

# Kemoterapi ile tedavi edilmiş bir primer meme lenfoması olgusu

Murat Çakır<sup>1</sup>, Serdar Yol<sup>1</sup>, Şâmil Ecirli<sup>2</sup>

Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi <sup>1</sup>Genel Cerrahi ve <sup>2</sup>İç Hastalıkları Anabilim Dalları, Konya

**Amaç:** Memenin primer non-hodgkin lenfoması nadir görülen bir hastalıktır. Bilateral tutulumun daha da nadir görülmesi nedeniyle tartışılması amaçlandı. **Olgu:** Bilateral primer meme lenfoması teşhis edilen 44 yaşında bir kadın hastayı sunduk. Hastada dört aydır sağ kolda güç kaybı ve bir aydır sağ memede sertlik şikayeti vardı. Yapılan muayenesinde; sağ memede 6x5 cm'lik, sol memede 3x2 cm'lik iki kitle, sağ aksiller bölgede bir adet mobil lenfadenopati ile sağ kolda hareket kısıtlılığı tespit edildi. Meme İİAB'sinde (ince iğne aspirasyon biopsisi) diffüz eritrositler içerisinde hiperkromatinli düzensiz şüpheli hücreler izlendi. Bunun üzerine yapılan eksizyonel biopside Non-hodgkin (intermediate grade diffüz miks tip) lenfoma olduğu görüldü. Hastaya kemoterapi başlandı. Her iki kitlenin de kaybolduğu izlendi. **Sonuç:** Memenin lenforetiküler malignitelerinin tanısında radyoloji yetersiz kalabilir. İİAB tanı koydurmaz ancak maligniteden şüphelenmeyi sağlar. Sonrasında uygulanan tru-cut veya eksizyonel biopsi ile sonuca ulaşılır. Hastalar kemoterapi ile tedavi edilir.

Anahtar kelimeler: Bilateral primer meme lenfoması, non-hodgkin lenfoma, eksizyonel biopsi

## A case of primary breast lymphoma treated with chemotherapy

**Objective:** The primary non Hodgkin lymphoma of breast is a rare disease of the breast. Because of rare occurrence of bilateral disease we aimed to discuss this condition. **Case:** We present a 44 years old female patient with bilateral primary breast lymphoma. The patient had a history of 4 months of right arm weakness and one month history of mass the in right breast. By examination, 6x5 cm mass in the right, 3x2 cm mass in the left breast were found and a mobile lymph node in the right axilla with restriction of movement in the right arm was detected. The result of fine needle aspiration biopsy (FNAB) revealed diffuse hyperchromatic irregular suspicious cells in between erythrocytes. By exisional biopsy the pathology revealed Non-Hodgkin's Lymphoma (intermediate grade diffuse mixed type). Chemotherapy was started. We found that both breast masses were disappeared. **Conclusion:** The radiological investigations may be insufficient for the diagnosis of lymphoreticular malignancies of breast. FNAB can only make suspicion of the malignancy and may be insufficient in diagnosis. However, Tru-Cut biopsy or exisional biopsy help us to reach the diagnosis. The patients can be treated by chemotherapy.

Key words: Bilateral primary breast lymphoma, Non-Hodgkin lymphoma, exisional biopsy

## Genel Tıp Derg 2005;15(3):129-132

Lenfomaların bilinen iki türü vardır. Bunlar hodgkin lenfoma ve non-hodgkin lenfomadır. Bu kanser türleri lenfositlerin aşırı çoğalması ile karakterizedir. Memede görülen primer non-hodgkin lenfoma nadir görülen bir hastalıktır. Bilateral tutulum daha da nadir görülmektedir. Primer meme

lenfoması; primer malign meme hastalıklarının % 0.04-0.53'ünü oluşturur. Ekstranodal lenfomaların ise % 2.2'sini meydana getirir. Meme lenfomalarının çoğunluğu diffüz tipte ve B hücrelidir. Primer meme lenfomalarında prognoz diğer bölgelerde görülen lenfomalara benzer olarak; hücresel tip ve klinik evre ile ilişkilidir. Primer kemoterapi ile (CHOP tedavisi) tedavi ettiğimiz bilateral primer meme lenfomasına sahip 44 yaşındaki kadın olguyu sunmayı ve konu ile ilgili literatür verilerini tartışmayı uygun bulduk.

