

OLGU SUNUMU

AKCİĞERİN PRİMER LENFOMASI

PRIMARY PULMONARY LYMPHOMA

Kenan Can CEYLAN¹ **Hakan POLAT**¹ **Ozan USLUER**¹ **Şaban ÜNSAL**¹
Deniz AKPINAR¹ **Zekiye AYDOĞDU DİNÇ**² **Oktay BAŞOK**¹

Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi, İzmir

¹Göğüs Cerrahisi Bölümü, ²Patoloji Bölümü

Anahtar sözcükler: Lenfoma, akciğer, cerrahi

Key words: Lymphoma, lung, surgery

Geliş tarihi: 19.06.2009

Kabul tarihi: 27.10.2009

ÖZET

Akciğerin primer lenfoması nadir görülür. Klinik olarak non-spesifiktirler. Genellikle başka bir amaçtan dolayı çekilen akciğer grafileri ile tespit edilirler. Olgumuz 57 yaşında kadın hasta, 2 yıldır nefes darlığı şikayeti mevcuttu. Toraks bilgisayarlı tomografisinde solda plörezi ve plevrada posterior bölgede yumuşak dokuda kitle lezyonları izlendi. Plevral effüzyon ön tanısıyla tetkikleri sonrası tanı ve tedavi amacıyla kliniğimize yatırılan olguya videotorakoskopi ve sol mini torakotomi uygulandı. Histopatolojisi düşük dereceli non hodgkin lenfoma olarak rapor edildi. Postoperatif dönemde hematoloji kliniğine nakil verildi. Toplam 6 kür kemoterapi uygulanan hasta 35. ay kontrolünde, asemptomatik idi. Prognozu etkileyen tek faktör tümörün histopatolojik tipidir. Lenfomalar prognozu iyi, uzun sağkalıma sahip tümörlerdir. Nadir görülmesi nedeniyle akciğerin primer lenfomasını literatür eşliğinde sunmayı amaçladık.

GİRİŞ

Hodgkin lenfoma (HL) ve NonHodgkin lenfoma (NHL) akciğerde genelde sekonder yerleşimli olup, primer yerleşimine nadir (%0.4) rastlanmaktadır. Histolojik olarak mukoza ile

SUMMARY

Primary pulmonary lymphoma is rare seen. These tumors are clinical nonspecific. It is detected in x-ray films by chance generally. A 57 year-old woman with dyspnea in two years was admitted to our hospital. Thorax computed tomography showed pleural effusion in left pleura and masses of soft tissue to posterior. The patient was admitted to our clinic and was performed videothoracoscopy and left thoracotomy for diagnose and treatment. The histopathological examination of the pleural effusion and soft tissue biopsy was reported low grade non hodgkin lymphoma. The patient in post-operatively was discharged to the hematology clinic and was performed six cure chemotherapy. The patient was controlled 35th months and was asymptomatic. Histopathologic type is the major effect on prognosis. Lenfomas have best prognosis and good survival. A case of the primary pulmonary lymphoma was occasionally seen presented with the review of the literature.

ilişkili dokudan kaynaklanan (MALT) lenfoma ve bronşla ilişkili dokudan kaynaklanan (BALT) lenfoma olarak sınıflandırılır. Primer pulmoner lenfoma (PPL) tanımı, ekstratorasik ve mediastinal tutulumun olmadığı, yalnızca

akciğer parankiminden kaynaklanan lenfomalar için kullanılır. PPL içinde NHL'ların akciğer tutulumuna HL'ya göre daha sık rastlanır. Akciğerde primer NHL bütün NHL'lar içinde %1'den daha azdır. PPL prognozu iyi, uzun sağkalıma sahiptir (1). Nadir görülen akciğerin primer lenfomasını literatür eşliğinde sunmayı amaçladık.

OLGU

Eforla artan nefes darlığı şikayeti ile hastanemize başvuran 57 yaşında kadın hastanın özgeçmişinde geçirilmiş kolesistektomi ve appendektomi ameliyatları dışında özellik yoktu. Fizik bakıda dinlemekle sol alt bölgede solunum sesleri azalmış saptandı. Lenfadenopati veya splenomegali saptanmadı. Laboratuvar bakısında sedimentasyon 80 mm/h dışında normal idi. Göğüs postero-anterior grafisinde sol sinüsü kapatan ve 5. kot ön kol seviyesine kadar yükselen homojen dansite artımı (Resim 1) mevcut idi. Toraks bilgisayarlı tomografisinde (BT) sol hemitoraksta masif plevral sıvı postero-bazalde plevral yumuşak doku kitleleri, komşu üst lob ve alt lob kesimlerinde pasif atelektazi (Resim 2) izlenmekte idi. Patolojik boyutta hiler ve mediastinal lenfadenopati yoktu.

