

Case Report / Olgu Sunusu**Apandisiti Taklit Eden Intestinal Non-Hodgkin Lenfoma
Intestinal Non-Hodgkin's Lymphoma Mimicking Appendicitis**Aybars Özkan¹, Mesut Okur², Murat Kaya¹, Adem Küçük³, Hakan Uzun²¹Düzce Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Cerrahisi Anabilim, Düzce, Türkiye²Düzce Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Düzce, Türkiye³Çanakkale Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Cerrahisi Anabilim, Çanakkale, Türkiye.**Corresponding Author:**

Dr. Aybars Özkan

Düzce Üniversitesi, Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı
81620 Düzce, Türkiye**E-mail:**

aybarsozkan@yahoo.com

Tel: +90 380 542 13 90**Fax:** +90 380 542 13 02

Başvuru Tarihi/Received :

21-07-2013

Düzeltilme Tarihi/Revised:

17-08-2013

Kabul Tarihi/Accepted:

11-09-2013

Özet

İleumun lenfomatöz tutulumu nadirdir ve daha nadiri de apandisit olarak tanı konulmasıdır. Non-hodgkin lenfoma bir yüksek dereceli tümörlerdir. Lenfoblastik lenfoma, çocukluk dönemindeki non-Hodgkin lenfomaların en sık görülen alt tiplerinden biridir ve vakaların yaklaşık % 30 ünü kapsar. Genellikle çocuklarda karında kitle şeklinde ortaya çıkar. Bu hızla büyüyen tümör, kitle etkisi veya doğrudan bağırsak tutulumuna bağlı belirtilere neden olabilir. Kliniği akut karını taklit ederek bağırsak tıkanıklığı, invajinasyon veya bazen perforasyon şeklinde olabilir. Biz burada alışılmadık bir şekilde apandisiti taklit eden ileumun non-hodgkin lenfomalı bir erkek çocuk olgu sunmak istedik. Özellikle tekrarlayan karın ağrısı olan olgularda karın tomografisi ile değerlendirmenin çok faydalı olduğu kanısındayız.

Anahtar Kelimeler: apandisit, non hodgkin lenfoma, malign tümör, çocuk

Abstract

Lymphomatous involvement of the ileum is rare and very rarer is its presentation as appendicitis. Non-Hodgkin lymphoma is a high grade neoplasm. Lymphoblastic lymphoma is a common subtype of non-Hodgkin's lymphoma in childhood, accounts for approximately 30% of cases and typically presents as abdominal mass in children. This rapidly growing tumor may cause symptoms due to mass effect or direct involvement of the intestine. Clinical presentations like acute abdomen can be secondary to intestinal obstruction, intussusceptions or even sometimes perforation. We describe, here a case of a boy with an unusual presentation of Non-Hodgkin lymphoma mimicking acute appendicitis. Especially in patients with recurrent abdominal pain, the opinion of abdominal tomography evaluation is very useful.

Keywords: non-hodgkin lymphoma, malign tumor, child

Giriş

Non-Hodgkin lenfoma (NHL) insidansı 0-14 yaşlarında 2-3/1000000 olarak rapor edilmiştir [1]. Çocukluk çağı NHL, patolojik immünolojik ve klinik özellikleri ile yetişkinden farklıdır. Yetişkin lenfomaları sıklıkla düşük veya orta grade sahip olsa da, çocukluk NHL % 90'dan fazlası yüksek gradelidir ve dört ana histolojik alt grubu vardır [2]. İmmun yetmezliği ile ilişkili formu çoğunlukla HIV pozitif hastalarda oluşurken aynı zamanda Wiskott-Aldrich sendromu, ataksi telenjektazi veya X-bağlı lenfoproliferatif hastalık gibi konjenital immün yetmezlikler ile transplant hastalarında da oluşabilir [3]. Gastrointestinal sistem büyük çoğunluğu non-Hodgkin olan en yaygın ektranodal lenfoma bölgesidir. Gastrointestinal lenfomalar genellikle klinik olarak belirli bir özelliğe sahip değildir ve diğer benign ve malign durumlardan kolay ayırt edilemezler. Esasen tüm gastrointestinal sistemde diffüz büyük B-hücreli lenfoma en sık görülen lenfoma türüdür [4]. Distal ince barsak, ileum ve çekum NHL'nin en yaygın tutulum alanlarıdır. Apendiksi içeren NHL sıklığı % 1-3 gibi düşük olup en yaygın klinik bulgunun akut apandisit düşündürücü sağ alt kadranda ağrısı ve ateş olduğu bildirilmiştir [5, 6]. Bu yazıda, karın ağrısı yakınması ile getirilen ektranodal tutulumlu lenfoblastik lenfoma olgusu akut apandisit taklit edebileceğini vurgulamak amacıyla sunuldu.

