

OLGU BİLDİRİSİ:

Kemiğe ait primer non-Hodkjin lenfoma

CASE REPORT:

Primary non-Hodkjin lymphoma of bone

Ahmet Mesrur HALEFOĞLU, Sami YAKUT, Kosti Can ÇALIŞKAN

Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Radyoloji Bölümü

ÖZET

İskeletten kaynaklanan non-Hodkjin lenfomalar oldukça nadir olarak rastlanılan bir durum olup, tüm primer kemik tümörlerinin yaklaşık olarak % 3' lük bir kesimini teşkil ederler. Biz olgu sunumumuzda manyetik rezonans görüntüleme ile sol femur diafiz 1/3 distal bölümünde infiltratif tarzda ve sol tibia medial plato düzeyinde subkondral yerleşim gösteren birkaç adet odakla seyreden lezyon alanları saptadık. Yapılan açık biopsi neticesinde hastaya primer kemiğe ait non-Hodkjin lenfoma tanısı koyuldu.

ABSTRACT

Non-Hodkjin lymphomas originating in the skeleton represent a rare entity that accounts for approximately 3 % of primary malignant bone tumors. In our case report, we have presented lesion areas of multiple foci situated in the left femur's 1/3 rd distal diaphysis portion infiltratively and the left tibia's medial plateau level subchondrally, through magnetic resonance imaging. Following open bone biopsy, the patient was diagnosed as having primary lymphoma of bone.

Key words: Magnetic resonance imaging, lymphoma, bone.

GİRİŞ

İskeletten kaynaklanan non-Hodkjin lenfomalar oldukça nadir olarak rastlanılan bir durum olup, tüm primer kemik tümörlerinin yaklaşık olarak % 3'lük bir kesimini teşkil ederler (1).

Prognoz açısından bu tümörün hem kemiğin diğer küçük yuvarlak hücreli tümörlerinden, hem de klasik kemik dışı primer non-Hodkjin lenfomanın kemik tutulumundan ayırt edilmesi çok önemlidir (2).

OLGU BİLDİRİSİ

72 yaşındaki erkek hasta sol bacağına yaygın tarzda ağrı ve zaman zaman şişme nedeniyle başvurduğu fizik tedavi servisi tarafından muayene edildikten sonra lomber bölge ve sol

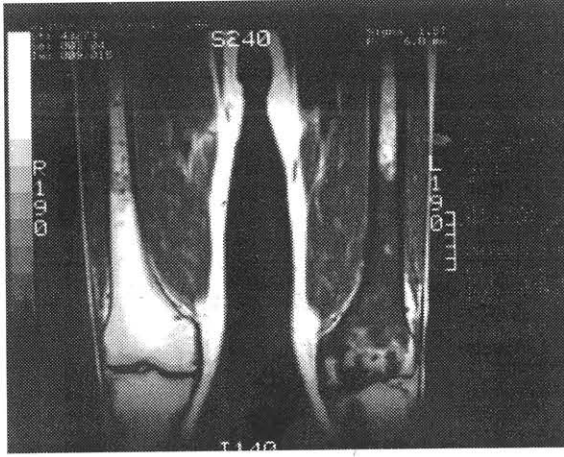
femura yönelik manyetik rezonans görüntüleme (MRG) isteğiyle servisimize gönderildi. Lomber incelemede L4-L5 ve L5-S1 disklerinde tekal saka bası yapan diffüz annüler bulging'ler dışında özellik saptanmadı.

Sol bacağına ait MRG'de ise sol femur diafiz 1/3 distal bölümünde infiltratif görünümde ve sol tibia medial plato düzeyinde subkondral yerleşim gösteren birkaç adet odağa ait sinyal intensite değişiklikleri saptandı. Tanımlanan lezyon alanları T 1 ağırlıklı SE görüntülerde normal kemik medüllasına göre hipointens sinyal intensite özelliği göstermekteydi (Resim 1, 2).

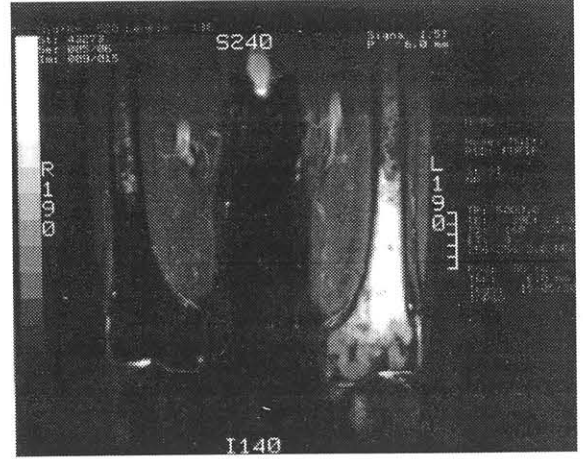
Tibia medial platosunda yerleşim gösteren lezyonlar subkondral lokalizasyonda izlenirken, femura ait lezyon alanları her iki kondile dek uzanarak eklem mesafesi komşuluğuna kadar ilerleme göstermekteydi. Ancak kortekse ait devamsızlık veya patolojik kırık saptanmadı. Eklem mesafesine veya kemik dışına uzanım gösteren bir yumuşak doku kitlesi mevcut değildi. FSE yağ baskılamalı T 2 ve FSE IR (inversion recovery) ağırlıklı incelemede lezyonların yer

