

MİDENİN MALİGN NEOPLAZMLARI-LENFOMA

26. BÖLÜM

Yavuz PİRHAN¹

ÖZET:

Gastrointestinal (GI) sistem ektranodal lenfoma tutulumunun baskın bölgesidir. GI yolunun primer lenfomaları nadir görülürken, ikincil GI tutulumu nispeten yaygındır. Nadirliklerine rağmen, GI yolunun primer lenfomaları önemlidir, çünkü değerlendirme, tanı, tedavi ve prognozu diğer bölgelerdeki ve GI yolunun diğer kanserlerindeki lenfomadan farklıdır. Primer GI lenfoma tanımı yazarlar arasında farklılık göstermiştir, fakat tipik olarak ağırlıklı olarak GI kanalının orofarenksten rektuma kadar olan herhangi bir bölümünü içeren bir lenfoma atıfta bulunmaktadır. Hastalık tipik olarak tek bir birincil bölgeyi içermekle birlikte, lokal ve uzak lenf düğümlerinde olduğu gibi, GI yolu içinde birden fazla bölge tutulabilir. Hodgkin lenfoma rapor edilmiş olmasına rağmen, büyük çoğunluğu Hodgkin dışı lenfomalardır (NHL). GI lenfomaları tipik olarak tutulum bölgesine atfedilebilecek spesifik olmayan işaret ve semptomlarla ortaya çıkar. Bu bölümde GI sistem lenfomalarından mide lenfoması ele alınacaktır.

GI SİSTEM LENFOMALARI HAKKINDA ORTAK VE GENEL ÖZELLİKLER

GI lenfoma ile ilgili en büyük iki çalışma, Yunan ve Alman popülasyonlarında aşağıdaki tutulum yerlerini bildirmiştir(1):

- Mide - % 68 ila 75
- İnce bağırsak (duodenum dahil) - % 9
- İleoçekal bölge -% 7
- Birden fazla GI sitesi - % 6 ila 13
- Rektum - % 2
- Diffüz kolon tutulumu - % 1

Bununla birlikte, primer GI lenfomalarının dağılımı popülasyonlara göre değişir:

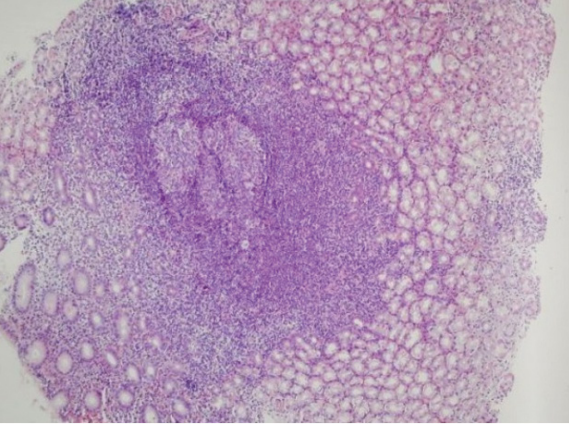
- Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) gastrik lenfoma, lenfomanın en sık görülen ektranodal bölgesidir. Bu lezyonların büyük çoğunluğu mukozaya bağlı lenfoid doku (MALT) tipi ektranodal marjinal bölge B hücreli lenfoma veya yaygın büyük B hücreli lenfomadır.
- Primer ince bağırsak lenfoması, Batı ülkelerinde nadir olmakla birlikte, Orta Doğu ve Akdeniz havzasındaki primer GI lenfomalarının yüzde 75'ini oluşturmaktadır.

Afrika'da Burkitt lenfoma (BL) insidansı ABD'dekinden yaklaşık 50 kat daha yüksektir. Klasik GI sunumu terminal ileumda tıkaçıcı bir lezyondur.

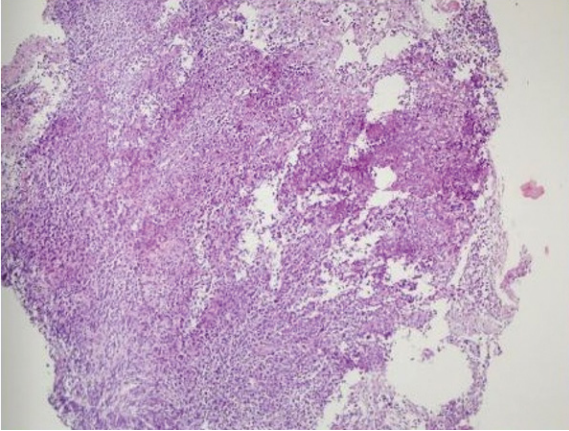
¹ Dr. Öğr. Üyesi Yavuz PİRHAN, Amasya Üniversitesi Sabuncuoğlu Şerefeddin E.A.H Genel Cerrahi AD ypirhan@gmail.com

rılır) tipi ektranodal marjinal bölge B hücreli lenfoma (% 38-48)(resim 1)

- Diffüz büyük B hücreli lenfoma (% 45-59)(Resim 2)



Resim 1: MALT lenfomasının histopatolojik görünümü



Resim 2: Diffüz büyük B hücreli lenfomanın histopatolojik görünümü

Geri kalan gastrik lenfoma vakaları herhangi bir histolojiyi temsil edebilir, ancak en sık görülenleri(9):

- Manto hücreli lenfoma (%1)
- Foliküler lenfoma (% 0,5 ila 2).
- Periferik T hücreli lenfoma (% 1,5 ila 4).

