

Pulmoner Mukoepidermoid Karsinom: Olgu Sunumu

Pulmonary Mucoepidermoid Carcinoma: A Case Report

Umut Sabri Kasapoğlu¹, Murat Kavas¹, Sibel Arıncı¹, Volkan Selami Baysungur², Ayçim Şen³

Özet

Trakeobonşial sistemin mukoepidermoid karsinomları submukozal bezlerden köken alan, yavaş büyüyen malign özellikte tümörlerdir. Çok nadir görülür ve akciğer tümörlerinin %0,3'ünü oluşturmaktadır. Olguların %50'si 30 yaşın altındadır. Cerrahi rezeksiyon tedavinin temelini oluşturur ve nadiren adjuvan tedavi gerekmektedir. Otuz üç yaşında kadın hasta kliniğimize öksürük ve hemoptizi şikâyeti ile başvurdu. Olgunun toraks bilgisayarlı tomografisinde sağ orta lobda düzgün sınırlı kitle lezyon tespit edildi. Fiberoptik bronkoskopik incelemede sağ orta lobda polipoid lezyon izlenmesine rağmen bronkoskopik biyopsi ile tanı elde edilemedi. Orta lobektomi ve lenf nodu diseksiyonu yapılan hastada histopatolojik inceleme düşük gradeli mukoepidermoid karsinom olarak raporlandı. Adjuvan tedavi verilmeyen hasta tanıdan 29 ay sonra halen hayattadır ve nüks izlenmemiştir.

Anahtar Sözcükler: Karsinom, mukoepidermoid, akciğer, torasik cerrahi.

Abstract

Mucoepidermoid carcinoma of the tracheobronchial tree is a slow-growing malignant tumor arising from the submucosal glands. Mucoepidermoid carcinoma is an extremely rare tumor of the lung that accounts for 0.3% of thoracic malignancies. Fifty-percent of patients are aged under 30 years. Surgical resection is the mainstay of the treatment and it rarely requires adjuvant treatment. A 33-year-old female patient was admitted to our clinic with complaints of cough and hemoptysis. A mass lesion in right middle lobe was detected in the thorax computed tomography. Although fiberoptic bronchoscopy revealed a polipoid endobronchial lesion occupying the right middle lobe, bronchoscopic biopsy was undiagnosed. The patient underwent thoracotomy with right middle lobectomy and mediastinal lymph node dissection. Histopathological examination revealed a low grade mucoepidermoid carcinoma. The patient did not receive adjuvant treatment and is still alive without evidence of recurrence 29 months after the initial diagnosis.

Key words: Carcinoma, mucoepidermoid, lung, thoracic surgery.

¹Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, İstanbul

²Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği, İstanbul

³Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği, İstanbul

¹Clinic of Chest Diseases, Süreyyapaşa Chest Diseases and Thoracic Surgery Training and Research Hospital, İstanbul, Turkey

²Clinic of Thoracic Surgery, Süreyyapaşa Chest Diseases and Thoracic Surgery Training and Research Hospital, İstanbul, Turkey

³Department of Pathology, Süreyyapaşa Chest Diseases and Thoracic Surgery Training and Research Hospital, İstanbul, Turkey

Başvuru tarihi (Submitted): 26.10.2014 **Kabul tarihi (Accepted):** 29.12.2014

İletişim (Correspondence): Umut Sabri Kasapoğlu, Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, İstanbul

e-mail: umutkasapoglu@gmail.com



Mukoepidermoid karsinom (MEK) tüm trakeobronşial sistem neoplasmlarının %0,3'lük kısmını oluşturan nadir görülen bir tümördür (1). Tüm yaş grubunda görülebilmekle birlikte olguların %50' den fazlası 30 yaş altındadır (2,3). Cerrahi rezeksiyon tercih edilen tedavi yöntemidir ve komple cerrahi rezeksiyon ile hastalık prognozu iyidir. Bu çalışmada pulmoner mukoepidermoid karsinom tanısı konulan 33 yaşında kadın hasta literatürler eşliğinde tartışılmıştır.

OLGU

Otuz üç yaşında kadın hasta öksürük, kanlı balgam ve ateş yüksekliği yakınmaları ile kliniğimize başvurdu. Hastanın son beş ay içinde iki kez pnömoni tanısı ile tedavi aldığı öğrenildi. Hasta üç yıldır astım tanısı ile inhaler tedavi almaktaydı ve tüberküloz temas öyküsü yoktu.

