

# Akciğerin Atipik Karsinoid Tümörleri

Çağla UYANUSTA KÜÇÜK, Yeşim ERSOY, Sevim DÜZGÜN, Bülent ALTINSOY, Ümmühan BAYRAM, Onur ÇELİK, Adnan YILMAZ\*

## SUMMARY

### Atypical Carcinoid Tumors of Lung

*Atypical bronchial carcinoids are rare tumors. They have distinct clinicopathological features than typical carcinoids. Atypical carcinoids behave more aggressively compared to typical carcinoids. Two cases of atypical bronchial carcinoid are presented.*

**Key words:** Lung, atypical carcinoid tumor

**Anahtar kelimeler:** Akciğer, atipik karsinoid tümör

Pulmoner karsinoidler, akciğerin tüm neoplastik hastalıklarının % 0.5-2.5'ini oluşturan düşük dereceli habis tümörlerdir (1,2). Bu tümörler, Kulchitsky hücreleri olarak adlandırılan, bronşiyal mukoza epitelinin nöroendokrin kökenli arjentaffin hücrelerinden köken alırlar (1). Histolojik ve sitolojik özelliklerine dayanarak tipik ve atipik karsinoidler olmak üzere iki farklı gruba ayrılırlar (3). Atipik karsinoidler, birçok seride pulmoner karsinoidlerin % 10-20'sini oluşturmaktadır (3,4). Tipik karsinoidlere göre daha agresif davranırlar ve prognozları kötüdür. Bu makalede, iki atipik bronşiyal karsinoid olgusunu sunmayı amaçladık.

## OLGULAR

**Olgu 1:** 49 yaşında erkek hasta. Mayıs 1992'de, merkezimize göğüs radyografisinde anormal bir gölge koyuluğu nedeniyle sevk edilmiş. Serbest meslek sahibi olduğunu ifade eden hastanın, 25 paket-yıl sigara içme öyküsü mevcut olup, sigara içmeyi 3 yıl önce bırakmıştı. Son 3 aydır nefes darlığı, öksürük ve göğüs ağrısı yakınması mevcuttu. Göğüs radyografisinde sağ akciğer üst lobda kitle ile uyumlu lezyon tespit edildi. Bilgisayarlı toraks tomografisi, çok sayıda mediastinal lenfadenopatiler ve sağ üst lob posterior segmentte homojen opasite gösteriyordu. Fizik muayenede, sağ supraklavikuler alanda 2x2.5 cm ve 2x2 cm boyutlarında iki adet lenf nodu saptandı. Eritrosit sedimentasyon hızı ilk bir saatte 120 mm idi. Hemogloblin değeri 9.2 g/dl, hematokrit düzeyi % 29 olarak

ölçüldü. Diğer laboratuvar tetkiklerinde herhangi bir anormal bulgu yoktu. Batın ve beyin BT'leri ve kemik sintigrafisi normaldi. Lenf nodu biyopsi örneğinin histopatolojik incelemesi atipik karsinoid tümör olarak rapor edildi. Tümör T2N3M0 olarak evrelendirildi. Hastaya sistemik kemoterapi uygulandı. Temmuz 1992 göğüs radyografisinde plevral effüzyon saptandı. Plevral mayi eksuda özelliğinde olup, sitolojik incelemesinde malign hücre tespit edilmedi. Ağustos 1992'de hasta solunum yetersizliği nedeni ile öldü.

