

# Kaviter Akciğer Lezyonu İle Başvuran Hodgkin Lenfoma Olgusu

Nigar Dirican<sup>1</sup>

Yayınlanma: 30.06.2016

<sup>1</sup>Suleyman Demirel University of Medicine, Isparta

\*Sorumlu yazar: Nigar Dirican, E-mail: nigardirican@yahoo.com

## Özet

Hodgkin lenfomanın (HL) intratorasik en yaygın görülme şekli, trakeobronşiyal ve mediastinal lenf nodlarının tutulumudur. Akciğerde kavite oluşumu yaygın değildir. Bu yazıda, akciğerde kaviter lezyonları olan 29 yaşında erkek hasta sunulmaktadır. Hasta tetkikler sonucunda HL tanısı almıştır. HL’ da kaviter akciğer lezyonları nadir olmasına rağmen ayırıcı tanıda yer alması gerektiğini düşünüyoruz.

**Anahtar Kelimeler:** Hodgkin lenfoma, Akciğer kavitesi, İntratorasik.

## Abstract

The most common intrathoracic manifestation of Hodgkin’s lymphoma (HL) is tracheobronchial and mediastinal node involvement. Cavity formation in the lung is uncommon in HL. In this article, 29-year-old male patient with cavitory lesions in the lung has been presented. He was diagnosed with HL as a result of investigations. Although cavitory formation in the lung is rarely seen in HL we think that it should be included in the differential diagnosis.

**Keywords:** Hodgkin lymphoma, Lung cavity, Intrathoracic.

## GİRİŞ

Kaviter akciğer lezyonları benign ya da malign hastalıkların seyrinde görülebilmektedir. En sık nedenleri arasında tüberküloz, bronş karsinomları, bakteriyel-fungal enfeksiyonlar, kollajen-vasküler hastalıklar sayılabilir. HL genellikle tamamen lenf bezlerine sınırlıdır. Ekstranodal tutulum non-Hodgkin lenfomaya göre daha az görülür. Ayrıca akciğer parankim tutulumu nadirdir. Vakaların %5.9- 11.6’sında parankim lezyonları görüldüğü bulunmuştur (1). HL’da radyolojik olarak kaviter akciğer nodülleri nadir görülmektedir, tüm hastaların % 1’inden daha azında olduğu belirtilmiştir (2).

Bu yazıda, akciğerde kaviter lezyonları olması nedeniyle tetkik ettiğimiz ve HL tanısı alan olgu sunulacaktır.

## Olgu

Yirmi dokuz yaşında erkek hasta öksürük, balgam, hemoptizi, gece terlemesi ve kilo kaybı şikayetleri ile başvurdu. Bu şikayetlerle hastaneye başvurusunda çekilen Toraks Bilgisayarlı Tomografi’de (BT) akciğerde kalın cidarlı kaviter lezyon saptanması nedeniyle polikliniğimize yönlendirilen hasta, ileri tetkik amacıyla servise yatırıldı. Üç-dört aydır şikayetleri mevcuttu, birkaç kez balgama buluş şeklinde hemoptizi tarifledi. Gece terlemesi olduğunu ve son altı ayda yedi-sekiz kilogram kaybettiğini ifade etti. Solunum ve diğer sistem muayeneleri olağandı. Laboratuvar incelemelerinde, lökosit 26200/mm<sup>3</sup> (%77 nötrofil, %7 lenfosit), hematokrit 32gr/dl, trombosit 557000/mm<sup>3</sup>, eritrosit sedimentasyon hızı 120/s, C-reaktif protein 161 mg/dl idi. Periferik yaymada lenfo-monositer hücre hakimiyeti mevcuttu, atipik hücre saptanmadı. Postero-anterior akciğer grafisinde sol hiler genişleme, sol

