



Süpüratif Lenfadenit ve Göğüs Duvarı Absesi ile Seyreden Hodgkin Lenfoma Olgusu

A Case of Hodgkin's Lymphoma with Suppurative Lymphadenitis and Chest Wall Abscess

Servet KÖLGELİER (iD), Duygu MERT (iD), Gülşen İSKENDER (iD), Sabahat ÇEKEN (iD), Süleyman KILINÇ (iD), Yüksel KOLUKISA KARADAĞ (iD), Mustafa ERTEK (iD)

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara, Türkiye

Makale atfı: Kölgeliler S, Mert D, İskender G, Çeken S, Kılınç S, Kolkusa Karadağ Y ve ark. Süpüratif lenfadenit ve göğüs duvarı absesi ile seyreden hodgkin lenfoma olgusu. FLORA 2023;28(2):291-295.

ÖZ

Nodüler sklerozan Hodgkin lenfoma özellikle süpüratif lenfadenit ve ateşle seyretmesi nedeniyle birçok enfeksiyon hastalığı ile karışabilmektedir. Bu lenfoma alt tipinin özelliği servikal ve mediastinal lenf nodu tutulumunun sık olması, cilt tutulumu ve apse oluşumunun ise (%0.5-3.5) nadir görülmesidir. Tutulum periferik lenf nodlarından başlar ve lenfadenit şeklinde karşımıza çıkabileceği gibi ileri evrelerde yayılarak süpüratif lenfadenit veya apse oluşumuyla da ortaya çıkabilir. Hodgkin hastalığında diğer tümörlerden farklı olarak tümör dokusunun çoğunu normal hücreler, az bir kısmını ise malign Reed-Sternberg (RS) hücreleri oluşturur. Özellikle inflamasyonun yoğun olduğu lenfadenit veya apselerden yapılan ince iğne biyopsilerinde RS hücreleri gözden kaçabilmekte ve histopatolojik olarak akut infeksiyöz süreç olarak yanlış yorumlanabilmektedir. Bu olgu sunumunda; klasik Hodgkin lenfomanın nodüler sklerozan tipinin servikal lenfadenitle veya ileri evrelerde apse ve fistül oluşumuyla da karşımıza çıkabileceğinin vurgulanması amaçlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Lenfadenit; Aps; Hodgkin lenfoma

ABSTRACT

A Case of Hodgkin's Lymphoma with Suppurative Lymphadenitis and Chest Wall Abscess

Servet KÖLGELİER, Duygu MERT, Gülşen İSKENDER, Sabahat ÇEKEN, Süleyman KILINÇ, Yüksel KOLUKISA KARADAĞ, Mustafa ERTEK

Clinic of Infectious Diseases and Clinical Microbiology, Health Sciences University Dr. Abdurrahman Yurtaslan Oncology Training and Research Hospital, Ankara, Türkiye

Nodular sclerosing Hodgkin's lymphoma can be confused with many infectious diseases, especially due to its course with fever and suppurative lymphadenitis. The feature of this subtype of lymphoma is that its cervical and mediastinal lymph node involvement is frequent and skin involvement and abscess formation (0.5-3.5%) are rare. Involvement starts from peripheral lymph nodes and it

Geliş Tarihi/Received: 01/06/2022- Kabul Ediliş Tarihi/Accepted: 21/10/2022

©Telif Hakkı 2023 Flora. Makale metnine www.floradergisi.org web adresinden ulaşılabilir.



Creative Commons Atf-GayriTicari-AyniLisanslaPaylaş 4.0 Uluslararası Lisansı altında lisanslanmıştır.

Çevrim içi Yayın Tarihi: 01.06.2023

can occurrence as lymphadenitis or it can occur in advanced stages and occur with suppurative lymphadenitis or with apostematation. Hodgkin's disease is different from other tumors because in Hodgkin's disease most of the tumor tissue is made up of normal cells and a small part of it is malignant Reed-Sternberg (RS) cells. Especially in fine needle biopsies performed from lymphadenitis or abscesses where inflammation is intense, RS cells may be overlooked, and it can misinterpreted histopathologically as an acute infectious process. In this case presentation; It is aimed to emphasize that the nodular sclerosing type of classical Hodgkin's lymphoma may also present with cervical lymphadenitis or with abscess and fistula formation in advanced stages.

