

Bir Olgu Nedeniyle Nazal Kavite ve Ethmoid Sinüste Lokalize Non-Hodkin Lenfoma

*Dr. Adil ERYILMAZ**

*Dr.Cavit ÖZERİ **

*Dr.İnci KÖSELİ***

*Dr. Erdal SAMİM**

*Dr.Hüseyin DERE**

*Dr.Ahmet SA RA ÇEL***

*Dr.Şükni ÖZDAMAR***

Malign lenfomalar primer olarak hematologu ilgilendirir fakat bazen Kulak Burun Boğaz uzmanları için de problem olabilirler, Sinonazal lenfomalar nadir görülen radyosensit il" malign neoplazmlardır. Genellikle bulunduğu bölgede gelişim gösteren, yayılımı nadir tümörlerdir. Klinik tablo bu bölgenin diğer neoplastik lezyonlarına benzer. Bu yüzden tanı güç konabilir. Klinik deneyimler 40 yaşın üzerinde benign sayılan lezyonlarda bile dikkatli biopsi yapılması gerekliliğini göstermektedir.

Bu tümörlerde prognoz nisbeten iyidir. Uygun tedavi ile 5 yıl sürvi %70'ini üzerindedir.

OLGU TAKDİMİ

S.Ç. 59 yaşında, evli, kadın. Yüzünün sol tarafında şişlik, sol gözünün öne ve dışa doğru yer değiştirmesi, çift görme, baş ağrısı yakınmalarıyla 18.1988 tarihinde kliniğimize yatırıldı. Hikayesinde 3 ay önce sol göz ve alın bölgesinde zonklayıcı ağrı olduğunu ve 15 gün sonrada sol gözünün öne ve dışa doğru yer değiştirdiğini, uzağa bakışta çift gördüğünü tarilledi. Fizik muayenesinde: Sol orta konka altında sınırları tam belli olmayan gri renkli, pantokain adrenalin tatbikinden sonra herhangi bir değişiklik olmayan kitle mevcuttu. Sol orbita üst medial bölgesindeki 1x1 cm'lik düzgün yüzeyli ve sert kitlenin basısına bağlı olarak sol göz küresi tıne ve dışa doğru yer değiştirmişti.

Öz ve soy geçmişinde kayda değer bir özelliği olmayan hastanın, kardiyovasküler, solunum, gastroinlestial ve sinir sisteminde patolojik bulguya rastlanmadı. Ekslremile muayenesi normaldi.

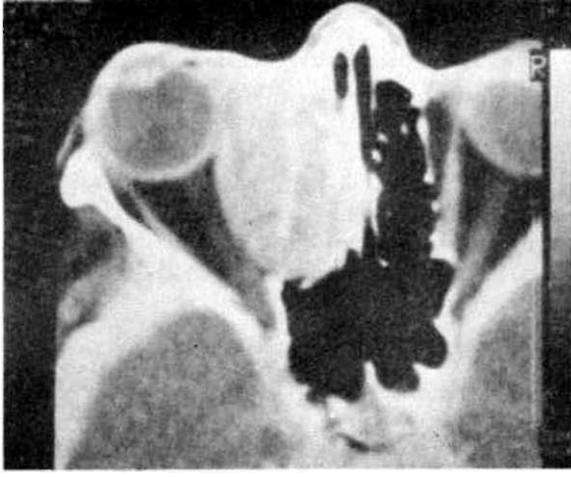
Laboratuar bulguları, çekilen akciğer grafisi ve elektrokardiyografi normal sınırlarda idi.

S.n Ankara Hastanesi KBB. Kliniği ANKARA

S.B Ankara Hastanesi Patoloji KBB. ANKARA

Çekilen abdominal ultrasonografide, karaciğerin kosta yayını geçmediği, parankim eko yapısının homojenize olduğu gözlemlendi. Solid veya kistik yapı saptanmadı. Portal sistem, pankreas ve dalak normaldi. Böbreklerde kaliks duvarlarında senileteyc veya geçirilmiş enfeksiyona bağlı olabilecek kalınlaşma ve düzensizliklerin varlığı dışında patolojik bulgu yoktu. Lenf noclları saptanmadı.

