

Bölüm 41

PELVİK LENF NODLARINDA BÜYÜME İLE PREZENTE OLAN HODGKİN LENFOMA OLGUSU

Dinçer YILDIRIM⁵²

Erdal ŞEKER⁵³

GİRİŞ

Lenfoma; lenfoid hücrelerin malign hastalığıdır. Sıklıkla genç erişkinlerde görülmekle beraber görülme sıklığı 20-40 ve 55 yaş sonrasında artış gösterir. Sıklık olarak ortalama 2,3/100000 oranı vardır (1).

Lenfomalı hastaların en sık ilk şikayeti lenf bezi büyümesidir. (2). Lenf nodu çoğunlukla elastik ve ağrısızdır. Lenfadenopati en sık oranda servikal bölgede belirir. Hastaların bir kısmında ise diyafragma altındadır (3). Hodgkin lenfomanın yayılımı aşama aşamadır.

Lenfadenopati ile ilgili klasik bilgi şunlardır.

1. Çoğunlukla ağrısız olan lenf nodu şişmesi.
2. % 60-80 vakada servikal lenf nodu tutulumu.
3. Aksiller, inguinal, mediastinal ve retroperitoneal lenf nodları sıklıkla tutulmuştur.
4. Birleşik hassas olmayan lenf nodları.

Ann Arbor sistemi evrelemede kullanılır. Evreleme amaçlı bilgisayarlı tomografi kullanılır. Evrelemede lenf düğümlerinin dağılımı dikkate alınmalıdır. Evreleme ile birlikte yaş, sedimentasyon, B semptomlarının varlığı, kitlesel (Bulky) hastalık, tutulu alan sayısı gibi değişkenlere göre hastalar risk gruplarına ayrılır.

⁵² Uzman Doktor, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma hastanesi Kadın Hastalıkları Ve Doğum Kliniği, dinceryildirim@hotmail.com

⁵³ Uzman Doktor, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma hastanesi Kadın Hastalıkları Ve Doğum Kliniği, erdalseker84@gmail.com

edilmektedir (18). Eksizyonun yapılamadığı durumlarda tru-cut biyopsisinde kabul edilebilir. Lenfoma etiyojisine yönelik yapılan çalışmaların çoğunda malig-nite ilk sırada saptanmıştır. Mohan ve ark.'nın yaptıkları araştırmada malig-nite oranı %25, Darnal ve ark. ise erişkinlerde malign olguları %47 ile birinci sırada bildirmişlerdir (16,19). Moore ve ark. yaptıkları çalışmada ilk biyopsi sonucu re-aktif hiperplazi olarak gelen çocuklarda daha sonraki izlem sonrasında 15 hastada lenfoma tanısı konduğunu bildirmişlerdir (20). Bu nedenle lenfadenopati şikayeti olan hastaların klinik takipten çıkarılmaması gerekmektedir.

Bizim hastamız sadece kasık ağrısı olan ve başka şikayeti olmayan bir hastaydı. Daha önce iğne biyopsisi alınmış ancak biyopside net tanı alamamış bir vakaydı. Başka bir semptomu uzun bir süre olmayan hasta takipten çıkmıştır. Tarafımıza başvurunca, geçmeyen lenfadenopati ve ağrı şikayetiyle cerrahi planlandı ve uy-gulandı.

Sonuç

Sonuç olarak, persistan lenfadenopati tanısı histopatolojik olarak konmalıdır. Gerektiğinde biyopsi, yetersiz kaldığında minimal invaziv cerrahiden de yarar-lanılmalıdır. Bu nedenle laparoskopik eksizyonel biyopsi de güvenli bir şekilde uygulanabilen bir tanı yöntemidir. arasındadır.

