

## DIFFUSE LARGE B-CELL LYMPHOMA CASE WITH MULTIPLE ORGAN INVOLVEMENT WITH MASS IN THE BREAST

### MEMEDE KİTLE İLE TANINAN MULTIPL ORGAN TUTULUMLU DİFFÜZ BÜYÜK B-HÜCRELİ LENFOMA OLGUSU

Mehmet Ali Eryılmaz<sup>1</sup>, Ömer Karahan<sup>1</sup>, Ahmet Okuş<sup>1</sup>, İsmet Tolu<sup>2</sup>, Zeynep Arzu Yeğın<sup>3</sup>, Mustafa Çaycı<sup>4</sup>, Hüseyin Kılıç<sup>5</sup>, Serden Ay<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniđi, Konya, Türkiye

<sup>2</sup>Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Kliniđi, Konya, Türkiye

<sup>3</sup>Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Hematoloji Kliniđi, Konya, Türkiye

<sup>4</sup>Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nükleer Tıp Kliniđi, Konya, Türkiye

<sup>5</sup>Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniđi, Konya, Türkiye

Sunulduđu Kongre: 11. Ulusal Meme Hastalıkları Kongresi, 5-9 Ekim 2011, Maritim Pine Beach Kongre Merkezi, Antalya

#### ABSTRACT

Diffuse Large B-Cell lymphoma (DLBCL) is the most frequently seen subtype among metastatic breast lymphomas. Metastatic breast lymphomas are more frequently seen and their response to treatment is better than primary breast lymphomas. This report presents a 21 year-old patient who was admitted to our clinic with a complaint of painful mass in her left breast. Further evaluations showed masses with similar radiologic characteristics in her liver, pancreas, bilateral rectus muscles and left ovary. In the histopathological examination of ultrasound guided biopsies taken from the breast, rectus muscle and ovary, the patient was diagnosed as stage IVEB and high risk DLBCL. All of the lesions disappeared after systemic chemotherapy. In the case of mass presence in the breast, lymphoma should be kept in mind and systemic treatment i should be performed.

**Key words:** Diffuse, Large B-Cell, lymphoma, breast, metastasis

#### ÖZET

Diffüz Büyük B hücreli lenfoma (DBBHL), metastatik meme lenfomalarının en sık görülen alt tipidir. Bu yazıda 21 yaşında sol memesinde ağrılı kitle şikayetiyle başvuran ve tetkikler sonucunda sol memesindeki kitle haricinde; karaciğer, pankreas, her iki rektus kası ve sol overde de benzer özellikte kiteller olduğu tespit edilen hasta sunulmuştur. USG eşliğinde Meme, rektus kası ve overden alınan biyopsilerin incelenmesinde hasta evre IVEB ve yüksek riskli DBBHL olarak değerlendirilmiştir. Metastatik meme lenfomaları daha sık görülmekle birlikte tedaviye cevabı primer meme lenfomalarından daha iyidir. Bu olguda kemoterapi sonucu tüm lezyonlar kaybolmuştur. Memede kitle varlığı durumunda lenfoma akla getirilmeli ve lezyonun primer veya sekonder ayrımı yapılarak tedavi planlanmalıdır.

**Anahtar sözcükler:** Diffüz, Büyük B-hücreli, lenfoma, meme, metastaz

**M**emenin primer lenfoması az görülür ve klinik seyri kötüdür (1). Halbuki metastatik meme lenfoması 2-3 kat daha fazla görülmesine rağmen tedaviye cevabı iyidir. Sık görülen alt tipi diffüz büyük B hücreli lenfoma (DBBHL)'dir. Memede ağrılı kitle ile klinik veren multipl organ tutulumlu DBBHL olgusunu sunmayı amaçladık.