Key Words: Lymphadenitis; Abscess; Hodgkin lymphoma

GİRİŞ

Hodgkin lenfoma nodüler lenfosit baskın ve klasik Hodgkin lenfoma olarak ikiye ayrılır. Klasik Hodgkin lenfoma; lenfositten zengin, nodüler sklerozan, mikst sellüler, lenfositten fakir tip olarak dört alt tipe ayrılır. Klasik Hodgkin lenfomanın nodüler sklerozan tipi, gelişmiş ülkelerde tüm vakaların üçte ikisinden fazlasını oluşturur. Hastaların yaklaşık %25'inde başvuru anında gece terlemeleri ve aralıklı ateşler olabilir^[1]. Nadiren göğüs duvarı apsesi^[2], karaciğer apsesi^[3], akciğer apsesi^[4] olarak kendini gösterdiği bildirilmiştir. Bu hastalıkta kesin tanı için biyopsi şarttır. Hodgkin hastalığında diğer tümörlerden farklı olarak tümör dokusunun çoğunu normal hücreler, az bir kısmını da malign Reed-Sternberg (RS) hücreleri oluşturur. Özellikle inflamasyonun yoğun olduğu lenfadenit veya apselerden yapılan ince iğne biyopsilerinde RS hücreleri gözden kaçabilmekte ve histopatolojik olarak akut enfeksiyöz süreç şeklinde yanlış yorumlanabilmektedir^[5].

Bu yazıda servikal lenfadenit ile başlayan antibiyotik tedavilerine cevap vermeyen, zamanla göğüs duvarı apsisi ve fistüllerin ortaya çıktığı gecikmiş klasik Hodgkin lenfoma nodüler sklerozan tip tanısı alan bir olgu sunulmuştur.

OLGU SUNUMU

Elli beş yaşında kadın hasta, boyun her iki tarafında ve göğüs ön duvarında şişlik, kızarıklık, ısı artışı şikayetleriyle polikliniğimize başvurdu. Öz geçmişinde önemli bir özelliği olmayan hastanın öyküsünde; yaklaşık 15 ay önce boyunun sağ tarafında şişlik ve kızarıklık nedeniyle birinci basamak sağlık kuruluşuna başvurduğunu, önerilen antibiyotik tedavilerini kullanmasına rağmen şikayetlerinde gerileme olmadığı anlaşıldı. Bu durum nedeniyle KBB polikliniğine yönlendirildiğini ve

orada tomografi çektilirip biyopsi yapıldığını ve sonucun akut lenfadenit şeklinde yorumlanması sonucunda iki haftalık daha antibiyotik tedavisi verildiğini belirtti. Şikayetlerinde gerileme olmayan ancak COVID-19 pandemisi nedeniyle yaklaşık altı ay süresince hastaneye gitmeyen hastanın bu arada boynun sol tarafında ve göğüs ön duvarında da benzer şişlik ve kızarıklıklar çıkmaya başladığı ifade edilmiştir. Kulak-burun-boğaz polikliniğine tekrar başvuran hastadan bu sefer de sol servikal lenf bezinden biyopsi yapılmış ve patoloji sonucu süpüratif lenfadenit ile uyumlu bulgular olarak yorumlanmış ve tekrar antibiyotik başlanarak kliniğimize sevk edilmiştir.

Hastanın kabulünde yapılan fizik muayenesinde bilinci açık, koopere, oryante ve vital bulguları stabil izlendi. Sağ ve sol servikal bölgede biyopsi yapılan yerde 0.5x0.6 cm kızarıklık, fistüleze, fibrinli ve pürülan arka planı olan ülser lezyonu ve göğüs ön duvarında yaklaşık 4x5 cm boyutlarında şişlik, kızarıklık, ısı artışı olan lezyonu mevcuttu (Şekil 1). Her iki supraklavikular bölgede yaklaşık 2x2 cm, her iki aksiller bölgede 1-2 cm arası çok sayıda lastik kıvamında, ağrısız LAP saptandı.



Şekil 1. Biyopsi yapılan bölgelerde seropürülan akıntılı lezyonlar.

