

Servikal Tüberküloz Lenfadenit Ön Tanılı Bir Olguda Castleman Hastalığı

Castleman Disease in a Case with the Initial Diagnosis of Cervical Tuberculous Lymphadenitis

*Dr. İbrahim KESKİNÖZ, **Dr. Şahin ERDEM

* Ağrı Devlet Hastanesi, KBB Kliniği,
** Ağrı Devlet Hastanesi, Patoloji Kliniği, Ağrı

ÖZET

Kırk sekiz yaşında bayan hasta boyunda beş yıldır zaman zaman kaybolan şişlik öyküsü ile başvurdu. Fizik muayene ve radyolojik değerlendirmede sol üst servikalde çok loblu kitle lezyonu tespit edildi. İnce iğne aspirasyon biyopsisi reaktif lenfoid hiperplazi olarak bildirildi. PPD testi 14 mm ölçüldü. Ön tanıda ekstrapulmoner lenf bezi tüberkülozu düşünüldü. Kesin tanı için cerrahi eksizyon planlandı. Kümeleşmiş nodal yapıların histopatolojik incelenmesinde en büyük lenf nodunu tutan hiyalin vasküler tip Castleman hastalığı rapor edildi. Servikal lenf bezi kaynaklı kitlelerin ayırıcı tanısında Castleman hastalığı'nın hatırlanması ve tanı amaçlı tek bir lenf nodu yerine kümeleşmiş kitlenin tamamının çıkarılması gerektiği düşüncesiyle, ön tanıda servikal tüberküloz lenfadenit düşünülen ancak histopatolojisi hiyalin vasküler tip Castleman hastalığı olarak tespit edilen olguyu literatür eşliğinde sunduk.

Anahtar Sözcükler

Dev lenf nodu hiperplazisi; tüberküloz, lenf düğümü; boyun; cerrahi

ABSTRACT

A 48-year-old female presented with a 5-year history of swelling in her neck that occasionally disappeared. The physical examination and the radiological evaluation revealed a multilobulated mass in the left upper cervical region. Fine needle aspiration biopsy was reported as reactive lymphoid hyperplasia. PPD test measured 14 mm. The initial diagnosis was extrapulmonary lymph node tuberculosis. The mass was excised totally for the definitive diagnosis. Histopathological evaluation revealed hyaline vascular Castleman's disease in the largest of the conglomerated lymph nodes. In the differential diagnosis of the cervical lymph node masses, Castleman disease must be remembered. We consider that total excision of the conglomerated mass lesion instead of a solitary lymph node biopsy may be necessary to achieve the definitive diagnosis. Therefore we presented this case with the relevant literature.

Keywords

Giant lymph node hyperplasia; tuberculosis, lymph node; neck; surgery

Çalışmanın Dergiyeye Ulaştığı Tarih: 28.12.2009

Çalışmanın Basıma Kabul Edildiği Tarih: 24.02.2010

≈

Yazışma Adresi

Dr. İbrahim KESKİNÖZ

Ağrı Devlet Hastanesi, KBB Kliniği, Ağrı

E-posta: keskinoz2006@yahoo.com

GİRİŞ

Castleman hastalığı (CH), lenfoid dokularda plazma hücreleri ve B lenfositlerin anormal proliferasyonu sonucu görülen anjiofoliküler lenf nodu hiperplazisidir.¹ Kesinlik kazanmamış etiyojisi ve sınırlı vaka sayısı nedeniyle hastalığın biyolojik davranışı tam olarak bilinmemektedir. Malign dönüşüm gösterebilir. Lenfoma ve Kaposi sarkomu gibi neoplazmlarla, romatolojik veya otoimmün karakterli bazı sistemik hastalıklarla birlikte görülebilir.² Lokalize hastalıkta klinik seyir iyidir. Hastalığın çok merkezli tipinde ise anemi, artmış eritrosit sedimentasyon hızı, poliklonal hipergamma globulinemi, hipoalbuminemi ve trombositopeni mevcuttur. Klinik tabloya ateş, asteni, kilo kaybı, yaygın lenfadenopati, hepatosplenomegali, periferik ödem, renal fonksiyon kaybı ve polinöropati eklenebilir.² Nadiren POMES sendromu (polinöropati, organomegali, endokrinopati, monoklonal gamopati, cilt değişiklikleri) gelişebilir.² En sık olarak mediastinal bölgede (%86) yerleşir. Boyun tutulumu ise %6 oranında ve çoğunlukla lateral servikal alanda tek başına kitle şeklindedir.³

