

ŞİLOTORAKS İLE BAŞVURAN NON-HODGKİN LENFOMA OLGUSU

A CASE OF NON-HODGKIN'S LYMPHOMA ADMITTED WITH CHYLOTHORAX

Nuri Tutar¹, Mehmet Akif Özgül², Hilal Onaran², Emine Kamiloğlu², Ertan Çam², Şule Eyhan², Erdoğan Çetinkaya²

¹Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Kayseri, Türkiye

²Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, Türkiye

e-posta: drmuritutar@gmail.com

doi:10.5152/pb.2012.11

Özet

Şilotoraks, duktus torasikusta yaralanma veya blokaj sonucunda lenfatik sıvının plevral aralığa geçmesi ile oluşan nadir bir durumdur. Şilotoraksa en sık neden olan hastalık lenfomadır. Olgumuz ilerleyici nefes darlığı şikayeti ile başvurmuştu. Akciğer filminde solda plevral efüzyon saptandı. Hastaya torasentez yapıldı. Plevral mayide trigliserit seviyesi 626 mg/dl olarak saptandı ve şilotoraks tanısı koyuldu. Hastanın sol supraklaviküler lenf nodu eksize edildi ve diffüz büyük B hücreli non-hodgkin lenfoma olarak raporlandı. Hastaya total parenteral nutrisyon desteği verildi. Plevral mayi plörokan ile boşaltıldı ve talk plörodez uygulandı. Şilotoraks saptanan olgularda ilk basamak, neden olan hastalığın bulunmasıdır. Bu nedenle hastalardan ayrıntılı anamnez alınmalı ve fizik muayene yapılmalıdır. Lenfoma, şilotoraksın en sık sebebi olması nedeniyle toraks ve batin bilgisayarlı tomografi çekilerek intratorasik ve intraabdominal lenf nodları değerlendirilmelidir. Saptanan alt hastalığın tedavisi ile birlikte konservatif tedaviler de hastalığın düzelmesine katkı sağlamaktadır.

Anahtar kelimeler: Şilotoraks, non-hodgkin lenfoma

Abstract

Chylothorax is a rare condition that results from thoracic duct damage with chyle leakage from the lymphatic system into the pleural space. The most common cause of chylothorax is lymphoma. A case was admitted to our hospital because of progressive dyspnoea. Pleural effusion on the left side was determined by chest X-ray. Thoracentesis was performed. The pleural fluid triglyceride level was 626 mg/dl, and the diagnosis was chylothorax. The left supraclavicular lymph node was excised and was reported as diffuse large B-cell non-Hodgkin's lymphoma. The patient received total parenteral nutritional support. The pleural effusion was drained with pleurocan and talc pleurodesis was performed. The first step in a patient with chylothorax demands an analysis of the aetiology. Because of this, a review of the detailed history and physical examination must be performed. Since lymphoma is the most common cause of chylothorax in the non-surgical setting, a computed tomographic study of the chest and abdomen should be performed to evaluate the intra-thoracic and the intra-abdominal lymph nodes. Treatment of the underlying disease with conservative therapies also contributes to an improvement in the condition.

Key words: Chylothorax, non-Hodgkin's lymphoma

Giriş

Şilotoraks, duktus torasikusta yaralanma veya blokaj sonucunda lenfatik sıvının plevral aralığa geçmesi ile oluşan nadir bir durumdur (1). İlk olarak 1633 yılında

Bartolet tarafından tanımlanmış ve efüzyonun süt benzeri görünümü ile tanısı konmuştur (2). Yaklaşık 30 yıl önce trigliserit seviyesi 110 mg/dl üstünde olan mayiler şilöz plevral efüzyon olarak tanımlanmış ve bu tanım

halen geçerliliğini korumaktadır (3). Trigliserit oranı 50 mg/dl altında olduğunda tanı dışlanmakta, 50-110 mg/dl aralığında olduğunda ise şilomikronların gösterilmesi için lipid elektroforezi gerekmektedir (3, 4).

