

# BÖLÜM 18

## BAŞ BOYUN LENFOMALARINA YAKLAŞIM



İsmail DEMİR<sup>1</sup>

### GİRİŞ

Lenfoma, lenfoid sistemi oluşturan hücrelerden kaynaklanan malign bir hastalıktır. Lenfomalar; değişken patolojik, genetik ve klinik özellikler göstermeleri sebebi ile Non-Hodgkin Lenfoma (NHL) ve Hodgkin Lenfoma (HL) olmak üzere 2 gruba ayrılmaktadır. Amerikan Kanser Derneği, 2020'de Amerika Birleşik Devletleri'nde 77.240 NHL vakası ve 8480 HL vakası dâhil olmak üzere yeni lenfoma vakalarında bir artış tahmin etmiştir (1). Bu artışın nedeni henüz net belirlenememiş olsa da genetik faktörlerin yanısıra belirli pestisitlere veya herbisitlere maruz kalmak, sigara içmek, saç boyaları, ultraviyole radyasyon, hayvansal yağ oranı yüksek gıdaları tüketmek, kan nakli almak ve bazı virüs enfeksiyonları gibi çevresel etkenler de suçlanmaktadır (2). Klinikte genellikle supraklaviküler veya servikal bölgede lenfadenopati ile ortaya çıkar. Ateş, kilo kaybı ve terleme gibi B semptomları da sıklıkla eşlik eder. Nadiren lenf nodu dışı tutulumu da yapar.

Lenfomalar tüm baş boyun malignitelerinin yaklaşık % 12 sini oluşturur (2). Baş boyunda skuamöz hücreli karsinomlar ve adenokarsinomlardan sonra görülen en sık 3. malign tümörlerdir (3). Son yıllarda lenfomalarda özellikle de NHL'de istikrarlı bir şekilde artış görülmektedir (4). %40 oranında HL, %60 oranında

<sup>1</sup> Dr. Öğr. Üyesi, İnönü Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Kulak Burun Boğaz Hastalıkları AD, ismail.demir@inonu.edu.tr



de mutlaka malignite düşünülmelidir. Erişkin dönemde tonsilde en sık skuamoz hücreli karsinom ikinci sıklıkta ise lenfomalar görülmektedir. Çocukluk çağında ise en sık lenfoma görülür (44). Sıklıkla submukozal kitle şeklinde olmasına karşın asimetrik hipertrofi de görülür. En sık görülen tonsil lenfoması B hücreli NHL'dir. İleri yaş erkeklerde daha yaygın görülür.

Tedaviye dirençli boğaz ağrısı, asimetrik tonsil hipertrofisi ve boyunda şişlik malignite yönünden her zaman şüphe uyandırmalıdır. Genellikle tek taraflı tonsil tutulumu olmasına karşın bazı vakalarda bilateral tonsil tutulumuyla giden NHL vakaları vardır (45). Kesin tanı histopatolojik inceleme ile konur. Öncesinde mutlaka radyolojik inceleme yapılmalıdır. Onkolojik tedavi seçenekleri sistemik kemoterapi, radyoterapi, monoklonal antikolar içeren biyolojik tedavi ve kök hücre naklidir. Hastanın yaşı, cinsiyeti, genel durumu ve tedavi tipi hastalık sürecini etkilediğinden süreç uzun olabilir. Tonsiller yerleşimli erken evre hastaların prognozu diğer ektranodal tutulumlara göre daha iyidir. Merkezi sinir sistemi tutulumu olan hastalarda ise prognoz kötüdür (7). Tedavide ise kemoterapi ile birlikte radyoterapi kombinasyonu tercih edilir.

## SONUÇ

Baş boyun lenfomaları çok sık görülen maligniteler olmadığından ve klinisyene başvuru şikayetleri çok spesifik olmadığından tanı ve tedavide gecikmeler olabilmektedir. Kulak Burun Boğaz Hastalıkları kliniğine başvuran hastalarda her zaman lenfoma ayırıcı tanı olarak düşünülmelidir ve ayrıntılı anemnez ile birlikte tanı için gerekli muayeneler yapılmalıdır.

