

Hodgkin Lenfoma Olgularımız: Klinik ve Patolojik Değerlendirme

Abdullah ALTINTAŞ*, Timuçin ÇİL*, M. Ali KAPLAN**, A.Engin ATAY**, Abdurrahman İŞIKDOĞAN*, Hüseyin BÜYÜKBAYRAM***, Orhan AYYILDIZ*, Ekrem MÜFTÜOĞLU*

* Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları-Hematoloji-Onkoloji Bilim Dalı

** Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı

*** Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı, DİYARBAKIR

ÖZET

Hodgkin Hastalığı tüm lenfomaların yaklaşık %25'ini ve tüm kanserlerin %1'ini oluşturmaktadır. Bu çalışmada kliniğimizde takip ve tedavi edilen Hodgkin lenfomalı hastalar retrospektif olarak incelendi. Histopatolojik tanısı ve düzenli kayıtları olan 150 olgu; yaş, cins, histopatolojik alt tipleri ve evreleri bakımından değerlendirildi. Olguların 102'si (%68) erkek, 48'i (%32) kadındı. Medyan yaş 41 (16-73) yıl olarak bulundu. Histolojik alt tiplerine göre; Miks sellüler, nodüler sklerozan, lenfositten zengin ve lenfositten yoksun tip sırasıyla 63 (%42), 37 (%24.6), 25 (%16.6) ve 21 (%14) hastada saptandı. Histolojik alt tipin 4 (%2.7) hastada belirlenemediği görüldü. Evrelere göre hasta dağılımı sırasıyla: Evre I'de 18 (%12) hasta, evre II'de 35 (%23.3) hasta, evre III'de 52 (%34.7) hasta ve evre IV'de 43 (%28.7) hasta mevcuttu. İki hastada ise yeterli evreleme işlemleri yapılamamıştı. SPSS 11.0 istatistik analiz programı kullanılarak değerlendirme yapıldı: 40 yaş altı ve üstü olmak üzere hastalar gruplandırıldığında yaş grupları arasında anlamlı bir fark bulunmadı. Ayrıca yaş grupları ile histolojik alt tipler arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı. Sonuç ve yorum: Hodgkin lenfoma erkeklerde daha sık rastlandı (E/K: 2.1). En sık histolojik alt tip mikst sellüler tip olduğu görüldü. Hastaların çoğunluğunun (%63.7) ileri evre (evre III ve IV) olduğu saptandı.

Anahtar Kelimeler: Hodgkin Hastalığı, Lenfoma, Lenfoproliferatif hastalıklar.

ABSTRACT

Patients with Hodgkin's Disease : Clinical and Pathological Evaluation

Hodgkins' disease accounts 25% of all lymphoid malignancies and 1% of all cancers. In this study, 150 patients with Hodgkins' disease were reviewed retrospectively and compared according to age, gender, histopathologic subtype and stage of disease. 102 (68%) of patients were male and 48 (32%) were female with a median age of 41 (16-73) years. The frequencies of histopathological subtypes, mixed cellularity, nodular sclerosis, lymphocyte-rich and lymphocyte-depletion, were 63 (42%), 37 (24.6%), 25 (16.6%) and 21 (14%), respectively. Histological subtype was not determined in 4 (2.7%) patients. Distribution of patients according to stages were; 18 (12%) patients were in stage I, 35 (23.3%) patients were in stage II, 52 (34.7%) patients were in stage III and 43 (28.7%) patients were in stage IV. Sufficient staging procedure was not performed in two patients. SPSS 11.0 program was used for statistical analyzes. Patients were divided into two groups; older and younger than 40 years age and no statistical significance was detected between groups. Also there was no significant relation between histopathological subtype and age. In conclusion; Hodgkin disease predominantly seen in males (M/F: 2.1). Mixed cellularity HD was the most frequent subtype and 63.7% of our patients were in advanced stage (stage III ve IV).

