

Nazal Kaviteden Kaynaklanan Lenfoma

Lymphoma Arising from the Nasal Cavity

*Dr. Çağatay Han ÜLKÜ, **Dr. Mustafa Cihat AVUNDUK

* Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Kulak Burun Boğaz Hastalıkları AD,

** Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Patoloji AD, Konya

ÖZET

Primer sinonazal non Hodgkin lenfomalar nadirdir ve tüm baş boyun malignitelerinin %1'inden azına karşılık gelirler. Bu olgularda Kulak Burun Boğaz uzmanının birincil sorumluluğu erken tanı koymaktır. Ancak, spesifik olmayan semptom ve bulgular nedeniyle bu zor olabilir. Yanlış tanıyı önlemek için, tek taraflı nazal semptomu olan hastalarda malignite yönünde şüpheli bir yaklaşım sergilemek ve endoskopik nazal muayene gereklidir. Altmış yedi yaşında kadın hasta altı aydır süren sol burun tıkanıklığı ile kliniğimize müracaat etti. Endoskopik muayenede sol alt konka kuyruğundan kaynaklanan bir kitle saptandı. Hasta endoskopik nazal cerrahiye alındı ve kitle tam olarak çıkarıldı. Histopatolojik tanı non Hodgkin lenfoma olarak rapor edildi. Hastaya medikal onkoloji kliniği tarafından kemoterapi ve radyoterapi verildi. En son yapılan takip muayenesinde, hastanın sağlık durumu iyi idi ve bilgisayarlı tomografi incelemesinde hastalığa ait bir bulgu saptanmadı.

Anahtar Sözcükler

Lenfoma; paranasal sinüs; nazal kavite

ABSTRACT

Primary sinonasal non Hodgkin lymphomas are rare and represent less than 1% of all head and neck malignancies. The primary responsibility of the otolaryngologist for those cases is to make an early diagnosis. However, due to nonspecific signs and symptoms, this can be difficult. To prevent misdiagnosis, a high index of suspicion of malignancy and endoscopic nasal examination are required in patients with unilateral nasal symptoms. A 67-year-old woman with six months history of left nasal obstruction was admitted to our clinic. Endoscopic examination revealed a mass arising from posterior part of the inferior turbinate. Patient underwent the endoscopic nasal surgery and complete mass resection was achieved. Histopathologic diagnosis was reported as non Hodgkin lymphoma. Chemotherapy and radiotherapy were given to the patient by medical oncology clinic. At the most recent follow up examination, the patient was in good health condition and no sign of disease was present on computed tomography scan.

Keywords

Lymphoma; paranasal sinuses; nasal cavity

Bu çalışma, 28-31 Mayıs, 2009 tarihinde Antalya'da düzenlenen 5. Ulusal Rinoloji Kongresi'nde poster bildirisi olarak sunulmuştur.

Çalışmanın Dergiyeye Ulaştığı Tarih: 17.07.2009

Çalışmanın Basıma Kabul Edildiği Tarih: 30.11.2009

≈

Yazışma Adresi

Dr. Çağatay Han ÜLKÜ

Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi,

Kulak Burun Boğaz Hastalıkları AD, Konya

E-posta: chanulku@yahoo.com

GİRİŞ

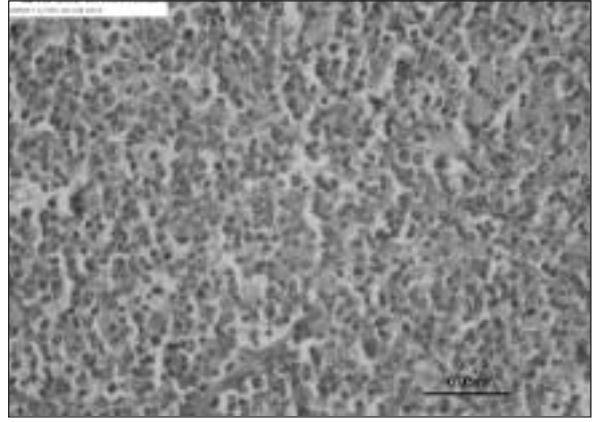
Ekstranodal lenfoma, nazal kavite ve paranasal sinüslerde nadiren gelişir.^{1,2} Sistemik bir hastalık olan lenfomanın, sinonazal bölgede gelişmesi durumunda, erken tanı ve uygun tedavi için Kulak Burun Boğaz uzmanına düşen önemli rolü vurgulamak amacı ile bu çalışmada primer sol alt konka kuyruğundan kaynaklanan bir lenfoma olgusu sunulmuştur.

