

Oral ve Sinonazal Kavitenin Periferal T-Cell Lenfoması: Vaka Raporu[¶]

PERIPHERAL T-CELL LYMPHOMA OF ORAL AND SINONASAL CAVITY: A CASE REPORT

Orhan GÜVEN* Ahmet KESKİN* Umut SARAÇOĞLU**, Nalan AKYÜREK***

* Prof.Dr., Ankara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız, Diş, Çene Hastalıkları ve Cerrahisi AD,

** Dt., Ankara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız, Diş, Çene Hastalıkları ve Cerrahisi AD,

*** Dr., Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji AD, ANKARA

Özet

Amaç: Non-Hodkin lenfomalar (NHL) immün sistemin farklı hücrelerinden köken alan malign durumlardır. Lenfomalar baş boyun bölgesindeki tümörlerin %1'inden daha azını oluştururlar. Bu makalenin amacı oral ve sinonazal kavitede lokalize periferal T-cell lenfoma vakasını sunmaktır.

Vaka raporu: 21 yaşındaki bayan hasta, yüzünün sol tarafında şişlik şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Ekstraoral muayenede, yüzünün sol tarafında şişlik ve submandibular bölgede lenfadenopati saptandı. İntraoral muayenede, sert, yumuşak damak sınırında lokalize, düzensiz, ülsere yüzeyle bir kitle görüldü. Maksiller sinüsten insizyonel biyopsi yapıldı. Histopatolojik olarak periferal T-cell lenfoma tanısı kondu.

Sonuç: Periferal T-cell lenfoma, oral ve sinonazal kavitede oldukça nadir rastlanan bir neoplazidir. Erken teşhis hastaların yaşamında önemlidir. Bizim vakamız geciktirildiği için tedavisi olumsuz yönde etkilenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Periferal T-cell lenfoma, Sinonazal kavite, Oral kavite

T Klin Diş Hek Bil 2000, 6:133-137

Summary

Purpose: Non-Hodgkin's Lymphoma (NHL) is a malignant conditions arising from diverse cells of the immune system. Lymphomas occur less than 1% of head and neck tumors.

In this report, peripheral T-cell lymphoma in oral and sinonasal cavity and its clinical and histopathological features will be presented.

Case Report: A 21-year-old female patient was referred to our clinic with a complaint of facial swelling over the left face. Extraoral examination revealed swelling over the left face and submandibular lymphadenopathy. Intraoral examination revealed a irregular, ulcerated mass in the border of hard-soft palate. Incisional biopsy was performed from maxillar sinus. Histopathological diagnosis was peripheral T-cell lymphoma.

Conclusion: In conclusion, peripheral T-cell lymphoma in the oral and sinonasal cavity is an unusual neoplasm. Early diagnosis is an important for survival of patients. The treatment of our patient was delayed because she was delayed for diagnosis.

Key Words: Peripheral T-cell lymphoma, Sinonasal cavity, Oral cavity

T Klin J Dental Sci 2000, 6:133-137

Maling lenfomalar Hodkin (HL) ve non-

Geliş Tarihi: 27.09.2000

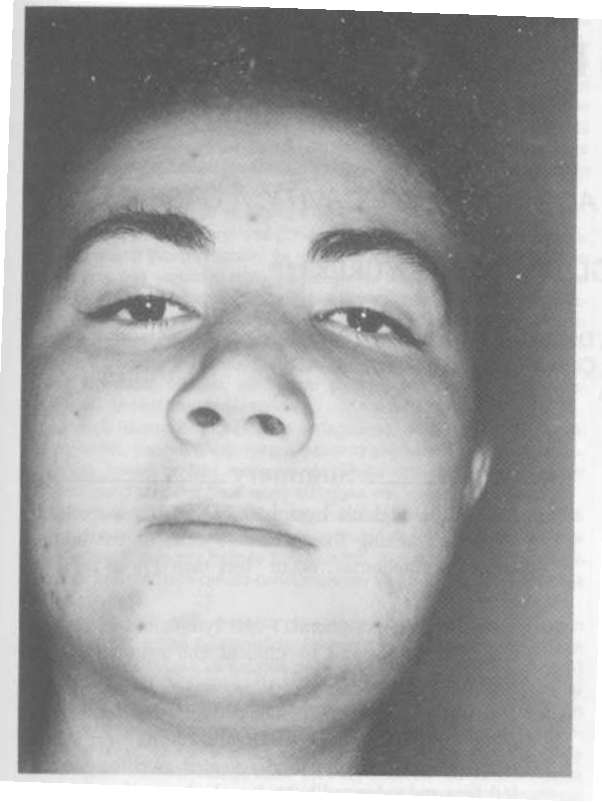
Yazışma Adresi: Dt.Umut SARAÇOĞLU
Kıbrıs Cad. Bahadırlar Sok. 3/12
06580, Kurtuluş, ANKARA