Tanısal amaçlı üç kez yapılan plevra biopsisi ve sıvı sitolojisi histopatoloji sonucu "benign, kronik nonspesifik plörit" olarak rapor edildi. Bronkoskopisinde endobronşiyal lezyon izlenmedi. Solunum fonksiyon testlerinde orta derecede obstrüksiyon saptandı (FEV1: 1.08 lt (%43), FVC: 1.44 lt (%49) ve oranı: %96). Arteriyel kan gazında orta derecede hipoksemi görüldü.

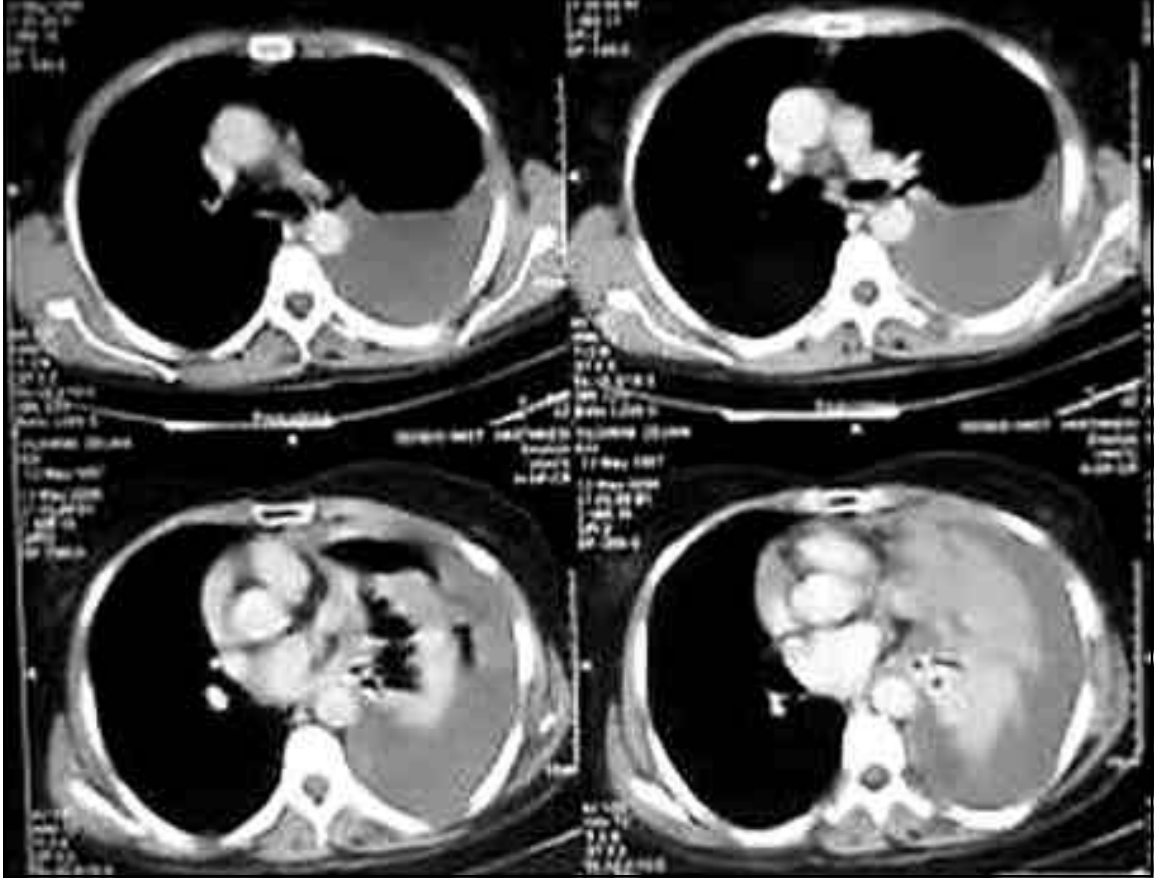
Hastaya bu bulgularla tanı ve tedavi amaçlı sol videotorakoskopi yapıldı ve yapışıklıklar nedeniyle torakotomiye geçildi. Eksplorasyon

yonda toraks içinde yaklaşık 1.5 L seröfibrinöz vasıfta mayii ve sol alt lobun tamamında, üst lob, diafragma, mediasten ve göğüs duvarında gri-beyaz renkli, kolay parçalanabilen, peynir kıvamında, yaygın infiltratif lezyonlar görüldü. Hiler lenfadenopati saptanmadı, mediastinal lenf nodlarından örneklem yapıldı. Plevral mayii ve lezyonların frozen section incelemesinde "malign, tip tayini kararı takipte verilebilir" olarak bildirildi. Bunun üzerine olguya dekortikasyon ve talk insuflasyonu ile plöredezis ile operasyonu uygulandı. Histopatolojik incelemesinde indiferan malign tümör, immünohistokimyasal boyama ile düşük dereceli folliküler tip non hodgkin lenfoma (Resim 3) olarak rapor edildi. Lenf nodları ise benign, reaktif olarak bildirildi.

