

Tiroid Lenfomasının Laringeal Rekürrensi[†]

Laryngeal Recurrence of Thyroid Lymphoma

*Dr. Güleser KILIÇ SAYLAM, *Dr. Muharrem DAĞLI, *Dr. Halit AKMANSU,
**Dr. Levent ALBAYRAK, *Dr. Adil ERYILMAZ*

*S.B. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi 3. K.B.B. Kliniği

** S.B. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Patoloji Kliniği

[†]27. Ulusal Otorinolaringoloji ve Baş Boyun Cerrahisi Kongresi, 6–9 Ekim 2003, Antalya’da Poster olarak sunulmuştur.

ÖZET

Non–hodgkin lenfoma (NHL) %10–35 arasında ekstra nodal alanlarda görülebilmektedir. Tiroid bezde lokalize NHL %1’in altında, oldukça nadir olarak izlenmektedir. Literatürde az da olsa bildirilen laringeal NHL vakaları mevcuttur. 13 ay önce nodüler guatr nedeniyle geçirdiği operasyon sonrası patoloji sonucu lenfoma gelmesi üzerine tiroid bez yerleşimli NHL (Evre IE) tanısı ile 6 kür kemoterapi uygulanan ve 3 aydır olan ses kısıklığı şikayeti ile bize başvuran ve muayenesinde laringeal kitle saptanan 41 yaşında erkek hasta sunulmaktadır.

Anahtar Sözcükler

Lenfoma, larinks, tiroid bez

ABSTRACT

The incidence of non–Hodgkin lymphoma (NHL) originating in extranodal sites ranges from 10 to 35%. NHL localized to the thyroid gland at the time of presentation is rare, accounting for less than 1% of patients with lymphoma. There are very few laryngeal lymphoma cases reported in the literature.

We present a 41–year old man who had the history of thyroidectomy 13 months ago due to nodular goiter, thyroid NHL (Stage IE) was diagnosed after pathologic examination and he had six–courses of chemotherapy. He admitted to the hospital with a three–month history of dyspnea and dysphonia and a laryngeal mass was noticed in his larynx on laryngeal examination.

Keywords

Lymphoma, larynx, thyroid gland

Çalışmanın Dergiye Ulaştığı Tarih: 07.04.2006 • Çalışmanın Basıma Kabul Edildiği Tarih: 15.09.2006

Yazışma Adresi

Dr. Güleser SAYLAM

Kızılırmak Mah. 53. Sok. 35/10 Pelit Apt. 06520 Çukurambar/Ankara
E–posta guleserkilic@yahoo.com

GİRİŞ

Ekstranodal bölgelerden kaynaklanan non-Hodgkin lenfoma (NHL) insidansı %10 ile %35 arasında değişmektedir (1). NHL'nın başlangıçta tiroid bezine lokalize olması seyrek görülen bir durumdur ve lenfoma olgularının %1'den az bir kısmını oluşturmaktadır (2). Burada, kliniğimize başka bir merkezde tiroid bez lenfoması (Evre 1E) nedeniyle tedavi edildikten 6 ay sonra ses kısıklığı ile başvuran, laringeal kitle tespit edilen ve laringeal lenfoma tanısı alan bir hasta sunmaktayız.

Literatür taramamızda laringeal rekürrens görülen tiroid bez lenfoması olgusu bulunmamıştır.

