

4 VAK'A NEDENİYLE HODGKIN HASTALIĞI

Dr.Burçin Kutlay^(x)
Dr.Nevzat Koçak^(xx)

ÖZET

Hodgkin hastalığının teşhis ve tedavisinde gelişen yöntemler, hastalığın etyo-patogenezi, klinik devreleri, histo-patolojisi 4 vak'a nedeniyle yeni literatüründe ışığı altında incelenmiştir.

SUMMARY

The modern methods of the diagnosis and treatment and etio-patogenesis, clinical stages and histopathology of Hodgkin diseases are discussed in detail related to 4 cases under the light of the new literature.

Hodgkin hastalığının teşhisinde ve tedavisinde kaydedilen ilerlemeler son yıllarda hayli olumlu sonuçlar vermiştir.

Hodgkin lenfoid dokusunun bir tümörü olup kendine has histolojik özellikler gösterir. Genellikle servikal, supraklaviküler, mediastinal, axiller, iliak, ilio-femoral, periaortik glandlar ve dalak tutulur⁽¹⁾.

Hastalık ekseriya servikal bir glandın büyümesi ile dikkati çeker. Nadir olmakla beraber bazanda axiller ya da inguinal lenf glandlarında bir büyüme ilk işaret olabilir.

(x) Bursa Tıp Fakültesi Cerrahi Kürsüsü Başasistanı

(xx) Bursa Tıp Fakültesi Cerrahi Kürsüsü Öğretim Üyesi

Önceleri tek ve mobil olan bu glandlar daha sonra birbirleriyle birleşir ve fikse olurlar. Kaide olarak ağrısızdırlar. Ağrı varsa sinirlerin atake olduğuna işarettir.

Bu glandlar zamanla sertleşir. Aylar ve yıllarla ölçülen bir aradan sonra diğer lenf glandlarında da bir büyüme olur. Ekseriya yayılma orijinal lenf glandına yakın glandlara olur.

Yaş ve cinse göre dağılım: Erkeklerde kadınlardan daha sık görülür. Her yaşta görülürse de en çok 20-40 yaşları arasında rastlanır⁽²⁾.

Patogenez:

Patogenezinde akla iki soru gelir:

1 - Hodgkin hastalığı orijininde unisentrikmidir yoksa multisentrikmidir ?

2 - Yayılma yönü önceden tahmin edilebilir mi ?

Yapılan araştırmalara göre vak'aların ancak % 16 sı teşhis sırasında unisentrik olarak tesbit edilebilmiştir⁽³⁾.

Yayılma yönüne gelince bir çok otörler yeni Hodgkin nodülünün orijinal Hodgkin nodülüne direkt bağlı bulunduğunu göstermişlerdir^(3,4,5,6).

Rossenber ve Kaplan lenfangiografik tetkik ile hastalığın yayılmasının lenf zincirlerini takip ettiğini ayrıca kan yoluyla uzak organlara (Akciğerler, İskelet sistemi v.s.) metastaz yapılabileceğini belirtmişlerdir^(3,4).

Klinik Tasnif: 1971 Sympozyumunda Ann. Arbor, Michigan'da aşağıdaki tasnif kabul edilmiştir.

Stage I: Hastalık tek bir lenf nodülü bölgesinde veya tek bir ekstra lenfatik organda lokalizedir.

Stage II: Diyafragmanın aynı tarafında iki veya daha fazla lenf nodülü bölgesi ya da ekstralenfatik organ atadur.

Stage III : Diyafragmanın her iki tarafında lenf nodül bölgeleri tutulmuştur. Bu ekstralenfatik bir organ veya dalak'ın musabiyeti ile beraber olabilir.

Stage IV: Diffuz yahut dissemine olarak bir veya çok ekstralenfatik organ ya da organların tutulmuş olmasıdır.

Bu dört grup ateş, gece terlemesi ve zayıflama (başka bir sebebe bağlı olmayan ve 6 ay içinde vücut ağırlığından % 10 kayıp) gibi semptomların bulunup bulunmadığına göre 2 alt grup'a ayrılır. Bu 3 semptomdan yalnız birinin bulunması halinde grup A dan, hepsinin bulunması halinde grup B den söz edilir.