#### Olgu Sunumu

Yirmi bir yaşındaki kadın hasta, sol memesinde ağrılı kitle şikayeti ile Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi meme polikliniğine başvurdu. Öyküsünde bir yıldır aralıklı karın ağrısı, bir ayda 7 kg zayıflama, bulantı ve son 15 gündür vaginal kanama vardı. İnceksiyonda solukluk, terleme, tüm vücudunda ve skleralarda sarılık ve

genel durum bozukluğu vardı. Meme muayenesinde sol memede üst dış kadranda, derin yerleşimli, 7-8 cm büyüklüğünde, göğüs duvarına fiske, ağrılı kitle tespit edildi. Karın muayenesinde dalak ve karaciğer büyük ve ağrılı, göbek sol yanında 2x3 cm'lik fiks kitle ve suprapubik bölgede sınırları tam seçilemeyen ağrılı kitle tespit edildi. Boyunda, koltuk altında ve kasıklarda lenfadenopatiye rastlanmadı.

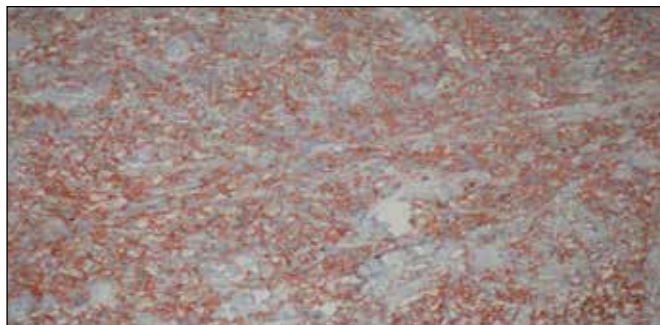
Meme ultrasonografi (US) incelemesinde de sol meme saat 10-12 kadrantını dolduran pektoral kas içerisinde lokalize hipoekoik kitle tespit edildi. Meme manyetik rezonans görüntüleme (MRG) sol meme posterior kesimde pektoral kas içerisinde lokalize en geniş yerinde 6x2 cm ölçülen düzgün sınırlı lobüle konturlu kitle tespit edildi.

Thoraks bilgisayarlı tomografisinde (BT) sol meme posterior komşuluğunda pektoral kas içerisinde en geniş yerinde 6x2cm ölçülen kitle tespit edildi. Sternum distal kesimde kemik yapıda de-strüksiyon ve deforme görünüm izlendi.

Batın US, BT ve MRG'de; karaciğer sağ lob anterior segmenti ve sol lobu tamamen kaplayan büyüğü 7 cm çapında birbirinden net sınırlar ile ayırt edilemeyen çok sayıda kitle tespit edildi. Pankreas baş ve gövde kesiminde splenik ven komşuluğunda benzer özellikte kiteller mevcuttu. Superior mezenterik ven çevresinde öncelikle konglomere lenfadenopati ile uyumlu kiteller vardı. İntrahepatik safra yolları ve koledok (16 mm) normalden geniş izlendi. Her iki rektus abdominialis kası içerisinde büyüğü solda 4x2 cm boyutunda kitle tespit edildi. Sol over lojunda 7x5cm büyüklüğünde düzgün sınırlı kitle tespit edildi.

**Pozitron Emisyon Tomografisi (PET, PET/CT'de);** Sağ akciğer orta lobda 10 mm çapında artmış fluoro-2-deoxy-D-glucose (FDG) tutulumu gösteren (Standardized uptake value [SUV] max: 2.70), sol akciğer alt lob posterior segmentte 8 mm çapında patolojik FDG tutulumu gösteren (SUV max: 2.76), sağ paravertebral bölgede artmış metabolik aktivite gösteren (SUV max: 6.03), sol memede 88x24x40 mm ebatlarında heterojen yapıda yoğun FDG tutulumu gösteren (SUV max: 10.54) lezyonlar izlendi. Ayrıca memedeki bu kitlenin inferiorunda artmış FDG tutulumu gözlenen ve kostaya invaze yumuşak doku kitlesi saptandı (SUV max: 8.20). Karaciğer sağ lob anterior segment ile sol lobun tamamını kaplayan ve dalağı posteriora deplase eden 16x9x9.5 cm ebatlarında heterojen yapıda yoğun FDG tutulumu (SUV max: 22.57), dalağın posteriorunda SUV max: 8.47 ve 5.43 ölçülen iki adet kitle lezyonu, pankreas baş ve gövdesinde 65x15 mm ebatlarında artmış FDG tutulumu gösteren kitle lezyonu (SUV max:9.93),batın ön duvarı sol üst kesimde rektus abdominis kası içerisinde 33x24x49 mm ebatlarında cilt altına kadar uzanım gösteren ve santrali nekrotik görünümde olan artmış FDG tutulumu gösteren kitle lezyonu(SUV max: 14.87), paraaortik alanda konglomere tarzda artmış FDG tutulumu gösteren multipl lenf nodları (SUV max: 9.10), pelvik bölgede sol overde 72x87x65 mm ebatlarında düzgün sınırlı ve lobule konturlu, heterojen yapıda yoğun FDG tutulumu gösteren kitle lezyon (SUV max: 16.75) ek bulgular olarak görüldü.

