

HAVAYOLUNU TIKAYAN İZOLE DİL KÖKÜ YERLEŞİMLİ LENFOMAISOLATED LYMPHOMA WITH TONGUE BASE LOCALISATION
OBSTRUCTING AIRWAY

Başvuru: 05.06.2018

Kabul: 19.10.2018

Baş Boyun Cerrahisi

Yayın: 19.10.2018

Mehmet Eser Sancaktar¹, Mehmet Çelebi¹, Mustafa Bakırtaş¹, Mehmet Turgut²¹ Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi² On Dokuz Mayıs Üniversitesi**Özet**

Ekstranodal lenfomalar gastrointestinal sistemden sonra en sık baş boyun bölgesinde, Waldeyer lenfatik halkasında yerleşim gösterirler. Dil kökündeki yerleşimi ise oldukça nadirdir. 39 yaşında mobilya işçisi erkek hasta birkaç aydır olan yutma güçlüğü, konuşma bozukluğu ve uykuda nefesinde durma, boğulma hissi gibi yakınmalarla kliniğimize başvurdu. Son zamanlarda nefes alma zorluğunun giderek arttığını ve özellikle sırtüstü yattığında boğulur gibi olduğunu söyleyen hastanın larengoskopik muayenesinde dil kökünü tama yakın kaplayan, epiglottu larenks lümenine doğru itiren, düzgün yüzeyli, yaklaşık 4x4 cm boyutlarında submukozal yerleşimli bir kitleyle karşılaşıldı. Diğer muayene ve laboratuvar bulguları doğaldı. Özgeçmişinde başka bir hastalığı bulunmayan hastaya radyolojik tetkiklerden sonra hem tanısal hem de havayolunu rahatlatmaya yönelik genel anestezi altında direkt larengoskopi yapıldı. Dil kökündeki düzgün yüzeyli solid kitleden lümen sarkan kısmı eksize edildi, kitle tek odak halinde idi ve diğer larengeal ve hipofaringeal yapılar doğaldı. Sorunsuz ekstübe olan hastanın patoloji sonucu “malign diffüz büyük B hücreli lenfoma” olarak raporlandı. Kemoterapi ve sonrasında radyoterapi ile tedavisi tamamlandı. 1 yıllık takiplerinde nüks gözlenmedi. Waldeyer halkası yerleşimli kitlelerde lenfomalar akılda tutulmalıdır ve bu bölgede yerleşen lenfomalar hızlı büyüyüp havayolunu tıkadıklarından dolayı tedavi modaliteleri farklı olmasına rağmen geniş eksizyonları gerekebilir.

Anahtar kelimeler: Lenfoma, dil kökü havayolu tıkanıklığı

Abstract

Extranodal lymphomas are often located in the gastrointestinal system, followed by Waldeyer lymphatic ring in head and neck. Tongue base localisation is extremely rare. A 39-year old male presented with complaints of difficulty in swallowing, speech impairment, breathing problems during sleep and the feeling of strangulation when lying supine for several months. In the laryngoscopic examination, a smooth-surfaced mass of approximately 4 x 4 cm was determined with submucosal location, almost completely covering the tongue base and pushing the epiglottis towards the larynx lumen. Other findings were normal and there was no comorbidity. Following the radiological tests, direct laryngoscopy was applied under general anaesthesia both for diagnostic purposes and to relieve the airway. The section of the solid mass in the tongue base protruding into the lumen was excised. He was extubated properly and the pathology examination was reported as a malignant diffuse large B cell lymphoma. The treatment was completed with chemotherapy followed by radiotherapy. During a 1-year follow-up period, no recurrence was observed. In patients presenting with Waldyer ring mass lymphomas should be kept in mind and it should be necessary to excise larger mass to relieve airway quickly despite the different treatment modality of lenfomas.

