

GİNGİVA LENFOMASI (Bir olgu sunumu)

Dr. Salim B. TEKİN *
Dr. Önder BOCUTOĞLU **
Dr. Refik Ali SARI ***
Dr. Münir DEMİRCİ ****
Dr. Mehmet GÜNDOĞDU *****

ÖZET :

Non-Hodgkin Lenfoma (NHL) nun ektranodal yerleşimlerinden biriside gingivadır. Ancak bu tür lokalizasyona oldukça ender rastlanılmaktadır. Klinikte tesbit ettiğimiz böyle bir vak'ayı son bilgilerin ışığında takdim etmeyi uygun bulduk.

GİRİŞ :

Hodgkin lenfomaların % 90'ı lenf bezlerinden başlar. % 10'u ise ektranodal kaynaklıdır. Non-hodgkin lenfomalarda bunun aksine ekstralenfatik tutulum daha sıktır ve % 60 lenf bezlerinden % 40 ise lenf bezlerinin dışında başka yerlerden (GIS, Waldeyer halkası, akciğerler deri, testisler v.s) başlar (1).

NHL de hastayı hekime götüren ilk belirti vakların 2/3'de ağrısız ve yüzeysel lenfadenopatilerdir. Geriye kalan 1/3 vaka da ilk belirtiler ateş, kilo kaybı, gece terlemesi gibi sistemik semptomlar veya ektranodal yerlerine ait olan belirtilerdir ve genellikle bu tür hastalarda klinik bulgular yönüden oldukça zengindirler.

Ektranodal tutulumun en sık görüldüğü yerler sıklık sırasına göre şunlardır: Waldeyer halkası, GIS yolları, kemikler, kemik iliği, deri ve memelerdir. Çok nadir ektranodal tutulumun görüldüğü yerler ise prostat, ovaryumlar, orbita, testis, troid, tükrük bezleri, paranasal sinüsler, larinks, santral sinir sistemidir (2).

VAK'ANIN TAKDİMİ

Hasta H.A., 30 yaşında, bayan, sol üst lateral diş etinde başlayan şişlik

* Atatürk Üniv. Tıp Fak. İç Hastaları Anabilim Dalı, Uzm. Dr.

** Atatürk Üniv. Tıp Fak. Oral Cerrahi Anabilim Dalı, Arş. Gör.

*** Patnos Devlet Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Uzm. Dr.

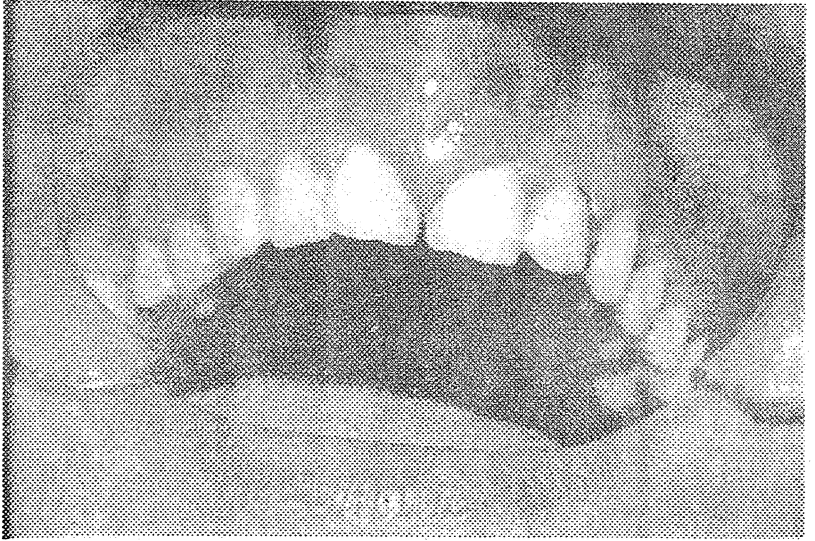
**** Atatürk Üniv. Tıp Fak. KBB Anabilim Dalı, Yrd. Doç. Dr.

***** Atatürk Üniv. Tıp Fak. İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Doç. Dr.

nedeniyle Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Oral Cerrahi Kliniğine müracaat etmiş. Hastanın şikayeti Nisan 1991 tarihinde sol üst lateral dişin gingivasında şişlik şeklinde başlamış. Bu şişliğin diş kökenli bir abse olabileceği düşünülerek 10 gün süreyle antibiyotik tedavisi uygulanmış. Fakat şişlik geçmediği gibi bu kez üst santral kesicilerin vestibüler yüzüne sıçramış. Hasta bir doz daha antibiyotik almış, fakat bir yararını görmemiş. Bunun üzerine 7.5.1991 tarihinde Oral Cerrahi Kliniğine baş vurmuş. Hastanın bir başka şikayeti de boyun kısmında, bir yıldır devam eden, künt vasıfta, boyun hareketleriyle ilişkisiz, sürekli bir ağrı imiş.

