

Lenfomada Atipik Prezantasyon; Sol Elde Siyanoz: Olgu Sunumu

Atypical Presentation in Lymphoma; Cyanosis in Left Hand: Case Report

Ayhan Özhasenekler¹, Zuhal Arıtürk Atılğan², Şule Bakır³, Şervan Gökhan¹, Fevzi Yılmaz¹

¹Diyarbakır Eğitim Araştırma Hastanesi, Acil Servis Kliniği, Diyarbakır, Türkiye

²Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, Diyarbakır, Türkiye

³Diyarbakır Eğitim Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği, Diyarbakır, Türkiye

Özet

On yedi yaşında bayan hasta acil servise öksürük, nefes darlığı ve sol elde morarma şikayeti ile başvurdu. Arka ön (PA) akciğer grafisinde mediastende genişleme, trakeanın sağa deviasyonu tespit edildi. Toraks bilgisayarlı tomografisinde (BT) mediastende yumuşak doku dansitesi, trakeada sağa deviasyon, sol ana bronшта dıştan baskıya bağlı daralma, sol toraks üst bölümde yaygın lenf nodları ve bu lenf nodlarının sol kola giden ana vasküler yapılar bası yaptığı izlendi. Genç hasta olması nedeniyle öncelikli olarak lenfoma düşünüldü. Tanısal amaçlı sol aksiller lenf nodu eksizyonu yapıldı. Histopatolojik inceleme ile non Hodgkin lenfoma (NHL) tanısı kondu. Hastaya kemoterapi verildi, kitlenin boyutlarının küçülmesi ile vasküler yapılar yaptığı basının kalkması sonucu eldeki siyanoz düzeldi. Acil servise sol elde morarma gibi atipik şikayet ile başvuran genç hastalarda pulmoner hipertansiyon gelişmiş Patent duktus arteriosus, eisenmenger sendromu gibi konjenital kalp hastalıklarının yanında mediastinal kitlelerden biri olan lenfoma da olabileceği düşünülmelidir. (JAEM 2011; 10: 141-3)

Anahtar kelimeler: Elde siyanoz, mediastinal kitle, nonhodgkin lenfoma

Alındığı Tarih: 14.06.2009

Kabul Tarihi: 04.01.2010

Abstract

A 17 year old female patient was admitted to the emergency service with complaints of cough, asthma, and cyanosis in the left hand. Expanding in the mediastinum, a rightward deviation of the trachea was specified in the posterior-anterior lung x-ray. In her thoracic computerised tomography, soft tissue density, rightward deviation of trachea, narrowing inwards from outside with the left major bronchus was observed and there were common lymph nodules on the upper section of the left trachea. These lymph nodes applied pressure on major vascular structures leading to the left arm. Primarily lymphoma was considered because she was a young patient. Diagnosis-based left axial and left nodule excision was carried out. Histopathologically, a non-Hodgkin lymphoma (NHL) was diagnosed. The patient was given chemotherapy. The cyanosis in the hand was healed after the mass decreased, thus decreasing pressure on vascular structures. Lymphoma, which is one of the mediastinal masses, is also considered with congenital cardiac illnesses such as pulmonary hypertension, improved Patent Ductus Arteriosus Eisenmenger Syndrome in young patients admitted to the emergency service with atypical complaints such as cyanosis in the left hand. (JAEM 2011; 10: 141-3)

Key words: Cyanosis in the hand, mediastinal mass, nonhodgkin lymphoma

Received: 14.06.2009

Accepted: 04.01.2010

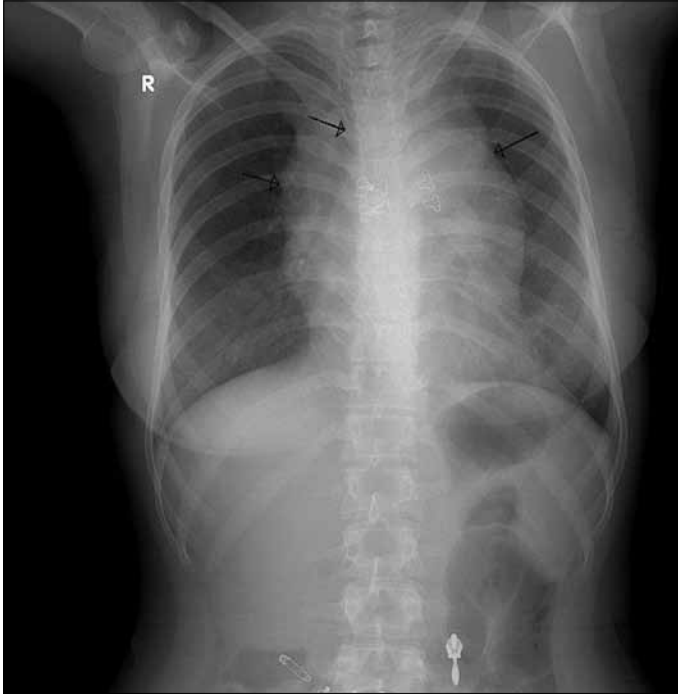
Giriş

Mediasten tümörlerinde semptomlar birincil lezyonlara ve lokalizasyonuna göre farklılıklar gösterebilir. Olguların yaklaşık 2/3'ünde semptomlar hastalığın erken döneminde ortaya çıkar. Ayrıca ön ve orta mediastendeki lezyonlar daha çok semptom verirler (1). Acil servisimize giderek artan öksürük, nefes darlığı ve sol elde morarma şikayetleri ile başvuran ve lenfoma tanısı koyulan genç bayan hastayı paylaşmayı amaçladık.

