

# Primer İntestinal Lenfoma Olgusu

## A CASE REPORT OF PRIMARY INTESTINAL LYMPHOMA

Dr. Serdar KURU,<sup>a</sup> Dr. Murat KAPAN,<sup>a</sup> Dr. Yusuf Akif AKGÜN,<sup>a</sup>  
Dr. Muzaffer ÇAYDERE,<sup>b</sup> Dr. Hüseyin ÜSTÜN,<sup>b</sup> Dr. Ali Ulvi ÖNGÖREN<sup>a</sup>

<sup>a</sup>2. Genel Cerrahi Kliniği, <sup>b</sup>Patoloji Kliniği, Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, ANKARA

### Özet

Primer ince bağırsak lenfomaları esasen son derece seyrek olan ince bağırsak malignitelerinin %18'ini oluşturur. Bunların hemen hepsi Non-Hodgkin lenfomalardır. Yazımızda pediatri kliniğine, anemi etiolojisini araştırmak için yatırılan ancak intestinal obstrüksiyon bulguları ile kliniğimize alınarak, acil laparotomi yapılan ve intestinal lenfoma tanısı konulan bir olgu sunulmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Primer intestinal lenfoma,  
ince bağırsak maligniteleri,  
Non-Hodgkin lenfoma

### Abstract

Primary intestinal lymphomas are the 18% of very rare intestinal malignites which are mostly Non Hodgkin Lymphomas. In this article, a child hospitalized for observing anemia etiology in the pediatry clinic who was urgently operated because of intestinal obstruction and found as intestinal lymphoma, is presented.

**Key Words:** Intestinal neoplasms,  
intestine, small,  
lymphoma, Non-Hodgkin

Türkiye Klinikleri J Med Sci 2005, 25:445-448

**N**on-Hodgkin lenfoma (NHL)'lar, Hodgkin hastalığına göre daha geniş sistemik bir yayılıma sahiptir. Superfisiyal (servikal, aksiller, inguinal) ve internal (mediastinal, abdominal) lenf nodları, trakeobronşiyal ağaç ile sindirim sistemi hemen daima etkilenir.<sup>1</sup> Gastrointestinal sistemde; ince bağırsak mideden sonra en çok tutulan organdır.<sup>1</sup> Klinik olarak hastalar zayıflama, halsizlik, iştahsızlık ve ateş gibi konstitüsyonel yakınmalarla gelirler. Proksimal yerleşimli lezyonlarda pasajın yavaşlamasına bağlı olarak karın ağrısı ve kusma; distal yerleşimli lezyonlarda ise distansiyon dikkati çekebilir. Akut veya kronik kanamaya bağlı anemi görülebilir. Bizim makelemizde anemi nedeniyle pediatri kli-

niği tarafından izlenirken, intestinal obstrüksiyon bulgularıyla acil olarak operasyona alınan bir intestinal lenfoma olgusu anlatılmaktadır.

### Olgu Sunumu

Altı yaşında erkek hasta Şubat 2003 tarihinde karın ağrısı ve takiben sarı-yeşil renkte kusma şikayeti ile pediatri polikliniğine başvurmuş. Yapılan tetkiklerinde anemi tespit edilerek oral demir replasmanına başlanmış. Ancak şikayetlerinin geçmemesi ve genel durumunun bozulması üzerine pediatri acil polikliniğine başvuran hastanın yapılan tetkiklerinde Hb: 5.4 g/dL, Ht: %17.3, WBC:  $18 \times 10^3 \mu\text{L}$  ve periferik yaymada polikromazi, anizositoz saptanması üzerine anemi etiolojisinin araştırılması için pediatri kliniğine yatırılmış. Özgeçmişinde 4 yaşında sol inguinal herni, 5 yaşında göze yabancı cisim travması nedeniyle geçirdiği operasyonlar dışında bir özellik yoktu. Soygeçmişinde anne ve baba arasında 1. derece akraba evliliği mevcuttu. Pediatri tarafından yapı-

