

OLGU SUNUMU / CASE REPORT

Primer Akciğer Lenfoma Olgusu

A Case of Primary Pulmonary Lymphoma

Mahşuk Taylan¹, Fatih Meteroğlu², Melike Demir¹, Ali Birak², Burak Gül²

ÖZET

Primer pulmoner lenfoma, tüm akciğer tümörlerinin yalnızca %0,5'ini teşkil eden ve intrapulmoner lenfatiklerden kaynaklanan nadir bir tümördür. Radyolojik olarak kitle ve konsolidasyon şeklinde görülebilmesi nedeniyle, primer veya metastatik akciğer kanseri, pnömoni, sekestrasyon ve atelektazi gibi birçok hastalığın ayırıcı tanısında düşünülmelidir. İki yıldır şikâyetleri olan 44 yaşında erkek hastanın toraks bilgisayarlı tomografide sol akciğer lingular segmentte kalp'le sınırları net ayırt edilemeyen 65x68 mm ebatında kitle saptandı. Tanısal torakotomide histopatolojisi lenfoma ile uyumlu geldi ve lingula ve alt lob apikal segmentinide içine alacak şekilde wedge rezeksiyonu uygulandı. Bu çalışmada, öksürük ve halsizlik şikâyetiyle yatırılarak primer akciğer (düşük grade B-hücreli) lenfoması tanısı konulan olguyu sunmayı amaçladık.

Anahtar kelimeler: Primer pulmoner lenfoma, maltoma, B hücreli lenfoma

ABSTRACT

Primary pulmonary lymphoma, which is constitutes only 0,5% of all lung tumors, is a rare tumor arising from intrapulmonary lymphatics. Due to presentation with mass and consolidation, many diseases, require to be considered in the differential diagnosis such as primary or metastatic lung cancer, pneumonia, pulmonary sequestration and atelectasis radiologically. A 44 years old male patient with complaints for two years, with 65x68 mm pulmonary mass lesion in left upper lobe and lingular segments which has boundaries could not be distinguished by heart border, was interned. Diagnostic thoracotomy applied and histopathology was obtained as pulmonary lymphoma. Wedge resection including lingula and lower lobe apical segments was performed. In this study, we aimed to present a case hospitalized with complaints of cough and fatigue and diagnosed as primary pulmonary (low-grade B-cell) lymphoma.

Key words: Primary pulmonary lymphoma, maltoma, B-cell lymphoma

GİRİŞ

Akciğerlerde lenfoproliferatif hastalık, çoğunlukla Hodgkin ya da Hodgkin dışı lenfomanın kan yoluyla akciğere yayılması veya hiler ya da mediastinal bölgeden direkt invazyonu şeklinde sekonder olarak ortaya çıkabilir [1]. Mediastinal parenkimal veya endobronşiyal yerleşimli olabilmektedir [2]. Primer akciğer lenfoması ise, tanı sırasında veya tanıyı izleyen ilk üç ayda ekstrapulmoner tutulum olmadan bir ya da her iki akciğerlerin ve/veya bronşların malign klonal bir lenfoproliferasyonudur.

En sık düşük dereceli B- hücreli lenfoma görülür [3]. Oldukça nadir görülmesi, asemptomatik veya non-spesifik solunumsal semptomlarla seyretmesi nedeniyle gözden kaçırılmaması, radyolojik olarak kitle veya konsolidasyonlarla seyretmesi nedeniyle de birçok hastalığın ayırıcı tanısında düşünülmesi gerekmektedir.

OLGU

Yaklaşık iki yıldır devam eden öksürük, halsizlik ve göğüs ağrısı şikâyetiyle kliniğimize başvuran

¹ Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları AD, Diyarbakır, Türkiye

² Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahi AD, Diyarbakır, Türkiye