Öz ve soy geçmişinde bir özellik yokmuş. Sigara ve alkol kullanmıyormuş.

Fizik muayenesinde, hastanın genel durumu iyi, şuuru açık koopere ve oryante idi. Ateş: 36,5 C, Nabız: 82/dak/Ritmik, TA: 120/80 mmHg idi. Boyunun sol tarafında ve çene altında ağrılı, orta sertlikte ve çapları 1X2 cm 1X1 cm olan dört adet lenfadenopati mevcuttu. Ağız muayenesinde sol üst çene dişlerinin vestibüler ve palatinal tarafındaki diş eti, damak mukozası ve vestibüler mukozada şişlik mevcuttu. Üst santral kesici dişler bölgesinde şişlik ayrı bir lob daha oluşturmuştu. Lezyonun rengi, normal diş eti hiperplazisini çağrıştırıyordu (Resim I). Hastada şiddetli ağrı şikayeti yoktu. Ancak, sol üst lateral dişin zaman zaman ağrıdığından yakınmaktaydı. Palpasyonda şişlikden flüktüasyon alınamadı. Ponksiyonda sıvı veya cerahat aspire edilemedi. Şişlik oldukça kıvamlıydı. Fizik muayene ile diğer sistemler normal olarak değerlendirildi. Başka anormal bulgu tesbit edilemedi.



Resim I. Sol üst çene dişlerinin vestibül ve palatinal tarafındaki diş etinin görünümü

Radyografik incelemede sol üst lateral dişin çevresinde ve sol üst kaninin kökünün distal bölgesindeki alveol kemiğinde rezorbsiyon göziendi.

Dişlerde çürük mevcut değildi ve ağız hijyeni oldukça iyi idi. Diş apekslerinde herhangi bir patoloji mevcut değildi.

Hastadan biyopsi alınmasına karar verildi. 7.5.1991 tarihinde alınan biyopside "crushing" (sıkışma) artefaktı nedeniyle kesin tanı konamadı ve birbiyopsi daha 9.5.1991 günü tekrar alındı. Biyopsi sonucu 10.5.1991 tarih ve 2010/81 protokol nolu raporla Malign Lenfoma (Miks hücreli-Lenfositik histiyositik tip) olduğu bildirildi.

Evreleme işlemi için yapılan laboratuvar ve radyolojik tetkikler, kompute-rize vücut tomografisi ve batin ultrasonografisi normal bulundu. Bunun üzerine hastamızın Evre IA'da olduğuna karar verdik. Hastanemizde radyoterapi ünitesi olmadığından ileri bir merkeze, radyoterapi yapılmak üzere, sevk ettik.

TARTIŞMA :

Non-Hodgkin lenfomaların baş ve boyunda en sık olarak yerleştikleri yer Waldeyer halkasıdır (3). Wang ve arkadaşlarının (4) bildirdiği 128 vak'alık bir seride 83 vak'anın Waldeyer halkasında, 12 tanesinin paranasal sinüslerde, 11'inde gingiva, ağız tabanı ve bukkal sulkuslar ve çenede yerleştiği belirlenmiştir. Freeman ve arkadaşlarının (5) 417 vak'dan oluşan serilerinde vak'aların % 28'inde lenfomanın baş ve boyunda yerleştiği ve bunların %32'sinin tonsillalarda, % 16.5'nun tükürük bezlerinde, %9.5'nun ağız boşluğunda, %8.8'inin nazofarinksde, % 8.6'sının troide ve %7.9'unun da burunda yerleştiği tesbit edilmiştir.

Bu bölgede yerleşen tümörler genellikle her yaşta görülebilmesine rağmen, çocukluk çağlarında daha az olmak üzere adütilerde ve genç erişkinlerde görülmektedir (6). Bizim vak'amız bu yönüyle litaretüre uyumaktadır.

Baş ve boyunda yerleşen NHL'lar, kadınlarda biraz daha fazladır (6). Ancak, bu fark çok fazla değildir. Cinsiyet yönünde de vak'amız litaretürle uyumludur.

