

Birincil Kolon Lenfoması: Olgu Sunumu

Primary Colonic Lymphoma: A Case Report

ALPER PARLAKGUMUŞ¹, ÖZGÜR HÜSEYİN ATAÇ¹, EMRAH NAZIM KOÇER², ZAFER KOÇ³, SEDAT BELLİ¹, AKIN MEHMET TARİM¹, KANAN ÇALIŞKAN¹, SEDAT YILDIRIM¹

¹Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adana Uygulama Ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Adana-Türkiye ²Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adana Uygulama Ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Ana Bilim Dalı, Adana-Türkiye ³Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adana Uygulama Ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Ana Bilim Dalı, Adana-Türkiye

ÖZET

Gastrointestinal sistem, ektranodal non-hodgkin lenfoma (NHL)'ların en sık yerleşim yeridir. Gastrointestinal kanalda kolonik birincil lenfoma tüm kolon malignansilerinin % 0.2-1.2'sini oluşturan oldukça nadir rastlanır bir tümördür. Bu olguda, zaten nadir olan bir hastalığın sık rastlanmayan komplikasyonu olan ileo-kolonik intussusepsiyon nedeni ile komplike hale gelerek acil cerrahi girişim uygulanması sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Primer, Kolonik lenfoma, İntussusepsiyon

ABSTRACT

Gastrointestinal system is the most frequent localisation for extra-nodal non-hodgkin lymphomas. In the gastrointestinal tract primary colonic lymphoma consists 0.2-1.2 % of all over the colonic malignancies. In this case report, a more complicated condition due to ileocolonic intussusception after all a rare disease and emergant surgical intervention following this uncommon complication is presented.

Key words: Primary, Colonic lymphoma, Intussusception

Başvuru Tarihi: 16.05.2012 Kabul Tarihi: 01.08.2012

Dr. Alper Parlakgümüş
Başkent Hastanesi, Adana Eğitim ve Uygulama Merkezi,
Dadaloğlu Mah. No: 6, 39. Sk. Yüreğir 01250 Adana - Türkiye
Tel: 0532.7182966
e-mail: aparlalgumus@yahoo.com

Kolon Rektum Hast Derg 2012;22:97-100

Giriş

Gastrointestinal sistem, ektranodal non-hodgkin lenfoma (NHL)'ların en sık yerleşim yeridir.¹ Birincil lenfoma ile ikincil lenfoma ayrımı, tedavi yaklaşımı, hastalığa alınan cevap farklılığı nedeniyle önem taşımaktadır. Başka yerde hastalık, lenfadenopati (LAP) olmaması, kemik iliği ve dalağın sağlam olması durumunda bu durum birincil olarak kabul edilir. Gastrointestinal kanalda kolonik birincil lenfoma, tüm kolon malignensilerinin %0.2-1.2'sini oluşturan oldukça nadir rastlanır bir tümördür.^{2,3} Bu olgu, zaten nadir olan bir hastalığın yine nadir bir durum olan ileo- kolonik intussusepsiyon nedeni ile komplike hale gelerek acil cerrahi gerektirmesi nedeni ile önem kazanmaktadır.

