

OLGU BİLDİRİSİ / CASE REPORT

Sinonazal bölgenin non-Hodgkin lenfoması: olgu sunumu

A.N. Erkan, N. Bal, C. Yilmazer, H. Yavuz, F. Kiroğlu

Non-Hodgkin lymphoma of the sinonasal region: a case report

Primary extranodal non-Hodgkin lymphoma of the sinonasal region is rarely seen. This tumor includes maxillary sinus, ethmoid sinus and nasal cavity the most. Nasal obstruction is the main symptom. Although radiological techniques are beneficial, biopsy is necessary in the diagnosis. Combination of radiotherapy and chemotherapy is the best method for the treatment of this tumor. A 72-year-old woman presented to our clinic with complaint of swelling of the face and palate and nasal obstruction. Computed tomography revealed malign mass which invaded the left maxillary sinus and destructed of the bilateral anteromedial part of the maxillary bone, left lacrimal duct, bilateral inferior concha and left middle concha. Biopsy was performed from the left maxillary region and was resulted as large diffuse B cell non-Hodgkin lymphoma. Combination of radiotherapy and chemotherapy was performed and the patient was called follow up.

Key Words: Lymphoma, non-Hodgkin lymphoma, sinonasal region.

Özet

Sinonazal bölgenin ekstra nodal non-Hodgkin lenfomalarına çok ender rastlanır. Bu tümörler en sık maksiller sinüsü, etmoid sinüsü ve nazal kaviteyi tutarlar. Hastaların en sık başvuru nedeni burun tıkanıklığıdır. Tanıda radyolojik tetkiklerden faydalanılmakla beraber esas olan biyopsidir. Bu tümörlerde radyoterapi ve kemoterapi kombinasyonu en iyi tedavi yöntemi- dir. Yetmiş iki yaşında bir bayan hasta burun tıkanıklığı, yüzünde ve damakta şişlik şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Bilgisayarlı tomografi sonucu, sol maksiller sinüsü tutan, her iki maksiller kemiğin anteromedial bölümünü, sol lakrimal kanal, bilateral alt ve sol orta konkayı destrükte eden, malign özellikle kitle olarak rapor edildi. Hastanın sol maksiller bölgesinden biyopsi alınarak büyük, diffüz B hücreli non-Hodgkin lenfoma tanısı kondu. Radyoterapi ve kemoterapi kombinasyonu uygulanan hasta takibe alındı.

Anahtar Sözcükler: Lenfoma, non-Hodgkin lenfoma, sinonazal bölge.

Türk Arch Otolaryngol, 2007; 45(4): 230-234

Türk Otolarengoloji Arşivi, 2007; 45(4): 230-234

Dr. Alper Nabi Erkan, Dr. Cüneyt Yilmazer, Dr. Haluk Yavuz, Dr. Fikret Kiroğlu
Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi KBB Anabilim Dalı, Ankara
Dr. Nebil Bal
Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı, Ankara

Giriş

Baş-boyun bölgesi, ektranodal non-Hodgkin lenfomaların (NHL) en sık görüldüğü alanlardan birisidir. Bu bölgede burun ve paranazal sinüslerin primer NHL'sine çok ender rastlanır. Bunlar tüm NHL olgularının % 0.17-2'sini oluştururlar.¹ En sık olarak maksiller sinüs, etmoid sinüs ve nazal kavite tutulumu görülür.² Bu makalede maksiller sinüsten

kaynaklanan, nazal kavite ve damağa uzanım gösteren bir NHL olgusu sunularak burun ve paranasal sinüs NHL'leri incelenmiştir.

