

Pankreatik Non-Hodgkin Lenfoma Vakası

Gökhan ÇELENKOĞLU*, Güngör UTKAN*, Çiğdem IRKKAN**, Emine BENZER**, Ülkü Y. ARSLAN*, Saadet TOKLUOĞLU*, Sadık MUALLAOĞLU*, Murat KOÇER*, Necati ALKİŞ*

* Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıbbi Onkoloji Kliniği

** Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi Patoloji Kliniği, ANKARA

ÖZET

Ekstranodal non-Hodgkin lenfoma, mide ve bağırsak sistemini sıkça tutmaktadır. Pankreasın malign tümörleri büyük oranda adenokarsinoma yapısında olup nadir olarak lenfoma da bildirilmiştir. Pankreatik lenfomaların klinik ve radiyolojik olarak adenokanserlerden ayırt edilmesi zordur. Karın ağrısı nedeni ile başvuran elli dokuz yaşında erkek hastanın yapılan değerlendirmesinde; pankreas başında kitle ve çevresinde büyümüş lenfadenopatiler tespit edildi. Kitleden yapılan biopsi sonucunda diffuz büyük B hücreli non Hodgkin lenfoma tanısı kondu. Siklofosfamid, adriamisin, vinkristin, prednisolon (CHOP) ve anti-CD20-antikor (rituximab) kemoterapisi başlandı. Pankreas yerleşimi tümörlerde, adenokanserlerden prognoz ve tedavisi dramatik olarak farklı olan lenfoma olasılığı akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Pankreas, Lenfoma

ABSTRACT

Pancreatic non Hodgkin Lymphoma: Case Report

Extranodal non-Hodgkin's lymphoma generally involves the stomach and intestinal tract. The majority of pancreas tumors are adenocarcinomas but rarely, lymphomas are also reported. It is difficult to distinguish pancreatic lymphoma from adenocarcinoma by clinical or radiologic assessment. The patient is a fifty nine year old man was admitted to the hospital with abdominal pain, a mass in the head of the pancreas and peripancreatic lymphadenopathy. The biopsy, which was done from the mass in the head of the pancreas, revealed diffuse large B cell non-Hodgkin's lymphoma. Cyclophosphamide, doxorubicin, vincristine, prednisolone, and anti-CD20 Antibody (rituximab) chemotherapy regimen was started. While lymphomas of the pancreas are rare, the prognosis and treatment differ dramatically from that of adenocarcinomas. When evaluating pancreatic tumors, the possibility of lymphoma should be kept in mind.