Key Words: Hodgkins' disease, Lymphoma, Lymphoproliferative disease

GİRİŞ

Hodgkin hastalığı (HH), lenfoid dokudan köken alan, histopatolojik olarak tipik Reed-Stenberg hücreleriyle karakterize lenfoproliferatif bir hastalıktır. Tüm lenfomaların yaklaşık dörtte birini, tüm kanserlerin %1'ini oluşturur. Batı ülkelerinde sıklığı, 100.000'de 3-4 olarak bildirilmektedir. Amerika'da her yıl ortalama 7500 yeni vaka tanı almaktadır (1-2). HH, gelişmiş ülkelerde ilki yaşamın üçüncü on yılında, ikincisi ise ellili yaşlardan sonra olmak üzere iki pik yapmaktadır (1). Bu dağılım şeklinin etyolojik faktörlerle ilişkisi olduğu düşünülmektedir. Son istatistiklere göre Amerika ve Avrupa'da yaşlı popülasyonda HH sıklığının azaldığı görülmektedir (3). Erkek cinsiyet, yüksek sosyoekonomik düzey, Epstein Barr virüsü ve erişkin immün yetmezlik virüsü ile enfekte olmak, ailesinde lenfoma öyküsü olması HH riskini artıran faktörler olarak göze çarpmaktadır. Bu özellikler HH'nın genetik, enfeksiyöz ve immünojenik faktörlerle ilişkili olabileceğini göstermektedir (4). Hastalık herhangi bir lenf nodu bölgesinden başlayabilir. Ancak en sık ortaya çıktığı bölgeler servikal ve supraklaviküler lenf nodu alanlarıdır. Diyafragma altında tutulum ile başvuran olgular ise daha nadirdir (1). B semptomları olarak adlandırılan 38°C'nin üzerinde ateş, gece terlemesi ve kilo kaybı olguların yaklaşık %30'unda karşınıza çıkmaktadır (5).

HH 1965'te yapılan RYE sınıflamasına göre; Lenfosit zengin tip, nodüler sklerozan tip, miks sellüler tip ve lenfosit fakir tip olmak üzere dört alt tipte sınıflandırılmıştır. Daha sonra Dünya Sağlık Örgütü tarafından yapılan sınıflamada bu alt tipler klasik Hodgkin lenfoma olarak sınıflandırılmış ve ayrı bir antite olarak nodüler lenfosit predominant Hodgkin lenfoma ilave edilmiştir (6). HH'nın evrelemesinde günümüzde Costwolds evreleme sistemi kullanılırken, prognoza ait veriler lokalize hastalıkta EORTC kriterleri, ileri evre hastalıkta "International Prognostic Score" (Hasenclever indeksi) yardımıyla belirlenir (6-7).

HH kemoterapi ve radyoterapinin başarıyla kullanıldığı ve yüksek oranda şifa sağlanabilen bir hastalık olması nedeniyle hematoloji ve onkoloji açısından ayrı bir öneme sahiptir.

Biz bu makalede 1985-2005 yılları arasında Güneydoğu Anadolu bölgesinde fakültemiz hematoloji ve onkoloji kliniklerine başvurarak tanı alıp, tedavi

edilen HH tanılı olgularımızın demografik özelliklerini, histolojik alt tiplerini ve bu alt tipler ile hastalık evresi-klinik özellikler arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla olgularımızın retrospektif değerlendirmesini yaptık.

HASTALAR VE YÖNTEM

Değerlendirmeye histopatolojik olarak HH tanısı alan ve düzenli olarak takibi yapılabilen olgular alındı. Bu kriterlere uymayan hastalar çalışmaya dahil edilmedi. Hastalar yaş, cins, klinik prezentasyon, patolojik alt tipler ve evre bakımından değerlendirildi. Hastaların ortalama yaşları, dekatlar arasında hastaların dağılımı ve 40 yaş altı ile 40 yaş üstü hastaların histolojik alt tiplere göre dağılımları belirlendi.