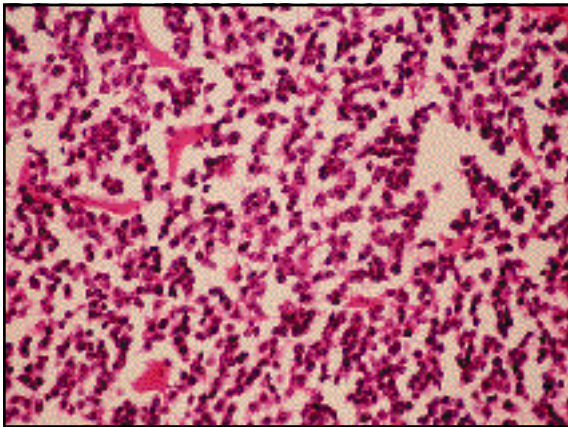
Postoperatif komplikasyon gelişmeyen (Resim 4) hastanın tüm vücut sistemleri akciğer dışı lenfoma yönünden tetkik edildi ve akciğer dışında bir patolojiye rastlanmadı. Hasta hematoloji onkoloji kliniği ile konsülte edildi ve 6 kür kemoterapi verildi. Takibinin 35. ayında olup asemptomatik idi.



Resim 1. P/A akciğer grafisinde sol sinüsü kapatan ve 5. kot ön kol seviyesine kadar yükselen homojen dansite artımı.



Resim 2. Toraks BT’de sol hemitoraksta masif plevral sıvı, posterior-bazalde plevral yumuşak doku kitleleri, komşu üst lob ve alt lob kesimlerinde pasif ateletazi.



Resim 3. (HE x 400) Yuvarlak dar stoplazmalı atipik lenfoid hücreler.



Resim 4. Postoperatif P/A akciğer grafisinde akciğer ekspanse izlendi.

TARTIŞMA

Malign lenfomalar genellikle lenf bezinden köken almakla birlikte ektranodal lokalizasyonda görülebilir. Akciğer, lenfoid organ kabul edilmemekle birlikte bronşa komşu intraparankimal veya subplevral lenfoid doku kümeleri ile interstisyum lenfoid doku yönünden zengindir. Bu nedenle malign lenfomanın akciğer tutulumu sıktır. Ancak primer ektranodal lokalizasyon nadirdir. Özellikle akciğer kökenli PPL büyük serilerde bile çok nadir rastlanmaktadır. Primer pulmoner lenfoma günümüzde gerek klinik gerekse histopatolojik yönden halen tartışmalıdır (1-3).

Primer pulmoner lenfoma tüm akciğer malignitelerinin %0.5 ile %1'ini ve non-hodgkin lenfomaların %1'den daha azını oluştururlar. Histolojik olarak MALT lenfoma ve BALT lenfoma olarak sınıflandırılır. Mukoza ile ilişkili dokudan kaynaklanan lenfomalar büyük kısmı düşük dereceli B-hücreli lenfomalardır. Nadir de olsa yüksek dereceli tipide görülür (4).

Tanı alındığında çoğu PPL olgusu yakınmasızdır. Hastalık çoğunlukla rastgele yapılan radyolojik tarama sırasında yakalanır. Şikayetler olur ise öksürük, göğüs ağrısı ve hemoptizi sıktır. PPL'li olguların çoğunda akciğer grafisinde kitle lezyonu, infiltrasyon veya soliter pulmoner nodül görülür. Olguların 1/4'ünde lokalize veya multipl konsolidasyonlar görülebilir. Multipl nodüle %5-10 oranında, plevral sıvıya %12 oranında rastlanır (1-5). Bizim olgumuzda eforla artan nefes darlığı şikayeti mevcut olup plevral mayi ve infiltratif lezyonlar izlendi.

Laboratuvar bulguları genelde spesifik değildir. Özellikle lenfosit ve periferik yayma çoğunlukla normaldir. Kemik iliği biyopsilerinin sadece %16 oranında tutulum saptanmıştır.

Helicobakter pylori enfeksiyonu gibi kronik enfeksiyonlar ile MALT lenfomanın birlikteliği de değerlendirilmelidir. Bilgisayarlı tomografi, lenfomalı olgularda hastalığın derecesini ve özefagus, perikard, göğüs duvarı gibi dokulardaki hastalığın yaygınlığını tanımlamayı sağlar. Bazı olgularda MR ilave bilgi sağlayabilir. Kesin tanı lezyondan doku biyopsisi ile konulabilir (5-6-7). Olgumuzda sedimentasyon yüksekliği dışında laboratuvar tetkikleri normal değerlerde idi. Kemik iliği biyopsisi normal ve endoskopik incelemesinde helicobakter pylori enfeksiyonu olmadığı saptandı.

