleri proliferen kapillerler olabileceğini düşündürmüştür.

Oluşumun bir koristom olması da söz konusu olabilir (2, 9). Hatırlanacağı gibi, koristom, bir dokunun normalde bulunmaması gereken bir yerde aşırı gelişmesidir. Ancak bu görüş pek taraftar bulmamıştır. 2. vakamızda lezyonun toraks iç duvarın-

da yerleşmesi her ne kadar koristom olabileceğini düşündürürse de toraks iç duvarında çok küçük lenf düğümlerinin bulunduğu bilinmektedir.

Stromada plazma hücrelerinin bulunuşu olayın immünolojik bir cevap olduğunu düşündürmüştür (11). Ancak bunun tümördeki lenfoid dokunun cevabı mı yoksa patolojik antiteye karşı konağın cevabı mı olduğu açıklanamamıştır.

Bütün bu yukarda söylenenlerin dışında uzun yıllar olayın timus ile ilişkisi olduğu sanılmış, timoma veya timus artıklarından köken alan bir tümör olduğu düşünülmüştür (1, 3, 5). Bunun nedeni Hassal cisimciklerine benzeyen yapıların bulunması olasılığıdır. Ancak bu oluşumların Hassal cisimcikleri ile ilişkisi olmadığı anlaşılmıştır.

Vakaların bir kısmında aynı lenf düğümünde lezyon ile birlikte normal yapının da bulunması olayın normal lenf düğümünden köken aldığını düşündürmüştür (2).

Bazı histiositlerde büyük intrastoplazmik inklüzyonlar görülmüş, histokimyasal yöntemlerle bu inklüzyonların hemolipofüsin tabiatında olduğu tesbit edilmiştir (7).

Çok ender olarak Stenberg tipi dev hücrelerine rastlanmaktadır. Bu nedenle lezyonun Hodgkin hastalığının alışılmamış bir şekli olarak kabul edenler, hiç değilse malign biolojik özelliklere sahip olduğuna inanıyorlardır (7).

Ancak olay kesinlikle benigndir. Eksizyon tam olmasa bile nüks görülmemektedir (4, 8, 11, 12).

ÖZET

17 ve 25 yaşlarında iki kadın hastada tesbit edilen intratorasik dev lenf düğümü vakası takdim edilmiştir. Vakalardan biri alışılan mediasten lokalizasyonu gösterdiği halde diğeri toraks iç duvarında yerleşmiştir. İntratorasik dev lenf düğümünün histogenezi tartışılmış ve hemartomatöz olabileceği düşünülmüştür.

SUMMARY

Intrathorasic Giant Lymph Node

Two cases of intrathoracic giant lymph node are presented. The patients, 17 and 25 year-old were both females. One of the patients had the mass in usual mediastinal localisation, but the localisation of the second case was unusual as being inside of the thoracic wall. The histogenesis of the giant lymph node was discussed and it seemed to us that they are hamartomatous in origin and benign in nature.

L I T E R A T Ü R

- 1 — ABELL, M. R., ARBOR, A. : Lymphonodal hamartoma versus thymic choristoma of the pulmonary hilum. Arch. Path. 64: 584, 1957.
- 2 — ANAGNOSTOU, D., HARRISON, C. V. : Angiofollicular lymph node hyperplasia. J. Clin. Path. 25: 306, 1972.
- 3 — ANDERSON, W. A. D. : Pathology, s: 1335, 6. ed., C. V. Mosby, St. Louis, 1971.
- 4 — BENJAMIN, S. P., Mc CORMACK, L. J., EFFLER, D. B., GROWES, L. K. : Primary lymphatic tumors of the mediastinum. Cancer 30: 708, 1972.
- 5 — BULAY, O., ÖZDOĞAN, F. : İntratorasik dev lenf nodülü. A. Ü. Tıp Fakültesi Mecmuası 19: 639, 1966.
- 6 — CASTLEMAN, B., IVERSON, L., MENENDEZ, V. P. : Localised mediastinal lymph node hyperplasia resembling thymoma. Cancer 9: 822, 1956.
- 7 — FISHER, E. R., SIERACKI, J. S., GOLDENBERG, D. M. : Identity and nature of isolated lymphoid tumors (so-called nodal hyperplasia, hamartoma and angiomatous hamartoma) as revealed by histologic, electron microscopic and heterotransplantation studies. Cancer 25: 1286, 1970.
- 8 — HARRISON, E. C., BERNATZ, P. E. : Angiofollicular mediastinal lymph node hyperplasia resembling thymoma. Arch. Path. 75: 284, 1963.

- 9 — LATTES, R., PATCHER, M. R. : Benign lymphoid masses of probable hamartomatous nature. Analysis of 12 cases. *Cancer* 15: 197, 1962.
- 10 — SAGREIYA, K., TALWAR, J. R. : Mediastinal lymph node hyperplasia. A case report. *Indian J. Path. Bact.* 7: 118, 1964.
- 11 — TUNG, K. S. K., Mc CORMACK, L. : Angiomatous lymphoid hamartoma. Report of five cases with a review of literature. *Cancer* 20: 525, 1967.
- 12 — VENEZIALE, L. M., SHERIDAN, L. A., PAYNE, W. S., HARRISON Jr. E. G. : Angiofollicular lymph node hyperplasia of the mediastinum. *J Thorac. Cardiovasc. Surg.* 47: 111, 1964.