Histolojik Sınıflama:

Hodgkin hastalığını 1947 de Parker ve Jackson histolojik olarak 3 grup'ta incelemişlerdir:

1. Para-granuloma: Prognoz yönünden en müsait gruptur.
2. Granuloma
3. Sarkoma: En süratli seyri bu grup gösterir.

Daha sonra Luker, hastalığı 6 histolojik grupta incelemiştir^(7,8,9). Bu histolojik gruplar sıklık derecelerine göre şöyle sıralanabilir:

1. Lenfositik Hakimiyet (Lymphocytic Predominance "LP") % 12

2. Lenfosit Azlığı (Lymphocytic Depletion "LD") % 16
3. Mikst Sellülarit (Mixed Cellularity "MC") % 33
4. Nodüler Sklerosis (NS) % 39

TEDAVİ:

Son yıllarda tedavi yönünde kaydedilen gelişmelerle hastalığın tam şifa bulma şansı gün geçtikçe artmaktadır.

Tedavide cerrahinin yeri gün geçtikçe azalmaktadır. Lenf nodüllerinin diseksiyonu ve total çıkarılması kontrendike olup hastalığın seyrini hızlandırmaktadır. Ancak teşhise yardımcı bir metod olarak periferik lenf nodüllerinden biopsi alınır. Periferik lenf nodülü yoksa torakotomi veya laparotomi ile alınan biopsilerden histolojik ve klinik tasniflere göre hastalığın o anki durumu saptanır. Ayrıca laparotomi esnasında splenektomi son zamanlarda değer kazanmıştır⁽¹⁰⁾.

Tedavide etkin yöntem radyoterapidir. Stage I,II ve III deki hastalarda tercih edilmektedir. Kemoterapi ise Stage IV deki hastalarda uygulanmakta ve çok iyi sonuçlar vermektedir.

Radyasyon tedavisinde megavoltaj ile 3500 - 4000 R dört hafta içinde verilmektedir.

Kemoterapide ise en etkili kombinasyonlar MOPP^(x) ve COPP^(xx) dur. Rezistans gösteren ya da nüks etmiş vak'alarda Uniblustin, Bleomycin gibi kemoterapikler kullanılmaktadır.

(x) MOOP: Nitrojen Mustart, Oncovin, Procarbomin, Prednisolon.
(xx) COPP: Cyclophosphomite, Oncovin, Procarbomin, Prednisolon.

VAK'ALAR

Vak'a 1 - O.Ç. 63 yaşında erkek Kasım 1974

Karnın sağ üst kadrancında 5 seneden beri bir kitle varmış. 1 yıldır zaman zaman gelen kolik tarzında ağrıları oluyormuş. 1 haftadan beri gözlerinin sarılaştığını farketmiş.

Yapılan muayenesinde: Cilt ve skleralar ikterik bulundu. Karnın sağ üst kadrancı palpasyonla ağrılı idi. Sağ alt kadranda ise mobil ağrısız bir kitle ele geliyordu.

Laboratuvar muayenelerinde:• Bilirubin (x)