Yazışma adresi: Dr.Murat Çakır, Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Akyokuş, Konya

e-posta: muratcakir007@hotmail.com

## Olgu

Dört ay öncesinde sağ kolda güç kaybı nedeniyle fizyoterapi gören 44 yaşındaki kadın hasta son bir aydır mevcut olan sağ memesinde sertlik şikayeti ile polikliniğimize başvurdu.

Fizik muayenesinde sağ memede 6x5 cm'lik ve sol memede 3x2 cm'lik düzgün kenarlı, mobil ve lastik kıvamlı kitle tespit edildi (Şekil 1). Sağ aksiller bölgede bir adet mobil lenfadenopati saptandı. Ayrıca sağ kolda hareket kısıtlılığı ve güç kaybı mevcuttu.

Mamografide iç yoğunluğu yüksek en büyüğü 7x6 cm ebatında olmak üzere bilateral düzgün konturlu homojen hiperdens lezyonlar izlendi (Şekil 2).

Meme ultrasonografisinde, içerisinde septamsı oluşumlar bulunan iç yoğunluğu yüksek sıvı karakterinde lezyonlar olduğu ve yer yer posterior akustik güçlenmeler gösterdiği bildirildi. Sağ aksiller bölgede yaklaşık 1.5 cm'lik hipoekoik lenfadenopati mevcuttu.

Meme MR incelemesinde; sağ memedeki lezyonlarda T1A'da iç yoğunluğu yüksek sıvı rapor edildi. Kontrastlı çekimde lezyonlarda periferik ve septamsı oluşumlar mevcuttu. Büyük lezyon seviyesinde ciltte lokal kalınlaşma vardı (Şekil 3).

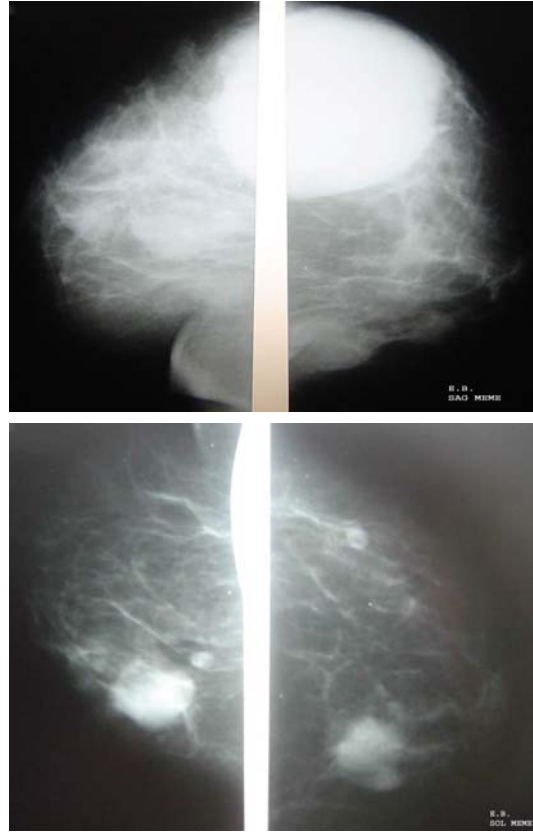
Batın USG ve kranial CT incelemesi normal olarak değerlendirildi.

Sağ kolda güç kaybı nedeniyle yapılan servikal MR incelemesinde servikal lordozda düzleşme ve C5 vertebrada anteriorda belirgin lineer fraktür hattı izlendi. Anteriorda korpus yüksekliği azalmıştı. C5-6 eklem mesafesi daralmış olup kemik patolojisine bağlı sura ve kord basısı vardı. C6-7 sagittal imajlara göre diskte diffüz taşma ve santral protrüzyon izlendi. Dura basısı mevcuttu. Kord intensiteleri, nöral foramen genişlikleri normal olarak değerlendirildi.

