

# Lokalize Malign Mezotelyoma: Zor Tanı

## Localized Malignant Mesothelioma: A Difficult Diagnosis

Yasemin BİLGİN BÜYÜKKARABACAK, Ayşen TASLAK ŞENGÜL,  
Mehmet Gökhan PİRZİRENLİ, Ahmet BAŞOĞLU

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Ana Bilim Dalı, Samsun

### Özet

Lokalize malign mezotelyoma, malign mezotelyomanın çok nadir görülen bir formudur. Serozal ya da subserozal olarak tespit edilen lokalize kitle, mikroskopik olarak diffüz malign mezotelyomanın tüm karakteristik bulgularını taşır. Bu yazıda, toraks duvarında kitle nedeniyle başvuran ve bifazik mezotelyoma tanısı alan hasta sunuldu.

**Anahtar sözcükler:** Lokalize mezotelyoma; plevral effüzyon; toraks duvarı kitle.

### Summary

Localized malignant mesothelioma is a rare form of malignant mesothelioma. It presents as a localized mass which is identified as serosal or subserosal and has all the characteristic microscopic findings of diffuse malignant mesothelioma. We evaluated a patient admitted with a thoracic wall mass which was later diagnosed as biphasic mesothelioma.

**Key words:** Localized malignant mesothelioma; pleural effusion; thoracic wall mass.

### Giriş

Malign mezotelyomalar (MM), plevra, periton ve perikardial yüzeylerdeki mezotel hücrelerden kaynaklanan, klinik olarak agresif ve fatal seyirli agresif tümörlerdir.<sup>[1,2]</sup> Serozal yüzeylerdeki diffüz yayılım sıklıkla tanı koydurucuyken, hastalık nadiren lokalize olarak da görülebilir.<sup>[3]</sup>

Bu yazıda, toraks duvarında kitle nedeniyle göğüs duvarı rezeksiyonu uygulanan ve histopatolojik inceleme sonucu bifazik mezotelyoma tanısı konan hasta, literatür bilgileri eşliğinde sunuldu.

### Olgu Sunumu

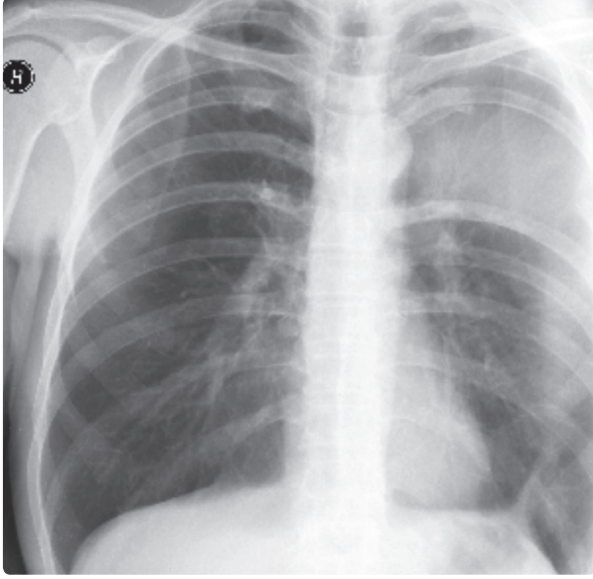
Yetmiş üç yaşında erkek hasta sol kürek kemiği altında giderek büyüyen ve ağrılı kitle nedeniyle başvurdu.