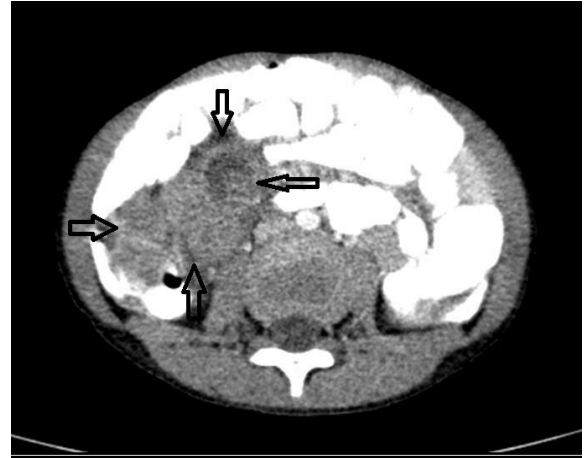
Olgu Sunumu

Beş yaşında erkek çocuk acil servise karın ağrısı nedeni ile getirildi. Karın ağrısına ateş, kusma, gaita çıkaramama, iştahsızlık ya da kilo kaybı eşlik etmiyordu. Öyküsünden son iki haftadır karın ağrısı yakınmasıyla gününün acil polikliniğine getirildiği ve semptomatik yaklaşımlar dışında detaylı değerlendirme yapılmadığı öğrenildi.

Sistemik muayenesinde hastanın genel durumu orta bilinci açık, oryante ve koopere idi. Aksiller vücut sıcaklığı 37,2°C, solunum sayısı 21/dk, nabız 96 /dk, kan basıncı

90/60mmHg idi. Vücut ağırlığı 18 kg ((%50 persentil), boy 109,5 cm ((%50 persentil) idi. Batın palpasyonla hassas olup sağ alt kadranda plastronu andıran ele gelen kitle mevcuttu. Hepatosplenomegali yoktu. İnguinal bölgede minimal lenf nodları dışında diğer periferik lenf nodu bölgeleri normaldi. Diğer sistem muayeneleri doğal idi.

Hematolojik ve biyokimyasal incelemelerinde herhangi bir anormallik yoktu (beyaz küre sayısı 13400/mm³, hemoglobin 10.4 gr/dl, trombosit sayısı 225000/mm³, C-reaktif protein 0,46mg/dl, glukoz 84 mg/dl, aspartat aminotransferaz 21 IU/L, alanin aminotransferaz 24 IU/L, kan üre nitrojen 5 mg/dL, kreatinin 0,40 mg/dL, laktat dehidrogenaz 240 U/L, sodyum 138 mEq/L, potasyum 4,65 mEq/L, klor 102,4 mEq/L, kalsiyum 9,7 mg/dL, fosfor 4,3 mg/dL). Batın ultrasonografisinde karın sağ alt kadranda minimal sıvı ve çekum duvarında ödem görüldü, apendiks izlenemedi. Abdominal bilgisayarlı tomografi (BT) ile 5x6 cm büyüklüğünde mezenterik lenfadenit ve çekuma 4-5 cm mesafede terminal ileum lümeninde daralmaya neden olan kitle tespit edildi (Resim 1, 2).