Olgu Sunumu

Yetmiş iki yaşında bayan hasta, yaklaşık 6 aydır yüzünün sol tarafında ve damakta şişlik, ayrıca burundan rahat nefes alamama yakınması ile kliniğimize başvurdu. Hastanın öyküsünde herhangi bir sistemik hastalığı yoktu. Hastanın sol maksiller bölgesinin şiş olduğu gözlemlendi (Resim 1). Yapılan kulak burun boğaz muayenesinde sol üst gingivadan başlayan, arkaya doğru sert damak sol yarısını kaplayan, düzgün yüzeyli, submukozal şişlik ve her iki taraf nazal kavite tabanında, solda orta konkaya uzanan yine düzgün yüzeyli şişlik mevcuttu. Hastanın labo-

ratuar testleri normal idi. Çekilen paranasal sinüs ve boyun tomografisinde; sol maksiller sinüsü tutan, her iki maksiller kemiğin anteromedial bölümünü, sol lakrimal kanal, bilateral alt, sol orta konkayı destrükte eden ekspanzil özellikte, yaklaşık 7x6 cm boyutlarında malign özellikte kitle ve sol I-B, II-A, II-B ve III. seviyelerde, en büyüğünün kısa aksı 1.5 cm ölçülen, çok sayıda lenfadenomegali olarak rapor edildi (Resim 2A ve B). Hastadan, genel anestezi altında sol maksiller bölgedeki lezyonundan sublabial yak-



Resim 1. Hastanın başvuru sırasındaki yüz görünümü. [Bu resim, derginin www.turkarchotolaryngol.org adresindeki online versiyonunda renkli görülebilir]

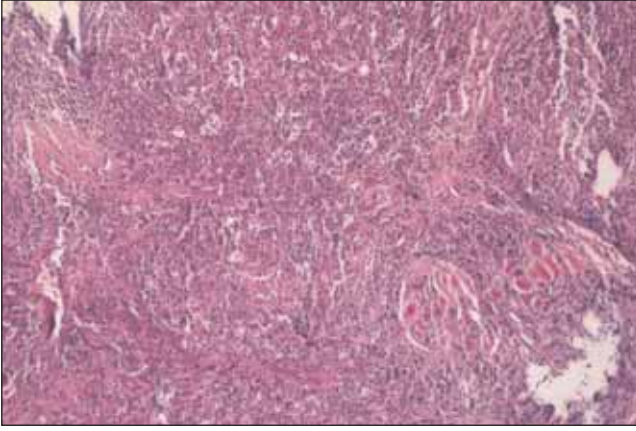


Resim 2A. Çekilen koronal plan paranasal sinüs tomografisinde, malign özellikte kitle görünümü.

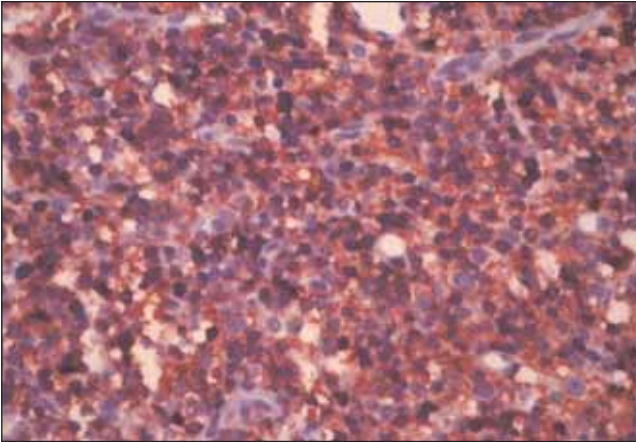


Resim 2B. Aksiyel plan paranasal sinüs tomografisinde, malign özellikte kitle görünümü.

laşım, insizyonel biyopsi alındı. Alınan materyalin histopatolojik incelemesinde subepitelyal alanı difüz olarak infiltre eden, follikül veya germinal merkez oluşturmeyen, monoton görünümlü, dar sitoplazmalı, belirgin nükleollü atipik özelliklere sahip lenfositler izlendi. Mevcut biyopsi materyaline immunohistokimyasal yöntemle uygulanan LCA (Leucocyte Common Antigen), CD 45 ve Pan B (CD 20) tarifiilen atipik lenfositlerde membranöz pozitif,