Akciğer grafisinde solda altıncı kostanın destrükte ve komşuluğunda hiperdens bir görünüm olduğu tespit edilmiş (Şekil 1). Şişlik üzerinden radyoloji bölümünce iğne biyopsisi denenmiş ancak, solid kitlesel bir lezyona rastlanmamış. Bölgeden seröz vasıflı plevral maye aspire edilmiş. Hasta plevral efüzyon nedeniyle kliniğimize konsülte edildi. Sıvının biyokimyasal analizleri sonucu eksuda olduğu tespit edildi. Kültürlerinde üreme olmadı, sitolojisinde malign hücre görülmedi. Bilgisayarlı toraks tomografisinde (BTT), solda toraks duvarında posteriora 5–6. kostaları destrükte etmiş, yaklaşık 11x7 cm boyutunda yumuşak dokulara invaziv, nöral foramene uzanan santrali nekroze, pozitron emisyon tomografisinde (PET), SUV max değeri 9.3 olan kistik görünümlü malign kitlesel lezyon tespit edildi (Şekil 2a). Akciğer ve mediasten manyetik re-

**İletişim:** Dr. Yasemin Bilgin Büyükkarabacak.  
Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Göğüs Cerrahisi  
Anabilim Dalı, Samsun  
**Tel:** 0362 - 312 19 19

**Başvuru tarihi:** 11.09.2013  
**Kabul tarihi:** 01.10.2013  
**Online baskı:** 16.06.2015  
**e-posta:** yaseminbuyukkarabacak@gmail.com





Şekil 1. 5–6. kostaları destrükte eden lezyon.

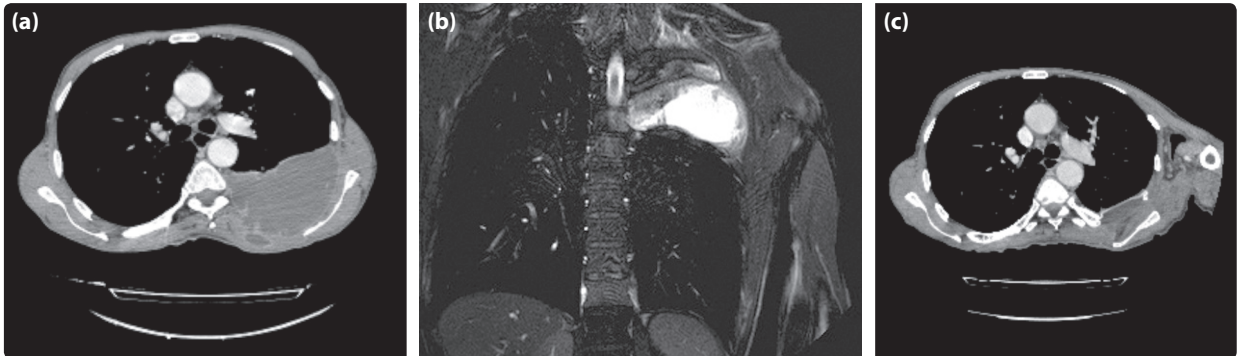
zonans görüntüleme (MRG) kitle, T2'de belirgin hiperintens, toraks duvarı yumuşak dokularına infiltrate, anteriorda plevra ile sınırlanma eğiliminde ve bu kesitlerde 5–7. torakal vertebralar ve nöral foraminayla yakın komşulukta idi (Şekil 2b). Kitlenin PET'de tutulumun en yoğun olduğu bölge belirlenip, bu alanlardan iki kez transtorasik ince iğne aspirasyon biyopsisi ve bir kez insizyonel biyopsi yapılmasına rağmen patolojik olarak tanı konulamadı. Bu sonuçlarla hastaya, tanı ve tedavi amacıyla rezeksiyona karar verildi. Eksploreyonda skapula alt ucunun hemen altında kas tabakasının altından başlayıp altta sol hemitoraksa uzanım gösteren kistik kitle tespit edildi. Kistik lezyonun alt sınırından hemitoraksa girildi. Sol hemitoraks apeksinde alttaki akciğere bası yapan hemitoraksın yarısını dolduran altıncı kostada tamamen, beş ve yedi kostalarda kısmen destrüksiyona yol açan kistik kitlesel lezyon tespit edildi. Kist içi fibrotik ve nekrotik görünen

tüm dokular debrite edildi. Beş ve yedinci kostalar, güvenli cerrahi sınır bırakılarak, eksize edildi. Kalınlaşmış olan kist duvarı ve parietal plevra dekortike edildi. Toraks duvarı defekti 10x15 cm'lik dual mesh kullanılarak kapatıldı. Beş ve yedinci kostalar, kist içi nekrotik materyal, parietal plevra ve kist duvarının histopatolojik incelemesi 'bifazik mezotelyoma' olarak rapor edildi. Hasta bu sonuçlarla medikal onkoloji kliniğine refere edildi. Kemoterapi ve ardından radyoterapi planlanan hasta ameliyat sonrası 10. günde taburcu edildi. Halen ameliyat sonrası dokuzuncu ayında olan hastanın ek sorunu olmadı (Şekil 2c).

