

Klinik olarak dev uyluk kitlesi şeklinde ortaya çıkan Hodgkin lenfoma olgusu

Nisa Cem Ören (*), Sinan Akay (*), H.Tuba Sanal (*), Bekir Öztürk (**), Ömer Günhan (***)

ÖZET

Hodgkin lenfoma klasik Reed-Sternberg hücreleri ile karakterize bir neoplazidir. Genellikle intratorasik yerleşim göstermekle birlikte, toraks dışında kemik, baş ve boyun, santral sinir sistemi, timus, göğüs duvarı, kalp ve batında da görülebilir. Bu çalışmada uyluk üst kesiminde dev bir yumuşak doku tümörünü taklit eden, ancak histopatolojik olarak Hodgkin lenfoma tanısı konan 61 yaşındaki erkek hastadaki manyetik rezonans görüntüleme bulgularını sunmayı amaçladık. Ultrasonografi kitlenin malign/benign doğasını ve damarlanmasını saptamada yararlı iken, manyetik rezonans görüntüleme tümörün komşu kompartmanlar boyunca uzanımını, kontrastlanma özelliklerini ve ayırıcı tanıyı ortaya koymada daha faydalıdır. Lenfoma büyümüş lenf nodlarının, bizim olgumuzda görüldüğü gibi, inguinal bölgeden vasküler yapıları takip ederek pelvise doğru üzüm salkımı şeklindeki büyümesiyle karakterlidir. İndolan ve atipik enfeksiyonlar da lenfomanın ayırıcı tanısında akılda tutulmalıdır.

Anahtar kelimeler: *Alt ekstremitte, Hodgkin lenfoma, kitle, manyetik rezonans görüntüleme, uyluk*

SUMMARY

Hodgkin lymphoma clinically presenting as a huge soft tissue mass in the thigh

Hodgkin lymphoma is a neoplasia that is characterized with classical Reed-Sternberg cells. It usually involves intratoracic region but it can be also seen in bone, head and neck, central nerve system, thymus, thorax wall, heart and abdomen as extrathoracic involvement. In this study, we aimed to present magnetic resonance imaging findings of a 61-year-old male patient with a huge mass in his upper thigh mimicking a soft tissue tumor but diagnosed histopathologically as Hodgkin lymphoma. Ultrasonography is useful in determining malignant/benign nature of a mass and its vascularity but magnetic resonance imaging serves better in delineating the extension of the tumor through the neighbourhood compartments, enhancement characteristics and its differential diagnoses. Lymphoma is characterized by enlarging lymph nodes in a shape of a grape bunch in the place from the inguinal region to pelvis near the vascular structures as seen in our case. It also should be kept in mind of indolent and atypical infections in the differential diagnosis of lymphoma.

Key words: *Lower extremity, Hodgkin lymphoma, mass, magnetic resonance imaging, thigh*

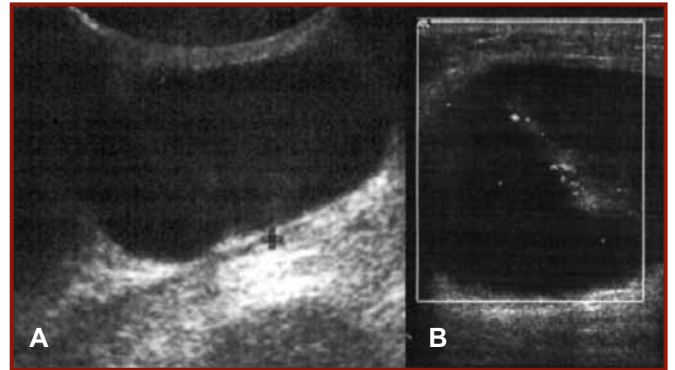
Giriş

Hodgkin lenfoma (HL) Reed-Sternberg hücreleri ile karakterize bir neoplazidir. %67 oranında intratorasik yerleşim göstermekte olup, toraks dışında kemik, baş-boyun, santral sinir sistemi, timus, göğüs duvarı, kalp ve abdomen içerisinde de görülebilir.

Bu çalışmada, uylukta dev yumuşak doku tümörü şeklinde ortaya çıkan ve histopatolojik olarak HL olduğu doğrulanmış hastanın manyetik rezonans görüntüleme (MRG) bulgularını sunmayı amaçladık.

