

Parotis Bezinin Primer Lenfoması, Olgu Sunumu

Primary lymphoma of the parotid gland, Report of one case

Uğur ÇINAR*, Arif ERSOY*, Berna USLU*, Ertuğrul YAVUZ*, Ümit İNCE**, Aras ŞENVAR*

* Şişli Etfal Hastanesi KBB-Baş ve Boyun Cerrahisi Kliniği

** Oruç Patoloji Merkezi

ÖZET

Altmışbeş yaşında bayan hasta, 23.1.97 tarihinde sağ kulağının ön ve altında hızla büyüyen kitle nedeniyle kliniğimize başvurmuştur. Hastaya 27.1.97 tarihinde sağ süperfisyal parotidektomi yapıldı. Kitlenin yapılan immunhistokimyasal incelemesinde malign lenfoma tanısı konulmuştur. Hasta daha sonra yapılan tetkikler sonucunda evre I olarak kabul edilip radyoterapi almak üzere onkoloji kliniğine sevk edildi.

Primer lenfomanın en nadir görüldüğü bölgelerden biri tükürük bezidir. Kliniğimizde süperfisyal parotidektomi yaptığımız ve histopatolojik olarak high grade malign lenfoma tanısı konulan parotis bezinin primer lenfoma olgusu nedeni ile ilgili literatürü irdelemeyi amaçladık.

ANAHTAR KELİMELER: Parotis, primer lenfoma.

SUMMARY

Primary lymphoma is rarely seen in salivary glands. We present a case of sixtyfive year's old woman with primary lymphoma of the parotid gland. After superficial parotidectomy, histopathologic evaluation resulted as high grade malign lymphoma then we reviewed the literature.

KEY WORDS: Parotid gland, primary lymphoma.

GİRİŞ

Baş ve boyun bölgesi lenfoproliferatif hastalıkların hem nodal ve hem de ektranodal formlarının en sık görüldüğü bölgedir (1). Tükürük bezinde lenfoid doku olmasına rağmen tükürük bezinden kaynaklanan lenfoma nadirdir (1). Yapılan geniş serili parotidektomilerde lenfoma insidansı %1-4 olarak bulunmuştur (2, 3). Hyman ve Wolf (2, 4) lezyonun primer parotis lenfoması olabilmesi için bazı kriterler belirlemiştir. Kliniğimizde 1987-1997 arasında yapılan 53 adet parotidektomi içinde ilk defa parotis malign lenfoması ile karşılaştık ve konu ile ilgili literatürü gözden geçirdik.

Yazışma Adresi:

Op. Dr. Uğur Çınar
Ortaklar Cd. Onur Apt. 2/1
80300 Mecidiyeköy/İstanbul
Tel: (0 212) 266 40 59
Fax: (0 212) 266 65 57

OLGU SUNUMU

Altmışbeş yaşında bayan hasta 23.1.1997 tarihinde sağ kulağının ön ve altında bir ay içinde belirip hızla büyüyen kitle nedeni ile kliniğimize başvurmuştur. Hastanın yapılan muayenesinde sağ tarafta yukarıda tragus hizasında başlayan önde 4 cm önüne, arkada mastoid tipe, aşağıda mandibula angulusuna kadar uzanan yaklaşık 5x4 cm boyutlarında sert, yarı mobil, üzerindeki ciltte ısı artışı ve hiperemi bulunmayan, palpasyonla ağrısız, kitle tesbit edildi. Boyunda palpabl lenf nodu saptanmadı. Hastanın sistem muayenelerinde ve laboratuvar tetkiklerinde herhangi bir özellik yoktu. Hastaya 27.1.1997 tarihinde sağ süperfisyal parotidektomi yapıldı. Operasyon sırasında fasiyal sinirin servikofasyal dalının kitlenin içine girdiği görüldü ve sakrifiye edildi. Fasiyal sinirin diğer dalları korundu. Histopatolojik çalışmada tükürük glandında yer yer yapıyı ortadan kaldıran diffuz infiltrasyon mevcut olup belirgin pleomorfizm gösteren, iri nükleuslu, düzensiz ve kalın nükleolemmalı, bir veya daha çok iri nükleolemmalı, dar sitoplazmalı atipik sentroblast, immunoblast, sentrositoid hücreler görül-