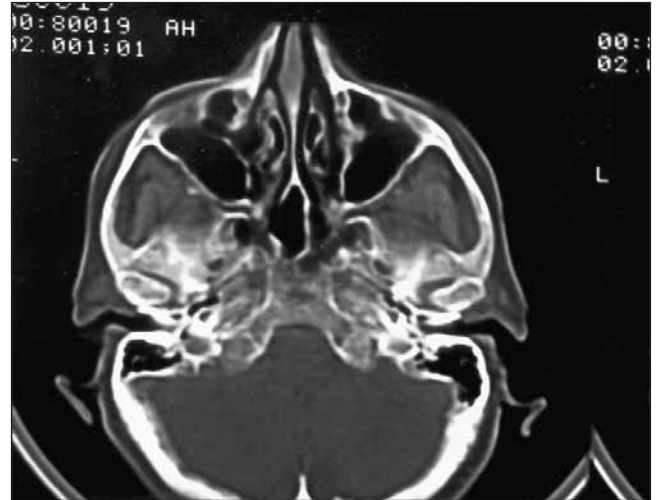
Resim 3. Histopatolojik incelemede; diffüz monoton atipik lenfositik infiltrasyon (HE x100).
[Bu resim, derginin www.turkarchotolaryngol.org adresindeki online versiyonunda renkli görülebilir]



Resim 4. Histopatolojik incelemede; atipik lenfositlerde CD 20 pozitif boyanma (CD 20 x 400).
[Bu resim, derginin www.turkarchotolaryngol.org adresindeki online versiyonunda renkli görülebilir]



Resim 5. Hastanın tedavi sonrası yüz görünümü. [Bu resim, derginin www.turkarchotolaryngol.org adresindeki online versiyonunda renkli görülebilir]



Resim 6. Tedavi sonrası çekilen aksiyel plan paranasal sinüs tomografisi.

Pan T (CD 45 RO) negatif boyandı. Mevcut morfolojik ve immünohistokimyasal bulgular ile olgu non-Hodgkin lenfoma, diffüz büyük B (CD 20 pozitif) hücreli tip olarak rapor edildi (Resim 3 ve 4). Diğer sistem taramaları yapılan ve evre 2E olarak kabul edilen hastaya sosyal şartları nedeni ile başka bir merkezde radyoterapi ve kemoterapi verildi. Yaklaşık 16 aydır takipte olan hastada herhangi bir rekürrens görülmedi (Resim 5 ve 6).

Tartışma

Lenfomalar lenforetiküler sistemden köken alan neoplazmlardır. Tüm malign tümörlerin %3-5'ini oluştururlar. Bu tümörlerin %60'ını NHL olguları oluşturur.³

Lenfomalar genellikle hayatın 7-8. dekadında görülürler ve cinsiyet ayrımı göstermezler.⁴ Asya toplumunda nazal kavite ve paranasal sinüslerde, özellikle CD 56 pozitif, T hücreli natural-killer hücreli (T/NK) lenfomalar daha sık görülürken, batı toplumunda büyük B hücreli lenfomalar daha sıktır. Batı toplumunda görülen primer NHL'lar daha yaşlı nüfusta ve paranasal sinüslerde saptanırken, Asya toplumundaki primer NHL'lar daha genç nüfusta ve nazal kavitede saptanırlar.⁴ Olgumuz, hastalığın batı toplumu kriterleri ile uyumluluk göstermektedir.

Nazal kavite ve paranasal sinüs lenfomalı hastaların başlıca başvuru semptomları burun tıkanıklığıdır. Bunu takiben yüzde şişlik, burun kanaması, burun içinde kitle, baş ağrısı, rinore, proptozis, görme bozuklukları, kranial sinir paralizileri, damakta şişlik görülebilir.^{4,5} Kandoğan ve ark.⁶ nazal polip olarak takip ettikleri ve nazal kaviteden 2 kez biyopsi almalarına rağmen tanı konulamayan ve en son maksiller sinüsten aldıkları biyopsi ile T/NK hücreli lenfoma tanısı koydukları bir olgu bildirmişlerdir. Neves ve ark.² sol frontal bölgede şişlik ile gelen Human Immunodeficiency Virus (HIV) (+) bir olguda frontal sinüs kaynaklı NHL bildirmişlerdir. Yüksek evreli, B hücreli lenfomalar genellikle kemik destrüksiyonuna sebep olurken, T hücreli lenfomalarda çok ender