[¶]Bu makale Türk Oral ve Maksillofasial Cerrahi Derneği'nin 17-21 Mayıs 2000 tarihinde Antalya'da düzenlenen 8. Uluslararası Bilimsel Kongresinde sözlü olarak tebliğ edilmiştir.

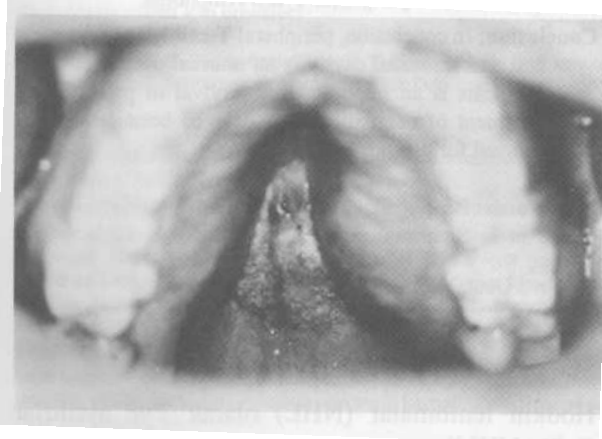
T Klin J Dental Sci 2000, 6

Hodkin lenfomalar (NHL) olarak 2'ye ayrılırlar (1,2). NHL'lar, gerek laboratuvar bulguları, gerek farklı klinik tipleri ve gerekse tedaviye cevapları açısından diğer neoplazilerden ayrılırlar (3). İmmün sistemin farklı hücrelerinden gelişen heterojen malign durumlardır (4). Primer olarak lenf nodlarını içermelerine rağmen %24 oranında gastrointestinal bölge, deri, oral kavite, farinks, uvula, ince bağırsak ve santral sinir sistemi gibi ekstrasnodal yerleşimli de olabilirler (1,4,5).

133



Resim 1. Vakanın ekstraoral görünüşü.

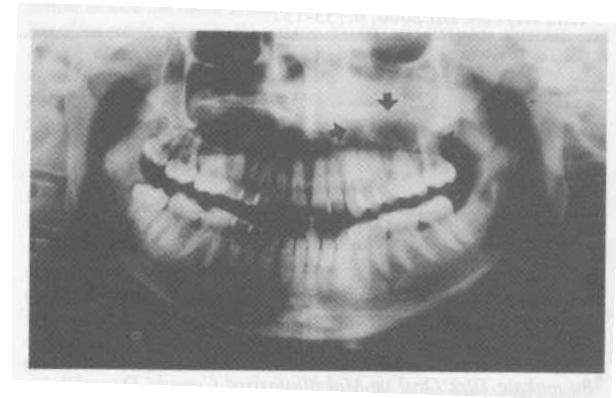


Resim 2. Sert-yumuşak damak sınırında kitle.

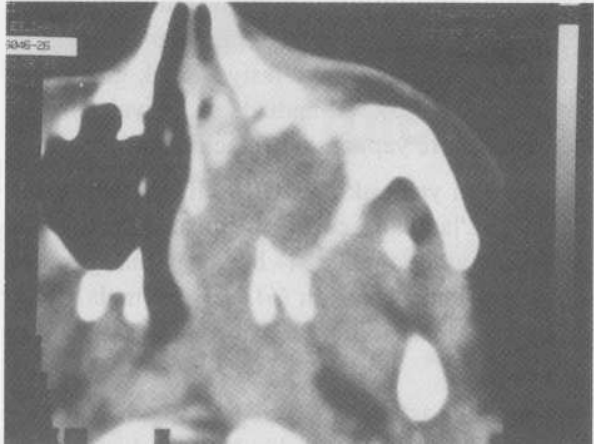
Vaka Raporu

29-6-1998 tarihinde kliniğimize başvuran 21 yaşındaki bayan hasta, yüzünün sol tarafında uzun süredir var olan şişlik ve bir aydır da damağında bulunan bir kitleden şikayet etmekteydi. Hastadan

