

# Göğüs Duvarı Yerleşimli Non-Hodgkin Lenfoma Olgusu

## A Case of Non-Hodgkin's Lymphoma on Chest Wall Location

Muharrem Çakmak, Akın Eraslan Balcı, Siyami Aydın, Suna Polatoğlu

### Özet

Non-Hodgkin lenfomada torasik tutulum ya mediastinal-hiler lenfadenopatiler ya da akciğer parankimi tutulumu şeklindedir. Non-Hodgkin lenfomada izole göğüs duvarı tutulumu nadirdir. Burada, sol anterosuperior yerleşimli, enfekte kitle lezyonu nedeniyle kliniğimize müracaat eden, eksizyon ve rekonstrüksiyonu yapılan, Non-Hodgkin lenfomalı olguyu paylaşmayı amaçladık.

**Anahtar Sözcükler:** Göğüs duvarı, Non-Hodgkin lenfoma, rekonstrüksiyon.

### Abstract

Thoracic involvement in non-Hodgkin's lymphoma is generally seen as mediastinal-hilar lymphadenopathy or with pulmonary parenchymal involvement. Isolated chest wall involvement in non-Hodgkin's lymphoma is rare. Described here is the case of a patient with non-Hodgkin's lymphoma who had undergone excision and reconstruction and presented at the clinic with an infected mass lesion with a left anterosuperior location.

**Key words:** Chest wall, Non-Hodgkin lymphoma, reconstruction.

## RESPIRATORY CASE REPORTS

Göğüs duvarı tümörleri vücudun bütün primer tümörlerinin %2'sini, toraksa ait malignitelerin %5'ini oluşturur (1). Non-Hodgkin lenfomada (NHL) intratorasik tutulum, mediastinal, hiler lenfadenopatiler ya da akciğer parankimi tutulumu şeklindedir. Göğüs duvarı tutulumunun en yaygın şekli, internal mamarian lenf nodu tutulumu ile beraber görülen göğüs ön duvarına direkt yayılımdır (2). NHL'da izole göğüs duvarı tutulumu nadirdir. En çok büyük hücreli lenfomada görülür.

Çalışmamızda, sol anterosuperior göğüs duvarı yerleşimli, nadir görülen non-Hodgkin lenfoma olgusunu paylaşmayı amaçladık.

### OLGU

Yirmi beş yaşında erkek hasta, sol anterosuperior bölgede son iki yıldır giderek büyüyen, ağrılı, pürülan vasıflı akıntılı olan kitle şikayetiyle kliniğimize başvurdu. Yapılan muayenesinde, sol pektoral bölgede yer yer nekrotik alanlar içeren, yaygın kızarıklık gösteren, seropürülan akıntılı, yaklaşık 10x7 cm boyutlarında sert kitle lezyonu görüldü (Şekil 1). Kitlenin göğüs duvarındaki sınırlarını görmek için toraks BT istendi.

Toraks BT'de sınırları düzensiz, kemik dokuyu invaze etmeyen kitle lezyonu tespit edildi (Şekil 2a ve b). Özgeçmişinde böbrek transplantasyonu hikayesi olan hastanın, soygeçmişinde annede

Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği, Elazığ

Department of Chest Surgery, Fırat University Faculty of Medicine, Elazığ, Turkey

**Başvuru tarihi (Submitted):** 24.10.2017 **Kabul tarihi (Accepted):** 21.11.2017

**İletişim (Correspondence):** Muharrem Çakmak, Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği, Elazığ

**e-mail:** drcakmak@gmail.com



lenfoma hastalığı olduğu öğrenildi. Pürülan akıntıdan ve dokudan alınan örneklerin, mikrobiyolojik ve patolojik incelemeleri negatifti. Laboratuvar değerleri de normal olan hastaya operasyon planlandı. Ameliyat sırasında kitlenin kas fasyasına uzandığı, fakat kas ve kemiğe invazyon yapmadığı görüldü. Sağlam dokuyu kapsayacak şekilde geniş ekizyon uygulandı (Şekil 3a ve b). Ameliyat sonrası oluşan cilt defekti, gluteal bölgeden alınan deri grefti ile kapatıldı (Şekil 4). Patoloji sonucu diffüz büyük B-hücreli lenfoma olarak bildirildi, cerrahi sınırlar ise negatifti (Şekil 5a, b, c, d). Hastaya cerrahiden 20 gün sonra 4 kür kemoterapi verildi. Dört aydır takip edilen olguda nüks ya da herhangi bir komplikasyon görülmedi.



