

**PALATAL BÖLGEDE YUMUŞAK DOKU KİTLESİ İLE KARAKTERİZE
NON-HODGKIN LENFOMA****NON-HODGKIN LYMPHOMA CHARACTERIZED AS A PALATAL
SOFT TISSUE MASS****SEDAT ÇETİNER*, CANSU ALPASLAN †, TÜLİN OYGÜR ‡****ÖZET**

Lenfoid doku hücrelerinden gelişen malign lenfomalar değişen derecelerde malignansi gösterirler. Nodal tutulumu dışında ektranodal yerleşimi de olabilen hastalık orofasiyal bölgede yumuşak doku ve kemikte bulgu verebilir. Oral lezyonlar aniden gelişen ve daha sonra ülserleşen şişlikler şeklindedir. Bu makalede palatal bölgede büyük yumuşak doku kitlesi ile karakterize olan bir malign lenfoma olgusu bildirilmiş, böyle lezyonların tanı ve tedavilerinin önemi vurgulanmıştır.

Anahtar kelimeler : Non-Hodgkin lenfoma, ektranodal tutulum, oral kavite

SUMMARY

Malign lymphomas which are derived from the lymphoid tissue cells represent varying degrees of malignancy. Besides nodal involvement, extra-nodal presentation in orofacial region is seen both osseous and soft tissues. Oral lesions are enlarged and ulcerated in a short time period. In this paper, a case of malign lymphoma characterized as a large soft tissue mass in palatal region is presented. The importance of establishing a diagnosis and treatment of such lesions are pointed out.

Key words : Non-Hodgkin lymphoma, extra-nodal involvement, oral cavity

* Dr. Dt. GÜ Dişhekimliği Fakültesi Ağız, Diş, Çene Hastalıkları ve Cerrahisi Anabilim Dalı

† Doç. Dr. GÜ Dişhekimliği Fakültesi Ağız, Diş, Çene Hastalıkları ve Cerrahisi Anabilim Dalı

‡ Prof. Dr. GÜ Dişhekimliği Fakültesi Oral Patoloji Bilim Dalı

GİRİŞ

Malign lenfomalar lenfopoetik sistemden köken alan bir grup neoplazmı içerir^{3,11}. Bu neoplazmlar bir çok alt gruba da ayrılan Hodgkin ve Non-Hodgkin lenfomalar olarak sınıflandırılırlar⁷. Non-Hodgkin lenfomalar sıklıkla servikal lenfadenopatiye neden olmakla birlikte orofasiyal bölgede yaklaşık %15 oranında ektranodal tutulumuna sahiptirler. Bu bölgeler genellikle damak, gingiva ile çene kemikleri gibi sert ve yumuşak dokuları içerir^{2,12}. Hastalık klinik olarak 1 ve 4 arasındaki farklı evrelerde sınıflandırılmaktadır⁸ (Tablo I). Bu makalenin amacı palatal bölgeyi tutan geniş kitleye sahip bir Non-Hodgkin lenfoma olgusunu sunmaktır.

Tablo I. Non-Hodgkin lenfoma evrelerinin sınıflandırılması

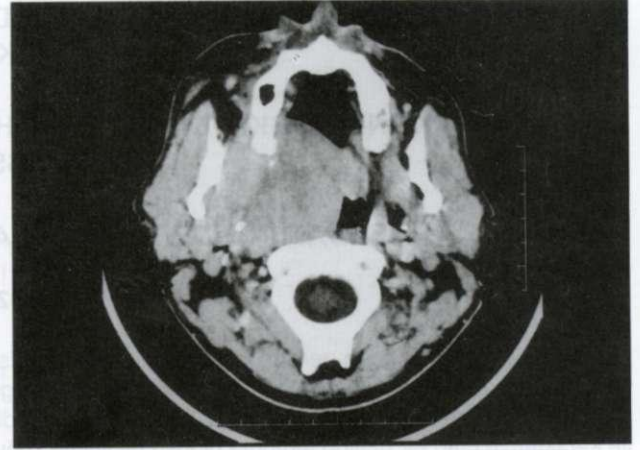
Evre I	Tek bir lenf nodu tutulumu veya tek bir ekstralatenfatik organ veya bölge tutulumu
Evre II	Diafram ile aynı tarafta 2 veya daha fazla lenf nodu tutulumu, ya da lokalize bir ekstralatenfatik organ veya bölge ya da diafram ile aynı tarafta daha fazla lenf nodu tutulumu
Evre III	Lokalize ekstralatenfatik organ veya bölge tutulumu ile birlikte olabilen diaframın iki tarafında da lenf nodu tutulumu
Evre IV	Bir veya daha çok organ veya dokunun lenf nodu büyümesi ile birlikte olan ya da olmayan diffüz tutulumu
A	Sistemik bulgu yok
B	Ateş, gece terlemesi, ürtiker, %10 dan çok kilo kaybı
E	İzole sahalarda ekstralatenfatik tutulum