dü. İmmunohistokimyasal incelemede tümör hücrelerinde CD 20 pozitif bulundu. Sonuçta parotis bezinin parankimini de tutan low grade MALT (Mucosa Associated Lymphoid Tissue) lenfoma zemininde geliştiği düşünülen B-hücreli, sentroblastik polimorfik high grade malign lenfoma tanısı konuldu. Bunun üzerine hastaya kemik iliği biyopsisi yapıldı, toraks, abdominal ve pelvik bölgeleri içeren bilgisayarlı tomografiler çektirildi. Tetkiklerin sonucunda herhangi bir bölgeye yayılım saptanmadı. Bu bilgilerin ışığında hasta evre I olarak değerlendirildi ve radyoterapi almak üzere onkoloji kliniğine sevk edildi.

TARTIŞMA

Malign lenfoma lenfoid doku hücrelerinin neoplastik transformasyonudur. Başlıca iki tipi mevcuttur. Hodgkin Lenfoma ve Non-Hodgkin Lenfoma (NHL). Non-Hodgkin Lenfomada ektranodal tutulum daha sıktır ve hastalık daha progresif ilerler (5). Her iki formda da hastalar sıklıkla ağrısız adenopati ile doktora başvururlar (2). Freeman ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada ektranodal tutulumlu lenfomalar içinde en sık midenin (%23.5) tutulduğu bildirilmiştir (6). Baş ve boyunun ektranodal lenfomalarının büyük çoğunluğunu non-Hodgkin Lenfoma oluşturur (1, 6, 7). Bunların da ancak %4-5'inde tükürük bezi tutulumu vardır. Bunun da büyük bir kısmı parotise aittir. Ancak Hyman ve Wolfun (4) kriterlerine göre lezyonun primer parotis lenfoması olabilmesi için; 1) Gland tutulumunun hastalığın ilk belirtisi olması 2) Histolojik olarak sadece lenf nodlarının ve yumuşak dokuların değil gland parankiminin de tutulması 3) Lenfoid infiltrasyonun malign olduğunun doğrulanması gerekmektedir. Bu kriterler gözönüne alındığında oran daha da düşmektedir ki olgumuz bu kriterlere uymaktadır. Colby ve Dorfman literatürde 1979 yılına dek 100 adet primer tükürük bezi lenfoması olduğunu bildirmişlerdir (3). Batsakis (7) parotis bezinin sık tutulum sebebinin embriyogenesinden itibaren lenf nodu ve lenfoid doku ile birlikte olmasına bağlamaktadır. Zira submandibuler ve sublingual bezlerde nadiren lenfoid dokuya rastlanmaktadır (7). Parotis lenfomaları ektranodal olarak değerlendirilmelerine karşın sıklıkla ilişkili olduğu lenf nodlarından kaynaklanır ve bezin tutulumu buna ikincil olarak gelişir (4, 7). Non-Hodgkin Lenfomaların sınıflandırılması ve lenfomaların evrelendirilmeleri için birkaç farklı sistem kullanılmaktadır. Bunlar içinde en çok kabul görenler: Rappaport, International Working Formulation, Ann Arbor evrele-

me sistemidir. Evrelendirme yapmadan önce iyi bir anamnez alınmalı, fizik muayene ve hematolojik inceleme yapılmalı, akciğer röntgeni, abdominal ve pelvik bölgelerin bilgisayarlı tomografileri çekilmeli ve kemik iliği biopsisi yapılmalıdır (2). Tüm bunlardan başka tükürük bezi lenfomaları patolojik olarak iki alt grupta incelenebilir. Bunlar; 1) Bir otoimmün hastalıkla birlikte olanlar (Sjörgen, Sicca Sendromları vs.) 2) Otoimmün hastalıkla birlikte olmayanlar (2). Sjörgen ve Sicca Sendromları olanlarda lenfomanın görülme sıklığı yaklaşık 40 kat artmaktadır (5).