Cinsiyet dağılımı, erkek ve kadın hasta oranları ile histolojik alt tiplerdeki cinsiyet dağılım oranları saptandı. Hastalarımızın klinik prezentasyonundaki bulguları; ağrısız lenfadenopati, ateş, kilo kaybı, terleme, kaşıntı ve diğer şikayetler olarak toplam 6 ayı grupla belirlendi. Patolojik alt tiplerin belirlenmesinde klasik RYE sınıflaması dikkate alındı. Hastalık evrelemesinde Ann Arbor evreleme sistemi kullanıldı. Evreleme işlemi; fizik muayene, görüntüleme yöntemleri ve kemik iliği biyopsisi kullanılarak yapıldı. Evre ile histolojik alt tipler arasındaki oranlar saptandı.

İstatistiksel değerlendirmede Student's t test ve Ki-kare testleri kullanıldı.

SONUÇLAR

Toplam 150 hasta değerlendirildi. Olguların yaş dağılımı 16-73 arasındaydı, ortalama yaş 41 olarak saptandı. Erkek hasta sayısı 102 (%68), bayan hasta sayısı 48 (%32) olarak bulundu. Erkek/bayan hasta oranı 2.1 olarak saptandı. Olgular histolojik alt tiplere göre değerlendirildiğinde; Miks sellüler tipe sahip hasta sayısı 63 (%42), nodüler sklerozan tip 37 (%24.6), lenfosit zengin tip 25 (%16.6), lenfosit fakir tip 21 (%14) ve alt tipi belirlenemeyen 4 olgu (%2.7) şeklinde bulundu.

Evrelere göre hastaların dağılımı; Evre I'de 18 olgu (%12), evre 2'de 35 olgu (%23.3), evre 3'te 52 olgu (%34.7), evre 4'te 43 olgu (%28.7) ve yetersiz evreleme yapılan 2 hasta belirlendi. Hastaların de-

katlara göre dağılımı ise; 16-19 yaş grubunda: 8 olgu (%5.3), 20-29 yaş grubunda: 27 olgu (%18), 30-39 yaş grubunda: 41 olgu (%27.3), 40-49 yaş grubunda: 35 olgu (%23.3), 50-59 yaş grubunda: 21 olgu (%14), 60-69 yaşları arasında: 13 olgu (%8) ve 70 yaş ve üzerinde 5 olgu (%3.3) tespit edildi. 40 yaş altında 76 (%50.7), 40 yaşın üzerinde 74 (%49.3) hastayla karşılaşıldı. Bu hasta grublarının sırasıyla 40 yaş altı ve 40 yaş üstü olmak üzere histolojik alt tiplere göre dağılımı: Miks sellüler tipde 40 yaş altında 32 olgu (%50.7), 40 yaş üzerinde 31 olgu (%49.3), nodüler sklerozan tip 40 yaş altında 21 olgu (%56.7), 40 yaş üzerinde 16 olgu (%43.3), lenfositten zengin tip sırasıyla 12 olgu (%48)'ya, 13 olgu (%52), lenfositten fakir tip ise sırasıyla 9 olgu (%42.8)'ya, 12 olgu (%57.2) şeklindeydi. Miks sellüler tipe sahip hastalar arasında erkek olgu sayısı 44 (%69.8), kadın hasta sayısı 19 (%30.2), nodüler sklerozan tipte erkek hastaların sayısı 23 (%62.1), kadın olgular 14 (%37.9), lenfositten zengin tipe sahip erkek hastaların sayısı 18 (%72), kadın olguların sayısı 7 (%28) ve lenfositten fakir tipte erkek hastaların sayısı 13 (%62) iken, kadın olguların sayısı ise 8 (%38) olarak saptandı. Histolojik alt tiplerin erken evre (Evre I ve Evre 2) ve ileri evreye (Evre 3 ve Evre 4) göre dağılımı: Miks sellüler tip: Erken evre 22 olgu (%35), ileri evre 41 olgu (%65), nodüler sklerozan tip: Erken evre 14 olgu (%37.8), ileri evre 23 olgu (%62.2), lenfositten zengin tip: Erken evre 14 olgu (%56), ileri evre 11 olgu (%44), lenfositten fakir tip: Erken evre 3 olgu (%14), ileri evre 18 olgu (%86) olarak saptandı. Tablo1'de sonuçlar gösterilmiştir.