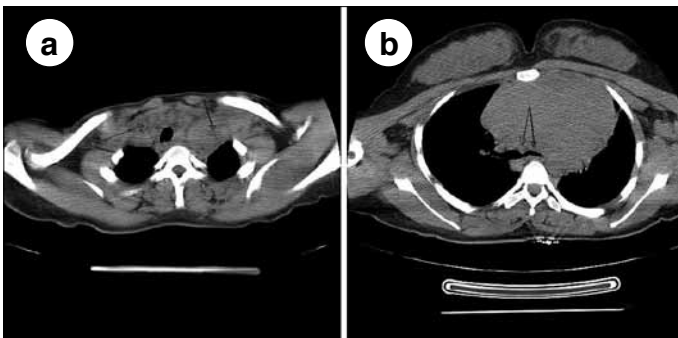
Olgu

On yedi yaşında bayan hasta, acil servise yaklaşık iki haftadır süren öksürük, son bir haftadır olan nefes darlığı ve son iki gündür sol elde morarma şikayeti ile başvurdu. Fizik bakışında; genel durumu iyi, şuuru açık, koopere, kan basıncı 100/70 mmHg, nabız 76/dk, solunum sistem bakışı doğal ve kardiyovasküler sistem bakışında üfürüm, frotman ve ek ses saptanmadı. Sol el sağa göre siyanotik, sol ön kol distal nabazanlar açık olup elle hissedilebiliyor, her iki kol arasın-

da kan basıncı farkı yoktu. Sol aksiller lenf bezleri elle hissedilebiliyor, yaklaşık 1*2 cm boyutlarında hareketli, yumuşak kıvamda idi. Diğer fizik muayene bulguları normaldi. Ateş: 37.2°C, laboratuvar değerlerinde; Beyaz Küre: 15.000 K/UL (Nötrofil: %73.4, Lenfosit: %17.1, Monosit: %7, Bazofil: %0.5), Platelet: 181.000 K/UL, Hemoglobin: 14.1 g/dl, Hematokrit: %40, Eritrosit Sedimentasyon Hızı: 20 mm/saat, Laktat Dehidrogenaz: 853 U/L idi. Çekilen ön arka (PA) akciğer grafisinde (Resim 1) mediastinal genişleme, trakeanın sağa deviasyonu tespit edildi. Elektrokardiyografisinde, kalp sinüs ritminde olup patolojik bir bulguya rastlanmadı. Sol elde siyanoz olması nedeniyle bu hastalarda ön planda pulmoner hipertansiyonlu Patent Duktus Arteriosus veya Eisenmenger Sendromu gibi konjenital kalp hastalıklarının olabileceği düşünülerek Doppler Ekokardiyografi yapıldı. Ekokardiyografik incelemede kalp boşlukları, sol ve sağ ventrikül fonksiyonları, kapak yapı ve akımları normal olarak değerlendirildi Ejeksiyon Fraksiyonu: %65 olarak hesaplandı, perikardiyal efüzyon saptanmadı. Kardiyak yapılara komşu homojen, solid bir kitle tesbit edildi. Çekilen toraks bilgisayarlı tomografisinde (BT) mediasten



Şekil 1. Hastanın PA akciğer grafisinde mediastende genişleme ve trakeanın sağa deviasyon görüntüsü



Şekil 2 a-b. Hastanın toraks BT'sinde sol apekte yaygın lenf nodu görünümü ve trakeaya bası ve sağa deviasyon görüntüsü

kesitlerinde; mediastende yumuşak doku dansitesi, trakeada sağa deviasyon, sol ana bronшта dıştan baskıya bağlı daralma, sol toraks üst bölümde yaygın lenf nodülü ve izlendi (Resim 2 a-b). Tanısal amaçlı, hastaya Göğüs Cerrahisi kliniğinde sol aksiller lenf nodülü eksizyonu yapıldı. Patolojik incelemede; lenf nodülünde diffüz tümöral infiltrasyon ve terminal deoxynucleotidyl transferaz (Tdt) immunohisto-kimyasal boyası ile high grade nonhodgkin lenfoma tanısı ile uyumlu olduğu gösterildi.