Olgu Sunumu

Altmış bir yaşında, sağ uyluk üst kesiminde altı yıl içerisinde giderek büyüyen kitle şikâyeti nedeni ile başvuran erkek hastanın fizik muayenesinde aynı bölgede ağrısız, hareketli, lastik kıvamında bir kitle lezyonu ile aynı taraf inguinal bölgede lenfadenopati (LAP) palpe edildi. Lezyon alanında ciltte renk değişikliği veya ısı artışı görülmemektedir. Ultrasonografi (US) ile yapılan incelemede, bu bölgede belirgin derecede hipoekoik ve birbirleri ile ilişki halinde çok sayıda yuvarlak lezyonlar izlendi. Doppler US inceleme ile belirgin lezyon içi damarlanma saptandı (Şekil 1). İleri değerlendirme için bilgisayarlı tomogra-



Şekil 1. (A). Ultrasonografik incelemede hipoekoik, oval solid lezyonlar izlenmektedir (B). Doppler ultrasonografik incelemede hipoekoik solid lezyonun santralden kanlandığı izlenmektedir

* GATF Radyoloji Anabilim Dalı

** GATF Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı

***GATF Patoloji Anabilim Dalı

Bu olgu 30. Ulusal Radyoloji Kongresinde (Antalya, 04-09 Kasım 2009) e-poster olarak sunulmuştur

Ayrı basım isteği: Dr. Nisa Cem Ören, GATF Radyoloji Anabilim Dalı, Etilik-06018, Ankara

E-mail: drcemoren@hotmail.com

Makalenin geliş tarihi: 07.12.2009 • **Kabul tarihi:** 03.05.2011

fi anjiyografi (BTA) ile MRG yapıldı. BTA ile vasküler kökenli bir tümör olmadığı ve lezyona komşu vasküler yapılara invazyonun bulunmadığı gösterildi. MRG'de ise sağ uyluk anterosüperiyor kesiminde ve inguinal bölgede üzüm salkımı şeklinde çok sayıda LAP izlendi (Şekil 2). US eşliğinde alınan kor biyopsinin mikroskopik ve immünohistokimyasal değerlendirilmesi HL ile uyumlu olarak rapor edildi.

