

Lymphoma of the Tonsil: A Case Report

Tonsil Lenfoması: Olgu Sunumu

Özlem Çelebi Erdivanlı¹, Zerrin Özergin Coşkun¹, Recep Bedir², Abdülkadir Özgür¹, Doğukan Özdemir¹,
Suat Terzi¹, Engin Dursun¹

¹Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Kulak Burun Boğaz Ana
Bilim Dalı, Rize, Türkiye

²Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Ana Bilim Dalı,
Rize, Türkiye

Dergiye ulaşma tarihi:08/09/2014, Dergiye kabul tarihi: 14/11/2014, Doi: 10.5505/aot.2014.59251

ÖZET

Edinilmiş bağışıklık eksikliği sendromunun (AIDS) ortaya çıkması ve AIDS ile ilişkili lenfomaların görülmeye başlanması Burkitt lenfoma (BL) insidansının artmasına neden olmuştur. Bu çalışmada, tonsilde nekrotik ve ülsere hipertrofisi olan, insan bağışıklık yetmezlik virüsü (HIV) pozitifliği mevcut ve tonsillektomi sonrası patoloji sonucu Burkitt lenfoma ile uyumlu olan bir hasta literatür eşliğinde değerlendirilerek sunuldu. Yaklaşık 2 haftadır boğaz ağrısı, ateş, yutma güçlüğü şikayetleri olan 54 yaşında erkek hasta bu şikayetlerinin ilaç tedavisi ile gerilememesi sonucu kliniğimize başvurdu. Hastanın sol tonsilinin hipertrofik, üzerinin nekrotik ülsere görünümde olduğu dikkat çekti. Hastanın laboratuvar tetkiklerinde HIV pozitifliği saptandı. Hastaya genel anestezi altında tonsillektomi uygulandı, patoloji sonucu Burkitt lenfoma olarak geldi. Hasta tedavi amaçlı onkoloji bölümüne yönlendirilerek kemoterapisi başlandı. Özellikle erişkin hastalarda, belirlenmiş klinik risk faktörlerinin bulunduğu durumlarda tonsillektomi materyallerinin daha dikkatli ve malignite göz önüne alınarak yapılması gerektiğini düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Tonsil; Burkitt lenfoma; HIV

ABSTRACT

The emergence of AIDS and AIDS related lymphomas have led to increased incidence of Burkitt lymphoma. In this study, the patient who has diagnosed as HIV and Burkitt lymphoma after tonsillectomy was presented. Fifty-four years old male patient who complained of sore throat, fever and odynophagia about 2 weeks has admitted to our clinic. The view of the left tonsil was hypertrophic, necrotic and ulcerative. The patient was found to be HIV positive. Tonsillectomy was performed under general anesthesia. Pathologic examination revealed Burkitt lymphoma. With this pathology result, the patient was referred to the department of medical oncology for chemotherapy. We believe that, tonsillectomy specimens should be examined more carefully especially in patients with clinical risk factors.

Key words: Tonsil; Lymphoma; HIV

Giriş

Baş-boyun bölgesi lenfomaları, yassı hücreli karsinomların ardından en sık görülen baş-boyun neoplazilerdir ve bu bölgedeki malignitelerin %2-3'ünü oluşturmaktadır (1). Bu bölgede Waldeyer halkasının en sık tutulan lokalizasyon olduğu bildirilmekle birlikte, bu lenfoid kompartmanda en belirgin tutulum yeri tonsildir (2). Tonsiller bölgede en sık görülen lenfomalar B hücreli non-Hodgkin lenfomalarıdır (NHL) (1).

Burkitt lenfoma (BL), en sık görülen çocukluk yaşı NHL'sidir. BL sekizinci kromozomdaki c-myc geninin translokasyonu ile karakterizedir. Afrika tipinin (Endemik tip)

Epstein-Barr virüsü ile ilişkisi bilinmektedir. Yüz kemikleri ve çeneyi tutar. Sporadik tipi genellikle gastrointestinal sistem, overler, böbrekleri tutar. İnsan bağışıklık yetmezlik virüsü (HIV) ile enfekte olan kişilerde de hastalığın bir başka tipi gelişebilir (3).

Bu çalışmada, tonsilde nekrotik ve ülsere hipertrofisi olan, HIV pozitifliği mevcut ve tonsillektomi sonrası patoloji sonucu BL ile uyumlu olan bir hasta literatür eşliğinde değerlendirilerek sunuldu.

