

Akciğerde eşzamanlı üç farklı tümörü olan olguda tanı zorluğu ve cerrahi gözlem

*The diagnostic difficulty and surgical observation in a case with three different tumors
coexisting in the lung*

Ersin Arslan,¹ Maruf Şanlı,¹ A. Ferudun Işık,¹ Osman Elbek,² Erkan Akar,¹ Bülent Tunçözgür,¹ Levent Elbeyli¹

Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi ¹Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı,
²Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Gaziantep

Akciğer patolojilerinin tanı yöntemlerindeki tüm gelişmelere rağmen, cerrahi gözlem hala bir tanı yöntemi olarak önemini korumaktadır. Kronik bronşit tanısı olan sigara içicisi 76 yaşındaki erkek olgunun toraks bilgisayarlı tomografisinde, sağ intermedier bronş içinde, sağ üst ve sağ alt lobda değişik boyutlarda çoklu lezyonlar saptandı. Bronkoskopik olarak çıkarılan, sağ intermedier bronş içindeki lezyonun histopatolojik tanısı papillom olarak bildirildi. Sağ torakotomi yapılarak, pnömotomi ile çıkarılan alt lob lezyonunun histopatolojik tanısının kondroid hamartom olduğu belirlendi. Üst lob lezyonundan yapılan biyopsi, küçük hücreli dışı akciğer kanseri olarak bildirildi. Sağ retorakotomi ile sağ apikal segmentektomi uygulanan hastanın patolojik evresi, histopatolojik değerlendirme sonucunda evre IA (pT1N0M0) olarak saptandı. Hastaya ameliyat sonrası adjuvan kemoterapisi uygulanmadı. On altı aylık takip süresi sorunsuzdu. Akciğerde bulunan ve birden fazla olan kitlesel lezyonların her biri ayrı ayrı değerlendirilmelidir. Bu tür olgularda tüm tanısal girişimlere rağmen cerrahi gözlem, tanı için bazen tek yol olarak karşımıza çıkmaktadır.

Anahtar sözcükler: Hamartom; akciğer kanseri; papillom; senkon tümör.

Günümüzde görüntüleme yöntemlerinin ve bronkoskopik işlemlerin daha yaygın kullanılması, akciğer kanserinde erken tanı oranını giderek artırmaktadır. Tüm bu gelişmelere rağmen olguların sadece %10-15 kadarı erken evrelerde, kalan kısmı ise ameliyat şansını kaybetmiş olarak hekime başvurmaktadır.^[1]

Despite all the advances in the diagnostic methods for lung pathologies, surgical observation still maintains its importance as a diagnostic method. Thoracic computed tomography revealed multiple lesions with different sizes in the right intermediate bronchus, the right upper lobe and the right lower lobe of a 76-year-old male smoker patient with the diagnosis of chronic bronchitis. The histopathological diagnosis for the lesion in the right intermediate bronchus resected with bronchoscopy was reported to be papilloma. The histopathological diagnosis of the lower lob lesion, which was removed by pneumotomy via right thoracotomy, was found to be chondroid hamartoma. The biopsy performed from the upper lob lesion was reported as non-small cell carcinoma. The pathological stage of the patient was found as IA (pT1N0M0) in the histopathological evaluation following right apical segmentectomy performed through right rethoracotomy. No adjuvant chemotherapy was administered to the patient after the surgery. The 16-month follow-up period was without any problems. Multiple coexisting lesions in the lung should each be separately assessed. Surgical observation sometimes appears to be the only way of diagnosis in such cases despite all the diagnostic interventions.

Key words: Hamartoma; lung cancer; papilloma; synchronize tumor.

Hamartomlar, organın normal dokularının anormal proliferasyonu ile karakterizedir. En sık yerleşim yeri ise plevranın alt kısmıdır. Nadiren endobronşiyal yayılım gösterir.^[2] Tüm soliter pulmoner nodüllerin %6'sını oluşturur. Akciğer tümörlerinin %1'i benign akciğer tümörüdür. Bronşiyal papillomlar ise

Geliş tarihi: 9 Haziran 2008 Kabul tarihi: 30 Ağustos 2008

Yazışma adresi: Dr. Maruf Şanlı, Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, 27310 Şehitkamil, Gaziantep.
Tel: 0342 - 360 60 60 e-posta: sanli@gantep.edu.tr

Türkiye Solunum Araştırmaları Derneği 29. Ulusal Kongresi'nde Poster Bildiri olarak sunulmuştur 28-31 Ekim 2007 Fethiye, Muğla.

