

İKİ OLGU NEDENİYLE DİL KÖKÜ NON HODGKİN LENFOMASI

Dr. Yavuz SÜTBELAZ x
Dr. Murat KARAFEN xx
Dr. Cemal GÜNDOĞDU xxx
Dr. Münir DEMİRCİ x
Dr. Tali URAL xxxx

ÖZET :

Non Hodgkin lenfomaya çoğunlukla lenf bezleri dışında, baş boyunda da özellikle Waldeyer Halkası'nda (nazofarenks, palatin tonsil, adenoid tonsil, lateral faringeal bantlar ve lingual tonsil) rastlanmaktadır. Daha çok lenf bezlerini tutan Hodgkin lenfoma ise Waldeyer halkasında nadiren görülmektedir.

Dil kökünde kitle olan iki vakamızın birinde diffüz mikst sellüler tip non Hodgkin lenfoma, diğesinde ise, diffüz intermedier mikst süllüler tip non Hodgkin lenfoma tesbit edilmiştir. Her iki vakaya da Endoxan, Oncovin, Prednisolon tedavisi başlanmıştır.

GİRİŞ

Lenfomalar Hodgkin ve non Hodgkin lenfoma (NHL) olmak üzere iki grupta incelenirler. Hodgkin lenfoma çoğunlukla lenf bezlerini tutmasına rağmen, non Hodgkin lenfoma % 40'dan fazla oranda lenf bezleri dışındaki organlarda tesbit edilmektedir. NHL, tedaviye cevap ve prognoz yönünden özellik arz etmektedir; NHL'ler histolojik olarak, diferansiyasyonu, diffüz veya nodüler yapı göstermesi ve hücre tipinin lenfositik, histiositik veya mikst tipte olmasına göre sınılandırılmaktadır(4,7,8). NHL'nin çoğunlukla kemik iliğine yayılım göstermesi ve lenf bezi dışında organlarda sıklıkla görülmesi, erken dönemde kan yoluyla yayılım yaptığı düşüncesini desteklemektedir(7). Baş boyun NHL'leri, baş-boyun malin tümörlerinin % 5'ini oluşturmakta ve % 77 oranında üst solunum yolundaki Waldeyer halkasında görülmektedir(8). Bunun haricinde burunda, yumuşak damakta, tükürük bezlerinde, orbitada ve paranazal sinüslerde de NHL'ye rastlanmaktadır(6,11,13).

x Atatürk Üniv. Tıp Fak. KBB Anabilim Dalı Yrd. Doç. Dr.

xx Atatürk Üniv. Tıp Fak. KBB Anabilim Dalı Arş. Gör.

xxx Atatürk Üniv. Tıp Fak. Patoloji Anabilim Dalı Uz. Dr.

xxxx Atatürk Üniv. Tıp Fak. KBB Anabilim Dalı Prof. Dr.

VAKA TAKDİMİ

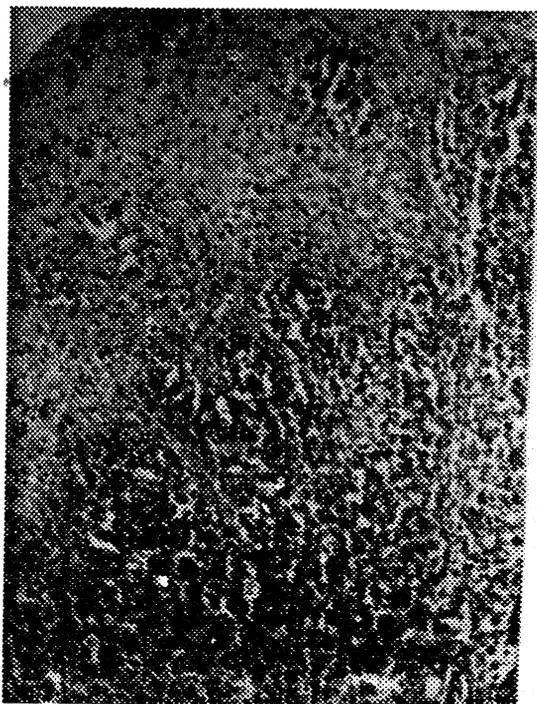
VAKA 1: 38 yaşında erkek hasta, boğaz ağrısı, çene hareketlerinde azalma ve dil kökünde şişlik şikayetleri ile başvurduğu bir başka klinikte iki kez biopsi alınmış; ikisinde de patolojik inceleme sonucu kronik inflamasyon dokusu olarak tesbit edilmiş, tıbbi tedaviye cevap alnamayınca kliniğimize başvuran hastanın yapılan KBB muayenesinde: Dil kökü sol tarafta, üzeri ülser, gingiva ve yumuşak damağa yayılım gösteren, vejetan kitle tesbit edilmiştir. Fizik muayenede: Boyunda, aksillada, inguinal bölgede lenfadenopati ve hepatosplenomegali saptanmamıştır. hematolojik tetkikinde: Hemogloblin: 12.6 gr/dl, Lökosit: 8300; Periferik yaymada: % 64 parçalı, % 22 lenfosit, % 8 monosit, % 4 eozinofil, % 2 bazofil; sedimentasyon: 1. saat 23 mm, 2. saat 50 mm; Kan biokimyasında; Kan şekeri: 77 mg/dl, BUN: 24 mg/dl, Kreatinin: 1.2 mg/dl, Urik asit: 6.6 mg/dl, SGOT : 25 U/1, SGPT: 32 U/1, Total bilirubin: 0.6 mg/dl, Direkt bilirubin: 0.3 mg/dl, Sodyum: 135 mEq/1, Potasyum: 4.5 mEq/1, Kalsiyum: 9.2 mg/dl, Total protein: 8.3 gr/dl, Albumin: 4.9 gr/dl, değerleri tesbit edilmiştir. Karaciğer-dalاک ultrasonografisi, bilgisayarlı göğüs ve batin tomografisinde patolojik bulguya rastlanılmamıştır. Genel anestezi altında kitleden biopsi alınmıştır. Alınan biopsi materyeli % 10'luk formalinde tesbit edildikten sonra parafin bloklar yapılarak, rutin Hematoksilen -Eozin boyası ile boyanıp mikroskopik inceleme yapıldı.