TARTIŞMA

Hodgkin hastalığı tüm kanserlerin %1'ni, tüm lenfomaların yaklaşık dörtte birini oluşturan, gelişmiş ülkelerde bimodal dağılım gösteren bir hastalıktır (1-2,8). Gelişmiş ülkelerde sosyoekonomik olarak geri kalmış ülkelerden daha sık görülür. Ancak 15 yaşından önce ortaya çıkan olguların gelişmekte olan ülkelerde daha sık olduğu bildirilmektedir (4). HH'da belirgin bir erkek hakimiyeti vardır. Erkek/kadın oranı 1.4 olarak bildirilmektedir (5). Bizim hastalarımızda da erkek/kadın oranı, erkek hakimiyeti şeklinde 2.1 olarak saptandı. HH'nın gelişmiş ülkelerde, ilki yaşamın üçüncü dekadında, ikincisi ise ellili yaşlardan sonra olmak üzere iki pik

yaptığı görülmektedir (1). Bizim hastalarımızda ise olguların dekatlara göre dağılımı incelendiğinde %50.6'sı 30 ile 49 yaş arasında bulundu. Sosyoekonomik olarak az gelişmiş ülkelerde HH gelişmiş ülkelere kıyasla daha az sıklıkta görülmesine karşın, 15 yaş öncesi insidansın daha yüksek oranda olduğu bildirilmiştir. Son yıllarda batı ülkelerindeki 60 yaş sonrası HH insidansında gözlenen azalmanın tanı yöntemlerindeki gelişme ile ilişkili olduğu düşünülmektedir (4,9).

Nodüler sklerozan HH en sık rastlanan alt tip olup gelişmiş ülkelerde tüm vakaların yaklaşık %70-80'ini oluşturmaktadır. Az gelişmiş ülkelerde ise daha nadir rastlanmaktadır (6, 9). Özellikle genç bayanlarda erkeklere oranla daha sık gözlenmektedir (10). 50 yaş sonrasında nadirdir. Sıklıkla tutulan bölgeler servikal, supraklaviküler ve mediastinal lenf nodlarıdır. Olguların %60-70 kadarı erken evrede tanı almaktadır (11). Nodüler sklerozan HH bizim olgularımızda ikinci en sık alt tip olarak tüm olgular arasında %24.6 oranında saptandı. Gelişmiş ülkelerin oranları ile karşılaştırıldığında bu oran son derece düşüktür. Olguların %56.7'si 40 yaş altındayken, %43.3'ü 40 yaş üzerindeydi ($p>0.05$). Nodüler sklerozan HH olgularımızda hastaların %62.1'inin erkek, %37.9'unun kadın olduğu gözlemlendi. Bildirilen belirgin kadın hasta oranını bizim olgularımızda gözlemlemedik. Literatürde çoğu olgunun erken evrede yakalandığı belirtilmesine rağmen bizim olgularımızda evre 3-4 hastalık %62.2, evre 1-2 hastalık oranı ise %37.8 olarak bulundu. Bu sonucun ise sosyal güvence eksikliğine bağlı hastaneye geç başvurma ve önceki yıllarda bölgeimizdeki sağlık hizmetlerinin yetersizliği ile ilgili olduğunu düşünmekteyiz.

Miks sellüler HH gelişmiş ülkelerde olguların yaklaşık %25'ini oluştururken gelişmekte olan ülkelerde bu oran daha yüksektir (12). Nispeten daha ileri yaşlarda görülen bu alt tipte abdominal lenf nodları ve dalak tutulumu sıktır. B semptomları daha sık ortaya çıkmaktadır. Olguların büyük çoğunluğu evre 3-4 hastalıkla ileri evrede tanı almaktadır. Bu alt tipin kötü prognozlu olduğu belirtilse de modern tedavi yöntemleriyle prognozda düzelme sağlanmıştır (9, 11). Bizim olgularımızda miks sellüler HH gelişmekte olan ülkelerin verilerine benzer şekilde %42 oranında, en fazla görülen alt tip olarak karşımıza çıktı. Olguların %50.7'si 40 yaş altındayken, %49.3'ü 40 yaş üstündeki hastalardı ($p>0.05$).