Keywords: Lymphoma, tongue base airway obstruction

Giriş

Lenfomalar baş boyunun en sık nonepitelyal malign tümörleridir ve sıklıkları tüm dünyada giderek artmaktadır. Lenfomalar nodal ya da ekstranodal tutulum yapabilir ve servikal lenfadenopati ya da nadiren Waldeyer halkasında bulky bir tümör olarak karşımıza çıkarlar [1,2]. Lenfoma baş boyunun skuamöz hücreli karsinomları (SHK) ve

Sorumlu Yazar: Mehmet Eser Sancaktar, Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi

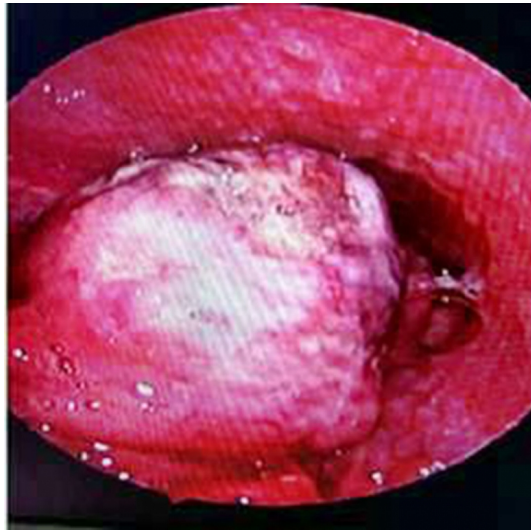
Barış Bulvarı Kadıköy Mahallesi No: 199, PK: 55090, İlkadım /Samsun/Turkey. Telephone: +90 (362) 311 15 00 (Pbx); Fax : +90 (362)

eser_sancak@hotmail.com

adenokarsinomlarından sonra en sık 3. malign (nonepitelyal) tümörleridir ve tüm baş boyun malignitelerinin %12'sini oluşturmaktadırlar [3]. Baş boyun bölgesinden kaynaklı lenfomalar tümöral bir kitle ya da servikal lenfadenopati gibi bulgularla ortaya çıkarlar ve tedavi modaliteleri SHK'lerden çok farklı olduğu için ayırıcı tanıların iyi yapılması çok önemlidir. Bizim olgumuzda diffüz büyük B hücreli lenfoma solid bir kitle şeklinde nadir bir yerleşim yeri olan dil köküne yerleşmiş ve yutma güçlüğü, konuşma bozukluğu ve özellikle uykuda boğulma hissi, solunum sıkıntısı gibi yakınmalara sebep olmuştur. Hasta farklı tanımlarla farklı tedaviler almış ancak kitlenin büyümesine bağlı nefes alma güçlüğü başlayınca doğru tanı konabilmiştir. Hastanın ön tanısında lenfoma düşünülmesine rağmen yerleşim yeri ve havayolu tıkanıklığı yapması nedeniyle geniş rezeksiyon yapılmıştır.

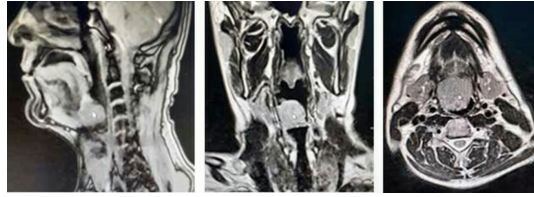
Olgu Sunumu

39 yaşında mobilya işçisi erkek hasta birkaç aydır olan yutma güçlüğü, konuşma bozukluğu, uykuda nefesinde durma ve boğulma hissi gibi yakınmalarla değişik merkezlerde antibiyotik ve ağrı kesicilerle tedavi edilmeye çalışılan hasta son zamanlarda şikayetlerinin artması üzerine kliniğimize başvurdu. Sigara alkol kullanımı öyküsü olmayan hastaya yapılan larengoskopik muayenede dil kökünü tama yakın kaplayan, epiglottu larenks lümenine doğru itiren, düzgün yüzeyli, yaklaşık 4x4 cm boyutlarında submukozal yerleşimli bir kitleyle karşılaşıldı (Şekil 1).



