

Bronkoalveoler Karsinom (Beş Yıllık Radyolojik Takibi Olan Bir Olgu Sunumu)

Kürşat Uzun*, Bülent Özbay*, Serdar Uğraş**, Mehmet Gencer*

Özet: Bronkoalveoler karsinom (BAK) çeşitli büyüme paternleri, mikst histolojik özellikler, farklı klinik belirtiler ve karmaşık gelişim gösteren bir akciğer tümörüdür. Radyolojik bulgular çok değişken olup soliter nodül veya kitle, lokalize konsolidasyon, multisentrik veya yaygın hastalık şeklinde olmak üzere üç farklı paternde kendini gösterir. Bu yazıda beş yıldır takip edilen, lokalize infiltrasyon ile başlayıp zaman içinde iki taraflı yaygın hastalık halini alan ve balgamın sitolojik incelenmesi ile tanı konulan BAK olgusu sunulmaktadır.

Anahtar kelime: Bronkoalveolar karsinom, radyografi

Adenokarsinoma, akciğer karsinomları arasında kadın ve erkeklerde eşit oranda görülen ve sigara içimi ile daha az ilişkili olan tümör tipidir. Dünya sağlık örgütü (WHO), adenokarsinomları; asiner, papiller, müsünli solid ve bronkoalveoler (BAK) olmak üzere dört alt gruba ayırmaktadır (1,2). Oldukça heterojen bir grup oluşturan BAK tüm primer akciğer kanserlerinin %9'unu oluşturmakta ve insidansı giderek artmaktadır. Son yıllarda bu oranın özellikle kadınlarda olmak üzere % 24'e kadar çıktığı bildirilmiştir (3). Bu tümör, akciğer yapısının korunması ve hava bronkogramlarının görülmesi sebebiyle radyolojik olarak pnömoneye benzeyebilir ve uzun süre asemptomatik kalabilir (2). BAK, bronşiyal ağacın terminal bölümünden ve alveollerden kaynaklanır. Soliter, multisentrik, müsünöz ve nonmüsünöz olabilir. BAK'lar; müsün sekrete eden bronşiyal hücreler, Clara hücreleri, tip II pnömositler veya bunların kombinasyonundan gelişir (2,4).

Bu yazıda 5 yıl sonra balgam sitolojisi ile tanı konulan bronkoalveoler karsinom olgusunu sunmayı uygun gördük.

Olgu Sunumu

1992 yılında kuru öksürük ile şikayeti başlayan 56 yaşındaki erkek olgu 1995 yılına kadar çeşitli medikal tedaviler kullanmış olup bu arada önerilen ileri tetkik ve tedaviyi kabul etmemiştir. 1995 yılında günde 200-300 cc yeşil renkli sulu köpüklü balgam çıkarmaya başlamış ve ilk kez 1996 yılında servisimizde yatan olgu ileri tetkik ve tedaviyi red ederek taburcu edilmiştir. Bir yıl sonra şikayetlerinin ileri derecede artması ve

*Yüzüncü Yıl Üniv. Tıp Fak. Göğüs Hastalıkları ABD, Van

**Yüzüncü Yıl Üniv. Tıp Fak. Patoloji ABD, Van

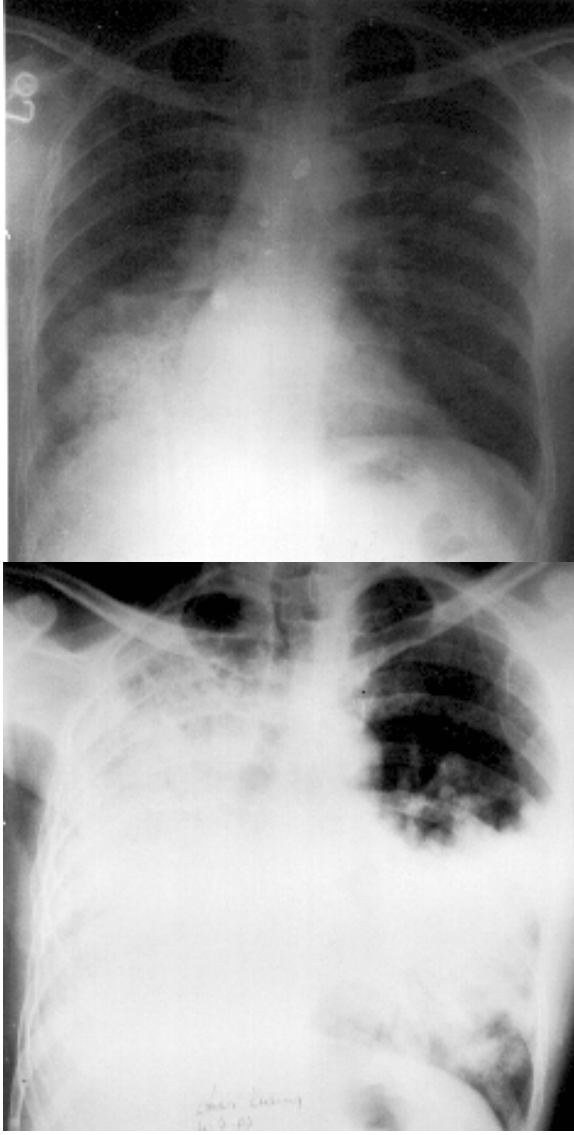
Yazışma adresi: Yrd. Doç. Dr. Kürşat UZUN

Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları ABD, Van

genel durumunun bozulmasından dolayı tetkik yapılmasını kabul eden olgu tekrar yatırıldı.

Olgunun tam kan incelemeleri normal idi. Sedim 67/h, prot: 5 g/dl, alb:2.6 g/dl, ALT:68 U/L, AST: 58 U/L, IgG: 4302 mg/dl, C₃: 141.5 mg/dl, C₄: 45.3 mg/dl, RF:35.9 IU/ml idi. Periferik yaymasında %80 parçalı, %20 lenfosit hakimiyeti mevcut idi. Yapılan solunum fonksiyon değerleri; VC: 2L, FVC: 2.71L, FEV₁: 2.28L, FEV₁/ FVC: 84.1, PEF: 3.84L/s, MMEF: 2.33L/s idi. Balgam kültüründe herhangi bir mikroorganizma üremedi. Balgamda ARB incelemeleri menfi idi. Olgunun 5 yıllık PA akciğer grafileri resim 1'de gösterilmiştir. Olgunun ilk grafisinde sağda alt zonda kalbe komşu kalbin kenarını silen sınırları düzensiz heterojen pnömonik gölge koyuluğu mevcut iken son filmde iki taraflı sağda alt ve orta zonda daha yoğun olmak üzere apekse kadar uzanım gösteren, solda orta zonda yer yer havalı alanlar gösteren heterojen yapıda pnömonik gölge koyuluğu gözlenmekte idi. Olgunun toraks tomografisinde iki taraflı hava bronkogramları gösteren pnömonik konsolidasyon ve nodüler lezyonlar görülmekte idi (Resim 2). 1997 yılında yapılan bronkoskopide tüm bronş sistemi açık ve normal gözlendi. Batın ultrasonografisi normal idi. 1996 yılında incelenen balgam sitolojileri benign olarak değerlendirildi. 1997 yılında yapılan bronş biopsisi ve iki kez yapılan transtorasik akciğer biopsisinde maligniteye rastlanmadı. Bu arada istenilen 3 balgam sitolojisinde adenokarsinom olarak değerlendirildi. Papanikolau boyasıyla boyanan balgam materyalinin ışık mikroskopik incelenmesinde, histiyositler, PMN lökositler, yassı epitel hücreleri ve seyrek bronş epitel hücreleri ile çoğu alanlarda gruplar oluşturan ve seyrek olarak tek tek duran, oval veya yuvarlak veziküler nükleuslu, belirgin nükleollü, geniş

stoplazmalı ve hafif şekil ve büyüklük farklılıkları gösteren tümör hücreleri izlendi. Tümör hücrelerinin yer yer adenoid yapı oluşturmaya çalıştıkları dikkati çekti. (Resim 3). Bu arada olguya tümör yönünden herhangi bir tedavi uygulanmadı.