Tablo 1. Hodgkin Lenfoma olgularının klinik ve patolojik özellikleri

Yaş (Tüm Olgular)	39 (16-73)		
Yaş Grubu Dağılımı	Olgu sayısı - %		
16-19	8 (%5.7)		
20-29	27 (%18)		
30-39	41 (%27.3)		
40-49	35 (%23.3)		
50-59	21 (%14)		
60-69	13 (%8)		
70 +	5 (%3.3)		
Cins			
Erkek	102 (%68)		
Kadın	48 (%32)		
E/K	2.1		
Histolojik Tip			
Mikst sellüler	63 (%42)		
Nodüler Sklerozan	37 (%24.6)		
Lenfositten zengin tip	25 (%16.6)		
Lenfositten yoksun tip	21 (%14)		
Sınıflandırılmayan	4 (%2.7)		
Evreleme			
Evre I	18 (%12)		
Evre II	35 (%23.3)		
Evre III	52 (%34.7)		
Evre IV	43 (%28.7)		
Yetersiz evreleme	2		
Klinik Özellikleri	Sıklığı %		
Ağrısız lenfadenopati	%85		
Ateş	%38		
Kilo kaybı	%32		
Terleme	%30		
Kaşıntı	% 7		
Histolojik tip-Yaş ilişkisi			
	< 40 yaş	40 + yaş	P
Hasta Sayısı	76 (% 50.7)	74 (%49.3)	Anlamlı Değil
Lenfositten zengin tip	12 (% 48)	13 (%52)	"
Nodüler Sklerozan	21 (%56.7)	16 (%43.3)	"
Mikst sellüler	32 (%50.7)	31 (%49.3)	"
Lenfositten yoksun tip	9 (%42.8)	12 (%57.2)	"
Alt tipi belirlenemeyen	2 (%1.3)	2 (%1.3)	"

Tablo 1. Hodgkin Lenfoma olgularının klinik ve patolojik özellikleri (Devam)

Histolojik tip-Cins ilişkisi	Erkek (98)	Kadın (48)
Lenfositten zengin tip	18 (%72)	7 (%28)
Nodüler Sklerozan	23 (%62.1)	14 (%37.9)
Mikst sellüler	44 (%69.8)	19 (%30.2)
Lenfositten yoksun tip	13 (%62)	8 (%38)
Histolojik Tip-Evre İlişkisi	Evre I-II	Evre III-IV
Lenfositten zengin tip	14 (%56)	11 (%44)
Nodüler Sklerozan	14 (%37.8)	23 (%62.2)
Mikst sellüler	22 (%35)	41 (%65)
Lenfositten yoksun tip	3 (%14)	18 (%86)

Miks sellüler HH olgularımızın çoğunluğu erkek hastalardı. Buna karşın kadın hastalarımız arasında da en fazla görülen subtip olduğu görülmektedir. Literatüre benzer şekilde hastalarımızın %65'i tanı anında ileri evrede, evre 3-4 hastalıkla başvurmuştu (9, 11).

Günümüzde nodüler lenfosit predominant HH ayrı bir klinik antite olarak kabul edilmektedir. Bizim olgularımız içinde nodüler lenfosit predominant HH olgusu yoktu. Lenfositten zengin HH ise, klasik HH başlığı altında sınıflandırılmıştır. Gelişmiş ülkelerde lenfositten zengin HH tüm olguların %5-10'unu oluşturmaktadır (1,12). Olguların %70'ten fazlası evre 1-2 olarak saptanır. Erkeklerde daha fazla görülen bu alt tip, 15 yaş altında ve 40 yaş üzerinde daha sık görülmektedir (10, 13). Genellikle periferik lenf bezlerini tutan lokalize hastalık şeklinde prezente olur. Abdominal ve mediastinal hastalık nadirdir. Relaps oranı %5 civarında bildirilmektedir (1). Lenfositten zengin HH bizim tüm olgularımızın %16.6'sını oluşturuyordu. Lenfositten zengin tip HH olgularımızın %48'inin 40 yaş altında olduğu gözlenirken, olguların %52'si 40 yaş üzerindedir (p>0.05). Bizim olgularımızda da belirgin erkek hasta hakimiyeti vardı. Gelişmiş ülke verilerinden farklı olarak başvuru anında ileri evre %44, erken evre hasta oranı ise %56 olarak birbirine yakın oranlarda bulundu.