Yazışma Adresi:

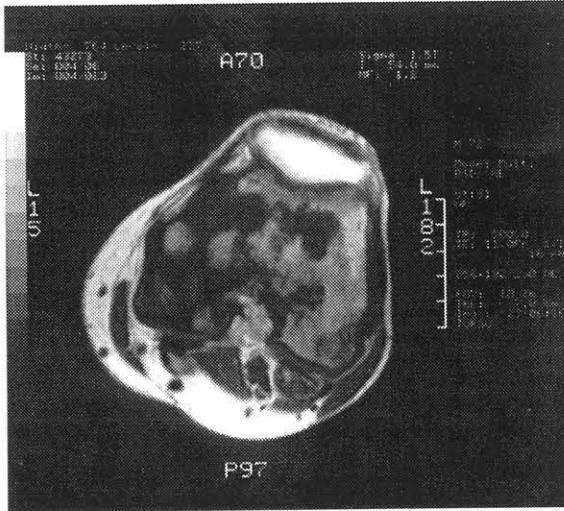
Ahmet Mesrur HALEFOĞLU
Birlik sok. Parksaray ap. No:17/4
80600 Levent-İstanbul
Tel: 0 (212) 2795643
Faks:0 (212) 2415015
E-mail : halefoglu@hotmail.com



Resim 1: Koronal SE T1 ağırlıklı görüntü, sol femur distal bölümünde intrameduller yerleşim gösteren, hipointens karakterde infiltratif lezyon alanı izleniyor. Epifizer bölgede de tutulum olmakla beraber eklem mesafesi intakt ve tibia medullar platoda da hipointens karakterde subkondral lezyon odakları mevcut.



Resim 3: Koronal FSE IR ağırlıklı görüntü, lezyonların heterojen hiperintens sinyal intensitesinde oldukları görülüyor, eklem içi veya kemik dışına uzanan yumuşak doku kitlesi mevcut değil.



Resim 2: Aksial SE T1 ağırlıklı görüntü, her iki kondili de tutan mültipl, hipointens karakterde lezyon odakları izleniyor.

yer heterojen olmakla birlikte yüksek sinyal intensite özelliği taşıdıkları saptandı (Resim 3).

Ayırıcı tanıda kemiğe ait bir neoplazm veya sistemik bir hastalığın kemik tutulumu düşünüldü. Hastanın genel durumunun iyi olması ve başka herhangi bir şikayetinin bulunmaması,

rutin laboratuvar ve klinik muayenelerinin normal olması nedeniyle kesin tanı için açık cerrahi biopsiye karar verildi ve elde edilen spesmenin histopatolojik değerlendirilmesi sonucu B lenfositlerinin görüldüğü tespit edildi ve tanı non-Hodkjin lenfoma olarak geldi. Bunun sistemik hastalığın kemik tutulumu olabileceği düşünülerek hastaya boyun ve tüm batın tomografik incelemeler yapıldı ve bunlarda herhangi bir patolojinin saptanmaması nedeniyle hasta kemiğe ait primer non-Hodkjin Lenfoma olgusu olarak değerlendirildi.

TARTIŞMA

Primer kemiğe ait non-Hodkjin lenfomanın prognozunun diğer yuvarlak hücreli kemik tümörlerinden (3) ve sistemik non-Hodkjin lenfoma'dan çok daha iyi olduğu bildirilmiştir (2).

Bu tümörün klinik olarak kemiğe ait özellikle diğer küçük yuvarlak hücreli tümörlerden ayırt edilmesi oldukça zor olabilir, çünkü hastaların lokal semptomların dışında fazla şikayetleri yoktur. Hastaların genel durumlarının iyi olması da primer kemik dışı lenfomanın kemik tutulumunda pek karşılaşılan bir durum değildir.

Non-Hodkgin lenfomanın iskelet tutulunda histopatolojik olarak hemen daima B hücreli lenfositlerin ortaya konduğu bildirilmiştir (4).

MRG'nin hem primer ve hem de sekonder malign kemik tümörlerinin tanısındaki önemi defalarca vurgulanmıştır. Mükemmel kontrast rezolüsyonu sayesinde bu inceleme yöntemi ile intramedüller tümör uzanımının ve kemik dışı yumuşak doku değişikliklerinin doğru olarak değerlendirilebilmesi mümkün olmaktadır.

Kemiğe ait primer non-Hodkgin lenfomanın MRG'de sinyal intensite özellikleri tanımlanmıştır. Buna göre T 2 ağırlıklı görüntülerde yüksek sinyal intensite özelliği gösteren diğer kemiğe ait küçük hücreli tümörlerin tersine olarak, kemiğin primer lenfomasının hem T 1 ve hem de T 2 ağırlıklı görüntülerde düşük sinyal intensitesi gösterdiği belirtilmiş ve özellikle T 2 ağırlıklı görüntülerde izlenen bu nisbeten düşük sinyal intensite özelliğinin bu lezyonların içerdiği internal fibrozisin bir yansıması olduğu öne sürülmüştür (5).