### Tartışma

Lokalize malign mezotelyoma, MM'nin çok nadir görülen bir formudur, ilk kez 1994 yılında Crotty tarafından tanımlanmıştır.<sup>[4,5]</sup> Hastalık herhangi bir organdan kaynaklanmaz ve diffüz serozal yayılım göstermez. Serozal ya da subserozal olarak tespit edilen lokalize kitle, mikroskopik olarak diffüz MM'nin tüm karakteristik bulgularını taşır.<sup>[6]</sup> Genellikle olgular 5–7. dekattadır ve %70–80'i erkektir. En sık başvuru sebebi nefes darlığı ve göğüs ağrısıdır. Hastaların üçte biri göğüs ağrısı olmadan nefes darlığı ile başvururlar.<sup>[7]</sup>

Yaklaşık olguların %90'ında başvuru sırasında eksüda niteliğinde ve pleomorfik plevral efüzyon tespit edilir. Olguların yarısında, sıvı hemorajik görünümündedir ve lenfosit hakimiyeti vardır. Sitolojide, plevral boşluktaki malign tümöral gelişimin sonucu olarak, yer yer kümeler halinde toplanmış atipik yapıda mezotelyal hücreler görülebilir. Ancak sitolojik değerlendirme ile tanı koyma oranı %10'un altındadır. Işık mikroskopisinde, tümör hücreleri görülmesine rağmen, ayırıcı tanıda çoğu zaman zorluk yaşanabilmektedir. Kesin tanı için, immünohistokimyasal ve bazen elektron mikroskopisi incelemeleri gerekebilir.<sup>[8]</sup> Hastamızın plevral efüzyon



Şekil 2. (a, b) Yumuşak dokulara invaze nöral foramene uzanan kistik lezyonun bilgisayarlı toraks tomografi ve manyetik rezonans görüntüleme kesit görüntüleri. (c) Ameliyat sonrası dokuzuncu ay kontrol tomografi görüntüsü.

sıvısının sitolojik incelemelerinde herhangi bir malignite kriterine rastlanmadı ve tekrarlayan ince iğne aspirasyon ve insizyonel biyopsilerinde tümör hücreleri görülmesine rağmen kesin patolojik tanıya, immünohistokimyasal çalışmalar sonucunda varılabildi.

Malign mezotelyomaların, patolojik olarak sarkomatoid, epitelooid ve bifazik olmak üzere üç tipi vardır. Subtip ayrımı histokimyasal boyamalar ile yapılmaktadır. Bu yöntem hücrelerin antijenik epitoplara özgül antikolarla işaretlenmesi ile karakterize, antijen-antikor reaksiyonu temeline dayanan bir yöntemdir.<sup>[9]</sup> Mezotelyomanın her üç tipi keratin flamanları içerir. Kalretinin, vimentin, CEA, sitokeratin MM olgularında kullanılan antijenlerdir. Bunlar içinde, Mezotelyal hücreleri işaretleyen kalretinin MM'de yüksek duyarlılığa sahip bir belirteçtir. Vimentin, özellikle epitelyal mezotelyomalarda pozitifdir. CEA ve CD15, daha çok adenokarsinomlu hastalarda yüksek oranda pozitifdir. Bununla birlikte, literatürde bu antijenlerin pozitif olarak tespit edildiği MM'li hastalar bildirilmektedir.<sup>[10]</sup>

Hastamızda cerrahi materyallerin histopatolojik incelemesinde tümör hücreleri kalretinin ve sitokeratin 5/6 ile pozitif, sarkomatoid komponent desmin ve vimentin pozitif, epitelooid komponent CEA ve CD15 pozitif olarak boyanmıştır.

