

Çocuklarda kalp basısı ile ortaya çıkan mediastinal lenfoma

Ali RAHMAN¹, Ahmet KAZEZ, Ahmet ÇEKİRDEKÇİ¹, Saadet AKARSU²

Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs ve Kalp-Damar Cerrahisi¹, Çocuk Cerrahisi ve Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları²
Anabilim Dalları, Elazığ

Özet

Çalışmamızda kalp basısı bulguları ile ortaya çıkan ve acil cerrahi girişim gerektiren iki mediastinal lenfoma olgusu sunulmaktadır. Çocuklarda nadir görülen bu tip olgularda, bilgisayarlı tomografi kitlenin anatomik ilişkilerini, ekokardiyografi ise kalp işlevlerini değerlendirmede en iyi incelemelerdir.

Anahtar kelimeler: Lenfoma, mediasten, kalp basısı

Summary

Mediastinal lymphoma appeared with cardiac compression in children

Two mediastinal lymphoma cases appeared with symptoms of cardiac compression and required emergent operation are presented. Computerized tomography and echocardiography are the best evaluation methods in such cases. The diagnosis, treatment and complications of these cases were discussed.

Key words: Lymphoma, mediastinum, cardiac compression

Giriş

Çocuklarda ön mediasten kitleleri nadir olup, bölgedeki kitlelerin % 45'ini lenfatik tümörler oluşturur. Bunların içinde en sık görülen primer ön mediastinal tümörler Hodgkin lenfomalarıdır ve bunu sıklıklarına göre germ hücreli tümörler, timus kitleleri ve mezenkimal tümörler izler. Primer mediastinal tümörler semptomatik olsalar da semptomlar habasete özgü değildir^(2,8).

Mediastinal kitleler sıklıkla komşu organlara bası ve invazyona bağlı olarak gelişen semptomlar ile belirlirler. Çocuklarda göğüs ve mediasten hacmi küçük olduğundan semptomlar da erişkinlere göre daha erken ortaya çıkar ve daha hızlı seyredir⁽⁷⁾.

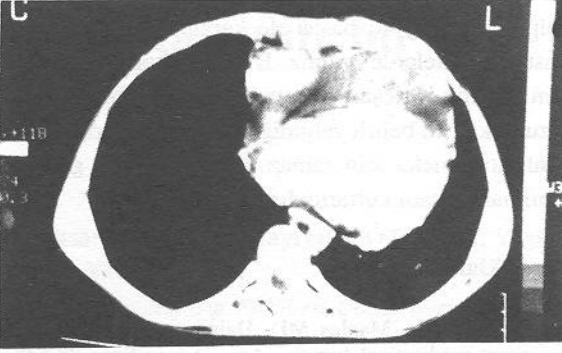
Yazımızda periferik bulgusu olmadan yalnız kalp basısı bulguları ile getirilen, hızla gelişen ve yaşamı tehdit eden semptomları nedeniyle acil cerrahi girişim uygulanan iki mediastinal lenfoma olgusu sunulmuştur.

Olgu Sunumu

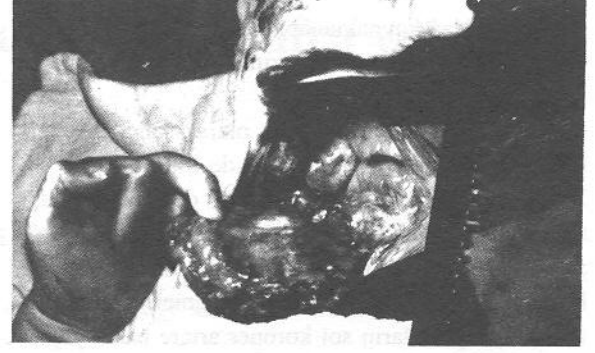
Olgu 1: Yedi yaşında kız hasta, 20 gün önce başlayan ve giderek artan çarpıntı, öksürük, hırıltılı solunum ve ileri derecede solunum sıkıntısı nedeniyle Fırat Tıp Merkezi'ne getirildi. Ateş 37 °C, nabız 164/dk, arteriyel tansiyon 75/45 mmHg, merkezi venöz basınç 20 mmHg ve solunum sayısı 52/dk olarak ölçüldü.