Biyokimyasal tetkiklerinde, hemoglobin 9.32gr/dL, lökosit (WBC) x9.910K/ul, trombosit274K/ul, CA19-998u/mL, SGOT=78u/l, SGPT=54u/l, ALP=165u/l, GGT=103u/l, LDH=670u/l, amilaz=137u/l, lipaz=625u/l, total bilirübün=16.2gr/dL, direk bilirübün=14.8gr/dL olarak tespit edildi.



Resim 1. Immunohistokimyasal boyama ile CD20.

USG eşliğinde sol memeden, rektus kasındaki kitleden ve over lojundaki kitleden tru-cut biyopsiler alındı. Safra yollarına perkütan drenaj kateteri yerleştirildi. İşlem sonrası SGOT=30u/l, SGPT=18u/l, ALP=103u/l, GGT=34u/l, LDH=166u/l, amilaz=25u/l, lipaz=30u/l, total bilirubin 0.9gr/dL, direk bilirubin=0.4gr/dL olarak tespit edildi.

Meme, rektus kası ve overden US eşliğinde alınan tru-cut biyopsilerin incelenmesinde CD20 ve CD45 diffüz membranöz ve Ki67 ile %100 nükleer kuvvetli immünopozitif, Desmin, Vimentin, PLAP ve AE1/AE3 ile immünonegatif olarak boyandı. Hasta evre IVEB ve yüksek riskli DBBHL olarak değerlendirildi. Altı kür R-CHOP [Ritüksimab 375 mg/m<sup>2</sup>/gün, Siklofosamid 750 mg/m<sup>2</sup>/gün, Adriamisin 50 mg/m<sup>2</sup>/gün, Vinkristin 1,4 mg/m<sup>2</sup>/gün, Prednizolon 100 mg/gün] tedavisi sonrası tam yanıt elde edildi. Santral sinir sistemi profilaksisi için toplam 4 kez intratekal tedavi ve meme bölgesine radyoterapi uygulandı. Hasta tedaviden 7 ay sonra halen tam yanıtta izlenmektedir.

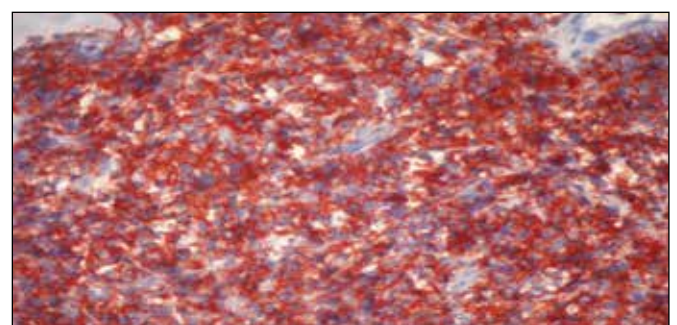
### Tartışma

Memenin metastatik meme lenfoması 2-3 kat daha fazla görülmesine rağmen tedaviye cevabı iyidir. Sık görülen alt tipi DBBHL'dır (2-4). Memeye DBBHL metastazı genellikle ileri yaşlarda görülürken nadiren erken yaşlarda da olabilir (5). Sunduğumuz hasta 21 yaşında genç kızdı.

Diffüz büyük B hücreli lenfoma hastalarının %30'u anamnezinde ateş, gece terlemesi, zayıflama ve kitle lezyonların lokalizasyonlarına bağlı ağrı ve baskı bulguları tanımlarlar (6). Bizim vakamızda memede kitle ve ağrı, öne çıkmış ve hasta meme polikliniğine müracaat etmişti. Fakat hikayesinde ve tetkiklerinde karın ağrısı ve zayıflamanın yanısıra karında bulunan kitle lezyonların basısına bağlı karaciğer fonksiyon bozukluğu da saptandı.