Laboratuvar incelemesinde, lökosit sayısı 19.29 hücre/ μ L (%84 nötrofil), hemoglobin 11.2 gr/dL, trombosit sayısı 443.000 hücre/ μ L, glukoz 75 mg/dL, üre 77 mg/dL, kreatinin 0.52 mg/dL, AST 42 IU/L, ALT 54 IU/L, GGT 234 U/L, LDH 246 U/L, CRP 150 mg/dL, prokalsitonin 0.04 ng/mL, ferritin 320 mg/dL, D-dimer 1600 ng/mL olarak saptandı. Serolojik olarak; anti-HIV, anti-toksoplazma, *Bartonella henselae*, *Fransiella tularensis*, Brucella aglütinasyon testleri negatif ve ppd testi 0 mm olarak değerlendirildi. Lezyondan alınan biyopsi örneğinde aktinomices sülfür granülleri, asidorezistan basil görülmedi ve tüberküloz polimeraz zincir reaksiyonu negatif olarak tespit edildi. Doku ve apse kültüründe üreme olmadı.

Hastanın lezyonları, akut faz reaktanları ve süpüratif lenfadenit ile uyumlu biyopsi sonucu dikkate alınarak ampisilin-sulbaktam 4x2 gr intravenöz (İV) ve siprofloksasin 2x400 mg İV başlandı. Yaklaşık 10 günlük tedaviye rağmen lezyonlarda gerileme olmaması ve fistülize olması nedeniyle (Şekil 2) USG ve sonrasında boyun ve torakal MRG istendi.

USG; "sağda büyüğü 22x28 mm, solda büyüğü 17x30 mm boyutlarında multiple lenfadenopatiler ve sağ supraklavikular alanda cilde fistülize yaklaşık 4x2 cm'lik yoğun içerikli koleksiyon izlenmiştir" şeklinde rapor edildi. Hastamızın boyun MRG'sinde; her iki servikal zincir, submandibuler ve submental bölgede büyüğü sol arka ve alt servikalde 31x15 mm boyutlarında, santralleri nekrotik kontrast tutan LAP'lar izlenmiştir. Toraks MRG'de sağda göğüs ön duvarı komşuluğunda sağ meme üst iç kadranda pektoral kas kılıfı



Şekil 2. Antibiyotik tedavisine rağmen kızamıklık ve ödemin arttığı lezyonlar.



Şekil 3. Kemoterapi sonrası lezyonların iyileşmiş halleri.

inde cilt komşuluğuna uzanan, lobüle konturlu, septal 11 mm'ye ulaşan yer yer nodüler kontrastlanan duvarı seçilen yaklaşık 3.7x7 cm boyutunda hiperintens, difüzyon kısıtlaması göstermeyen lezyon izlendiği şeklinde rapor edilmistir.

Antibiyotik tedavisine rağmen genel durumu kötüleşen lezyonları da progrese olan hasta için hematoloji, göğüs cerrahisi, medikal onkoloji, patoloji klinikleri ile konsey yapıldı. Konsey kararına göre malignite düşünüldü. Tanı ve evlendirmek için PET-CT çekirilmesi ve FDG tutulumu yüksek (SUVmaks) olan uygun bir lenf bezinden eksizyonel biyopsi yapılması önerildi.

PET-CT'de boyun, toraks, abdominal bölgelerde yaygın SUVmaks: 18.8-22 arasında patolojik artmış FDG tutulumu gözlemlendi. Aksilladan eksizyonel biyopsi yapıldı. Histopatolojik olarak Hodgkin lenfoma, nodüler sklerozan varyant tanısı konulan hasta hematoloji kliniğine devredildi. Hematoloji kliniğinde uygulanan kemoterapi sonrası hastanın kliniği ve lezyonları tamamen iyileşmiştir (Şekil 3).

TARTIŞMA

Klasik Hodgkin lenfoma (HL)'nın nodüler sklerozan tipi, gelişmiş ülkelerde tüm olguların 2/3'ünü oluştururken Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerde ise mikst sellüler tip en sık görülen tiptir. Ünal ve arkadaşlarının çalışmasında Rye sınıflamasına göre histopatolojik alt tiplerin dağılımı mikst sellüler (%47.8), nodüler sklerozan (%23), lenfositten zengin (%19.9) ve lenfositten yoksun (%9.3) tip şeklindedir^[6].