Eisenbud ve arkadaşlarının (6) serilerinde ağız boşluğu ve komşu yapılarla ilgili işaret ve semptomların NHL'de ortaya çıkma süresi 10 gün ilâ 6 yıl arasında değiştiği belirlenmiştir. Aynı seride hastaların pek çoğu bir kaç hafta ile birkaç ay arasında değişen kısa bir hikaye vermişlerdir. Bizim vak'amızda hastalık hikayesi aşağı-yukarı bir-birbuçuk aylık bir süreye tekabül etmektedir.

Vak'amızın litaretürle uyum içerisinde olmadığı bir yönü lenfomanın histolojik tipinin görülme sıklığıdır. Litaretürde bir çok seride ağız içerisinde yerleşen NHL'in en sık görülen histolojik tipi diffüz histiyositik lenfoma olarak belirlenmiştir (6-8). Bizim vak'amızda lenfomanın histolojik tipi diffüz lenfositik-histiy-

sitik (Miks) lenfomadır. Eisenbud ve arkadaşlarının (6) çalışmalarında lenfositik-histiyositik lenfomaya % 16.1 oranında rastlanmıştır. Genel olarak diğer NHL içinde görülme sıklığı açısından üçüncü sırada yer almaktadır. Working Formulation'a göre orta dereceli lenfomalar içerisinde bulunmaktadır. Saul ve arkadaşlarının (8) 68 vak'adan oluşan serilerinde düşük dereceli NHL'a %13, orta dereceli olanlara % 81 ve yüksek dereceli olanlara da %6 oranında rastlandığı bildirilmiştir.

Tomich ve arkadaşlarının (9) 22 vak'a üzerinde yaptıkları çalışmada, sert damakta yerleşen lenfositik lenfomalara ait lezyonları yumuşak, fluktuasyon veren ve bazen bilateral yerleşimli, ülser veya renksiz lezyonlar olarak tarif etmişlerdir. Bizim vak'amızda lezyon, burdakinden farklı olarak, gingivada idi, oldukça kıvamlı, fluktuasyon vermeyen ve normal diş eti renginden biraz daha koyu renkte olma gibi özellikler taşıyordu.

Sonuç olarak şunu belirtmeliyiz ki; diş etinde lezyonları olan hastalar, diş hekimine gönderilmeden, dahili yönden muayenesinin yapılarak lenfomanın da hatırlanması uygun olur.

SUMMARY :

Lymphoma of the gingiva

The involvement of the gingiva in patients with non-Hodgkin's lymphoma is rarely encountered. In this report, we introduced this case in the light of the literatures.

KAYNAKLAR:

1. DeVita VT, Ultmann JE; Hodgkin's Disease and the lymphocytic lymphomas. In Braunwold E, Isselbacher KJ, Petersdorf RG at al (eds.): Harrison's Principles of Internal Medicine, eleventh editon, Mc Graw-Hill Book Company, New York, 1987, s: 1553-1566.
2. Lester EP, Ultmann JE: Lymphoma. In Williams Ws, Beutler E, Erslev AJ at al. (eds): Hematology. 4th edition. Mc Graw-Hill Book Company, New York, 1990, s: 1067-1089.
3. Albaba J, Hordijk GJ, Unnik JAM van and Dekker AW; Non-Hodgkin Lymphoma of Waldeyer's ring. Cancer 56: 2911-2913, 1985.
4. Wong DS, Fuller LM, Butler JJ, and Shullenberg CC; Extranodal Non-Hodgkin's Lymphomas of the Head and Neck, Am. J. Roetgenol. 123: 471-481, 1975.
5. Freeman C, Berg JW, and Cudler SJ; Occurence and prognosis of Extranodal lymphomas, Cancer 29: 252-260, 1972.
6. Eisebud L, Sciubba J, Mir R, and Sachs SA: Oral presentations in non-Hodgkin's Lymphoma: A review of thirty-one cases oral surgery-oral pathology 56:151-156, 1983.
7. Reddy S, Pellottiere E, Saxena V, and Hendrickson FR; Extranodal non-Hodgkin's Lymphoma. Cancer 46: 1925-1931, 1980.
8. Saut HS, Kapadia SB; Primary Lymphoma of Waldeyer's Ring. Cancer 56: 157-166, 1985.
9. Tomich CE and Shafer WG; Lymphoproliferative disease of the hard palate: A Clinicopathologic entity. Oral Surgery-Oral Pathology 39: 754-768, 1975.