

ÇİZGİLİ KAS DOKUSU YERLEŞİMLİ PRİMER LENFOMA

Dr. Aziz AKSU (*) • Dr. Mustafa BAŞBOZKURT (**) • Dr. Bülent CELASUN (***) • Dr. Rıfki FİNCİ (****)

ÖZET: Bu makalede uyluk kasları arasında yerleşmiş bir primer lenfoma olgusu sunulmaktadır. Bu bölgenin primer lenfomaları oldukça nadir olup iskelet kasından kaynaklanan küçük hücreli tümörlerin ayırıcı tanısında akla getirilmelidir. Bu tür bir kas kitlesinin değerlendirilebilmesi için biopsi ve immünohistokimyasal çalışmalar gereklidir. Primer iskelet kası lenfomasının prognozu genel olarak benzer nitelikteki nodal tümörlerden daha iyidir.

ANAHTAR KELİMELELER: Lenfoma, Yumuşak doku neoplasmları, İskelet kası.

SUMMARY: A case of lymphoma arising primarily within the muscles of the thigh is reported. Primary lymphoma of this site is an exceedingly rare event and should be considered in the differential diagnosis of the small cell tumors arising from skeletal muscle. Proper evaluation of such a muscle mass includes biopsy with immunohistochemical studies. The prognosis of lymphomas primary in the skeletal muscle are generally better than similar nodal tumors.

KEY WORDS: Lymphoma, Soft tissue neoplasms, Skeletal muscle.

GİRİŞ

Gastrointestinal sistem, tiroid, deri, göz, tükrük glandları, gonadlar, santral sinir sistemi ve memede görülebilen primer ektranodal lenfomaların çizgili kas dokusunda görülme-leri oldukça nadirdir (3,4,5,6).

Lanham ve arkadaşları (4), modern lenfoma sınıflandırmasının (Rappaport veya Working Formulation "WF") kullanıldığı belirtilen literatürde, çok az sayıda primer yumuşak doku lenfoması olgusu saptamışlardır. İlk bulguları intramusküler infiltrasyon olan olguların çoğunda tanı konduğu sırada lenf nodu veya kemik tutulumunun da bulunduğu öne sürülmektedir (1,3). Ancak gelişmiş görüntüleme yöntemlerine rağmen ektranodal tutulumla gelen hastalarda, nodal bir hastalığın bulunmadığının gösterilmesi güç olmaktadır (4).

Bu makalede, sol uyluk medialine yerleşmiş bir intramusküler lenfoma olgusu değerlendirilmiş ve bulgularımız literatür verileri ile karşılaştırılmıştır.

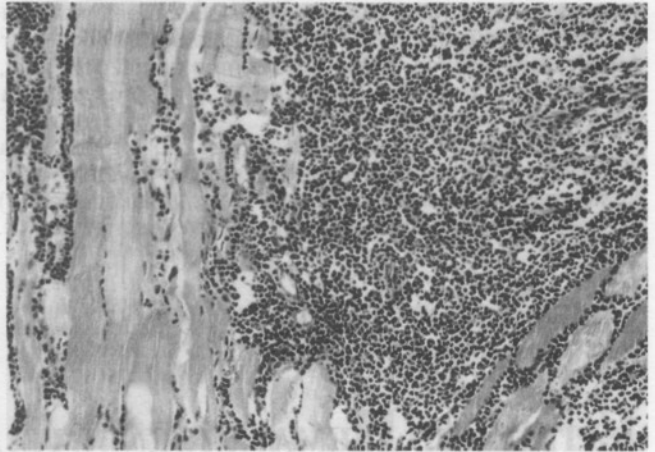
OLGU

66 yaşındaki kadın hasta sol uyluk arka-iç yüzünde şişlik ve ağrı şikayetleri ile ortopedi polikliniğine başvurmuştur. Şikayetlerinin yaklaşık bir ay önce başladığını ifade eden hastanın lokal muayenesinde, palpasyonla uyluk medialinde 6x2 cm. boyutlarında, ağrılı, sert kıvamda, deriye yapışık olmayan kitle saptanmıştır. Hareket kısıtlılığı mevcut değildir.

Radyolojik inceleme ile kemik, çevre yumuşak dokular ve lenf nodlarında patolojik bir bulgu izlenmemiştir. Sedimentasyon hızının 55 mm/saat olması ve protein elektroforzinde alfa 2, beta, gamma globulinlerinin üst sınırlarda bulunması dışında rutin laboratuvar incelemeleri normal sınırlar içinde olan hastada tümöral kitle ön tanısı ile geniş ekzisyon yapılmıştır.

Makroskopik olarak 10x5x4 cm. boyutlarında, kısmen fasia ve çizgili kas dokusu ile örtülü, elastik kıvamlı kitlenin kesit yüzü gri-beyaz renkli ve homojen görünümlüydü.

Mikroskopik olarak incelendiğinde, kesitlerde çizgili kas dokusu lifleri arasında diffüz, infiltratif tümöral doku izlendi. (Resim-1). Tümör; dar stoplazmalı, küçük nükleuslu atipik lenfoid seri hücrelerinden oluşmaktaydı ve neoplastik hücrelerde belirgin plasmositoid diferansiyasyon dikkati çek-



Resim 1: Çizgili kas dokusu lifleri arasında diffüz tümöral infiltrasyon görülmektedir (HE,X200).

mekteydi. Mitotik aktivitenin belirgin olmadığı tümör dokusunda, neoplastik hücrelerde "anti-leukocyte common antigen (LCA)" ile pozitif immün reaksiyon saptandı.