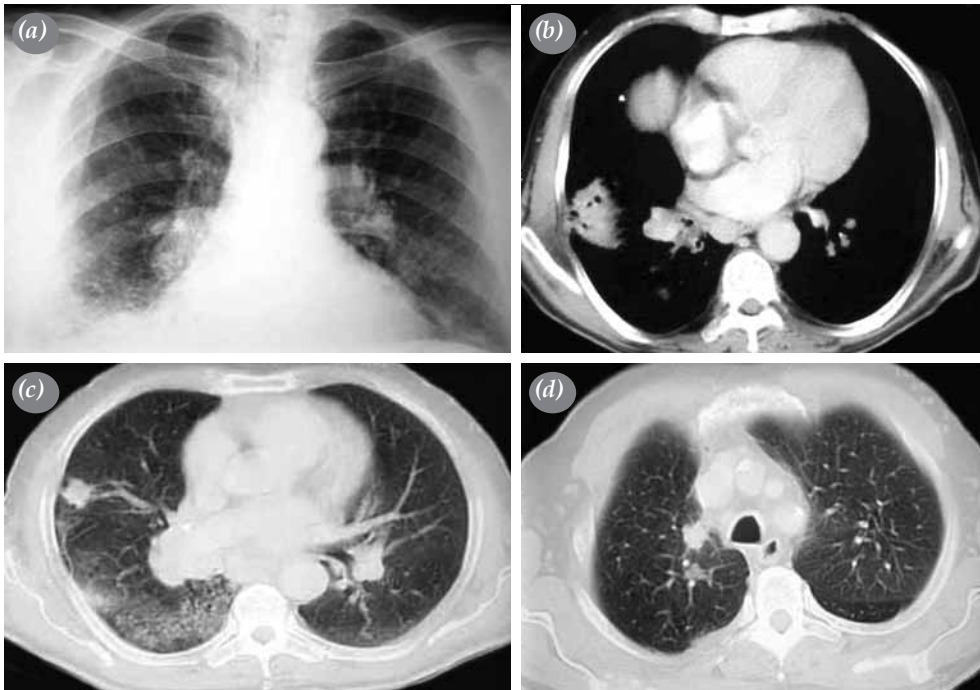
hamartomlardan daha nadir görülen akciğerin benign tümörlerindedir.^[3]

Küçük hücreli dışı akciğer kanseri (KHDAK), kondroid hamartom ve bronşiyal papillomun birlikte bulunduğu olgumuz, bu patolojilerin aynı zamanda birlikte bulunması ve tanı için cerrahi gözlem gerektirmesi nedeni ile sunulmuştur.

OLGU SUNUMU

Kronik bronşit nedeni ile 10 yıldır zaman zaman tedavi alan ve 40 yıl sigara içme öyküsü olan 76 yaşındaki erkek hasta, iştahsızlık, halsizlik, eforla artan nefes darlığı ve balgamla karışık kan tükürme yakınmalarıyla kliniğimize başvurdu. Hastanın fizik muayenesinde iki taraflı akciğer alt zonlarda ince raller var idi. Ekspiryumu uzun idi ve çomak parmak (clubbing) oluşumu var idi. Solunum fonksiyon testinde zorlu vital kapasite (FVC) %44, zorlu ekspiratuvar hacim 1 (FEV₁) %51 olarak bulunur iken, oda havasındaki arteriyel kan gazı analizinde pO₂ 60.1 mmHg, pCO₂ 38.4 mmHg ve SO₂ %91.6 olarak saptandı. Tam kan, biyokimya değerlerinde herhangi bir anormallik saptanmadı. Arka-ön akciğer grafisinde iki taraflı alt zonlarda yer yer retiküler yoğunluk artışı var idi (Şekil 1a). Toraks bilgisayarlı tomografi (BT)'de (Philips Brilliance 6, Erlangen, Germany), sağ ana bronş içinde lümeni daraltan lezyon, sağ üst lob apikal segmentte yaklaşık 1.5 cm'lik santral yerleşimli ve alt lob posteriyorda yaklaşık 2 cm'lik