Olgu Sunumu

Yaklaşık 2 haftadır boğaz ağrısı, ateş, yutma güçlüğü şikayetleri olan 54 yaşında erkek hasta



bu şikayetlerinin ilaç tedavisi ile gerilememesi sonucu kliniğimize başvurdu. Hastanın orofarengeal muayenesinde sol tonsilinin oldukça hipertrofik, tonsil yüzeyinin ülsere ve nekrotik görünümde olduğu izlendi (Resim 1).

Boyunda palpabl kitlesi ve trismus olmayan hastanın odinofajisi mevcuttu. Periferik lenf nodu, ateş ve hepatosplenomegalisi olmayan hastanın diğer muayenelerinde patolojiye rastlanmadı. Bilgisayarlı tomografide (BT), orafarenks ve hipofarenks düzeyinden geçen kesitlerde sol parafarengeal yerleşimli yaklaşık 41x31 mm ebatlarında lobüle konturlu yumuşak doku dansitesinde hafif heterojen dansitede kitle lezyonu izlendi. Lezyon lokalizasyonunda parafarengeal yağ planları silinmiş olarak izlendi. Görünüm malign karakterde kitle lezyonu ile uyumlu bulundu (Resim 2A). Magnetik rezonans (MR) görüntülemesinde ek olarak sol palatin tonsilin hipertrofik olduğu, konturlarında lobülasyon dikkati çekti. Kitlenin orofarenks hava sütununu sol lateralden belirgin daralttığı izlendi (Resim 2B). Hastanın hemogram ve biyokimyasal değerlendirmesinde, WBC 3.9 K/uL, HB: 10.6 g/dL, HTC: 33.0 %, PLT: 120000 KuL, CRP: 0.69 mg/dL, Sedimentasyon: 24 mm/1 saat, AST: 38 U/L, ALT: 24 U/L, Üre:30 mg/dL, Kreatin: 1.03 mg/dL olarak saptandı. Hastanın Elisa tetkiklerinde ise HIV pozitifliği saptandı. Ankara Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi'ne yollanan kan örneklerinde HIV RNA pozitifliği doğrulandı. Bu sırada hastaya genel anestezi altında tonsillektomi uygulandı. Patolojik incelemede B hücreli NHL infiltrasyonu (high grade) saptandı (Resim 3). Histopatolojik ve immünohistokimyasal bulguların BL ile uyumlu olduğu belirtildi. İmmünohistokimyasal incelemede neoplastik hücrelerde CD20 (+), CD10 (+), CD3 (-), bcl 2 (-), CD138 (-) ve KI67 proliferasyon indeksi %100 pozitif sonuç verdi (Resim 4,5). Hasta kemoterapi amacı ile onkoloji kliniğine, antiretroviral tedavi amacıyla enfeksiyon kliniğine yönlendirildi

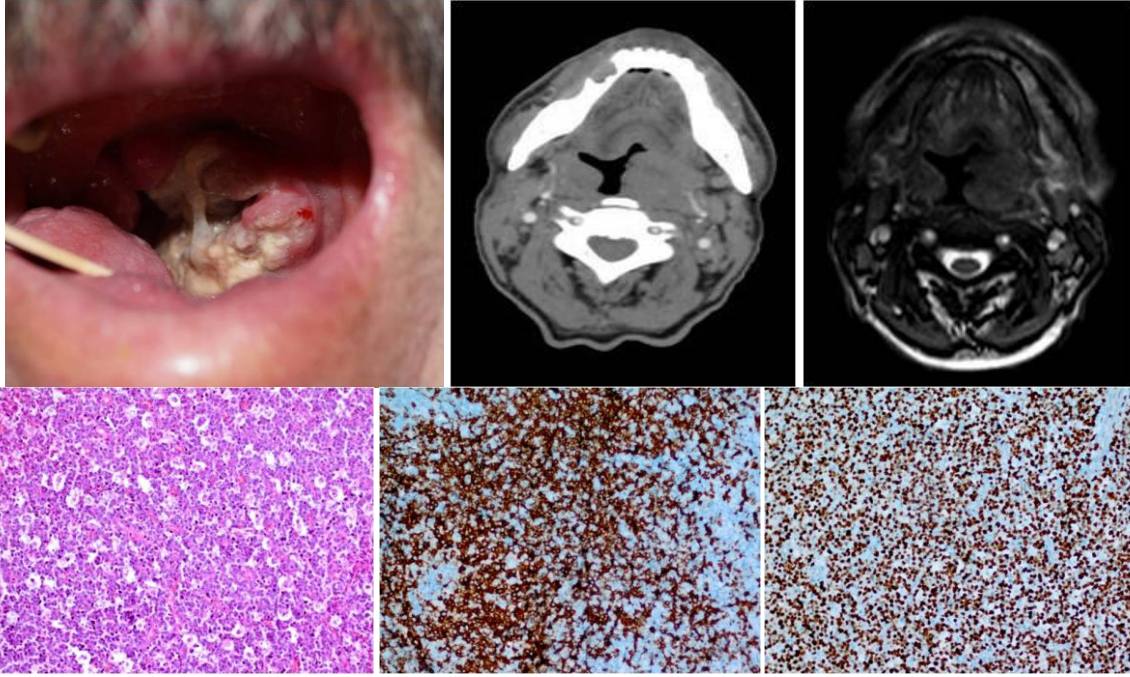
Çalışmalarda tonsil lojunda en sık görülen lenfoma tipinin B hücreli NHL olduğu ve ektranodal yerleşim olarak %60-70 oranında Waldeyer halkası tutulumu bildirilmiştir (4-6). Tonsil tutulumu gösteren NHL'lerde ortalama yaş 59 olarak bildirilmiştir (4). Olgumuzda da, literatürle uyumlu olacak şekilde hasta yaşı 54 idi. Başlıca klinik bulgular boğaz ağrısı, tonsil büyümesi, yutma güçlüğü, boyunda kitle varlığı ve işitsel yakınmalardır (7). Tonsiller lenfomaların yaklaşık %10'u sistemik yakınmalara sahip hastalardır. Genellikle MR ile tonsil yerleşimi-mindeki kitle saptanır.