Mikroskopik incelemede; iri, hiperkromatik nükleuslu, belirgin nükleollü, dar eozinofilik sitoplazmalı atipik hücrelerin ince retikülün bir çatıda diffüz dağılım gösterdiği ve yüzey epiteli altında ilerlediği tesbit edildi (Resim 1-2)

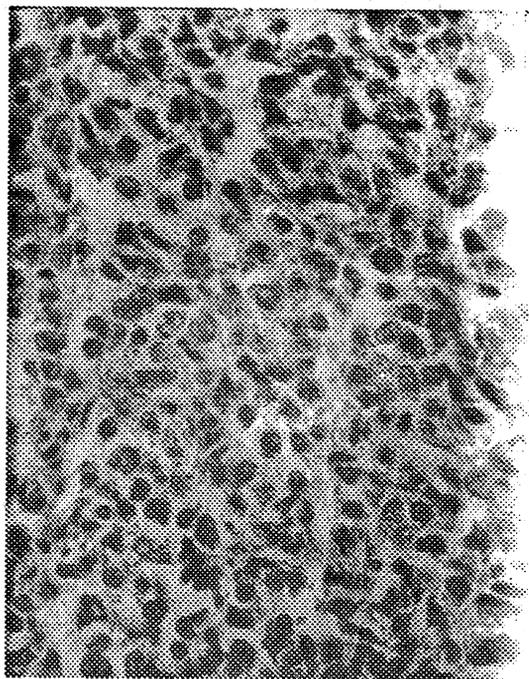
Bulgular ışığı altında, diffüz mikst sellüler tip non Hodgkin lenfoma patolojik tanısı konularak, hastaya 20 günlük aralarla toplam 6 kürde tamamlanacak şekilde

1. Endoxan 500 mg
 2. Oncovin 2 mg
 3. Prednisolon 40 mg/gün (14 gün süre ile oral) tedavisi başlanmıştır.
- 500 cc % 5 Dextroz içinde 1. ve 8. günlerde tekrarlamak üzere I.V. infüzyon şeklinde

VAKA 2: 70 yaşında erkek hasta, boğaz ağrısı, yutma güçlüğü şikayetleri ile kliniğimize müracaat eden hastanın yapılan KBB muayenesinde: dil kökünde, sağda ön plika ve tonsilla palatinaya yayılım gösteren üzeri düzensiz, beyaz renkte, vejetan kitle saptanmıştır. Fizik muayenede: Boyunda, aksillada, inguinal bölgede lenfadenopati ve hepatosplenomegali tesbit edilmemiştir. Hematolojik tetkikinde: Hemolobin : 11.6 gr/dl, Lökosit: 8700, Periferik yaymada: % 58 parçalı, % 36 lenfosit, % 4 monosit, % 4 monosit, % 2 bazofil; Sedimentasyon: 1. saat 30 mm, 2. saat 58 mm; Kan biokimyasında: Kan şekeri: 205 mg/dl BUN: 14 mg/dl, Kreatinin: 1.0 mg/dl, SGOT: 60 U/1, SGPT: 14 U/1, Total bilirubin: 0.8 mg/dl, Direkt bilirubin: 0.6 mg/dl, Sodyum: 138 mEq/1, Potasyum: 4.5 mEq/1, Kalsiyum: 9.6 mg/dl, Total protein: 6.2 gr/dl, Albümin: 4.4 gr/dl değerleri tesbit edilmiştir. Karaciğer-Dalاک ultrasonografisi, bilgisayarlı göğüs ve batin tomografisinde patolojik bulguya rastlanılmamıştır. Genel anestezi altında kitleden biopsi alınmıştır. Alınan biopsi materyeli % 10'luk formalinde tesbit edildikten



