

Göğüs duvarı yerleşimli non-Hodgkin lenfoma olgusu

Burçin Çelik (*), Salih Bilgin (**)

ÖZET

Primer göğüs duvarı tümörleri seyrekdir. Burada soliter göğüs duvarı tümörü ile ortaya çıkan nadir bir non-Hodgkin lenfoma olgusunu sunduk. Elli iki yaşında bayan hasta hastanemize patolojik femur kırığına yönelik yapılacak olan cerrahi tedaviye hazırlık sırasında çekilen direkt akciğer grafisindeki anormallikle başvurdu. Fizik muayenede, göğüs arka duvarında, 6.-8. kottları tutan, 10x7 cm boyutlarında, hareketsiz, düzensiz kitle saptandı. Toraks bilgisayarlı tomografisinde göğüs duvarında kasları da invaze eden kitle izlendi. Kitleden alınan tru-cut biyopsinin histopatolojik inceleme sonucu diffüz büyük B hücreli lenfoma olarak rapor edildi. Hastaya sistemik kemoterapi ve lokal radyoterapi uygulandı. Hasta tanı sonrası 22. ayda izlenmekte olup, hastalıkla ilgili aktif bir durum görülmedi.

Anahtar kelimeler: Göğüs duvarı, non-Hodgkin lenfoma, tedavi

SUMMARY

A case of non-Hodgkin lymphoma with chest wall involvement

Primary tumors of the chest wall are very rare. We herein report a very rare case of non-Hodgkin lymphoma presenting with a solitary chest wall mass. A 52-year-old female patient admitted to our hospital because of an abnormality detected on her chest X-ray during the preoperative evaluation for surgical therapy of femur fracture. On physical examination, a 10x7 cm sized, immobile, irregular mass involving the 6.-8. ribs on posterior chest wall was detected. Chest computerized tomography demonstrated a mass invading also the muscles on the chest wall. The histopathological examination of the tru-cut biopsy specimen obtained from the mass was reported as diffuse large B cell lymphoma. The patient received systemic chemotherapy and local radiotherapy. She is still being followed up with no evidence of active disease 22 months after the initial diagnosis.

Key words: Chest wall, non-Hodgkin lymphoma, treatment

Giriş

Göğüs duvarı tümörleri vücudun bütün primer tümörlerinin %2'sini, toraksa ait malignitelerin %5'ini oluşturur ve %60-80'i malign karakterde olan tümörlerdir (1). Non-Hodgkin lenfomada (NHL) intratoraksik tutulum, %43 sıklıkla ve mediastinal/hilar lenfadenopatiler ve akciğer parankimi tutulumu şeklinde görülebilmektedir. Lenfoma olgularında göğüs duvarı tutulumunun en yaygın şekli internal mamarian lenf nodu tutulumu ile beraber ön mediastenden göğüs duvarına direkt yayılımdır (2). NHL'da izole göğüs duvarı tutulumu nadirdir ve daha çok büyük hücreli lenfomada görülmektedir. Bu olgularda göğüs duvarı tutulumu kottlarda, pektoral kaslarda ve meme dokusunda görülmektedir (3,4).

Biz burada mediastinal hastalık olmaksızın göğüs arka duvarında kitle ile başvuran non-Hodgkin lenfomalı bir olguyu nadir görülmesi nedeniyle literatür bilgileri ışığında sunmayı amaçladık.

Olgu Sunumu

Elli iki yaşında kadın hasta sağ femur kırığı nedeniyle ameliyat edilirken çekilen direkt ön-arka akciğer grafisinde sağ orta zonda kitle izlenmesi üzerine bölümümüze sevk edildi (Şekil 1). Hastanın 3 aydır devam eden sırt ağrısı, sol kolda ağrı, kilo kaybı ve terleme şikayetleri mevcuttu. Fizik muayenede, sağ hemitoraks posteriyorunda 6., 7. ve 8. kottları tutan, sert, fikse kitle palpe edildi. Laboratuvar değerlerinde hemoglobin 12.6 gr/dl, hematokrit %37.9, eritrosit sedimentasyon hızı 52 mm/saat, kalsiyum 12.6 mg/dl, LDH 721.2 U/l, GGT 56.1 U/l olarak tespit edildi.