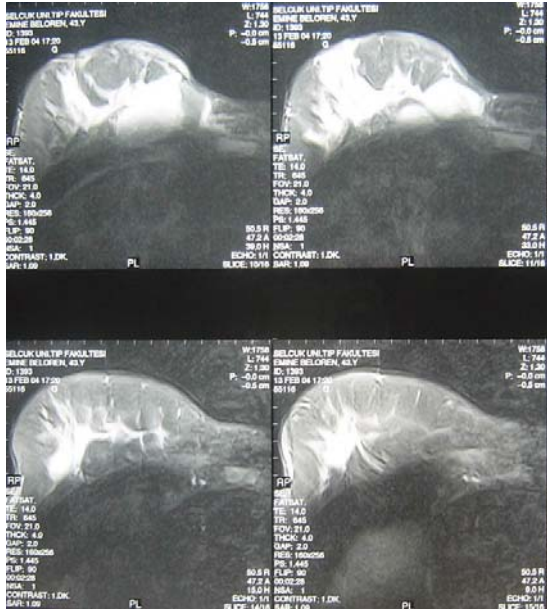
Meme İİAB'sinde diffüz eritrositler içerisinde hiperkromatinli düzensiz şüpheli hücreler izlendi. Bunun üzerine yapılan eksizyonel biopside Non-hodgkin (intermediate grade diffüz miks tip) lenfoma tanısı kondu. Hastaya CHOP tedavisi (CHOP: siklofosfamid: 750 mg/m<sup>2</sup>- 1250 mg/gün, doksorubisin: 50 mg/m<sup>2</sup>- 85 mg/gün, vinkristin: 2 mg/gün ve prednison: 100 mg/m<sup>2</sup>- 160 mg/gün)



Şekil 1. Hastamızın (E.B. 44y.) tedavi öncesi görünümü



Şekil 2. Sağ (üst) ve sol (alt) meme mamografi görünümü



Şekil 3. MR görünümü



Şekil 4. Kemoterapi sonrası memedeki kitleler tamamen kayboldu

protokolü uygulandı. İlk kür kemoterapi sonrası memedeki lezyonların ve sağ aksiller lenfadenopatinin makroskopik olarak tamamının kaybolduğu görüldü (Şekil 4). Sağ koldaki hareket kısıtlılığı ortadan kalktı.

## Tartışma

Primer meme lenfoması nadir görülen hastalıklardan biridir. Primer meme lenfomalarının çoğu Non-Hodgkin lenfomadır (1). Günümüzde yayınlanmış olguların toplamı 500 kadardır (2,3). Memeye

yayılm gösteren nodal lenfoma olguları da bildirilmiştir (4-6). Memeye metastaz yapan malign hastalıklar içerisinde lenfomalar ilk sırada yer almaktadır (4,5).

Primer meme lenfomasının memede nadir görülmesinin bir nedeni, lenfoid dokunun memede az olmasıdır (3,7,8). Lenfosit ve makrofajların normalde duktal ve lobüler epitel içinde buldukları bilinmektedir (9). Lenfoid doku bazen de duktus lobüllerinin etrafında görülmektedir. Lenf nodülleri memenin içerisinde özellikle lenf kanalları boyunca üst dış kadranda aksiller bölgeye yakın olarak bulunur. Bu lenfoid yapılardan lenfoid neoplazilerin oluştuğu öne sürülmektedir. Primer meme lenfoması üst dış kadranda ve sağ memede sık görülmektedir. Sağ memede neden sık görüldüğü hakkında detaylı bilginiz yoktur (10). Paulos'un 31 meme lenfoması olgu serisinin 21 tanesinde sağ memede lenfoma tarif edilmiş, Cohen ve Brooks'un 35 olguluk serisinde (11) 20 hastada lezyon sağ memede tarif edilmiştir.

Memedeki lezyonların karakteri farklı olabilir. Lezyonlar tek veya çok sayıda ve değişik boyutlarda olabilir. Küçük lezyonların konturları daha düzenli izlenir. Aksiller lenf nodları da olaya eşlik edebilir. Meme lenfomalı olguların % 30'unda bilateral aksiller lenfadenopati izlenir. Bizim olgumuzda da aksiller lenfadenopati mevcuttu. Bilateral lenfadenopati ile birlikte memede kitle olması akla lenfomatöz bir hastalığı getirmelidir (12).

Primer meme lenfomaları da nodal lenfomalar gibi REAL sınıflamasına göre tiplendirilir. Primer meme lenfomalarının çoğunluğu B hücreli lenfomalar olup; en sık (% 40-70) görülen histolojik subtıp diffüz büyük B hücreli tiptir (1,4,5,13). Memede 'mucosa associated lymphoid tissue (MALT)'dan gelişen lenfomalar da bildirilmiştir (13). Sunduğumuz olgu Non-hodgkin intermediate grade diffüz miks tiptir.