OLGU

Altmış yedi yaşında kadın hasta, altı ay önce ortaya çıkan, medikal tedaviden fayda görmeyen ve zaman içerisinde belirginleşen sol burun tıkanıklığı şikayeti ile kliniğimize müracaat etti. Anterior rinoskopide belirgin bir patoloji saptanmadı. Nazal endoskopide, sol alt konka kuyruğundan kaynaklanan ve koanadan nazofarenkse uzanım gösteren 2 x 1.5 x 2.5 cm boyutunda bir kitle belirlendi. Diğer baş-boyun bölgesi muayeneleri normal idi. Sistemik bir hastalık öyküsü yoktu. Radyolojik olarak, nazal kavite ve paranasal sinus bilgisayarlı tomografi incelemesinde aynı anatomik lokalizasyonda solid kitle rapor edildi (Resim 1). Hasta genel anestezi altında operasyona alındı ve endoskopik olarak kitle total eksize edildi. Histopatolojik olarak yapılan incelemede, hiperkromatik, pleomorfik atipik nükleuslu, belirgin nükleollü, yer yer nükleer çentikler gösteren hücreler tesbit edildi (Resim 2). Bulgular immunohistokimyasal boyamalarla



Resim 1. Koronal plan bilgisayarlı tomografi kesitinde, sol alt konka kuyruğundan kaynaklanan ve nazofarenkse uzanan kitlenin görünümü.



Resim 2. NHL tanısı alan olguda, histopatolojik incelemede hiperkromatik, pleomorfik, atipik nükleuslu hücreler izlenmektedir (Hematoksilen eozin).

desteklendi. Tanı B hücreli (large cell immunoblastik tip) yüksek dereceli non Hodgkin lenfoma (NHL) olarak rapor edildi. Hasta medikal onkoloji bölümüne yönlendirildi. Sistemik değerlendirme ardından (Evre 1E) kemoterapi ve radyoterapi uygulandı. Post operatif 20. haftada yapılan kontrol paranasal sinüs bilgisayarlı tomografi incelemesinde patolojik bir bulgu saptanmadı. Hasta halen medikal onkoloji ve kliniğimiz tarafından takip edilmektedir.

TARTIŞMA

Sinonazal bölgede NHL nadir görülen bir tümördür.^{1,2} Erişkinlerde, tüm NHL olgularının %0.17-2.0'sini, sinonazal bölge malignitelerinin %5.8'ini ve tüm baş boyun malignitelerinin %1'inden azını oluştururlar.^{3,4} Diğer maligniteler ve neoplastik olmayan dekstrüktif lezyonlardan morfolojik olarak ayrılması güçtür. Tanı için immunohistokimyasal inceleme gereklidir.⁵ Kadın/Erkek görülme oranı 1/1.35, ortalama görülme yaşı 59 (3-94)'dur. Olguların %60'ı 60-80 yaş aralığında tanı alır.¹

Hastalık, primer olarak nazal kaviteyi, bir ya da birden fazla paranasal sinüsü tutabilir.¹ Burun lateral duvarı, nazal septum, maksiller, etmoid ve frontal sinüs daha sık etkilenir. Yanak, ağız boşluğu, palatin tonsil, larenks, orbita, pterigomaksillar fossa ve santral sinir sistemi gibi komşu yapılara uzanımlar görülebilir.^{1,4} Nodal yayılımlar, servikal ve aksiller bölgede görülür. Ekstranodal olarak hastalık, karaciğer, böbrek, göğüs, testis ve prostata yayılabilir.¹

Ekstra nodal sinonazal NHL için klinik görünüm histolojik tipe göre değişir. Düşük dereceli lenfomalar, nazal kavite ya da paranasal sinüslerde kitle şeklinde

görülür ve obstrüktif semptomlar ile birlikte. Yüksek dereceli lenfomalar ise iyileşmeyen ülserler, kraniyal sinir lezyonları, yüzde şişlik, burun kanaması ya da ağrı gibi daha agresif semptomlar gösterir.¹

B hücreli lenfomalar, paranazal sinüslerde en sık görülen alt gruptur, daha az agresif özellik gösterir ve daha iyi bir prognoz ile birlikte. Buna karşın T hücreli lenfomalar sıklıkla nazal kavitede görülür, daha agresifdir, nazal septal perforasyon ya da destrüksiyon ile beraberdir.^{1,3} B hücreli/T hücreli lenfoma oranı 1.18/1'dir. Primer tedavi kemoterapi ve radyoterapidir.¹