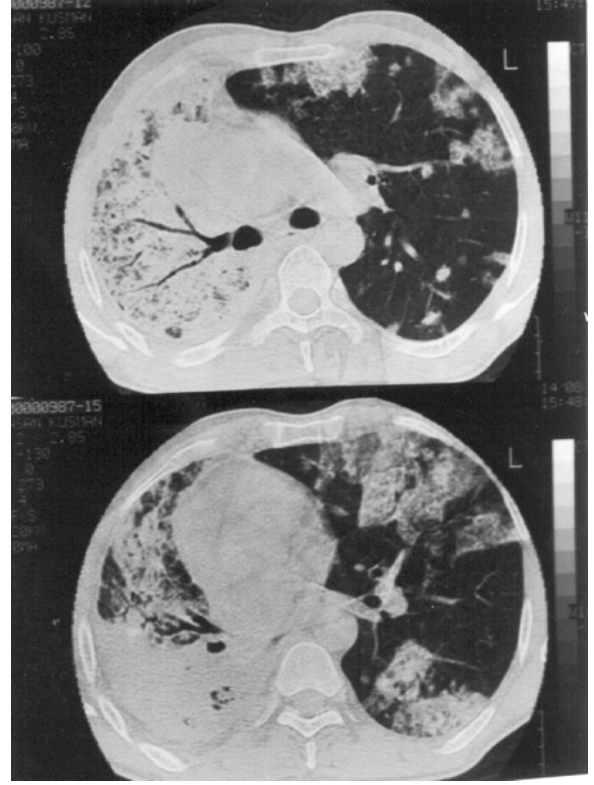


Resim 1. Olgunun 1992 (üstteki resim) ve 1997 (alttaki resim) akciğer grafileri görülmektedir.

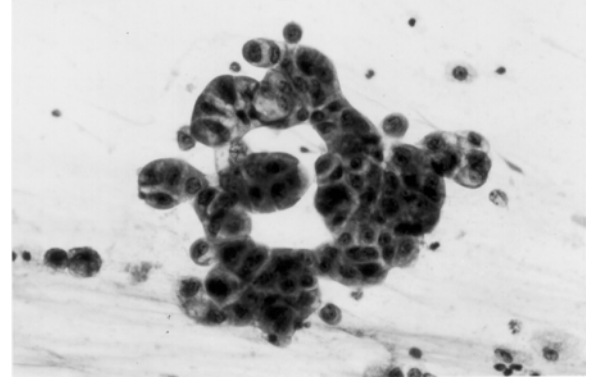
Tartışma

BAK genellikle 40-60 yaş arası ve erkeklerde kadınlara göre daha sık görülmektedir (5). BAK ile sigara arasında tam ilişki saptanamamasına rağmen sigara içenlerde hastalığın daha hızlı ilerlediği belirtilmiştir (6). Olgumuz 56 yaşında, erkek ve sigara içmiyordu. BAK'un çeşitli hastalıklar sonucu meydana gelen skar dokusu ile ilgili olduğu bildirilmekte ise de bizim

olguda herhangi bir geçirilmiş akciğer hastalığına ait bir belirti yoktu.



Resim 2. Olgunun 1996 (üstteki resim) ve 1997 (alttaki resim) yıllarında çekilen toraks tomografileri görülmektedir.



Resim 3. Olgunun balgam sitolojisi; adenoid yapı oluşturmaya çalışan, geniş stoplazmalı tümör hücreleri izlenmektedir. (Papanikolau boyası, orjinal büyütme, X100).

Hastalığın erken tanısında semptomların önemi olmamakla beraber spesifik belirti olarak bronkore belirtilmiş ve sadece olguların %10'unda bildirilmiştir. İki çalışmada göğüs ağrısı, öksürük, kilo kaybı, nefes darlığı ve bronkore gibi belirtilerin evre III ve IV'de görüldüğü bildirilmiştir (7,8). Bizim olguda ilk olarak öksürük şikayeti başlamış 3 yıl sonra hastalığın

ilerlemesinden dolayı nefes darlığı, kilo kaybı ve bronkore belirtileri eklenmişti. Bronkore günde 300-400 cc olup yeşil renkli sulu vasıfta idi.

Radyolojik olarak BAK görünümü çeşitlidir. Tek pulmoner nodülden pnömoniye andıran gölge koyuluklarına kadar değişmektedir. Nodül ve kitle lezyonları %43, konsolidasyon %40, ve multi nodüler lezyonlar %37 oranında izlenmiştir (9). Lezyonlar tek veya iki taraflı olabilir. Bir çalışmada iki taraflı lezyonlar %27 olarak bildirilmiştir (10). Bir çalışmada 42 BAK olgusunun 16'sında (%38) izole nodül veya kitle bildirilmiştir (3). Olgumuzda şikayetlerinin başladığı dönemde tek kitle şeklinde iken sonraki yıllarda iki taraflı hava bronkogramları gösteren pnömonik infiltrasyon multipl nodüller halini almıştır.

