

BİR OLGU NEDENİYLE BRONKİOLER (ALVEOLER) KARSİNOMA

Dr. M. Celal APAYDIN (x)
Dr. Mecit SÜERDEM (xx)
Dr. Necati KELEMENÇE (xx)
Dr. Mustafa PAÇ (xxx)

ÖZET:

Torakotomi ile teşhis edilen bir bronkioler (alveoler) karsinom olgusu takdim edildi. Bu münasebetle bronkioler (alveoler) kanserler gözden geçirildi ve olgumuzun özellikleri bildirilerek tartışıldı.

OLGU TAKDİMİ:

43 yaşında, erkek ve polikliniğimize Sarıkamış'tan müracaat eden hasta nefes darlığı, göğüs ve karın ağrısı, öksürük, balgam tükürme, halsizlik, zayıflama ve terleme şikayetleri ile 13.11.1984 tarih ve 33261/33262 protokol numara ile kliniğimize tetkik ve tedavisi için yatırıldı.

İki ay önce başlayan öksürük, balgam tükürme, halsizlik, terleme ve karın ağrısı şikayetleri nedeni ile muayene olduğu özel bir hekim tarafından, isimlerini hatırlayamadığı (tarifine göre ekspektoran, antiasit, antibiyotik olabilir) birkaç adet ilacı kullanması tavsiye edilmiş. Hasta bu ilaçlardan yararlanamamış, hatta şikâyetleri daha da artmış. Öksürükle birlikte günde 200 cc kadar kirli sarı renkte, kokusuz balgam tükürüyormuş. Zaman geçtikçe göğsünde de ağrı olmaya başlamış. Terlemesi çok şiddetli oluyor, yüz metre kadar yürüyünce nefes darlığı başlıyormuş. Bu süre içinde altı kilo kadar zayıflamış.

Öz ve soy geçmişinde, onaltı senedir günde bir paket sigara içme alışkanlığından başka bir özellik yoktu.

Fizik muayenede, dil ve dudaklar hafif siyanotikti. Akciğer orta ve alt zonlarında inspirasyon sonunda duyulabilen kreptan raller dinleniyordu. Epigastrium bölgesi palpasyonla hassastı.

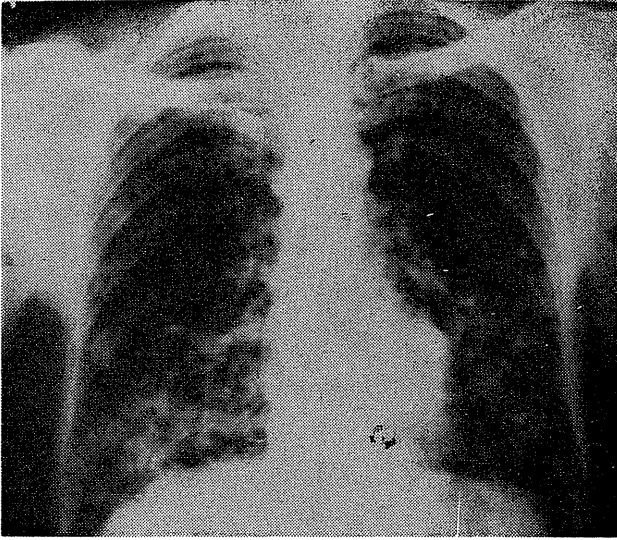
(x) Atatürk Üniv. Tıp Fak. İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı Doçenti.