kemik destrüksiyonu görülür.⁵ Lenfomalarda görülen kemik destrüksiyonu, periostun koruyuculuğu nedeni ile spinöz hücreli karsinomda görülen kemik destrüksiyonu kadar agresif değildir.⁷ Çok sayıda sinüs tutulumunun kemik destrüksiyonundan çok kemik geçirgenliği ile ilişkili olduğuna inanılmaktadır.² Olgumuzda, yüksek evreli olmamasına rağmen her iki maksiller kemik anteromedial bölümü, sol lakrimal kanal, bilateral alt ve sol orta konka yı destrükte eden ekspansil özellikte kitle mevcuttu

Sinonazal lenfomaların kesin tanısı histopatolojik olarak, hatta bir kaç kez tekrarlanma gereksinimi olan biyopsilerle konulur. Yine tanıda klasik histopatolojik yöntemler kadar immünohistokimyasal yöntemler de gereklidir. Genellikle bu tümörler yavaş büyürler. Düzgün yüzeyli, submukozal kitle şeklinde görülürler.⁴ Radyolojik incelemeler; bilgisayarlı tomografi ve manyetik rezonans görüntüleme ile tümörün köken aldığı yer ve yayılımı hakkında bilgi edinilebilir. Biyopsi ile lenfoma tanısı konulduktan sonra diğer sistemler taranarak evreleme yapılır.²

Histopatolojik ayırıcı tanıda sinonazal bölgenin lenfoid tümörleri ve tümör benzeri lezyonları düşünülmelidir. NK hücreli lenfomalarda CD 2 ve CD 56 pozitif olur. Periferik T hücreli lenfomalarda T hücre belirleyicileri CD 45RO, CD 3 pozitif bulunur. Plazmositomalar LCA negatif, CD 38 pozitif boyanırlar. Hodgkin lenfomalar morfolojik görünimleri, Reed-Sternberg hücrelerinin varlığı ve bu hücrelerde CD 30 ile CD 15'in pozitifliği ile B hücreli NHL'dan ayırdedilebilir. Ayırıcı tanıda akla gelebilecek bir diğer lezyon lenfoid hiperplazidir. Bu lezyonda çok sayıda ve farklı boyutlarda germinal merkezleri belirgin olarak izlenebilen lenfoid folliküller vardır. Pan B ile germinal merkezlerde bulunan, Pan T ile de parakortikal bölgede bulunan lenfositlerde membranöz biklonal pozitif boyanma saptanır.⁸

Bizim olgumuz, diffüz infiltrasyon paterni, LCA ve Pan B ile pozitif, Pan T ile de negatif boyanması sebebi ile NHL diffüz büyük B hücreli tip olarak değerlendirilmiştir.

Sinonazal lenfomalarda tüm evrelerde en iyi tedavi yöntemi olarak radyoterapi ile kombine kemoterapi önerilmektedir.^{4,5,9} Yapılan çalışmalar sadece radyoterapi ya da sadece kemoterapi verilmesinin lokal ya da uzak rekürrensi önleyemediğini göstermiştir.^{5,9,10} Bizim olgumuzda da hastanın sosyal şartları nedeni ile başka bir merkezde radyoterapi ve kemoterapi kombinasyonu uygulanmıştır.

Sinonazal lenfomaların prognozunda bir çok faktör etkilidir. B hücreli tip olması, 60 yaş altı, Evre IE, sistemik semptom olmaması, düşük grade'li tümör olması, paranazal sinüsten kaynaklanması, sinüslerden maksiller sinüs tutulumu, Epstein-Barr virüsünün (EBV) negatif bulunması iyi prognoz lehinedir.^{2,9,11} Shima ve ark.¹² 14 sinonazal bölge NHL olgusunda 5 yıllık hayatta kalım oranını paranazal sinüs tümörleri için %85, nazal kavite tümörleri için %25 olarak bulmuşlar ve hastaların %88'ini büyük B hücreli alt tipinin oluşturduğunu bildirmişlerdir. Nakamura ve ark.¹³ evre 1 ve 2 toplam 24 hastayı değerlendirmişler ve 5 yıllık hayatta kalım oranını nazal kavite tümörleri için %64 ve paranazal sinüs tümörleri için %75 olarak bildirmişlerdir. Bizim olgumuzda evre 2E ve yaş kriteri dışındaki (EBV bilinmiyor) tüm faktörlerin yukarıda belirtilen kriterlere uyması nedeni ile prognozunun iyi olması beklenmektedir. 16 aylık takibimizde herhangi bir rekürrens saptanmamıştır.