Tanı konabilmesi için yeterli büyüklükte biyopsi örnekleri gerekmektedir. Bazı çalışmalarda bronkoskopi ile %80'den fazla sonuç alındığı bildirilmiştir. Bronkoskopi tanı amaçlı kullanılmaz, ancak bronkoalveolar lavaj (BAL) ile protein analizi ve monoklonal antikor bakılması tanıya yardımcı olabilir. Balgam sitolojisinde, endobronşial yıkama sıvısında ve BAL'da Reid Sternberg hücreleri gösterilebilir. Video yardımcı toraks cerrahisi (VATS) ve açık akciğer biyopsisi çoğu olguda kesin tanıyı koymak amacıyla gerekmektedir. PPL olgularında cerrahi, yeterli doku elde etmek ve tedavi amaçlı rezeksiyon yapmak için uygulanabilir (1-7,8). Olgumuzda tanısal amaçlı bronkoskopi, üç kez plevra biyopsisi ve torasentez ile alınan plevra sıvı analizleri ile sonuç alınmaması üzerine cerrahi endikasyon konmuştur.

Evreleme hastalığın yaygınlığının tanımlanması tedavi ve takip açısından önemlidir. Ann Arbor sınıflaması evrelemede kullanılmaktadır (7). Olgumuzda akciğer, diafragma ve mediasten tutulumu ve plevral sıvı mevcuttu. Hiler ve mediastinal lenf bezi tutulumu yoktu. NHL akciğere sekonder yerleşimi açısından primer odak yönünden tüm sistemler tarandı. Hematoloji-onkoloji,

patoloji, göğüs hastalıkları ve göğüs cerrahisi olgunun akciğer dışında bir odak bulunmaması üzerine PPL olarak değerlendirildi.

Tedavi seçiminde en önemli faktör tümörün histolojik tipi olup yanı sıra eşlik eden diğer hastalıklarda etkili olmaktadır. Yaygın olmayan lokalize hastalıkta cerrahi ile lezyon çıkartılmalıdır. Hacimli tümörlerde parsiyel veya tam remisyonu sağlamak amacıyla ile siklofosamid, vinkristin ve prednizon (CVP) üç hafta ara ile altı veya sekiz kür uygulanabilir (9).

Olgumuzda cerrahi biyopsiyi takiben dekortikasyon ve plörediz uygulandı ve postoperatif dönemde hematoloji-onkoloji kliniği tarafından kemoterapi ile tam remisyon sağlandı. Olgumuzun takibi halen devam etmektedir.

Akciğerin primer lenfoması, nadir görülmesi, cerrahinin gerek tanısasal girişim gerekse tedavide yer alması ve çok değişkenli bir hasta yönetiminin olması nedeniyle literatür eşliğinde sunuldu.

KAYNAKLAR

1. Arınç S, Yılmaz A. Primer pulmoner lenfoma. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi* 2006; 54(2): 197-202.
2. Miller DL, Allen MS. Rare pulmonary lymphomas. *Mayo Clin Proc* 1993; 68: 492-8.
3. Colby TV, Hoppe RT, Warnke R. Hodgkin's disease at autopsy, 1972-1978. *Cancer* 1981; 47: 1852-62.
4. Eynden FV, Fadel E, Perrot M, Montpreville V, Mussot S, Darteville P. Role of Surgery in the Treatment of Primary Pulmonary B-Cell Lymphoma. *Ann Thorac Surg* 2007; 83: 236-40.
5. Arbaş KO, Kurtoğlu E. Bir primer pulmoner non-Hodgkin lenfoma olgusu. *Genel Tıp Dergisi* 2002; 12(2): 65-9.
6. Fares M.D, Abbas O.M, Jamaledine G.W. Extranodal marginal zone lymphoma of MALT involving the lungs, the stomach, and the colon. *Lung Cancer* 2006; 54: 427-9.
7. Graham BB, Mathisen DJ, Mark EJ, Takvorian RW. Primary pulmonary lymphoma. *Ann Thorac Surg* 2005; 80: 1248-53.
8. Dobrilovic Z, Wright CB, Vester SR, Patel MA, Fanin EA. Unusual Chest Lesion: Giant Primary Pulmonary Lymphoma *Ann Thorac Surg* 2005; 80: 1134.
9. Herbert A, Wright DH, Isaacson PG, et al. Primary malignant lymphoma of lung. Histopathologic and immunologic evaluation of nine cases. *Hum Pathol* 1984; 15: 415-22

Yazışma Adresi:

Dr. Kenan Can CEYLAN
Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi, İzmir
e-posta: kcanceylan@gmail.com