Servikal lenf bezi kaynaklı kitlenin ayırıcı tanısında CH'nın hatırlanması ve tanı amaçlı tek bir lenf nodu yerine kümelenmiş kitlenin tamamının çıkarılması gerektiği düşüncesiyle, ön tanıda servikal tüberküloz lenfadenit düşünülen ancak histopatolojisi hiyalin vasküler tip CH olarak tespit edilen bir olguyu literatür eşliğinde sunduk.

OLGU SUNUMU

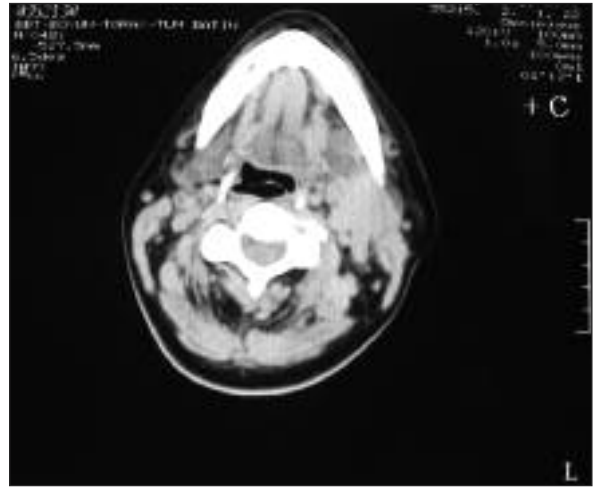
Kırk sekiz yaşında bayan hasta, beş yıldır sol üst servikalde zaman zaman kaybolan şişlik şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Boyun muayenesinde sol üst servikalde, sternokleidomastoid kas (SKM) anteriorunda, çevre doku sınırları tam olarak belirlenemeyen, sert kıvamlı, yarı hareketli, yaklaşık 4x5cm boyutlarında çok loblu ağrısız kitle tespit edildi. Kitlenin ciltle ilişkisi yoktu. Olguda kas güçsüzlüğü veya sinir paralizisi bulunmamaktaydı ve diğer fizik muayene ve panendoskopi bulguları normaldi. Özgeçmiş özellik taşıymıyordu. Brucella, tularemi, sifiliz, HIV ve viral hepatit göstergeleri negatif idi. Romatoid faktör, tiroid fonksiyon testleri ve eritrosit sedimentasyon hızında bir anormallik yoktu.

Boyun bilgisayarlı tomografisinde; sol üst servikalde SKM kas ön sınırı ve derinine yerleşmiş, ana vas-

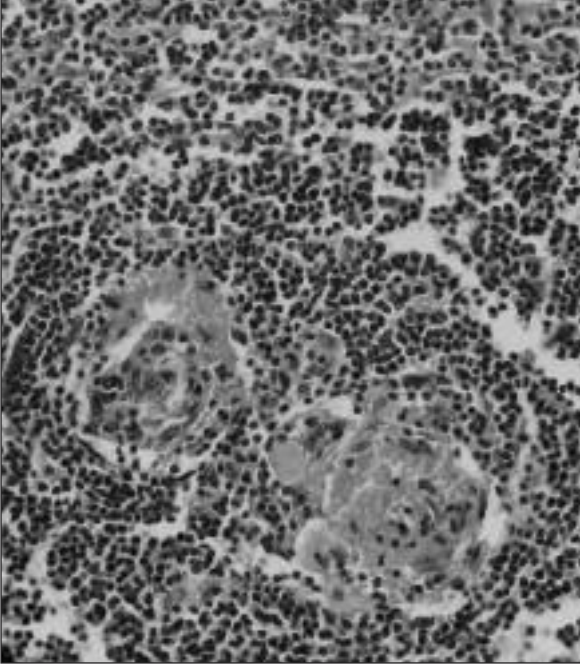
küler yapılarla ilişkisi bulunmayan, düzensiz sınırlı, yer yer heterojen yoğunlukta, kontrast tutmayan yaklaşık 4x5cm'lik çok loblu kitle lezyonu tespit edildi (Resim 1).

