

Patolojik Tanının Esrarı: Azrail'in Bizden Atak Davrandığı Bir Olgu Anısına

Dr. Gülden Diniz¹, Dr. İsmet Ünlü², Dr. Mine Tunakan Öztop³

¹Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

²İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi

³Atatürk Eğitim Hastanesi

Özet

Yaklaşık 4 aydır süren ses kısıklığı nedeniyle 2 kez larinks biyopsisi alınan 35 yaşındaki erkek hastaya larinkste yangısal infiltrasyon varlığı ötesinde bir yaklaşımda bulunulamamıştır. 10 ay sonra başka bir merkezde acil trakeostomi uygulanmış ve alınan biopsiyle "diffüz büyük hücreli lenfoma" tanısı konmuştur. Kısa bir süre sonra beliren yaygın cilt lezyonlarının patolojik bakışında da lenfoma varlığı saptanmıştır. Genel durumu bozuk olan ve derin anemi saptanan olgu kemoterapi planlama aşamasında kaybedilmiştir.

Bizler olgunun iyi örneklenememiş "primer larinks lenfoması" olabileceği kuşkusundan yola çıkarak; doğru ve tedaviye yardımcı patolojik tanı adına neler yapılabileceğini irdelemeye çalıştık.

Anahtar kelimeler: Esrar, patoloji, tanı, gönül gözü, insanlık

Abstract

Mystery of Pathological Diagnosis: In the Memory of a Case Where Azrael Was More Dexterous Than Us

A 35-year-old male patient, had had two biopsies due to a 4 months' hoarseness but he had not been given any diagnosis except chronic inflammation. Ten months later, he was diagnosed having acute airway obstruction and tracheostomy was performed. Meanwhile in the histological evaluation of laryngeal and cutaneous biopsy materials, it was found to be "diffuse large cell lymphoma". The case, whose general condition had been becoming worse, died before chemotherapy could be started.

Starting from the suspicion that this case may be a not-so-properly-sampled case of "primary laryngeal lymphoma" we have tried to ponder upon what could be done in the name of a pathological diagnosis truly amenable to therapy.

Keywords: Mystery, pathology, diagnosis, eyes of soul and humanity

Giriş

Şöyle bir göz atıldığında patoloji bilimi; çeşitli boyalardan, lamlar ve lamellerden, mikroskoplardan ibaret cansız bir mekân ile dokuların hatta cesetlerin kesildiği doktor FRANKESTEİN laboratuvarının bir bileşkesi izlenimini verebilir.

gelmişlerse!) hastaneden uzak sayfiyelerde yaşayıp postayla gönderilen preparatların mikroskopik görüntülerini, patoloji kitaplarındaki resimlere benzetmeye çalışarak en uygun tanıyı koyan; tıp eğitimini neden aldıkları bile belli olmayan mutlu insanlar olarak algılanabilir.

Patologlar da (tabii konularında yetkin hale

Oysa ne patoloji laboratuvarı medikal aletlerin

sergilendiği bir stand ya da kasap dükkânıdır; ne de patolojik bir gurme veya "birbirinin benzeri resimleri bulunuz" türü bulmacayı çözmeye çalışan bir tatilci.

Tersine patoloji bilimi; tüm tababeti kapsayan korkunç derinliği ve her biri bir patolojik öğütmeye hazır tuzaklarıyla ilgi duyan her hekimi, bir zombi filminde figüran olarak rol aldığı korkusuna düşürebilir.

Tıbbın her alanında olduğu gibi teknik ve bilimsel donanım en gerekli faktörlerden olsa da; materyal, laboratuvarın giriş kapısında ait olduğu insanın öykü ve düşlerinden, geçmiş ve geleceğinden soyutlanıp "kimliksiz bir spesmen" olarak kabul ediliyorsa ve patolojik-klinisyen ilişkisi gerçekleştirilemiyorsa, aynı kapıdan "olası patolojik tanı" değil, ancak "şüpheli patolojik tanı" verilebilir.

Olgumuz, patolojik-klinisyen ilişkisini sağlayabildiğimiz için gün ışığına çıkartılabildi ve elimizdeki materyaller tekrar incelendiğinde, patolojik tanı koyma bağlamında somut bir yanlışlık yapılmamış olduğu görüldü.

Ancak bizler bu olguda spesmenin sadece larenksden değil, hastanın kendisinden de kopartılıp kimliksiz bırakıldığına; yeterince uyanık ve ısrarcı davranılmadığına, bu nedenle de eğer gerçekten "primer larinks lenfomasi" ise uygun tedavi yapılmadığına inanmaktayız. Burada olgunun, izini sürebildiğimiz ve derleyebildiğimiz öyküsüyle bulguları eşliğinde patolojinin ne olduğunu ve ne olması gerektiğini vurgulayacağız.