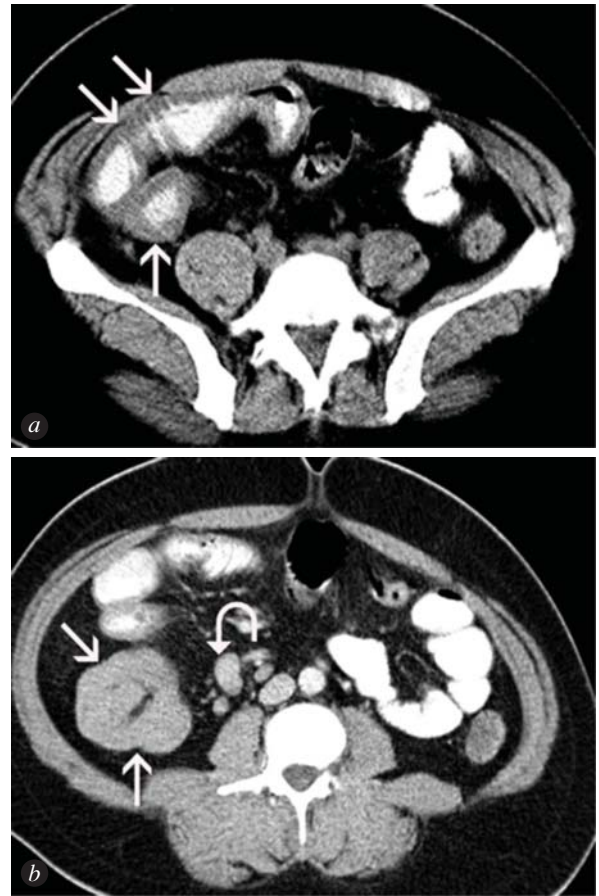
Olgu Sunumu

On beş gündür olan karın ağrısı, konstipasyon, bulantı ve kusma şikayetleri ile acil servise başvuran 32 yaşındaki erkek hastanın son bir ayda 10 kilogram (kg) kilo kaybı mevcuttu. Hastanın ateşlenme veya gece terleme hikayesi yoktu. Karın ağrısı, sağ alt kadranda yerleşimli idi. Hastanın herhangi bir yandaş hastalığı bulunmamakla beraber sigara veya alkol kullanımı hikayesi mevcut değildi. Hastanın soy geçmişinde de bir özellik mevcut değildi. Hasta aynı şikayetler ile dış merkezlerde tanısı konamadığı için merkezimize refere edilmiş idi. Fizik muayenesinde sağ alt kadranda ve sağ kostovertebral alanda hassasiyet mevcuttu. Oskülütasyonda barsak sesleri artmıştı. Rektal tuşede önemli bir bulgu mevcut değildi. Sistematik incelemede herhangi bir LAP'ye rastlanılmadı.

Hastanın yapılan tetkiklerinde beyaz küre 9600/mm³ ve hemoglobin değeri 9.8 gr/dl idi. Karaciğer ve böbrek testleri normal idi. Ayakta karın grafisinde hava sıvı seviyeleri ve bir ince barsak lupu mevcuttu. Tümör belirleyicilerinden karsinoembriyonik antijen 0.9 ng/ml, karbonhidrat antijen 19-9 2,89 U/ml olarak bulundu. Anti- HIV testi negatif olarak saptandı. Hastanın Bilgisayarlı Tomografi (BT)'sinde terminal ileumun distal segmentini kapsayan ve en geniş yerinde 9 mm'ye ulaşan diffüz düzgün kalınlaşma ve çekum çıkan kolon proksimalini kapsayan ileokolik invajinasyonla uyumlu "hedef" görünümü, çekum-terminal ileum komşuluğunda en büyüğünün kısa çapı 14 mm ölçülen multipl mezenterik lenf nodları izlendi (Resim 1a,1b). Kolonoskopide ise çekumda yaklaşık 4 cm çapında bir

kaç noktadan ülser ve kanamalı lümeni dolduran vejetan lezyon izlendi ve yapılan biyopsi sonucu eksüda ile uyumlu geldi. Bu bulgularla sağ kolonik invajinasyona neden olan tümöral yapı şüphesiyle ameliyat kararı verildi. Yapılan eksplorasyonda çekumu neredeyse dolduran 7.5x7x4 cm'lik tümöral doku saptandı. Barsak mukozasında çok sayıda LAP mevcuttu. Distal ileumun son 10 cm'lik bölümünde duvar kalınlaşması saptandı ve bu bölümü dahil edecek şekilde hastaya sağ hemikolektomi uygulandı.

