

Bölüm 83

LENFOMA YÖNETİMİ

Teoman ŞAKALAR¹

GİRİŞ

Lenfomalar T, B lenfositlerden ve natürel killer hücrelerden gelişen maling tümör yapılarıdır. Dünya Sağlık Örgütü tarafından lenfoid malignansiler epidemiyolojik, morfolojik, immünolojik, genetik özellikler bakımından çok farklı sayıda gruba ayrılmıştır.

Hodgkin Lenfoma

Lenf nodları ve lenfatik sistemi tutan bir hastalıktır. En sık 15-30 yaş arasında görülmekle beraber 55 yaş üstünde ikincil bir pik yapar.(1) Reed-Stenberg hücreleri ile karakterize bir hastalıktır.

Morfolojik immünolojik özelliğe göre ikiye sınıflandırılır.

Klasik Hodgkin lenfoma: Hodgkin lenfomalar 4 alt tipe ayrılır.

- 1- Nodüler sklerozan %70
- 2- Miks sellüler %20-25
- 3- Lenfosit zengin %5
- 4- Lenfosit fakir tipler <%1 (2)

Nodüler lenfosit predominant (NLP) tip

Risk Faktörleri: Epstein-Barr (EBV) virüs, sitomegalovirüs, Human herpes virüs tip 6,7 poliyoma JC virüs, otoimmün hastalıklar, kök hücre transplatasyonu sonrası, aile öyküsü, sigara, genetik anormallikler

Klinik belirtiler: Genellikle bir lenf nodunda büyüme veya mediastinal kütle saptanır. Lenf nodu büyümesi genelde ağrısız olur. Lenf nodu

büyümesi en çok boyun bölgesinde olur. B semptomları denen gece terlemesi, ateş (>38°C), kilo kaybı (son altı ayda mevcut ağırlığın yüzde onundan fazla olacak şekilde) gibi sistemik semptomlar olabilir(3), kaşıntı, kemik iliği tutulumuna bağlı bisitopeniler, mediastinel veya retroperitoneal kitleye bağlı obstruksiyon bulguları ve ağrı, nefrotik sendrom ve buna bağlı hipoalbuminemi görülebilir.

Tanı: Tutulu organdan biyopsi yapılır. Biyopsi eksizyonel lenf nodu biyopsisi şeklinde yapılmalıdır.

Evreleme ve Risk Değerlendirilmesi: Ann-Arbor evrelemesi kullanılır. Evre I: tek bir lenf düğümü odağının (I) veya ekstralenfatik organ veya bölgenin yayılımı (IE)

Evre II: diaframın bir tarafında iki veya daha fazla lenf düğümü odağının (II) veya komşu ekstralenfatik organ veya bölgenin yayılımı (IIE)

Evre III: diaframın her iki yanında lenf düğümü bölge veya yapılar yayılımı

Evre IV: komşu olmayan ek ekstralenfatik yayılım

Yaş, sedimentasyon değeri, ektranodal tutulum, bulky hastalık, IPS(uluslararası prognostik sistem) risk değerlendirmede önemlidir kullanılır.

IPS (uluslararası prognostik sistem) (4)

Serum albümin değerinin <4 g/dL

Hemoglobin değerinin <10.5 g/dL

Erkek cinsiyet olması

¹ Uzman Doktor Medikal Onkoloji, Kahramanmaraş Necip Fazıl Şehir Hastanesi. drteomansakalar@mail.com

Yaş >45 üzeri olması

Evre IV hastalık olması

Beyaz küre sayısının $\geq 15,000/\mu\text{L}$

Mutlak lenfosit sayısının $<600/\mu\text{L}$ ve/veya lenfosit oranının $<8\%$ olması

Minimum 4 kritere sahip hastalar yüksek riskli kabul edilir.

Tedavi: Lenfomada kür şansı yüksektir. Nüks hastalarda bile kür şansı olduğundan tedavi ilişkili sorunların yönetimi önemlidir

Erken evrede tedavide kemoterapi ve radyoterapi verilirken ileri evre nüks hastalıkta kemoterapi, immunoterapi, olog kök hücre nakli yapılmaktadır.

Non- Hodgkin Lenfoma

Hodgkin olmayan lenfoma (Nhl) öncül B ve T hücrelerinden ,olgun B ve T hücrelerinden ve Natürel killer hücrelerden gelişir. Çok fazla alt tipi olmakla beraber sık görülenleri foliküler lenfoma(%17), diffüz büyük b hücreli lenfoma (%32), küçük lenfositik lenfoma(%19), mantle hücreli lenfoma(%4),marjinal zon lenfoma(%8)ve t hücreli lenfoma(%2) dir.(5).