Resim 1. Aksiyel kontrastlı BT görüntüleri ileo-çekal bölgede (oklar) kitle ortaya koymaktadır

Yapılan laparotomide ileoçekal bölgede, çekuma 5 cm uzaklıkta, terminal ileumda lümeni daraltan 3x4 cm boyutunda tümoral kitle ve çevre mezenter dokuda lenf nodları izlendi. Hastanın çekum ve terminal ileumu rezeke edilerek, ileo-kolik anastomoz uygulandı. Kitlenin histopatolojik

incelemesinde Lenfoblastik lenfoma saptandı. Post-operatif 3. günde genel durumu iyi olan hasta ileri tetkik ve tedavi için pediatrik hematoloji kliniği bulunan bir merkeze gönderildi.



Resim 2 Koronal kontrastlı çok düzlemli BT görüntüleri oral kontrast sonrası çeşitli bağırsak kesimleri ile ileumdaki daralma göstermektedir (beyaz ok)

Tartışma

Lenfomanın kliniği tutulum alanına bağlıdır. Çocukluk çağında non-Hodgkin lenfoma karın içindeki kitlelerle kliniğe yansımakta genellikle karın ağrısı, ele gelen kitle, bulantı ve kusma, bağırsak tıkanıklığı veya invajinasyona neden olmaktadır. Bu semptomlar tüm akut karın tablosuna neden olan durumlarda da saptanabilirler. Karın ağrısının yada akut karın kliniğinin en önemli sebebi olan; Akut apandisit, Perfore apandisit, plastrone apandisit olduğuna göre apendiks kökenli patolojiler ile mutlaka ayırıcı tanının ilk önce yapılması gerekliliği ortaya çıkmaktadır. Karındaki kitleye çoğu zaman az ya da çok asit de eşlik eder. Cerrahi sırasında, reaktif veya metastatik, mezenterik lenfadenopatiler görülür. Periferik

lenf nodu tutulumu nadir olup, genellikle inguinal bölge yerleşimlidir. Kilo kaybı, ateş ve diğer sistemik özellikleri daha az sıklıkla görülür [4]. Bizim olgumuzda da karın ağrısı ön planda idi ve defalarca bu yakınma ile acile getirilmiş olmasına rağmen tanı konulamamıştı. Son başvurusunda sağ alt kadranda dolgunluk ele gelmesi üzerine plastrone apandisit ön tanısıyla çekilen abdominal BT’de kitle tespit edilmesi üzerine tanı ve tedavi amacıyla laparotomi yapıldı. Abdominal BT lenfoma tanısı için altın standart olmakla birlikte % 50–80 oranında diagnostik veri sağlamaktadır [7]. Abdominal BT ile aynı zamanda metastaz, lenfadenopati, serbest sıvı, proksimal barsak dilatasyonu hakkında yeterli bilgi elde edilebilir [7]. Bizim olgumuzda, abdominal BT lümeni daraltan kitleyi ve büyümüş mezenterik lenf bezlerini göstermişti.

Helicobacter pylori, insan immün yetmezlik virüsü (HIV), Campylobacter jejuni, Epstein-Barr virüs, hepatit B virüsü, insan T-hücresi lenfotropik virüsü-1, çölyak hastalığı, enflamatuvar barsak hastalığı ve immüno-supresyon gastrointestinal lenfoma patogeneğinde sorumlu tutulan bazı faktörlerdir [8].