Fizik muayenede lenfadenomegali saptanmayan hastada her iki hemitoraksta kreptan raller duyuluyordu, boyunda venöz dolgunluk vardı ve kalp sesleri ritmik olmalarına karşın zayıf alınıyordu. Akciğer filminde ön mediastende sağ hemitoraksa uzanan kitle görünümü, ekokardiyografide perikard ön yüzüne yerleşmiş kitle ve yaygın perikard içi sıvı, göğüs bilgisayarlı tomografisinde (BT) sternumun arkasından uzanıp kalbin ön yüzünü saran büyük solid bir kitle rapor edildi (Resim 1).

Karın ve pelvis BT'leri normaldi, kemik iliği ve periferik kanda habis hücre yoktu. Kan biyokimyası normal sınırlarda idi. Kalp tamponadı bulguları ve solunum sıkıntısı nedeniyle acil median sternotomi ya-

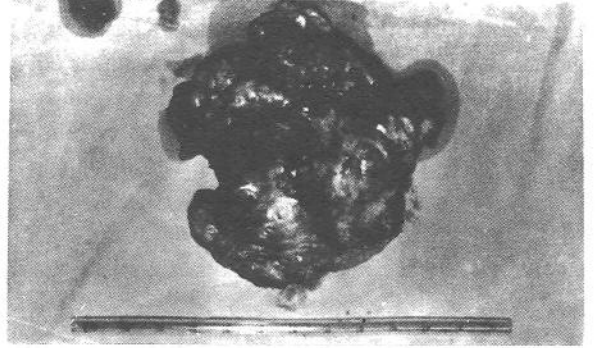


Resim 1. Birinci olgunun BT görünümü.



Resim 2. Birinci olgunun ameliyat sırasında görünümü.

pılan hastada; kalbin üzerine oturmuş ve vena kaval ile pulmoner arteri çepeçevre saran solid bir kitle ile karşılaşıldı (Resim 2). 9x7x5 cm boyutlarındaki kitle totale yakın çıkarıldı. Histopatolojik inceleme sonucu Hodgkin-dışı lenfoma (NHL) olarak bildirildi. Hasta ameliyat sonrası 10. gün Hematoloji Ünitesine sevk edildi.



Resim 3. İkinci olgudan çıkarılan kitle.

Olgu 2: Ondört yaşında erkek hasta, 15 gün önce başlayan ve giderek artan karın-göğüs ağrısı yakınması ile başvurduğu bir merkezde akciğer filminde homojen olmayan bir kitle saptanması üzerine kliniğimize sevk edildi. Hastanın 8 yaşındaki kızkardeşinin 3 yıldır lösemi tedavisi gördüğü öğrenildi. Ateş 37.2 °C, nabız 148/dk, arteriyel tansiyon 90/65 mmHg, merkezi venöz basınç 22 mmHg ve solunum sayısı 46/dk olarak ölçüldü. Lenfadenomegali yoktu ve boyunda venöz dolgunluk gözleniyordu. Akciğer sesleri her iki apekte azalmıştı. Kan biyokimyası normal sınırlarda idi. Akciğer filminde mediastende genişleme ve kitle görünümü saptandı. Göğüs BT'de mediasten ön bölümüne yerleşen, damar yapılarını, kalbi ve özofagusu iten 13x11 cm'lik heterojen solid kitle görüldü (Resim 3). Ekokardiyografide sol ventrikül sistolik ve diyastolik çapları normal idi ancak sağ kalbe bası yapan solid kitle ile perikard içi sıvı artışına bağlı olarak sağ ventrikülde diyastolik kollapsa gidış saptandı. Hastaya tanı ve tedavi amacı ile median sternotomi yapıldı, ön mediasteni tamamen dolduran, trakeye bası yapan, perikarda yapışık, frenik sinirler hizasına dek uzanan ve vena kava superiyo-ra da bası yapan 15x12x8 cm'lik solid kitle saptandı ve tam olarak çıkarıldı. Histopatolojik inceleme sonucu nodüler sklerozan tip Hodgkin lenfoma olarak bildirilen hasta, ameliyat sonrası 13. günde Hematoloji-Onkoloji Ünitesine sevk edildi.

Tartışma

Mediastinal kitleler çocuklarda nadirdir ve bunların içinde lenfomalar önemli bir yer tutar. Mediastinal lenfomalarda Hodgkin tipi % 66-91 gibi yüksek bir sıklıkta görülürken, NHL ise mediasteni primer olarak ancak % 5.6 oranında tutmaktadır (7). Ancak NHL çok hızlı ilerlediğinden hastaların % 50-70'i mediastinal bası belirtileri ile başvururlar (5).