Anahtar kelimeler: pelvik, lenfadenopati, laparoskopi, lenfoma

KAYNAKLAR

1. Türk Hematoloji Derneği(2018) Lenfoma tanı ve tedavi klavuzu 2018(16/07/2019 tarihinde <http://www.thd.org.tr/thdData/Books/83/kilavuzu-tek-parca-halinde-goruntulemek-icin-tik-layiniz.pdf> adresinden ulaşılmıştır.
2. Martin D.Abeloff, James O. Armitage, Allen S. Lichter, John E. Niederhuber,
5. Clinical Oncology, second edition, 2000. 2620-2657.
3. Yahalom J, Straus D. Hodgkin's lymphoma. In: Pazdur R, Coia LR, Hoskins WJ, Wagman LD, editors. Cancer management: a multidisciplinary approach. 9th ed. Lawrence, KS: CMP Health-care Media; 2005. p. 675.
4. Altuntaş F, Eser B, Kaplan B, Canöz Ö, Gündoğan K, Özkan M, Er Ö, Coşkun HS, Çetin M, Karahacıgulu E, Ünal A. Hodgkin hastalığı ilk basamak tedavisonuçları: tek merkez deneyimi. THOD 2003; 2(13): 79-86.
5. Dielh V, Stein H, Hummel M, Zolinger R, Connors J. Hodgkin's lymphoma: Biology and Treatment strategies for Primary, Refractory and Relapsed Diseases. Hematology 2003; 225-242.
6. Ekstrand BC, Lucas JB, Horwitz SM, et al. Rituximab in lymphocyte predominant Hodgkin's disease: results of a Phase II Trial. Blood. 2003; 101:4285-4289.
7. Rehwald U, Schulz H, Reiser M, et al. Treatment of relapsed CD20+ Hodgkin 82 lymphoma with the monoclonal antibody rituximab is effective and well tolerated: results of a Phase 2 trial of the German Hodgkin Lymphoma Study group. Blood. 2003; 101 (2): 420-424.
8. Mason DY, Banks PM, Chan J, Cleary ML, Delsol G, Harris NL et al. Nodular lymphocyte predominance Hodgkin's disease. A distinct clinicopathological entity. Am J Surg Pathol 1994; 18: 526-530.

9. Anagnostopoulos I, Hansmann ML, Franssila K, Harris M, Harris NL. European Task Force on Lymphoma project on lymphocyte predominance Hodgkin disease: histologic and immunohistologic analysis of submitted cases reveals 2 types of Hodgkin disease with a nodular growth pattern and abundant lymphocytes, *Blood* 2000; 96: 1889-1899.
10. Gutensohn N, Cole P, Childhood social environment and Hodgkin 's disease. *N Engl J Med*. 1981; 304 (3): 135-140.
11. Benharroch D, Shemer-Avni Y, Myint YY, et al. Measles virus: evidence of an association with Hodgkin 's disease. *Br J Cancer*. 2004; 91 (3): 572-579.
12. Sibanda EN, Stanczuk G. Lymph node pathology in Zimbabwe: A review of 2194 specimens. *Q J Med* 1993;86:811- 817.
13. Adeniji KA, Anjorin AS. Peripheral lymphadenopathy in Nigeria. *Afr J Med Med Sci* 2000;29:233-237.
14. Libman H. Generalized lymphadenopathy. *J Gen Intern Med* 1987;2:48-58.
15. Morland B. Lymphadenopathy. *Arch Dis Child* 1995;73:476- 479.
16. Mohan A, Reddy MK, Phaneendra BV, et al. Aetiology of peripheral lymphadenopathy in adults: Analysis of 1724 cases seen at a tertiary care teaching hospital in southern India. *Natl Med J India* 2007;20:78-80.
17. Chen J, Wood MH. Tuberculous lymphadenopathy: A colletive review with a case report. *J Natl Med Assoc* 1988;80:1083-1088.
18. Savage SA, Wotherspoon HA, Fitzsimons EJ, et al. Cervical lymphadenopathy resulting in a diagnosis of lymphoma. *Scott Med J* 2008;53:13-16.
19. Darnal HK, Karim N, Kamini K, et al. The profile of lymphadenopathy in adults and children. *Med J Malaysia* 2005; 60:590-598.
20. Moore SW, Schneider JW, Schaaf HS. Diagnostic aspects of cervical lymphadenopathy in children in the developing world: A study of 1,877 surgical specimens. *Pediatr Surg Int* 2003;19:240-244.