Tek taraflı asimetric tonsil büyümesinde malignite şüphesi nedeniyle tonsillektomi planlanır. Primer tonsil maligniteleri tüm insan malignitelerinin %2'sini oluşturur. En sık görülen tonsil tümörü yassı hücreli karsinomdur (%75). En sık görülme şekli tonsilde tek taraflı büyüme ve mukozada ülserasyondur. İkinci sık görülen tonsil tümörü lenfomalardır (1,8). Daha çok submukozal kitle şeklinde karşımıza çıksa da asimetric hipertrofi de yapmaktadırlar (8,9). Malignitenin dışında, benign tümörler, tekrarlayan enfeksiyonlar, lipid depo hastalıkları, tüberküloz ve aktinomikoz gibi kronik enfeksiyonlar ve komşu yapıların patolojilerinin de tonsilde tek taraflı asimetric büyümeye neden olabileceği literatürde bildirilmektedir (8).

Beaty ve ark. erişkin hastalarda tonsillektomi materyallerinin histopatolojik incelemeye alınması için, kanser öyküsü olması, tonsilde asimetric büyüme, tonsilde palpabl kitle, tonsil üzerinde şüpheli lezyon, boyunda kitle, açıklanamayan kilo kaybı ve halsizlik, gece terlemeleri, ateş ve iştahsızlık gibi kriterler bildirmişlerdir (10). Alvi ve Vartainan, 288 tonsillektomi materyali içinde sadece 1 hastada lenfoma tanısı (peritonsiller apse tanısı ile tonsillektomi olan 65 yaşında erkek hasta) olduğunu bildirmişlerdir (11). Younis ve ark. 2438 adenotonsillektomi kaydını inceledikleri (2099 çocuk, 339 erişkin) çalışmalarında çocukluk çağında hiçbir maligniteye rastlamamışlarken erişkin grubunda 40 hastada malignite bulmuşlar. Dolayısıyla özellikle erişkin grubunda gross patolojik incelemenin yeterli olduğunu, ancak

Tartışma





Resim 1: Hipertrofik tonsil yüzeyinin ülser ve nekrotik görünümü, **2:** Kitlenin tomografi görüntüsü, **3:** Kitlenin magnetik rezonans görüntüsü, **4:** Diffüz infiltrasyon gösteren tingible-body makrofajlar (yıldızlı gökyüzü manzarası) içeren atipik lenfoid hücre infiltrasyonu (H&E, x200), **5:** Neoplastik hücrelerde CD20 ile diffüz pozitif boyanma (x200), **6:** Ki-67 ile %100 yakın diffüz pozitif boyanma (x200)

risk faktörlerinin bulunduğu şüpheli olgularda histopatolojik inceleme yapılmasının gerekli olduğunu ileri sürmüşlerdir (12).

Reiter ve ark. tek taraflı asimetric büyüme olan 31 tonsillektomi materyalinin 2'sinde (%6.5) maligniteye rastlamışlardır. Her iki hasta da diffüz büyük B hücreli lenfoma tanısını almıştır (6).

