

38.

BÖLÜM

TİROİD LENFOMASI

Yusuf BİLEN¹

TANIM

Tiroid Lenfoması anatomik bir tanımlama olup güncel hematoloji pratiğinde pek bir yeri bulunmamaktadır. Tiroid lenfoması (TL) ve Primer tiroid lenfoması (PTL) literatürde aynı klinik durum için kullanılan farklı ifadelerdir. Tiroid bezinin kendisi bir lenfoid doku olmadığından histopatolojik olarak PTL gelişimi mümkün değildir. Histolojik ve anatomik olarak tiroid bezi içerisinde, çevresinde yeralan lenfatik dokulardan kaynaklanan lenfoproliferatif hastalıklar bu ad altında değerlendirilebilir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2016 sınıflamasında lenfoproliferatif hastalıkların adlandırılması (Tablo 1) hastalıkların köken aldığı hücre tipi (B, T lenfosit), maturasyon düzeyi (mature, pre, pro), eşlik eden genetik belirteçler (kromozomal, genetik, epigenetik) ve hastalığın klinik özellikleri baz alınarak yapılmıştır. Burada tiroid bezinde tutulum ile prezente olan lenfomaların klinik özelliklerine değinilecektir (1).

Lenfoma; bağışıklık sistemine ait lenfosit (B/T) veya doğal öldürücü hücre (NK) kökenli hematopetik sistemin habis hastalığıdır. Kaynaklandığı hücre tipi, diferansiasyon düzeyine

göre farklı morfolojik, immünolojik ve klinik özellikler göstermektedir. Klinik olarak başlıca Hodgkin ve Hodgkin Dışı olmak üzere iki grubu ayrılmakla birlikte; histomorfolojik ayrım B ve T hücre ayrımı ile başlamaktadır. Burada lenfoma tiplerine çok detaylı bir yer verilmeyecek olup Tablo 1 de DSÖ 2016 sınıflamasında yer verilen lenfomalar özetlenmiştir (2). Bu sınıflama bir gruplandırmadan ziyade bir hastalıklar listesi halinde sunulmakta sadece ana başlıklar ile bir gruplandırma yapılabilmektedir.

EPİDEMİYOLOJİ

Tiroid lenfoması (TL), nadir bir durum olup tiroid bezinde lokalize erken evre lenfoma gelişimi veya tiroid bezi orijinli ileri evre lenfomalar tiroid bezi habis hastalıklarının % 1-5'ini ve ekstra-nodal lenfomaların yaklaşık % 2-7'sini, habis hastalıkların % 1 kadarını oluşturmaktadır (3). Habis hastalık tiroid bezini ve/veya bölgesel boyun lenf nodlarını infiltre ederek tanı anında klinik bulgu verebilir. Doğu ve batı arasında çeşitli lenfoma tipleri açısından görülen farklılık tiroid lenfomasında belirgin değildir (4). Hastaların yarısından fazlasının bayan, büyük çoğunluğunun

¹ Doç. Dr., SBÜ Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Hematoloji Kliniği, bilenyusuf@hotmail.com

si de dikkate alınarak planlanmalıdır. Tanı ileri evre DBBHL gibi agresif bir lenfoma ise cerrahi bir tedavi planından kaçınılması CHOP, DHAP ve benzeri agresif tedavi protokole ritüksimab, obinutuzumab gibi bir monoklonal CD20 antikorunun eklenmesi özellikle ECOG performans skoru düşük genç hastalarda tercih edilmelidir. Erken evre (IA,IB, IIA), lokalize, düşük riskli, kombine kemoterapiye uygun olmayan MALT veya Folikülerlenfoma tanılı hastalarda tutulu alan radyoterapisi (IFRT) veya cerrahi önerilebilir. Yine erken evre hastalarda kemoterapive-radyoterapi kombinasyonu ile daha kısa tedavi protokolleri ile hasta yönetimi yapılabilir. Yine erken evre, düşük risk grubunda olan foliküler lenfoma tanılı performansı düşük, kemoterapi, radyoterapi veya cerrahi açısından uygun olmayan hastalarda anti-tümör tedavisi olmadan destek tedavisi ile izlem de uygulanabilecek takip/tedavi yöntemleri arasında sayılabilir. Ancak lenfomaların tedavisinin prognostik, klinik, genetik farklılıklar nedeni ile alt türlere göre ciddi farklılıklar gösterdiği ve burada bir detaylandırma yapmanın uygun ve yeterli olmayacağını tekrar vurgulamak isterim (15).