Yapılan fizik muayenesinde ateş: 37,8°C, nabız: 100/dk, kan basıncı 130/70 mmHg, solunum sayısı: 13/dk idi. Sistem muayenelerinde patolojik bulguya rastlanmadı. Laboratuvar incelemelerinde C-reaktif protein: 22,4 mg/L, beyaz küre: 7200 μ /L, hemoglobin: 12 g/dL, trombosit: 244 μ /L, eritrosit sedimentasyon hızı: 20 mm/saat, kan üre azotu: 15mg/dL, kreatinin: 0,54 mg/dL olarak saptandı. Hastanın PA akciğer grafisinde sağ alt zonda parakardiyal yerleşimli periferik uzanım gösteren non-homojen infiltrasyon mevcuttu (Şekil 1). Toraks bilgisayarlı tomografisinde sağ akciğer orta lobda, parakardiyal yerleşimli 4x2,5 cm boyutta kitle lezyon saptandı (Şekil 2). Hastanın astım tedavisi kesildi. Tanısal amaçlı yapılan fiberoptik bronkoskopi incelemesinde sağ akciğer orta lobda endobronşial polipoid kitle lezyon izlendi. Bu lezyondan alınan materyalin histopatolojik sonucu kronik inflamasyon olarak raporlandı. PET/CT' sinde SUVmax'ı 3,3 olarak raporlanan akciğerdeki kitle lezyonu dışında patolojiye rastlanmadı. Olguya tanı ve tedavi amaçlı torakotomi uygulandı, intraoperatif frozen patolojisi malignite ile uyumlu olan hastaya sağ orta lobektomi ve mediastinel lenf nodu diseksiyonu yapıldı. Histopatolojik inceleme sonucu 1,8x2 cm boyutta düşük gradeli mukoepidermoid karsinom olarak bildirildi (Şekil 3 ve 4). TNM sınıflamasına göre patolojik evre T1ANOM0 olarak raporlandı. Hastanın klinik izlemine karar verildi. Hasta postoperatif 29. ayda nüks olmadan izlenmektedir.

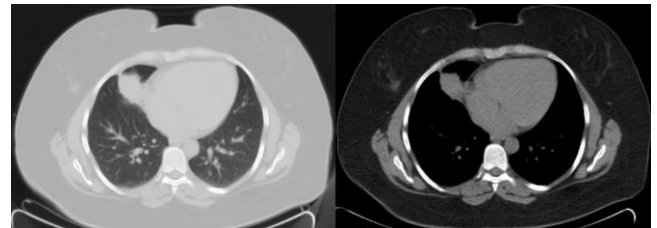
TARTIŞMA

Trakeobronşial sistem müköz bezlerinin neoplazmları nadir görülür ve trakeobronşial tümörlerin %0,3'lük kısmını oluşturmaktadır (1). Dünya Sağlık Örgütü pulmoner MEK'leri pulmoner adenoid kistik karsinom ve epitelyal-

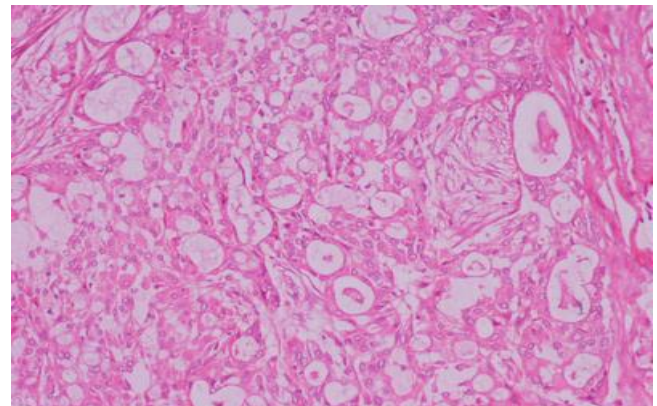
myoepitelyal karsinom ile beraber tükrük bezi tümörleri içinde sınıflamaktadır (4). Mukoepidermoid karsinomlar trakeobronşial bezlerin ikinci sıklıkta görülen neoplazmidir ve tüm akciğer kanseri olgularının % 0,2'lik kısmını oluşturmaktadır. Tüm yaş grubunda görülebilmekle birlikte olguların %50' den fazlası 30 yaş altındadır. Semptom ve bulgular tümörün hava yolu ve lümende büyümesi ile ilişkili olup öksürük, hemoptizi, tekrarlayan pnömoni ve nefes darlığıdır. Bazen MEK bronşial astımı taklit edebilirler (1-3,5,6). Otuz üç yaşındaki olgumuz tekrarlayan pnömoni nedeni ile tedavi görmüş ve hemoptizi ile başvurmuştu. Ayrıca üç yıldır astım tanısı mevcuttu.