(xx) " " " " Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı Araş. Görevlileri

(xxx) " " " " GKDC Bilim Dalı Yardımcı Doçenti

Laboratuvar tetkikleri; Hb: % 16.5 gr, Hct: 49, KK: 5.700.000, BK: 6.400, sedimentasyon: 1. saatte 20 mm, 2. saate 40 mm. Periferik yaymada; parçalı: % 64,-lenfosit, % 36, trombosit: İki pozitif, alyuvarların yapısı normaldi. İdrar tahlili, NPN, AKŞ, SGOT Bilirubin Alkalen fosfataz, kan proteinleri, elektrolitler, total lipid, kolesterol, Ca, P normaldi. Ürik asit: % 8 mgr idi ve balgam kültüründe beta hemolitik streptokok ile Neisseria üremiştir. Balgamda teksifle üç kez ARB (—) idi. Balgam sitolojisi Class II olarak değerlendirilmiştir.

P-A göğüs grafisinin tetkikinde: bilateral, diffüz, 1-3 cm çaplarında nodüler opasiteler mevcuttu. Parakardiyal alanlarda bu nodüllerde konglomerasyon gözleniyordu (Resim-1).



Resim 1

25.11.1984 tarihinde ekspolaritris torakotomi uygulanarak lingula ucundan biopsi alındı. Biopsi materyalinin histopatolojik tetkiki: Bronkioler (Alveloer) karsinom olarak rapor edildi. (Atatürk Üniv. Tıp Fak. Patoloji Lab. Prorokol No. 2299/84-Yard. Doç.Dr. A. Settar ÖZTÜRK).

Kesin tanıdan sonra birinci kürde Adriablastin 40 mg/m², Siklofosfamid 35 mg/kg, 5-FU ilk üç gün 12 mg/kg, kalan günlerde 6 mg/kg uygulandı. Kısa süre içinde hastanın genel durumu bozularak solunum yetmezliği gelişti. Bir ay sonra ikinci küre gelmesi tavsiye edilerek eksterne edildi.

TARTIŞMA:

Ülkemizde bu tip akciğer kanserinin nadiren teşhis edilip, neşredilmesi ve kliniğimizde tesbit ettiğimiz ilk olgu olması özelliği nedeni ile yayınlamayı uygun bulduk.

Görülme sıklığı hakkında istatistikler değişiktir. Birçok kaynaklar bronş kanserleri içinde % 0.4-5 oranında-görüldüğünü belirtiyorlar (1,2,3,4). Mc Namara ve arkadaşlarının 1945-1967 yılları arasında torakotomi uyguladıkları 2494 tümör-lüden ancak 57 tanesi bronkioler karsinoma olarak tesbit edilmiştir (5). Barret, Claget ve Story'nin yayınlarında bronkioler karsinomların sıklığı % 1-3 olarak be-lirtilmiştir (6,7,8). 40-60 yaş arasında daha sık görülür. Erkeklerde kadınlara göre biraz daha fazladır. fakat bu fazlalık bronş kanserlerindeki kadar belirgin de-gildir (2).

1876 senesinde Malassez (9) tarafından yayınlanan ilk olgudan- itibaren bu tip kanser için son senelere kadar belirli bir terminolojide birleşilememiş ve otuz-dan fazla isimlendirilme yapılmıştır (1,3,10). Aynı şekilde patogenezi üzerinde de çeşitli tartışmalar yapılmış, akciğer içindeki çıkış yeri konusunda uzun zaman bir-lik sağlanamamıştır.

Tümör hücreleri alveol duvarlarını kapladığından, bazı yazarlar tümörün al-veoler menşeli olduğunu kabul ederek alveoler hücre tümörü, alveoler hücre kar-sinomu ve pulmoner adenomatozis gibi terimleri yaygın olarak kullanırlar. Son zamanlarda ise birçok patolog tümörün terminal veya respiratuar bronşiol mukoza-sının bazal hücrelerinden ortaya çıktığına ve alveollere doğru ilerleyerek alveol duvarını tabaka şeklinde-kapladığına inanırlar. Bu görüşü savunanlarda bronki-oler karsinom terimini benimserler (10). Bugün bu tip kanserler için bronkiolo-alveoler kanser terimi kullanılmaktadır. Böylece terminoloji ve patogenez üzerin-deki tartışmalar birleştirilmiş olmaktadır.