Ancak fibromatozis ve skar dokusu gibi oldukça fibrotik muskuloskeletal lezyonlarda T 2 ağırlıklı görüntülerde değişebilen yüksek ve düşük sinyal özelliklerinin saptanması, (6, 7) ayrıca sistemik lenfomatöz hastalıkta T 2 ağırlıklı görüntülerde saptanan sinyal intensitelerinin değişiklik gösterebilmesi, (8) bunun sadece internal fibrozise bağlı olarak ortaya çıktığı yolundaki tez ile çelişki göstermektedir.

White ve arkadaşları kemiğin primer lenfomasında vakaların 1/3'de T 2 ağırlıklı görüntülerde yüksek sinyal intensitesi görüldüğünü ortaya koymuşlardır (9). Bu da T 2 ağırlıklı görüntülerde lezyonların sinyal intensitesini belirlemede sadece internal fibrozisin derecesinin sorumlu olduğu yolundaki düşünce konusunda şüphelerin artmasına yol açmıştır.

Nitekim bizim olgumuz da T 2 ağırlıklı görüntülerde iddia edilen bu tezin aksine yüksek sinyal intensitesi göstermekteydi ve histopatolojik sonuç primer kemik lenfoma olarak geldi.

Ayırıcı tanı da yine bizim olgumuzda izlenmemekle beraber, komşu eklem mesafesine direk tümör uzanımı ile birlikte makroskopik olarak eklem mesafesinde tümör görülebmesinin lenfoma haricindeki diğer malign kemik tümörlerinde oldukça nadir görülen bir bulgu olduğu belirtilmektedir.

Stiglbauer ve arkadaşları çalışmalarının sonucu olarak, SE T 2 ağırlıklı görüntülerde düşük sinyal intensite karakteristiğinin, uzun kemiklerin uçlarına doğru yerleşim gösterme özelliğinin ve komşu eklemleri invaze etme eğiliminde olmalarının bu tümörlerin karakteristik özelliği olduğunu ileri sürmüşlerdir (5).

White ve arkadaşları ise primer kemik lenfomasının T 2 ağırlıklı sinyal intensite özelliklerinin değişiklik gösterdiğini ve bunun sadece basit olarak intralezyonal fibrozis ile ilişkili olmadığı ve muhtemelen çok sayıda intralezyonal faktörün kompleks bir yansıması olarak ortaya çıktığı sonucuna varmışlardır. Daha önce primer kemik lenfomasında T 2 ağırlıklı görüntülerde saptanan ve tipik olarak kabul edilen hipointens sinyal intensitesi özelliğinin yine birçok vakada görülebilmekle beraber, hiperintens sinyal özelliğine de sıklıkla rastlanabileceği ve bunun kemiğin primer lenfomasının manyetik rezonans görüntüleme ile tanısında atipik veya uygunsuz olarak yorumlanmaması gerektiğini belirtmişlerdir (9).

KAYNAKLAR

1. Dahlin DC, Unni KK : Bone tumors: general aspects and data on 8542 cases. 4th ed. Thomas, Springfield, IL, 1986, 208-226.
2. Shoji H, Miller TR : Primary reticulum cell sarcoma of bone: significance of clinical features upon the prognosis. *Cancer*, 28 : 1234-1244, 1971.
3. Bacci G, Jaffe N, Emiliani E, et al : Therapy for primary non-Hodgkin's lymphomas of bones and a comparison of results with Ewing's sarcoma. *Cancer*, 57 : 1468-1472, 1986.
4. Pettit CK, Zukerberg LR, Gray MH, et al : Primary lymphoma of bone. A B-cell neoplasm with a high frequency of multilobated cells. *Am J Surg Pathol*, 14 : 329-334, 1990.
5. Stiglbauer R, Augustin I, Kramer J, Schurawitzki H, Imhof H, Radaszkeiwicz T : MRI in the diagnosis of primary lymphoma of bone: correlation with histopathology. *J Comput Assist Tomogr*, 16: 248-253, 1992.
6. Baran GA, Sundaram M, Janney C : Paradoxical signals (short T 2, long T 2) in a patient with a soft tissue tumor. (letter) *AJR*, 157 : 648-649, 1991.
7. Sundaram M, McGuire MH, Schajowicz F : Soft-tissue masses: histologic bases for decreased signal (short T 2) on T 2 weighted MR images. *AJR*, 48 : 1247-1250, 1987.
8. Negendank WG, Al-Katib AM, Karanes C, Smith MR : Lymphomas: MR imaging contrast characteristics with clinical-pathologic correlations. *Radiology*, 177 : 209-216, 1990.
9. White ML, Schweitzer ME, Khalili K, Howarth DJ, Wunder JS, Bell RS : MR imaging of Primary Lymphoma of Bone: variability of T 2 weighted signal intensity. *AJR*, 170 : 1243-1247, 1998.