Malign mezotelyomalarda prognoz genellikle kötüdür. Ortalama yaşam süresi, ortalama 4–12 ay olarak bildirilmektedir. Genç yaşta, semptomları altı aydan uzun sürede ortaya çıkan, göğüs ağrısı ve visseral plevra tutulumu olmayan, epitelyal tipte MM'ye sahip, kadın hastalarda prognoz daha iyidir.<sup>[7]</sup> Hastamız sayılan tüm negatif prognostik kriterleri taşımasına rağmen, halen ameliyat sonrası dokuzuncu ayında genel durumu iyi ve ek sorunu olmadan kemoterapi kürlerine devam etmektedir.

Malign mezotelyomalar oldukça kötü seyirli, plevral kökenli bir tümör olup eksüda özelliğindeki plevral mayi ve beraberinde ağrı şikayeti ile başvuran hastalarda ayıcı tanılar arasında düşünülmelidir. Hastalar klinik değerlendirme yanında ayrıntılı radyolojik ve histopatolojik inceleme ile birlikte multidisipliner

olarak değerlendirilmelidir.

### Çıkar Çatışması

Yazar(lar) çıkar çatışması olmadığını bildirmişlerdir.

### Kaynaklar

1. Levent E, Sarıman N, Soylu AC. Malign plevral mezotelyomanın miliyer akciğer metastazı. *Solunum* 2010;13(1):41–5. [CrossRef](#)
2. Yılmaz U, Gürsoy S, Ünsal İ, Üçvet A, Anar C, Yücel N. A localized malignant mesothelioma of the visceral pleura treated with minimal resection of the lung. *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi* 2012;20(1):155–7. [CrossRef](#)
3. Hayashi H, Notohara K, Yoshioka H, Matsuoka T, Ikeda H, Kagawa K, et al. Localized malignant pleural mesothelioma showing a thoracic mass and metastasizing to the stomach. *Intern Med* 2010;49(7):671–5. [CrossRef](#)
4. Turna A, Pekçolaklar A, Fener N, Gürses A. Localized malignant pleural mesothelioma treated by a curative intent lobectomy: a case report. *Ann Thorac Cardiovasc Surg* 2007;13(5):349–51.
5. Crotty TB, Myers JL, Katzenstein AL, Tazelaar HD, Swensen SJ, Churg A. Localized malignant mesothelioma. A clinicopathologic and flow cytometric study. *Am J Surg Pathol* 1994;18(4):357–63. [CrossRef](#)
6. Allen TC, Cagle PT, Churg AM, Colby TV, Gibbs AR, Hammar SP, et al. Localized malignant mesothelioma. *Am J Surg Pathol* 2005;29(7):866–73. [CrossRef](#)
7. Öztürk E, Saygı A, Saraç S, Kırıl H, Süngün F, Dabak G. Malign plevral mezotelyoma: 92 vakanın irdelenmesi. *Solunum* 2004;6(2):67–73.
8. Marchevsky AM. Application of immunohistochemistry to the diagnosis of malignant mesothelioma. *Arch Pathol Lab Med* 2008;132(3):397–401.
9. Özdamar SO, Barut F, Gün BD, Bahadır B, Numanoğlu G, Çolak S ve ark. Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı Histokimya ve İmmünohistokimya Laboratuvar Deneyimi. *O.M.U. Tıp Dergisi* 2006;23(2):79–85.
10. Comin CE, Novelli L, Boddi V, Paglierani M, Dini S. Calretinin, thrombomodulin, CEA, and CD15: a useful combination of immunohistochemical markers for differentiating pleural epithelial mesothelioma from peripheral pulmonary adenocarcinoma. *Hum Pathol* 2001;32(5):529–36. [CrossRef](#)