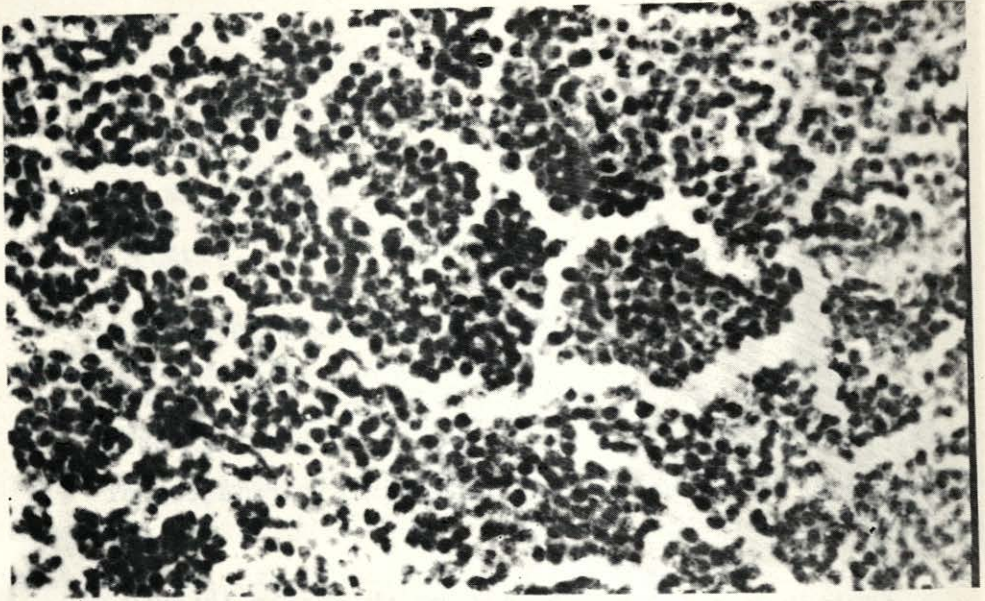
Kan: Total Bilirubin 13,9 mg. Direkt 9 mg.

Sefalin kolesterol (XXX), SGOT: 200 üzerinde

Hastaya yapılan laparatomide: Retroperitoneal bölgede yaygın tümöral kitleler mevcuttu. Ayrıca porto-hepatik ve pankreası tutan, karaciğer ve mezoda metastaz yapan kitleler görüldü. İkter pankreas başındaki metastaza bağlandı. Kolesisto-jejunostomi yapılarak histolojik tetkik için tümörden biopsi alındı.

Histolojik Tanı: Lenfositik hakimiyet gösteren maligne lenfoma.

Post-operatif devre komplikasyonsuz oldu. İkter Sür'atle düzeldi. Total bilirubin: 1,25 mg. a düştü ve hasta kemoterapiye alındı.



Vak'anın Histolojik Görünümü

Vak'a 2 - M.Y. 18 yaşında erkek Aralık 1974

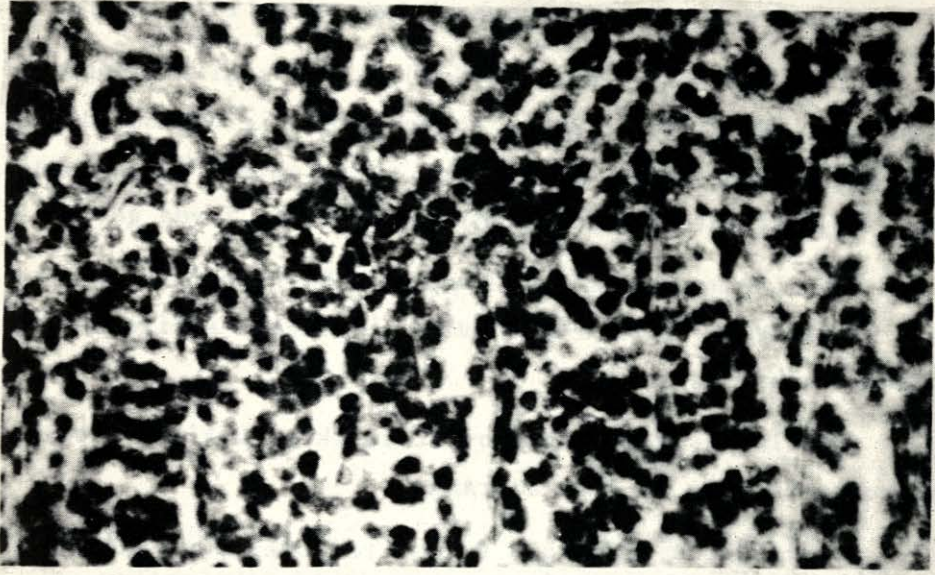
1 haftadan beri epigastır bölgesinde ağrı, yemeklerden sonra şişkinlik, bulantı kusma ve 2 günden beri gaz ve gaita çıkaramama şikâyetleri ile yatırılan hastanın muayenesinde:

Karın distandü, perküsyonla açıklığı yukarı bakan matite tesbit edildi.