PROGNOZ

Genel sağkalım oldukça iyidir. 5 yıllık ve 10 yıllık genel sağkalım % 75 ve % 59 olarak bildirilmiştir. Genel sağkalım TL hastaları için ortalama 11.6 yıl olarak en geniş ve güncel seride bildirilmiştir. Sağkalım histomorfolojik tip, evre, ve ilgili sub tip lenfomalara özgü diğer prognostik faktörlere göre değişkenlik göstermektedir. Genel olarak ileri yaş (>65), ileri evre (Evre III/IV), B semptomlarının varlığı, agresif tümör tipi (DBBHL) kötü prognostik belirteç olarak kabul edilmektedir. MALT lenfoma için 5 yıllık hastalıksız sağkalım % 90 üzerinde iken bu oran DBBHL için % 65-75 arasında bildirilmektedir. İlerleyen evre ile birlikte 5 yıllık sağkalım oranları DBBHL da % 45'e kadar gerilemektedir (3,4,16).

SONUÇ

Sonuç olarak; Lenfoma oldukça heterojen bir hastalık grubu olup alt-tipleri arasında ekstra-lenfatik organ tutulumlarının sık görüldüğü, tıbbi evrimsel süreçte yerleştiği organ ve lokasyona göre adlandırıldığı dönem ve gruplar bulunmaktadır. Ancak güncel hematoloji pratiğinde lenfomalar köken aldığı hücre tipi, hücresel gelişim basamaklarının hangi aşamasında hastalığın ortaya çıktığı ve klinik özelliklerine göre adlandırıldığından "Tiroid Lenfoması" yerine "Tiroid bezinin lenfoma tutulumu" ifadesi ile tanımlanmaktadır. Klinik özelliklerde primer lenfoma tipine göre ağırlıklı olarak ortaya çıkmaktadır. Hashimoto tiroiditi olanlarda riskin topluma göre daha yüksek olduğu ancak prognozun genellikle lenfoma tipine ve evresine göre belirlendiğini belirtmek isterim.

KAYNAKLAR

1. Swerdlow SH, Campo E, Pileri SA et al. The 2016 revision of the World Health Organisation classification of lymphoidneoplasmz. Blood 2016;127 (20):2375-2390.
2. Ar MC. Lenfomalara Genel Bakış. Hematolog 2013;3(2):200-225
3. Vardell Noble V, Ermann D A, Griffin E K, et al. (February 18, 2019) PrimaryThyroidLymphoma: An Analysis of theNationalCancerDatabase .Cureus 11(2): e4088. DOI 10.7759/cureus.4088
4. Nakra T, Jain D, Agarwal S. Thyroidlymphoproliferativelesions in Asia. GlandSurg 2020;9(5):1827-1837 | <http://dx.doi.org/10.21037/gs-20-432>
5. Zhang L, Castellana M, Virili C, et al. Fine-needleaspirationtodagnoseprimarythyroid-lymphomas: A systematicreviewand meta-analysis. Eur J Endocrinol 2019;180:177-87.
6. Pasioka JL. Hashimoto'sdiseaseandthyroid-lymphoma: Role of thesurgeon. World J Surg 2000;24:966 -970.
7. Stein SA, Wartofsky L. Primarythyroidlymphoma: A clinicalreview. J ClinEndocrinolMetab 2013;98:3131-8.

8. Walsh S, Lowery AJ, Evoy D, McDermott E, Prichard R. Thyroid Lymphoma: Recent Advances in Diagnosis and Optimal Management Strategies. *The Oncologist* 2013;18:994 –1003.
9. Aiken AH. Imaging of thyroid cancer. *Semin Ultrasound CT MR* 2012;33:138 –149.
10. Arabi M, Dvorak R, Smith LB et al. Fluorodeoxyglucose positron emission tomography in primary thyroid lymphoma with coexisting lymphocytic thyroiditis. *Thyroid* 2011;21:1153–1156.
11. Nam M, Shin JH, Han BK et al. Thyroid lymphoma: Correlation of radiologic and pathologic features. *J Ultrasound Med* 2012;31:589 –594.
12. Kakkar A, Purkati S, Agarwal S. Primary thyroid lymphoma: A series from a tertiary care center in Northern India. *J Can Res Ther* 2019;15:669-75
13. Carbone PP, Kaplan HS, Musshoff K, Smithers DW, Tubiana M. Report of the committee on Hodgkin's disease staging classification. *Cancer Res* 1971;31:1860-1861.
14. Callard S, Lelong C, Pessione F, Moulin B. Post-transplant lymphoproliferative disorders occurring after renal transplantation in adults: report of 230 cases from the French Registry. *AM J Transplant*. 2006;6:2735-22742
15. Chai YJ, Hong JH, Koo DH, et al.: Clinicopathological characteristics and treatment outcomes of 38 cases of primary thyroid lymphoma: a multicenter study. *Ann Surg Treat Res*. 2015,89:295. 10.4174/astr.2015.89.6.295
16. 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. *Surgery*. 2009, 146:1105-1115. 10.1016/j.surg.2009.09.020.