Bronkioler kanserlerin histopatolojik yapıları tipiktir. Papiller bir adenokan-sere benzedikleri için adenokanserlerin bir-varyetesi olarak kabul-edilirler. İleri derecede diferansiye tümörlerdir (3). Alveol boşlukları hiperkromatik nüveli, asi-dofilik sitoplazmalı, çok miktarda mûsin salgıyan kolumnar veya küboidal malign hücrelerle kaplıdır (5,6,7).

Histolojik araştırmalarda bronkioler kanserlerin damarları enfiltre etmediği görülür. Bu durum hastalığın seyri esnasında sistemik metastazların görülme-mesini izah eder. En sık metastaz hilus lenf bezlerindedir, lenfatik ve kan yolu ile olan metastazlar az olduğundan toraks dışına metastaz çok nadirdir (4). Bizim ol-gumuzda da olduğu gibi bronkioler kanseler nadir olarak çok sayıda odaklar halin de görülür. Bu görünüş tümörün değişik yerlerde başladığından değil, endobronşial metastazlar ileidir. Bronkioler kanserler akciğerlerin periferik kısımlarında ortaya çıkar. Büyük bronşlar primer olarak tutulmazlar. Lezyon küçük bir odak şeklinde başlar ve implantasyonlarla mültisentrik lezyonlar meydana gelir (10,11).

Hastalığın oluşumunda tütünün rolü tesbit edilememiştir. Son yıllarda bron-kioler kan erlerin lokalize ve diffüz fibrozislerden sonra gelişen skar kanseri ol-duğu iddia edilmektedir (11). Bu nedenle tüberküloz, akciğer absesi, akciğer in-farktüsü, Hamman-Rich sendromu, skleroderma ve romatoid arthritis gibi has-talıklar suçlandırılmaktadır.

Bronkioler karsinomun histopatolojik yapısı koyunlarda görülen, virütik orijinli infeksiyöz bir hastalık olan "jaagziekte" hastalığına çok benzediği tesbit edilmiştir. Bu nedenle virütik bir hastalık olabileceği de savunulmaktadır.

Hastalık klinik olarak sinsi başlar ve kronik seyirlidir. Otopsi ve biopsi yapmadan kesin teşhis mümkün değildir. Çoğu zaman tesadüfi çekilen radyogramlarda tesbit edilir. Başlıca semptomlar, şiddetli ve tedaviye cevap vermeyen öksürük, bol ve sulu ekspektorasyon (günlük miktarı 100 cc den birkaç litreye kadar olabilir). Hastalığın ileri devrelerinde ortaya çıkan progressif dispne, plevranın iştirakinde göğüs ağrısı, kısa zamanda ileri bir zayıflama ve nadiren balgamla karışık şekilde hemoptizidir.

Alveollerin tümör hücreleri ve müsin ile dolması sonucu hemostaz bozularak, kısa süre içinde solunum yetmezliği gelişir ve hastalar genellikle bu nedenle ölürlür.

Bizim hastamızda da solunum yetmezliği kısa süre içinde ortaya çıktı. İnatçı ve şiddetli öksürük ile birlikte bol ekspektorasyonu mevcuttu, fakat hemoptizi tesbit edilmedi.

Radyolojik olarak periferik tek bir soliter nodül, tek veya iki taraflı multinodüler odaklar ve pnömonik tipte infiltrasyonlar olmak üzere üç şekildedir. Plevra epanşmanı diğer tiplere nazaran daha siktir. Soliter tek bir nodül en sık rastlanan şekildir (% 50). Nodülün sınırları pek net değildir, nadir de olsa kireçlenme bulunur. Tomografide nodül içinde hava bronkogramı görülebilir. Bu tip tümörler, yavaş geliştiklerinden uzun süre radyolojik değişme göstermeyebilir, ancak hızlı bir şekilde diffüz şekle dönüşebilir (12).