Toraks bilgisayarlı tomografide (BT) sağ hemitoraks arka duvarında kostalarda dekstrüksiyon oluşturan, sırt kaslarına invazyon gösteren, 10x7 cm boyutlarında yumuşak doku kitlesi ve sağ klavikulada dekstrüksiyona yol açan 8x5 cm boyutlarında düzensiz konuturlu yumuşak doku kitlesi izlendi, patolojik boyutlu mediastinal lenfadenopati yoktu (Şekil 2,3). Kemik

* Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı

**Samsun Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Hastanesi

Aynı basım isteği: Dr. Burçin Çelik, Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi

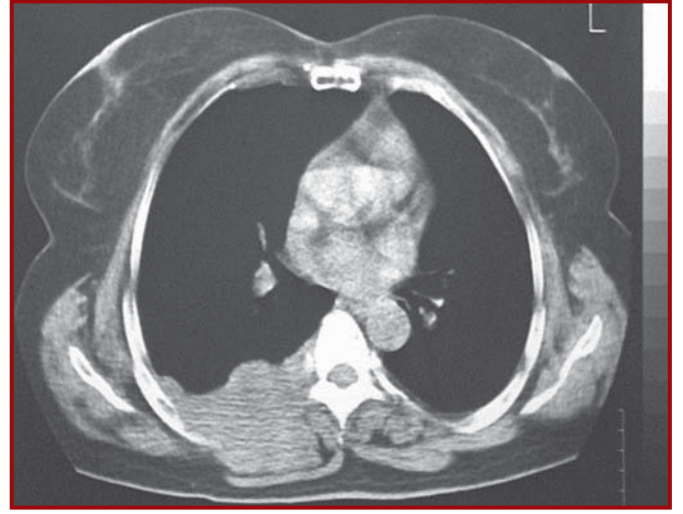
Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, 58141, Sivas

E-mail: cburcin@hotmail.com

Makalenin geliş tarihi: 14.04.2008 • **Kabul tarihi:** 08.09.2008



Şekil 1. Direkt akciğer grafisinde sağda orta zonda, kotlarda dekstrüksiyona yol açan lezyon izlenmekte



Şekil 2. Sağ hemitoraks arka duvarında, kotlara ve sırt kaslarına invaze 10x7 cm boyutlarında yumuşak doku lezyonu izlenmekte

sintigrafisinde aynı bölgeye uyan kostalarda, sağ klavikulada, sağ oksipital kemikte ve sol humerusta metastaz ile uyumlu aktivite artışı tespit edildi. Kraniyal BT'de, sağ oksipital kemikte dekstrüksiyona yol açan litik lezyon izlendi.

Göğüs duvarındaki lezyonun primer göğüs duvarı tümörü ve vücudun muhtelif yerlerinde tespit edilen lezyonların metastaz olabileceği düşünülerek, cerrahi tedaviye uygun olmayacağı kararına varıldı ve göğüs duvarındaki kitleden tanı amaçlı tru-cut biyopsi uygulandı. Alınan biyopsinin histopatolojik inceleme sonucu non-Hodgkin lenfoma (Diffüz büyük B hücreli lenfoma) olarak rapor edildi ve immünohistokimyasal incelemede CD20 (+), CD3 (-) olarak bulundu. Hastanın sağ femurundaki patolojik kırığa yönelik yapılan cerrahi tedavi sırasında alınan biyopsi ve

daha sonra yapılan kemik iliği biyopsisinde sonuç NHL (CD20 (+), CD3 (-)) ile uyumluydu. Evre 4 diffüz büyük B hücreli lenfoma tanısı konulan hastaya sistemik kemoterapi, sağ klavikulaya ve sol humerusa radyoterapi uygulandı. Hastanın takibi sırasında çekilen kontrol toraks BT'de göğüs duvarındaki lezyonun tama yakın gerilediği tespit edildi. Kontrol pozitron emisyon tomografi (PET) incelemesinde göğüs duvarındaki lezyonda hafifçe artmış FDG tutulumu izlendi ve diğer lezyon alanlarında herhangi bir tutulum izlenmedi. Hasta tanı sonrası 22. ayda aktif hastalık bulgusu olmadan izlenmektedir.