Geliş Tarihi/Received: 12.11.2003 Kabul Tarihi/Accepted: 24.12.2004

**Yazışma Adresi/Correspondence:** Dr. Serdar KURU  
Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi  
2. Genel Cerrahi Kliniği, Altındağ, ANKARA

Copyright © 2005 by Türkiye Klinikleri

lan fizik muayenesinde 21 kg ağırlığında, 110 cm boyunda olup, genel durumunun orta, cildin anemik görünümde, konjunktivalarının ileri derecede soluk olduğu tespit edilmiştir. Fizik muayenesinde kalp, akciğer muayenesi normal olup, karın distandü görünümde, bağırsak sesleri normoaktif, karında yaygın hassasiyeti ve istemli defansı mevcutmuş. Laboratuvar incelemesinde Hb: 5.4 g/dL, Ht: %19.5, WBC:  $10.4 \times 10^3 \mu\text{L}$ , sedimentasyon: 47 mm/h, Fe: 1.6  $\mu\text{mol/L}$  (8.9-30.4), demir bağlama kapasitesi: 64  $\mu\text{mol/L}$  (19.7-66.2), ferritin < 3 ng/mL (3-150), vit. B12: 394 pg/mL (100-700), folik asit: 10 ng/mL (3-16) olarak tespit edilmiş. Diğer biyokimya parametreleri, hepatit markerları ve ekinokok HA ile total IgE normal olarak bulunmuş. GGK (+++) gelmiş fakat demir replasmanı yapıldığından yanlış pozitif olabileceği düşünülmüş. Bunun üzerine direkt mikroskopi gönderilmiş. Giardia Lamblia kistleri tespit edilerek, metronizadazol başlanmıştır. Anemi açısından hematoloji konsültasyonu istenmiş. Bulgular demir eksikliği anemisiyle uyumlu bulunmuş. Ancak karında yaygın hassasiyetin devam etmesi üzerine yapılan abdominal ultrasonografisinde subfrenik yerleşimli 5 x 3 cm ve 2.5 x 1.2 cm, karaciğer sol lob komşuluğunda 3 x 2.5 cm heterojen, yoğun internal ekoları bulunan abse ile uyumlu olabileceği düşünülen lezyonlar saptanmıştır. Bunun üzerine ampicilin + amikasin + metronidazol şeklinde antibiyoterapi başlanmıştır. Abdominal BT’de karaciğer anteriorunda subfrenik alanda 6 x 4 x 3 cm boyutlarında yoğun dansitede mayi (Abse ?) saptanmıştır. Bunun üzerine kliniğimizce konsülte edilen hastaya subdiyafragmatik abse ön tanısı ile eksploratif laparotomi yapılmasına karar verildi. Anemi nedeniyle 2 ünite eritrosit süspansiyonu verilerek Hb: 11.1 g/dL, Ht: 33.7 düzeyine çıkarıldı. Yapılan eksplorasyonda karında yaklaşık 300 cc reaksiyonel mayi mevcuttu. Peritonda infiltrasyonla uyumlu olduğu düşünülen görünüm mevcuttu. Trietz ligamentinden itibaren 40. cm’de ince barsağın duvarını annuler tarzda tutan, mezenterine invazyon gösteren yaklaşık 5 x 5.5 x 6 cm boyutunda kitle ile yine treitzdan itibaren 60. cm’de tüm bağırsak duvarını annuler tarzda sararak lümeni obstrükte eden 10 x 10 x 8 cm boyutunda kitle

gözlendi. Yaklaşık 15’er cm’lik iki ayrı rezeksiyon yapıldı. Tek tek, çift kat uç uca anastomoz uygulandı. Histopatolojik inceleme sonucu yüksek grade NHL saptanan hastanın postoperatif 5. gününde gerekli takip ve tedavisi için pediatrik hematoloji kliniğine tekrar devredildi. Şu anda tedavisi ve takibi pediatrik onkologlar tarafından yürütülmektedir.

