

Nadir görülen bir lenfoma türü: İntestinal lenfoma

Murat Çakır¹, Tefik Küçükkartallar², Sevinç Hüseyinova¹, Ahmet Tekin²

¹Yüksekova Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Servisi, Hakkari

²Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Konya

Amaç: İnce barsak tümörleri nadir görülür. İntestinal lenfoma, özellikle jejunal yerleşimli olan daha nadirdir. Lenfomaların Hodgkin ve Non-Hodgkin lenfoma olarak iki tipi vardır. **Olgu sunumu:** 62 yaşında erkek hasta yaklaşık 2 yıldır karın ağrısı şikayeti nedeniyle kliniğimize başvurdu. Hastanın yapılan fizik muayenesinde sağ alt kadranda mobil, sert kıvamlı ve ağrısız kitle tesbit edildi. Ameliyatta jejuno-ileal bileşkede tümöral kitle bulundu. Patolojik incelemede lenfositik lenfoma tespit edildi. **Sonuç:** Prognoz histolojik tipe, evreye ve tedaviye bağlıdır. Bu tümörlerde ilk tedavi protokolü cerrahi olmakta ve sonrasında kemoterapi veya radyoterapi kombinasyonu eklenmektedir. İntestinal lenfoma nadir görülen bir vaka olduğu için sunmayı amaçladık.

Anahtar kelimeler: İntestinal lenfoma, hodgkin ve non-hodgkin lenfoma, tedavi protokolü

A rarely seen lymphoma case: Intestinal lymphoma

Objective: Small bowel tumors are rarely seen. Intestinal lymphoma, especially located in jejunum, is seen very rare. Lymphoma has two types; Hodgkin and Non-Hodgkin. **Case report:** 62 years-old male patient admitted to our service for stomach ache lasted approximately for 2 years. Mobile, solid, painless mass was identified in right lower quadrant in physical examination. A tumor was found out at the jejunum-ileum junction, peroperatively. Lymphocytic lymphoma was diagnosed in pathologic investigation. **Conclusion:** Prognosis depends on type of histology, stage and therapy. In these tumors surgery is the first choice of therapy protocol and then combination of chemotherapy and radiotherapy is added. Since intestinal lymphomas are seen rarely we aimed to share this case.

Key words: Intestinal lymphoma, Hodgkin and Non-Hodgkin lymphoma, therapy protocol

Genel Tıp Derg 2008;18(2): 81-83

Non-Hodgkin lenfomalar (NHL) farklı davranış paterni olan ve tedaviye cevabı değişebilen lenfoproliferatif hastalıkların heterojen bir grubudur. Hodgkin hastalığı gibi NHL lenfoid dokulardan çıkar ve diğer organlara yayılabilir. Bununla birlikte NHL Hodgkin hastalığına göre daha çok ektranodal yayılmaya eğilimlidir. Prognoz histolojik tipe, evreye ve tedaviye bağlıdır.

Ektranodal Non-Hodgkin lenfomalarda en sık tutulum yeri gastrointestinal sistem (GİS) olup % 30-40 oranında görülmektedir, fakat primer intestinal NHL nadirdir. Tüm NHL'lar içerisinde ise primer

GİS tutulumu % 4-20 oranındadır. Primer Gİ-NHL gelişiminin yıllık insidansı 0.8-1.2 vaka/100,000 kişidir (1). Bundan dolayı bir primer intestinal NHL olgusunu sunmayı amaçladık.

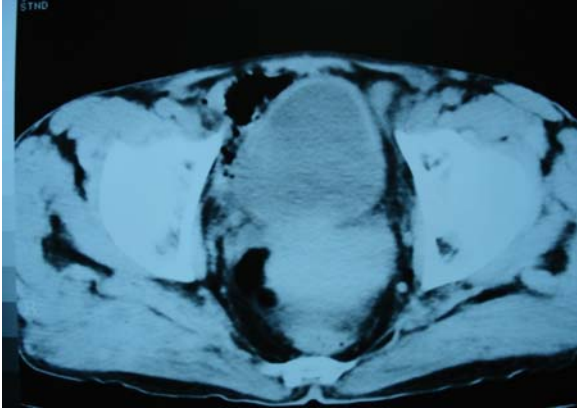
Olgu sunumu

62 yaşında erkek hasta yaklaşık 2 yıldır karın ağrısı şikayeti nedeniyle kliniğimize başvurdu. Hastanın yapılan fizik muayenesinde sağ alt kadranda mobil, sert kıvamlı ve ağrısız kitle tesbit edildi. Hematolojik tetkiklerinde anormal değere rastlanmadı. Yapılan karın ultrasonografisinde orijini tam belli olmayan kitle saptandı ve karın tomografisinde ince barsak kökenli intestinal kitle bildirildi (Şekil 1). Bunun üzerine hastaya laparotomi yapıldı.