2.8.1988 tarihinde yapılan kompüterize tomografide sol burun boşluğu ve ethmoid sinüsü dolduran, sol orbita boşluğunun medial duvarında medial rektus kasını dışa iten, bulbus okuliye yine aynı tarzda iterek minimal proptoz oluşturan solid yumuşak doku kitlesinin olduğu saptandı. Maksiller sinüs medial duvarında inceleme ve harabiyel izlenmekte idi (Şekil 1). Hastaya 3.8.1988 tarihinde sol Caldwell-Luc yaklaşımı ile maksiller sinüs açıldı. Mukoid sıvı ile karşılaştırıldı. Antrum üst iç duvarı defektli ve ethmoid sinüslerle işbirlikli olduğu gözlemlendi. Sinüs mukozası kürete edildi. Daha sonra sol orta konka altındaki kitleden biopsi alındı ve patolojik inceleme gönderildi. Patoloji departmanının malign lenfoma düşünmesi ancak yetersiz materyal nedeni ile subgrup tayini yapılamaması nedeniyle hastaya ikinci operasyon planlandı. 22.8.1988 tarihinde lokal anestezi ile sol eksternal frontoetmoidektomi yapıldı, kitle total olarak çıkarılarak biopsi materyali patolojiye gönderildi. Operasyon sırasında kitlenin ethmoid sinüs, frontal sinüs, frontal sinüs ve obitanın bir kısmını invaze ettiği ve göze baskıda bulunduğu saptandı.



Şekil 1. 1 Sol burun boşluğu ve sol etmoid sinüsü dolduran kitlenin CT'de görünüşü.

Materyalin tekrar incelenmesi sonucu Low Grade Lenfoma tanısı kondu (Patoloji Prot.No.3214/1988).

TARTIŞMA

Malign lenfomalar bütün malign hastalıkların yaklaşık %4'ünü oluştururlar. Bunlardan Non-Hodgkin lenfomalar, Hodgkin lenfomalara oranla daha sık görülürler (6/4),(1-2.)

Non-hodgkin lenfomalar önemli oranda ekstranodal yerleşim gösterirler. Freeman ve arkadaşları 8767 hastalık serilerinde bu oranı %24 olarak belirlemişlerdir (3). Baş boyun bölgesinde en sık rastlanan ekstranodal tulum VValdeyer halkasına olmaktadır (%30). Bunu burun ve paranasal sinüsler izlemektedir (4). Nazal kavite ve paranasal sinüslerde malign neoplazmalar tüm malignitelerin %0.8'inden azdır. Bunlar içinde de primer Non-Hodgkin lenfomalar çok az, bir yer kaplarlar (5).

Conley ve arkadaşlarının 1974-84 yılları arasında saptadıkları baş boyun bölgesinde lokalize ekstranodal 86 Non-Hodgkin lenfoma olgularından bir tanesi etmoid sinüse yine bir tanesinde sfenoid sinüse lokalizedir (%2.32),(4).

Robbins ve arkadaşları 1947-84 yılları arasında saptadıkları nazal kaviteye ve paranasal sinüslerde

lokalize Non-Hodgkin lenfomalar da erkek-kadın oranını 2.8/1 olarak belirlemişlerdir (6).

Nazal kavite ve paranasal sinüs Non-Hodgkin lenfomaları hayatın 4. dekadından sonra daha sık olarak görülmektedir. Olguların çoğu yaşlı hastalardır. Klinik tablo bu bölgenin diğer neoplastik lezyonlarında görülen tablolara benzer. En belirgin semptomlar: Nazal obstrüksiyon, epistaksis, rinore, yüzde şişlik, damakta ülserasyon, proptozis ve yayılım ilerlemesiyle kranial sinir felçleridir (4,7,8).

Malign lenfoma tanısı histolojik ve histokimyasal incelemelerle konur. Biopsi materyali masserasyon ve kuruluğa son derece hassastır. Yeterli miktarda doku deforme olmadan keskin aletlerle alınmalı, mümkün olduğunca çabuk prepare edilerek incelenmelidir. Non-Hodgkin lenfomalar, ilk kez lenfosarkom, retikülüm hücreli sarkom ve folliküler lenfoma olarak 3 grupta incelenmiş, bu sınıflama 1956 yılında Rappaport, Winter ve Hickey'in morfolojik kriterler göz önüne alınarak yeni bir sınıflandırmaya önermelerine kadar kullanılmamıştır. 1966 ve 1979'da modifiye edilerek kullanılan Rappaport sınıflandırması hastalığın kliniği ile olan tutarlı ilişkisinden dolayı hala geçerliliğini korumaktadır (1,2,9). Ancak gelişen immünolojik tetkiklerle Rappaport sınıflandırılmasında temci alınan histolojik özelliklerde bazı tutarsızlıklar saptanmış ve araştırmacıları yeni sınıflandırmalar bulmaya yönelmişlerdir. İlk kez 1974'de bildirilen, 1977'de modifiye edilen Lucas-Collins, yine 1974'de ortaya atılan Dorfman Bennet (İngiliz sınıflandırılması), 1978 yılında modifiye edilen Kiel ve 1982'de kabul edilen "Working Formulation" sınıflandırmaları bu çabalara örnek oluşturmaktadır (1-4,6,9). Bugün çoğu çalışmada Working Formulation en uygunu olarak tavsiye edilmektedir.