Makroskopik incelemede 37x12x7cm ölçülerindeki kolon rezeksiyon materyali açıldığında, kolon duvarında gri-beyaz kesit yüzeyli tam kat kalınlaşma ve mukozada ülserasyon odakları izlendi. Mikroskopik incelemede kolon duvarının iri nükleouslu, belirgin nükleouslu lenfositler tarafından tam kat, diffüz tutulduğu, lamina



Resim 1a, b: Sağ alt kadranda ağrısı ile gelen 32 yaşında E hasta. Alt abdominal bölge BT görüntülerinde; A) terminal ileumda düzgün duvar kalınlaşması (oklar), B) ileo-çekal invajinasyona bağlı "hedef" görünümü (oklar), ve bölgesel mezenterik lenf nodları (eğri ok) izleniyor.

propriada kripterlerin bu infiltrasyon tarafından silindiği ve yüzeyde yer yer ülserasyona yol açtığı saptandı. İmmunhistokimyasal çalışmada tümör hücreleri LCA, CD20 ile pozitif, CD3, CD10, bcl-6, bcl-2, CD10, siklin D1, Tdt ve CD23 ile negatifti. Ki-67 proliferasyon indeksi yaklaşık %50 idi (Resim 2).

Ameliyat sonrası olağan geçen hasta altıncı gün taburcu oldu. Ameliyat sonrası periferik yayma ve kemik iliği biopsisi normosellüler olarak rapor edildi. Hastaya CHOP (Siklofosamid, doksurobusin, vinkristin ve prednizolon) 6 kür başlandı.

Tartışma

İntussusepsiyon gastrointestinal kanalın bir segmentinin komşu boşluğa invajine olmasıdır ve pediatrik popülasyonla karşılaştırıldığında intestinal obstrüksiyonun nadir bir nedenidir. İntussusepsiyon çocuklarda idiyopatik iken erişkinlerde %90 gösterilebilir bir patoloji mevcuttur.⁴ Bu nedenlerin %65'ini selim ya da habis neoplaziler, %15-25'ini ise neoplastik nedenler oluşturmaktadır. Bizim olgumuzda olduğu gibi gastrointestinal lenfomalar ile ilişkili intussusepsiyon oldukça nadir bir durumdur.⁵

İntussusepsiyon'lar yerleşim yerlerine göre enterik, ileokolik, ileoçekal ve kolonik olarak 4 gruba ayrılır. İleokolik intussusepsiyon, ileumun ileoçekal valf boyunca kolona prolapsusu ile olur ve ileoçekal valf ve appendiks normal anatomik pozisyonundadır. Korelitz ve ark.'ları malign lenfomaya immünsüpresyon, Human T-Lymphocyte Virus (HTLV) ve Tropikal Sprue, Ülseratif Kolit gibi hastalıkların etken olduğunu bildirmişlerdir.⁶ Okada ve ark. HTLV enfeksiyonu geçiren yetişkinlerde görülen T hücreli lösemi hastalığının çoğunlukla sindirim sistemini infiltre ettiğini ve bazı olgularda lenfoma ile ilişkili olduğunu saptamışlardı.⁷ Bizim hastamızda ise Anti-HIV negatif olarak saptanmıştı.

Kolon, NHL tutulumu için nadir bir bölgedir. En yaygın semptomlar, karın ağrısı ve fizik muayenede saptanan palpabl kitle ile birlikte kilo kaybıdır. Primer gastrointestinal NHL'ler erkeklerde kadınlardan daha yaygındır.¹ Lenfoid dokunun fizyolojik olarak ileoçekal bölgede kolonun diğer kısımlarından daha fazla olması nedeniyle, ileoçekal bölge ve çekum en sık tutulan bölgedir.⁸ Olgumuzda hasta erkek olup invajine olan kısım ileoçekal bölge idi. Spesifik olmayan bulgular nedeni ile tanı güçtür. Ne yazık ki bazı hastalar için

cerrahi girişim tek tanı yöntemi olmaktadır ve %33-65% bu ameliyatlar acil olmaktadır.⁹ Bizim olgumuzda da intussusepsiyona bağlı cerrahi olarak acil bir durum gelişmiş idi.