apikalde paratrakeal sınırları kısmen düzenli nodüler dansite artışı, sol alt zonda parakardiak non-homojen dansite artışı mevcuttu (Resim 1). BT’de mediastende en büyüğü paratrakeal alanda multipl büyümüş lenf bezleri, sol akciğer apikal ve alt lobda, sağ akciğer orta lobda kalın cidarlı kaviter lezyonlar, her iki akciğer üst ve alt lob superior kesimlerde düzensiz şekilli nodüler dansiteler saptandı (Resim 2a-3a). Balgamda asidorezistan bakteri (ARB) direkt bakışı negatif bulundu. Bronkoskopide endobronşiyal lezyon saptanmadı, bronkoalveoler lavaj yapıldı. ARB negatif, sitolojisi benign olarak raporlandı. Kollajen-vasküler hastalıklar için istenen otoimmün belirteçler negatif bulundu. Endobronşiyal ultrasonografi ile lenf bezlerine ince iğne aspirasyon biyopsisi uygulandı, sonucu lenfositten zengin sitoloji olarak rapor edildi. Lenf bezlerini daha iyi değerlendirebilmek amacıyla Pozitron Emisyon Tomografi/BT çekildi; supraklavikuler, mediastinal ve abdominal hiper-metabolik büyümüş lenf bezleri, ayrıca BT görüntülerindeki kaviter lezyonların da hiper-metabolik olduğu rapor edildi. Takip edilen tüberküloz kültürlerinde üreme olmadı. Supraklaviküler lenf bezi eksizyonel olarak çıkarıldı. Patoloji sonucu nodüler sklerozan tipte HL ile uyumlu olarak yorumlandı. Hasta hematoloji bölümüne yönlendirildi. 5 kür ABVD (doxorubicin, bleomycin, vinblastine, dacarbazine) kemoterapi sonrası çekilen Toraks BT’de kaviter lezyonların, mediastinal lenf bezlerinin sayı ve boyutunun regrese olduğu görüldü (Resim 2b-3b).

## Tartışma

HL’ da akciğer tutulumları enfeksiyonlar ya da primer hastalığın akciğer tutulumu şeklinde olabilmektedir. HL sıklıkla lenf bezlerine sınırlı olduğu için ikinci durum

daha nadir görülmektedir. İntratorasik tutulum genellikle trakeobronşiyal ve mediastinal lenadenopatiler (LAP) şeklindedir (3,4). Tipik olarak akciğer grafisinde bilateral, asimetrik mediastinal ve hiler LAP'ler görülür. Akciğer parankim lezyonları nadir görülmektedir (5,6). Parankim tutulumu sıklıkla mediastinal LAP'ler ile birlikte görülür. Mediastenden doğrudan uzanım veya uzak bir odaktan lenfatik ya da hematojen yayım ile parankim tutulumu gerçekleşmektedir (7). Parankim lezyonları nodül, infiltrasyon, lenfanjitik yayım şeklinde görülebilmekte, ayrıca endobronşiyal, subplevral-plevral tutulumlara neden olabilmektedir. Nodüller soliter, multipl, milimetre veya kaviter karakterde görülebilir (8). HL' da parankimal kaviter lezyonların son derece nadir olduğu ve tüm olguların % 1'inden azında görüldüğü tahmin edilmektedir (2). Literatürde tek ya da multipl kaviter lezyonların görüldüğü olgu sunumları mevcuttur. Akciğer parankim lezyonlarının genellikle kadın-erkek eşit oranda, otuz yaşından daha genç hastalarda ortaya çıktığı görülmüştür (5, 9).

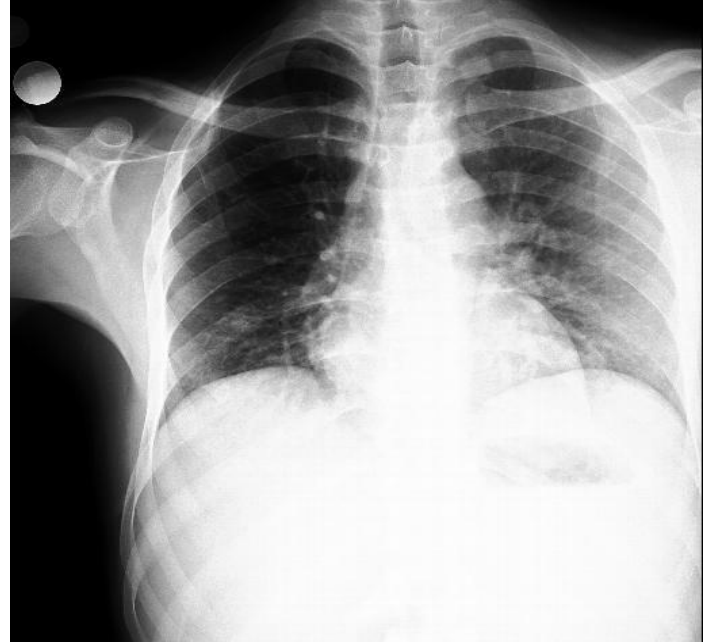
Bizim olgumuz yirmi dokuz yaşında erkekti. Toraks BT'sinde mediastende çok sayıda LAP'ler, sol akciğer apikal ve alt lobda, sağ akciğer orta lobda kalın cidarlı kaviter lezyonlar, ayrıca her iki akciğer üst ve alt lob süperior kesimlerde düzensiz şekilli nodüler dansiteler mevcuttu.

