

Bölüm 31

TİROİD LENFOMASINA YAKLAŞIM

Murat ALAY¹

GİRİŞ

Primer tiroid lenfoması nadir görülen bir hastalıktır. Bütün tiroid malignitelerinin %5⁽¹⁾, tüm ektranodal lenfomaların ise %2'sini oluşturur⁽²⁾. Yaklaşık görüme insidansı milyonda 1'dir⁽³⁾. Hastalıkta kadın/erkek oranı 2-8'dir⁽⁴⁾. Ortalama yaş 60-70 civarındadır. Primer tiroid lenfoması (PTL) ortalama %57'si kronik tiroidit zemininde görülen bir hastalıktır⁽¹⁾. Hastalığın Hashimoto tiroiditi ile ilgisi gayet iyi bilinmekle birlikte (67-89 kat sık), bu ilişkinin nedeni açıklanamamıştır⁽⁹⁾. Genellikle kronik tiroidit tanısından 9-10 yıl sonra tanı konur. PTL'nin tedavi ve prognozu tanı konduktan sonraki histoloji ve evresine göre belirlenir.

HİSTOLOJİK SUBTİPLER

Dünya sağlık örgüyü 2008 yılında lenfomaları 4 sınıfa ayırdı. Lenfomaları dominant hücre tipine göre, B hücreli lenfomalar, T hücreli lenfomalar, natürel killer hücreli lenfomalar ve Hodgkin lenfomalar olarak sınıflandırıldı⁽¹⁰⁾. Primer tiroid lenfoması sıklıkla B hücreli lenfomalardır. En çok diffüz B hücreli lenfoma(%50) görülür onu sırasıyla mukoza ilişkili lenfatik hastalık (MALT) lenfoması(%10-23), foliküler(%10), küçük hücreli(%3), Hodgkin lenfoma(%2) ve Burkitt lenfoma ve diğerleri(<%2)görülmür⁽⁷⁾.

Anahtar Kelimeler: Tiroid, lenfoma

Patoloji

Sitolojik incelemede DLBCL, lenfoepitelyal odakları olan ve azalmış kolloid veya kolloid olmaması ile birlikte; uniform, büyük, anormal lenfoid hücre popü-

¹ Dr.Öğr.Üyesi, Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları A.B.D. Endokrin Ve Metabolizma Hastalıkları B.D., drmuratalay@hotmail.com

invaziv trakeal stentlerin, daha fazla invaziv cerrahi gerekmeksizin kompresyon semptomlarını hafifletebileceği ve / veya solunum yolu tıkanıklığını azaltabileceği öne sürülmüştür⁽³¹⁾.

Prognoz

National Cancer Institute Sürveyans, Epidemiyoloji ve Sonuçları Veritabanından elde edilen datarlarla yapılan, 32 yıldan fazla takip edilen PTL'li 1408 hastalık bir çalışmada, tüm olgularda medyan OS 9,3 yıl, 5 yıl OS%66, hastalık spesifik sağkalım %79 idi (7). Evre ile sınıflandırıldığında, 5 yıllık hastalık spesifik sağkalım, evre I, II ve III / VI için sırasıyla %86, 81 ve %64 idi. Histolojik alt tipe göre 5 yıllık hastalık spesifik sağkalım oranı, DLBCL için %75, MALT lenfoma için %96, foliküler lenfoma için %87, küçük lenfositik lenfoma için %86 ve diğer NHL için %83 idi. Evre IV hastalığı olan hastaların ölme olasılığı evre I hastalığı olanlara göre 2,2 kat daha fazlaydı (P <.001) ve DLBCL'li hastaların MALT lenfoması olanlara göre ölme olasılığı yaklaşık 5 kat daha fazlaydı (P <.01). Kötü prognostik faktörler arasında; ileri yaş, evre, DLBCL varlığı, radyasyon veya cerrahi ile tedavi edilmeme, büyük tümör boyutu, mediastinal tutulum, hızlı klinik büyüme ve B semptomlar, disfajinin veya stridorun varlığı sayılabilir^(5,7,12).