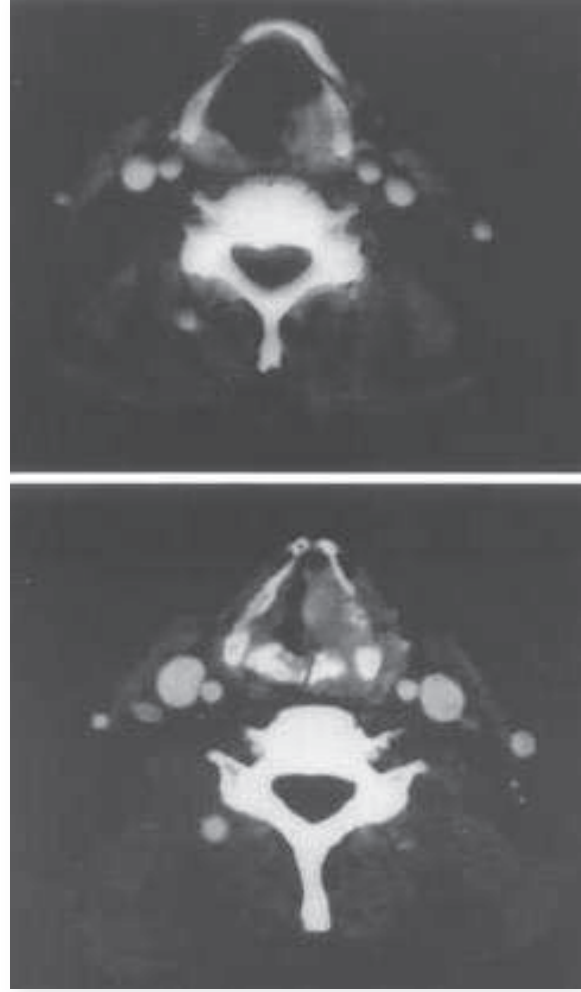
OLGU SUNUMU

41 yaşında erkek hasta 3 aydır olan ses kısıklığı ve nefes darlığı şikayetleri ile başvurdu. Hastaya 13 ay önce nodüler guatr nedeniyle tiroidektomi yapılmış ve lenfoma tanısı alması üzerine 6 kür kemoterapi uygulanmış. Bilinen sistemik başka hastalığı olmayan hastanın son 3 ay içinde başlayan ateş, gece terlemesi ve kilo kaybı şikayetleri mevcuttu.

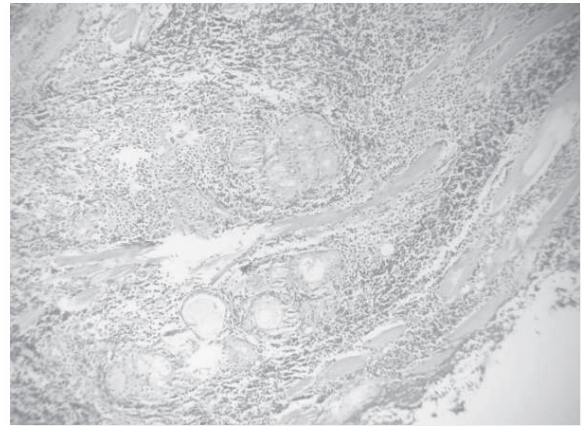
Yapılan indirekt larinks muayenesinde sol ventriküler band lokalizasyonunda kitle tespit edilen hastanın her iki vokal kord ve aritenoidleri normal görünümde ve hareketliydi. Larinks krepitasyonu bozulmuştu ve boyunda tiroidektomi insizyon skarı mevcuttu. Larinks bilgisayarlı tomografisi "sol ventriküler foldda kalınlaşma, aynı taraf paraglottik mesafede parsiyel tutulum mevcuttu. Boyunda lenf nodu gözlenmemişti." şeklinde rapor edildi (Resim 1). Genel anestezi altında yapılan direkt laringoskopide sol ventriküler bandı boylu boyunca tutan, ön komissüre uzanan ve tutan, arkada aritenoid ön yüzüne kadar gelen submukozal kitle mevcuttu. Diğer larinks oluşumları normal görünümdeydi. Kitleden mukozaya insizyon yapılarak derin biyopsi alındı ve kitle hava pasajını belirgin ölçüde daralttığı için traheotomi açıldı.

Histopatolojik incelemede yüzey epitelinin hemen altında atipik lenfositlerin oluşturduğu difüz infiltrasyon (Resim 2) ve oval nükleuslu, ince stoplazmalı, atipik, yuvarlak şekilli lenfosit popülasyonu görüldü (Resim 3).

