

## Pleomorfik karsinom: Nadir akciğer kanseri olgusu

Cemal ÖZÇELİK (\*), Alper AVCI (\*), Nihal KILINÇ (\*\*), Serdar ONAT (\*)

### SUMMARY

#### Pleomorphic carcinoma: A rare case of lung cancer

*Pleomorphic carcinoma is a rare epithelial malignant tumor. Pulmonary pleomorphic carcinoma was introduced by the 1999 World Health Organization classification as a new peculiar type of lung carcinoma showing concurrent malignant epithelial and sarcomatoid spindle cell elements. Rarely seen, advance age, male sex dominance, upper lobe involvement, big sized (more than 7 cm.) at time of diagnosis, and poor prognosis are the characteristics of it. We are reporting 63-year-old man with pleomorphic carcinoma in the left lower lobe who was treated by left pneumonectomy.*

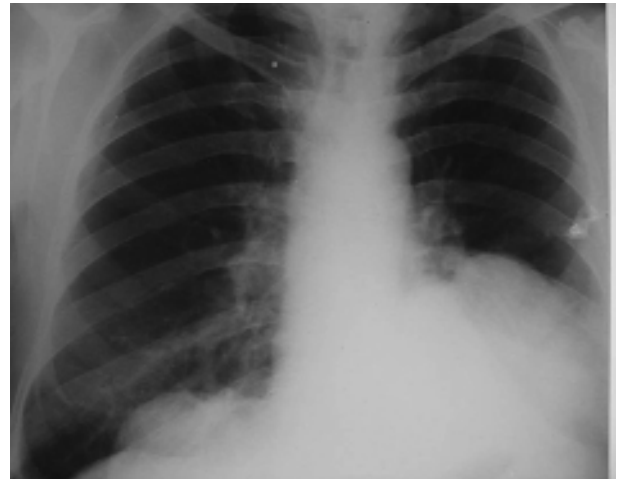
**Key words:** Pleomorphic Carcinoma, Lung, Pneumonectomy

**Anahtar kelimeler:** Pleomorfik Karsinom, Akciğer, Pnömo-nektomi

Akciğer kanseri dünyada her geçen gün sıklığı artan, kansere bağlı ölümlerin en önemli nedenlerinden birisi olan ciddi bir sağlık problemidir. Dünya Sağlık Örgütü tarafından bu hastalığın sınıflandırılması yapılmış, ve ihtiyaçlar üzerine de düzenlemeler eklenmiştir. Pleomorfik karsinom (PC) 1999 yılında yapılan düzenleme ile yeni bir küçük hücreli dışı akciğer kanseri alt tipi olarak sınıflandırmaya dahil edilmiştir. Nadir görülen bir akciğer kanseri olan PC, tüm akciğer maligniteleri arasında % 0.3 oranında görülür<sup>(1)</sup>. Prognozu kötü olan PC' de en uygun tedavi şekli eğer uygun evrede tanı konulmuş ise cerrahi tedavidir. Atmışüç yaşındaki erkek hastamızda histopatolojik tanısı PC olan sol alt lob kitlesi, ve bu kitlenin sol pnömonektomi ile tedavisini raporlamaktayız.

### OLGU

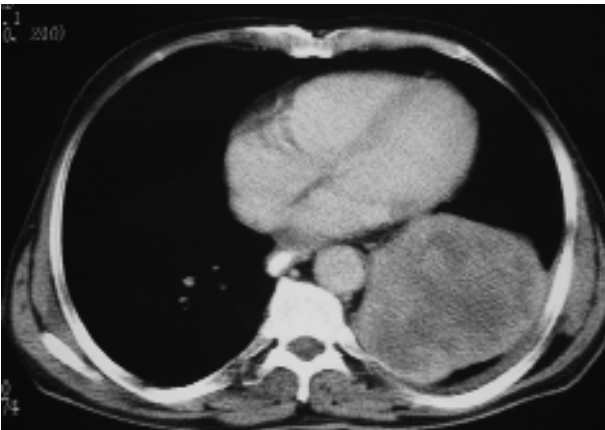
Dört aydır devam eden öksürük ve nefes darlığı nedeniyle dış merkezde çekilen akciğer grafilerinde sol akciğerinde kitle saptanan (Resim 1A ve Resim 1B), 63-yaş-erkek hasta kliniğimize sevk edildi. Hastanın 60 paket/yıl (1.5 paket/gün/40 yıl) sigara kullanma öyküsü mevcuttu. Fizik muayenesinde sol akciğer dinleme bulgusunda sol hemitoraks alt kısımlarında solunum seslerinde azalma saptandı. Hastada periferik lenfadenopati saptanmadı. Laboratuvar ve tümör belirleyiciler çalışmalarında anormal bir sonuca rastlanmadı. Hastanın çekilen Toraks bilgisayarlı tomografisinde; ana pulmoner arter çapında artış, sol akciğer alt lobda lobule konturlu 100x85x95 mm çapında kitle lezyonu, kitlenin inferior pulmoner veni ve pulmoner arterin inferior dalını sarmış olduğu, kitle distalinde atelettazi olduğu saptandı (Resim 2). Hastanın metastaz taraması kranial magnetik rezonans görüntü-