Mamografide meme lenfomasında lezyonlar sıklıkla düzgün konturlu, yuvarlak veya hafif lobüle ve kalsifikasyon içermeyen şekilde izlenir. Ancak lösemi ve plazmositomada genellikle sınırları net olarak seçilemeyen kitleler veya diffüz dansite artışı şeklinde karşımıza çıkar. Bu lezyonların bir kısmında cilt ödemeine bağlı olarak ciltte kalınlaşma izlenir.

Hematolojik orijinli meme kitleleri ultrasonografide genellikle düzgün konturlu, nadiren irregüler konturlu, oval veya lobüle, homojen iç yapıya sahip,

distal akustik güçlenmesi olan hipoekoik kitleler şeklinde görülürler. Bazen de diffüz cilt kalınlaşması ve diffüz ekojenite artışı olarak izlenir. Bizim vakamızda da belirgin bir cilt ödemi izlenmiştir.

Primer meme lenfomasının tedavi biçimi günümüzde tam bir protokole bağlanamamıştır. Diğer lenfoma türlerinde olduğu gibi, kemoterapi ve sonrasında uygulanan radyoterapiden oluşmaktadır (12,13). Günümüzde ağırsif tipte non-hodgkin lenfomada en sık kullanılan CHOP (siklofosfamid, doksorubisin (adriamisin), vinkristin (onkovin) ve prednison) protokolüdür. Olgumuzda klinik davranış ile de uyumlu olarak ağırsif tipte non-hodgkin lenfoma düşündük.

Primer meme lenfomasında cerrahinin yeri tanı amaçlı uygulanan biopsiden ibarettir. Biopsi tanısı sayesinde meme karsinomundan ayrılarak gereksiz bir mastektomi önlenmiş olur. Sunmuş olduğumuz hastada kemoterapi uygulanmış olup, lezyonun makroskopik olarak tamamen kaybolduğu görülmüştür.

Sonuç olarak memenin lenforetiküler malignitelerinin tanısında radyoloji yetersiz kalabilir, çünkü spesifik bir görünümü yoktur. İİAB tanı koydurmaz, ancak maligniteden şüphelenmeyi sağlar. Kesin tanı için tru-cut biopsi veya bizim tercih ettiğimiz gibi eksisyonel biopsi gereklidir.

## Kaynaklar

1. Hugh JC, Jackson FI, Hanson J, Poppema S. Primary breast lymphoma. An immunohistologic study of 20 new cases. *Cancer* 1990; 66:2602-11.
2. Lamovec J, Jancar J. Primary malignant lymphoma of the breast. Lymphoma of the mucosa-associated lymphoid tissue. *Cancer* 1987;115:3033-41.
3. Isaacson P, Wright DH. Extranodal malignant lymphoma arising from mucosa-associated lymphoid tissue. *Cancer* 1984;53:2515-24.
4. Brogi E, Harris NL. Lymphomas of the breast: Pathology and clinical behavior. *Semin Oncol* 1999;26:357-64.
5. Lin Y, Govindan R, Hess JL. Malignant hematopoietic breast tumors. *Am J Clin Pathol* 1997;107:177-86.
6. Akbari CM, Welch JP, Pastuszak W. Primary lymphoproliferative disorders of the breast. *Conn Med* 1995;59:651-5.
7. Gupta D, Shidham V, Zemba-Palko V, Keshgegian A. Primary bilateral mucosa-associated lymphoid tissue lymphoma of the breast with atypical ductal hyperplasia and localized amyloidosis. A case report and review of the literature. *Arch Pathol Lab Med* 2000;124:1233-6.
8. Babovic N, Jelic S, Jovanovic V. Primary non-Hodgkin lymphoma of the breast. Is it possible to avoid mastectomy? *J Exp Clin Cancer Res* 2000;19:149-54.
9. Ferguson DJ. Intraepithelial lymphocytes and macrophages in the normal breast. *Virchows Arch A Pathol Anat Histopathol* 1985;407:369-78.
10. Schouten JT, Weese JL, Carbone PP. Lymphoma of the breast. *Ann Surg* 1981;194:749-53.
11. Cohen PL, Brooks JJ. Lymphomas of the breast. A clinicopathologic and immunohistochemical study of primary and secondary cases. *Cancer* 199;67:1359-69.
12. Topalovski M, Crisan D, Mattson JC. Lymphoma of the breast. A clinicopathologic study of primary and secondary cases. *Arch Pathol Lab Med.* 1999;123:1208-18.
13. Dawn B, Perry MC. Bilateral non-Hodgkin's lymphoma of the breast mimicking mastitis. *South Med J* 1997;90:328-9.