OLGU BİLDİRİMİ

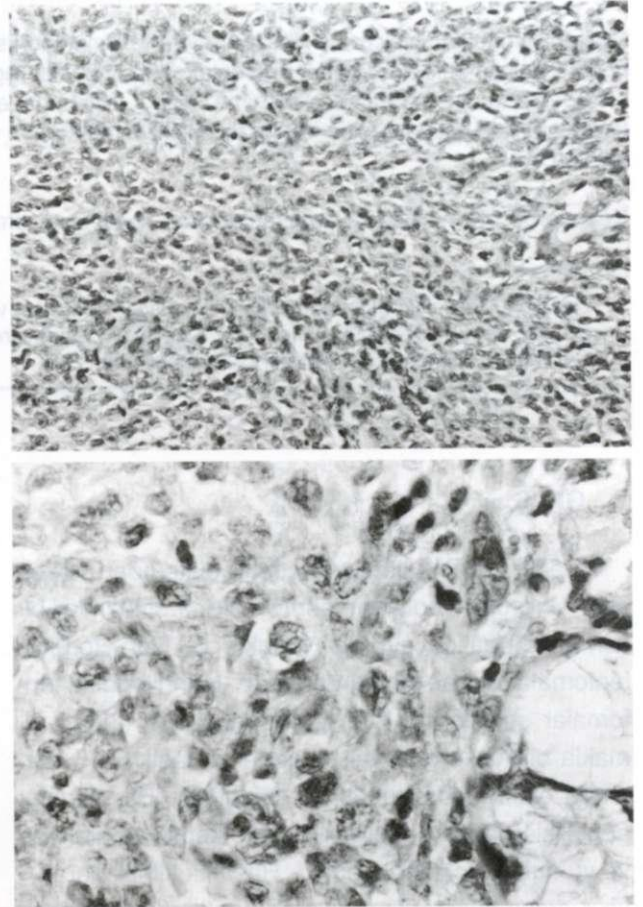
47 yaşındaki erkek hasta damak bölgesinde nefes almayı ve konuşmayı güçleştiren bir lezyon şikayeti ile G.Ü Dişhekimliği Fakültesi, Ağız, Diş, Çene Hastalıkları ve Cerrahisi Kliniği'ne başvurmuştur. Anamnezinde lezyonun 10 gün önce farkedildiği ve bu süre içinde büyüyerek mevcut boyutlara ulaştığı öğrenilmiştir. Sistemik olarak herhangi bir şikayeti olmayan hastanın intraoral muayenesinde sağ yumuşak ve sert damağı içeren, palpasyonda sert, ağrısız ve yüzeyi kimi yerlerde ülserle, yaklaşık 5 cm çapında bir kitle saptanmıştır (Şekil 1 a-b). Ekstraoral muayenede ise sağ submandibuler bölgede palpasyonda sert başka bir kitlenin mevcut olduğu izlenmiştir. Ayrıntılı bilgi için yapılan bilgisayarlı tomografi incelemesinde nazofarenks hava sütununu tamamen oblitere eden, sağda nazal kaviteye uzanan ve parafarengeal boşlukları da etkileyen 60x50x50 mm boyutlarında bir kitle lezyonu görüntülenmiştir (Şekil 2). Palatinal kemiğin bir kısmında lezyon tarafından destrüksiyon oluşturulduğu saptanmıştır. Ayrıca sağ submandibuler lokalizasyonda 15x6 mm boyutlarında lenfadenopati mevcuttur. Sağ jugulodigastrik ve internal juguler bölgede de lenfadenopatiler izlenmiştir. Ponksiyonda herhangi bir sıvı elde edilemeyen lezyondan yapılan insizyonel biyopsi sonrası "Non-Hodgkin lenfoma (diffüz large cell tip)" histopatolojik tanısı koyulmuştur (Şekil 3 a-b). Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Onkoloji Bilim Dalı ile konsulte edilen hastanın incelemelerinde Evre II E Non-Hodgkin lenfoma tanısı onaylanmıştır. CHOP (siklofosamid, adriamisin, vinkristin ve prednison) ve MINE (ifosfamid, mitoksantron ve etoposid) kemoterapi protokolleri + radyoterapi ile tedavi edilen ve remisyona giren hastada tanıdan 14 ay sonra progresyon görülmüş ve hasta respiratuar arrest nedeniyle kaybedilmiştir.