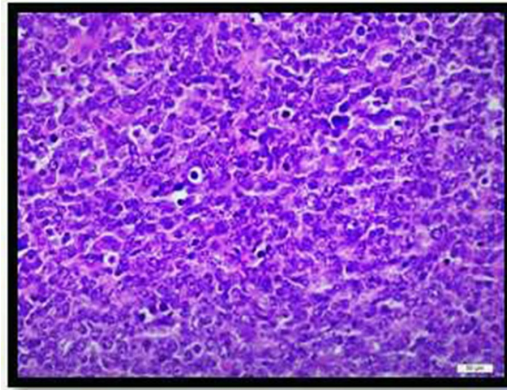
Şekil 1 : Dil kökünde yerleşik kitlenin endoskopik görüntüsü

Diğer muayene ve laboratuvar bulguları doğaldı. Özgeçmişinde başka bir ek hastalığı bulunmayan hastanın manyetik rezonans görüntülemesinde hipofarenksi dolduran lingual tonsilden sınırları net ayırt edilemeyen vallekulayı daraltan T1A 'da hafif hipointens T2A'da izointens minimal kontrastlandığı izlenen 28x33x24 mm boyutlarında nodüler lezyon tanımlandı (Şekil 2).



Şekil 2 : Dil kökündeki kitlenin sagittal, koronal ve aksiyel MRI görüntü kesitleri

Daha sonra hem tanısal hem de havayolunu rahatlatmaya yönelik genel anestezi altında direkt larengoskopi yapıldı. Dil kökündeki düzgün yüzeyli solid kitlenin lümenine sarkan kısmı geniş eksize edildi, kitle tek odak halinde idi ve diğer larengeal ve hipofaringeal yapılar doğaldı. Sorunsuz ekstübe olan hastanın patoloji sonucu “malign diffüz büyük B hücreli lenfoma” olarak raporlandı (Şekil 3).



Şekil 3 : X400 büyütme, H&E. Tümör iri, veziküler çekirdekli, belirgin çekirdekçikli, dar sitoplazmalı elemanlardan oluşmaktadır.

Hasta hematoloji onkoloji kliniğine yönlendirildi, evre I Non-Hodgkin Lenfoma (NHL) tanısı ile 6 kür R-CHOP (Ritüksimab, Siklofosamid, onkovin, prednizolon) multipl kemoterapi rejimi ve sonrasında radyoterapi ile tedavisi tamamlandı. Pozitron emisyon tomografisi taramasında, 1 yıllık takiplerinde başka bir odak ve nüks gözlenmedi. Olgumuz kendisinin yazılı ve sözlü onamı alınarak literatür eşliğinde tartışılmıştır.

Tartışma ve Sonuç

Lenfomalar baş boyunun skuamöz hücreli karsinomları (SHK) ve adenokarsinomlarından sonra en sık 3. malign (nonepitelyal) tümörleridir ve tüm baş boyun malignitelerinin %12 'sini oluşturmaktadırlar [3]. NHL'ların yarısından fazlası gastrointestinal kanal kaynaklıdır ve ikinci sıklıkla baş boyunu tutarlar, çoğu B-hücre orijinlidir fakat çok nadir T/natural killer hücreli de olabilir [4]. Lenfomaların alt tiplerinin insidansı tüm dünyada coğrafik varyasyonlar gösterebilmektedir [4]. Bu yüzden baş boyun cerrahları hematolojik malignitelerin kendi bölgelerine has anatomik yerleşim ve özellikli karakterlerini iyi bilmeli ve diğer benign lezyonlardan ve malignitelerden ayırıcı tanısını yapabilmelidir. Baş boyun hematolenfoid maligniteleri, SHK ve adenokarsinomlar gibi genellikle servikal lenfadenopatinin de eşlik edebildiği üst solunum-sindirim kanalının mukozal yüzeyinde sıklıkla tümöral bir kitle şeklinde karşımıza çıkarlar. Lenfomaların etyolojisi iyi bilinmemektedir fakat kromozomal mutasyonlar, Ebstein-