Acil olmayan durumlarda kolonoskopi oldukça değerli bir tanı yöntemidir. Ancak bu tanı yöntemi, yetersiz biyopsi ve immünhistokimyasal boyama yöntemlerine bağlı zaman kaybı nedeni ile her zaman faydalı olmayabilmektedir. Karın grafileri yetersiz kalmakla beraber baryumlu çift kontrast kolon grafisi ve BT en çok kullanılan görüntüleme yöntemleridir.^{10,11} Baryumlu kontrast grafisi, adenokarsinom ile lenfomayı ayırt edemez. BT ise submukozadan infiltratif yayılımı nedeniyle barsak duvarında olan tekdüze kalınlılaşmayı gösterir. Bazen lenfoma' peçete halkası' görüntüsü oluşturabilir ve bu karsinomu taklit edebilir.¹² BT, batin veya pelviste genişlemiş lenf nodları eşliğinde infiltratif bir durumu bildiriyorsa lenfoma akıla gelmeli ve endoskopik olarak ayırıcı tanısı yapılmalıdır. Bizim hastamızda da genişlemiş BT'de lenf nodları ile beraber invajinasyona neden olan patoloji mevcut olmakla beraber ayırıcı tanı için kolonoskopik biyopsi uygulanmıştı ancak alınan örnek eksüda ile uyumlu gelmiş idi. Lenfoma tanısında olduğu gibi intussusepsiyon tanısında da bu 3 yöntem ön plana çıkmaktadır. İntussusepsiyon tanısı BT'de kollabe proksimal ince barsak segmentinin (intusseptum) mezenterik yağ ve damarlar ile birlikte distal barsak segmentine girişinin (intuspiens) görülmesi ile konmaktadır. Kesitsel görüntüleme yöntemleri ile bu durum hedef işareti olarak karşımıza çıkar.¹³ Baryumlu kontrast grafisinde ise 'halka yay' veya 'sarmalsı kılıf' görüntüsü ve tıkanıklık seviyesinde 'mantar şekli' oldukça karakteristiktir.¹⁴

Patolojik ayırıcı tanıda az differansiye karsinom, B ve T hücreli non-Hodgkin lenfomalar değerlendirilmelidir. İmmunhistokimyasal çalışmada LCA ve CD20'nin yaygın, kuvvetli membranöz boyanması ile az differansiye karsinom ve T hücreli non-Hodgkin lenfomalar ekarte edilir. Bizim olgumuzda, B hücreli lenfomalar içerisinde tdt negatifliği ve %50 civarındaki ki-67 proliferasyon indeksi ile lenfoblastik bir lenfoma tanısından uzaklaşıldı. Yüksek dereceli morfolojik görünüm, bcl-2 negatifliği ve lokalizasyon nedeni ile ayırıcı tanıda değerlendirilen Burkitt lenfoma CD10 negatifliği ve %100'e yakın olarak beklenen Ki-67 proliferasyon indeksinin oldukça altındaki K-67 indeksi ile, blastoid tip bir mantle lenfoma siklin

D1 ve bcl-2 negatifliği ile, diffüzeleşmiş yüksek dereceli bir folliküler lenfoma bcl-2, bcl-6 ve CD10 negatifliği ile ekarte edildi. Kolon serozasından elde edilen lenf nodlarında tutulum saptanmadı. Mevcut morfolojik ve immunhistokimyasal bulgularla olgu primer kolon diffüz büyük B hücreli lenfoması olarak kabul edildi. Cerrahinin yeri gastrointestinal lenfoma için tartışmalıdır. Spontan perforasyon oranının yüksek olması nedeni ile hemikolektominin hastaya faydasının bildirildiği yayınlar mevcuttur.¹⁴ Erken tanı ve uygun zamanda kemoterapi uygulamaları cerrahi olmaksızın tedavide istenilen sonucu verebilir. Genelde kabul gören çok yaygın hastalık olmadığında cerrahinin uygulanmasıdır. Bu sayede

komplikasyonlar önlenabilir ve kemoterapi rejimi ile veya olmaksızın kür sağlanabilir.¹⁴