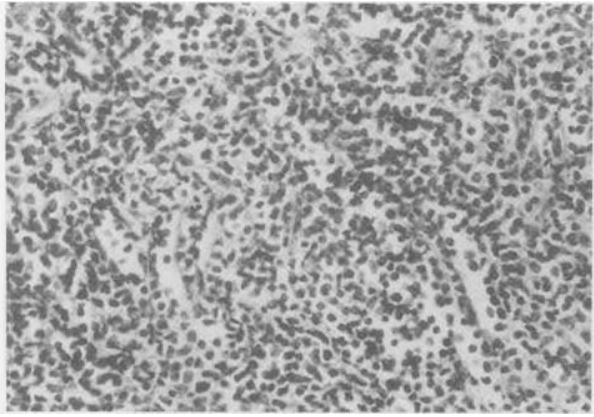
alınan anamnezde yaklaşık 6 ay önce sol maksiller molar dişler bölgesinde ağrı ve yüzünde şişlikle bir hastanenin diş polikliniğine başvurduğu ve bu ağrı ve şişliğin üst sol yirmi yaş dişinden kaynaklandığı düşünülerek antibiyotik verildiği, takiben de dişin çekildiği öğrenildi. Ancak şişlik ve ağrının devam etmesi üzerine, hastanın antibiyotik kullanımına devam ettiği ve 6. ay sonunda kliniğimize sevk edildiği saptandı. Ekstraoral muayenede, yüzünün sol tarafında şişlik ve sol submandibular bölgede lenfadenopati saptandı (Resim 1). İntraoral muayenede sol maksillar alveol diğer tarafa göre hem vestibul hem de palatine doğru bir ekspansiyon göstermekteydi. Ayrıca sert, yumuşak damak sınırında lokalize, düzensiz, ülsera yüzeyle bir kitle de mevcuttu (Resim 2). Panoramik grafide sol maksiller sinus daha radyoopaktı (Resim 3). Hastadan yapılan ince iğne aspirasyon biyopsisinde çok az sayıda neoplazi düşündürülen hücreler saptandı. Ancak kesin tanı için biyopsinin tekrarı önerildi. Maksiller CT 'de ise sol frontal sinüs, sol anterior ve posterior etmoidal sinüs ve sol maksiller sinüsü tamamen dolduran yumuşak kitle görüldü (Resim 4). Söz konusu kitlenin infraorbital yağ dokusu, nasal kavite ve sol maksiller sinüsün medial duvarına infiltrat olması dikkat çekiciydi. Maksiller sinüsten biyopsi yapıldı ve histopatolojik olarak periferik T-cell lenfoma tanısı kondu. Histopatolojisinde, yoğun kromatin paternine sahip, düzensiz nükleuslu, küçük ve büyük lenfoid hücrelerden oluşan diffüz infiltrasyon görülmüştür (Resim 5). Bu tanı üzerine hastadan alınan tam kan sayımı, kan biyokimyası, EKO, endoskopi, torakoabdominal CT ve BOS sitolojisi bulguları



Resim 3. Panoramik radyografide sol maksiller sinüsdeki radyoopasite.



Resim 4. Maksiller CT'de sol maksiller, etmoidal ve frontal sinüslerdeki yumuşak kitle.



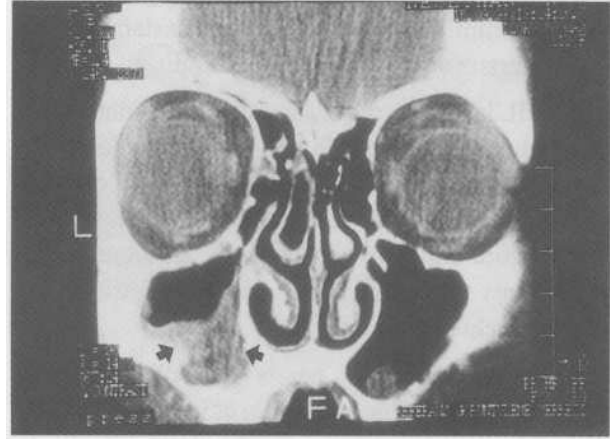
Resim 5. (HE x 400) Küçük ve büyük lenfoid hücrelerden oluşan diffüz infiltrasyon.