Gelişmiş ülkelerde lenfositten fakir tip HH tüm olgular içinde %5'ten daha az oranda görülmektedir.

Yaşlı popülasyonda daha sıktır. HIV ile birlikteliği en fazla olan subtip (9, 14). Tanı anında ileri evrede olan bu olgularda, retroperitoneal tutulum, B semptomlarının varlığı ve kemik iliği tutulumunun sık olmasından dolayı kötü prognozlu olarak bildirilmektedir (15-18). Olguların %70'ten fazlası tanı anında evre 3-4 olarak başvurmaktadır (1). Bizim olgularımızda da literatüre benzer şekilde, erkek ve kadın hastalarda en az rastlanan alt tip (%14) lenfositten yoksun HH olgularındır. Buna karşın tüm olguların içindeki oranı gelişmiş ülke verilerine göre nisbeten daha yüksek çıkmıştır. Lenfositten fakir tip HH olgularımızın %42.8'inin 40 yaş altında, %57.2'sinin 40 yaş üzerinde olduğunu gözlemledik (p>0.05). Bizim takip ettiğimiz olgularda gelişmiş ülkelere benzer şekilde yaşlı popülasyon hakimiyeti izlenmiyordu. Diğer subtiplere benzer şekilde burada da olguların çoğunluğu erkek hastalardı. Literatüre benzer şekilde ileri evre hastalık bu grupta daha yüksek oranda gözlenmiştir. Yalnız 3 olgu (%14) evre 1-2'de tanı alırken, 18 (%86) olgu evre 3-4 hastalıkla başvurmuştu.

HH'da temel semptom ağrısız lenfadenopatilerdir. Halsizlik, yorgunluk gibi şikayetler görülebilir. Mediastinal lenfadenopatilere bağlı öksürük, göğüs ağrısı, hemoptizi ve vena kava superior sendromuyla karşılaşılabilir. 38°C'yi geçen ateş, gece terlemesi ve tanıdan önceki son 6 ay içinde %10'dan fazla kilo kaybı B semptomları olarak adlandırılır ve kötü prognoz göstergesi olarak kabul edilmektedir (5,

11). Ateş ve gece terlemesi olguların yaklaşık %25'inde ortaya çıkmaktadır. Sürekli olabileceği gibi düzensiz bir ateş paterniyle de karşılaşılabılır. İleri evre hastalıkta B semptomlarının sıklığı da artmaktadır (1, 5, 11). HH'da diyagnostik kabul edilen, 1-2 hafta süren ateşli dönemler ve bunu izleyen yine 1-2 haftalık ateşsiz dönemler şeklinde Pel-Ebstein denen, ondülan ateş görülebilir (11). Tanıdan aylarca önce ortaya çıkan, B semptomları arasında sayılmayan, yaygın kaşıntı ise yaklaşık %20 oranında olguda gözlenmektedir ve prognostik öneminin olmadığı bildirilmiştir (18). Buna karşın kaşıntının kötü prognostik kriter olduğunu ileri süren yayınlarda mevcuttur (19).