Kemoterapi hızlı gelişen agresif lenfomada tedavinin temelini oluşturur çünkü cerrahi veya radyoterapinin yerel etkisinin ötesinde bir rol üstlenir. CHOP (siklofosamid, doksorubisin, vinkristine ve prednizolon) rejimi orta ve yüksek evreli B hücreli lenfomada ilk sıra tedaviyi oluşturur. Mantle hücreli, folliküler hücreli veya T hücreli lenfomalarda ise kemoterapiye cevapsızlık nedeni ile tam cerrahi rezeksiyon ve radyoterpi ön plana çıkmaktadır.¹⁵ Bizim olgumuzda olan intususpsiyon nedeni ile literatürde olduğu gibi öncelikle cerrahi planlanmıştır.¹⁶

Kaynaklar

1. Al-Sayes FM. Gastrointestinal Non-Hodgkin's lymphoma: A clinico-pathological study. *Saudi J Gastroenterol* 2006;12:118-22.
2. Wong MT, Eu KW. Primary colorectal lymphomas. *Colorectal Dis.* 2006;8:586-91.
3. Bairey O, Ruchlemer R, Shpilberg O. *et al.* Non-Hodgkin's lymphomas of the colon. *Isr Med Assoc J.* 2006;8:832-5.
4. Agha FP. Intussusception in adult. *Am J Roentgenol* 1986; 146:527-31.
5. Harakati MS., Aboualkhair OA. Ileo-colic intussusception in a patient with non-Hodgkin's lymphoma. *Saudi Med J* 2001;7:638-40.
6. Korelitz BJ, Mirsky FJ, Fleisher MR *et al.* Malignant neoplasms subsequent to treatment of inflammatory bowel disease with 6-mercaptopurine. *Am J Gastroenterol* 1999;94:3248-53.
7. Okada M, Maeda K, Suzumiya J, *et al.* Primary colorectal T cell lymphoma. *J Gastroenterol.* 2003;38(4):376-84.
8. Zigelboim J, Larson MV. Primary colonic lymphoma: clinical presentation, histopathologic features, and outcome with combination chemotherapy. *J Clin Gastroenterol* 1994;18:291-7.
9. Stanojevic GZ, Nestorovic MD, Brankovic BR, *et al.* Primary colorectal lymphoma: An overview. *World J Gastrointest Oncol.* 2011Jan15;3(1):14-8.
10. Lee HJ, Han JK, Kim TK, *et al.* Peripheral T-cell lymphoma of the colon: double-contrast barium enema examination finding in six patients. *Radiology* 2001Mar;218(3):751-6.
11. Yasui N, Watanabe M, Iwao Y, *et al.* Laparoscopically assisted bowel resection for primary muco associated lymphoid tissue lymphoma of the cecum. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech.*1999;9(2):156-9.
12. Montgomery M, Chew FS. Primary lymphoma of the colon. *AJR Am J Roentgenol* 1997;168:688.
13. Stubenbord WT, Thorbjarnarson B. Intussusception in adults. *Ann Surg* 1970;172:306-10.
14. Fan CW, Changchien CR, Wang JY, *et al.* Primary colorectal lymphoma. *Dis Colon Rectum* 2000;43:1277-82.
15. Koniaris LG, Drugas G, Katzman PJ, *et al.* Management of gastrointestinal lymphoma. *J Am Coll Surg* 2003;197:127-141
16. Aydede H, Sakarya A, Erhan Y, *et al.* Ileocolic intussusception due to ileal lymphoma (Case report). *Turk J Gastroenterol.* 2002Dec;13(4):236-8.