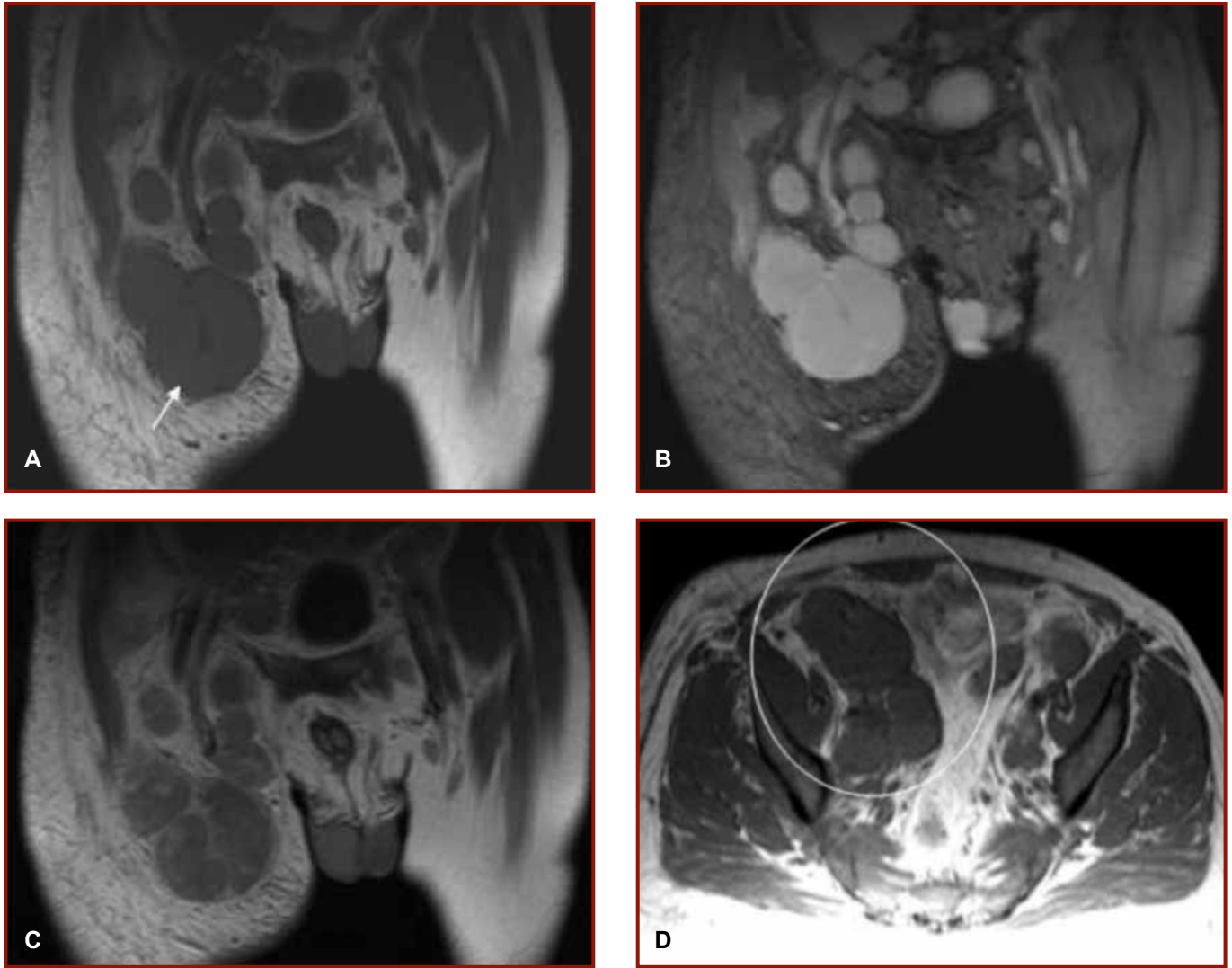
Tartışma

Reed- Sternberg hücreleri ile karakterize olan Hodgkin lenfoma esas olarak lenfoproliferatif bir hastalıktır (1). 25-30 ve 75-80 yaşları en sık ortaya çıktığı yaş gruplarıdır ve bimodal dağılım göstermektedir. Alt tipleri lenfositten zengin, nodüler sklerozan, mikst tip ve lenfositten fakir olmak üzere dört tanedir.

Klinik olarak %67 oranında intratorasik yerleşimlidir (1). %15-30 oranında ise ektranodal tutulum gösterir. Kemik, baş-boyun, beyin, timus, göğüs duvarı, kalp, karaciğer, dalak, pankreas, gastrointestinal sistem, genitoüriner sistem tutulumun görüldüğü başlıca ektranodal bölgelerdir.

Ekstremiteleri değerlendirirken özellikle yüzeysel lezyonlar için hızlı ve kolay bir yöntem olmasından dolayı US başlangıç aşamasında kullanılabilir. US apse, kist ve hematomlar gibi benign yumuşak doku kitlelerinin değerlendirilmesinde, perkütan tanı ve tedavi amaçlı girişimlerde kılavuz olarak, malign lezyonlarda kemoterapi ve/veya radyoterapiye cevabın belirlenmesinde kullanılabilir (3,4).

Çoklu plan görüntüleme olanağı sağlamasından dolayı MRG ayırıcı tanıda yer alan lezyonların yerleşim yerlerini ve yayılımlarını çoğu zaman ortaya ko-



Şekil 2. (A). Koronal T1 ağırlıklı kontrastsız manyetik rezonans görüntülemesinde üzüm salkımı şeklinde, pelvise doğru uzanan, yuvarlak konglomerasyon yapan lenfadenopatiler görülmektedir (ok). (B). Koronal T2 ağırlıklı manyetik rezonans görüntülemesinde tanımlanan lezyonlar hiperintens izleniyor. (C). Koronal T1 ağırlıklı kontrastlı manyetik rezonans görüntülemesinde lezyonların yoğun şekilde kontrastlandığı izlenmektedir. (D). Aksiyal T1 ağırlıklı manyetik rezonans görüntülemesinde pelvik lenf nodlarına yayılım açık şekilde görülmektedir

yar. MRG'nin bir diğer avantajı da farklı dokulardan gelen farklı sinyal özelliklerini ayırt edebilmesinden dolayı doku karakterizasyonunu büyük oranda yapabilmektedir. Lipomlar BT ve MRG'de cilt altı yağ dokusu ile benzer dansite ve sinyal özellikleri göstermeleri ve kontrast madde tutmamaları ile rahatlıkla tanınır. BT'de ise düzgün sınırlı, homojen ve düşük dansiteli (-65 ile -120 HU arası), kontrast madde enjeksiyonu sonrası parlamayan lezyonlardır (5-8,9). MRG'de cilt altı yağ dokusu ile tüm sekanslarda aynı intensitede izlenir ve kontrast tutmaz (5,7,10,11). Yağ baskılı MRG sekansları ile bu lezyonlardan gelen sinyallerin tamamen baskılanması tanıyı daha da kolaylaştırır. Liposarkomlar ise çoğu zaman yağ ve yumuşak doku komponentlerini bir arada barındıran ve kontrast enjeksiyonu sonrası heterojen parlayan lezyonlardır. Fakat bazı durumlarda diğer benign ve malign tümörlerden radyolojik olarak ayrılamayabilir (7). Rabdomiyosarkom ve fibrosarkomlar BT'de çoğunlukla çevre kas grupları ile izodens olarak izlenir. MRG ile sarkomatöz lezyonlar (fibrosarkom, liposarkom, rabdomiyosarkom) arasında ayırım yapmak çoğu zaman olanaksızdır (12). Malign fibröz histiyositoma kas içi yerleşim gösteren, MRG'de heterojen sinyal özellikleri ile karakterize yumuşak doku tümörüdür (13). Heterojen sinyal özelliklerine barındırabileceği kalifikasyonlar ve nekroz odakları da katkıda bulunur.