Laparatomide: Karında bol miktarda seröz fibrinli mayi mevcuttu. Retro-peritoneal ve intra-peritoneal yaygın adenopatiler tesbit edildi. Biopsi alınarak ameliyata son verildi.

Histolojik Tanı: Lenfosit azlığı grupuna uyan lenfoma.

Komplikasyonsuz geçen post-operatif devreden sonra hasta kemoterapiye alındı.



Vak'anın Histolojik Görünümü

Vak'a 3 - K.Y. 25 yaşında erkek, Ocak 1975

15 gün önce sol klavikula üstünde bir şişlik hissetmiş. Bu şişlik son 5 gün içinde ceviz cesametine ulaşmış. 2 gün öncede sol koltuk altında bir şişlik olduğunu farketmiş. Ayrıca gece terlemesi ve ateş oluyormuş. Son 3 ayda 7 kg. kaybetmiş.

Yapılan muayenesinde hastanın tarif ettikleri haricinde lenfadenopati görülmedi. Hepato-Splenomegali yok. Akciğerlerin görünümü tabii.

Yapılan muayenesinde hastanın tarif ettikleri haricinde lenfadenopati görülmedi. Hepato-Splenomegali yok. Akciğerlerin görünümü tabii.

Yapılan biopsilerin histo-patolojik tetkikinde: Nodüler Sklerozis tipinde lenfoma tesbit edildi.

Hasta radyoterapi ve kemoterapiye alındı.

Vak'a 4 - Y.Ü. 45 yaşında Erkek, Mart 1975

1 ay önce sol klaviküla üstünde bir şişlik olduğunu hissetmiş. Bu şişliğin geçen zaman süreci içinde büyüdüğünü ifade eden hasta bu arada 5 kg. zayıflamış. İştahı azalmış. Çeşitli antibiyotikler almış fakat bir fayda görmemiş.

Yapılan muayenesinde: Başka bir bölgede lenfadenopati tesbit edilmedi. Hepato-splenomegali yoktu. Akciğerlerin görünümü tabii bulundu.

Yapılan biopsinin histo-patolojik tetkikinde: Nodüler sklerosis tipinde lenfoma saptandı.

Hasta bütün ısrarlara rağmen radyoterapiyi kabul etmediğinden kemoterapiye alındı.

Vak'alarımızın yapılan kontrol muayenelerinde hastalığın tedaviye cevap verdiği ve erken sonuçların iyi olduğu müşahade edildi.

KAYNAKLAR

1. Schwartz, S.I., Cooper, R.A. : *Surgery in the diagnosis and treatment of Hodgkin's disease. Advances in surgery year book medical publishers-Inc. Chicago. 6: 175, 1972*
2. Wintrobe, M.M., D.R. Boggs: *Hodgkin's disease and other Lymphomas. Harrison's principles of internal Medicine sixth edit. MC.Graw Hill Book company Japan. 1971, M. 1682*
3. Roserberg, S.A., Kaplan, H.S.: *Evidence for an orderly progression in the spread of Hodgkin's disease. Cancer Res. 26: 1225, 1966*

4. Kaplan, H.S.: *The radical radiotherapy of regionally localized Hodgkin's disease. Radiology. 78:553, 1962*
5. Peters, M.V.: *Study of survivals in Hodgkin's disease treated radiologically. Am.J.Roentgenol. 63: 299, 1950*
6. Peters, M.V.: *Prophylactic treatment of adjacent areas in Hodgkin's disease. Cancer. Res. 24:1232, 1966*
7. Fransilla, K.D. et al.: *Histolojik classification of Hodgkin's disease. Cancer. 20: 1594, 1967*
8. Lukes, R.J.: *Criteria for involvement of Lymph node, bone marrow, spleen and liver in Hodgkin's disease. Ca. Res. 31: 1755, 1971*
9. Deeley, T.J.: *Modern Radiotherapy and Oncology malignant disease in children Butter works an company Ltd. London, England. 1974*
10. Krupp, M.A.: *Chatton, M.J.: Current medical diagnosis and treatment large medical publication los altas California, 1975*