subplevral yerleşimli, intravenöz kontrast madde injeksiyonu sonrası homojen minimal kontrastlanma gösteren yumuşak doku yoğunluklu lezyonlar ile alt lobda yaygın, yer yer hava bronkogramları gösteren infiltrasyon alanları saptandı (Şekil 1b-d). Sağ hiler ve sağ paratrakeal yerleşimli, santimetre sınırından küçük lenf nodları var idi. Hastanın ekokardiyografisinde sol ventrikül hafif hipertrofik olarak belirlendi. Abdominal ultrasonografi normal olarak değerlendirildi. Balgama aside dirençli basil (ARB) üç kez negatif, balgam sitolojisi ise benign olarak tespit edildi. Yapılan fiberoptik bronkoskopide (FOB), sağ intermedier bronş lümeni içinde, lümeni tama yakın dolduran, gri-pembe, vejetan, polipoid, hareketli lezyon görüldü (Şekil 2a, b). Lezyondan yapılan biyopsinin histopatolojik inceleme sonucu, aktif kronik inflamasyon olarak bildirildi. Benign olduğu düşünülen endobronşiyal lezyona yönelik olarak rijit bronkoskopi, parenkimdeki diğer lezyonlara yönelik olarak, tanı ve tedavi amaçlı cerrahi kararı alındı. Sağ intermedier bronşu tama yakın dolduran, hareketli polipoid lezyon bronkoskopik olarak forsepsler yardımıyla tamamen çıkarıldı (Şekil 2c, d). Bu işlemi takiben aynı anestezi seansında sağ torakotomiye geçildi. Alt lob posteriyordaki karnıbahar görünümlü lezyon, pnömotomi ve lumpektomi ile çıkarıldı. Üst lob apikal segment santralde yerleşmiş olan lezyona pnömotomi ile ulaşarak, punch biyopsi alındı. Örneklerin histopatolojik incelemesinde, sağ üst lob biyopsi sonucu KHDAK, sağ alt lob posteriyor biyopsi sonucu kondroid hamartom, sağ intermedier



Şekil 1. (a) Olgunun arka-ön akciğer grafisi ve (b-d) toraks bilgisayarlı tomografi görüntüleri; sağ akciğer ana bronş içindeki kütle ve sağ üst ve alt lob parenkiminde nodüler lezyonlar ve komşu akciğer dokusundaki infiltrasyon alanları izlenmektedir.

bronş biyopsi sonucu ise papilloma olarak bildirildi. Hasta bu sonuçlarla birlikte tekrar değerlendirildi ve tamamlayıcı rezeksiyona karar verildi. Hastaya sağ retorakotomi yapıldı. Solunum fonksiyonlarının kısıtlılığı nedeni ile sağ üst lob apikal segmentektomi ve örnekleme lenf nod diseksiyonu (2R, 4R ve 10 No) uygulandı. Histopatolojik incelemede, yüksek gradlı adenokanser saptandı. Cerrahi sınır intakt, visseral plevrada ve lenf nodlarında tutulum olmaması nedeni ile, TNM (tümör nod metastaz) evresi, pT₁N₀M₀ olarak saptandı. Adjuvan tedavi uygulanmayan olgu, 16 aydır izlenmektedir ve sorunsuzdur.