Hastalığın prognozu ve tedavisi hastalık subtipine ve evresine bağlıdır. Hastamızın yapılan laboratuvar tetkiklerinde Hb;11.88 gr/dl, KK;3 700 000/ml, BK;7400/ml, Htc;%32, kanama zamanı;1.5 dk, pıhtılaşma zamanı; 5 dk, sedimentasyon hızı;1/2 saat:33 mm, 1 saat:80 mm, BUN; 16 mg/dl, SGOT;10 RF, Ü, total lipid;753 mg/dl total kolesterol;216 mg/dl, Na;137 mmol/l, K;3.3 mmol/l idi. Rutin idrar incelemesi normal olarak değerlendirildi. Akciğer grafisi ve elektrokardiyografi normal olarak değerlendirildi.

w

Sistem muayeneleri normaldi. Çekilen abdominal ultrasonografide: Böbreklerde kaliks duvarlarında seniliteye veya geçirilmiş enfeksiyona bağlı olabilecek kalınlaşma ve düzensizliklerin varlığı dışında patolojik bulgu yoktu. Lenf nodları saptanmadı. Yapılan kompüterize aksiyal tomografi sonucunda klasik olarak kullanılan Ann Arbor evrelendirme sistemine göre hastamız evre II E'ye uymaktadır.

Bu tümörler hem radyoterapiye hemde kemoterapiye duyarlıdır. Evre I ve İE hastaların çoğu radyoterapi ile tedavi edilirler. Evre I ve I E'deki hastaların ortalama 5 yıllık sağ kalım süreleri yaklaşık 10 yıldır (1,4,5,8,10,11). Evre II, III ve IV hastalarda kombine tedavi önerilmektedir. Hastamıza postoperatif olarak Co60 ile 3.10.1988'den 28.10.1988'e kadar etmoid sinüs 8x8 cm ön alan ile 3 cm derinlikle 200 rad/gün haftada 5 gün 4000 gy eksternal radyoterapi uygulandı. 20.11.1990 tarihinde yapılan kontrolde normal bulgular saptandı.

Standart kemoterapi kombinasyonları yaygın olarak kullanılmaktadır. Özellikle ilerlemiş vakalar-

da COP-BLAM-Pro-mace MOPP-vc MACOP-B kombinasyonları iyi tedavi sonuçları vermektedir (4). Ayrıca radikal bir cerrahi yaklaşımdan çok tedavi için diğer modellerinin daha etkin olduğu unutulmamalıdır.

Sonuç olarak; nazal kavitede ve etmoid sinüste lokalize Non-Hodgkin lenfomalarına nadir olarak rastlanmaktadır. Bu lokalizasyonlarda lenfoma düşünüldüğünde, vakanın erken tanınması için yeterli miktarda dokunun deforme olmadan keskin bir araç kullanılarak alınmasına dikkat edilmelidir. Ayrıca evrelendirme açısından çok detaylı incelemeler yapılmalıdır. Erken tam ve uygun tedavi bütün evrelerde başarı sağlamaktadır.

KAYNAKLAR

1. Küçük N: Lenfoproliferatif hastalıklar. Türk Kanser Araştırma ve Savaş Kurumu Yayınları 1982.
2. Joachim HL: Lymph Node Biopsy. Lippincott Co. Philadelphia 1982.
3. Freeman C: Occurrence and prognosis of extranodal lymphomas. Cancer 1972. 29:252-60.
4. Conley SP, et al: Non-Hodgkin's lymphoma of the head and neck: The University of Iowa experience, laryngoscope 1987. 97:291-9.
5. Kristensen S: Immunoblastic sarcoma of the nasal cavity. Arch of Otorhinolaryngol 1984, 240:227-30.
6. Robbins KT, Fuller LM, et al: Primary lymphomas of the nasal cavity and paranasal sinuses. Cancer 1985. 56:814-19.
7. Duncavage JA, Campbell BI: Diagnosis of malignant lymphomas of the nasal cavity, paranasal sinuses and nasopharynx. Laryngoscope 1983. 93:1276-80.
8. Robbins KT, Kong JS, et al: A Comparative analysis of lymphomas involving Waldyer's ring and the nasal cavity and paranasal sinuses. Otolaryngol 1985. 14:7-13.
9. Wright DL, Isaacson PG: Biopsy pathology of the lymphoreticular system. Chapman and Hall Ltd. University Press, Cambridge 1983.
10. Kaya S, Ayaz S, Baltalı S, Küçükali T: Baş-boyun malign lenfomaları. Türk Otolaryngoloji Arşivi 1985, 76-82.
11. Mill WB: Radiation therapy: Treatment of stage I and II extranodal non-Hodgkin lymphoma of head and neck. Cancer 1980. 65:3-61.
12. Lanson DL, Robbins KT, Butler JJ: Lymphoma of the head and neck. A diagnostic dilemma. Surg 1984. 148:433-7.