

Toraksla Hodgkin Dışı Lenfomalar

BELMA ÇOBANLI *

Hodgkin dışı lenfomalar çoğunlukla 30 yaştan sonra görülen, daha ÇOK B tip lenfositlerden gelişen bir lenfoid domı hastalığıdır. "Non Hodgkin lenfoma" olarak sınıflandırılan bu grup eskiden lenfosarkom olarak tanımlanmaktaydı.

Non - Hodgkin lenfomalann primer olarak toraks tan başlaması % 4-10 oranında görülmektedir". Toraks içi primer lenfomalarda % 80 oranında mediasten lenf bezlerinde büyüme vardır ve ön mediastendeKi lenf bezlerinin büyümesi daha çok görülür'. ToraKs dışından başlayan Non Hodgkin lenfomalarda ise hastalığın herhangi bir döneminde toraKs içi lenf bezlerinde büyüme saptanabilir. Toraksın sekonder lenfomalarının görülme oranı % 50'dir'. ToraKs içi lenf bezlerinin büyümesi plevrada, perikarda sıvı toplanmasına neden olabildiği gibi hastalığın yayılmasına bağlı olarak da sıvı toplanması olabilir. AKciğer paranKim lezyonları HodgKin Hastalığında olduğundan daha az görülmeKtedir. Bu lezyonlar enfeksiyona bağlı ise kısa sürede gerileme gösterirler. Endobronşial Kitle ve buna bağlı atelektazilerin görülmesi nadirdir, Filly, 300 vakasından l'inde endobronşial lezyon bulduğunu bildirmektedir. Bronşlarda ülser ve diffüz plaklar tarzında lezyonlar saptanmıştır³.

ToraKs içi lokalizasyon gösteren lenfomalar çeşitli solunumsal semptomlarla kliniğimize başvurmaktaDir. On yıl içinde 131 lenfoma vak'ası izlenmiş ve bunların 65 i Non-Hodgkin lenfoma tanısı almıştır. 1977-1982 yılları arasında izlenen 40 Non-Hodgkin lenfoma vakasının 81 Kadın 32 erkek, hastaların yaşlan 12-75 arasındaydı ve çoğunluk (22 vaka) 2040 yaş grubunda bulunmaktaydı.

Hastaların Kliniğe yatışta şikayetlerini öksürük (11 hastada) göğüs ağrısı (13 hastada) nefes darlığı (20 hastada), yüz ve boyunda ödem (5 hastada) ateş, (6 hastada) hemoptizi, kaşıntı, sanlık (1 hastada) oluşturmaktaydı. Şikayetlerin başlaması ile kliniğe başvuru arasındaki süre 1 yıl - 1 ay arasında değişmekteydi.

Klinik-Fizik muayenede; 20 hastada solunum seslerinde azalma veya artma gibi solunum sistemiyle

ilgili patolojik bulgu saptandı. Yirmialtı hastada periferik lenf bezlerinde büyüme bulundu, lenf bezi büyümesi 16 vakada tek bir bölgede diğerlerinde birden fazla bölgede bulunmaktaydı. Sen'ikal 14, supraKlavikular 17. aksiller 11, submandibular 2, inguinal lenf bezi büyümesi 4 vakada, karaciğer-dalak büyümesi 17, tiroid büyüklüğü 1 vakada bulundu. Vena Cava superior sendromu, 5 vakada görüldü.

HLstopatolojik ve sitolojik araştırma ile 30 hastaya Non-Hodgkin lenfoma tanısı konuldu. Ele gelebilen lenf bezi olan hastalarda lenf bezi biyopsisi, plevra sıvısı olan hastalardan plevra biyopsisi yapıldı, Plevra sıvısının sitolojik tetkiki tanıda yardımcı oldu. (Tablo 1).