Torasik duktus ile lenfatik drenajın kesilmesi ve şilotoraks oluşumu travmatik veya travmatik olmayan nedenlere bağlı olabilir. Erişkinlerde travmatik olmayan nedenler %50-70 arasındadır. Travmatik olmayan nedenler içinde lenfoma en sık saptanan hastalıktır (5).

Burada ilk başvuruda şilotoraksı olan bir non-hodgkin lenfoma olgusu sunuldu.

Olgu

Altmış sekiz yaşında kadın hasta öksürük, nefes darlığı ve halsizlik şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Nefes darlığının özellikle son günlerde giderek arttığından yakınmaktaydı. Şikayetlerinin üç aydır olduğunu belirten hastanın bu süre zarfında 3 kg kaybı olmuştu. Yirmi beş paket/yıl sigara kullanımı olan hasta myom nedeniyle yaklaşık 5 yıl önce opere olmuştu. Fizik muayenede solda perküsyonda matite saptandı ve dinlemekle sol orta ve alt zonda solunum sesleri azalmıştı. Supraklaviküler ve servikal alanda ele gelen küçük lenf nodları mevcuttu. Kan basıncı 120/70 mmHg, nabız 78/dk, solunum sayısı 20/dk ve ateş 36.9°C idi.

Labaratuvar değerlerinde hemoglobin 12.8 g/dL, beyaz küre sayısı 5300 mm³, trombosit 211000 mm³, sedimentasyon hızı 15 mm/saat, glukoz 116 mg/dL, laktat dehidrogenaz (LDH) 222 U/L, total protein 5,8 g/dL, albumin 3.8 g/dL, trigliserit 122 mg/dL ve kolesterol 114 mg/dL olarak saptandı.

Akciğer grafisinde sol akciğer üst orta zonda yaklaşık 6x3 cm boyutunda konsolide alan ve plevral efüzyonla uyumlu görünüm izlendi (Şekil 1). Hastaya tanısal amaçlı torasentez yapıldı ve alınan sıvı şilöz vasıfta idi. Plevral sıvı analizinde glukoz 87 mg/dL, LDH 307 U/L, total protein 4.2 g/dL, albumin 3 g/dL, trigliserit 626 mg/dL, kolesterol 114 mg/dL ve pH 7.41 olarak bulundu. Plevral sıvıda lenfosit hakimiyeti (%90) vardı. Plevral mayi sitolojisinde malign hücre görülmeyen hastanın kültüründe üreme olmadı ve ARB negatif idi. Plevral mayi eksuda karakterinde idi ve şilotoraks tanısı konulan hastaya oral alım kesilerek total parenteral beslenme başlandı. Hastaya plörokan takıldı. Yaklaşık toplam 2700 cc drenaj sağlandıktan sonra talk plöredex uygulandı ve 5. günde plörokan çekildi. Hastanın çekilen toraks bilgisayarlı tomografisinde (BT) sol akciğer üst lobda 45x38 mm boyutunda santralden apikale uzanım gösteren ve hava bronkogramları içeren düzensiz sınırlı konsolidasyon, sağ akciğer üst lob anteriorunda ve orta lob lateral segmentte benzer karakterde konso-



Şekil 1. Akciğer grafisinde sol akciğer üst orta zonda yaklaşık 6x3 cm boyutunda kitlesel dansite ve plevral efüzyonla uyumlu görünüm izlenmektedir



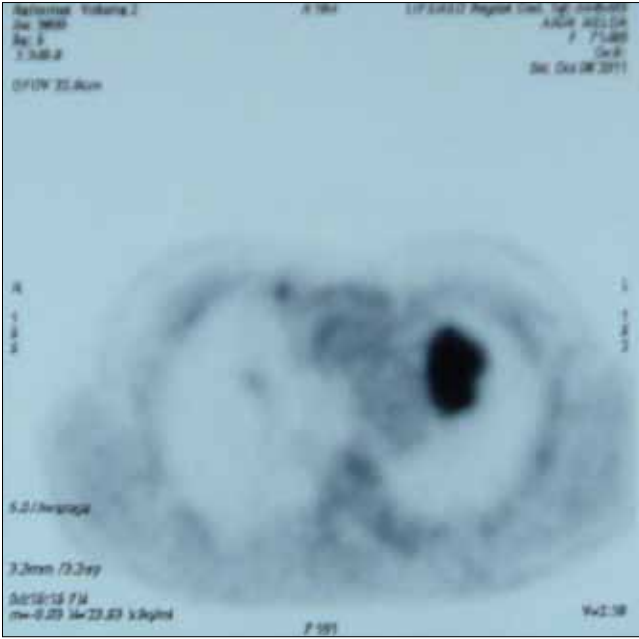
Şekil 2. Toraks BT'de sol akciğer üst lobda düzensiz sınırlı kitlesel dansite izlenmektedir