Tartışma

Mediasten sağ ve sol torasik kaviterin plevraları dışında uzanan, üstte torasik giriş, altta ise diyafragma ile çevrili ekstraplevral bir boşluktur. Mediasten içerisindeki büyük damarlar, kalp, trakea, özefagus gibi hayati önem taşıyan yapılar bulunmaktadır. Birincil mediasten kitlelerine tüm yaş gruplarında rastlanacağı gibi daha çok genç ve orta yaş gruplarında rastlanmaktadır (2). Erişkinlerde en çok ön-üst mediasten tutulumu vardır ve en sık timoma (%47.4), lenfoma (%23) ve germ hücreli tümörlere (%15) rastlanır. Mediasten tümörlerinde semptomlar birincil lezyonlara ve lokalizasyonuna göre farklılıklar gösterebilir. Olguların yaklaşık 2/3'ünde semptomlar hastalığın erken döneminde ortaya çıkar. Ayrıca ön ve orta mediastendeki lezyonlar daha çok semptom verirler. Belirti ve bulgular mediastinal lezyonun lokalizasyonuna, komşu organlara bası, invazyon ve endokrin sisteme ait yan etkilerine bağlıdır. En çok göğüs ağrısı, öksürük, nefes darlığı görülür. Bununla birlikte vena kava superior sendromu, ses kısıklığı, yutma güçlüğü de yapabilirler. Bu bulgular çoğu zaman mediastinal kitlenin malign histopatolojik yapıda olduğunu düşündürür (3). Bizim olgumuzda da uzun süren öksürük ile birlikte nefes darlığı ve sol ana vasküler yapılara baskıya bağlı olduğunu düşündüğümüz sol elde siyanoz mevcuttu. Tanısı konduktan sonra Onkoloji kliniğine yatan hastaya kemoterapi verildi. Kemoterapi sonrası 5. günde çekilen kontrol toraks BT kesitlerinde kitlenin boyutlarının küçülmesi ve sol ana vasküler yapılara yaptığı basının ortadan kalkması ile eldeki siyanoz düzeldi. Mediastinal nörojenik tümörlerde hipertansiyon ve diyare ortaya çıkabilir. Lenfomada ateş, halsizlik gibi sistemik semptomlar da görülür (4). Bizim olgumuzda da subfebril bir ateş mevcuttu.

Mediastinal lezyonların tanısında hikaye ve semptomlar dikkatli olarak değerlendirilmelidir. Malign ya da benign mediastinal kitlelerin çoğu başlangıçta asemptomatik olup grafilerde tesadüfen rastlanmaktadır (5). Ön-arka akciğer grafilerinde mediastende genişleme tesbit edilen özellikle genç hastalarda pulmoner hipertansiyonlu Patent Duktus Arteriosus veya Eisenmenger Sendromu gibi konjenital kalp hastalıklarının olabileceği düşünülmeli, bunlara bağlı gelişebilecek patolojik üfürüm varlığı, çomak parmak, efor dispnesi, santral siyanoz fizik bakı ve hikayede derinlemesine sorgulanmalıdır. Ayırıcı tanıya yardımcı olması amacıyla Doppler Ekokardiyografi yapılabilir. Bizim hastamızın yapılan Doppler Ekokardiyografisinde herhangi bir patolojik bulguya rastlanmadı.

Sonuç olarak; mediastendeki kitlelerin ciddi komplikasyonları ve hayati önemi olmaları nedeniyle erken tanı ve tedavisi son derece kıymetli olup, özellikle acil servislere ateş, halsizlik, öksürük, nefes darlığı, ses kısıklığı gibi spesifik olmayan şikayetler ve üst ekstremitelerde uyuşma veya siyanoz gibi bası bulguları ile başvuran genç hastalarda atipik bir semptomla belirti veren lenfomalar akılda tutul-

malı, PA akciğer grafisi, toraks BT, Doppler Ekokardiyografi gibi görüntüleme yöntemlerinden faydalanılmalıdır.

Çıkar Çatışması

Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

Kaynaklar

1. Balcı AE, Eren Ş, Eren N. Erişkinlerde mediasteninin primer tümör ve kistleri; 61 olgunun klinik değerlendirmesi ve cerrahi sonuçları. T Klinik Tıp Bilimleri 2003; 23: 33-7.
2. Davis RD, Oldham HN, Sabiston DJ. The Mediastinum in Sabiston DC, Spencer FC (eds): Gibbon's Surgery of the chest 4th Ed. Saunders Co, Philadelphia, London 1990: 498.
3. Strollo DC, Rosado de Christenson ML, Jett JR. Primary mediastinal tumors (Part 1). Tumors of the anterior mediastinum. Chest 1997; 112: 511-22.[\[CrossRef\]](#)
4. Strollo DC, Rosado de Christenson ML, Jett JR. Primary mediastinal tumors (Part 2). Tumors of the middle and posterior mediastinum. Chest 1997; 112: 1344-57.[\[CrossRef\]](#)
5. Balcı AE, Eren Ş, Eren N. Erişkinlerde mediasteninin birincil tumor ve kistleri; 61 olgunun klinik değerlendirmesi. T Klinik Tıp Bilimleri 2003; 23: 33-7.