Olgumuzda, sol nazal kavitede alt konka kuyruğundan kaynaklanıp, koanadan nazofarenkse uzanan kitle endoskopik olarak rezeke edildi. Histopatolojik tanı yüksek dereceli B hücreli NHL olarak bildirildi. Yapılan sistemik inceleme sonucu vücudun başka bir bölgesinde hastalık saptanmadı. Olgu, Ann Arbor Sınıflaması'na göre (Tablo 1), Evre 1E-ekstranodal primer nazal NHL olarak değerlendirildi.⁷

Sinonazal lenfoma olgularında, Kulak Burun Boğaz Uzmanı'nın primer sorumluluğu erken evrede tanı koyma şeklindedir. Ancak, nonspesifik semptom ve bulgular nedeniyle tanı gecikebilir. Semptomlar medikal tedaviye karşın kötüleşebilir ve hastalık ilerleyebilir. Sunduğumuz olguda olduğu gibi anterior rinoskopi normal olabilir. Ancak belirgin nazal semptomları olan olgularda her iki nazal kavitenin endoskopik muayenesi

Tablo 1. Ann arbor sınıflaması (1971).⁷

Evre I:	Tek bir lenf nodu ya da ekstra nodal organ (IE) tutulumu,
Evre II:	Diyaframın bir tarafında 2 lenf nodu ya da ekstra nodal organ (IIE) tutulumu,
Evre III:	Diyaframın her iki tarafında multipl lenf nodu ya da ekstra nodal organ (IIIE, IIIS; Dalak) tutulumu,
Evre IV:	Diğer organlara yayılım (Karaciğer, kemik iliği, akciğer vs.)

gereklidir. Bu şekilde hastalığın atlanması, tanı ve tedavide gecikme önlenir.^{6,8}

Çalışmamızda sunulan primer sinonazal ekstranodal bir NHL olgusu erken evrede (1E) tanı alarak medikal onkoloji kliniği yönlendirilmiştir. Kemoterapi ve radyoterapi uygulanan hasta, tedaviye yanıt ve nüks açısından multidisipliner bir yaklaşımla her iki klinik taraftan kontrol altındadır.

SONUÇ

Sinonazal bölgede gelişen ekstranodal lenfomalar nadirdir. Makroskobik görünüm atipik bir polip şeklinde olabilir. Tanı için nazal kavitenin endoskopik muayenesi ve histopatolojik inceleme gereklidir. Benzer semptomlara neden olan nazal polipozis, inverted papillom ya da non hodgkin lenfoma gibi birbirinden çok farklı tedavi yaklaşımlarını gerektiren hastalıklar ancak bu şekilde doğru tanı alabilir.

KAYNAKLAR

1. Abbondanzo SL, Wenig BM. Non-Hodgkin's lymphoma of the sinonasal tract. A clinicopathologic and immunophenotypic study of 120 cases. *Cancer* 1995;75(6):1281-91.
2. Cavalot AL, Ricci E, Nazionale G, Palonta F, Fadda GL. Primary non-Hodgkin's lymphoma of the nasal cavity. Clinical case report and discussion. *Acta Otolaryngol* 2000;120(4):545-50.
3. Van Prooyen Keyzer S, Eloy P, Delos M, Doyen C, Bertrand B, Rombaux P. Sinonasal lymphomas. Case report. *Acta Otorhinolaryngol Belg* 2000;54(1):45-51.
4. Frierson HF Jr, Mills SE, Innes DJ Jr. Non-Hodgkin's lymphomas of the sinonasal region: histologic subtypes and their clinicopathologic features. *Am J Clin Pathol* 1984;81(6):721-7.
5. Kamath MP, Kamath G, Bhojwani K, Pai M, Shameem A, Agarwal S. Sinonasal lymphoma: a case report. *Ear Nose Throat J* 2006;85(5):325-7.
6. Lee JY, Jang YD, Kim HK. The primary role of the otolaryngologist in managing pediatric sinonasal malignancies: an extranodal NK/T-cell lymphoma originating from the inferior turbinate mucosa of the nasal cavity. *J Pediatr Hematol Oncol* 2008;30(5):401-4.
7. Carbone PP, Kaplan HS, Musshoff K, Smithers DW, Tubiana M. Report of the Committee on Hodgkin's Disease Staging Classification *Cancer Res* 1971;31(11):1860-1.
8. Erkan AN, Bal N, Yılmaz C, Yavuz H, Kıroğlu F. Sinonazal Bölgenin Non-Hodgkin Lenfoması: Olgu Sunumu. *Türk Otolarengoloji Arşivi* 2007;45(4):230-4.