Tartışma

Lenfomalar primer torasik neoplazm olmamasına rağmen, mediasten, hilus ve akciğer parankim tutulumu göstermeye eğilimlidir ve torasik yerleşimli lenfomada göğüs duvarı invazyonu %2-5 oranında görülmektedir. Malign lenfoma komşu mediasteni veya akciğer dokusunu tutmaksızın, izole yumuşak doku kitlesi şeklinde toraks duvarını tutabilir. En sık tutulan bölge ön toraks duvarının pektoral ve subpektoral bölgeleridir (2-4). Olgumuzda mediastinal bir tutulum olmadan, literatürde belirtilen lokalizasyonlar dışında göğüs arka duvarında büyük bir kitle mevcuttu. Bu kitle dışında klavikula, humerus ve oksipital kemikte de metastatik lezyonlar izlendi.

Toraks duvarında lokalize tümörün yayılımını saptamada direkt radyografi ve klinik yöntemler yetersiz kalırken, BT lenfomalı olgularda hastalığın derecesini ve ösofagus, perikard, göğüs duvarı gibi dokulardaki hastalığın yaygınlığını tanımlamayı sağlar. Seçilmiş olgularda manyetik rezonans (MR) incelemesi de hastalığın derecesi hakkında ilave bilgi sağlayabilir. BT



Şekil 3. Sağ klavikula komşuluğunda, düzensiz konturlu 8x5 cm boyutunda, klavikulada harabiyete neden olan yumuşak doku lezyonu izlenmekte

ile beraber hastalığın takibinde, verilen tedaviye cevabın değerlendirilmesinde kullanılmaktadır (3,5).

Cho ve ark.nın 17 olguluk serilerinde iki NHL'lı olguda mediastinal hastalık olmaksızın göğüs arka duvarında kitle lezyon mevcuttur (3). Hsu ve ark.nın serisinde primer göğüs duvarı NHL oranı %4.45 (7/157) olarak bildirilmiştir (1). Beş olguda diffüz büyük B hücreli lenfoma, 2 olguda malign lenfoma tanısı konulmuş, 3 olguya göğüs duvarı rezeksiyonu ve sonrasında kemoterapi, 4 olguya tanı sonrası kemoterapi uygulanmıştır. Göğüs duvarı rezeksiyonu uygulanan 3 hasta halen hayatta olmakla beraber, sadece kemoterapi uygulanan dört hastanın ikisi kemoterapi komplikasyonu sonucu kaybedilmiş, birisinde nüks izlenmiştir. Press ve ark.nın serisinde lenfomanın sadece göğüs duvarı tutulumu oranı %1.6 (4/250) olarak bildirilmiş ve bu olguların sadece birisinde NHL tanısı konulmuştur (5).

Göğüs duvarı tümörlerinde malign ve benign lezyonların klinik ve radyolojik ayırımı oldukça zordur. Tanıda iğne aspirasyonu, insizyonel biyopsi veya ekzisyonel biyopsi kullanılır. Açık biyopsi dışındaki tanı yöntemleri lezyonun metastatik olduğu durumlarda, hematolojik hastalıktan şüphelenildiğinde ve agresif cerrahinin yarar getirmeyeceği düşünülen hastalarda tercih edilmelidir (6). Olgumuzda yapılan toraks BT ve kemik sintigrafisinde göğüs duvarındaki lezyona ek olarak sağ oksipital kemikte, sağ klavikula ve sol humerusda metastaz lehine lezyonlar izlendi ve bu nedenle tanı amacıyla tru-cut biyopsi tercih edildi.