Yazışma adresi: Dr.Murat Çakır, Yüksekova Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Servisi, Yüksekova/Hakkari

e-posta: drmuratcakir@hotmail.com

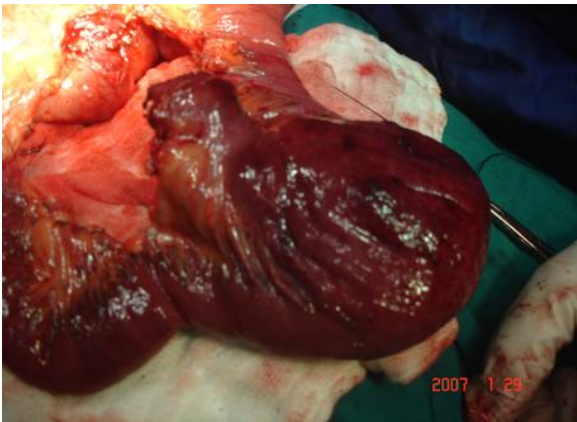
Ameliyatta jejun-ileal bileşkede 6x10 cm ebatlarında tümöral kitle tesbit edildi (Şekil 2). Tümörsüz cerrahi sınır sağlanacak şekilde segmenter barsak rezeksiyonu yapıldı (Şekil 3). Patolojik incelemede diffüz, küçük hücreli, lenfositik lenfoma (low grade) tesbit edildi. Tedaviye cerrahi sonrası kemoterapi uygulandı.



Şekil 1. Lezyonun bilgisayarlı tomografi görüntüsü



Şekil 2. Lezyonun operasyon esnasındaki görüntüsü



Şekil 3. Lezyonun rezeksiyon sınırı görüntüsü

Tartışma

İnce barsak tümörleri nadir olup tüm gastrointestinal sistem tümörleri içerisinde % 5'ten daha az yer tutmaktadır (2). İnce barsak kitlelerinin ayırıcı tanısında intestinal lenfoma da düşünülmelidir. NHL'nin intestinal tutulumunda, normal segmentlere doğru giderek azalan belirgin duvar kalınlaşması görülür (3).

Standart bir klasifikasyon sisteminin olmaması nedeniyle NHL'nin tedavisinde tam netleşmiş bir protokol yoktur. Non-Hodgkin lenfoma (NHL) ve Hodgkin lenfomanın her ikisi de retikuloendotelial sistemden kaynaklanması ve evreleme sistemi aynı olmasına rağmen davranış özellikleri ve tedavi şekilleri farklılıklar göstermektedir. Günümüzde NHL için birçok sınıflama sistemi kullanılmaktadır. Sınıflandırmada hücrelerin sitolojik ayrımı ile birlikte lenf nodu yapısı dikkate alınmaktadır. 1982 yılında oluşturulan Working Formulation çalışmasında 6 major sınıflandırma sistemi tek sistem halinde kombine edilmiştir (Tablo). Bu sınıflandırma farklı ülke ve enstitülerdeki çalışmaları karşılaştırma imkânı vermiştir. Daha önce yaygın olarak kullanılan Rappaport sınıflandırması artık kullanılmamaktadır. Günümüzde Working formulation, Revised European-American classification of lymphoid neoplasms (REAL) sınıflandırma sistemleri yaygın olarak kullanılmaktadır. REAL sınıflamasında hücrelerin morfolojik yapısı yanında, klinik özellikleriyle birlikte genetik ve immünofenotipik özellikler ön plana çıkmaktadır. REAL, REAL/WHO sınıflandırma sisteminin uygulanmasıyla birlikte malign lenfomalarda birçok yeni özellikler tanımlanmıştır (4).

Tablo: Working Formulation Klasifikasyonu

Low Grade	Intermediate Grade 2	High grade
Malign lenfoma (ML), küçük lenfositik	ML, foliküler büyük hücreli	ML ,büyük hücreli immünoblastik
ML, foliküler, küçük bölünmüş lenfositik	ML, diffüz küçük bölünmüş hücreli	ML, lenfoblastik
ML, foliküler karışık, küçük bölünmüş ve büyük hücreli	ML, diffüz karışık, küçük ve büyük hücreli	ML, küçük bölünmemiş hücreli (Burkitt veya non-Burkitt)
	ML, diffüz büyük hücreli	

Lenfomaların tipleri ve sınıflandırmaları çok sayıda olduğu için tedavi yaklaşımları da o ölçüde farklılık göstermektedir. NHL'lar tamamen iyileşme sağlanabilen neoplazilerdir fakat tedavi sonucunu lenfomanın tipi, evresi, hücre türü, hastanın yaşı ve bunun gibi birçok parametre etkileyebilmektedir. Yaygın ve rezeke edilemeyen hastalığı olanlarda RT etkili palyasyon sağlayabilir ancak yaşam süresi üzerine etkisi yoktur. Yaygın ve ileri evre hastalığı olanlarda KT öncesi cerrahi ile palyasyon yapılması kanama ve perforasyon riskini azaltsa da tartışmalıdır. Prognostik faktörlerden ileri evre ve T fenotipi kötü olarak bulunmuştur (4).