Mediastinal kitlelerin tanımlanmasında en iyi görüntüleme yöntemi BT olup, kitlenin anatomik ilişkilerinin belirlenmesini sağlar (3). Göğüs BT'si her iki olgumuzda da kitlenin tam yerleşiminin belirlenebilmesini sağlamıştır. Semptomatik olgularda, yaşamsal organlara ve özellikle kalbe bası-invazyon sonucu oluşabilecek işlev bozukluklarını değerlendirmeye ekokardiyografi önerilmektedir.

İki boyutlu ekokardiyografinin kitlelerin tanımlanmasında spesifitesi % 94, sensitivitesi % 90.9'dur (6). Olgularımızda ekokardiyografi kitle yerleşimini tam olarak göstermekle kalmayıp, kitle ve perikard içi

sıvı basısından kaynaklanabilen tamponada gidişi de göstererek acil ameliyat kararında rol oynamıştır.

Ön mediasten kitlelerinin ilk olarak kalp hastalığı belirtileri ile ortaya çıkabildiği de bildirilmiştir (3). Bu kitleler kalp boşluklarında yer değişikliği oluşturabilir veya tamponad benzeri klinik tablolara yol açabilirler (4). Literatürde angina pectoris nedeni ile koroner bypass yapılmak üzere ameliyata alınan ancak, semptomların sol koroner artere baskı yapan mediastinal lenfomadan kaynaklandığı anlaşılan bir olgu bulunmaktadır (10).

Ön mediastinal kitleler özellikle sağ kalp basısı, arka mediastinal kitleler ise sol kalp basısı oluşturma eğilimindedir (4). Geç tanınan olgularda hava yolu tıkanması veya kalp tamponadı ile ani ölümler gelişebilmektedir (9). Her iki olgumuzda da kalp tamponadı ve solunum yolu basısı belirtileri vardı ve periferik bulguların olmaması nedeniyle acil median sternotomi hem tanı hem de tedavi amacı ile yapılmıştır.

Primer mediastinal kitlelerde özellikle acil durumlarda, torakotomi veya median sternotomi hem tanı hem de tedavi için uygulanabilir. Bu sırada akciğer, ana damarlar veya diğer yaşamsal yapılara zarar vermeden radikal eksizyon olası ise tümör çıkarılmalıdır (1). Çıkarılamayan kitlelerde tedavi biyopsi sonucuna göre yönlendirilir. Tam çıkarılması olası olmayan lenfoma veya germ hücreli tümörlerde tümörün küçültülmesi ve ardından kemoterapi-radyoterapi yapılması önerilmektedir (1).

Kalp ve hava yolu basısı ile kendini gösteren mediastinal kitlelerde yalnız BT ve ekokardiyografi hem kitlenin yerleşimini hem de olası yaşamsal işlev bozukluklarını belirleyebildiğinden, daha ayrıntılı tanısal incelemeler için zaman yitirmeden acil girişim yapılması yaşam kurtarıcıdır.

Kaynaklar

1. Adkins RB Jr, Maples MD, Hainsworth JD: Primary malignant mediastinal tumors. *Ann Thorac Surg* 38:648, 1984
2. Başaklar AC: Çocuklarda solid tümörler. Palme Yayıncılık, Ankara, 1996, s.198
3. Burns S, Barnes PC: Non-Hodgkin lymphoma presenting with evidence of right ventricular outflow tract obstruction. *Br J Clin Practice* 48:73, 1994
4. D'Cruz IA, Feghali N, Gross CM: Echocardiographic manifestations of mediastinal masses compressing or encroaching on the heart. *Echocardiography* 11:523, 1994
5. Magrath I: Malignant Non-Hodgkin lymphomas in children, in Pizzo P, Poplack D (eds): *Principles and Practice of Pediatric Oncology*. Philadelphia, Pennsylvania, Lippincott Co, 1993, p.537
6. Mancuso L, Pitrolo F, Bondi F, et al: Echocardiographic recognition of mediastinal masses. *Chest* 93:144, 1988
7. Mullen B, Richardson JD: Primary anterior mediastinal tumors in children and adults. *Ann Thorac Surg* 42:338, 1986
8. Shorter NA, Filston HC: Lymphomas, in Ashcraft KW, Holder TM (eds): *Pediatric Surgery*. Philadelphia, Pennsylvania, WB Saunders 1993, p.863
9. Yamashita M, Chin I, Horigome H, et al: Sudden fatal cardiac arrest in a child with an unrecognised anterior mediastinal mass. *Resuscitation* 19:175, 1990
10. Zeymer U, Hirschmann WD, Neuhaus KL: Left coronary stenosis by a mediastinal lymphoma. *Clin Invest* 70:1024, 1992