TARTIŞMA

Tüm kanser olgularının %12.8'ini ve kanser ölümlerinin %17.8'ini akciğer kanseri oluşturur.^[4] Akciğer kanserinde konulan erken tanı, hastada küratif bir tedavi yöntemi olan cerrahinin uygulanma olasılığını sağlamaktadır. Günümüzde görüntüleme yöntemlerinin gelişmesi ve bronkoskopik işlemlerin daha yaygın kullanılması, erken tanı oranını giderek artırmaktadır. Buna rağmen akciğer kanserinde erken evrede tanı oranı %10-15 civarındadır.^[11]

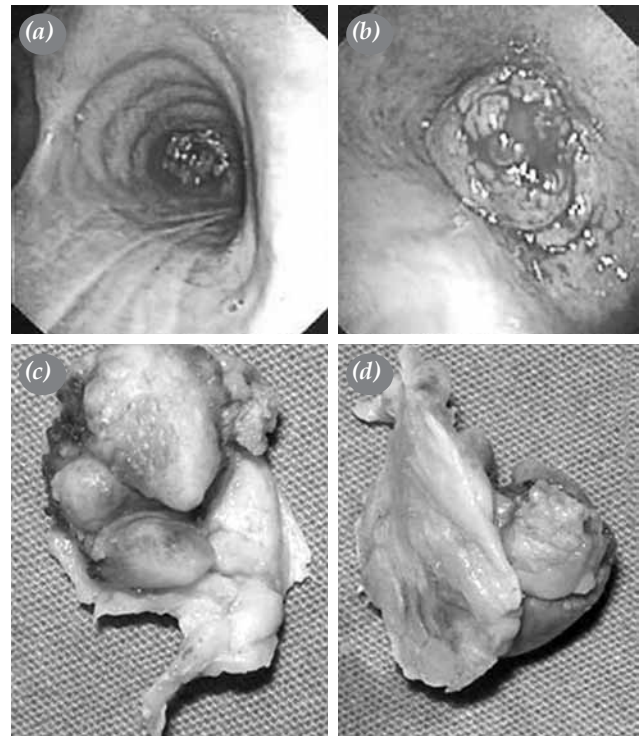
Küçük veya santral akciğer lezyonu olan olgularda transtorasik ince iğne aspirasyon biyopsisi (TTİA) ile yanlış negatiflik oranı %25-30'lara ulaşabilmekte, duyarlılık ise düşmektedir.^[5,6] Olgumuzda TTİA ile tanı koymaya çalışmak bazı yanlışlara yol açabilecek durumda idi. Lezyonlardan herhangi birine TTİA ile malignite tanısı konulduktan sonra, diğer lezyonu metastaz olarak kabul etmek hastanın cerrahi şansını yitirmesine yol açacaktır. Lezyonlardan herhangi birinin mikrometastazlı olması durumunda ise alınacak biyopsi örneği benign olarak değerlendirilebilecek ve tedaviden uzaklaşılmasına neden olacaktır. Lezyonların radyolojik olarak değerlendirilmesi de tek başına yeterli değildir. Toraks BT'nin, saptanan nodüllerin benign-malign olarak tanımlanmasında seçiciliği yüksek değildir.^[7] Böyle olgularda tüm lezyonların histopatolojik olarak tanımlanması gereklidir. Santral yerleşimli lezyon biyopsilerinde pnömotoraks ve kanama riski artmaktadır.^[5] Olgumuzda özellikle üst lob lezyonunun santral yerleşimi nedeni ile TTİA yerine cerrahi gözlem tercih edildi. Eksploratris torakotomide saptanan, hem endobronşiyal benign lezyon hem de alt lobağdaki benign görünümlü lezyon, üst lobağdaki lezyonun yanlış olarak benign nitelikli olarak değerlendirilmesine neden oldu ve bizi frozen incelemeden alıkoymdu. Bu tip olgularda ameliyat sırasında lezyondan frozen incelemesi yapılması, hastaları (olgumuzda gerekmiş olan) ikinci torakotomiden koruyabilecektir.

Bronşial papillomlar genellikle segment ya da bronş proksimalinde bulunurlar. Bu lezyonlar bronkoskopik

olarak çıkarılabilir, bazı durumlarda bronkotomi ya da 'sleeve' rezeksiyon gerekebilir. Lezyonun distalinde geriye dönüşü olmayan parenkim hasarı var ise harap olmuş akciğer dokusunun çıkarılması gerekir.^[3] Olgumuzda papillomun bronkoskopi ile çıkarılması, tedavisi için yeterli oldu, bronkotomi ve rezeksiyona gerek duyulmadı.