Şekil 1: PA akciğer grafisinde sağ alt zonda infiltrasyon.



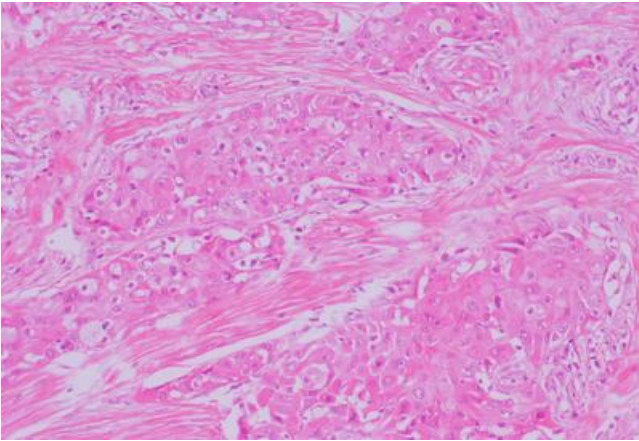
Şekil 2: Toraks BT'de sağ orta lobda kitle lezyon.



Şekil 3: Bronşial mukozada adenoid yapılar oluşturan müköz hücre adaları (H&E x10).

Radyolojik bulgular tümörün lokalizasyonu ve boyutu ile ilişkili olup soliter nodül ya da kitle, lobar ya da segmental konsolidasyon veya santral kitlenin neden olduğu obstrüktif pnömoni şeklinde olabilir (7). Li ve ark. (8) 16 olguluk pulmoner mukoepidermoid karsinom serilerinde olguların toraks BT'lerinde sıklıkla düzgün sınırlı oval veya yuvarlak intraluminal kitle görünümünü saptadıklarını bildirmişlerdir. Olgumuzun toraks BT'sinde sağ orta lobda düzgün sınırlı oval kitle lezyon mevcuttu.

Mukoepidermoid karsinomlar malign özellik göstermektedir ve histolojik olarak düşük gradeli ve yüksek gradeli olarak sınıflandırılmaktadır. Düşük gradeli tümörler genellikle bronş duvarına sınırlıdır, nekroz ve mitoz sık değildir. Düşük gradeli tümörler olguların büyük bir bölümünü oluşturmaktadır. Yüksek gradeli tümörler peribronşial intertisyum veya komşu akciğer parankimine uzanım gösterir (8,9). Olgumuzun histopatolojik incelemesi düşük gradeli karsinom ile uyumlu idi.



Şekil 4: Müköz hücre adalarına eşlik eden epidermoid hücre adaları (H&E x40).

MEK ana bronş, lob ve segment bronşlarına yerleşim gösterirler. Yumuşak, polipoid kitle görünümündedir. Tümör çapı 0,5–6 cm arasında değişmektedir. Düşük gradeli tümörlerde bölgesel lenf nodlarına yayılım %5'ten azdır (10). Olgumuzun fiberoptik bronkoskopisinde sağ orta lobda polipoid kitle lezyon izlendi ve lobektomi materyalinde bölgesel lenf nodlarına yayılım yoktu.

Cerrahi rezeksiyon hem düşük gradeli, hem de yüksek gradeli pulmoner mukoepidermoid karsinomlar için başlıca tedavi seçeneğidir. Komple tümör rezeksiyonu, lenf nodu diseksiyonu ve fonksiyonel parankimin korunması tedavinin ana hedefleridir. Adjuvan kemoterapi gerekli değildir ancak EGFR mutasyonu saptanan birkaç olguda Gefitinib tedavisine iyi cevap alındığı bildirilmektedir (11,12). Molina ve ark. (13) 62 olguluk bir seride cerrahi olarak rezeke edilen mukoepidermoid karsinom olgula-

rında 3 yıllık sağ kalım %94, 5 ve 10 yıllık sağ kalım %87 olarak bildirilmektedir. Diğer bir çalışmada ise 5 yıllık sağ kalım %83,6 olarak bulunmuştur (14). Olgumuz postoperatif 29. ayda hayattadır ve nüks izlenmemiştir.