Şekil 1 a-b. Palatal bölgede yüzeyi ülserasyonlarla karakterize lezyonun görüntüleri



Şekil 2. Nazofarengeal bölgedeki kitle lezyonunun aksiyal BT görüntüsü



Şekil 3 a. İri nükleuslu malign lenfoid hücrelerin diffüz dağılım paterni (x100, H.E.), b. Konturları düzensiz, veziküler kromatinli, bir kısmında belirgin nükleol seçilebilen nükleuslara sahip malign lenfoid hücreler (x400, H. E.).

TARTIŞMA VE SONUÇ

Lenfomalar yassı hücreli kanser ve malign tükürük bezi neoplazilerinin ardından oral bölgede en sık gözlenen malign lezyonlardır³. Non-Hodgkin lenfomalar (NHL) 40 yaş altı bireylerde nadir olup en sık 60-70 yaş arasında gözlenirler^{3,10}. Hastalığın etiyolojisi belirsizdir. Hazırlayıcı etkenler arasında immün sistem defektleri, viruslar ve asbest gibi ajanların varlığı sayılabilir^{1,6,12}.

NHL ların ektranodal tutulumları nadirdir. En sık gastrointestinal sistem, deri, kemik ve Waldeyer halkası etkilenir⁷. Oral bölgedeki lezyonlar hızla büyüyen ve daha sonra ülserleşen kitleler şeklindedir^{9,12}. Sunulan bu raporda da hem yumuşak, hem de sert damakta lokalize, kimi bölgelerde ülser olmuş ve ilk tanısı bu kitleden yapılan biyopsi ile koyulmuş ektranodal tutulumu sahip bir olgu bildirilmiştir. Olgunun palatal bölge yanında boyun bölgesinde aynı tarafta çok sayıda lenfadenopati ile karakterize nodal tutulumu da mevcuttur. Ekstralenfatik kitlenin izole bir sahada olması hastalığın Evre II E olarak değerlendirilmesine neden olmuştur. Kawasaki ve arkadaşları⁷ mandibuler molar bölgede, Thomas ve ekibi ise¹² biri benzer lokalizasyonda, diğeri ise maksillada saptanan olgular bildirmişlerdir. Benzer şekilde Bellome ve arkadaşları² tarafından submandibular şişkinlik ve palatal ülserasyon varlığı ile ilk tanısı koyulmuş bir vaka rapor edilmiştir.

Uluslararası Çalışma Birliği (International Working Formula) sınıflandırmasına göre histopatolojik olarak vakaların %20 si folliküler, %80 i ise diffüz yapıya sahiptir⁹. Diffüz large cell lenfomalar erişkinlerde görülen NHL ların 1/3 ünü oluşturmaktadır ve %40 vakada ektranodal tutulum mevcuttur. Erişkin hastalığı olmakla birlikte çocukluk döneminde de görülebilen diffüz large cell lenfomalar son derece agresif neoplazmlardır. Bununla birlikte doğru yapılan kemoterapi ve radyoterapi ile remisyon sağlanabilmektedir^{4,5}. Sunulan bu olguda hasta tedaviye yanıt vermiş, ancak daha sonra önlenemeyen progresyon görülmüştür.