HH'da prognostik faktörlerin belirlenmesine yönelik çeşitli araştırmalar yapılmıştır. Bunlar arasında ilk önemli çalışma 1985 yılında "British National Lymphoma Investigation (BNLI)" tarafından yapılan değerlendirmedir. BNLI'in oluşturduğu indeks lokalize HH için geçerli bir indekstir. Günümüzde ise evre I ve II HH için "European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC)" tarafından geliştirilen farklı bir prognostik indeks kullanılmaktadır. Daha ileri evre olgularda ise "International Prognostic Score (IPS)" veya Hasenclever indeksi olarak adlandırılan skorlama sistemiyle prognoz değerlendirilir. Bu prognostik indekslerde genel olarak, hastanın yaşı, histolojik alt tip, sedimentasyon hızı, B semptomlarının varlığı, Bulky hastalık (tümör yükünün göstergesi) ve hastalığın evresi göz önüne alınmaktadır. İleri evre HH'da kullanılan Hasenclever indeksinde ise bu sayılanlardan farklı olarak; erkek cinsiyet, serum albümin düzeyi, hemoglobinin düzeyi, toplam lökosit sayısı ve lenfopeninin olması bağımsız birer prognostik faktör olarak kabul edilmiştir. Bu kriterler sadece yeni tanılı olgularda değil, aynı zamanda relaps ve refrakter hastalarda da kullanılmaktadır (6-7,19).

Bizim olgularımızda en sık rastlanan bulgu %85 oranında gözlemlediğimiz ağrısız lenfadenopati olmuştur. Literatüre benzer şekilde B semptomları olan ateş olguların %38'inde, kilo kaybı %32'sinde, terleme %30'unda gözlemlendi. Kaşıntı olgularımızda %7 sıklıkta gözlenmiştir. B semptomlarındaki bu hafif yükseklik olgularımızın ileri evre olması ve miks sellüler tipin daha sık gözlenmesiyle ilişkilendirildi.

HH'da tedavi ve prognoz belirlenmesinde evreleme çok önemlidir. Hastalık evresi, tedavi tipine ve prognoza karar verirken en önemli faktör olarak kabul edilmektedir. Günümüzde kullanılan prognostik indekslerde (IPS ve EORTC) hastalık subtipi yer almamaktadır. İleri evre hastalık tüm prognostik indekslerde kötü prognoz göstergesi olarak kabul edilmektedir. 40 yaş üzerinde olma BNLI tarafından belirlenen kötü prognostik faktörler arasındadır. Hasenclever indeksine göre ise yaş sınırı 45 olarak saptanmıştır (1,5-7,19). Bizim çalışmamızda tüm olgular değerlendirildiğinde evre 3-4 hastalık oranı %63.4, 40 yaş üzeri hasta oranı ise %49.3 olarak bulunmuştur.

Sonuç olarak: Hodgkin lenfoma erkeklerde daha sık rastlandı (E/K:2.1). En sık görülen histolojik alt tipin miks sellüler tip olduğu (%42) ve genel olarak hastaların çoğunluğunun (%63.4) ileri evre (evre III ve IV) olduğu saptandı. Olguların dekatlara göre dağılımı incelendiğinde %50.6'sının 30 ile 49 yaş arasında olduğu bulundu. 40 yaş altı ve üstü olmak üzere hastalar gruplandırıldığında yaş grupları arasında anlamlı bir fark yoktu. Ayrıca yaş grupları ile histolojik alt tipler arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı. Nodüler sklerozan tipde bildirilen kadın hasta hakimiyetini bizim olgularımızda gözlemlemedik. Lenfositten zengin tip HH'da gelişmiş ülke verilerinden farklı olarak başvuru anında ileri evre %44, erken evre hasta oranı ise %56 olarak birbirine yakın bulundu. Olgularımızda en sık rastlanan bulgu %85 oranında gözlemlediğimiz ağrısız lenfadenopati olarak karşımıza çıktı.

Ülkemizde kanser istatistikleri ile ilgili sağlıklı verilerin olduğu söylenemez. Fakültemiz son yıllara kadar Güneydoğu Anadolu bölgesinin tek hematoloji merkezi olması nedeniyle bu veriler aynı zamanda bölgemizdeki hasta özelliklerini yansıtmaktadır.

KAYNAKLAR

1. Stein RS, Morgan DS. Hodgkin Disease. In: Wintrobe's Clinical Hematology. Greer, JP, Forster J, Lukens JN, Rodgers GM, Paraskevas F, Glader B (Eds) 11th. ed. Philadelphia, Lipincott Williams&Wilkins 2004: 2521-2554.