Şekil 3. Toraks BT'de sol akciğer üst lobda hava bronkogramları içeren düzensiz sınırlı konsolidasyon alanı izlenmektedir



Şekil 4. Toraks BT'de sağ akciğer orta lob lateral segmentte konsolidasyon alanı izlenmektedir



Şekil 5. PET/BT'de hipermetabolik aktivite tutulumu gösteren lezyonlar izlenmektedir

lidasyon, sağ hiler ve retrokrural alanda lenfadenomegali izlendi (Şekil 2-4).

Şilotoraks ve akciğerdeki konsolide alanların etyolojisini saptamak amacı ile hastanın sol akciğer üst lobdaki lezyonuna transtorasik iğne aspirasyonu yapıldı fakat malign hücre görülmedi. Ardından hastanın sol supraklaviküler lenf nodu eksize edildi ve diffüz büyük B hücreli lenfoma olarak raporlandı. Hastaya evreleme amaçlı pozitron emisyon tomografisi (PET)/BT çekildi. PET/BT incelemesinde bilateral servikal lenfatik zincirlerde,



Şekil 6. PET/BT'de hipermetabolik aktivite tutulumu gösteren lezyonlar izlenmektedir

bilateral supraklaviküler alanda, mediasten sağ hiler alanda, bilateral retrokrural ve paraaortik alanda hipermetabolik lenfadenomegaliler saptandı. Toraks BT'de tanımlanan parankimal lezyonlarda hipermetabolik aktivite gösteriyordu (Şekil 5, 6). Plevral mayisi gerileyen ve kliniği düzelen hasta diffüz büyük B hücreli lenfoma tanısıyla tedavi amaçlı onkoloji kliniğine yönlendirildi.

Tartışma

Olgumuz plevral efüzyona bağlı nefes darlığında artış şikayeti ile başvurmuştu ve hastada şilotoraks saptandı. Şilotoraksa en sık neden olan hastalık non-hodgkin lenfomadır. Şilotoraksa lenfoma dışında sık neden olan durumlar ise cerrahi veya cerrahi dışı travma ile metastatik kanserlerdir. Diğer bazı nadir nedenler ise lenfanjioleiomyomatozis, siroz, kalp yetmezliği, mitral stenoz, tüberküloz ve sarkoidozdur (5).

Travmatik nedenlere bağlı olmayan şilotoraks, tümörün duktus torasikusa ekstrensek basısı veya direk invazyonu sonucu veya radyasyon tedavisi gibi lenfatiklerde obliterasyon olması sonucu oluşabilir (6, 7). Diğer bir mekanizma ise lenfoma, kanser veya nadiren enfeksiyonlara bağlı sisterna şilinin yanında lenfadenopatiye bağlı abdominal obstrüksiyondur. Şilöz asit oluşumunu diyafragmatik lenfatiklerin absorpsiyonu veya konjenital diyafragmatik bozukluk sonucu şilöz plevral efüzyon oluşumu izler (5). Lenfomada ise sıklıkla tümör basısına bağlı duktusun gerilip, yırtılmasına veya tümör tarafından invaze edilmesine bağlı şilotoraks gelişir (8).