NHL gibi kanserler bir onkolojik acil olup, hızlı ve erken tanı konulması çok önemlidir. NHL’nın tanısı genellikle, tutulmuş bölgelerden açık biyopsi ile alınan dokuların histopatolojik olarak değerlendirilmesi ile konur [9]. Tanı sırasında yaklaşık her 5 olgunun 1’inde aspirasyonla morfolojik olarak tanınabilecek kemik iliği tutulumu, diğer 1/5 olguda da gizli tutulum olarak tanımlanabilen, invitro kültür ve karyotiplendirme yapılarak gösterilebilen mikroskobik tutulum olduğu bildirilmektedir [9]. İleri inceleme ve medikal tedavisinin yapılması için pediatrik hematoloji kliniği bulunan başka bir merkeze gönderildiğinden dolayı olgumuzda risk faktörleri açısından ayrıntılı araştırma ve kemik iliği inceleme ya da karyotiplendirme yapılmadı. NHL çok hızlı büyüyen tümör olmasına rağmen ileri evre hastalıkta bile 5 yıllık sağ kalım oranı % 60-85 olarak bildirilmektedir [10].

NHL görülme sıklığı apandisit grubuna göre daha azdır. Akut karına sebep olabilecek nedenlerin çok sayıda olması ve NHL belirtilerinin spesifik olmamasından dolayı, akut batın kliniği ya da karın ağrısı olan hastalarda ayırıcı tanıda göz önünde bulundurulmalıdır. Akut karın ya da apandisit nedeniyle yapılacak cerrahide nadirde olsa tümör olasılığı akılda tutularak operasyona girilmesinin daha uygun olacağı kanısındayız.

Sonuçta çocuklarda semptomatik yaklaşımlar ile kaybolmayan karın ağrısı olgularında etiyojolojiye yönelik abdominal BT'yi de içeren detaylı değerlendirmelerin yapılması gerekir. Bu sayede fizik muayene bulguları ile akut apandisiti taklit edebilen NHL ve diğer batın içi kitlelerin erken dönemde tespit edilebileceğini vurgulamak isteriz.

Kaynaklar

1. Cancer in children (ages 0-14 and ages 0-19). In: Horner MJ, Ries LAG, Krapcho M, eds. SEER Cancer Statistics Review, 1975-2006. Bethesda, Md: National Cancer Institute; 2008
2. C. Hoyoux, P. Forget, C. Piette, et al., "Paravertebral Burkitt's Lymphoma in a Child: An Unusual Presentation," *Case Reports in Medicine*, vol. 2012, Article ID 891714, 4 pages, 2012. doi:10.1155/2012/891714
3. M. S. Cairo, R. Spoto, S. L. Perkins et al., "Burkitt's and Burkitt-like lymphoma in children and adolescents: a review of the children's cancer group experience," *British Journal of Haematology*, vol. 120, no. 4, pp. 660-670, 2003.
4. Ghimire P, Wu GY, Zhu L. Primary gastrointestinal lymphoma. *World J Gastroenterol*. 2011 Feb 14;17(6):697-707. doi: 10.3748/wjg.v17.i6.697.
5. Pasquale MD, Shabahang M, Bitterman P, et al., Primary lymphoma of the appendix. Case report and review of the literature. *Surg Oncol*. 1994 Aug;3(4):243-248.
6. O'Donnell ME, Badger SA, Beattie GC, Carson J, Garstin WIH: Malignant neoplasms of the appendix. *Int J Colorectal Dis* 2007, 22:1239-1248.
7. Biko DM, Anupindi SA, Hernandez A, Kersun L, Bellah R. Childhood Burkitt lymphoma: abdominal and pelvic imaging findings. *AJR Am J Roentgenol* 2009; 192: 1304-1315
8. Engels EA. Infectious agents as causes of non-Hodgkin lymphoma. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2007;16:401-404.
9. Viswanathan, S., George, S., Ramadwar, M., Medhi, S., Arora, B., & 9. Kurkure, P. (2010). Evaluation of pediatric abdominal masses by fine-needle aspiration cytology: A clinicoradiologic approach. *Diagnostic Cytopathology*, 38(1), 15-27.
10. Cancer in children (ages 0-14 and ages 0-19). In: Horner MJ, Ries LAG, Krapcho M, eds. SEER Cancer Statistics Review, 1975-2006. Bethesda, Md: National Cancer Institute; 2008