normal bulundu ve Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Onkoloji bölümüne gönderilen hastaya, siklofosfamid, doksorubisin, vinkristin ve prednisolondan oluşan klasik kemoterapi rejimi uygulanmasına karar verildi. 3. kür kemoterapi uygulanması sonrası alınan CT'de maksiller sinüsteki yumuşak dokuda azalma görüldü (Resim 6). 6. kür sonunda alınan CT'de minimal yumuşak doku dışında bir bulgu yoktu (Resim 7). Kontrol amacıyla alınan maksiller sinüs biyopsisinde tümör lehine bulgu saptanmadı. Hastada kemoterapi sırasında cilt infiltrasyonu bulguları da saptandı ve damaktaki kitlenin tamamen kaybolması dikkat çekiciydi (Resim 8). Yapılan kemik iliği biyopsisinde malign

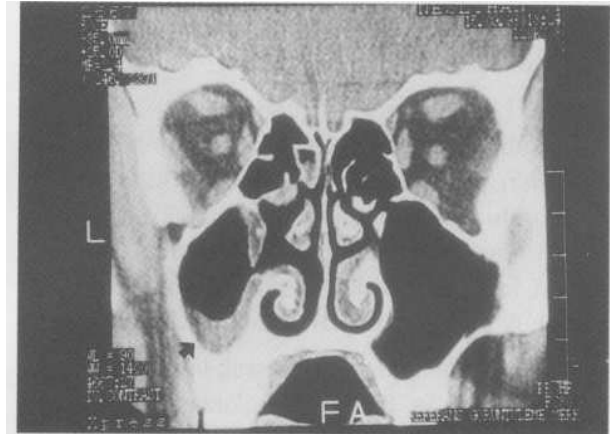
infiltrasyon saptanması üzerine iki kür daha kemoterapi ve kranial radyoterapi yapılmasına karar verildi. Kemik iliği nakli için hazırlanan hastanın, genel durumundaki bozulma ve sekonder enfeksiyonların elimine edilememesi sonucu, 1999 yılı Ekim ayında tedavi periyodu sırasında yaşamını yitirdiği öğrenildi.

Tartışma

Ekstranodal NHL'in baş boyun bölgesinde görülme sıklığı oldukça azdır (6-8). Oral kavitede ise yaklaşık %0.1-0.2 oranında bildirilmiştir (1). Bu bölgede yumuşak doku, kemik, dişeti, tükürük bezleri, yanak, nazofarinks, burun ve paranasal sinüsler sık etkilenir ve şişlik en yaygın semptomdur (1). Fukuda ve ark. (9), oral kavitedeki malign



Resim 6. 3. kür kemoterapi sonrası maksiller CT görünümü.



Resim 7. 6. kür kemoterapi sonrası maksiller CT görünümü.



Resim 8. Damakta görülen iyileşme.

lenfoma vakalarında yaptıkları gözlemlerinde, NHL'yı yumuşak dokudaki diffüz ağrısız şişlik olarak tanımlamışlardır. Nitekim hastamızda da diffüz ağrısız şişlik primer semptomdu.

NHL'lar erkek popülasyonunda kadınlara göre daha sık görülür ve siyah ırkı daha çok etkiler (3). Görülme yaşı 6. ve 7. dekatlardır ancak oldukça geniş bir yaş dağılımı vardır (4,5). Maksilla mandibulaya göre daha sık etkilenir (1). Hastamızın bayan olması ve yaşının genç olması bu görüşü desteklemektedir.

Wong ve ark. (10), baş boyun bölgesinde 128 NHL vakasının 83'ünün Waldeyer'in lenf halkasını, 12 vakanın paranasal sinüsü, 11 vakanın ise dişeti, bukkal sulkus, ağız tabanı ve yanağı tuttuğunu bildirmişlerdir. Tüm sinüs tümörlerinin yaklaşık %8'i lenfomalardır, NHL'in ise %1.5'i bu bölgede lokalizedir (11). Vakamızın da sinusal kavite ve sert damaktaki lokalizasyonu nadir ve ilginçtir.