2. Küppers R, Yahalom J, Josting A. Advances in Biology, Diagnostics, and treatment of Hodgkin's disease. *ASBMT* 12: 66-72, 2006.
3. Hjalgrim H, Askling J, Pukkala E, Hansen S, et al. Incidence of Hodgkin's disease in nordic countries. *Lancet* 358:297-298, 2001.
4. Correa P, O'Connor GT, Berard CW, et al: International comparability and reproducibility in histologic subclassification of Hodgkin's disease. *J Natl Cancer Inst* 50:1429-1435, 1973.
5. Diehl V, Re D, Josting A. Hodgkin's disease: Clinical manifestation, staging, and therapy. In: *Hematology Basic Principle and Practice*. Hoffman R, Benz EJ, Shattil S, Furie B, Cohen HJ, Silberstein LE, McGlave P (eds). 4th ed. Philadelphia, Elsevier Churchill Livingstone, 2005:1347-1377.
6. Pileri SA, Falini B, Stein H. Pathobiology of Hodgkin's lymphoma. In: *Hematology Basic Principle and Practice*. Hoffman R, Benz EJ, Shattil S, Furie B, Cohen HJ, Silberstein LE, McGlave P (eds). 4th ed. Philadelphia, Elsevier Churchill Livingstone, 2005:1325-1346.
7. Hasenclever D, Diehl V. A prognostic score for advanced Hodgkin's disease. International prognostic factors project on advanced Hodgkin's disease. *N Engl J Med* 339:1506-1514, 1998.
8. Medeiros LJ, Greiner TG: Hodgkin's disease. *Cancer* (supp 1) 75:357-369, 1995.
9. Callaghan M. Hodgkin's disease. *Seminars in Oncology* 14 (4): 262-272, 1998.
10. Mauch P, Kalish L, Kadin M, et al. Patterns of presentation of Hodgkin's disease. *Cancer* 71:2062-2071, 1993.
11. Horning SJ. Hodgkin lymphoma. In: *Williams Hematology*. Beutler E, Lichtman BA, Coller BS, Kipps TJ, Seligsohn U (eds). 6th ed. McGraw-Hill Companies, 2001:1215-1235.
12. Mauch P, Bonadonna G. Hodgkin's disease. In: *Cancer Medicine*. Holland JF, Frei E, Bast RC, Kufe DW, Morton DL, Weichselbaum RR (eds). 5 th ed. Baltimore, Williams and Wilkins, 1997:2729-2755.
13. Hansmann ML, Zwingers T, Boske A, et al. Clinical features of nodular paraganuloma (Hodgkin's disease, nodular). *J Cancer Res Clin Oncol* 108(3):321-330, 1984.
14. Unger PD, Strauchen JA. Hodgkin's disease in AIDS complex patients. *Cancer* 58:851-825, 1986
15. Bearmen RM, Pangalis GA, Rappaport H. Hodgkin's disease, lymphocyte depletion type :a clinicopathologic study of 39 patients. *Cancer* 41:293-302, 1978.
16. Nieman RS, Rosen PJ, Lukes RJ. Lymphocyte depletion Hodgkin's disease: a clinicopathological entity. *N Engl J Med* 288:751-755, 1973.
17. Kinney MC, Greer JP, Stein RS, et al. Lymphocyte depletion Hodgkin's disease: Histopathologic diagnosis of marrow involvement. *Am J Surg Pathol* 10:219-226, 1986.
18. Gobbi P, Cavalli C, Gendarini A, et al. Reevaluation of prognostic significance of symptoms in Hodgkin's disease. *Cancer* 56:2874-2880, 1985.
19. Çetiner M. Hodgkin hastalığında prognostic faktörler. 1. Uludağ hematoloji günleri kongre kitabı. Mart 9-12, 2006, Uludağ, Bursa, 2006: 127-132.

Yazışma Adresi:

Yard. Doç. Dr. Abdullah Altıntaş
Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi
İç Hastalıkları-Hematoloji Bilim Dalı
21280

DİYARBAKIR

e-mail: draaltintas@dicle.edu.tr

Tel:(0.412) 248 82 33

Faks: (0.412) 248 84 40