Şilotoraks tanısını koymak için ilk yapılması gereken işlem torasentezdir. Sıklıkla alınan sıvı süt benzeri olsa da sıvı seröz veya serözanjinöz görünümde de olabilir (3). Şilöz efüzyonlar kokusuz, eksuda karakterinde olup sıvıda lenfosit hakimiyeti vardır (5). Plevral mayide trigliseritin 110 mg/dl seviyesinden fazla olması şilotoraks tanısını koydururken, 50-110 mg/dl aralığında olduğunda ise şilomikronların gösterilmesi için lipid elektroforezi gerekmektedir (3, 4).

Şilotoraks tedavisinde en önemli basamak alt hastalığın saptanmasıdır. Sarkoidozda verilen steroid tedavisi veya kalp yetmezliği tedavisi gibi bazı durumlarda şilotoraks tedavi ile kaybolacaktır (9). Özellikle malign lenfoma gibi birçok hastalıkta alt hastalığın tedavisi iyi sonuçlar verse de şilotoraks tekrar edebilir ve bu nedenle ilave önlemler alınması gerekir (10). Bu hastalarda özellikle günde 3 L ve üstü şilöz drenaj sağlandığında ciddi protein ve vitamin kaybına bağlı önemli metabolik ve nütrisyonel defekt gelişir. Bu nedenle konservatif tedavinin en önemli aşaması beslenmenin ve sıvı elektrolit dengesinin düzenlenmesidir. Orta zincirli trigliserit içeren beslenme formülleri ve total parenteral beslenme ile birlikte oral alımın kesilmesi ilk uygulanması gereken tedavidir (5, 8). Ayrıca, şilotoraksta mayinin boşaltılması gerekmektedir. Tekrarlatıcı torasentez, plörokan veya tüp torakostomi ile şilotoraks boşaltılarak plevral boşluk basıncı azaltılmaktadır.

Burada ilk başvuru şikayeti ilerleyici nefes darlığı olan ve şilotoraks saptandıktan sonra ileri inceleme yöntemleri ile non-hodgkin lenfoma tanısı alan bir olgu

sunuldu. Şilotoraks saptandıktan sonra ilk basamak, neden olan hastalığın bulunmasıdır. Bu nedenle hastalardan ayrıntılı anamnez alınmalı ve fizik muayene yapılmalıdır. Lenfoma, şilotoraksın en sık sebebi olması nedeniyle toraks ve batin BT çekilerek intratorasik ve intraabdominal lenf nodları değerlendirilmelidir. Saptanan alt hastalığın tedavisi ile birlikte konservatif tedaviler de hastalığın düzelmesine katkı sağlamaktadır.

Kaynaklar

1. McGrath EE, Blades Z, Anderson PB. Chylothorax: aetiology, diagnosis and therapeutic options. *Respir Med* 2010;104:1-8. [\[CrossRef\]](#)
2. Doerr CH, Miller DL, Ryu JH. Chylothorax. *Semin Respir Crit Care Med* 2001;22:617-26. [\[CrossRef\]](#)
3. Staats BA, Ellefson RD, Budahn LL, et al. The lipoprotein profile of chylous and nonchylous pleural effusions. *Mayo Clin Proc* 1980;55:700-4.
4. Maldonado F, Hawkins FJ, Daniels CE, et al. Pleural fluid characteristics of chylothorax. *Mayo Clin Proc* 2009;84:129-33.
5. Valentine VG, Raffin TA. The management of chylothorax. *Chest* 1992;102:586-91. [\[CrossRef\]](#)
6. Sassoon CS, Light RW. Chylothorax and pseudochylothorax. *Clin Chest Med* 1985;6:163-71. [\[CrossRef\]](#)
7. Strausser JL, Five MW. Management of nontraumatic chylothorax. *Ann Thorac Surg* 1981;41:880-5.
8. Şahin E, Çelik B, Nadir A, et al. Tansiyon şilotoraks ile başvuran non-Hodgkin lenfoma olgusu. *Türk Göğüs Kalp Damar* 2011;19:660-3.
9. Hillerdal G. Chylothorax and pseudochylothorax. *Eur Respir J* 1997;10:1157-62. [\[CrossRef\]](#)
10. O'Callaghan AM, Mead GM. Chylothorax in lymphoma: mechanism and management. *Ann Oncol* 1995;6:603-7.