İnce iğne aspirasyon biyopsisinde (İİAB) tanı koydurucu bulgu yoktu. Sitoloji malignite yönünden negatif idi. Çalışma bölgemizde ekstrapulmoner tüberküloz yoğun olarak izlendiğinden, balgamda üç kez aside rezistan basil bakıldı ve negatif olduğu görüldü. Tüberkülin cilt testi (PPD) 14 mm olarak ölçüldü. Olguya BCG aşısı yapılmamıştı. Akciğer grafisi bir özellik göstermiyordu. Klinik ve radyolojik olarak ön tanıda ekstrapulmoner servikal lenf bezi tüberkülozu (SLT) düşünüldü ve tanı amaçlı cerrahi yaklaşım planlandı. Hastamız ameliyat öncesi hastalığı, yapılacak cerrahi girişim ve komplikasyonları hakkında bilgilendirildi. Mevcut hastalığının bilimsel çalışmalarda kullanılabilmesi için hastadan kendi rızasıyla, özlük haklarının korunduğu bilgilendirilmiş onam formu alındı. Operasyonda kümelenmiş kitle ve çevresindeki patolojik görünümüne lenf nodları tamamen çıkarıldı.

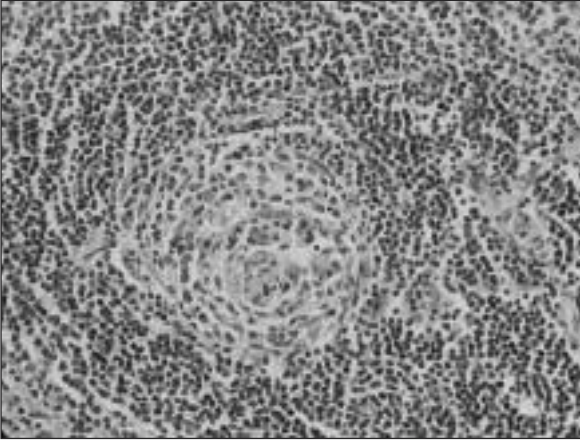
En büyük lenf nodunun histopatolojik incelemesinde iri kollajenize germinal merkez, sayıca artmış lenfoid foliküller ve bunların arasında ve içinde yaygın, belirgin postkapiller venül proliferasyonu ve odaklar şeklinde hiyalinizasyon saptandı. Ayrıca küçük uniform lenfositlerin konsantrik tabakaları ile oluşan tipik "hedef tahtası" görünümü de mevcuttu. Histopatolojik tanı anjiofoliküler lenf nodu hiperplazisi (Castleman hastalığı) ile uyumlu bulundu (Resim 2, 3, 4). Diğer lenf nodlarının histolojisi reaktif lenfoid hiperplazi olarak bildirildi. Sistemik incelemede ikinci bir odak yoktu. Olgu loka-



Resim 1. Bilgisayarlı tomografide sol üst servikalde çok loblu kitle lezyonu görülüyor.



Resim 2. Belirgin post kapiller venül proliferasyonu (HE, x400).



Resim 3. Uniform lenfositlerin konsantrik tabakaları ile oluşan hedef tahtası görünümü (HE, x400).

lize vasküler hiyalin tip CH tanısı ile iki yıllık takipte ve sorunsuzdur. Olgunun üç ayda bir rutin tetkikleri ve altı ayda bir boyun, aksilla, inguinal ve abdominal bölgenin ultrasonografik incelemesi yapılmaktadır.