Yazışma Adresi /Correspondence: Fatih Meteroğlu,

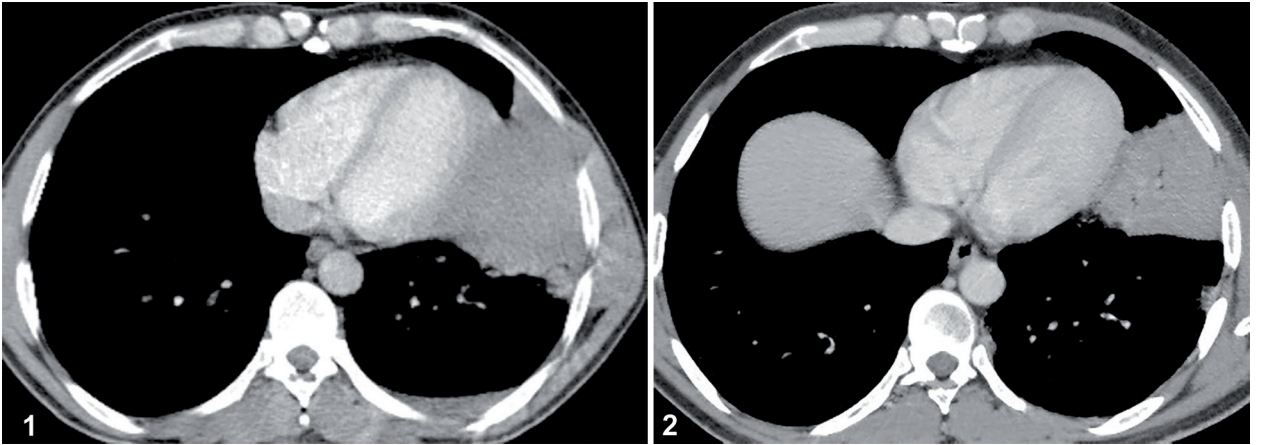
Dicle Üniversitesi tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi AD\Diyarbakır, Türkiye Email: drfatihmeteroglu@hotmail.com

Geliş Tarihi / Received: 25.02.2016, Kabul Tarihi / Accepted: 30.03.2016

Copyright © Dicle Tıp Dergisi 2016, Her hakkı saklıdır / All rights reserved

44 yaşında ki erkek hasta tetkik amaçlı yatırıldı. Fizik muayenesinde genel durumu iyi bilinci açık ve koopere olduğu görüldü. Boyun ve aksiler bölgede palpabl lenf noduna rastlanmadı. Her iki taraf hemitoraks soluma eşit katılıyordu. Oskültasyonda sol hemitoraks alt zonda yer yer ral ve ronküs alınıyordu. Rutin hemogram ve biyokimya gibi laboratuvar tetkikleri normal sınırlarda ölçüldü. Yaklaşık iki yıl önce çekilen toraks bilgisayarlı tomografide (BT) sol akciğer lingular segmentte kalp'le sınırları net ayırt edilemeyen 65x68 mm ebatında kitle mevcuttu (Resim 1). Şikâyetlerinin iki yıldan beri mevcut olmasına rağmen hasta cerrahi müdahaleyi kabul etmiyordu. En son çekilen BT' de kitlenin boyutlarında artış olması üzerine (112x78x77 mm) hastaya tüm vücut Pozitron Emisyon Tomografisi (PET-CT) çekildi. Sol akciğer lingular segmentte plevraya oturan yaklaşık 112x78x77 mm ebadındaki kitlede SUVmax değeri 4,2 düzeyinde belirlenen FDG tutulumu izlendi (Resim 2). Vücudun başka yerinde

patolojik düzeyde FDG tutulumu izlenmedi. Yapılan fiberoptik bronkoskopik tetkikinde larinks, trakea, ana bronşlar, lob ve segment bronşları normal ve açık izlendi. Endobronşiyal yer kaplayan lezyon veya bir dış bası bulgusuna rastlanmadı. Hastaya trans-torasik iğne aspirasyonu (tru-cut) biyopsisi (TTİAB) planlandı, ancak hasta biyopsiyi kabul etmedi. Bunun üzerine hasta bilgilendirilip onayı alınarak tanı amaçlı torakotomi yapıldı. Torakotomi esnasında lingula ve alt lob süperior segmentini de içine alan ve perikardı invaze eden kitle lezyonu görüldü. Frozen (donmuş kesit) histopatolojisi lenfoma ile uyumlu geldi. Bunun üzerine lingula ve alt lob apikal segmentini de içine alacak şekilde wedge rezeksiyonu uygulandı. Frenik sinir korunarak parsiyel perikardiektomi yapıldı. Tümör yükü azaltıldı. Rezeksiyon materyali histopatolojisi, düşük grade küçük B-hücreli lenfoma infiltrasyonu olarak geldi. Hastanın ileriye yönelik kemoterapi ve uzun dönemli takibi onkoloji ile birlikte planlandı.