Nodüler sklerozan tip özellikle periferik lenf nodlarından başlar ve aşama aşama servikal, mediasten, çölyak lenf düğümlerine; buradan da dalak, karaciğer ve kemik iliğine doğru yayılmaktadır. Servikal ve mediasten lenf nodu tutulumu sık olmasına rağmen cilt tutulumu nadirdir ve vakaların sadece %0.5-3.5'inde görülür^[7]. Nodüler sklerozan tip hastalara AnnArbor evrelemesine göre genellikle IA döneminde tanı konulmakta ve kliniği, prognozu daha iyi seyretmektedir. Ancak cilt tutulumu olan hastalar ise evre IV ileri hastalık olarak değerlendirilmekte ve kliniği, prognozu da daha kötü seyretmektedir^[8]. Nodüler skleroz tipinde gözlenen lenfadenopatiler süpüratif bozuklukları taklit edebilir ve apse oluşumuyla birlikte çoklu servikal sinüslere ve fistüllere de neden olabilmektedir^[9]. Fistül oluşumunun patogenezi muhtemelen doku iskemisi, nekroz ve neoplastik hücrelerin infiltrasyonuna bağlı olabilir^[9]. Hastamızda önce sol servikal bölgeden başlayan LAP yaklaşık 15 ay sonrasında boyun, toraks, abdominal bölgeye yayılmış ve göğüs ön duvarına da fistülize olmuştur. Çektirilen PET CT'de bu bölgelerde SUVmaks: 18.8-22 arasında patolojik artmış FDG tutulumu gözlenmiştir. Hastamız evre IV olarak değerlendirilmiştir.

Bu hastalarda nekroz zemininde belirgin akut inflamasyon geliştiğinden sitolojik yaymalarda yanlışlıkla infeksiyöz süpüratif lenfadenit tanısı konulabilmektedir. Ayrıca pürülan eksüda da neoplastik Hodgkin ve Reed-Sternberg hücrelerinin varlığı da oldukça azdır ve alınan ince iğne biyopsilerinde bu hücrelerin görülme oranı iyice azalacağından Hodgkin lenfoma tanısı da atanabilmektedir. Hastamızdan ince iğne ve trucut biyopsileri yapılmış ve patologlar tarafında inflamatuvar-süpüratif süreç olarak tanımlanmıştır. Bu yanlış tanımlamalar ve bu hastalarda gelişen inflamasyon nedeniyle akut faz yanıtlarının da yüksek olması hekimleri bu hasta yaklaşımlarında yanıltmaktadır. Hastamıza bu nedenle dış merkezlerde üç defa antibiyotik tedavisi verilmiş, bizim kliniğimizde de ampicilin-sulbaktam 4x2 gr İV ve siprofloksasin 2x400 mg İV tedavisi 10 gün verilmesine rağmen lezyonlarda hiç gerileme olmamıştır.

Hastamızda lenfadenopati ile seyreden infeksiyöz mononükleoz, toksoplazmozis, bruselloz, sifiliz, HIV, kedi tırmığı hastalığı, tularemi ve nekrotik lenfadenopatiler nedeniyle küküchi gibi hastalıklarla ilgili tüm tetkikler aynı zamanda özellikle lenfadenopati ile birlikte fistülize lezyonların da olması nedeniyle tüberküloz, aktinomikoz ile ilgili tetkikleri de incelendi ve negatif olarak değerlendirildi.

Ayrıncı tanıda olabilecek hastalıklarla ilgili tetkikleri negatif çıkan, antibiyotik tedavilerine de cevap vermeyen hastamız hematoloji, göğüs cerrahisi, medikal onkoloji, patoloji klinikleri ile konseyde değerlendirildi. Konsey, hastalığın tanısı ve evrelendirilmesi için PET CT^[10] çektirilmesi ve FDG tutulumu yüksek olan lenf bezinden eksizyonel biyopsi yapılmasını önerdi.

Hastamızın sağ aksillada büyüğü 2.5 cm çapa ulaşan FDG tutulumu yüksek (SUVmaks: 19.7) lenf nodundan eksizyonel biyopsi yapıldı. Patoloji tarafından klasik Hodgkin lenfoma, nodüler sklerozan varyant tanısı konuldu. İleri evre olarak tanımlanan hasta hematoloji kliniğine devredilmiştir.