Klinik: Klinik prezentasyon tipi ve yerleşim yerine göre değişmektedir.

Hastalarda vucutta hızlı büyüyen kitle,ateş ,gece terlemesi,kilo kaybı gibi b semptomları ile, laktat dehidrogenaz yüksekliği ,hipokalsemi,hiperfosfatemi ürik asit yüksekliği gibi laboratuvar bulguları, hematomegali, splenomegali, lenfadenopati, sitopeni, hipervizkosite sendromları, venöz tromboembolizm, kaşıntı, halsizlik gibi belirti ve bulgular görülebilir. (6)

Kranial sistem lenfomasına bağlı paralizi ,parestezi, baş ağrısı fokal nörolojik semptomlar olabilir.

Gastrointestinal sistemi tutan lenfomalarda hemoraji,perforasyon,obstrüksiyon,erken doyma hissi ,bulantı,kusma karın ağrısı olabilir.

Risk Faktörleri: Enfeksiyonlar (insan immün yetmezlik virüsü (HIV), insan T lenfotropik virüs tip I (HTLV-I), Epstein-Barr virüsü (EBV), hepatit C, Borrelia burgdorferi (B. afzelii türleri),klamidya psittaci,hepatit b virüsü) (7)

Radyoterapi ,kemoterapi öyküsü olması,organ transplatasyonu hikayesi,immunsupresif ilaç kullanımı,pestisitler,saç boyaları ,romatoid artirit,sistemik lupus ,hashimoto tiroiditi,sjögren sendromu gibi oto immun hastalıklar.

İnflamtuar barsak hastalığı,crohn hastalığı ,çölyak hastalığı,dermatitis herpetiformis,helikobakteri ilişkili kronik gastrit gibi inflamatuvar hastalıklar non -hodgkin lenfoma oluşum riskini artırır.

Tanı:Lenf nodu veya kitle biyopsisi ile tanı konur.Lenf nodu biyopsisinde ekszyonel biyopsi tercih edilmelidir.

Evreleme ve Risk Değerlendirilmesi:Lenfoma tipi ne göre evreleme sistemi değişmekler beraber Ann-Arbor,Rai,Binet evreleme sistemleri kullanılır.

Tedavi:Tedavi evreye ,risk faktörlerine ,hastanın performans durumu,yaşı , lenfoma tipine göre değişmektedir. Yakın takip, kemoterapi, radyoterapi, otojenik, allojenik kök hücre transplasyonu, immunoterapi verilebilmektedir.

SONUÇ

Lenfoma farklı yaş gruplarında görülebilen ,birçok hastalığı taklit edebilen, farklı klinik prezentasyonlarla karşımıza çıkabilen , evre ve risk faktörlerine göre tedavi verilen ve kür ihtimali yüksek olan bir hastalık grubudur. Yeni tanı ve tedavi yöntemleri ile relaps hastalıkta bile kür mümkün olabilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hodgkin lenfoma, Non-Hodgkin lenfoma

Kaynaklar

1. NCCN Guidelines for Hodgkin Lymphoma Version 2.2019
2. Swerdlow SH, Campo E, Harris NL, et al WHO Classification of Tumours of Haematopoietic and Lymphoid Tissues, revised 4th edition., (Eds), International Agency for Research on Cancer (IARC), Lyon 2017.
3. Cheson BD, Fisher RI, Barrington SF, Recommendations for initial evaluation, staging, and response assessment of Hodgkin and non-Hodgkin lymphoma: the Lugano classification.J Clin Oncol. 2014;32(27):3059.
4. Hasenclever D, Diehl V A prognostic score for advanced Hodgkin's disease. International Prognostic Factors Project on Advanced Hodgkin's Disease..N Engl J Med. 1998;339(21):1506.
5. NCCN Guidelines B-Cell Lymphomas Version 5.2019
6. Anderson T, Chabner BA, Young RC Malignant lymphoma. 1. The histology and staging of 473 patients at the National Cancer Institute.,DeVita VT Jr Cancer. 1982;50(12):2699.
7. Wang F, Xu RH, Han B, High incidence of hepatitis B virus infection in B-cell subtype non-Hodgkin lymphoma compared with other cancers. Cancer. 2007;109(7):1360.