Key Words: Pancreas, Lymphoma

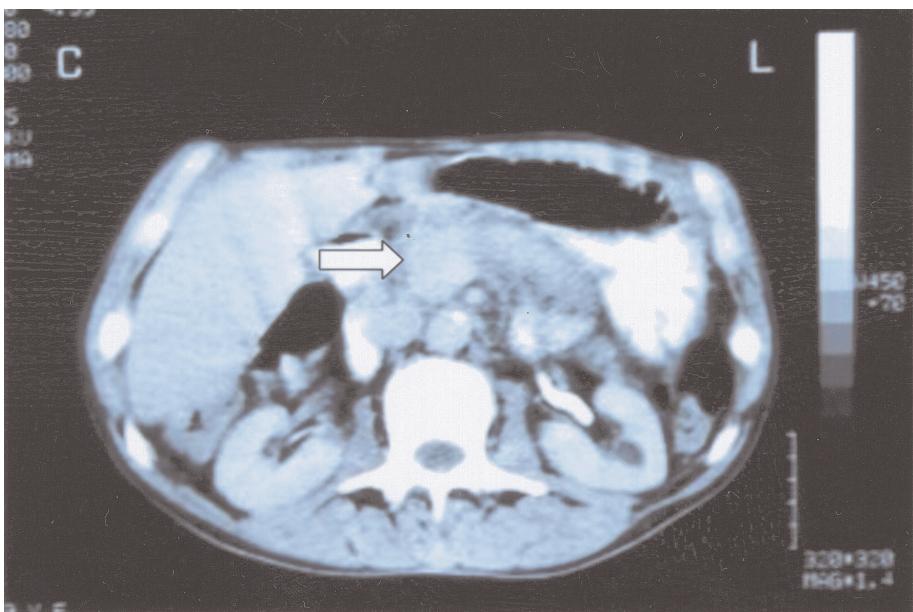
GİRİŞ

Ekstranodal non-Hodgkin lenfomaların (NHL), sık görüldüğü bölgelerden bir tanesi gastrointestinal sistemdir. En sık olarak mide, daha sonra ince ve kalın bağırsaklar tutulum bölgeleridir(1). Pankreas'tan köken alan malign tümörler büyük oranda adenokanser yapısındadır. Pankreasın primer lenfoması nadir görülen bir patoloji olup tüm pankreas tümörlerinin %0.5'ini oluşturmaktadır (2). Ancak klinik ve radyolojik olarak pankreas adenokanserlerinden ayırt edilmesi zordur.

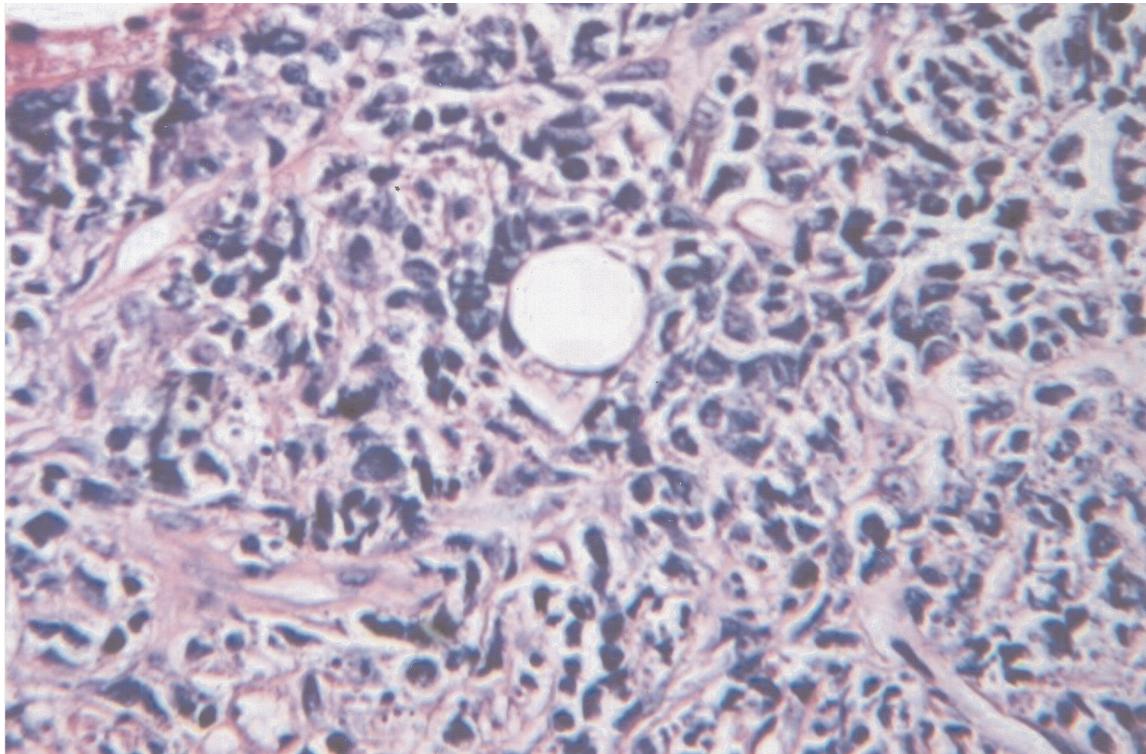
VAKA SUNUMU

Elli dokuz yaşında erkek hasta, 3 aydır olan karın ağrısı şikayeti ile başvurdu. Fizik muayenede; performans statusu, ECOG (The Eastern Cooperative Oncology Group) kriterlerine göre 1 olan hastanın abdominal palpasyonda minimal epigastrik hassasiyet dışında patoloji saptanmadı. Yapılan kan biyokimyasında, laktat dehidrogenaz: 298 IU/L (normal: 100-200), total albumin düzeyi 1 g/dL (normal: 3.5-5) ve sedimentasyon 31 mm/saat olarak bulundu. Serum ve idrar amilaz düzeyleri normal sınırlardaydı. Abdominal ultrasonografide koledok çapı 5 mm, intrahepatik safra yollarında belirginleşme ve pankreas başı lokalizasyonunda 83 x 61 mm çaplı lobule konturlu heterojen kitle lezyonu ile