Klinik bulgular, laboratuvar tetkikleri, sitolojik tetkikler, radyoloji ve bronkoskopi teşhis için yeterli olamaz. Kesin tanı biopsi materyallerinin histopatolojik tetkikleri ile konur.

Yayınlanan diğer serilerde olduğu gibi bizim hastamızda da klinik, radyolojik ve laboratuvar araştırmaları torakotomiden önce hastalığın natürü hakkında kesin bir kanaat verdirmemiştir. Radyolojik görüntüsü nadir bir şekil olan multinodüler odaklar halinde idi. Yapılan bronkoskopide direkt ve indirekt tümör bulgusu tesbit edilememiş ve balgam sitolojisi Class II olarak gelmişti.

Hastaların çoğu semptomlar ortaya çıktıktan-sonra bir sene içinde ölürlür. Aseptomatik ve tek nodül halinde yakalanmış olgularda cerrahi tedavinin iyi netice verdiği belirtilmektedir (12,14). Radyoterapi ve sitostatik tedavinin yararı yok denecek kadar azdır.

SUMMARY

BRONCHIOALAR (ALVEOLAR CELL) CARCINOMA : A CASE REPORT

A bronchiolo-alveolar carcinoma of the lung undergone a thoracotomy operation was presented. On this occasion bronchiolo-alveolar carcinomas of the lung was reviewed and the particularities of our case detailed and made discussion on it.

KAYNAKLAR

- 1) Akkaynak, S.: Bronşioler Hücreli Kanser, Göğüs Hastalıkları, 1968, s. 207.
- 2) Balcı, K.: Göğüs Hastalıkları, cilt I, Ayyıldız Matbaası A.Ş. Ankara, 1978, s. 128.
- 3) Amato, E., Öztaşkent, R.: Özellik arz eden bir bronşiolö-alveoler karsinom, Tüberküloz ve Toraks, 18: 242, 1970.
- 4) Öztaşkent, R.: Pancoast sendromu gösteren bir bronşiolö-alveoler karsinom vak'ası, Tüberküloz ve Toraks, 19: 393, 1971.
- 5) Mc Namara, J.J., Kingsley W.B.: Alveoler cell carcinoma of the lung, J. Thorac. Cardiovasc. Surg. 57: 648, 1969.
- 6) Barret, R. J., Day, J. C., O'Rourke, P.V.: Primary carcinoma of lung: Experience with 1312 patients. j. Thorac. Cardiovasc. Surg. 46: 292, 1963.
- 7) Clagett, O.T., Allen, T.H.: The surgical treatment of pulmonary neoplasms: A ten year experience, J. Thorac. Cardiovasc. Surg. 48: 391, 1964.
- 8) Story, C. F., Knudsen, K.P., Lawrence, B.T.: Bronchiolar carcinoma of the lung, J. Thorac. Cardiovasc. Surg. 26: 331, 1953.
- 9) Üner, R., İlgün, İ.: Bir alveoler hücreli kanser münasebetiyle. Tüberküloz ve Toraks, 9: 464, 1961.
- 10) Hinshaw, H. C.: Diseases of the Chest. WB Saunders Company, Third ed. 1969, p. 417-419.
- 11) Vidinel, İ.: Broniölo-alveoler kanserler, Akciğer Hastalıkları, 1968, s. 128.
- 12) Akkaynak, S.: Solunum Hastalıkları, Ogun Kardeşler Matbaacılık Sanayii, Ankara, 3. Baskı, 1980 s. 290.
- 13) Güven, C., Yalav, E.: Bronşioler (alveolar) karsinoma, Tüberküloz ve Toraks, 21: 287, 1973.
- 14) Wightman, A.j.A., Douglas, A.C.: Fluoroscopically controlled transbronchial biopsy of solitary peripheral pulmonary lesions using the fiberoptic bronchoscope, Clin, Radiol. 29: 621, 1978.