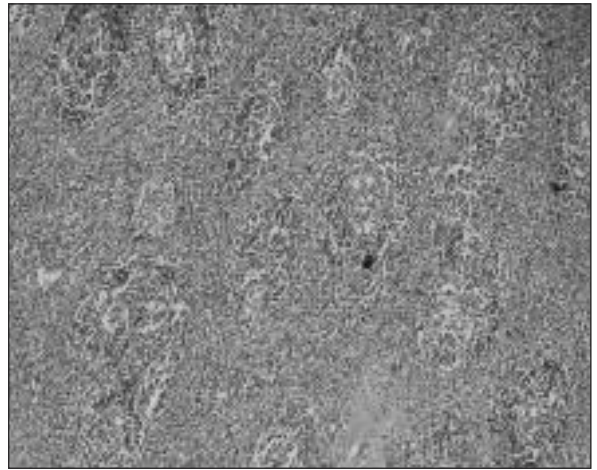
TARTIŞMA

CH lenf nodunun hastalığıdır. Hiyalin vasküler, plazma hücreli ve mikst tip histopatolojik şekilleri vardır.⁴ Genellikle asemptomatik giden ancak ileri hastalık durumlarında baskı ve yer işgal eden lezyona ait bulgu-

lar veren hiyalin vasküler tiptir. Her yaşta ortaya çıkabilir. Sıklıkla genç yaş grubunda tespit edilmektedir. Lokalize hiyalin vasküler tipte klinik ve laboratuvar sistemik bulguların olmaması ve görüntüleme yöntemlerinin de tanısız ipuçları içermemesi nedeniyle klinik tanı mümkün değildir.⁴ Bilgisayarlı tomografide artmış damarlanmaya bağlı kontrast tutan kitle lezyonu izlenebilir. İnce iğne aspirasyon biyopsisi sonucu reaktif lenfoid hiperplazi gelebilir veya malignite yönünden negatiftir.⁵ Olgumuzda preoperatif incelemede CH düşündürecek bir bulgu tespit edilememiştir.

Ülkemizde son yıllarda boyun yerleşimli CH ile ilgili olgu sunumlarındaki artış dikkat çekmektedir. Bu hastalığın histopatolojisinin daha iyi anlaşılması ile ileriki yıllarda etyoloji ve tedavi özellikleri daha kesin olarak belirlenebilecektir. Bugünkü bilgilerimize göre hastalık viral bir etken ile tetiklenmekte, interlökin-6 (IL-6) ve vasküler epiteliyal büyüme faktörü (VEGF) artışıyla lenf nodunda büyüme ve damarlanma oluşmaktadır.⁶ Aynı bölgede birden çok lenf nodu tutulumunda veya çıkarılması mümkün olmayanların bir bölümünde en büyük lenf nodunun çıkarılması veya kısmen çıkarılması sonucunda diğer patolojik lenf nodlarında veya bırakılan patolojik dokuda gerileme görülmesi CH'nin önemli bir özelliğidir.^{3,7} Bizim olgumuzdaki kitlenin zaman zaman kaybolması ile ilgili patogenezi açıklayan literatür bilgisine ulaşamadık. Ancak ülkemizde yapılan bir çalışmada tekrarlayan reaktif lenfoid hiperplazi ayırıcı tanısında CH'nin düşünülmesi gerektiği vurgulanmıştır.⁴

Türkiye'de boyun kitleleri etiyolojisinde en sık enfeksiyöz ve enflamatuvar lezyonlar görülmektedir. En-



Resim 4. Sayıca artmış lenfoid foliküller, kollajenize iri germinal merkez, yaygın odaklar şeklinde hiyalinizasyon (HE, x100).

feksiyöz boyun kitlelerinden servikal tüberküloz lenfadenit %14-22 oranı ile ilk sıralarda tespit edilmektedir.⁸ Çalışma bölgemiz olan Doğu Anadolu'da bu oran daha yüksektir. SLT tedavisi antitüberküloz medikal kemoterapidir. Bu nedenle klinik radyolojik ve epidemiyolojik özellikleri dikkate alınarak ayırıcı tanısı iyi bilinmelidir. Ayırıcı tanıda enfeksiyonlar (tüberküloz dışı mikobakteriler, klamidy, mantar, toksoplazma, kedi tırmığı, brucella, sifiliz), kronik lenfadenopati, neoplazmlar (lenfoma, sarkom, metastatik karsinom, mezenkimal tümörler), ilaç kullanımı (hidantoin), sarkoidoz, konjenital kökenli kitleler, retikuloendotelial hastalıklar ve kollajen vasküler hastalıklar gibi geniş bir hastalık grubu yer alır.⁹ Boyunda tek başına yerleşimli CH bu tabloda düşünülmesi gereken diğer bir patolojidir.