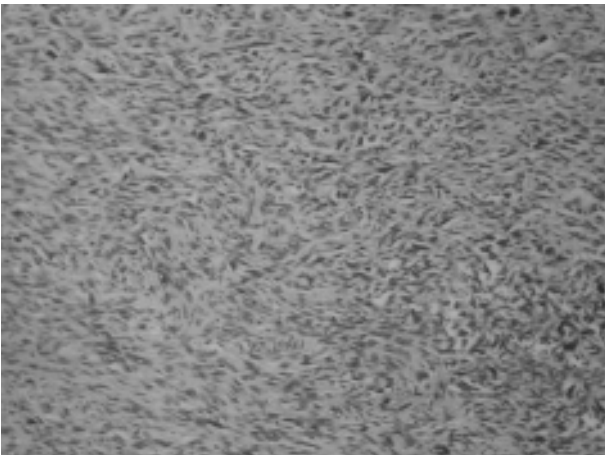
Resim 1A. Olgunun PA AC grafisi.



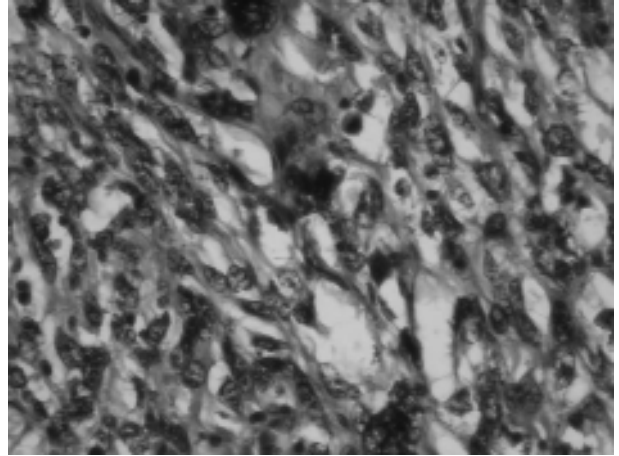
Resim 1B. Olgunun Lateral AC grafisi.



Resim 2. Olgunun preoperatif Toraks BT'si.



Resim 3A. Kitle histopatolojisi: İğsi hücre (HEx100).



Resim 3B. Kitle histopatolojisi: Dev hücre (x200).

leme, batin ultrasonografisi, abdominopelvik bilgisayarlı tomografi, kemik sintigrafisi ile yapıldı ve metastaz saptanmadı. Spirometrik solunum fonksiyon testinde FVC (force vital capacity) 2.62 Lt (% 61) ve FEV1 (force expiratory volume at first second in time) 2.23 Lt (% 67) olarak saptandı. Yapılan fiberoptik bronkoskopi ile hastanın sol alt lob bronşundaki nekrotik tümöral dokudan biyopsi alındı ve patolojik incelemeye tabi tutuldu. Sonucun skuamöz metaplazi içeren tümöral doku olarak rapor edilmesi üzerine hastaya operasyon kararı verildi ve sol alt lobektomi planlanarak operasyona alındı. Çift lümenli endotrakeal entübasyon ve standart posterolateral torakotomi (sol) ile operasyona başlandı. Operasyon sırasında kitlenin diafragma ve toraks duvarına yakın komşuluğu olduğu ancak invazyon olmadığı görüldü. Frozen çalışmasında kitlenin malign olduğu rapor edildi. Diseksiyon sonrasında kitlenin sol üst lob arterini de invaze ettiği görüldü ve intraoperatif olarak pnömonektomi'ye karar verildi. Sol pnömonektomi ve sonrasında da mediastinal lenf nodu diseksiyonu uygulandı. Postoperatif dönemi sorunsuz geçiren hastanın histopatolojik tanısı; iğsi ve dev hücrelerin görülmesinden dolayı pleomorfik karsinom olarak rapor edildi (Resim 3A ve Resim 3B). Ayrıca mediastinal lenf nodlarında ve bronş cerrahi sınırında tümör invazyonuna rastlanmadı. TNM sınıflandırılmasına göre hastalık T2-N0-M0 olarak saptandı ve Evre-1B olarak yorumlandı. Tümöral dokunun düşük dereceli olmasından dolayı hastaya kemoterapi düşünülmedi ve hasta ameliyat sonrası 7. gün

taburcu edildi. Düzenli takipleri yapılan hastanın postoperatif 6. ay kontrolünde sırt ağrıları olması üzerine metastaz ön tanısı ile kemik sintigrafisi ve toraks BT'si yenilendi. Ancak metastaz bulgusuna rastlanmadı. Postoperatif 12. ay kontrolünde de radyolojik nüks veya metastaz bulgu veya görüntüsüne rastlanmadı.