Resim 1, 2. Sol lingular düzeyde 112x78x77 mm kitle

TARTIŞMA

Pulmoner lenf dokusu, bronşiyal sistemle ilişkili lenfatikler (Bronchus-associated lymphoid tissue; BALT) ve pulmoner lenfatiklerden oluşur. Primer lenfoid lezyonlar çoğunlukla immunsuprese hastalarda (organ transplantları, HIV enfekte hastalar) görülür. Benign yada malign olabilirler. Benign lezyonlar başlıca reaktif lenfoid hiperplazi, foliküller bronşiyolit, lenfositik interstisyel pnömoni ve nodüler hiperplazi şeklindedir. Malign lezyonlara

mukoza kaynaklı düşük grade B-hücreli lenfoma (Mucosa-associated lymphoid tissue; MALT), diğer non-Hodgkin ve Hodgkin lenfomalarıdır [4].

Primer akciğer lenfomaları, tüm akciğer tümörlerinin yalnızca %0,5'i oranında görülen nadir tümörlerdendir [5]. Mucosa-associated lymphoid tissue (MALT) lenfoma düşük grade B-hücreli lenfomanın ektranodal tutulumu olup tüm pulmoner lenfomaların %70'inden çoğunu teşkil eder [5]. Olgumuzun histolojik tipi düşük grade B hücreli lenfoma idi.

Primer akciğer lenfomaları çoğunlukla asemptomatiktir. Öksürük göğüs ağrısı, nefes darlığı gibi nonspesifik semptomlar da görülebilir. Sigara öyküsü, immunsupresyon ve otoimmün hastalıklara eşlik edebilir ve tanı anında hiler tutulum saptanabilir [6]. Bizim olgumuz iki yıldan beri olan göğüs ağrısı öksürük ve halsizlik semptomlarıyla başvurmuştu. Sigara içme öyküsü ve immün supresif bir durumu yoktu.

Akciğer tutulumu olan non-Hodgkin lenfomanın patolojik evrelendirilmesinde, akciğer parenkimi, lenf nodları, komşu göğüs duvarı, diyafragma ve diğer organ tutulumları dikkate alınarak yapılır [7]. Olgumuzda tanı sırasında parankim dışında hiler veya mediastinal tutulum olmayıp evre IE olarak değerlendirildi.

Primer pulmoner lenfomanın ayıcı tanısında pnömoni, akciğer kanseri, metastazi, ateletazi ve pulmoner sekestrasyon gibi durumlar düşünülmesi gerekir. Kesin tanı için histopatolojik değerlendirme lazımdır. Olgumuzda semptomların uzun süreli olması, eşlik eden ateş, öksürük ve pürülan balgam şikâyetlerinin olmaması ve hava bronkogramı içeren konsolidasyonun olmaması nedeniyle pnömoni düşünülmedi. Çocukluk çağından beri semptomların, tekrarlayan enfeksiyon öyküsünün ve radyolojik bulguların öncesinde olmaması nedeniyle sekestrasyondan uzaklaşıldı. Direk veya indirek ateletatik bulguların olmaması nedeniyle ateletazi düşünülmedi. Tümör ekarte edilemedi. Fizik muayenesinde patolojik bir bulguya rastlanmaması ve radyolojik olarak toraks içinde kitle lezyon dışında ek bir lezyona rastlanmaması, PET- BT' de ek tutulum olmaması nedeniyle hastaya histopatolojik tanı kararı alındı.

Primer pulmoner lenfomada çoğunlukla endoluminal bir lezyon görülmediği için bronkoskopinin katkısı sınırlıdır. Nadiren bronkoalveoler lavaj sıvısından sitogenetik yöntemlerle tanı konabilmektedir [8]. Bu nedenle çoğunlukla VATS veya açık cerrahi girişim gerekmektedir. Bu olguda yapılan fiberoptik bronkoskopi tetkikinde de endobronşiyal bir lezyon veya dış bası gibi bir bulguya rastlanmadı. Transtorasik iğne aspirasyon biyopsi tetkiki hasta tarafından reddedildiğinden, torakotomi ile tanıya varıldı.

Primer pulmoner lenfoma (Maltoma) tedavisi tartışmalıdır. Lokal olgulara komplet cerrahi rezek-

siyon tercih edilmektedir. Çok yavaş ilerlediği için cerrahi yerine sadece klinik izlem önerisi de mevcuttur [3,9]. Progresyon, nüks veya (diffüz veya iki taraflı akciğerde) yaygın tutulumu olan olgulara kombine kemoterapi (CHOP - Cyclophosphamide, Doxorubicin, Vincristine (Oncovin), Prednisone-) tercih edilirken, radyoterapi nadir bir seçenektir [10]. Güncel tedavide yaygın evrede fludarabine ve mitoxantrone tek başına veya rituximab ile kombine edilerek kullanılması seçenekler arasındadır. Maltomada optimal bir tedavi yaklaşımı ve sağkalımı belirleyen faktörler henüz net olarak tanımlanmamıştır [11]. Olgumuza cerrahi rezeksiyon sonrası, siklofosfamid, vinkristin ve prednison tedavi protokolü uygulandı.