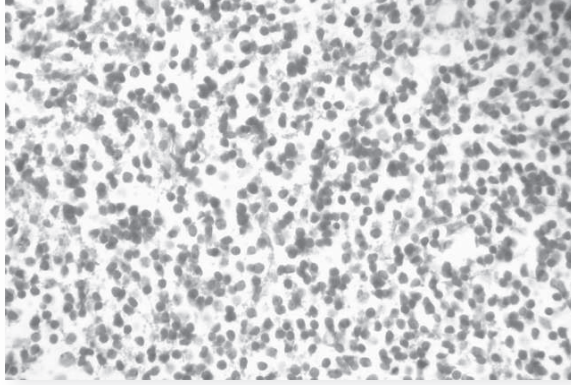
Tam kan sayımı, periferik yayma, sedimentasyon, laktat dehidrogenaz seviyesi, karaciğer enzimleri, serum B2 mikroglobulin seviyesi normal sınırlar



Resim 1. Sol ventriküler bandı boylu boyunca tutan, paraglottik alanda infiltrasyona neden olan kitle (a), Sol aritenoid ön yüzüne kadar uzanan kitle (b)



Resim 2. Yüzey epitelinin altında atipik lenfositlerin oluşturduğu difüz infiltrasyon (HEx40)



Resim 3. Yuvarlak, oval nükleuslu, dar sitoplazmalı, monomorfik yapıdaki atipik lenfositler (HEx200)

lardaydı. Yapılan sistemik taramalarında abdominal ultrason, toraks tomografisi ve kemik iliği aspirasyon incelemesi normal olarak değerlendirildi. Hastanın klinik evresi yapılan tüm incelemeler ışığında Ann Arbor sınıflandırmasına göre Evre IE primer tiroid lenfomasının ektranodal laringeal rekürrensi olarak kabul edildi (1).

Kemoterapi takiben radyoterapi planlanan hasta kemoterapi sırasında gelişen akciğer enfeksiyonu ve solunum yetmezliğinden kaybedildi.

TARTIŞMA

NHL çoğunlukla lenf nodlarında büyüme ile kendini gösterir (1-7). Baş-boyun bölgesinde Waldayer halkası en çok tutulan bölgedir (1). Vakaların yaklaşık %10-25'i ektranodal bölgelerden köken alır ve bu vakaların biyolojik davranışları ve yayılma şekilleri nodal lenfomalardan farklılık gösterir (1,4,5). Bu bölgelerin bazıları, ince bağırsak ve parotis bezi gibi, normalde lenfoid doku ihtiva ederlerken bir kısmı da, tiroid bez, mide gibi nonlenfoid dokulardan da köken alabilir (4).

Primer tiroid bez lenfoması seyrek görülür ve lenfoma vakalarının %1'inden azında ilk teşhis sırasında mevcuttur (2). Malign lenfoma tüm tiroid bezi malignansilerinin %1,6-12'sini oluşturur ve Hashimoto tiroiditi ile ilişkisi olduğu bilinmektedir (6). Tiroid bezi malign lenfomaları radyoterapiye hassastır. Lokal kontrolün cerrahi ile mümkün olan tüm hastalığın temizlenmesi sonrasında radyoterapi uygulanması ile en iyi şekilde sağlandığı konusunda görüş birliği vardır (6). Hastaların prognozu hastalığın evresine ve tümörün histolojik tipine

bağlıdır. Evre IE lenfoma hastalarının 5-yıllık survivalisi %89 gibi yüksek rakamlardayken, hastalık Evre IIE olduğunda bu rakam %27'ye düşer. Hastalık yaygın bir hal aldığı anda ise 5-yıllık survi %5'in altına inmektedir (7).

Larinkse sınırlı ektranodal lenfomalar oldukça seyrek ve İngilizce literatürde bildirilen vaka sayısı 100'ün altındadır. Tüm laringeal neoplazmaların %1'inden azını oluşturmaktadır (1,3-5). İlk vaka 1934 yılında Mackenty tarafından bildirilmiştir (3).

Hastamız laringeal lenfomaya bağlı kitlenin neden olduğu semptomları ile başvurmuş olsa da geçen 1 yıl içinde tanı konan tiroid bezi lenfoması hikayesi olması nedeniyle ektranodal rekürrens olarak değerlendirilmiştir.