Diffüz büyük B hücreli lenfoma tüm NHL'ların %30'unu oluşturmaktadır. Hastaların %30'unda B hücre semptomları (ateş, gece terlemesi, kilo kaybı) izlenir ve olguların yarısından fazlasında LDH değerleri yükselmiştir (1,7). Olgumuzda B hücre semptomları mevcuttu ve LDH değeri normal değerlerin üzerindeydi. Olguların sadece %10-20'sinde kemik iliği tutulumu olduğu belirtilmektedir (7). Olgumuzda hem kemik iliği biyopsisinde, hem de patolojik femur kırığına yönelik yapılan ameliyatta alınan biyopside tutulum saptandı.

Göğüs duvarı tümörlerinin başarılı tedavisinin anahtarı erken tanı, agresif cerrahi rezeksiyon ve göğüs du-

varının tamiridir. Lenfoma gibi kemoterapiye hassas tümörlerde göğüs duvarı tutulumunda cerrahi tedavi başarıyla uygulanmış, ancak tam olarak tedavi protokolüne alınmamıştır (1). Ekstranodal NHL'da lokal tedavi yöntemleri sadece lokal kontrol amacıyla uygulanır, uzak metastaz durumunda sistemik kemoterapi tercih edilir (1,7). Olgumuzda sistemik kemoterapiye ek olarak sol humerus ve sağ klavikulaya radyoterapi uygulandı. Göğüs duvarındaki lezyon tama yakın kaybolurken, klavikula, humerus ve oksipital kemikteki lezyonlar kontrol PET görüntülemeye izlenmemektedir.

Hastada verilen tedaviye cevap alınması, tümörün büyüklüğü ve yeri prognostik faktör olarak bildirilirken, histolojik subtipin prognoza etkisi olmadığı belirtilmektedir (7). Olgumuzda kemoterapiye ve radyoterapiye cevap alındı ve olgu tanı sonrası 22. ayda halen sağ ve takip altındadır.

Literatürde komşu mediasteni veya akciğer dokusunu tutmaksızın göğüs duvarını ve diğer kemik yapılarını tutan oldukça az sayıda NHL olgusuna rastladık. Cerrahi tedavi de uygulanan bu hastalarda, hastalığın metastaz ile seyrettiği durumlarda kemoterapi ve radyoterapi ile oldukça iyi sonuçlar alınmaktadır.

Kaynaklar

1. Hsu PK, Hsu HS, Li AF, et al. Non-Hodgkin's lymphoma presenting as a large chest wall mass. *Ann Thorac Surg* 2006; 81: 1214-1218.
2. North LB, Libshitz HI, Lorigan JG. Thoracic lymphoma. *Radiol Clin North Am* 1990; 28: 745-762.
3. Cho CS, Blank N, Castellino RA. Computerized tomography evaluation of chest wall involvement in lymphoma. *Cancer* 1985; 55: 1892-1894.
4. Faries PL, D'Ayala M, Santos GH. Primary immunoblastic B-cell lymphoma of the sternum. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1997; 114: 684-685.
5. Press GA, Glazer HS, Wasserman TH, Aronberg DJ, Lee JK, Sagel SS. Thoracic wall involvement by Hodgkin disease and non-Hodgkin lymphoma: CT evaluation. *Radiology* 1985; 157: 195-198.
6. Saito T, Kobayashi H, Kitamura S. Ultrasonographic approach to diagnosing chest wall tumors. *Chest* 1988; 94: 1271-1275.
7. Barutca S, Kadikoylu G, Bolaman Z, Levi E, Yavasoglu I. Non-Hodgkin's lymphoma presenting as a giant chest wall mass. *Leuk Lymphoma* 2003; 44: 1635-1636.