

Servikal Bölgede Bulky Kitlesi Olan Kemik İliği Tutulumlu Burkitt Lenfoma

40

Ali DOĞAN¹

GİRİŞ

Burkitt lenfoma (BL), MYC geninin kromozom 8 üzerinde translokasyonu ve deregülasyonu ile karakterize, oldukça agresif seyirli bir B hücreli Non-Hodgkin Lenfoma (NHL) alt tipidir. 2016'da Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ); BL ve Burkitt lösemiye hematolojik malignensi sınıflandırmasında aynı hastalığın farklı belirtileri olarak tanımladı (1). BL'nın Afrika'da görülen endemik, sporadik ve immün yetmezlikle ilişkili olmak üzere üç formu vardır. Bu üç form arasında histolojik olarak özdeş ve benzer klinik davranışlara sahip olmalarına rağmen epidemiyoloji, klinik görünüm ve genetik özelliklerde farklılıklar vardır (2). BL, sadece kemoterapi ile tedavi edilebilen ve kemoterapiye duyarlılığı yüksek olan agresif davranışlı bir malignitedir. BL oldukça agresif olmasına rağmen günümüzde monoklonal antikorlarla beraber kombine kemoterapilerin yoğun kullanılmasıyla hastaların çoğu iyi bir prognoza sahiptir(3).

Hematolojik hastalıklar genel olarak toplumda nadir görülür. BL ise hematolojik hastalıklar içinde daha nadir görülen bir malignitedir. Lenfomalarda olduğu gibi BL'nın da tanısı lenfadenopatinin (LAP) invazif bir işlem olan punch, tercihen eksizyonel biyopsi ile konulur. Bazende organ tutulumu veya kemik iliği tutulumu varsa buradan yapılan biyopsi ile de tanı konulmaktadır. Biz bu vakamızda; tanısı invazif işlem gerektiren kemik iliğinden ve servikal LAP'dan yapılan biyopsilerle konulan Evre 4, Uluslararası Prognostik İndeksi (IPI) yüksek olan ve güncel ke-

¹ Uzm. Dr., Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Hematoloji B.D., dr.alidogan44@gmail.com

kemik iliği biyopsisi ile konulmaktadır. BL kemosenitif bir lenfoma olup son yıllarda R-CODOX-M/IVAC kemoterapi rejimi ile tam şifa oranı yüksektir. LAP veya tutulu organ biyopsisi ile BL tanısı alan hastaya kemik iliği tutulum açısından ve evreleme için mutlaka kemik iliği aspirasyonu ve biyopsisi yapılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Swerdlow SH, Campo E, Pileri SA, et al. The 2016 revision of the World Health Organization classification of lymphoid neoplasms. *Blood* 2016; 127:2375.
2. Magrath I. Epidemiology: clues to the pathogenesis of Burkitt lymphoma. *Br J Haematol* 2012;156:744.
3. Casulo C, Friedberg J. Treating Burkitt Lymphoma in Adults. *Curr Hematol Malig Rep* (2015)10:266–271. DOI 10.1007/s11899-015-0263-4
4. Meng FL, Du Z, Federation A, et al. Convergent transcription at intragenic super-enhancers targets AID-initiated genomic instability. *Cell* 2014; 159:1538.
5. Haralambieva E, Banham AH, Bastard C, et al. Detection by the fluorescence in situ hybridization technique of MYC translocations in paraffin-embedded lymphoma biopsy samples. *Br J Haematol* 2003; 121:49.
6. Morton LM, Wang SS, Devesa SS, et al. Lymphoma incidence patterns by WHO subtype in the United States. 1992–2001. *Blood*, 2006; 107(1): 265–76.
7. Dogan A, Dogan NY, Erkurt MA, et al. Evaluation of Clinical and Pathological Characteristics of Patients with Non-Hodgkin Lymphoma Case in Eastern Turkey: A Single-Center Study. *Cukurova Medical Journal* 2020; 45(2): 533-540. DOI: 10.17826/cumj.672199
8. Blum KA, Lozanski G, Byrd JC. Adult Burkitt leukemia and lymphoma. *Blood* 2004; 104:3009.
9. Lee Ann P, J. Opie. The utility of bone marrow sampling in the diagnosis and staging of lymphoma in South Africa. *Int J Lab Hem.*2018;40:276–283. DOI: 10.1111/ijlh.12782
10. Harris NL, Jaffe ES, Stein H, et al. A revised European-American classification of lymphoid neoplasms: a proposal from the International Lymphoma Study Group. *Blood* 1994; 84:1361-1392.
11. Rizzieri DA, Johnson JL, Niedzwiecki D, et al. Intensive chemotherapy with and without cranial radiation for Burkitt leukemia and lymphoma: final results of Cancer and Leukemia Group B Study 9251. *Cancer*. 2004;100:1438–48.
12. Pizzo PA, Poplack DG. Principles and Practice of Pediatric Oncology. Malignant nonHodgkin Lymphomas in Children. Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins;2011.
13. Magrath I, Adde M, Shad A, et al. Adults and children with small non-cleaved-cell lymphoma have a similar excellent outcome when treated with the same chemotherapy regimen. *J Clin Oncol Offic J Am Soc Clin Oncol*. 1996;14:925–34.
14. Lacasce A, Howard O, Lib S, et al. Modified magrath regimens for adults with Burkitt and Burkitt-like lymphomas: preserved efficacy with decreased toxicity. *Leuk Lymphoma* 2004;45:761-767.
15. Evens AM, Carson KR, Kolesar J, et al. A multicenter phase II study incorporating high-dose rituximab and liposomal doxorubicin into the CODOX-M/IVAC regimen for untreated Burkitt's lymphoma. *Ann Oncol*. 2013;24:3076–8115.
16. Maruyama D, Watanabe T, Maeshima AM, et al. Modified cyclophosphamide, vincristine, doxorubicin, and methotrexate (CODOX-M)/ ifosfamide, etoposide, and cytarabine (IVAC) therapy with or without rituximab in Japanese adult patients with Burkitt lymphoma (BL) and B cell lymphoma, unclassifiable, with features intermediate between diffuse large B cell lymphoma and BL. *Int J Hematol* 2010;92:732-743.
17. Hoelzer D, Hiddemann W, Baumann A, et al. High survival rate in adult Burkitt's Lymphoma/leukemia and diffuse large B-cell lymphoma with mediastinal involvement. In: *ASH* 2007;2007.