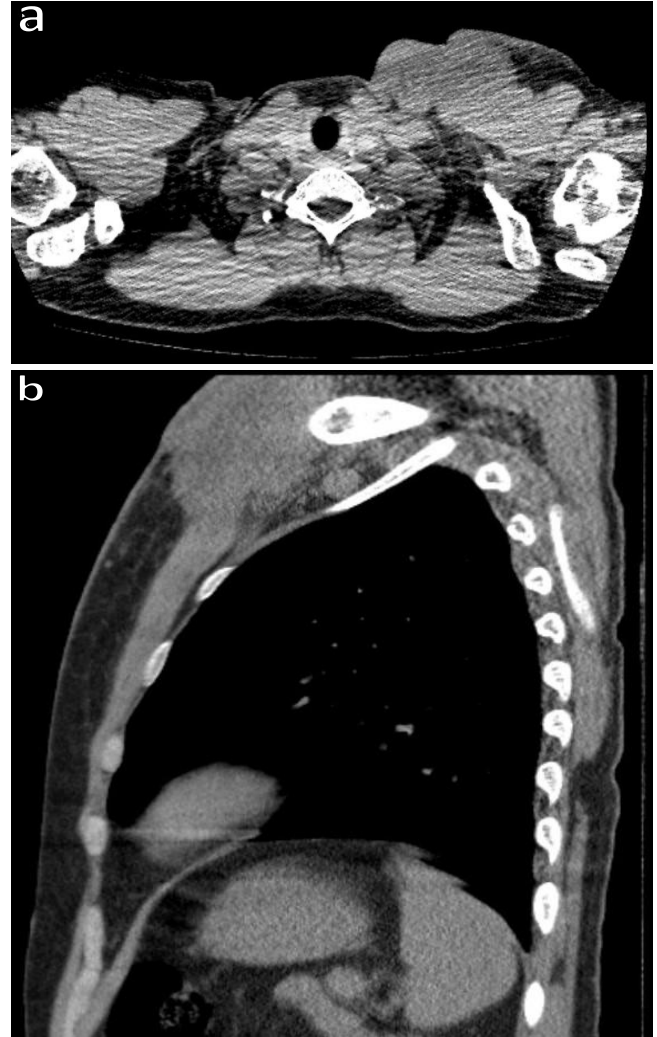
Şekil 1: Göğüs duvarındaki kitle.

## TARTIŞMA

Lenfoma, T ve B lenfositleri ile doğal öldürücü hücrelerden köken alan klonal neoplazmlardır. Hodgkin Lenfoma (HL) ve Non-Hodgkin Lenfoma (NHL) olarak 2'ye ayrılır. Son sınıflamada, NHL, B lenfositlerden, T lenfositlerden ve doğal öldürücü hücrelerden köken alanlar olmak üzere farklı gruplar altında toplanmıştır. Mediyastinal tümörlerin yetişkinlerde %20, çocuklarda ise %50'si mediyastinal lenfomadır (3).

Primer mediyastinal B hücreli lenfoma (PML), timik medüller B hücrelerinden köken alan, klinik olarak agresif B hücreli lenfoma tipidir. Büyük mediyastinal kitleye neden olan Lenfoblastik lenfoma (LL) ise, T hücrelerinden köken