Primer pulmoner lenfoma iyi prognozludur [12]. Yetmiş hastalık geniş bir seride yapılan bir çalışmada 5 yıllık sağ kalım %94, yüksek grade hastalık durumunda ise ortalama sağ kalım 3 yıl civarında saptanmıştır [12]. Her ne kadar cerrahi tedavi küratif olabilsede hastaların medikal onkoloji tarafından takibine gereksinim de olabilmektedir. Çünkü yıllar sonra bile nüksle karşılaşmak mümkündür [13]. Hastamız yaklaşık bir yıldır takipte ve üç aylık periyotlarla yapılan tetkiklerde nüks veya progresyona rastlanmadı.

Sonuç olarak, non-spesifik konstitüsyonel semptomlarla başvuran pulmoner kitle veya konsolidasyon radyolojisine sahip olgularda nadir de olsa primer pulmoner lenfoma tanısı da düşünülmesi, hastalığa özgün evreleme, tedavi yanıtı ve rekürrens riski nedeniyle tanısal yaklaşım, tedavi ve takipler dikkatli planlanmalıdır.

Çıkar Çatışması Beyanı: Yazarlar çıkar çatışması olmadığını bildirmişlerdir.

Finansal Destek: Bu çalışma her hangi bir fon tarafından desteklenmemiştir.

Declaration of Conflicting Interests: The authors declare that they have no conflict of interest.

Financial Disclosure: No financial support was received.

KAYNAKLAR

1. Arınç S, Yılmaz A. Primer pulmoner lenfoma. Tuberküloz ve Toraks Dergisi 2006; 54:197-202.

2. Okutan O, Ayten Ö, Demirel D, et al. Hodgkin's lymphoma with endobronchial involvement: a case report. *Respir Case Rep* 2012;1:19-23.
3. Cadranet J, Wislez M, Antoine M. Primary pulmonary lymphoma. *Eur Resp J* 2002;20:750-762.
4. Sirajuddin A, Raparia K, Lewis VA, et al. Primary Pulmonary Lymphoid Lesions: Radiologic and Pathologic Findings. *Radiographics* 2016;36:53-70.
5. Kubisa B, Bochenska A, Piotrowska M, et al. [Primary pulmonary mucosa-associated lymphoid tissue lymphoma: a case report]. *Pneumonol Alergol Pol* 2015;83:45-49.
6. Pina-Oviedo S, Weissferdt A, Kalhor N, Moran CA. Primary Pulmonary Lymphomas. *Adv Anat Pathol* 2015;22:355-375.
7. National Cancer Institute sponsored study of classifications of non-Hodgkin's lymphomas: summary and description of a working formulation for clinical usage. The Non-Hodgkin's Lymphoma Pathologic Classification Project. *Cancer*.1982;49:2112-2135.
8. Davis W, Gadek J. Detection of pulmonary lymphoma by bronchoalveolar lavage. *Chest* 1987;91:787-790.
9. Troch M, Streubel B, Petkov V, et al. Does MALT lymphoma of the lung require immediate treatment? An analysis of 11 untreated cases with long-term follow-up. *Anticancer Res* 2007;27:3633-3637.
10. Addis BJ, Hyjek E, Isaacson PG. Primary pulmonary lymphoma: a re-appraisal of its histogenesis and its relationship to pseudolymphoma and lymphoid interstitial pneumonia. *Hist* 1988;13:1-17.
11. Cardenas-Garcia J, Talwar A, Shah R, Fein A. Update in primary pulmonary lymphomas. *Curr Opin Pulm Med* 2015;21:333-337.
12. Cordier J-F, Chailleux E, Lauque D, et al. Primary pulmonary lymphomas. A clinical study of 70 cases in nonimmunocompromised patients. *Chest* 1993;103:201-208.
13. Zinzani PL, Tani M, Gabriele A, et al. Extranodal marginal zone B-cell lymphoma of MALT-type of the lung: single-center experience with 12 patients. *Leukemia & lymphoma* 2003;44:821-824.