Lenforetiküler sistem malignitelerinin radyolojik görüntüleri spesifik değildir. Birbirlerinden, iyi sınırlı benign tümörlerden, karinomlardan veya diffüz enflamasyondan ayrımlarında karakteristik bulgular yoktur. Tanı ve evreleme biyopsiye dayanır (7). B hücre işaretleriyle alt grup tayini tedavi protokolünü belirlemede etkindir (2). Bizim olgumuzda CD20 ve CD45 diffüz kuvvetli pozitif boyandı (Resim 1, 2). Evre IV B olarak belirlendi ve R-CHOP tedavisi başlandı.

Tanı ve evrelemenin yanısıra tedavinin seyri ve remisyonu belirlemede görüntüleme yöntemlerinden BT, MRG ve PET'in önemi büyüktür (6). Bizim olgumuzda tedavi öncesi PET çektirip multiple organ tutulum varlığını gördük. Üç kürlük R-CHOP tedavisinden sonra çekilen PET'de tüm lezyonların kaybolduğunu gördük (Resim 3, 4).



Resim 2. Immunohistokimyasal boyama ile CD45.



**Resim 3.** Tedavi öncesi PET/CT.

Sunduğumuz olgumuzda meme kitlesi öyküsü tanımlayan genç kız hastada anamnez ve klinik muayeneyi takiben lenfoma akla getirildi, tetkikleri yapıp tanımlanan lezyonlardan kor biyopsi alınarak histokimyasal inceleme ile DBBHL tanısı kondu. Kemoterapi ile klinik ve görüntüleme olarak remisyon sağlandığı gözlemlendi.

#### **Sonuç**

Memenin primer lenfoması nadir rastlanan bir durum olduğu halde (%1), memeye metastatik lenfoma vakası ender değildir (%2-5).



**Resim 4.** Tedavi sonrası PET/CT.

Sistemik organ yetmezliği komplikasyonları gelişmeden tanı alan DBBHL kemoterapiye tam yanıt vermektedir. Memede kitle varlığı durumunda lenfoma akla getirilmeli ve lezyonun primer veya sekonder ayrımı yapılarak tedavi planlanmalıdır.

#### **Çıkar Çatışması**

Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

#### Kaynaklar

1. Cao YB, Wang SS, Huang HQ, Xu GC, He YJ, Guan ZZ, et al. Primary breast lymphoma- a report of 27 cases with literature review. Ai Zheng 2007; 26: 84-9. (PMID:17222374)
2. Yetim İ, Yetim DY, Özkan OV, Diner G, Savaş N, Davran R, Helvacı R, Kaya H. Bilateral primary breast lymphoma: a rare case. J Breast Health 2011; 7: 185-7.
3. Uzunođlu S, Tanrıverdi Ö, Karagol H, Çiçin İ, Çalođlu V, Tokatlı F. Göğüs duvarında büyük bir kitle şeklinde ortaya çıkan non-Hodgkin lenfoma olgusu. Türk Onkoloji Dergisi 2008; 23: 196-9.
4. Yhim HY, Kang HJ, Choi YH, Kim SJ, Kim SW, Chae YS, et al. Clinical outcomes and prognostic factors in patients with breast diffuse large B cell lymphoma; Consortium for improving survival of lymphoma (CISL) study. BMC Cancer 2010; 10: 321. [\[CrossRef\]](#)
5. Tekin Ş, Avunduk MC, Borazan A, Yavuz A, Ecirli Ş, Güngör S. Meme nin primer malign lenfoması. Olgu sunumu. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası 1999; 52: 243-5.
6. Çelik B, Bilgin S. Acase of non-Hodgkin lymphoma with chest wall involvement. Gülhane Tıp Dergisi 2009; 51: 244-6.
7. Borça AN, Aydın U, Ercan Ö, Araz L. Case report: Breast masses of hematologic origin. Turk J Diagn İntervent Radiol 2002; 8: 228-30.

---

#### Correspondence / Yazışma Adresi

Serden Ay  
Phone : +90 (332) 444 06 42  
E-Mail : serdenay@yahoo.com