CH klinik ve radyolojik olarak SLT'a benzer özellikler gösterebilir. Olgumuzda kümelenmiş lenf nodları, uzun süreli klinik şikayet, kitle boyutunda zaman zaman küçülme, sistemik belirtilerin bulunmaması, benign sitoloji ve PPD testinin 14 mm ölçülmesi nedeniyle öncelikle ekstrapulmoner SLT düşünülmüştür. CH varlığında kümelenmiş lenf nodlarından birisinin çıkarılması reak-

tif lenfoid hiperplazi sonucunu verebileceğinden SLT ön tanısını dışlamaz ve CH tanısını vermez. Bu nedenle tanı amaçlı yeterli doku örneğine ihtiyaç vardır. Topal ve ark. tekrarlayan reaktif lenfoid hiperplazi durumunda CH'nı tespit etmek için en büyük lenf nodunun eksizyonunu önermiştir.⁴ Biz de kümelenmiş lenf nodlarının tamamının çıkarılması ile kesin tanı elde ettik.

CH'nın bir yere sınırlı tiplerinde cerrahi tedavi tanısal ve küratiftir. Çok merkezli olanlar sıklıkla plazma hücreli tiptir ve bu klinik tip için kesin tedavi bulunmamaktadır. Sistemik steroid, antineoplastik kemoterapötikler, radyoterapi veya antiviral tedavi etkinliği tartışmalıdır.^{2,6} Olgumuz cerrahi eksizyon sonrası sınırlı vasküler hiyalin tip CH tanısı ile literatürle uyumlu olarak iki yıllık takipte ve sorunsuzdur.

Sonuç olarak, nodal veya ekstranodal tek başına boyun kitleleri ayırıcı tanısında CH akılda bulundurulmalıdır. Farklı şekillerde tedavi edildiklerinden, özellikle tüberkülozun endemik olduğu bölgelerde hatırlanmalı, SLT ve CH ayırımı için cerrahi biyopsi örneğine en büyük lenf nodu veya kümelenmiş kitlenin tamamının katılması sağlanmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Castleman B, Iverson L, Menendez VP. Localized mediastinal lymphnode hyperplasia resembling thymoma. *Cancer* 1956;9(4): 822-30.
2. Keller AR, Hochholzer L, Castleman B. Hyaline-vascular and plasma-cell types of giant lymph node hyperplasia of the mediastinum and other locations. *Cancer* 1972; 29(3): 670-83.
3. Taştepe İ, Demircan S, Kuzucu A, Karaoğlanoğlu N, Kürkçüoğlu C, Liman ŞT, et al. [Castleman's Disease: Giant Lymph Node Hyperplasia]. *GKD Cer Derg* 1996;4(4):135-7.
4. Topal Ö, Alataş N, Erbek S, Erbek SS, Tosun E. Tekrarlayan reaktif lenfadenopatili bir olguda Castleman hastalığı. *Kulak Burun Boğaz İhtis Derg* 2008;18(6):377-80.
5. Akhüseyinoğlu M, Saylam G, Hücümenoğlu S, Çoban İ, Özdek A, Korkmaz H. Boyun yerleşimli hiyalen vasküler Castleman hastalığı: Bir olgu sunumu. *KBB ve BCC Dergisi* 2009;17(2):78-81.
6. Nishimoto N, Sasai M, Shima Y, Nakagawa M, Matsumoto T, Shirai T, et al. Improvement in Castleman's disease by humanized anti-interleukin-6 receptor antibody therapy. *Blood* 2000;95(1): 56-61.
7. Chen CC, Jiang RS, Chou G, Wang CP. Castleman's disease of the neck. *J Chin Med Assoc* 2007;70(12):556-8.
8. Yıldırım M, Oktay FM, Topçu İ, Meriç F. Boyun kitleleri: 420 olgunun retrospektif analizi. *Dicle Tıp Dergisi* 2006;33(4): 210-4.
9. Karagöz T, Şenol T, Bekçi TT. Tüberküloz lenfadenit. *Toraks Dergisi* 2001;2(1):74-9.