çevresinde en büyüğü 1.5 cm çaplı lenfadenopatiler saptandı. Bilgisayarlı abdomen tomografisinde pankreas başından köken alan ve orta hat yapıları ile ayrimı net olarak yapılamayan 10x8 cm çapında yumuşak doku lezyonu ve peripankreatik lenfadenopatiler saptandı (Resim 1). Posteroanterior akciğer grafisinde her iki kostadiafragmatik sinüs kapalıydı. Bilgisayarlı toraks tomografisinde ise bilateral minimal plevral effüzyon saptandı. Pankreas başında yerleşmiş olan kitleden tomografi eşliğinde biopsi yapıldı. Patolojide, hematoksilen eozin (HE) boyalı kesitlerin incelenmesinde, diffüz gelişim paternli ve pankreas dokusunun tamamını ortadan kaldırınan tümöral doku izlenmekteydi. Tümöral doku büyük, pleomorfik, hiperkromatik ve yer yer veziküler nükleuslu, bazı alanlarda belirgin nükleollu, dar eosinofilik sitoplazmalı atipik hücrelerden oluşmaktadır. Arada apopitotik cisimciklere ve mitotik figürler rastlandı (Resim 2). İmmünohistokimyasal olarak tümöral hücrelerde LCA ve CD 20 ile diffüz boyanma izlenmekteydi (Resim 3a ve b). CD 43 ile fokal boyanma dikkat çekerken, CD 3 ve CD 5 ile boyanma izlenmedi. Mevcut bulgularla hastaya diffüz büyük B hücreli non Hodgkin lenfoma tanısı kondu. Hastaya evreleme amaçlı sol posterior krista iliakadan kemik iliği biopsisi yapıldı ve tutulum gözlenmedi. Plevral effüzyon miktarının az olması nedeni ile histopatolojik örnekleme yapılamadı. Bu



Resim 1. Pankreatik non-Hodgkin lenfoma vakası

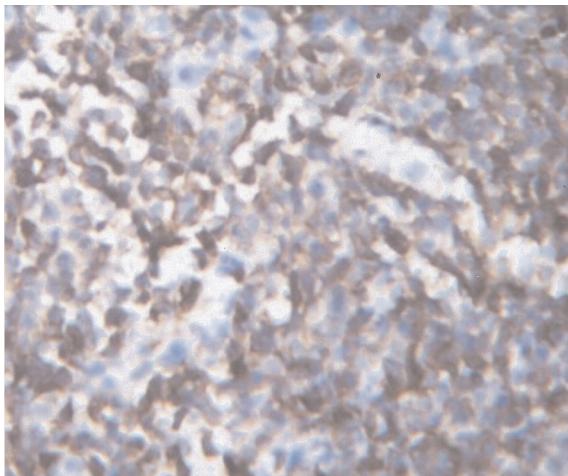


Resim 2. Pankreatik non-Hodgkin lenfoma vakası (HE, X 400)

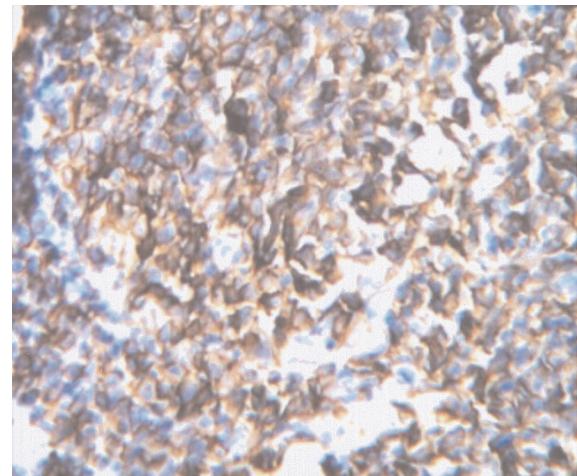
bulgularla evre 2E NHL olarak kabul edilen hasta-ya siklofosfamid, doksorubisin, vinkristin, predni-sonol (CHOP) ve anti-CD20-Antikor (rituximab) kemoterapisi başlandı. Bir kür kemoterapi alan hasta halen sağ olup tedavisi devam etmektedir.