SONUÇ

Klasik Hodgkin lenfomanın nodüler sklerozan tipi farklı klinikopatolojik antitelerle önümüze çıkabilir. Bunlardan en nadir görüleni süpüratif seyrebilen cilt tutulumudur.

Uygun antibiyotik kullanılmasına rağmen tedaviye cevap vermeyen lenfadenit ve cilt altı apsesi gibi hastalıklarda, özellikle nodüler sklerozan tipi lenfoma ayrıncı tanıda akla gelmelidir.

Pürülan eksüda da neoplastik Hodgkin ve Reed-Sternberg hücrelerinin sayısının az olması, ayrıca bu hastalardan alınan ince iğne biyopsilerinde bu hücrelerin görülme oranı daha da düşük olacağından tanı atanabilir, infeksiyöz süreç olarak yanlış tanı konulabilir. Bu tür hastalarda eksizyonel biyopsi yapılmalıdır.

ÇIKAR ÇATIŞMASI

Yazarlar bu makale ile ilgili herhangi bir çıkar çatışması bildirmemiştir.

YAZAR KATKISI

Anafikir/Planlama: SK, DM, Gİ

Analiz/Yorum: SK, DM, Gİ

Veri Sağlama: SK, YKK

Yazım: SK

Gözden Geçirme ve Düzeltme: ME, DM, SÇ

Onaylama: ME

KAYNAKLAR

1. Yung L, Linch D. Seminar: Hodgkin's lymphoma. *Lancet* 2003;361:943-51. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)12777-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)12777-8)
2. Khalbuss WE, Grigorian S, Mignone J, D'Agostino HJ. Chest wall abscess: An unusual presentation of Hodgkin's lymphoma. *Diagn Cytopathol* 2005;33:33-5. <https://doi.org/10.1002/dc.20220>
3. Zaman A, Bramley PN, Wyatt J, Simmons A, Losowsky MS, Bolton R. Hodgkin's disease presenting as liver abscesses. *Gut* 1991;32:959-62. <https://doi.org/10.1136/gut.32.8.959>
4. Pickerill RG, Kaplan PD, Shively JG, Magovern GJ. Hodgkin's lymphoma presenting as lung abscess. *PaMed* 1987;90:62,64-5.
5. Fulciniti F, Zeppa P, Vetrani A, Troncone G, Palombini L. Hodgkin's disease mimicking suppurative lymphadenitis: A possible pitfall in fine-needle aspiration biopsy cytology. *Diagn Cytopathol* 1989;5:282-5. <https://doi.org/10.1002/dc.2840050310>
6. Altuntaş F, Eser B, Kaplan B, Canöz Ö, Gündoğan K, Özkan M, ve ark. Hodgkin hastalıklarında ilk basamak tedavi sonuçları: Tek merkez deneyimi. *THOD* 2003;2:79-86.
7. Introcaso CE, Kantor J, Porter DL, Junkins-Hopkins JM. Cutaneous Hodgkin's disease. *J Am Acad Dermatol* 2008;58:295-8. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2005.11.1055>
8. Goyal SBA, Puri T, Gupta R, Muzumder S, Julka PK. Different faces of cutaneous Hodgkin's disease. *Indian J Dermatopathol Diagn Dermatol* 2014;1:79-82. <https://doi.org/10.4103/2349-6029.147310>
9. Kuliszkiwicz-Janus M, Mazur G, Gabrys K, Jelen M. Tracheo- and bronchoesophageal fistulas in Hodgkin's disease. *Acta Haematol Polonica* 1993;24:71-5.
10. Sönmezoglu K. Lenfomalarda FDG-PET uygulamaları. *Pozitron Emisyon Tomografi Bülteni* 2003;3:1-8.

Yazışma Adresi/Address for Correspondence

Dr. Servet KÖLGELİER

Sağlık Bilimleri Üniveristesi
Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Eğitim ve
Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve
Klinik Mikrobiyoloji Kliniği,
Ankara-Türkiye

E-posta: servetkolkgelier@hotmail.com