## TARTIŞMA

Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) 1999 yılındaki sınıflandırmasına göre PC; iğsi hücrelerin veya dev hücrelerin (veya her ikisinin) skuamöz hücreli karsinom, adenokarsinom veya büyük hücreli karsinom ile kombine halde bulunduğu pulmoner bir malignitedir (2). Sadece iğsi hücre veya dev hücrelerden oluşan karsinom çok nadirdir. Tanının konulabilmesi için hücre popülasyonunun % 10'dan fazlasının iğsi veya dev hücrelerden oluşması gerekmektedir. Literatürde kısıtlı sayıda geniş PC serileri mevcuttur ve bunların büyük çoğunluğu histopatolojik çalışmalar üzerinedir (3). Nadir görülen PC vakalarından tanı anında operasyon şansına sahip olanlar çok daha nadirdir. Sunduğumuz vakamızda da tanı anında mediastinal lenf nodu ve uzak organ tutulumu saptanmadığından dolayı cerrahi yöntem ile tedavisi yapılmıştır.

PC, genellikle sigara içen, ileri yaş erkeklerde görülmekte olup, tanı anında genellikle büyük boyutludur, göğüs duvar tutulumu ve uzak metastaz göstermektedir (4). Bizim olgumuzda ileri yaş erkek ve uzun zamandır süren sigara tiryakisi idi. PC da en uygun tedavi, eğer hasta ameliyat edilebilecek zamanda tanı almış ise cerrahidir. Cerrahi tedavinin esas anatomik rezeksiyon ve mediastinal lenf nodu diseksiyonudur. Olgumuzda gerek radyolojik olarak, gerekse solunum fonksiyonları olarak opere edilebilecek durumda olduğundan dolayı sol pnömonektomi uygulandı.

PC prognozu kötü bir akciğer kanseridir. Ortalama tanı sonrası ortalama ömür 8 aydır ve 5 yıllık yaşam % 10 civarındadır (3-4). Olgumuzun 12 aylık

kontrolünde halen metastaz göstermemesi ve solunum fonksiyonlarının iyi olması cerrahi tedavi kararının doğruluğunu ve başarısını göstermektedir.

PC da cerrahi uygulanamayan vakalarda tedavi kemoterapidir. Ayrıca opere edilen vakalarda eğer lenf nodu tutulumu mevcutsa (N1 dahi olsa) adjuvan kemoterapi eklenmelidir. Kemoterapi tek ilaç ile değil kombine şekilde uygulanmaktadır (3). Olgumuz cerrahi sonrası yapılan histopatolojik çalışmada N0 (lenf nodu tutulumu olmaması) ve düşük derece göstermesi dolayısıyla kemoterapi almamış ve klinik, ve radyolojik takibe alınmıştır.

Çok nadir olarak karşılaşılsa da PC, kötü prognoz ve hızlı progresyon göstermesi açısından akciğer tümörü tanısı alan vakalarda ayırıcı tanıda akılda tutulmalıdır. İleri yaş, ağır sigara tiryakisi ve erkek hastalardaki akciğer kitlelerinde PC tanısı konulmaz cerrahi şansı araştırılmalı ve vaka eğer cerrahi için uygunsa zaman geçirmeden opere edilmelidir. Zira kaybedilecek zamanda PC hızlı büyüme potansiyelinden dolayı lokal yayılım veya uzak metastaz yapabilmektedir. Hastanın tedavi sonrası klinik ve radyolojik düzenli ve yakın takibinin yapılması yaşam süresinin ve kalitesinin artmasında önemli bir faktördür.

Tüm akciğer kanserlerinde olduğu gibi sigara alışkanlığından toplumun uzaklaştırılması, PC insidansını ve bu tümöre bağlı morbidite ve mortalite- nin azalmasını sağlayacaktır.

## KAYNAKLAR

1. Fishback NF, Travis WD, Moran CA, et al: Pleomorphic (spindle/giant cell) carcinoma of the lung. *Cancer* 73:2936-2945, 1994.
2. Brambilla E, Travis WD, Colby TV, et al: The new World Health Organization Classification of lung tumours. *Eur Respir J* 18:1059-1068, 2001.
3. Raveglia F, Mezzetti M, Panigalli T, et al: Personal experience in surgical management of pulmonary pleomorphic carcinoma. *Ann Thorac Surg* 78:1742-1747, 2004.
4. Colby TV, Koss MN, Travis WD: Tumors of the lower respiratory tract. In: Rosai J, Sobin LH eds.; *Atlas of Tumor Pathology*. Washington DC: Armed Forces Institute of Pathology 1995, pp.259-275.