BAK'ın pnömonik tipinde akciğerin genel yapısı bozulmamış olup bronş lümeni içinde tümoral yapı görülmemektedir. Bir çalışmada (11) bronkoskopi yapılan 12 olgunun 3'ünde bronkoskopide endobronşiyal lezyon saptanmıştır. Bizim olguda endobronşiyal lezyon yoktu.

Periferik lezyonlarda balgam, bronkoskopi ve bronş lavajı ile tanı konulamamaktadır. Bu lezyonlarda TTAB veya açık akciğer biopsisi ile tanı konulmaktadır. Balgam sitolojisi ile tanı %28 oranında konulmaktadır (12). Olgumuza yapılan TTAB ve bronş biyopsisi ve bronş lavajı ile tanı konulmayıp balgam sitolojisi ile tanı konuldu. Tahaoğlu ve arkadaşlarının çalışmasında balgam ile tanı oranı %9.6 idi (11). Erken evrede tanı konulan periferik kiteli olgularda 5 yıllık yaşam %53-70 olarak bildirilmiştir (6). Bizim olgu her hangi bir kemoterapi ve operasyon geçirmeden periferik kitle görünümü ile ilk başvurduğu süreden bugüne kadar 5 yıl geçmiş olup halen yaşamakta idi.

Sonuç olarak BAK uzun süre değişik semtom ve radyolojik görünüm gösteren ve bir çok hastalığı taklid edebilen bir akciğer tümürüdür.

Bronchoalveolar Carcinoma (A Case Presentation with Radiological Progressions of Five Years)

Abstract: *Bronchoalveolar carcinoma has varied growth patterns, mixed histological features, and confusing clinical manifestations and evolution. The spectrum of the radiographic findings is broad with typically three different patterns such as a solitary nodule or mass, a localized consolidation, and a multicentric or diffuse diseases. In this article, we are present a case of bronchioloalveolar carcinoma beginning with localized infiltration and then progressing into bilateral diffuse disease which is diagnosed by sputum cytology.*

Key word: *Bronchoalveolar carcinoma, radiographia*

Kaynaklar

1. Gould VE, Warren WH. Epithelial neoplasms of the lung. In: Roth Ja, Ruckdeschel JC, Weisenburger TH, eds. Thoracic Oncology. Philadelphia: WB Saunders, 1989: 77-93
2. Yesner R. Pathogenesis and pathology. In: Matthey RA, ed. Lung cancer. Clinics In Chest Medicine 1993; 14(1): 17-30
3. Trigaux JP, Gevenois PA, Goncette L, ve ark. Broncioloalveolar carcinoma: computed tomography findings. Eur Respir J 1996; 9: 11-16
4. Linnoila RI, Aisner SC. Pathology of lung cancer: An exercise in classification. In: Johnson BE, Johnson DH, eds. Lung Cancer. New York. Wiley-Liss, 1995: 73-95
5. Balcı K. Göğüs Hastalıkları. 2.baskı Konya: Atlas Kitapevi, 1995:287
6. Geddes MD. Broncioloalveolar carcinoma. British Med J 1987; 294:3
7. Harpole HD, Bigelow C, ve ark. Alveolar cell carcinoma of the lung: a retrospective analysis of 205 patients. Ann Thorac Surg 1988, 46:502-507
8. Nakano T, Tamura S, ve ark. Bilateral multiple cavities in bronchiolar carcinoma. Thorax 1988;43: 412-13
9. Hill AC. Bronchioloalveolar carcinoma: A review. Radiology 1984; 54: 525-534
10. Dally CR, Trastek VF, ve ark. Bronchioloalveolar carcinoma. Factors affecting survival. Ann Thorac Surg 1991; 51: 368-377
11. Tahaoğlu K, Kızkın Ö, Demir Ö, ve ark. Bronkoalveolar karsinom. Solunum 1995, 19: 823-827
12. Greco JR, Steiner MR, ve ark. Bronchioloalveolar cell carcinoma of the lung. Ann Thorac Surg 1986; 41:652-56