Gelişme

Aralık 1995'te 4 aydır süren ses kısıklığı olan 35 yaşındaki erkek hasta hastanemiz onkoloji bölümüne başvurur. Amacı, radyoterapiyle total larenjektomi işleminden kurtulabilmektir. Başka bir ilde kanser tanısıyla operasyon önerildiğini belirtmektedir. Elinde alınan biyopsiye ilişkin belge bulunmamaktadır.

Böyle müphem bir öyküyle tedavi planlanamayacağından hasta, kulak burun boğaz hasta-

lıkları uzmanına konsülte ettirilir ve yeniden biyopsi alınır. Larenjektomi önerildiğini öğrenen klinisyenin beklentisi, skuamöz hücreli karsinom varlığıdır. Lezyonun makroskopik görünümü karsinoma benzememektedir: Sağ bantta dış yüzü düzgün, 1 cm çapında submukozal bir kit ile mevcuttur. Mikroskopik olarak da, salim bir epitel altında yoğun yangısal hücre infiltrasyonu saptanır ve patolojik gönül rahatlığıyla larinks karsinomu olmadığını bildirir. Her ne kadar bizler rahat nefes almış olsak bile hastanın yakınlıkları devam etmektedir.

Eylül 96'da, 10 ay sonra hasta yeniden aynı onkoloğa başvurur. Amacı yine aynıdır: Işın tedavisi görmek. İki ay önce bir başka merkezde acil trakeostomi uygulanmış, bu esnada alınan biyopsiye diffüz büyük hücreli larinks lenfomasi tanısı konulmuştur. Kapı kapı dolaşım derdine derman bulamamasının tek nedeninin parasızlık olduğunu düşünen hasta bu kez tedariklidir (!). Elinde köylülerinin topladığı bir tomar bozukluk vardır ve artık kötü talihinin değişeceğini ummaktadır.

İleri derecede anemik olan hasta genel durumunun düzeltilmesi ve evreleme çalışmaları yapılması amacıyla yatırılır. Taramalarda lenfadenomegali saptanamasa da hepatosplenomegali varlığı belirlenir. Ayrıca yaygın makülopapüller deri lezyonları olduğu görülür. Hasta bu döküntülerin ne zamandan beri var olduğunu hatırlamamaktadır. Alınan deri biyopsisinde de diffüz büyük hücreli lenfoma saptanır. Genel durumu hızla kötüleşen hasta sistemik kemoterapi planlama aşamasında kaybedilir. Ailesinden nekropsisi için izin alınamaz. Bu nedenle lenfomanın yaygınlığı, tomografide saptanamayan lenfadenopati varlığı ve kemik iliği tutulumunun olup olmadığı gibi ayrıntılar bilinmemektedir.

Hangi merkezde yapıldığı ve tanısı öğrenilemeyen ilk biyopsi haricindeki tüm örnekler, hastanın ölümünden sonra merkezimizde toplanmış ve konsülte ettirilmiştir. Deri biyopsileri haric-

de elde edebildiğimiz preparatların hiçbirine “lenfoma” denilememiştir.

Bizler lenfoma varlığı konusunda uzlaşmasak bile, Ackerman'ın (1) deyimiyle “en iyi tanı koyucu olan zaman” bir kez daha güvenilirliğini kanıtlamıştır.

Sonuç

Patolojik tanı, belli bir zaman diliminde gerçekleştirilmiş ve bitmiş bir eylem olarak algılanır ve bu eylemi biraz olsun canlı tutan tek özellik, preparatların tekrar değerlendirilebilir yani tanının sınanabilir olmasıdır (2).

Oysa patolojik “tanı koyma” eyleminin öyküsü geçmiş zamanla değil, ancak geniş zamanla anlatılabilir. Çünkü hâlâ yaşamaya; kendini doğrulamaya ya da reddetmeye devam etmektedir. Örneğin, olgumuzda yaşandığı gibi, patolog istediği kadar yangısal infiltrasyon desin, hasta sistemik lenfomayla kaybedilmişse, bu, yaşayan ve kendini reddeden bir tanıdır (3-6).

Önümüze işlenmiş gelen her spesmen bir kimliğe sahiptir. Eğer baktığımız dokunun hangi canlıya ait olduğunu bilmezsek, türe özgü bir değişikliğin nedenini düşünmekle saatler tüketebiliriz. Materyal insan kaynaklıysa, önümüzde uzun ve zorlu bir başka labirent açılır: GEÇMİŞ.

Olgumuzun cinsel kimliği nedir?

Eğer kadınsa, o kolaycılık karar verilen nazofaringeal anjiofibrom tanısı, hemen daima erkekte gözlenen bir lezyon olduğu için şüphe götürür. Biyopsi materyaline veya hastanın kendisine (!) bir kez daha dikkatle bakmamız gerekir.

