

Memenin Nadir Görülen Primer Diffüz B Hücreli Lenfoması

36

Yasemin ALTINTAŞ¹
Süleyman ALTINTAŞ²

GİRİŞ

Primer meme lenfoması, meme malignitelerinin % 1'inden daha azını ve lenfomaların % 3'ünden daha azını içeren nadir bir durumdur (1). Primer meme lenfoması oldukça seyrek görülen bir lenfoma tipidir. Sistemik bir hastalık olmadan sadece memeden kaynaklanır. En sık görülen histolojik tipi diffüz büyük B-hücreli lenfomadır (DLBCL). Ama nadir olarak diğer subtipleri de literatürde bildirilmiştir (2-4). Birçok seride memenin primer lenfoması nonhodgkin lenfomaların %1'inden azını ve ekstra nodal lenfomalarında %3'ünden daha az görüldüğü rapor edilmiştir (5,6). Memenin primer lenfoması adından da anlaşılacağı gibi memeyi ve ilerlemiş vakalarda aksillayı tutar. Literatürde yer alan bazı makalelerde lokorejyonel erken dönem hastalığın bir parçası olarak subraklavikular ya da inframammarian lenf nodlarında da tutabileceğini düşünmektedir (5). Memenin primer lenfomaları bilateral olarak da görülebilir. Yayınlanan serilerde primer ya da sekonder meme lenfomaları için bazı vakalarda memenin primer yer olduğu ve bazı vakalarda da ilk meme de yerleşirken diğer memeye diseminasyonu olduğu düşünülmektedir (4,7). Meme lenfomasını bayanlarda görülmesi bu hastalığın östrojene bağlı bir mekanizma sonucu oluştuğunu akla getirmektedir (8). Küçük serileri içeren çalışmalarda sağ memede daha sık gözlendiği belirtilmektedir (2, 8). Klinik olarak memenin primer lenfoması meme kanseri gibi ağrısız bir kitle

¹ Uzm. Dr., Özel Adana Ortadoğu Hastanesi Radyoloji Bölümü, yaseminoter@yahoo.com

² Uzm. Dr., Adana Şehir Hastanesi Patoloji Kliniği, suleymanveysmn@yahoo.com

Hastaya onkoloji konsültasyonu sonrasında PET CT çekildi. PET CT' sinde sağ meme alt iç yarımında, yaklaşık 6.5 cm genişlikte, SUV max 1.7 hipermetabolik kitle izlendi. Aksiller fossa ve diğer bölgelerde patolojik boyutta FDG tutulması, akciğerde metastaz ile uyumlu lezyon saptanmamış olarak rapor edildi. Baş-boyun bölgesi, abdominopelvik bölge ve diğer bölgelerde PLG dağılımı fizyolojik sınırlarda idi. Hastaya onkoloji tarafından tedavi başlandı.

Primer lenfoma olan bölgeye radyasyon tedavisi ve Rituksimab ile kemoterapi başlandı. Hastanın tedavi sonrası 3. ayda çekilen PET CT'sinde ve ultrasonografi ve mamografisinde hastalığın tümü ile ortadan kalktığı tespit edildi. 6.ay ve 12 ayda yapılan kontrollerinde meme ultrasonografi ve mammografi, klinik muayene normal idi.

TARTIŞMA

Meme lenfoması oldukça nadir görülen ve fakat modern tedaviye oldukça iyi cevap veren bir durumdur. Cerrahi, radyoterapi ve Rituksimab kemoterapi ile primer meme lenfolarının lokal rekürensini oldukça düşüğünü gösteren birçok çalışma mevcuttur (20,21). En büyük serilerden biri 191 vakayı içeren DLBCL vakasının 1980-2003 yılları arasında takipli hastada 9 hasta aynı bölgede lokal rekürens geliştirmiş ve bu çalışmada radyoterapinin lokal rekürensleri azaltmada etkili olduğunu göstermişlerdir. Birçok çalışmada vakaların %10'unun bilateral olarak ortaya çıkabileceği bu da sağkalım ilgili risk faktörünü artıran önemli bir bulgu olarak belirtilmiştir (19). Günümüzde BI-RADS meme lenfomalarının tedavisinde santral sinir sistemi profilaksisinin kullanımı ile ilgili yeterli bir data mevcut değildir. Bazı retrospektif çalışmalarda DLBCL histoloji tipi olan memenin primer lenfomasında santral sinir sistemi relapsının biraz daha yüksek olabileceğini ve bu gibi vakalarda santral sistemi profilaksinin olabileceğini belirtmişlerdir (22-24). Özet olarak memenin primer lenfoması oldukça nadir klinik olgudur ve tedaviye iyi cevap veren ve sağkalım oranı iyi olan bir durumdur. Tedavi sonrası diğer memenin izlenmesi ve relaps varsa erken tespit etmek oldukça can alıcıdır. DLBCL ile intratekal terapi ile santral sinir sistemi profilaksisinde düşünülebilir.