Mediasten tutulumu olan HL'da en yaygın görülen histolojik alt tipin nodüler sklerozan olduğu belirtilmektedir (10). İki yüz elli HL tanısı almış hastanın incelendiği bir çalışmada 22'sinde (%8,8) ekstra-nodal tutulum görülmüş. Akciğer tutulumu 9 hastada saptanmış, başlıca patolojik tipler nodüler sklerozan ve miks sellüler olarak bulunmuştur (11). Bronkoskopik örneklemeler sonucunda tanı elde edilememesi nedeniyle olgumuza PET-BT çekildi. Hiper-metabolik olması ve daha kolay ulaşılabilmesi nedeniyle supraklavikuler lenf bezinin eksizyonu planlandı. Biyopsi sonucu HL-nodüler sklerozan tip olarak yorumlandı.

Kaviter parankim lezyonları olan lenfoma olgularında primer hastalığa eşlik edebilecek, aynı görünüme neden olabilen tüberküloz, nokardia, stafilokok enfeksiyonları da göz önünde bulundurulması gerekmektedir (7). Olgumuzun bronkoskopik materyallerinde enfeksiyon lehine herhangi bir bulgu saptanmadı. Kemoterapi sonrası mediastinal LAP'ler ve parankimdeki kaviter lezyonlar geriledi.

### Sonuç

HL' da ektranodal tutulum sık görülmemesine rağmen, akciğer tutulumu hastalığın seyri sırasında herhangi bir zamanda ortaya çıkabilir. İntratorasik tutulum genellikle trakeobronşiyal ve mediastinal lenf bezlerinin tutulumu şeklindedir. Nadir olmasına rağmen kaviter akciğer lezyonlarının ayırıcı tanısında yer alması gerektiğini düşünüyoruz.



Resim 1. PA Akciğer Grafisi



Resim 2a-3a. Başvuru Toraks BT

Resim 2b-3b. Kemoterapi sonrası kontrol Toraks BT

## Kaynaklar

1. Guermazi A, Brice P, de Kerviler EE, et al. Extranodal Hodgkin disease: Spectrum of disease. *Radiographics*. 2001;21:161-79
2. Perttala Y, Svinhufvud U. Cavity formation in the lung in Hodgkin's disease: Analysis of 453 cases. *Ann Med Intern Fenn*. 1965;54:19-24.
3. Castellino RA, Blank N, Hoppe RT, Cho C. Hodgkin's disease: contributions of chest CT in the initial staging evaluation. *Radiology*. 1986;160:603-05
4. Diehl LF, Hopper KD, Giguere J, Granger E, Lesar M. The pattern of intrathoracic Hodgkin's disease assessed by computed tomography. *J Clin Oncol* 1991;9:438-43
5. Shahar J, Angelillo VA, Katz D, Moore JA. Recurrent cavitory nodules secondary to Hodgkin's disease. *Chest*. 1987;91:273-4.
6. Saraya T, Fujino T, Suzuki A et al. Hodgkin lymphoma with rapidly destructive, cavity-forming lung disease. *J Clin Oncol*. 2013;31:211-4.
7. Dugan G, Shaw C, Matthay R. Cough, fever, and cavitating pulmonary lesions in a 21-year-old construction worker. *Chest*. 1994;105:591-3.
8. Yousem SA, Weiss LM, Colby TV Primary pulmonary Hodgkin's disease: a clinicopathologic study of 15 cases. *Cancer*. 1986;57:1212-24
9. Richardson GE, Longo DL. Multiple cavitating pulmonary nodules in Hodgkin's disease. *Cancer*. 1991;68:930-3.
10. Colby TV, Hoppe RT, Warnke RA. Hodgkin's disease: a clinicopathological study of 659 cases. *Cancer*. 1981;49:1848-58
11. Li ZM, Zhu YJ, Xia Y, Huang JJ, Jiang WQ. Clinical characteristics of the patients with Hodgkin's lymphoma involving extranodal sites. *Chin J Cancer*. 2012;31:342-7.

<http://edergi.cbu.edu.tr/ojs/index.php/cbusbed> isimli yazarın CBU-SBED başlıklı eseri bu Creative Commons Atıf-GayriTicari 4.0 Uluslararası Lisansı ile lisanslanmıştır.