Sonuç olarak, mukoepidermoid karsinom akciğerin nadir görülen malign neoplazmidir ve küratif cerrahi rezeksiyon tedavinin temelini oluşturmaktadır.

ÇIKAR ÇATIŞMASI

Bu makalede herhangi bir çıkar çatışması bildirilmemiştir.

YAZAR KATKILARI

Fikir - U.S.K., M.K., S.A., V.S.B., A.Ş.; Tasarım ve Dizayn - U.S.K., M.K., S.A., V.S.B., A.Ş.; Denetleme - U.S.K., M.K., S.A., V.S.B., A.Ş.; Kaynaklar - U.S.K., M.K., S.A.; Malzemeler - A.Ş., V.S.B.; Veri Toplama ve/veya İşleme - U.S.K., M.K., S.A., V.S.B., A.Ş.; Analiz ve/veya Yorum - S.A., V.S.B.; Literatür Taraması - U.S.K., S.A.; Yazıyı Yazan - U.S.K., S.A., M.K.; Eleştirel İnceleme - S.A., V.S.B., M.K., U.S.K.

KAYNAKLAR

1. Yousem SA, Hochholzer L. Mucoepidermoid tumors of the lung. *Cancer* 1987; 60:1346-52. [\[CrossRef\]](#)
2. Kim TS, Lee KS, Han J, Im JG, Seo JB, Kim JS, et al. Mucoepidermoid carcinoma of the tracheobronchial tree: radiographic and CT findings in 12 patients. *Radiology* 1999; 212:643-8. [\[CrossRef\]](#)
3. Tsuchiya H, Nagashima K, Ohashi S, Takase Y. Childhood bronchial mucoepidermoid tumors. *J Pediatr Surg* 1997; 32:106-9. [\[CrossRef\]](#)
4. Brambilla E, Travis WD, Colby TV, Corrin B, Shimosato Y. The new World Health Organization classification of lung tumours. *Eur Respir J* 2001;18:1059–68. [\[CrossRef\]](#)
5. Shen C, Che G. Clinicopathological analysis of pulmonary mucoepidermoid carcinoma. *World J Surg Oncol* 2014; 12:33. [\[CrossRef\]](#)
6. Vadasz P, Egervary M. Mucoepidermoid bronchial tumors: a review of 34 operated cases. *Eur J Cardiothorac Surg* 2000; 17:566-9. [\[CrossRef\]](#)
7. Ishizumi T, Tateishi U, Watanabe S, Matsuno Y. Mucoepidermoid carcinoma of the lung: high-resolution CT and histopathologic findings in five cases. *Lung Cancer* 2008; 60:125-31.
8. Li X, Zhang W, Wu X, Sun C, Chen M, Zeng Q. Mucoepidermoid carcinoma of the lung: common findings and unusual appearances on CT. *Clin Imaging* 2012; 36:8-13. [\[CrossRef\]](#)

9. Müller NL, Silva CIS. Neoplasms of Tracheobronchial Glands. In: Müller NL, Silva CIS, eds. *Imaging of the Chest*, Vol. 1. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2008:253-8.
10. Çapan N. Mukoepidermoid Karsinom. In: Erdoğan Y, Çapan N, Demirağ F, Eds. *Toraksın Nadir Tümörleri*. Ankara: Rekmay; 2010:45-50.
11. Chopra A, Shim C, Sharma N, Gordon D, Tibb A. Primary salivary type lung tumor: Mucoepidermoid carcinoma. *Respir Med Case Reports* 2013; 9: 18-20. [\[CrossRef\]](#)
12. Han SW, Kim HP, Jeon YK, Oh YD, Lee SH, Kim DW, et al. Mucoepidermoid carcinoma of lung: potential target of EGFR-directed treatment. *Lung Cancer* 2008; 61:30-4. [\[CrossRef\]](#)
13. Molina JR, Aubry MC, Lewis JE, Wampfler JA, Williams BA, Midhun DE, et al. Primary salivary gland-type lung cancer: spectrum of clinical presentation, histopathologic and prognostic factors. *Cancer* 2007; 110:2253-9.
14. Jiang L, Li P, Xiao Z, Qiu H, Zhang X, Xiao Y, et al. Prognostic factors of primary pulmonary mucoepidermoid carcinoma: a clinical and pathological analysis of 34 cases. *Int J Clin Exp Pathol* 2014; 7:6792-9.