### Tartışma

Gastrointestinal sistemin primer lenfomaları oldukça nadir görülür. Gastrointestinal sistemi tutan primer lenfomalar tüm lenfomaların %10’unu ve tüm gastrointestinal kanal malignitelerinin ise %1’ini oluşturur. Primer ince bağırsak lenfomaları esasen son derece seyrek olan ince bağırsak malignitelerinin %20’sini oluşturur ve bunların hemen hepsi NHL’dir.<sup>2</sup>

On beş yaşın altında NHL, Hodgkin hastalığına nazaran 1.5 kat daha fazladır. Erkek/kadın oranı 2.5/1 ile 3/1 arasında değişmektedir. 7-10 yaş arası görülme sıklığı artar.<sup>3</sup>

Çocukluk çağı NHL’ler nodüler tipten ziyade diffüz karakterde olup daha sık ekstra nodal yerleşirler. Genel olarak, lenfoid prekürsörlerden köken alırlar ve “National Cancer Institute” tarafından yüksek riskli gruba sokulmuşlardır.<sup>3</sup>

Ayrı palpe edilebilen kitle veya yaygın abdominal şişlik en sık hekime başvuru nedenleridir. Bazı olgularda gastrointestinal sistem kanamaları görülebilir. İntusepsiyona küçük çocuklarda sık rastlanır ve genel olarak küçük bir intestinal tümör nedeniyle gelişmiştir.<sup>3</sup> Anemi tanısı ile pediatri kliniğinde takip edilirken akut batın bulguları gelişen olgumuzun tüm abdominal USG’sinde intraabdominal abse saptanarak acilen eksploratif laparotomiye karar verildi. Treitz ligamentinden itibaren 40. ve 60. cm’de ince barsağı obstrükte eden kitleler rezeke edilerek uç uca anastomoz yapıldı. Histopatolojik olarak yüksek grade NHL saptandı.

Çocukluk çağı NHL’leri, genelde erken yayılım özelliğine sahiptirler ve lösemik prezentasyon ile santral sinir sistemi relaps riski yüksektir. Eriş-

kinde %80 B hücreli tipi, çocuklarda ise %40 T hücreli tipi sık olarak gözlenir.<sup>3</sup> Yaşamsal veriler B hücreli lenfomaların, T hücrelilere göre daha iyi sonuçlandığını göstermiştir.<sup>4,5</sup> Buna karşın prognostik özellikleri; perforasyon, yüksek grade'li histoloji, tümörün multiple olması ve ilerlemiş evre belirlemektedir.<sup>4</sup> Yine çocuklarda NHL'nin relaps ve yayılım şekli önceden tahmin edilemez ve prognoz etkilenen bölge sayısı ile ilişkili değildir.<sup>3</sup>

Gastrointestinal lenfomaların %50'si bölgesel lenf nodülünün direkt tutulumundan orijin almaktadır (özellikle ince bağırsak ve kolonda). Buna karşın gastrointestinal sistemin primitif bir tümörü olarak da oluşabilir. Bu lenfoid dokunun geniş yayılımının varlığıyla açıklanabilir (Mucosal-associated lymphoid tissue = MALT).<sup>6-8</sup>

Bu durumda primer ve sekonder lenfoma arasındaki ayırımı yapmalıyız. Primer intestinal lenfoma diyebilmek için ele gelen periferik lenfadenopatinin olmaması, akciğer grafisinde mediastinal genişleme ve lenfadenopati bulunmaması, periferik yayma ve kemik iliği incelemesinde destekleyici bulguların bulunmaması, laparotomide hepatosplenik lokalizasyonun olmaması ve sadece ince barsağın tutulumunun görülmesi gerekmektedir.<sup>2,9</sup> Bizim olgumuzda bu kriterlerle uyumlu bulunduğundan primer ince bağırsak lenfoması olduğuna karar verildi.