Resim 1: x40 HE



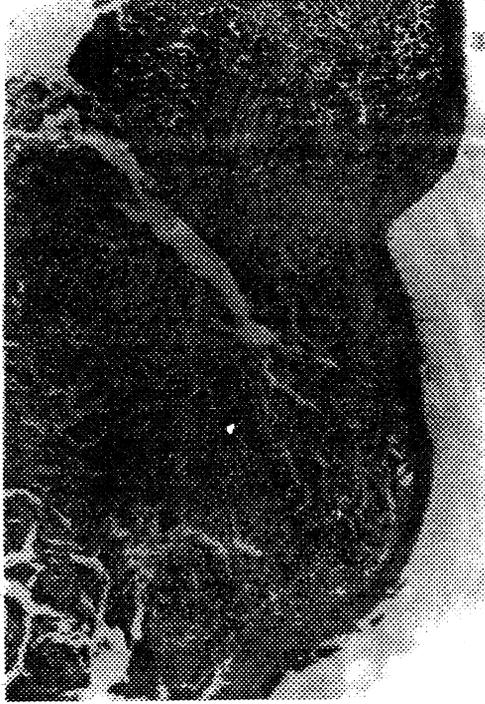
Resim 2: X100 HE

sonra parafin bloklar yapılarak, rutin Hematoksilen-Eozin boyası ile boyanıp mikroskopik inceleme yapıldı.

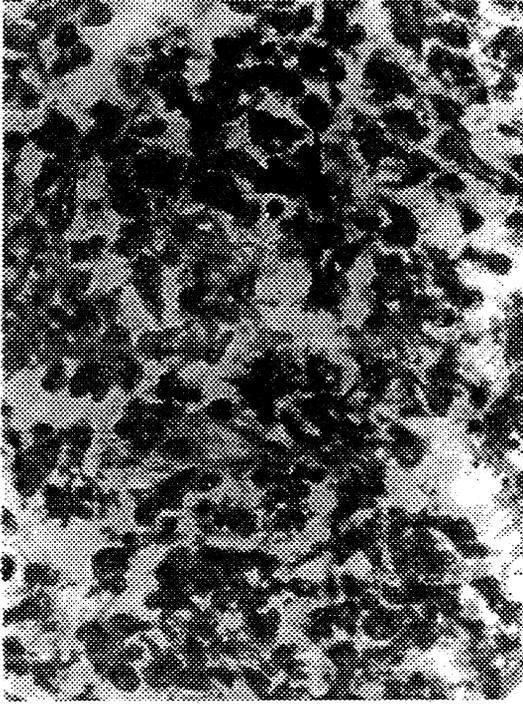
Mikroskopik incelemede; yüzey maturasyonunu tamamlayan çok katlı yassı epitel altında, epitelin bazal tabakasına kadar diffüz olarak ince bir retiküler çati içine dağılmış atipik, hiperkromatik, çentikli nükleuslu lenfositler ve iri hiperkromatik veziküler nükleuslu belirgin nükleollu hücreler izlendi (Resim 3-4).

Bu bulguları ışığı altında diffüz intermedier mikst sellüler tip non Hodgkin lenfoma patolojik tanısı konularak, hastaya 20 günlük aralarla toplam 6 kürde tamamlanacak şekilde,

1. Endoxan 500 mg
 2. Oncovin 2 mg
 3. Prednisolon 40 mg/gün (14 gün süre ile oral) tedavisi başlanmıştır.
- } 500 cc % 5 Dextroz içinde 1. ve 8. günlerde tekrarlamak üzere I.V. infüzyon şeklinde