Barr virüs, human herpesvirüs 8 (HHV 8), retrovirus ve human immunodeficiency virüs (HIV) en sık suçlanan risk faktörleri arasındadır [5,6]. Baş boyun bölgesinde en sık Waldeyer lenfatik halkasını özellikle de palatin tonsilleri tutarlar. Dil kökü tutulumu son derece nadirdir [7]. Orofarenks ve oral kavitede yerleşen diğer daha sık gözlenen baş boyunun epitelyal tümöleri ile lenfomaların tanı ve tedavi modaliteleri tamamen farklıdır [8]. Bu yüzden özellikle palatin tonsil, dil kökü gibi Waldeyer halkası yerleşimli tümöral kitlelerde öncelikle hematolenfoid maligniteler ekarte edilmelidir. Bu bölgeye yerleşen kitlelerin tanısal amaçlı geniş eksizyonlarından kaçınılmalıdır. Ancak bizim olgumuzda olduğu gibi havayolunu daraltan kitlelerde eksizyon havayolunu rahatlatmaya yönelik genişletilebilir. Ayrıca dil kökü üst havayolunun bir bölümü olduğu için bu bölgeye yerleşik kitlelerde hızlı davranılmalıdır. Bizim olgumuzda diffüz büyük B hücreli lenfoma izole, solid bir kitle şeklinde dil köküne yerleşmiş ve disfaji, konuşma bozukluğu ve özellikle uykuda boğulma hissi, solunum sıkıntısı gibi yakınmalara sebep olmuştur. Olgumuz uzun süre antibiyotikle ve ağrı kesicilerle tedavi edilmeye çalışılmıştır ve nihayetinde boğulma hissi ve havayolu obstrüksiyon bulgularıyla bize başvurduğunda tanı alabilmiştir.

Sonuç

Dil kökü gibi üst havayoluna yerleşik tümöral kitlelerde Waldeyer halkası lenfomaları ayırıcı tanıda mutlaka akla gelmeli ve havayolu tıkanıklığına bağlı katastrofik sonuçlardan korunmak için tanı ve tedavide hızlı davranılmalıdır. Tedavi modaliteleri farklı olmasına rağmen bu bölgenin kitlelerine geniş eksizyondan kaçınılmamalıdır.

Kaynaklar

1. Iguchi H, Wada T, Matsushita N, Oishi M, Yamane H. Anatomic distribution of hematolymphoid malignancies in the head and neck: 7 years of experience with 122 patients in a single institution. *Acta Otolaryngol.* 2012 Nov;132(11):1224-31. doi: 10.3109/00016489.2012.694474. Epub 2012 Oct 1.
2. Takano S, Matsushita N, Oishi M, Okamoto S, Teranishi Y, Yokota C, Iguchi H. Site-specific analysis of B-cell non-Hodgkin's lymphomas of the head and neck: A retrospective 10-year observation. *Acta Otolaryngol.* 2015;135(11):1168-71. doi: 10.3109/00016489.2015.1061700. Epub 2015 Jun 25.
3. Cooper JS, Porter K, Mallin K, Hoffman HT, Weber RS, Ang KK, et al. National Cancer Database report on cancer of the head and neck: 10-year update. *Head Neck* 2009;31:748–58.
4. Miura Y, Fukuhara N, Yamamoto J, Kohata K, Ishizawa K, Ichinohasama R, et al. Clinicopathological features of malignant lymphoma in Japan: the Miyagi Study. *Tohoku J Exp Med* 2011;224:151–60.
5. Mawardi H, Cutler C, Treister N. Medical management update: non-Hodgkin lymphoma. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*, 2009, 107(1):e19–e33.
6. Hokett SD, Cuenin MF, Peacock ME, Thompson SH, Van Dyke TE. Non-Hodgkin's lymphoma and periodontitis. A case report. *J Periodontol*, 2000, 71(3):504–509.
7. Mirea D, Mirea LE, Nitipir C, Ţigliş M, GrinŢescu IC, Neagu TP, Mogoantă CA, GrinŢescu IM. Non-Hodgkin's lymphoma, rare localization at the base of the tongue - case presentation. *Rom J Morphol Embryol.*2017;58(3):1077-1081
8. Adult Non-Hodgkin Lymphoma Treatment (PDQ®): Health Professional Version. PDQ Adult Treatment Editorial Board. PDQ Cancer Information Summaries [Internet]. Bethesda (MD): National Cancer Institute (US); 2002-2018 Oct 4.

Sunum Bilgisi

5-7 Nisan 2018 de 13. Uluslararası KBB Baş Boyun Cerrahisi Kpngresinde poster olarak sunulmuştur.