Malign lenfomaların radyolojik tanısında bilgisayarlı tomografi (BT), manyetik rezonans ve ultrason

gibi çeşitli yöntemler kullanılmaktadır. NHL ların BT görüntüleri maksillofasiyal bölgede görülen bir çok lezyon ya da inflamatuvar prosesleri taklit edebilmektedir⁷. Klinik olarak apse gelişimi ve palatal yerleşime sahip pleomorfik adenomalar ayırıcı tanıda akla gelmelidir. Histopatolojik olarak ise bu tip lezyonların ayırıcı tanısında folliküler lenfoid hiperplazi ve benign lenfoepitelyal lezyon düşünülmelidir¹¹. Bu olguda nazofaringeal bölgedeki büyük lezyon ve kemik destrüksiyonu malignansi olasılığını düşündürmüş, hızla yapılan biyopsi ve histopatolojik inceleme, tanı koyma sürecini kısaltmıştır.

NHL ların tedavisinde ilk tercih edilen ajanlar alkileyici preparatlar, kortikosteroidler ve vinkristindir. CHOP (siklofosamid, adriamisin, vinkristin, prednison) protokolu, bunun yanında CAP-BOP ve MACOP-B (siklofosamid, adriamisin, vinkristin, prednison, bleomisin, prokarbazin, metotreksat) gibi kombinasyonlar yaygın olarak tercih edilmekte, bunun yanısıra bazı hastalarda radyoterapi de uygulanmaktadır⁵.

Sonuç olarak, çeneleri tutan ektranodal lenfomalara tanı koyulması güç olabilmektedir. Bu nedenle diffüz, ağrısız yumuşak doku lezyonlarından mutlak insizyonel biyopsi yapılmalı ve hızlı bir şekilde değerlendirilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Bangtsoon N, Hardell L, Eriksson M: Asbestos exposure and malignant lymphoma. *Lancet* 2: 1493-1466, 1982.
2. Bellome J, Meyer JF, Mc Gregor DH: Non-Hodgkin's lymphoma presenting as submandibular swelling and palatal ulceration. *J Oral Maxillofac Surg* 51: 1278-1281, 1993.
3. Dhanrajani PJ, Swaify GA, Khateery SM: Malignant lymphoma presenting as pericoronitis. *Int J Oral Maxillofac Surg* 21: 295-296, 1992.
4. Fukuda Y, Ishida T, Fujimoto M, Ueda T, Aozasa K: Malignant lymphoma of the oral cavity: Clinicopathologic analysis of 20 cases: *J Oral Pathol* 16: 8-12, 1987.
5. Hoffman R: *Hematology: Basic principles and practice*. Churchill Livingstone, 1995.
6. Kaugars GE, Burns JC: Non-Hodgkin's lymphoma of the oral cavity associated with AIDS. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 67: 433-436, 1989.

7. Kawasaki G, Nakai M, Mizuno A, Nakamura T, Okabe H: Malignant lymphoma of the mandible. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 83: 345-349, 1997.
8. Maxymiv WG, Wood RE, Lee L: Primary, multifocal, Non-Hodgkin lymphoma of the jaws presenting as periodontal disease in a renal transplant patient. . Int J Oral Maxillofac Surg 20: 69-70, 1991.
9. Regezi JA, Zarbo RJ, Stewart JCB: Extranodal oral lymphomas: Histologic subtypes and immunophenotypes (in routinely processed tissue). Oral Surg Oral Med Oral Pathol 72: 702-708, 1991.
10. Schaberg SJ, Daniels CA, Loomer L, Addante RR: Bilateral hard palate masses. J Oral Maxillofac Surg 51: 1262-1267, 1993.
11. Shafer WG, Hine MK, Levy BM. A textbook of oral pathology. WB Saunders Co, 1983.
12. Thomas DW, Gray W, Tate RJ: Non-Hodgkin's lymphoma presenting at the site of a recent dental extraction: a report of two cases. Br J Oral Maxillofac Surg 29: 34-37, 1991.

Yazışma adresi

Dr. Dt. Sedat ÇETİNER
GÜ Dişhekimliği Fakültesi
Ağız, Diş, Çene Hastalıkları ve Cerrahisi
Anabilim Dalı
06510 Emek - Ankara