Resim 3: x40 HE



Resim 4: x100 HE

TARTIŞMA

Baş-boyun NHL'leri en sık adenoid, lingual tonsil, palatin tonsiller ve lateral faringeal bandların oluşturduğu Waldeyer halkasında görülmektedir (12). Yapılan bir çok araştırmada bu bölgede görülme sıklığı % 50-80 oranları arasında değiştiği bildirilmektedir(7,8,12). Fierstein ve arkadaşları(7). 88 baş-boyun NHL'li hastaların bir çoğunda lenfomayı ektranodal olarak, bunların da yaklaşık % 50'sini Waldeyer halkasında tesbit etmişlerdir. Bu 88 vakanın 20 (% 22.7)'sini tonsillerde, 14 (% 16)'ünü dil kökünde, 14 (% 16)'ünü boyunda, 7 (% 8)'sini nazofarenkste, geri kalan 33'ünü de baş-boyunun diğer bölgelerinde saptamışlardır. Bu çalışmanın histopatolojik incelemesinde 88 vaka, 38 (% 43)'i histiositik, 29 (% 32)'u az diferansiye, 16 (% 18)'sı iyi diferansiye ve 5 (% 5.6)'i mikst tip olarak sınıflandırılmıştır.

Bizim her iki vakamızda da nadir görülen diffüz mikst sellüler tip NHL tesbit edilmiştir.

Waldeyer halkası NHL'lerinin, tüm baş-boyun lenfomalarının % 15 -30'u, ektranodal lenfomaların yaklaşık % 50'sini oluşturduğu; Waldeyer halkası lenfo-

malarının büyük çoğunluğunun NHL olduğu, Hodgkin lenfomanın ise nadir görüldüğü bildirilmiştir (5,12).

Cobligh ve Kennedy(8) ise 2173 vakalık baş-boyun NHL'ların % 77'sini Waldeyer halkasında, bunların da % 62'sini tonsillerde, % 24'ünü nazofarenks, % 13'ünü de dil kökünde tesbit ettiklerini, ayrıca bu tip lenfomalarda yaş ortalamasının 55 yaş civarında olduğunu, 40 yaş altında nadir (% 12) görüldüğünü ve erkeklerde daha sık saptandığını rapor etmişlerdir. 1 nolu vakamız 38 yaşında olması nedeni ile bu nadir görülen gruba girmektedir.

NHL'lerin burunda(2,6,13), paranazal sinüslerde(4,6) ve orbitada(11)da nadir de olsa görüldüğü bildirilmektedir.

Baş-boyun NHL'leri orta yaş ve yaşlılarda, en sık 50-70 yaşlar arasında görülmektedir(8). NHL'lerinin klasifikasyonu diffüz-nodüler olmasına, histiosit-lenfosit oranına ve diferansiyasyonuna göre yapılmaktadır(7,8). Diğer bir klasifikasyon metodunda ise hücrenin orijinine göre (B veya T hücre kaynaklı) değerlendirilmektedir(7,8,12).

Yumaka ve arkadaşları (12), hücre markerleri ile çalışarak, 22 Waldeyer halkası NHL'nin 19 (% 86)unda hücre tipini B tipi hücre olarak bulmuşlar, bunu da Waldeyer halkası yapılarında B hücresinin dominant olmasına bağladıklarını bildirmişlerdir.

Baş-boyun NHL'lerinde prognoz, histopatolojik karaktere ve teşhis anındaki evresine bağlıdır(3,7,8). Cobleigh ve arkadaşları(8), baş-boyun NHL'lerinin% 75 oranda diffüz karakter ve agresif davranış gösterdiğini, Waldeyer halka lefomalalarının yarıdan çoğunun teşhis anında servikal lenf nodlarına yayıldıklarını saptamıştır. Bütün bunlara rağmen son çalışmalar şunu göstermiştir ki, prognoz ne kadar kötü olursa olsun NHL'lerin sürveyi uzundur(3).

NHL'lerin evrelendirilmesinde Hodgkin lenfomada olduğu gibi Ann Arbor klasifikasyonu kullanılmaktadır (7). 1. Evre: tek lenf nodu veya tek ektranodal organ tutulumu; 2. Evre: Diyaframın bir tarafında iki veya daha fazla lenf nodu veya ektranodal organ tutulumu; 3. Evre: Diyaframın her iki tarafında tutulum (dalak tutulsun vey tutulmasın) 4. Evre: Dalak, timus, appendiks, Waldeyer halkası dışındaki herhangi bir organa yayılım göstermesi, karaciğer ve kemik iliği tutulumu daima 4. Evre olarak kabul edilir.