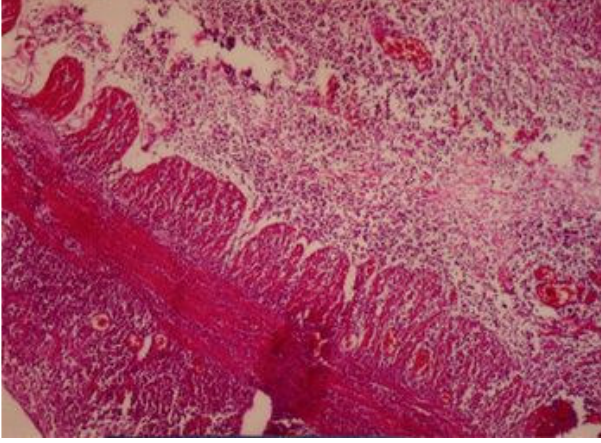
Tanıda detaylı anamnez, dikkatli fizik muayene, tam kan sayımı ve özellikle periferik yaymanın blastlar yönünden incelenmesi gereklidir. Kan biyokimyası başta BUN, kreatinin, karaciğer fonksiyon testleri, serum kalsiyum, ürik asit düzeyleri ölçülmelidir. Çok büyük tümörlerde böbrek fonksiyon testlerinde de belirgin bozukluklar gelişebilir. Glomerülonefritis ve tubulointerstitial nefropatiye yol açabileceği literatürde gösterilmiştir.<sup>10</sup> Serum LDH düzeyi tayini tümör boyutları ile yakın ilişkili olabileceği için önemlidir. Serumda soluble interlökin-2 düzeyinin ölçülmesi özellikle B hücreli lenfomalarda prognostik önem taşıyabilir. Ön-arka ve yan akciğer grafileri çekilmeli, mediastinal, hiler ve plevral tutulum olup olmadığı değerlendirilmeli-

dir. Mediastinal BT akciğer filminden daha değerlidir. Abdominal USG; küçük çocuklarda retroperitoneal yağ dokusunun azlığı nedeniyle daha değerlidir, ancak abdominal BT tümörün organ dışı yayılımı hakkında önemli bilgiler verdiği için mutlaka yapılmalıdır.<sup>1,3</sup> Gallium Scanning faydalı olabilir. Bilateral kemik iliği biyopsisi ve aspirasyonlarının incelenmesi kemik iliği tutulumunun tayini için gereklidir. Malign hücrelerin tespiti açısından Lomber ponksiyon yapılmalıdır.

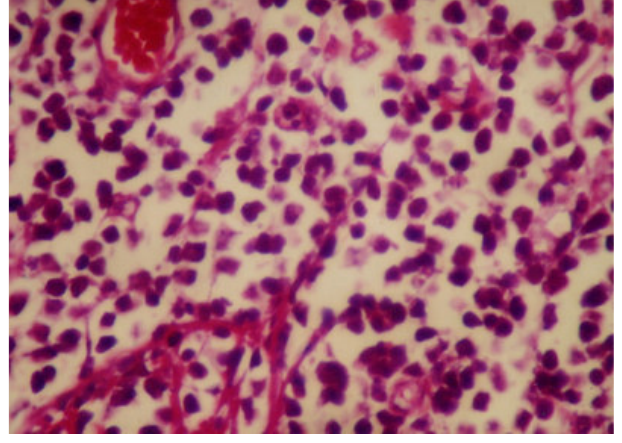
Ataksia Telenjektazi, Wiskott-Aldrich sendromu, ciddi kombine immün yetmezlik hastalığı ve X'e bağlı lenfoproliferatif sendrom gibi herediter immün yetmezlik hastalıklarına sahip çocuklarda görülen malign hastalıkların yaklaşık yarısını NHL'ler oluşturur.<sup>3</sup> Epstein-Barr virüsünün, herediter immün yetmezlik durumlarında gelişen birçok lenfomanın patogeneğinde rol oynadığı görülmüştür.<sup>3,11</sup> *Helicobacter pylori* enfeksiyonu, organ transplantasyonu sonrası immünsupresyon, celiac hastalığı, inflamatuvar bağırsak hastalığı ve HIV enfeksiyonu gastrointestinal lenfoma için risk faktörleri olabilir.<sup>8</sup>