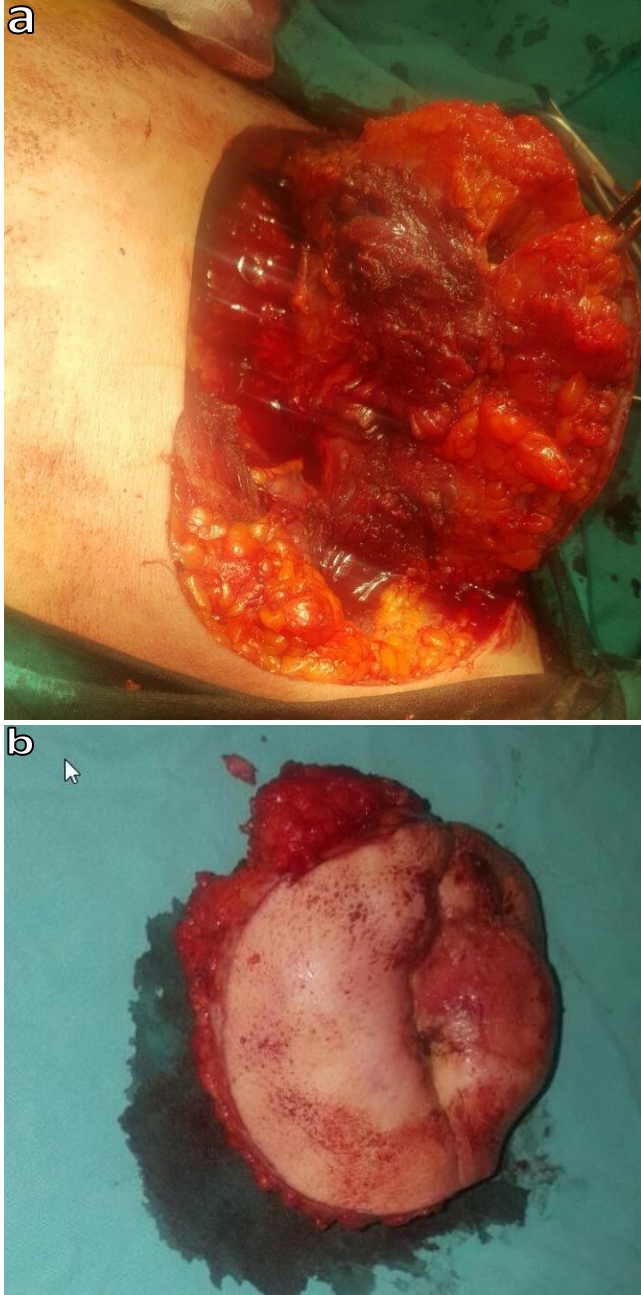
alan, akut lenfoblastik lösemiden kemik iliği tutulumuna göre ayrılan bir lenfoma tipidir (4).



Şekil 2a ve b: Tomografi kesitleri, aksiyel (a), sagittal (b).

Olguların yaklaşık %90'ı NHL'dir. NHL; erkeklerde 1,5 kat daha fazladır, HL'de bu oran eşittir. PML, üç ve dördüncü dekada ve kadınlarda daha sık rastlanır. Plevra, perikard, akciğer ve göğüs duvarı tutulumu yapan kitledir. LL, ikinci ve 7'nci dekatlarda sık görülür (5). Erkeklerde sık rastlanan büyük mediyastinal kitle şeklindedir. Olgumuz da, göğüs duvarı tutulumu gösteren PML olgusu idi. Torasik yerleşimli lenfomada, göğüs duvarı invazyonu %2-5 oranında görülür. Press ve ark. (6) tarafından göğüs duvarı lenfoması %1.6 oranında bildirilirken, bir diğer çalışmada bu oran %4.4 olarak bildirilmiştir (1). En sık tutulan bölge, ön toraks duvarının pektoral ve subpektoral bölgeleridir (2,7). Birkaç olguda, plevra, kaburga ve sternumdan kaynaklanan ve cilt tutulumu yapan lenfoma olgusu bildirilmiştir (8-11). Hsu ve ark. (1) serilerinde primer göğüs duvarı NHL oranını %4,45 olarak bildirmiş-

tir. Olgumuzda tutulum yeri literatürle uyumlu olarak sol pektoral bölge idi.



Şekil 3a ve b: İntraoperatif kitle (a), eksize edilmiş kitle (b).