**Olgu 2:** 45 yaşında erkek hasta. Son 2 yıldır devam eden öksürük, balgam ve nefes darlığı yakınmalarıyla Nisan 1999'da hastanemize başvurdu. Sigara içmeyen hasta, 17 yıldır büro işinde çalışıyordu. Göğüs radyografisinde, sağ hiler bölgede kitle saptandı. Toraks bilgisayarlı tomografisinde çok sayıda mediastinal lenfadenopatiler ve sağ ara bronşta tümör izlendi. Fizik muayene ve laboratuvar incelemelerinde anormal bir bulguya rastlanmadı. Solunum fonksiyon testleri normal sınırlardaydı. Fiberoptik bronkoskopide, sağ ara bronşta kitle lezyonu saptandı. Bronkoskopik biyopsinin patolojik tanısı karsinoid tümör olarak rapor edildi. Batın ve beyin BT'leri ile kemik sintigrafisinde patolojik bulgu yoktu. Bu bulgulara dayanarak tümör T2N2M0 olarak evrelendi. Hastaya sağ torakotomi ile pnömonektomi yapıldı ve mediastinal lenf bezlerinden biyopsiler alındı. Tümör 2.5x2.5 cm çapında olup, histopatolojik tanısı atipik karsinoid tümör olarak bildirildi. Hiler ve subkarinal lenf nodlarında metastaz bulundu. Hastaya cerrahi sonrası kemoterapi uygulandı. 16 ay sonra yapılan kontrolünde rekürrens tespit edilmedi.

## TARTIŞMA

Nöroendokrin akciğer tümörleri, tipik ve atipik karsinoid tümörleri, büyük hücreli nöroendokrin karsinomu ve küçük hücreli karsinomu içerir (6). Bu spektrumun bir ucunu tipik bronşiyal karsinoidler oluşturur. Bu tümörlerin metastaz sıklığı düşüktür ve cerrahi rezeksiyonu takiben çok iyi bir prognoz gösterirler. Spektrumun diğer ucunda ise erken metastaz yapan ve cerrahinin nadiren küratif olduğu küçük hücreli karsinom vardır. Atipik bronşiyal karsinoidler ise tipik bronşiyal karsinoidler ve küçük hücreli kanserlerin her ikisinin de histopatolojik özelliklerini içerirler ve iki uç arasında

bir biyolojik davranış gösterirler (7,8).

Atipik karsinoidler, bir çok seride pulmoner karsinoidlerin % 10-20'sini oluşturmaktadır. Merkezimizde son 8 yılda 36 tipik bronşiyal karsinoid olgusu tanı alırken, bu süre içinde sadece iki atipik bronşiyal karsinoid tümör olgusu saptanmıştır. Bronşiyal karsinoidler, kadın ve erkeklerde eşit sıklıkla ve 35-60 yaşları arasında görülür (9,10). Olgularımızın her ikisi de erkek olup, 45 ve 49 yaşlarında idi. Her ikisinin de solunumsal yakınmaları vardı. Periferik karsinoid tümörler asemptomatik olabilir. Buna karşın, santral karsinoid tümörler sıklıkla semptom ve bulgu verirler (11,12). Tümör, bir olguda periferik diğerinde santral yerleşim göstermekteydi. Atipik bronşiyal karsinoidler santral ve periferik olmak üzere eşit dağılım gösterirler (9). Bu tümörler sıklıkla bölgesel lenf nodları, akciğer, karaciğer ve kemik metastazları yaparlar (8,13,14). Hastalarımızda tanı sırasında metastatik hastalık vardı. Bir olguda supraklavikuler ve mediastinal lenfadenopatiler mevcuttu. Bu hastada daha sonra plevral efüzyon gelişti. Plevral sıvı eksuda özelliğinde olup, sitolojik olarak malign hücre tespit edilmedi. Diğer olgunun toraks BT'sinde, çok sayıda lenfadenopatiler saptandı. Hiler ve subkarinal lenf nodlarının metastatik tutulumu biyopsiyle doğrulandı.

Bronşiyal karsinoidlerin tedavisinde en çok tercih edilen yöntem cerrahidir. Cerrahi uygulanmadığında, hasta radyoterapi ve kemoterapi ile tedavi edilir (8,10). Tipik karsinoidler, tam rezeksiyonu takiben iyi bir prognoz gösterirler. Atipik karsinoidler tipik olanlardan daha agresif davranırlar ve belirgin olarak daha kötü bir prognoza sahiptirler (1,8,12,13,15). Atipik karsinoidlerin 5 ve 10 yıllık sağkalım oranları tipik bronşiyal karsinoidlere göre daha düşüktür (8). 5 yıllık sağkalım sırasıyla % 40 ve % 70 olup, bu süre tanı sırasındaki evreye bağlıdır (1,8,16). Bir olguda tümör evresi T2N3M0 iken, diğerinde T2N2M0 idi. İlk hasta sadece kemoterapi aldı ve 3 ay sonra öldü. İkinci hastaya sağ pnömonektomi uygulandı ve cerrahi sonrası kemoterapi verildi. 16 ayın sonunda yapılan kontrolünde rekürrens saptanmadı.