NHL'lı hastaların çoğunda ağrısız lenfadenopati vardır. Ancak splenomegali, lezyon bölgesinde ağrı, deri bulguları, anemi, enfeksiyon, ateş, kilo kaybı gibi bulgular da görülebilir (3,12). Hastamızda da submandibular ve servikal bölgede ağrısız lenfadenopatiler ve deri lezyonları saptanmış olup, klinik belirtileri desteklemektedir.

NHL'lar histopatolojik olarak low grade, intermediate grade ve high grade olarak 3 temel kategoride incelenir (3). Vakamızın histopatolojik incelemesinde geniş nekroz alanlarının mevcudiyeti

lezyonun agresifliğini ve high grade olduğunu göstermektedir. High grade lenfomalar iyileşmeyen ülserler, epitaksis, ağrı ve fasiyal şişlik gibi semptomlar verirler (5). Hastamızda da fasiyal şişlik ve damakta ülser yapı dikkat çekicidir.

NHL'in yaklaşık %10'u T-cell lenfomadır (2). Oral NHL'lar daha çok B hücre orijinlidir fakat Japon popülasyonunda T hücreli tipin görülme insidansı oldukça fazladır (6). Vakamızın da T hücreli tipte olması oldukça nadir olması açısından önemlidir.

Bu tip hastalarda erken teşhisin önemini bir kez daha vurgulamak gerekir. Hastalarda, genellikle dental problemlerle karıştırılabilen şişlik mevcuttur. Böyle şüpheli durumlarda CT oldukça önemli bir teşhis yöntemi olmaktadır (1). İyi bir muayene ve radyografilerle teşhis daha doğru ve kolay olmaktadır. Hastanın probleminin dental sorunlarla karıştırılması ve buna yönelik çok uzun süreli antibiyotik kullanılarak hastamızın oldukça geciktirilmesi, uygulanacak tedavinin gecikmesine ve hastanın olumsuz etkilenmesine sebep olmuştur. Çok agresif seyirli bir lezyon oluşu da hastanın kaybedilmesine yol açmıştır.

KAYNAKLAR

1. Kawasaki G, Nakai M, Mizuno A, Nakamura T, Okabe H: Malignant lymphoma of the mandible. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endodontics* 83:345, 1997
2. Chandu A, Mitchell A, Corrigan M: Cutaneous CD30 positive large T cell lymphoma of the upper lip. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery* 35: 193, 1997
3. Wiernik PH: *Neoplastic Disease of the Blood*. Newyork, Churchill Livingstone, 1991, s. 739
4. Wolvius EB, Valk P, Baart JA, Meeteren NY, Wall I: T-cell lymphoblastic lymphoma of the lower jaw in a young child. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endodontics* 82: 434, 1996
5. Abbondanzo SL, Wenig BM: Non-Hodgkin's lymphoma of the sinonasal tract. *Cancer* 75: 1281, 1995
6. Shindoh M, Takami T, Arisue M, Yamashita T, Saito T, Kohgo T, et al: Comparison between submucosal (extranodal) and nodal non-Hodgkin's lymphoma (NHL) in the oral and maxillofacial region. *J Oral Pathol Medicine* 26: 283, 1997
7. Howell RE, Handlers JP, Abrams AM, Melrose RJ: Ekstranodal oral lymphoma Part II Relationships between clinical features and the Lukes-Collins clasification of the 34 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathology* 64: 597, 1987

8. Eisenbud L, Sciubba J, Mir R, Sachs SA: Oral presentations non-Hodgkin's lymphoma A review of the thirty-one cases. *Oral Surgery* 56: 151, 1983
9. Fukuda Y, Ishida T, Fujimoto M, Aozawa K: Malignant lymphoma of the oral cavity clinicopathologic analysis of 20 cases. *J Oral Pathology* 16:8, 1987
10. Wong DS, Fuller LM, Butler JJ, Shullenberg CC: Ekstranodal non-Hodgkin's lymphomas of the head and neck. *Am J Roetgenology* 123: 471, 1975
11. Bumpous JM, Martin DS, Curran P, Stith JA: Non-Hodgkin's lymphomas of the nose and paranasal sinuses in the pediatric population. *Ann Otol Rhinol Laryngology* 103: 294, 1994
12. Liang R, Todd D, Chan TK, Chiu E, Choy D, Loke SL, Ho FCS: Nasal lymphoma. *Cancer* 66: 2205, 1990