Tablo 1

Tanı Yöntemi

Lenf Bezi Biyopsisi	20	Vak'a
Histoyisitik Lenfoma	3	"
Reticulum celi Lenfoma	1	"
Lenfositik Lenfoma	8	"
Lenfoblastik Lenfoma	2	"
Malign Lenfoma	6	"
Plevra Biyopsisi	5	"
Lenfosarkom	3	"
Lenfositik Lenfoma	2	"
Plevra Sıvısı	6	"
Histoyistik Lenfoma	1	"
Lenfoblastik Lenfoma	1	"
Lenfositik Lenfoma	1	"
Lenfoma	3	"
Kemik İliği	2	"
Lenfoma	2	"
Transkarnal Biyopsi	1	"
Lenf Bezi Aspirasyonu	1	"

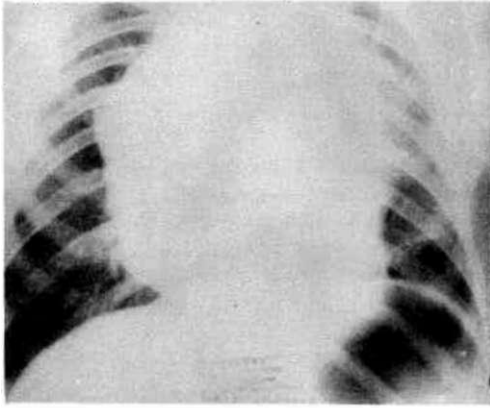
Plevra biyopsisi ile 5, sıvının sitolojik tetkiki ile 6 vakada da tanıya vanldı, bunlar aynı hastaya ait sıvı ve biyopsi bulguları olduğundan 6 hastada tanı plevra biyopsi - sıvı tetkiki yöntemi ile konulmuş oldu.

* Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıklar, ve Tüberküloz Bilim Dalı öğretim Üyesi

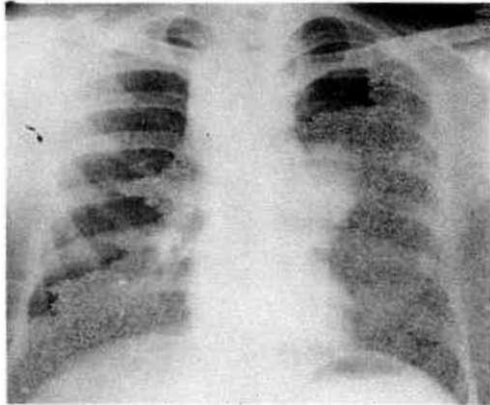
Mediasten genişlemesi olan 1 hastada transkarinal, 1 hastada da periferik ganglion aspirasyon biyopsisi, 2 hastada ise kemik iliği biyopsisi ile tanıya varıldı. Diğer 10 hastada tanı klinik-radyolojik bulgulara dayanmaktaydı. Bu hastalarda lenf bezi biyopsisi yapılmıősa da (3 vaka) negatif sonuçlanmıőtı, üç hastada da VCSS, diğerlerinde mediasten genişlemesi karaciğer dalak büyüklüğü ve plevrada sıvı toplanması bulunmaktaydı.

Radyolojik Bulgular: Düz ve yan akciğer grafileri, tomografi lenf anjiyografi ve komputeze tomografinin tanıya katkısı büyüktür. Ayrıca hastaların izlenmesinde de radyolojik tetkiklerden yararlanılmaktadır.

Bizim vakalarımızda genellikle mediasten genişlemesi bulunmaktaydı (31 vaka)..Mediastendetek veya iki taraflı genişleme hilus büyüklüğü lenfomalann belirgin toraks içi bulgusunu oluşturmaktaydı (Resim 1-2).

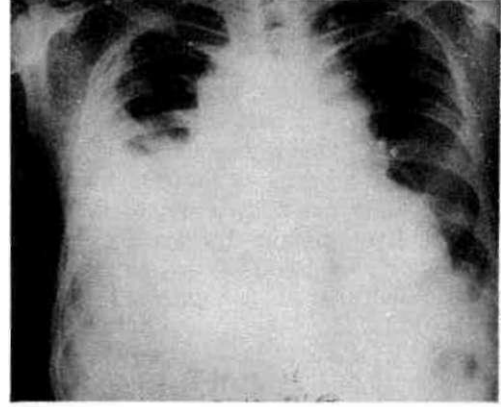


Resim 1.