KAYNAKLAR

1. Sangalli G, Serio G, Zampatti C, Lomuscio G, Colombo L. Fineneedle aspiration cytology of primary lymphoma of the thyroid: a report of 17 cases. *Cytopathology*. 2001;12:257–263.
2. Freeman C, Berg JW, Cutler SJ. Occurrence and prognosis of extranodal lymphomas. *Cancer*. 1972;29:252–260.
3. Thieblemont C, Mayer A, Dumontet C, et al. Primary thyroid lymphoma is a heterogeneous disease. *J Clin Endocrinol Metab*. 2002; 87:105–111.
4. Pedersen RK, Pedersen NT. Primary non-Hodgkin's lymphoma of the thyroid gland: a population based study. *Histopathology*. 1996; 28:25–32.
5. Derringer GA, Thompson LD, Frommelt RA, et al. Malignant lymphoma of the thyroid gland: a clinicopathologic study of 108 cases. *Am J Surg Pathol*. 2000;24:623–639.
6. Sarinah B, Hisham AN. Primary lymphoma of the thyroid: diagnostic and therapeutic considerations. *Asian J Surg*. 2010;33:20–24.
7. Graff-Baker A, Roman SA, Thomas DC, Udelsman R, Sosa JA. Prognosis of primary thyroid lymphoma: demographic, clinical, and pathologic predictors of survival in 1,408 cases. *Surgery*. 2009;146:1105–1115.
8. Matsuzuka F, Miyauchi A, Katayama S, et al. Clinical aspects of primary thyroid lymphoma: diagnosis and treatment based on our experience of 119 cases. *Thyroid*. 1993;3:93–99.
9. Holm LE, Blomgren H, Lowhagen T. Cancer risks in patients with chronic lymphocytic thyroiditis. *N Engl J Med*. 1985;312:601–604.
10. Jaffe ES. The 2008 WHO classification of lymphomas: implications for clinical practice and translational research. *HematologyAmSoc Hematol Educ Program*. 2009;523–531.
11. Alzouebi M, Goepel JR, Horsman JM, Hancock BW. Primary thyroid lymphoma: the 40 year experience of a UK lymphoma treatment centre. *Int J Oncol*. 2012;40:2075–2080.
12. Onal C, Li YX, Miller RC, et al. Treatment results and prognostic factors in primary thyroid lymphoma patients: a rare cancer network study. *Ann Oncol*. 2011;22:156–164.

13. Watanabe N, Noh JY, Narimatsu H, et al. Clinicopathological features of 171 cases of primary thyroid lymphoma: a long-term study involving 24553 patients with Hashimoto's disease. *Br J Haematol.* 2011;153:236–243.
14. Rawal A, Finn WG, Schnitzer B, Valdez R. Site-specific morphologic differences in extranodal marginal zone B-cell lymphomas. *Arch Pathol Lab Med.* 2007;131:1673–1678.
15. Maitra A. The endocrine system. In: Kumar V, Abbas A, Fausto N, Aster JC, Perkins JA, eds. *Robbins & Cotran Pathologic Basis of Disease.* 8th ed. Philadelphia, PA: Saunders Elsevier; 2010:1097–1164.
16. Vega F, Lin P, Medeiros LJ. Extranodal lymphomas of the head and neck. *Ann Diagn Pathol.* 2005;9:340–350.
17. Niitsu N, Okamoto M, Nakamura N, et al. Clinicopathologic correlations of stage IE/IIIE primary thyroid diffuse large B-cell lymphoma. *Ann Oncol.* 2007;18:1203–1208.
18. Nam M, Shin JH, Han BK, et al. Thyroid lymphoma: correlation of radiologic and pathologic features. *J Ultrasound Med.* 2012;31: 589–594.
19. Ota H, Ito Y, Matsuzuka F, et al. Usefulness of ultrasonography for diagnosis of malignant lymphoma of the thyroid. *Thyroid.* 2006;16:983–987.
20. Carbone PP, Kaplan HS, Musshoff K, Smithers DW, Tubiana M. Report of the committee on Hodgkin's disease staging classification. *Cancer Res.* 1971;31:1860–1861.
21. Takashima S, Morimoto S, Ikezoe J, et al. Primary thyroid lymphoma: comparison of CT and US assessment. *Radiology.* 1989; 171:439–443.
22. Arabi M, Dvorak R, Smith LB, et al. Fluorodeoxyglucose positron emission tomography in primary thyroid lymphoma with coexisting lymphocytic thyroiditis. *Thyroid.* 2011;21: 1153–1156.
23. Lin EC. FDG PET/CT for assessing therapy response in primary thyroid lymphoma. *Clin Nucl Med.* 2007;32:152–153.
24. Klyachkin ML, Schwartz RW, Cibull M, et al. Thyroid lymphoma: is there a role for surgery? *Am Surg.* 1998;64:234–238.
25. Blair TJ, Evans RG, Buskirk SJ, et al. Radiotherapeutic management of primary thyroid lymphoma. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 1985;11:365–370.
26. Pyke CM, Grant CS, Habermann TM, et al. Non-Hodgkin's lymphoma of the thyroid: is more than biopsy necessary? *World J Surg.* 1992;16:604–610.
27. Friedberg MH, Coburn MC, Monchik JM. Role of surgery in stage IE non-Hodgkin's lymphoma of the thyroid. *Surgery.* 1994;116: 1061–1067.
28. Vigliotti A, Kong JS, Fuller LM, Velasquez WS. Thyroid lymphomas stages IE and IIE: comparative results for radiotherapy only, combination chemotherapy only, and multimodality treatment. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 1986;12:1807–1812.
29. Laing RW, Hoskin P, Hudson BV, et al. The significance of MALT histology in thyroid lymphoma: a review of patients from the BNLI and Royal Marsden Hospital. *Clin Oncol (R Coll Radiol).* 1994;6: 300–304.
30. Miller TP, Dahlberg S, Cassady JR, et al. Chemotherapy alone compared with chemotherapy plus radiotherapy for localized intermediate- and high-grade non-Hodgkin's lymphoma. *N Engl J Med.* 1998;339:21–26.
31. Hopkins C, Stearns M, Watkinson AF. Palliative tracheal stenting in invasive papillary thyroid carcinoma. *J Laryngol Otol.* 2001;115:935–937.