## KAYNAKLAR

1. American Cancer Society. Key Statistics for Non-Hodgkin Lymphoma . Available from: <https://www.cancer.org/cancer/non-hodgkin-lymphoma/about/key-statistics.html>.
2. Zhang Y, Dai Y, Zheng T, et al. Risk factors of non-Hodgkin's lymphoma. 2011;5 (6):539-550.
3. Cooper JS, Porter K, Mallin K, et al. National Cancer Database report on cancer of the head and neck: 10-year update. 2009;31 (6):748-758.
4. Niemiec M, Stryjewska-Makuch G, Janik M, et al. Head and neck lymphomas—a retrospective ten-year observation. 2017;21 (1):66.
5. Frampas EJD, imaging i. Lymphomas: Basic points that radiologists should know. 2013;94 (2):131-144.
6. Becker W, Naumann H, Pfaltz C. Ear, nose, and throat diseases: Stuttgart: Thieme; 2009.



7. Rayess HM, Nissan M, Gupta A, et al. Oropharyngeal lymphoma: A US population based analysis. 2017;73:147-151.
8. Carty H, Brunelle F, Stringer DA, et al. Imaging children: Elsevier Churchill Livingstone; 2005.
9. Prchal JT, Levi MM. Williams hematology: New York: The McGraw-Hill Companies; 2010.
10. Bhatia S, Paulino AC, Buatti JM, et al. Curative radiotherapy for primary orbital lymphoma. 2002;54 (3):818-823.
11. Logsdon MD, Ha CS, Kavadi VS, et al. Lymphoma of the nasal cavity and paranasal sinuses: improved outcome and altered prognostic factors with combined modality therapy. 1997;80 (3):477-488.
12. Lin M-T, Kuo Y-H, Chuah S-K, et al. Mantle cell lymphoma with diffuse gastrointestinal tract involvement: A case report. 2009;20:555-560.
13. Smith A, Howell D, Patmore R, et al. Incidence of haematological malignancy by sub-type: a report from the Haematological Malignancy Research Network. 2011;105 (11):1684-1692.
14. Møller MB, Pedersen N, Christensen BJBjoh. Mantle cell lymphoma: prognostic capacity of the Follicular Lymphoma International Prognostic Index. 2006;133 (1):43-49.
15. Sakamoto M, Miyairi Y, Ishizawa MJO. Optimal specimen site for diagnosis of nasal T/NK cell lymphoma and treatment including bone marrow transplantation. 2003;65 (5):275-278.
16. Fernández V, Salamero O, Espinet B, et al. Genomic and gene expression profiling defines indolent forms of mantle cell lymphoma. 2010;70 (4):1408-1418.
17. Banthia V, Jen A, Kacker AJJjopo. Sporadic Burkitt's lymphoma of the head and neck in the pediatric population. 2003;67 (1):59-65.
18. Molyneux EM, Rochford R, Griffin B, et al. Burkitt's lymphoma. 2012;379 (9822):1234-1244.
19. de Arruda JAA, de Oliveira Silva LV, de Oliveira CdNA, et al. A multicenter study of malignant oral and maxillofacial lesions in children and adolescents. 2017;75:39-45.
20. Amusa Y, Adediran I, Akinpelu V, et al. Burkitt's lymphoma of the head and neck region in a Nigerian tertiary hospital. 2005;24 (2):139-142.
21. Hong X, Khalife S, Bouhabel S, et al. Rhinologic manifestations of Burkitt Lymphoma in a pediatric population: Case series and systematic review. 2019;121:127-136.
22. Costa LJ, Xavier AC, Wahlquist AE, et al. Trends in survival of patients with Burkitt lymphoma/leukemia in the USA: an analysis of 3691 cases. 2013;121 (24):4861-4866.
23. Beasley MJCO. Lymphoma of the thyroid and head and neck. 2012;24 (5):345-351.
24. Watanabe N, Noh JY, Narimatsu H, et al. Clinicopathological features of 171 cases of primary thyroid lymphoma: a long-term study involving 24 553 patients with Hashimoto's disease. 2011;153 (2):236-243.
25. Onal C, Li Y, Miller R, et al. Treatment results and prognostic factors in primary thyroid lymphoma patients: a rare cancer network study. 2011;22 (1):156-164.
26. Swerdlow SH, Campo E, Harris NL, et al. WHO classification of tumours of haematopoietic and lymphoid tissues: International agency for research on cancer Lyon, France; 2008.
27. Khalil MO, Morton LM, Devesa SS, et al. Incidence of marginal zone lymphoma in the United States, 2001–2009 with a focus on primary anatomic site. 2014;165 (1):67-77.