Lenfoma gelişiminde çeşitli faktörler rol oynar; immünsüpresyon, çeşitli enfeksiyonlar, çevresel maruziyetler önemli yer oluşturur. Konjenital immünsüpresyon durumlarındaki kişilerde hayatları boyunca herhangi bir malignite gelişme oranı %25 olup bunların yaklaşık yarısını NHL oluşturmaktadır. Kazanılmış immün yetmezlik sendromu (AIDS), organ transplantasyonu gibi edinsel immünsüpresyon durumlarında ise Epstein-Barr virüsü (EBV) pozitifliğinin diffüz büyük B hücreli lenfoma ve Burkitt lenfoma geliş-

mine yol açtığı bildirilmektedir (12). Olgumuzda ise organ transplantasyonu hikayesi mevcuttu.



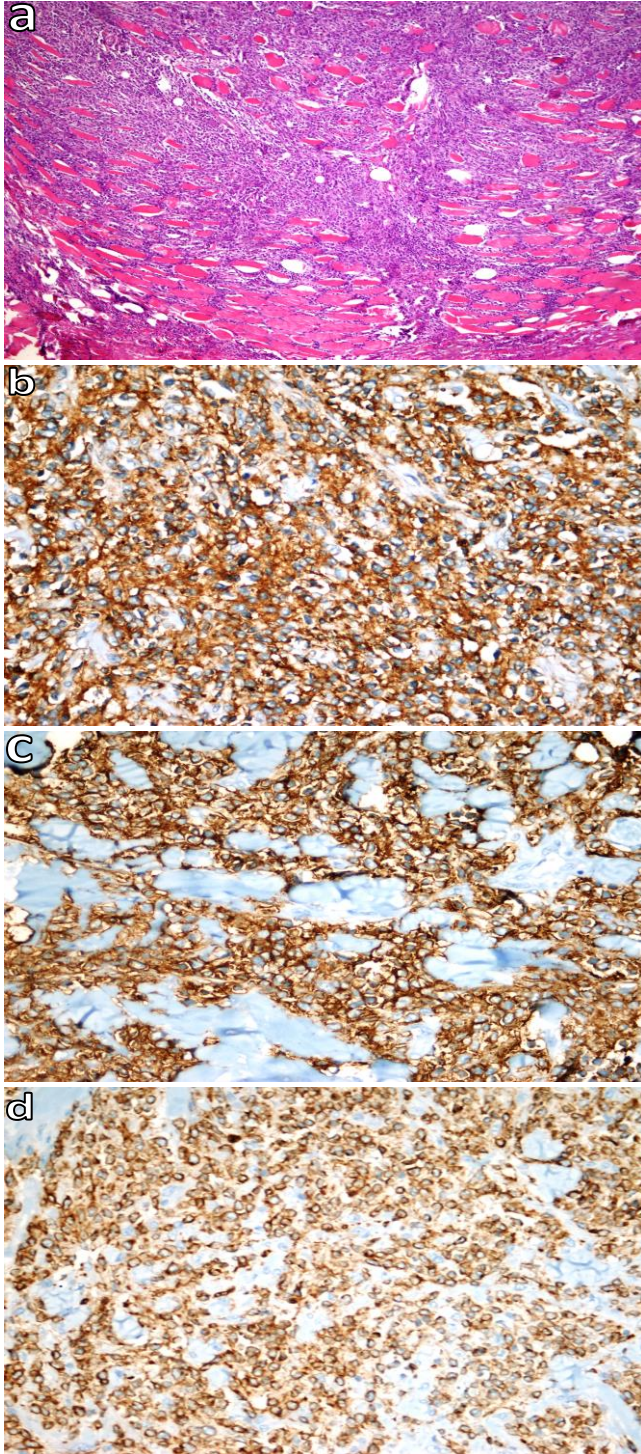
Şekil 4: Greft ile rekonstrüksiyon.