TARTIŞMA

Pankreasın sekonder tümörleri en sık mide, akciğer ve ekstrahepatik safra yollarından kaynaklanmaktadır (3). İzole pankreatik lenfoma nadir görülen bir patolojidir. Çok nadir olan ancak şifa ile sonuçlan-



Resim 3a. Pankreatik non-Hodgkin lenfoma vakası (LCA, X 400)



Resim 3b. Pankreatik non-Hodgkin lenfoma vakası (CD20, X 400)

bilecek pankreatik lenfomalar, klinik olarak pankreas adenokarsinomları ile karışabilmektedir. Özellikle primer pankreatik lenfomalarda ince igne aspirasyon biopsisi ile tanıya gidilebilmesi için bu konuda deneyimli sitopatologların varlığına ve immunhistokimyasal değerlendirmeye ihtiyaç vardır. Tanıdaki bu zorluk ve klinik karışıklık yüzünden, pankreatik lenfomalarda sıkılıkla radikal cerrahi sonrası kesin tanı konabilmektedir (4,5). Primer pankreatik lenfomalar yüksek greydli olabileceği gibi düşük greydli olarak da bildirilmiştir (2). Pankreatik lenfomalarda tomografide 7 cm'den büyük, homojen, çevre dokulara enfiltre kitle ile birlikte retroperitoneal ve mezenterik lenfadenopatilerin olması NHL olasılığını akla getirmelidir (6). Literatürde pankreatit atağı ile ortaya çıkan pankreatik lenfoma vakalarında bildirilmiş olup, bu hasta grubunda var olabilecek karın ağrısı, primer hastalığın dışında pankreatit olasılığını da düşündürmelidir (4). Hastaların takibinde bilgisayarlı tomografinin yanı sıra özellikle şüpheli vakalarda endosonografi yardımcı olabilir (7).

Pankreatik lenfomların asıl tedavisi kemoterapi olmakla birlikte özellikle düşük greydli gastrointestinal lenfomlarda, cerrahi tartışılan tedavi alternatiflerindendir (1).

Pankreas yerleşimli tümörlerin tanı ve yaklaşımında nadir görülen, ancak dramatik olarak adenokarsinomdan прогноз ve tedavisi farklı olan lenfoma olasılığı da akılda tutulmalıdır.

KAYNAKLAR:

1. Ji Y, Kuang TT, Tan YS, et al. Pancreatic primary lymphoma: a case report and review of the literature. *Hepatobiliary Pancreat Dis Int* 4:622-626, 2005.
2. Boni L, Benevento A, Dionigi G et al. Primary pancreatic lymphoma. *Surg Endosc* 16:1107-1108, 2002
3. Nakamura E, Shimizu M, Itoh T, Manabe T. Secondary tumors of the pancreas: Clinicopathological study of 103 autopsy cases of Japanese patients. *Pathol Int* 51:686-690, 2001.
4. Mofredj A, Cadran JF, Cazier A, et al. .Malignant pancreatic non-hodgkin's lymphoma manifesting as severe acute pancreatitis. *Gastroenterol Clin Biol* 23:528-531, 1999.
5. Ueda K, Nagayama Y, Narita K et al. Pancreatic involvement by non-Hodgkin's lymphoma. *J Hepatobiliary Pancreat Surg* 7:610-613, 2000.
6. Prayer L, Schurawitzki H, Mallek R, Mostbeck G. CT in pancreatic involvement of non-Hodgkin lymphoma. *Acta Radiol* 33:123-127, 1992.
7. Tondini C, Giardini R, Bozzetti F et al. Combined modality treatment for primary gastrointestinal non-Hodgkin's lymphoma: the Milan Cancer Institute experience. *Ann Oncol* 4:831-837, 1993.

Yazışma Adresi

Dr. Güngör Utkan

Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Tıbbi Onkoloji Kliniği

Demetevler

ANKARA

e-mail: gungorutkan_md@yahoo.com

Tel: (0.312) 336 09 09 / 5109

Faks: (0.312) 345 49 79