Evre IE veya IIE tümörü olan çoğu hastada prognoz iyidir. Hastalığın tanısı konduktan hemen sonra ölüm çok az vakada bildirilmiştir ve genellikle laringeal obstrüksiyon veya masif kanama gibi lokal komplikasyonlardır (3). Primer hastalığın rekürrensi veya yayılımı olduğunda ve yaygın NHL'nin sekonder tutulumu olduğunda prognoz kötüdür (3). Bizim hastamız bu açıdan primer tiroid lenfomasının laringeal rekürrensi olması nedeniyle kötü prognoza sahip olduğu düşünülmüştür.

Ektranodal lenfomaların uzun süre lokalize kalma eğilimi mukozal B lenfositlerinin vasküler dolaşımının hastalığın başlangıç yerine doğru olması ile açıklanmıştır. Bu özelliğin hastalığın lokal tedaviye neden iyi cevabı olduğunu açıkladığı kabul edilmektedir. Bazı laringeal lenfoma vakalarının üst solunum yolunda başka herhangi bir yerdeki ektranodal lenfoma ile ilişkili olduğu bilinmektedir. Bu ektranodal rekürrensler radyoterapiye iyi cevap vermektedir (5).

Bölgesel lenf nodu tutulumu olsun veya olmasın izole laringeal NHL ve ektranodal laringeal rekürrensler için radyoterapi en uygun tedavi seçeneğidir (1,3-5). Kemoterapi yaygın NHL olan hastalar için tedavi seçeneği olabilir. Tanı anında seyrek görülen lokalizasyonda olan hastalar, hastalığın sınırlı olmasına ve evresine göre değil histolojik tipine göre değerlendirilmelidir (1).

Burada tartışılan hastada erken tekrarlayan hastalık mevcuttur. Daha önce cerrahi ile kombine kemoterapi ile tedavi edilmesi, bilinenin aksine radyoterapi uygulanmaması ve tedaviden 6 ay sonra tekrarlanmış olması kötü prognoza sahip olduğunu düşündürmesi nedeniyle tedavisi planlanan onkoloji

kliniği tarafından radyoterapiden önce kemoterapi verilmesine karar verilmiştir.

Sonuç olarak tiroid bez lenfoması için erken ve doğru tanı vazgeçilmez bir unsurdur. Ekstranodal

rekürrenslerin tedavisi radyoterapidir ve hastaliksız yaşam sağlanabilmektedir. Tüm bu bilgilere rağmen bu hastalık şeklinin azlığından dolayı en uygun yaklaşım halen tartışmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Ansell SM, Habermann TM, Hoyer JD, Strickler JG, Chen MG, McDonald TJ. Primary laryngeal lymphoma. *Laryngoscope*. 1997;107:1502–1506.
2. Rosen IB, Sutcliffe SB, Gospodarowicz MK, Chua T, Simpson WJ. The role of surgery in the management of thyroid lymphoma. *Surgery*. 1988;104:1095–1099.
3. Ohta N, Suzuki H, Fukase S, Ksajima N, Aoyagi M. Primary non-Hodgkin's lymphoma of the larynx (Stage IE) diagnosed by gene rearrangement. *J Laryngol Otol*. 2001;115:596–599.
4. Mok JS, Pak MW, Chan KF, Chow J, Hasselt CA. Unusual T- and T/NK- cell non-Hodgkin's lymphoma of the larynx: A diagnostic challenge for clinicians and pathologists. *Head Neck*. 2001;23:625–628.
5. Morgan K, MacLennan KA, Narula A, Bradley PJ, Morgan DA. Non-Hodgkin's lymphoma of the larynx (Stage IE). *Cancer*. 1989;64:1123–1127.
6. Jiu JB, Sobol SM, Grozea PN. Vocal cord paralysis and recovery with thyroid lymphoma. *Laryngoscope*. 1985;95:57–59.
7. Takashima S, Morimoto S, Ikezoe J, Arisawa J, Hamada S, Ikeda H, Masaki N, Kozuka T, Matsuzuka F. Primary thyroid lymphoma: Comparison of CT and US assessment. *Radiology*. 1989;171:439–443.