Bu bulgular ışığında olguya, düşük "grade"li, küçük lenfositik lenfoma (WF) tanısı kondu.

Lezyon alanına radyoterapi (4000 rad) uygulandı.

TARTIŞMA VE SONUÇ

Bir olguya primer yumuşak doku lenfoması tanısı koymak için tümörün lokalize olması, deri ve kemik tutulumunun bulunmaması gerekir. Ayrıca, tümörün intratorasik, intraabdominal veya komşu lenf nodundan kaynaklandığının kanıtlanması gereklidir (4).

Sunulan olguda akciğer grafisi, komputeze karın tomografisi, tüm iskelet sisteminin tek fazlı kemik sintigrafisi ve periferik yayma gibi tanı yöntemleriyle lenfoma ile ilgili olabilecek herhangi bir bulguya rastlanmamıştır. Olgunun genel durumu izlendiği süre içinde hep iyi olmuş ve yalnızca lokal radyoterapi ile tedavi edilmiş olmasına rağmen beş ay sonrasında klinik tablosunda hiçbir değişiklik olmamıştır. Bu nedenlerle, tümör, primer ektranodal yumuşak doku lenfoması (Küçük lenfositik lenfoma, düşük grade "WF") olarak değerlendirildi. Lenfomanın bu tipinin çoğunlukla nodal olma ve lösemik komponentle birlikte bulunma özelliği dikkate alındığında, hastanın tümörünün ektranodal olduğu kanısı daha kuvvetlenmektedir.

Lanham ve arkadaşları (4) 75 yumuşak doku lenfomalı

* GATA Patoloji ABD. Uzman. Öğr.

** GATA Ortopedi ve Traumatoloji ABD. Doç. Dr.

*** GATA Patoloji ABD. Prof. Dr.

olguyu içeren serilerinde, tümörün vücudun her yerinde görülebildiğini fakat en sık göğüs duvarı ve uylukta yerleştiğini bildirmişler ve lenfoblastik lenfoma dışında, non-Hodgkin lenfomanın bütün histolojik tiplerinin görülebildiğini belirtmişlerdir.

Primer yumuşak doku lenfomalarında görülen histolojik özelliklerin lenf nodu kaynaklı tümörlerle aynı olduğu ve iyi diferansiye lenfositik lenfomaların çoğunun plasmositoid diferansiyasyon gösterdikleri bildirilmiştir (4). Yumuşak doku lenfomalarının bir başka özelliği de eş "grade"li nodal lenfomalara göre klinik seyrin bunlarda daha iyi olmasıdır (4).

Primer yumuşak doku lenfomalarının ayırıcı tanısında küçük hücreli malign tümörler yer almaktadır (2,3,6). Bunlar arasında rabdomyosarkoma, nöroblastoma, metastatik indifferansiye karsinoma, küçük hücreli osteosarkoma, mesenkimal kondosarkoma ve Ewing sarkomu gibi tümörler bulunmaktadır. Altmış yaşın üzerindeki hastalarda lenfoma olasılığı öncelikle düşünülmelidir (3). Ayırıcı tanıda tümörün morfolojik özelliklerinin yanısıra, bizim olgumuzdaki gibi, immünohistokimyasal yöntemlerle LCA ekspresyonunun gösterilmesi de gereklidir (1,5).

Primer yumuşak doku lenfomalarının özellikle orta veya yüksek "grade"li histolojik tiplerinde radyoterapiye ek olarak kemoterapi de yapılması gereklidir. Travis ve arkadaşları (6) radyoterapiye ek olarak sitoksan, vinkristin, adriamisin ve

prednizon'u (CHOP) içeren kemoterapi protokolunu uyguladıkları orta ve yüksek "grade"li lenfomalı olgularda sürvinin daha iyi olduğunu bildirmişlerdir.

Olgumuza, düşük "grade"li bir lenfoma tanısı konduğundan, tümörün eksizyonu sonrasında yalnızca lezyon alanına radyoterapi uygulanmış ve olgu, beş ay sonra yapılan kontrolünde sağlıklı bulunmuştur.

KAYNAKLAR

1. BERG,A.R., LINDER,J., ANDERSON,R., TEMPERO,M.A., EDNEY,J.A., ARMITAGE, J.O.: The Undifferentiated Malignant Neoplasm. Identification of Lymphoma Arising in Skeletal Muscle by Immunohistochemical Analysis. JAMA, 254:2625-2626,1985.
2. ENZINGER,F.M., WEISS,S.W.: Soft Tissue Tumors. Second Edition. ST. Louis. Washington, D.C. Toronto, C.V. Mosby Company 1988, p 956-957.
3. KANDEL,R.A., BEDARD,Y.C., PRITZKER,K.P.H., LUK,S.C.:Lymphoma Presenting as an Intramuscular Small Cell Malignant Tumor. Cancer, 53:1586-1589, 1984.
4. LANHAM, G.R., WEISS,S.W., ENZINGER,F.M.: Malignant Lymphoma. A Study of 75 Cases Presenting in Soft Tissue. Am.J.Surg. Pathol. 13(1):1-10,1989.
5. SCHWALKE,M.A., RODIL,J.V., VEZERIDIS,M.P.: Primary Lymphoma Arising in Skeletal Muscle. Eur.J.Surg.Oncol. 16-70-73, 1990.
6. TRAVIS, W.D., BANKS,P.M., REIMAN,H.M.: Primary Extranodal Soft Tissue Lymphoma of the Extremities. Am.J.Surg. Pathol. 11(5):359-366, 1987.