NHL'de hastalar, yaygın ağrısız LAP ile başvururlar. Sistemik semptomlar fazla görülmez. Kesin tanı, histopatolojik değerlendirme ile konur. HL genellikle servikal ya da supraklavikuler bölgede gelişen ağrısız LAP ile ortaya çıkar. Hastaların %50'sinde mediastinal kitle mevcut olup asemptomatik olabileceği gibi retrosternal ağrı, dispne, vena kava superior sendromu gözlenebilir. Hastaların %25'inde, B semptomları denilen ateş, gece terlemesi, son 6 ayda vücut ağırlığının %10'undan daha fazla kilo kaybı gibi sistemik semptomlar gözlenir (13). Olgumuzda, büyüyen, ağırlı, pürülan vasıflı akıntılı kitle dışında şikâyet yoktu.

Toraks duvarında lokalize tümörün yayılımını saptamada ve verilen tedaviye cevabın değerlendirilmesinde BT en değerli radyolojik tetkiktir. Bazı olgularda manyetik rezonans (MR) incelemesi de hastalığın derecesi hakkında ilave bilgi sağlayabilir (6). Olgumuzda, yayılımı saptamak için bilgisayarlı tomografi kullanıldı. Enfeksiyona bağlı pürülan akıntı nedeniyle Pozitron Emisyon Tomografisi (PET) düşünülmedi.

Diğer lenfoma tiplerinde olduğu gibi kesin tanı histopatolojik olarak konur. BT eşliğinde yapılan transtorasik inceleme aspirasyonu biyopsisi (TİİAB) ile hızlı tanı koymak mümkündür. Ancak HL ve NHL da sık gözlenen fibrozis nedeniyle TİİAB ile alınan örnekler yetersiz kalabilmekte ve doku tanısına ihtiyaç duyulmaktadır. Ama LL'de fibrozis olmadığından tanı koymada ve tedaviye erken başlama-

da TİİAB yeterlidir. Eğer TİİAB ile sonuç alınamaz ve doku biyopsisi gerekir ise mediastinoskopi, mediastinotomi, torakoskopi, torakotomi ve sternotomi ile tanıya gidilebilir (7). Olgumuzda, kitleden gönderilen örneklerin, mikrobiyolojik ve patolojik incelemeleri negatifti.



**Şekil 5a, b, c ve d:** Kas liflerini yararak ilerleyen, küçük yuvarlak hücrelerden oluşan atipik lenfoid infiltrasyon (HEx100) (a), Lenfoid hücrelerde LCA ile pozitif boyanma (immünperoksidazx400) (b), Lenfoid hücrelerde B hücre belirleyicisi, CD20 ile pozitif boyanma (immünperoksidazx400) (c), Lenfoid hücrelerde B hücre belirleyicisi, CD79a ile pozitif boyanma (immünperoksidazx400) (d).

Göğüs duvarı lenfomalı hastalarda cerrahi tedavinin yeri net değildir. Hastalar genellikle kemoterapi ya da radyoterapi ile tedavi edilir. Hodgson ve ark. (14) evre I-II lenfomalı 324 hastayı, kemoterapi ve lokal radyoterapi ile tedavi ettiklerini, fakat bu hastaların, kısa yaşam beklentili, lokal kontrolün mümkün olmadığı hastalar olarak bildirmişlerdir. Buna karşın, Ryan ve ark. (15) cerrahi tedavi uyguladıkları göğüs duvarı lenfomalı hastalarda, ortalama sağkalım süresini 49 ay olarak bildirmişlerdir. Bazı otörler, primer göğüs duvarı lenfomalarında eksizyonel biyopsiyi önerirken, çoğu otör, güvenli sınırlar şartıyla rezeksiyonun yapılması gerektiğini bildirirler (16). Olgumuzda kuvvetli malignite şüphesi, enfekte akıntı, ağrı gibi bulgular cerrahi gerekliliğini ön plana çıkarmakta idi. Sonuç olarak, göğüs duvarı tümörlerinin başarılı tedavisi; erken tanı, agresif cerrahi rezeksiyon ve göğüs duvarının tamiridir. Lenfoma gibi kemoterapiye hassas tümörlerde göğüs duvarı tutulumunda cerrahi tedavi ve sonrası radyoterapi, kemoterapi ya da multimodal tedavi başarı oranını artırmaktadır.