HL'nin yayılım fizyopatolojisinde bir lenf grubundan diğerine lenfatik kanallar aracılığı ile bulaş bulunmaktadır. Bu nedenle sıklıkla konglomere lenf nodlarının oluşturduğu bir kitle görünümü ile ortaya çıkar (14). Mediyasten veya abdomen gibi bilinen klasik lokalizasyonların haricindeki atipik lokalizasyonlar HL'nin yumuşak doku kitleleri ile klinik ve sonografik olarak karışmasına neden olabilir.

MRG günümüzde yumuşak doku kitlelerinin değerlendirilmesinde en değerli görüntüleme yöntemidir (12). Her ne kadar BT ve US ile tümörün lokalizasyonu çoğu zaman belirlenebilse de, kitlenin köken aldığı dokuları ve varsa invaze ettiği anatomik yapıları en iyi gösteren radyolojik yöntem MRG'dir.

Olgunun değerlendirilmesinde MRG ile kitlenin tüm sekanslarda komşu LAP ile aynı intensitede ve aynı kontrastlanma paterninde olduğu saptanmıştır. Ek olarak kitlenin parailiyak lenf nodu gruplarına olan uzanımı bizi öncelikle lenfoma ön tanısına yönlendirmiştir.

HL'nin uyluk gibi vücudun atipik lokalizasyonlarında yumuşak doku kitlesi şeklinde ortaya çıkabile-

ceği akılda bulundurulmalıdır. Uyluk yerleşimli bir yumuşak doku kitlesinde görüntüleme bulguları her zaman doğrudan tanıya götürmeyebilir. Klinik ve laboratuvar bulgular ile beraber değerlendirme yapılmalıdır. Bu lokalizasyonda karşımıza çıkan bir kitle lezyonunda inguinal bölgeden vasküler yapıları takip ederek pelvise uzanım gösteren eşlik eden büyümüş lenf nodlarının görülmesi akla öncelikle lenfomayı getirmelidir.

Kaynaklar

1. Dahnert W. Radiology Review Manual. 6th ed. Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins, 2003: 498-500.
2. Toma P, Granata C, Rossi A, Garaventa A. Multimodality imaging of Hodgkin disease and non-Hodgkin lymphomas in children. Radiographics 2007; 27: 1335-1354.
3. Yiu-Chiu VS, Chiu LC. Complementary values of ultrasound and computed tomography in the evaluation of musculoskeletal masses. RadioGraphics 1983; 3: 46-82.
4. Bernardino ME, Jing BS, Thomas JL, Lindell MM Jr, Zornoza J. The extremity soft tissue lesion: A comparative study of ultrasound, computed tomography, and xeroradiography. Radiology 1981; 139: 53-59.
5. Doods GC, Hricak H, Sollitto RA, Higgins CB. Lipomatous tumors and tumors with fatty component: MR imaging potential and comparison of MR and CT results. Radiology 1985; 157: 479-483.
6. Friedman AC, Hartman DS, Sherman J, Lautin EM, Goldman M. Computed tomography of abdominal fatty masses. Radiology 1981; 139: 415-429.
7. Kransdorf MJ, Moser RP, Meis JM, Meyer CA. Fat-containing soft-tissue masses of the extremities. Radiographics 1991; 11: 81-106.
8. Hunter JC, Johnston WH, Genant HK. Computed tomography evaluation of fatty tumors of the somatic soft tissues: clinical utility and radiographic-pathologic correlation. Skeletal Radiol 1979; 4: 79-91.
9. Beaman FD, Kransdorf MJ, Andrews TR, Murphey MD, Arcara LK, Keeling JH. Superficial soft-tissue masses: analysis, diagnosis, and differential considerations. Radiographics 2007; 27: 509-523.
10. Sundaram M, McGuine MH, Henbold DR. Magnetic resonance imaging of soft tissue masses: an evaluation of fifty-three histologically proven tumors. Magn Reson Imaging 1988; 6: 237-248.
11. Enlemann R, Reiser MF, Peters PE, et al. Musculoskeletal neoplasms: static and dynamic Gd-DTPA-enhanced MR imaging. Radiology 1989; 171: 767-773.
12. Tuncel. E. Klinik Radyoloji. Bursa: Nobel&Güneş, 2008: 556-570.
13. Murphey MD. World Health Organization classification of bone and soft tissue tumors: modifications and implications for radiologists. Semin Musculoskelet Radiol 2007; 11: 201-214.
14. Connors JM. Clinical manifestations and natural history of Hodgkin's lymphoma. Cancer J 2009; 15: 124-128.