28. Lyapichev KA, Medeiros LJ, Ivashkevich Y, et al. MALT lymphoma of the tongue: An unusual site that may present a diagnostic challenge. 2022;56:151841.
29. Derringer GA, Thompson LD, Frommelt RA, et al. Malignant lymphoma of the thyroid gland: a clinicopathologic study of 108 cases. 2000;24 (5):623-639.
30. Graff-Baker A, Sosa JA, Roman SAJCoio. Primary thyroid lymphoma: a review of recent developments in diagnosis and histology-driven treatment. 2010;22 (1):17-22.
31. Graff-Baker A, Roman SA, Thomas DC, et al. Prognosis of primary thyroid lymphoma: demographic, clinical, and pathologic predictors of survival in 1,408 cases. 2009;146 (6):1105-1115.
32. Roh JL, Huh J, Suh CJJoso. Primary non-hodgkin's lymphomas of the major salivary glands. 2008;97 (1):35-39.
33. Ambrosetti A, Zanotti R, Pattaro C, et al. Most cases of primary salivary mucosa-associated lymphoid tissue lymphoma are associated either with Sjogren syndrome or hepatitis C virus infection. 2004;126 (1):43-49.
34. Olivier KR, Brown PD, Stafford SL, et al. Efficacy and treatment-related toxicity of radiotherapy for early-stage primary non-Hodgkin lymphoma of the parotid gland. 2004;60 (5):1510-1514.
35. Proulx GM, Caudra-Garcia I, Ferry J, et al. Lymphoma of the nasal cavity and paranasal sinuses: treatment and outcome of early-stage disease. 2003;26 (1):6-11.
36. Zapater E, Bagán J, Carbonell F, et al. Malignant lymphoma of the head and neck. 2010;16 (2):119-128.
37. Al-Hakeem DA, Fedele S, Carlos R, et al. Extranodal NK/T-cell lymphoma, nasal type. 2007;43 (1):4-14.
38. El-Naggar AK, Chan JK, Grandis JR. WHO classification of head and neck tumours 2017.
39. Kidwai SM, Parasher AK, Lin FYAJoo. An unusual presentation of NK/T-cell lymphoma, nasal-type in the United States. 2015;36 (1):80-83.
40. Paik YS, Liess BD, Scheidt TD, et al. Extranodal nasal-type natural killer/T-cell lymphoma masquerading as recalcitrant sinusitis. 2010;32 (2):268-273.
41. Spadigam A, Dhupar A, Syed S, et al. Extranodal natural killer/T-cell lymphoma, nasal type: a great pretender. 2015;5 (3):214.
42. Susarla SM, Sharaf BA, Faquin W, et al. Extranodal natural killer T-cell lymphoma, nasal type, with minimal osseous involvement: report of a case and literature review. 2010;68 (3):674-681.
43. Laskar S, Mohindra P, Gupta S, et al. Non-Hodgkin lymphoma of the Waldeyer's ring: clinicopathologic and therapeutic issues. 2008;49 (12):2263-2271.
44. Khan SU, O'Leary G, Kenefick C, et al. Non-Hodgkin lymphoma presenting as bilateral tonsillar hypertrophy: case report. 2010;89 (4).
45. ÇETİNKAYA EA, ÇELİK M, ENSARİ N, et al. NON-HODGKİN LENFOMA: BİLATERAL TONSİL TUTULUMU. 2019;5 (3):172-177.