Olgu kaç yaşındadır?

Ewing sarkomu olarak göğsümüzü gererek tanılandığımız bir kemik tümörü, bebekte gelişmişse metastatik nöroblastom, yaşlı birindeyse lenfoma olma olasılığı çok daha akla yakın olmaz mı? Burada kusur, özel boyamalar gibi ileri tetkiklerin yapılmamış olması değil, tanının realize edilmemesi değil midir?

Lezyon nerede ortaya çıkmıştır?

Aksilladan alınmış lenf nodu olarak bildirilen materyal, anaplastik büyük hücreli lenfoma olarak tanılandırılıp kemoterapiye başlanabilir. Oysa lokalizasyonla ilgili bilgilenim hatalıysa ve skapulanın alt yanında kas içinde gelişmiş bir kitleyse, malign fibröz histiositomun pleomorfik varyantı olabilir. Olgu muhtemelen kemoterapi-den yararlanamayacaktır ve kitlenin total, geniş eksizeyonu çok daha tedavi edicidir.

Bazen lokalizasyonu bilmek, benign-malign ayrımı yapabilmeyen tek yoludur. Örneğin, preaurikuler yerleşimli paragangliomanın tanısı, bu lokalizasyonda paraganglion bulunmaması nedeniyle malign-metastatik paragangliomadır.

Hastanın öyküsünü bilmek, “patolojik tanı” bağlamında atılabilecek en temel adımdır:

Multipl subkütan nodüllerle karşımıza gelen ve mikroskopik bakıda iri, pleomorfik hücrelerden oluşmuş malign bir tümör saptanan olgudan 2 yıl önce bir nevüs eksize edilip materyalin çöpe atıldığı bilinmezse, apigmente bir malign melanom metastazı olduğunun bulunması, Amerika'nın keşfi kadar yorucu, aynı zamanda da rastlantısal olacaktır.

Ailesinde Von Recklinghausen 1 taşıyıcılığı olduğu bilinmeden, kişideki hiperpigmente maküler lezyona nasıl “çil” değil de “café au lait” denilebilir?

“GELECEK” söz konusu edildiğinde birbirinden hiç de bağımsız olmayan patolog-klinisyen ve hastanın yaşayacakları işin içine girer: Lezyon benign ise hasta ve klinisyenin önünde mutlu düşler ülkesinin yolu açılmıştır bile... Patolog için ise daha sorun çözülmemiş, koyduğu tanı ile gerçek arasındaki uyum kesinleşmemiştir.

Keratoakantom lehine yorumladığı lezyon klinisyeni ve hastayı rahatlatır, ancak spontan regresyon gerçekleşinceye kadar patolog rahat uyku uyuyamazdır. Olguyu izleyerek tanının doğruluğunu sınamak, bir patolog için asla vazgeçmesi gereken ve belki de en eğitici unsurdur.

Sunulan olguya bir türlü tanı konulamamasındaki en büyük neden, izleme ve iletişim eksikliğidir. Kısmen hastanın düşük sosyo-ekonomik düzeyi ve sağlık sistemindeki eksikliklere bağlı olsa bile, hele iletişim konusundaki yetersizlik asla göz ardı edilemez. Sözüm ona, çoğu bilgisayar ağıyla donatılmış hastanelerimizde hâlâ hastanın eline kapsamlı bir epikriz verilememekte, yapılan işlemler adeta bir sır gibi saklanmaktadır. Belge sahibi şanslı hastalar ise “en kısa zamanda yok et!” ortak komutu almış gibi davranırlar: Epikrizleri ya kaybetmişlerdir ya da asla yanlarında bulundurmazlar.

Bu olguda ne ölümünden önce ne de sonra yapılan ilk biyopsiyle ilgili, hangi şehirde uygulandığı haricinde bilgi edinemedik. O ildeki tüm hastaneleri taramamız da fayda etmedi... Hastanın kaydına rastlayamadık. Bereket lenfoma tanısı konan yerde şansımız yaver gitti de, preparatları getirtebildik. Bu kez de sorun, bloktaki materyalin çok küçülmesi ve yorumlanabilirlikten uzak oluşuydu.

Zaman tünelineki yolculuğumuzda başka bir şaşırtıcı bilgi daha edindik: Lenfoma tanısı almasıyla hastanemize gelmesi arasında geçen sürede hasta, ilimizdeki başka bir merkeze daha başvurmuştu. Ulaşmaya çalıştığımız preparatlar getirtilmiş, konsülte edilmiş, belki de kesitlerin demonstratif olmamasından lenfoma tanısında uzlaşmamıştı.