İncelenen hasta sayısı az olmakla birlikte cerrahi tam rezeksiyon yapılan evre I ve II hastalarda prognoz rezidüel hastalığı kalanlara göre daha iyi bulunmuştur (5). Histolojik bulgulardan bağımsız olarak evre I veya IIE hastaların % 30'unda tutulan barsak segmentinin ve komşu lenf nodlarının rezeksiyonu ile kür elde edilebilmektedir. Küratif rezeksiyona rağmen 5 yıl yaşam oranı evre I için % 45 ve evre IIE için % 19'dur (6,7).

Rezeksiyondan sonraki 5-10 yıl içerisinde nüks sık görülmektedir. Nodal tutulumu olan, barsak duvarına yayılımı olan ve ileri evre histolojiye sahip olan hastalarda nüks daha sık görülmektedir. Etkileri şüpheli olmakla birlikte postoperatif dönemde yaşam oranlarını artırmak için radyoterapi ve kemoterapi uygulanmaktadır. Radyoterapi ile lokal nüks oranları azalsa da radyasyon alanı dışındaki bölgelerden nüks geliştiği için radyoterapinin yaşam süresi üzerine etkisi kısıtlıdır (8).

Tedaviye kemoterapinin eklenmesi tek başına cerrahi tedaviye göre hastalıklı yaşam süresi ve toplam yaşam süresini olumlu etkilemektedir. İleri evre hastalarda kombine kemoterapi tercih edilmektedir. Genel olarak prognozun kötü olduğu ileri evre hastalarda kombinasyon kemoterapisi ile 5 yıl ve 10 yıl yaşam oranı sırası ile % 50 ve % 20'dir (9).

Kemoterapi için CHOP tercih edilen tedavi protokolüdür.

Biz hastamızda önce cerrahi rezeksiyon sonrasında kemoterapi protokolü olarak CHOP uyguladık. Yaklaşık bir yıldır hasta takip edilmekte ve tedavi sonucunda hastalıklı yaşam sürmektedir.

Sonuç

Primer gastrointestinal lenfoma nadir görülen GIS tümörleridir. Nadir görülmesine bağlı olarak evreleme ve tedavi protokolü netleşmemiştir. Sonuçta ülkemizdeki veriler sporadik vakalarla sınırlıdır ve yetersizdir. Ülkemizde elde edilen verilere göre epidemiyolojik araştırmalar için tam yeterli değildir. Ancak cerrahi tedavi asıl tedavi protokolü olarak kabul edilmektedir. Bu konuda geniş serileri içeren araştırmalara ihtiyaç vardır.

Kaynaklar

1. Devassa SS, Fears T. Non-Hodgkin's lymphoma time trends: United States and international data. *Cancer Res* 1992; 52: 432-40.
2. Özer BŞ. Genel Cerrahi (Kitap) Atlas Kitabevi 1.baskı, 1994.
3. Buckley JA, Fishman EK. CT evaluation of small bowel neoplasms: Spectrum of disease. *Radiographics* 1998;18:379-92.
4. Freedman AS, Nadler LM. Non-Hodgkin's lymphomas, *Cancer medicine*, Holland and Frei, 5. baskı, 2002, 2047.
5. Crump M, Gospodarowicz M, Shepherd FA. Lymphoma of the gastrointestinal tract. *Semin Oncol* 1999; 26: 324-37.
6. Radaszkiewicz T, Dragosics B, Bauer P. Gastrointestinal malignant lymphomas of MALT: Factors relevant to prognosis. *Gastroenterology* 1992; 102: 1628.
7. Domizio P, Owen RA, Shepherd NA, Talbot IC, Norton AC. Primary lymphoma of the small intestine: A clinicopathological study of 119 cases. *Am J Surg Pathol* 1993; 17: 429-42.
8. Contreary K, Nance FC, Becker WF. Primary lymphomas of the gastrointestinal tract. *Ann Surg* 1980, 191: 593.
9. Fisher RI, Dahlberg S, Nathwani BN, Banks PM, Miller TP, Grogan TM. A clinical analysis of two indolent entities: Mantle cell lymphoma and marginal zone lymphoma: A Southwest Oncology Group Study. *Blood* 1995, 85: 1075-82.