

Non Hodgkin Lenfoma Olgusunda Açıklanamayan Ateş Nedeni: Dev Tümör Apsesi Olgu Sunumu

G. Alanoğlu¹, B. Kaya², İ. Barut³, M. Koçer⁴, S. Bircan⁵, M. Köroğlu⁶, Ü. Sarıtaş⁷

¹ Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Hematoloji Bilim Dalı, Isparta

² Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Isparta

³ Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Isparta

⁴ Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Medikal Onkoloji Bilim Dalı, Isparta

⁵ Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Isparta

⁶ Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Isparta

⁷ Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Gastroenteroloji Bilim Dalı, Isparta

Olgu: Altmış yedi yaşında, erkek hasta. Eylül 2007 tarihinde epigastrik bölgede künt vasıflı karın ağrısı yakınmasıyla başvurduğunda yapılan ultrasonografi (USG)'de batında kitle saptandı. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi servisinde genel anestezi altında yapılan insizyonel biyopside, difüz büyük B hücreli lenfoma tanısı kondu. Kemik iliği tutulumu mevcut değildi. Hematoloji kliniğinde iki kür R-CHOP kemoterapisi verildi. Hasta ikinci kür tedaviden sonra ateş yüksekliği nedeniyle başvurdu. Fizik muayenede solukluk ve 38.5°C dışında patoloji saptanmadı. BK: 400 mm³, nötrofil: 100, Hb: 6.7 g/dL, Plt: 195000 mm³, biyokimya parametreleri normal olarak değerlendirildi. Kültürleri alındıktan sonra piperasilin-tazobaktam 4.5 g x 4 intravenöz (IV) başlandı. Granülosit koloni stimulan faktör eklendi. Ateşin devam etmesi üzerine önce meropenem 1 g x 3 x 1 IV sonrasında teikoplanin 400 mg x 1 IV eklendi. Nötropenin düzelmesine karşın ateşinin halen devam etmesi nedeniyle alınan kan ve idrar kültürlerinde üreme olmadı. Infektif endokardit ekokardiografi ile yapılarak dışlandı. Ateşin devam etmesi nedeniyle yapılan abdominal USG'de şüpheli apse görünümü saptandı. Abdominal bilgisayarlı tomografi (BT) ve özefagus-mide duodenum grafisi çekilerek, duodenum ikinci kısmı ile fistülize yaklaşık 8.5 x 10 x 12.5 cm boyutlarında nekroze tümör kavitesi saptandı. Tümör konseyinde tartışılan hastanın batındaki duodenum ile fistülize apeleşmiş nekroze tümör kavitesine eksternal drenaj kateteri takılmasına, duodenum ikinci kısmına stent yerleştirilmesine ve oral alımının kesilerek fistülün kapanması için beklenmesine karar verildi. Eksternal drenaj kateteri radyoloji kliniği tarafından sorunsuz bir şekilde takıldı ve 200 mL pü vasfında mayinin boşaldığı görüldü. Kültürde *Enterococcus species* üretti, ancak kontaminasyon lehine düşünüldü. Takiplerde ateş geriledi. Hastanın tekrarlanan USG'de kavitenin ufaldığı ancak infiltrasyonun arttığı gözlemlendi. Üçüncü kür R-CHOP kemoterapisi verildi. Üst gastrointestinal sistem endoskopide, bulbus apekte genişliği 2-2.5 cm kadar olan duodenum ile iritibatlı fistül ağzı ve 10-15 cm genişliğinde, içerisinde dren ucu ve artıklar bulunan, tümör kavitesi görüldü. Fistül ağzının çok geniş olması nedeniyle daha önce takılması düşünülen duodenal stentin kayabileceği ve kavite ağzını kapatmada yetersiz kalabileceği düşünülerek işlemden vazgeçildi. Tekrar konseyde tartışılan hastada cerrahi olarak pylorun kapatılması, gastrojejunostomi yapılarak duodenuma uzanan fistülün ve nekroze tümör kavitesinin by-pass edilmesi planlandı.

Sonuç: Febril nötropenik hastaların önemli bir kısmında kanıtlanmış veya saklı enfeksiyon bulunmaktadı. Enfeksiyon bölgesini ve etkenini açıklamaya yönelik ileri mikrobiyolojik ve radyolojik tetkikler ısrarla yapılmalıdır.