KAYNAKLAR

1. Strobbe L, Peterse H, Van Tinteren H et al. Angiosarcoma of the breast after conservation therapy for invasive cancer, the incidence and outcome. An unforeseen sequela. *Breast Cancer Res Treat.* 1998; 47(2):101
2. Aviv A, Tadmor T, Polliack A. Primary diffuse large B-cell lymphoma of the breast: Looking at pathogenesis, clinical issues and therapeutic options. *Ann Oncol.*2013;24(9):2236–2244.
3. Ryan G, Martinelli G, Kuper-Hommel M, et al. Primary diffuse large B-cell lymphoma of the breast: Prognostic factors and outcomes of a study by the international extranodal lymphoma study group. *Ann Oncol.* 2008;19(2): 233–241.
4. Validire P, Capovilla M, Asselain B, et al. Primary breast non-Hodgkin's lymphoma: A large single center study of initial characteristics, natural history, and prognostic factors. *AmJHematol.* 2009;84(3):133–139.
5. Cheah CY, Campbell BA, Seymour JF. Primary breast lymphoma. *Cancer Treat Rev.*2014;40(8):900–908.

6. Jeanneret-Sozzi W, Taghian A, Epelbaum R, et al. Primary breast lymphoma: Patient profile, outcome and prognostic factors. A multicentre rare cancer network study. *BMCCancer*.2008;8:86.
7. Ganjoo K, Advani R, Mariappan MR, McMillan A, Horning S. Non-Hodgkin lymphoma of the breast. *Cancer*.2007;110(1):25–30.
8. Hosein PJ, Maragulia JC, Salzberg MP, et al. A multicentre study of primary breast diffuse large B-cell lymphoma in the rituximab era. *Br J Haematol*.2014; 165(3):358–363.
9. Domchek SM, Hecht JL, Fleming MD, Pinkus GS, Canellos GP. Lymphomas of the breast: Primary and secondary involvement. *Cancer*.2002;94(1):6–13.
10. Surov A, Holzhausen HJ, Wienke A, et al. Primary and secondary breast lymphoma: Prevalence, clinical signs and radiological features. *Br J Radiol*. 2012;85(1014):e195–e205.
11. Miranda RN, Aladily TN, Prince HM, et al. Breast implant-associated anaplastic large-cell lymphoma: Long-term follow-up of 60 patients. *J Clin Oncol*. 2014;32(2):114–120.
12. Aladily TN, Medeiros LJ, Alayed K, Miranda RN. Breast implant-associated anaplastic large cell lymphoma: A newly recognized entity that needs further refinement of its definition. *Leuk Lymphoma*.2012;53(4):749–750.
13. Popplewell L, Thomas SH, Huang Q, Chang KL, Forman SJ. Primary anaplastic large-cell lymphoma associated with breast implants. *Leuk Lymphoma*. 2011; 52(8):1481–1487.
14. Thompson PA, Prince HM. Breast implant-associated anaplastic large cell lymphoma: A systematic review of the literature and mini-meta analysis. *Curr Hematol Malig Rep*.2013;8(3):196–210.
15. Nichter LS, Mueller MA, Burns RG, Stallman JM. First report of nodal marginal zone B-cell lymphoma associated with breast implants. *Plast Reconstr Surg*. 2012;129(3):576e–578e.
16. Jones JC, Chokshi S, Pistenmaa D, Naina HV. Primary cutaneous follicle center lymphoma arising adjacent to silicone breast implant. *Clin Breast Cancer*. 2014;14(2):e65–e67.
17. Wiseman C, Liao K. Primary lymphoma of the breast. *Cancer*.1972; 29:1705–1712
18. Jennings W. Primary Breast lymphoma: the role of mastectomy and the importance of lymph node status. *Ann Surg*. 2007; 245:784–789
19. Yahalom J, Illidge T, Specht L. Modern radiation therapy for extranodal lymphomas: field and dose guidelines from the International Lymphoma Radiation Oncology Group. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*.2015; 92(1):11–31
20. Ryan G, Roos D, Seymour J. Primary non-Hodgkin's lymphoma of the breast: retrospective analysis of prognosis and patterns of failure in two Australian centers. *Clin Lymphoma Myeloma*.2006; 6(4):337–341
21. Ryan G, Martinelli G, Kuper-Hommel M et al. Primary diffuse large B-cell lymphoma of the breast: prognostic factors and outcomes of a study by the International Extranodal Lymphoma Study Group. *Ann Oncol*.2008; 19(2):233–241
22. Topalovski M, Crisan D, Mattson J. Lymphoma of the breast. A clinicopathologic study of primary and secondary cases. *Arch Pathol Lab Med*.1999; 123(12):1208
23. Schouten J, Weese J, Carbone P. Lymphoma of the breast. *Ann Surg*. 1981;194(6):749
24. Wong W, Schild S, Halyard M. Primary non-Hodgkin lymphoma of the Breast: The Mayo Clinic Experience. *J Surg Oncol*.2020; 80:19–25