Tedavi

Mide lenfomasında tedavide 1. Seçenek kemoterapi lehinedir. Cerrahi durdurulamayan kanama ve perferasyon gibi komplikasyonlar nede-

niyle yapılır. Lokalize mide malt lenfomalarında H. pylori tedavisi etkindir. Her üç hastadan ikisi H. pylori tedavisi sonrası tam remisyona girer. Geç tekrarlama (recurrence) görülebilir ve bu yüzden uzun süreli takip uygundur. Evre 1'de tedavi antibiyotik ve proton pompa inhibitörleri ile başlanır. Üçüncü aydan sonra endoskopi ile tümör cevabı incelenmelidir. Üçüncü aydan önce yapılan incelemeler yeterli zaman olmadığı için etkin değildir. Eğer t(11;18) kromozom translokasyonu tespit edilmişse bu tedavi etkin değildir ve radyasyon yapılmalıdır (30-33 Gy). Bazı olgularda radyasyon uygun değilse rituksimab kullanılabilir. Bu endoskopi incelemeleri sırasında eğer hem tümör hemde H. pylori yok edilmişse uzun süreli takip başlanır. Bu uzun süreli takip sırasında endoskopi kullanılmalıdır. Eğer tümör ilerleme, büyüme gösteriyorsa radyasyon yapılmalıdır. Eğer tümör sabit veya cevap veriyor ama H. pylori tamamen yok edilmişse ikinci bir antibiyotik tedavisi yapılabilir. Böyle bir tümörün ilerlemediği durumda 18 aya dek hasta antibiyotik tedavi ile takip altına alınabilir. Antibiyotik, radyasyon ve kemoterapi rituksimab tedavilerin faydasız olduğu durumlarda mideye lokalize olmuş tümör için cerrahi düşünülebilir. Evre 3-4 mide malt lenfomaları düşük dereceli lenfomalar gibi tedavi edilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Ikoma N, Badgwell BD, Mansfield PFJSC. Multimodality treatment of gastric lymphoma. 2017;97(2):405-20.
2. Kaslikova J. Multiple immunoblastic sarcoma of the small intestine following renal transplantation. 1981.
3. Swinson C, Coles E, Slavina G, Booth CJTL. Coeliac disease and malignancy. 1983;321(8316):111-5.
4. Catassi C, Fabiani E, Corrao G, Barbato M, De Renzo A, Carella AM, et al. Risk of non-Hodgkin lymphoma in celiac disease. 2002;287(11):1413-9.
5. Smedby K, Åkerman M, Hildebrand H, Glimelius B, Ek-bom A, Askling JJG. Malignant lymphomas in coeliac disease: evidence of increased risks for lymphoma types other than enteropathy-type T cell lymphoma. 2005;54(1):54-9.
6. Lewis JD, Bilker WB, Brensinger C, Deren JJ, Vaughn DJ, Strom BLJG. Inflammatory bowel disease is not associated with an increased risk of lymphoma.

- 2001;121(5):1080-7.
7. Matuchansky C, Touchard G, Lemaire M, Babin P, Demeocq F, Fonck Y, et al. Malignant lymphoma of the small bowel associated with diffuse nodular lymphoid hyperplasia. 1985;313(3):166-71.
 8. Koch P, del Valle F, Berdel WE, Willich NA, Reers B, Hiddemann W, et al. Primary gastrointestinal non-Hodgkin's lymphoma: II. Combined surgical and conservative or conservative management only in localized gastric lymphoma—results of the prospective German Multicenter Study GIT NHL 01/92. 2001;19(18):3874-83.
 9. Papaxoinis G, Papageorgiou S, Rontogianni D, Kaloutsi V, Fountzilas G, Pavlidis N, et al. Primary gastrointestinal non-Hodgkin's lymphoma: a clinicopathologic study of 128 cases in Greece. A Hellenic Cooperative Oncology Group study (HeCOG). 2006;47(10):2140-6.
 10. Freeman C, Berg JW, Cutler SJJ. Occurrence and prognosis of extranodal lymphomas. 1972;29(1):252-60.
 11. Wang T, Gui W, Shen QJM. Primary gastrointestinal non-Hodgkin's lymphoma: clinicopathological and prognostic analysis. 2010;27(3):661-6.
 12. Radaszkiewicz T, Dragosics B, Bauer PJG. Gastrointestinal malignant lymphomas of the mucosa-associated lymphoid tissue: factors relevant to prognosis. 1992;102(5):1628-38.
 13. Fork FT, Haglund U, Högström H, Wehlin LJE. Primary gastric lymphoma versus gastric cancer. 1985;17(01):5-7.
 14. Fischbach W, Goebeler-Kolve M-E, Greiner AJG. Diagnostic accuracy of EUS in the local staging of primary gastric lymphoma: results of a prospective, multicenter study comparing EUS with histopathologic stage. 2002;56(5):696-700.
 15. Gong EJ, Choi KDJKJoG. Diagnosis and Treatment of Gastric Mucosa-associated Lymphoid Tissue Lymphoma. 2019;74(6):304-13.
 16. Yu H, Fan X. Gastric Lymphoma. Gastric Cardiac Cancer. Springer; 2018: p. 147-59.