Pulmoner hamartomu olan olgularda akciğer kanseri sıklığında artış olduğunu gösteren çalışmalar vardır.^[8-10] Yayınlarda hamartom ile karsinomun genellikle aynı lobda olduğu,^[9,10] hamartomun kanser gelişim sürecine zemin hazırlayabileceği, bu olguların çoğunlukla geç-orta yaşlı erkekler olduğu ve adenokarsinomun daha sık görüldüğü belirtilmiştir.^[10] Olgumuzda cinsiyet ve karsinom türü bu bulgulara benzer olmakla birlikte, hamartom ve kanserin ayrı loblarda olması farklılık göstermektedir. Literatür taramasında pulmoner hamartom ve akciğer kanserine eşlik eden bronşiyal papillomun olduğu olguya rastlanmadı. Olgumuzda ikisi benign olmak üzere, üç farklı neoplazm odağı birlikte bulunmaktadır. Ameliyat öncesi bronkoskopi ile papillom tanısı konulan olguya, cerrahi gözlem sonrası kondroid hamartom ve KHDAK tanıları da konuldu.

Sonuç olarak akciğerdeki birden fazla olan kitlesel lezyonların her biri, ayrı ayrı değerlendirilmelidir. Böyle olgularda tüm tanısal teknolojik gelişmelere rağmen



Şekil 2. (a, b) Fiberoptik bronkoskopi ile papillomun görünümü ve (c, d) rijit bronkoskopi ile tam olarak çıkarılan endobronşiyal lezyon.

cerrahi gözlem, tanı için bazen tek yol olarak karşımıza çıkmaktadır.

Çıkar çakışması beyanı

Yazarlar bu yazının hazırlanması ve yayınlanması aşamasında herhangi bir çıkar çakışması olmadığını beyan etmişlerdir.

Finansman

Yazarlar bu yazının araştırma ve yazarlık sürecinde herhangi bir finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

KAYNAKLAR

1. Beckles MA, Spiro SG, Colice GL, Rudd RM. Initial evaluation of the patient with lung cancer: symptoms, signs, laboratory tests, and paraneoplastic syndromes. *Chest* 2003;123:97-104.
2. Gjevre JA, Myers JL, Prakash UB. Pulmonary hamartomas. *Mayo Clin Proc* 1996;71:14-20.
3. Çağırıcı U. Akciğerin benign ve ender görülen malign tümörleri. In: Ökten İ, Güngör A, editörler. *Göğüs cerrahisi*. 1. baskı Ankara: Sim Matbaacılık; 2003. s. 1039-52.
4. Parkin DM, Pisani P, Ferlay J. Global cancer statistics. *CA Cancer J Clin* 1999;49:33-64.
5. Yung RC. Tissue diagnosis of suspected lung cancer: selecting between bronchoscopy, transthoracic needle aspiration, and resectional biopsy. *Respir Care Clin N Am* 2003;9:51-76.
6. Quint LE, Kretschmer M, Chang A, Nan B. CT-guided thoracic core biopsies: value of a negative result. *Cancer Imaging* 2006;6:163-7.
7. Demirkazık FB. Bilgisayarlı tomografi. In: Ökten İ, Güngör A, editörler. *Göğüs cerrahisi*. 1. Baskı. Ankara: Sim Matbaacılık; 2003. s. 131-66.
8. Higashita R, Ichikawa S, Ban T, Suda Y, Hayashi K, Takeuchi Y. Coexistence of lung cancer and hamartoma. *Jpn J Thorac Cardiovasc Surg* 2001;49:258-60.
9. Karasik A, Modan M, Jacob CO, Lieberman Y. Increased risk of lung cancer in patients with chondromatous hamartoma. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1980;80:217-20.
10. Tojo Y, Bandoh S, Fujita J, Ishii T, Ueda Y, Okamoto T, et al. A case of synchronous primary lung cancer with hamartoma. *Nihon Koryuiki Gakkai Zasshi* 2003;41:474-9. [Abstract]