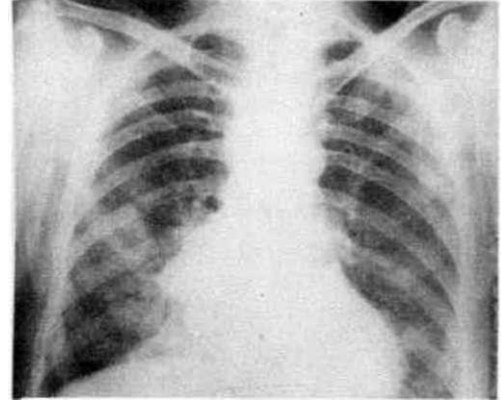


Resim 2.

Plevrada sıvı görünümü 13, perikard da sıvı görünümü ise 1 vakada görüldü (Resim 3). Parankim lezyonu 1 hastada saptandı (Resim 4). tki hastada ise akciğer filmleri normaldi (Tablo .2).



Resim 3.



Resim 4.

Tablo 2

Radyoloji

Mediasten Genişlemesi	31	Vak'a
Plevrada sıvı görünümü	13	"
Parankim lezyonu	1	"
Bant Gölge	2	"
Hilus Büyüklüğü	1	"
Diyafragma yüksekliđi	1	"
Perikard da sıvı	1	"
Normal	2	"

Lenf bezlerinde büyüme bronşlarda obstrüksiyona neden olmadığından bronşlar açık görülür (Hava bronkogramı). Bazı araştırmacılar hilus lenf bezlerinden başlayan lenfomaları primer kabul ederlerse de mediasten lenf bezlerinde de büyüme varsa bu primer lenfoma olmaz⁴. Akciğerlerde homojen kitle görünümü olabilir. Bazen kitle tüm akciğer alanını tutar. Bronş Kanserlerinden farklı olarak Non-Hodgkin lenfomalar fissür ve plevraya geçme eğilimi gösterir⁵, geniş parankim lezyonlarının daha çok histiyositer tipte görüldüğü bildirilmektedir. Akciğer de multipl nodüller 3 mm- 7 cm. arasında alt loblarda lokalize olur. Parankim lezyonlarında kaviteleşme de sık görülmez. Plevrada sıvı toplanmasının 1/3 oranında görüldüğü bildirilmektedir⁶. Sıvı mediasten ganglionlarının büyümesine bağlı olabildiği gibi hastalığın doğrudan yayılması ile de olabilir.

Klinik - radyolojik ve histopatolojik tetkiklerle Non-Hodgkin lenfoma tanısı alan hastaları Am. Arbor sınıflandırmasına göre evrelendirdik⁷. Vakalar genellikle III ve IV. evrede bulduklarından sitostatik ilaçlarla tedaviye alındılar.

27 Hastaya COPP, 2 hastaya COPP + radyoterapi 1 hastaya endoxan uygulandı. Diğer vakalar tanıdan sonra Kliniği terk etti, 2 hastada tedavilerini başka kliniklerde sürdürmek üzere klinikten ayrıldı. Tedaviye alınan 5 hastayı 2 yıl, 1 hastayı 4 yıl izleme olanağını bulduk.

Mediasten genişlemesi, VCSS, plevra ve perikarda sıvı bulunan hastalarda sitostatik uygulama etkin olmakta ganglionlarda süratle küçülme ve bunun sonunda da semptomlarda gerileme görülmektedir.

Kemoterapi ile birlikte radyoterapinin fazla üstünlük sağlamadığı belirtilmektedir^{7, 8}.

KAYNAKLAR

1. Fishman A.P.. Pulmonary Diseases and Disorders Me Graw-Hill Book comp 1980
2. Fräser R.G J.A. Pare. Diagnosis of Diseases of the Chest W.B Saunders Comp. 1978.
3. Banks D Castellan R M.. Lymphocytic Lymphoma recurring in multiple endobronchial sites. Thorax, 1980 35, 10,(796-797)
4. Rees G M.. Primer Lymphosarcoma of the lung. Thorax 1973,28 4
5. Crowther D Rankin E.M: Brit. J. Hemat 1982, 52, 337-364
6. Sweet D L , Kinzie J Survival of patients witt localised Diffuse Histiocytic Lymphome Blood, 1981, 58, 1218
7. Click J: Nodular mixt lymphome. Blood, 1981, 58, 5, 920-925
8. Hoppe R T : Blood, 1981, 58, 592-598