Sonuç olarak lenfomalar erken evrede yakalandıklarında tedavileri yüz güldürücü sonuç veren, prognozları iyi olan tümörlerdir. Burun ve paranazal sinüslerde kitle ile gelen hastalarda ayırıcı tanının iyi yapılarak erken tedaviye başlanması önemlidir.

Kaynaklar

1. Cavalot AL, Ricci E, Nazionale G, Palonta F, Fadda GL. Primary non-Hodgkin's lymphoma of the nasal cavity. Clinical case report and discussion. *Acta Otolaryngol* 2000; 120: 545-50.
2. Neves MC, Lessa MM, Voegels RL, Butugan O. Primary non-Hodgkin's lymphoma of the frontal sinus: case report and review of the literature. *Ear Nose Throat J* 2005; 84: 47-52.
3. Boring CC, Squires TS, Tong T. Cancer statistics. *Cancer* 1993; 43: 7-26.
4. Quraishi MS, Bessell EM, Clark D, Jones NS, Bradley PJ. Non-Hodgkin's lymphoma of the sinonasal tract. *Laryngoscope* 2000; 110: 1489-92.
5. Vidal RW, Devaney K, Ferlito A, Rinaldo A, Carbone A. Sinonasal malignant lymphomas: a distinct clinicopathological category. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1999; 108: 411-9.
6. Kandoğan T, Olgun L, Aydar L, Sezgin Ö. Burun ve paranazal sinüslerin non-Hodgkin lenfoması: Olgu sunumu. *Kulak Burun Bogaz İhtis Derg* 2004; 12: 95-8.
7. Lefebvre PP, Tombu S, Demanez JP. Non Hodgkin's lymphoma of the paranasal sinuses. Report of two cases. *Acta Otorhinolaryngol Belg* 1997; 51: 93-8.
8. Rosai J. Rosai and Ackerman's surgical pathology. Vol 1. Chapter 7. 9th ed. Philadelphia: Mosby; 2004. p319.
9. Van Prooyen Keyzer S, Eloy P, Delos M, Doyen C, Bertrand B, Rombaux P. Sinonasal lymphomas. Case report. *Acta Otorhinolaryngol Belg* 2000; 54: 45-51.
10. Logsdon MD, Ha CS, Kavadi VS, Cabanillas F, Hess MA, Cox JD. Lymphoma of the nasal cavity and paranasal sinuses: improved outcome and altered prognostic factors with combined modality therapy. *Cancer* 1997; 80: 477-88.
11. Frierson HF, Jr., Mills SE, Innes DJ, Jr. Non-Hodgkin's Lymphoma of the sinonasal region: histologic subtypes and their clinicopathologic features. *Am J Clin Pathol* 1984; 81: 721-7.
12. Shima N, Kobashi Y, Tsutsui K, et al. Extranodal non-Hodgkin's lymphoma of the head and neck. A clinicopathologic study in the Kyoto-Nara area of Japan. *Cancer* 1990; 66: 1190-7.
13. Nakamura K, Uehara S, Omegari J, et al. Primary non-Hodgkin's lymphoma of the sinonasal cavities. Correlation of CT evaluation with clinical outcome. *Radiology* 1997; 204: 431-5.

Bağlantı Çakışması:

Bağlantı çakışması bulunmadığı belirtilmiştir.

İletişim Adresi: Dr. Alper Nabi Erkan

Başkent Seyhan Hastanesi

Baraj Yolu 1. Durak

Seyhan / ADANA

Tel: (0322) 458 68 68

e-posta: alpernabierkan@yahoo.com