Bizim hastamızda acil durum söz konusu olduğundan eksploratif laparotomi yapılarak tümör rezeke edilmiştir. Bununla beraber abdominal kitle tespit edilen olgular ve belirli bir bölgeyle sınırlı kalmış hastalığa sahip olgular için laparotomi gereklidir. Tümör kitlesinin mümkün olduğu taktirde tamamen rezeksiyonu en güvenilir tedavi yöntemidir. Tümör kitlesi tamamen rezeke edilen hastalar; pozitif mezenterik lenf nodlarına sahip olsalar bile gayet iyi prognoz gösterirler.<sup>3</sup> Lokalize primer intestinal lenfomalarda cerrahi ve kemoterapi kombinasyonunun başarılı bir remisyon sağladığı ve komplikasyonları önlediği gösterilmiştir.<sup>12</sup>

Sonuç olarak, intestinal obstrüksiyon bulgularıyla gelen olgularda nadir de olsa primer intestinal lenfoma olabileceği düşünülmelidir. Tedavideki altın standardımız; cerrah, onkolog ve hematolog birlikteliği ile oluşturulmuş multimodal tedavi seçeneğidir (Resim 1, 2).



**Resim 1.** İleum duvarında atipik lenfositlerden oluşan, serozaya yayılan infiltrasyon (H&E 40 x).



**Resim 2.** Belirgin nükleollü atipik lenfositler görülmekte (H&E 200x).

#### KAYNAKLAR

1. Di Cataldo A, Lanteri R, Rapisarda C, Di Raimondo F, Licata A. Lymphoma of the cecum: A case report. *Int Surg* 2002;87:12-4.
2. Bozoklu S, Çakmakçı M. Primer gastrointestinal lenfoma. *Temel Cerrahi* 1996;73:973-4.
3. Tanyeli A. Hodgkin Hastalığı. Çukurova Üniversitesi Web Sitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Ders Notları. 2003: Bölüm 15:3. Temin yeri: URL: (<http://lokman.cu.edu.tr/pediatri/apo/default.htm>)
4. Domizio P, Owen RA, Shepherd NA, Talbot IC, Norton AJ. Primary lymphoma of the small intestine. A clinicopathological study of 119 cases. *APMIS* 1993;101:681-41.
5. Li G, Ouyang W, Liu K, Wang Y, Yang X. Primary non Hodgkin's lymphoma of the intestine: A morphological, immunohistochemical and clinical study of 31 Chinese cases. *Acta Haematol* 1991;85:179-83.
6. Coump M, Gospodarowicz M, Shepherd FA. Lymphoma of the gastrointestinal tract. *Semin Oncol* 1999;26:324-37.
7. Di Cataldo A, Trombatore G, Cordio S, et al. Linfoma del retto: Contributo casistica e revisione della letteratura. *Acta Oncol* 1995;16:129-35.
8. Crump M, Gaspodorowicz M, Shepherd FA. Lymphoma of the gastrointestinal tract. *J Clin Oncol* 1994;12:1673-84.
9. Dawson IMP, Cornes JS, Morsons BC. Primary gastrointestinal non-Hodgkin lymphoma; a retrospective clinicopathologic study of 150 cases. *Cancer* 1985;55:1060-3.
10. Coşar EF, Kayaselçuk F, Atar Ö, Tuncer İ. Malign lenfomada glomerulonefritis ve tubulointerstiyel nefropati. *Çukurova Tıp Fakültesi Dergisi* 1999;24:73-8.
11. Lavergne A, Brocheriou I, Deifau MH, Copie-Bergman C, Haudart R, Galand PH. Primary intestinal gamma-delta T-cell lymphoma with evidence of Epstein-Barr virus. *Histopathology* 1994;25:113-21.
12. Zinzani PL, Magagnoli M, Pagliani G, et al. Primary intestinal lymphoma: Clinical and therapeutic features of 32 patient. *Med Pathol* 1995;8:753-7.