Kısacası ses kısıklığı nedeniyle 3 ayrı şehirde, 3 kez larinks biyopsisi alınan, son biyopsisi 3 ayrı merkezde incelenen, aylarca hastanelerde yatan bu insan; her seferinde yeni başvuran biri gibi ele alınmış ve fikir birliğine varılmış bir tanısı bile olmadan kaybedilmiştir. Bizler için en acı olan, tanılandırılabilen primer larinks lenfomalarında sistemik kemoterapiye bile gerek olmadan radyoterapi ile tam remisyona sağlanabildiği gerçeğidir (7-10).

Patolojik tanı koyma eyleminde “sabır” bir diğer önemli unsurdur: Aceleyle konuluvermiş bir

tanı çoğu kez bizi onarılmaz yanlışlara sürükler. Ancak lezyona en özgün adın konabilmesi için kapı kapı dolaşılıp preparatları konsülte ettirilen; klinik belirtilerin netleşmesi için aylarca gözlenen bir olgu, genellikle konulan en doğru tanıdan tedavi bağlamında yararlanamaz. Bergman'ın (11) dediği gibi “çok belirti bekleyen, çok ölü bekler”. Bu yüzden sabrın mutlaka bir sınırı olmalıdır.

Zaten bizlerin asıl görevi, lezyonun seceresini çıkartmak değil, tedavi şeklini değiştirecek lezyonları ayırt edebilmektir. Çünkü karşımızdaki ne bir parafin blok, ne bir preparat, ne de dosyadır. Karşımızdaki, derdine çare bulmak için var olduğumuz insan'dır. Belki de patoloğ doğru tanıya teknik donanım ya da bilgi yetkinliğiyle değil; hastasına gönül gözüyle bakabilme-yi öğrendiği zaman ulaşabilecektir. Ve Şair'in (12) dediği gibi bu bakışı öğreten bir okul yoktur, olmayacaktır da...

“Bakin şimdi şu sayacağım şeylerin
Okulu yok
Gökyüzünde rastgele bir bulut parçası için
Körükörüne olan tutkunluğun
Ağacın birine durup dururken abayı yakmanın
Sigara içmekten
Kibrit çakmaktan alacağımız keyfin
Okulu yok
Yaz geceleri cırcır böceklerini
Dinlemeyi bilmenin de okulu yok
Okulu yok ekmeği peyniri domatesi
Küçümsememenin
Sözün sazın oyanın yazmanın
Halisini seçmenin
Daha buna benzer nice
Nice şeyin okulu yok
Aşkın inancın insanlığın okulu yok
Ama dilerseniz hepsini öğrenebilirsiniz
Biraz çaba
Yeter”

Kaynaklar

1. Ackerman LV. In: *Forword of Surgical Pathology*. Rosai J, editor. 8th ed. Mosby St Louis; 1996.

2. Shinton NK. *The Changing Practice of Pathology*. *J Clin Pathol* 1992;45:845-9.
3. Hadjileontis CG, Kostopoulos IS, Kaloutsi VD, Nikolaou AC, Kotoula VA, Papadimitriou CS. *An extremely rare case of synchronous occurrence in the larynx of intravascular lymphoma and in situ squamous cell*. *Leuk Lymphoma* 2003;44(6):1053-7.
4. Franzen A, Kurrer MO. *Malignant lymphoma of the larynx: a case report and review of the literature*. *Laryngorhinootologie* 2000;79(10):579-83.
5. Pisani P, Dosdegani R, Policarpo M, Ramponi A, Gambaro G, Pia F. *Non-Hodgkin's lymphoma of the larynx: clinical cases*. *Acta Otorhinolaryngol Ital* 1999 A; 19(2):97-101.
6. Ansell SM, Habermann TM, Hoyer JD, Strickler JG, Chen MG, McDonald TJ. *Primary laryngeal lymphoma*. *Laryngoscope* 1997;107(11 Pt 1):1502-6.
7. Saleh EM, Mancuso AA, Strynger SP. *CT of submucosal and occult laryngeal masses*. *Comput.Assist. Tomogr* 1992;16(1):87-93.
8. Ho FCS, et al. *Polymorphic reticulosis and conventional lymphomas of the nose and upper aero digestive track: A clinicopathologic study of 70 cases*. *Hum Pathol* 1990;21:1041-50.
9. Marianowski R, Wassef M, Amanou L, Herman P, Tran-Ba-Huy P. *Primary T-cell non-Hodgkin lymphoma of the larynx with subsequent cutaneous involvement*. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1998;124(9):1037-40.
10. Blatsios V, Bouros D, Emmanouel A, Niotis M. *Primary NHL of the larynx treated only by chemotherapy*. *Chest* 98;1990:1547.
11. Şenocak F. *Tıp Tarihi Işığında Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Bilim Dalı*. *Dirim* 1996;10-11-12:200-3.
12. Aksal SK. *Toplu Şiirler 1*. İstanbul: Yapı Kredi Bankası Yayınları; 1993.