Primer tutulum bölgesine bağlı olarak ektranodal NHL'ler değişken bir klinik süreç ve prognoza sahiptir. Erken evre tonsiller yerleşim, diğer ektranodal tutulumlara oranla daha iyi bir prognostik özelliğe sahiptir (13). Ancak AIDS'in ortaya çıkması ve AIDS ile ilişkili lenfomaların görülmeye başlanması günümüzde BL insidansının artmasına neden olmuştur. AIDS hastalarında görülen tüm lenfomaların %20-40'ının BL olduğu belirlenmiştir. Tedavide agresif çoklu ajan içeren kemoterapi protokolleri uygulanır. BL da tedaviye tam yanıt oranı %70-90 olmakla birlikte riski yüksek hastalarda santral sinir sistemi tutulumu sıklığı ve relapslar göz-önünde bulundurulurken tedavi planlanmalıdır (4,14). HIV pozitif hastalarda ise tedaviye yanıt ve relaps oranları benzer olmakla birlikte enfeksiyöz komplikasyonlar ve komorbid hastalığa bağlı olarak sağkalım oranlarının

daha düşük olduğu tespit edilmiştir (15). Ancak etkin antiviral ajanların tedaviye girmesiyle birlikte hastaların %50'sinden fazlasında uzun süreli hastalısız sağkalım sağlanmıştır. Merkezi sinir sistemi tutulumu olan hastalarda ise tedavi yanıtları ve prognoz oldukça kötüdür (15).

Sonuç olarak, özellikle erişkin hastalarda, belirlenmiş klinik risk faktörlerinin bulunduğu durumlarda tonsillektomi materyallerinin histopatolojik incelemesinin gerekli olduğu görüşündeyiz. Peritonsiller apse ile gelen olgularda ayırıcı tanıda malign patolojiler düşünülmeli ve tedavi takibinde tonsilde şüpheli görünümde tonsillektomi ile kesin tanıya gidilmelidir.

Çıkar Çatışması: Yok

Kaynaklar

1. Kaygusuz G, Cansız C, Kuzu I, Dizbay Sak S. Tonsil maligniteleri arasında lenfoproliferatif hastalıkların dağılımı. *Türk Patoloji Dergisi* 2008;24:166-7
2. Epstein JB, Epstein JD, Le ND, Gorsky M. Characteristics of oral and paraoral malignant lymphoma: A population-based review of 361 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2001;92:519-25



3. Yamaç D. Baş ve boyun bölgesi hodgkin ve non-hodgkin lenfomaları. KBB ve BBC Dergisi 2003;11 :125-40
4. Barton JH, Osborne BM, Butler JJ, et al. Non-Hodgkin's lymphoma of the tonsil. A clinicopathologic study of 65 cases. Cancer 1984;53:86-95
5. Kaur P, Nazeer T. B-cell chronic lymphocytic leukemia/small lymphocytic lymphoma presenting in the tonsil: a case report and review of literature. Am J Otolaryngol 2004;25:121-5
6. Reiter ER, Randolph GW, Pilch BZ. Microscopic detection of occult malignancy in the adult tonsil. Otolaryngol Head Neck Surg 1999;120:190-4
7. Saul SH, Kapadia SB. Primary lymphoma of Waldeyer's ring. Clinicopathologic study of 68 cases. Cancer 1985;56:157-66
8. Doğan R, Tuğrul S, Eren SB. Peritonsiller apse ile gelen diffüz büyük B hücreli lenfoma. Türk Otolarengoloji Arşivi 2012;50:50-3
9. Cinar F. Significance of asymptomatic tonsil asymmetry. Otolaryngol Head Neck Surg 2004;131:101-3
10. Beatty MM, Funk GF, Karnell LH, et al. Risk factors for malignancy in adult tonsils. Head Neck 1998;20:399-403
11. Alvi A, Vartanian AJ. Microscopic examination of routine tonsillectomy specimens: it is necessary? Otolaryngol Head Neck Surg 1998;119:361-3
12. Younis RT, Hesse SV, Anand VK. Evaluation of the utility and cost effectiveness of obtaining histopathologic diagnosis on all routine tonsillectomy specimens. Laryngoscope 2001;111:2166-9
13. Economopoulos T, Fountzilias G, Kostourou A, et al. Primary extranodal non-Hodgkin's lymphoma of the head and neck in adults: a clinicopathological comparison between tonsillar and nontonsillar lymphomas. Anticancer Res 1998;18:4655-60
14. Ekici K, Erdem ME, Şahin G, ve ark. Midenin Burkitt lenfoma olgusu ve literatürün gözden geçirilmesi..J Kartal TR 2014.34392
15. Kaplan LD. HIV-associated lymphoma. Best Practice and Research Clinical Haematology 2012;25:101-7