Sonuç olarak, atipik bronşiyal karsinoidler nadir görülen tümörlerdir. Agresif davranırlar. Tanı sırasında lenf nodu metastazları siktir ve kötü prognoza sahiptirler.

## KAYNAKLAR

1. Paladagu RR, Benfield JR, Pak HY, Ross RK, Teplitz RL: Bronchopulmonary Kulchitzky cell carcinomas: a new classification scheme for typical and atypical carcinoids. *Cancer* 55:1303-1311, 1985.
2. Akashiba T, Matsumoto K, Kosaka N, Saito O, Horie T, Nemoto N: Multifocal peripheral bronchial carcinoid tumour. *Respirology* 4:199-201, 1999.
3. Arrigoni MG, Woolner LB, Bernatz PE: Atypical carcinoid tumors of the lung. *J Cardiovasc Thorac Surg* 64:413-421, 1972.
4. Struyf NJA, Van Meerbeeck JPA, Ramael MRL, Van Schil PEY, Van Marc EAE, Vermeire PA: Atypical bronchial carcinoid tumours. *Respir Med* 89:133-138, 1995.
5. Mills SE, Cooper PH, Walker AN, Kron IL: Atypical carcinoid tumor of the lung. A clinicopathologic study of 17 cases. *Am J Surg Pathol* 6:643-654, 1982.
6. Beasley MB, Thunnissen F, Brambilla E, et al: Pulmonary atypical carcinoid: Predictors of survival in 106 cases. *Hum Pathol* 31:1255-1265, 2000.
7. Laitinen KL, Soini Y, Mattila J, Paakko P: Atypical bronchopulmonary carcinoids show a tendency toward increased apoptotic and proliferative activity. *Cancer* 88:1590-1598, 2000.
8. Grote TH, Macon WR, Davis B, Greco FA, Johnson DH: Atypical carcinoid of the lung: a distinct clinicopathologic entity. *Chest* 93:370-375, 1988.
9. Erasmus JJ, McAdams HP, Patz EF, Coleman RE, Ahuja V, Goodman PC: Evaluation of primary pulmonary carcinoid tumors using FDG PET. *AJR* 170:1369-1373, 1998.
10. McCaughan BC, Martini N, Bains MS: Bronchial carcinoids: review of 124 cases. *J Cardiovasc Thorac Surg* 89:8-17, 1985.
11. Hurt R, Bates M: Carcinoid tumours of the bronchus: a 33 year experience. *Thorax* 39:617-623, 1984.
12. Rea F, Binda R, Spreafico G, et al: Bronchial carcinoids: a review of 60 patients. *Ann Thorac Surg* 47:412-414, 1989.
13. Kayser K, Kayser C, Rahn W, Bovin NV, Gabius H: Carcinoid tumors of the lung: immuno- and ligandochemistry, analysis of integrated optical density, syntactic structure analysis, clinical data, and prognosis of patients treated surgically. *J Surg Oncol* 63:99-106, 1996.
14. Cooper WA, Thourani VH, Gal AA, Lee RB, Mansour KA, Miller JI: The surgical spectrum of pulmonary neuroendocrine neoplasms. *Chest* 119:14-18, 2001.
15. Ducrocq X, Thomas P, Massard G, et al: Operative risk and prognostic factors of typical bronchial carcinoid tumors. *Ann Thorac Surg* 65:1410-1414, 1998.
16. El-Naggar AK, Ballance W, Karim FW, et al: Typical and atypical bronchopulmonary carcinoids. A clinicopathologic and flow cytometric study. *Am J Clin Pathol* 95:828-834, 1991.