Tanı konulduğunda birçok hasta ileri evrede olmaktadır. Yapılan çalışmalarda primer parotis non-Hodgkin Lenfomaları evrelendirilirken %30-63'ünde sistemik hastalık tesbit edilmiştir (4, 6). Olgumuzun gerek hikayesinde gerek yapılan incelemelerinde herhangi bir otoimmün veya sistemik hastalık tesbit edilmedi. Parotis lenfomasında surviye ait istatistikler seriden seriye oldukça farklılık göstermektedir. Bununla beraber parotis yerleşimli non-Hodgkin Lenfomaların survileri diğer yerleşimlere göre daha iyidir (5). Ektranodal yerleşimli lenfomalarda uzun süreli surviler tüm lenfomalar için yaklaşık %41 iken bu oran parotiste yerleşen lenfomalar için %50-80 olarak bildirilmiştir (6). Surviyi en çok etkileyen faktörlerin başında regional yayılım olup olmadığı gelmektedir. Zira regional yayılım olmayanlarda beş yıllık survi %80 iken yayılım olanlarda bu oran %51'e düşmektedir (5). Submandibuler beze yerleşen lenfoma vakalarının survileri ise parotis bezine yerleşenlere oranla daha kötüdür (1). Surviyi etkileyen bir diğer faktör de hastalığın bir başka otoimmün hastalıkla beraber olup olmadığıdır. Sjörgen sendromu ile beraber olan lenfomalı hastalarda hastalık oldukça hızlı seyrederek, survi düşer ki hastaların çoğunluğunda tanı konduktan sonraki survi 3 yıldan azdır (5).

Birçok araştırmacı bu hastaların tedavilerinde etkili metodun kemoterapi olduğunu ileri sürmektedirler (2, 5). Özellikle ileri evredeki ve semptomatik hastalar kemoterapi ile tedavi edilmektedirler (2, 5). I. evredeki intermediate ve high grade non-Hodgkin Lenfoma ile I. ve II. evredeki low grade non-Hodgkin Lenfomalar tek başına radyoterapi ile tedavi edilebilirler (1).

Bu konuda yapılan tüm çalışmaları gözönünde bulunduran araştırmacılar konu ile ilgili bazı önerilerde bulunmuşlardır (2). Bunlar;

1) Cerrahi yaklaşım tanı amacı ile kullanılmalıdır. İzole asemptomatik parotis kitlelerinde süperfisyal parotidektomi uygulanabilir.

2) Tam bir patolojik inceleme ve uygun evrelendirme yapılmalıdır.

3) Tek başına radyoterapi evre I non-Hodgkin Lenfomalarda kullanılmalı, seçilmiş evre II non-Hodgkin Lenfomalarda ise tedaviye eklenmelidir.

4) Kemoterapi evre II-IV arasındaki tüm hastalara uygulanmalı ve rekürrensi olanlarla lokal persistan hastalığı olanlara radyoterapi eklenmelidir.

5) Tedaviye rağmen rekürrensi veya persistan hastalığı olanlara klinik davranımlarının elverdiği tüm palyatif tedavi (radyoterapi veya kemoterapi veya her ikisi beraber) uygulanmalıdır (2).

Ann Arbor evreleme sistemine göre olgumuz evre I non-Hodgkin Lenfoma olarak belirlendiği için radyoterapi görmek üzere onkoloji kliniğine sevk edilmiştir.

KAYNAKLAR

- 1 Kapadia SB: Hematologic diseases. In: Surgical Pathology of the Head and Neck (chap. 18) L. Barnes (ed) Marcell Dekker Inc, New York, 1985, 1045-1209.
- 2 Mehle ME, Krans DH, Wood BG, Tubbs R, Tucker HM, Lavertu P: Lymphoma of the parotid gland. Laryngoscope, 103: 17-21, 1993.
- 3 Ariyan S: Salivary Gland Tumors. Cancer of Head and Neck, Mosby Company, Toronto, 1987, 603-710.
- 4 Hyman GA, Wolf M: Malignant lymphomas of the salivary glands. Am J Clin Pathol, 65: 421-438, 1976.
- 5 Emanuel IA: Malignant lymphoma presenting as a parotid mass. J Laryngol Otol, 90: 381-392, 1976.
- 6 Freeman C, Berg JW, Cutler SJ: Occurens and prognosis of ektranodal lymphomas. Cancer, 29: 252-260, 1972.
- 7 Batsakis JG: Primary Lymphomas of the Salivary Glands. Ann Otol Rhinol Laryngol, 95: 107-108, 1986.