Evre 1'de tedavi şekli genellikle radyoterapi olarak tercih edilmektedir (3,7,8). Ancak yapılan bazı çalışmalarda Evre 1'de radyoterapi veya kemoterapinin sürvey üzerine çok fazla farklı sonuçlar vermediği saptanmıştır(5,12). Fierstein ve arkadaşları(7), NHL tedavisinde 2. Evre'den itibaren kemoterapi+radyoterapi tavsiye etmişlerdir, 2. Evre'de kabul gören tedavi şekli kombine tedavidir.

Kemoterapide periodik COPP (Cyclophosphamide + Vincristin + Procarbazin + Prednisolon) uygulaması en çok rağbet gören tedavi şeklidir(7). 1981'den itibaren COP (Cyclophosphamide + Vincristin + Prednisolon) tedavi protokolu kullanılmaya başlanmıştır (12). Bizim her iki vakamızın Evre 1'de olmaları nedeni

ile COP tedavisi tercih edilmiştir. 20 günlük aralarla toplam 6 kür olmak üzere tedaviye alınmış ve halen tedavileri devam etmektedir.

SUMMARY

NON HODGKIN'S LYMPHOMA OF THE BASE OF TONGUE (DUE TO TWO CASES).

NHL is mostly seen extranodally in head and neck especially in Waldeyer's ring (Nasopharynx, faucial tonsils and base of tongue and lateral pharyngeal bands); On the other hand, Hodgkin Lymphoma is usually seen in lymph nodes and rarely in Waldeyer's ring.

In this paper: We reported that; 2 patients were hospitalized with mass in base of tongue, and in the first one, diffuse mixed cellular type non Hodgkin lymphoma, in the other, diffuse intermediate mixed type non Hodgkin lymphoma were diagnosed histopathologically. COP Chemotherapy (Cyclophosphamide + Vincristine + Prednisolon) to both patients were begun.

KAYNAKLAR

1. Kreel, B., Rubin, J.S. Jaffe, E.S.: Pseudolymphoma of The Parapharyngeal Space. The Journal of Laryngology and Otolology, 105: 137-140, 1991.
2. Straus, M., Laurian, N., Kolkova, Z., Zohar, Y.: Cutaneous Malignant Lymphoma of Nasal Tip. Ann Otol Rhinol Laryngol, 95: 208-210, 1986.
3. Conley, S.F., Clamon, G.H., Staszak, C., Maves, M.D.: Non-Hodgkin's Lymphoma of The Head and Neck: The University of Iowa Experience. Laryngoscope, 97: 291-300, 1987.
4. Sofferan, R.A., Cummings, C.W: Malignant Lymphoma of The Paranasal Sinuses. Arch Otolaryngol, 101: 287-292, 1975.
5. Barton, J.H., Osborne, B. M., Butler, J.J., Meoz, R.T., Kong, J., Fuller, L.M., Sullivan, J.A.: Non-hodgkin's Lymphoma of The Tonsil. Cancer, 53: 86-95, 1984.
6. Wilder, W.H., Harner S.G., Banks, P.M.: Lymphoma of The Nose and Paranasal Sinuses. Arch Otolaryngol, 109: 310-312, 1983.
7. Fierstein, J.T., Thawley, S.E.: Lymphoma of The Head and Neck. The Laryngoscope, 88. 582-592, 1978.
- 8- Cobleigh, M.A., Kennedy, J.L.: Non-Hodgkin's Lymphoma of The Upper Aerodigestive Tract and Salivary Gland. Otolaryngologic Clinics of North America, 19: 685-710, 1986.

- 9- Wallace, C., Ramsey, A.D., Quiney, R.E.: Non-Hodgkin's Extranodal Lymphoma: A Clinico-Pathologic Study of 24 Cases Involving Head and Neck Sites. *The Journal of Laryngology and Otology*, 88: 914-922, 1988.
10. Neilly, I.J., Dawson, A.A., et al.: Laing, M.R.: Non-Hodgkin Lymphoma of The Head and Neck: Experience in The Grampian Area. *The Journal of Laryngology and Otology*, 104: 972-975, 1990.
11. Lazzarino, M., Morra, E., et al.: Clinicopathologic and Immunologic Characteristics of Non-Hodgkin's Lymphomas Presenting in The Orbit. *Cancer*, 55: 1907-1912, 1985.
12. Yamanaka, N., Harabuchi, et al.: Non-Hodgkin's Lymphoma of Waldeyer's Ring and Nasal Cavity. *Cancer*, 56: 768-776, 1985.
13. Robbins, K.T., Fuller, et al.: Primary Lymphomas of the Nasal Cavity and Paranasal Sinuses. *Cancer*, 56: 814-819, 1985.