## ÇIKAR ÇATIŞMASI

Bu makalede herhangi bir çıkar çatışması bildirilmemiştir.

## YAZAR KATKILARI

Fikir - M.Ç., A.E.B., S.A., S.P.; Tasarım ve Dizayn - M.Ç., A.E.B., S.A., S.P.; Denetleme - M.Ç., A.E.B., S.A., S.P.; Kaynaklar - M.Ç., A.E.B.; Malzemeler - ; Veri Toplama ve/veya İşleme - S.A., S.P., M.Ç.; Analiz ve/veya Yorum - M.Ç., A.E.B.; Literatür Taraması - M.Ç., A.E.B., S.P.; Yazıyı Yazan - M.Ç.; Eleştirel İnceleme - M.Ç., S.A.

## KAYNAKLAR

1. Hsu PK, Hsu HS, Li AF, Wang LS, Huang BS, Huang MH, et al. Non-Hodgkin's lymphoma presenting as a large chest wall mass. *Ann Thorac Surg* 2006; 81:1214-8. [\[CrossRef\]](#)
2. North LB, Libshitz HI, Lorigan JG. Thoracic lymphoma. *Radiol Clin North Am* 1990; 28:745-62.
3. Swerdlow SH, Campo E, Harris NL. WHO Classification of Tumours of Haematopoietic and Lymphoid Tissues. 4th ed. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2008.
4. Addis BJ, Isaacson PG. Large cell lymphoma of the mediastinum: a B-cell tumour of probable thymic origin. *Histopathology* 1986; 10:379-90. [\[CrossRef\]](#)
5. American Cancer Society. *Cancer Fact & Figures*. Atlanta: American Cancer Society; 2013.

6. Press GA, Glazer HS, Wasserman TH, Aronberg DJ, Lee JK, Sagel SS. Thoracic wall involvement by Hodgkin disease and non-Hodgkin lymphoma: CT evaluation. *Radiology* 1985; 157:195–8.
7. Cho CS, Blank N, Castellino RA. Computerized tomography evaluation of chest wall involvement in lymphoma. *Cancer* 1985; 55:1892-4. [\[CrossRef\]](#)
8. Tori M, Fujii Y, Minami M, Ohsawa M, Aozasa K, Matsuda H. Hodgkin's disease of the chest wall: report of a case. *Surg Today* 1998; 28:853-6.
9. Hirai S, Hamanaka Y, Mitsui N, Morifuji K, Sutoh M. Primary malignant lymphoma arising in the pleura without preceding long-standing pyothorax. *Ann Thorac Cardiovasc Surg* 2004; 10:297-300.
10. Lones MA, Sanger W, Perkins SL, Medeiros LJ. Anaplastic large cell lymphoma arising in bone: report of a case of the monomorphic variant with the t(2;5)(p23;q35) translocation. *Arch Pathol Lab Med* 2000; 124:1339-43.
11. Faries PL, D'Ayala M, Santos GH. Primary immunoblastic B-cell lymphoma of sternum. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1997; 114:684-5. [\[CrossRef\]](#)
12. Quinlan SC, Pfeiffer RM, Morton LM, Engels EA. Risk factors for early-onset and late-onset post-transplant lymphoproliferative disorder in kidney recipients in the United States. *Am J Hematol* 2011; 86:206-9. [\[CrossRef\]](#)
13. Shankland KR, Armitage JO, Hancock BW. Non-Hodgkin lymphoma. *Lancet* 2012; 380:848-57. [\[CrossRef\]](#)
14. Hodgson DC, Tsang RW, Pintilie M, Sun A, Wells W, Crump M, et al. Impact of chest wall and lung invasion on outcome of stage I-II Hodgkin's lymphoma after combined modality therapy. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2003; 57:1374-81. [\[CrossRef\]](#)
15. Ryan MB, McMurtrey MJ, Roth JA. Current management of chest-wall tumors. *Surg Clin North Am* 1989; 69:1061-80. [\[CrossRef\]](#)
16. Incarbone M, Pastorino U. Surgical treatment of chest wall tumors. *World J Surg* 2001; 25:218-30. [\[CrossRef\]](#)