

Düşük Dereceli Mukoepidermoid Karsinom (Olgu Sunumu)

Low Grade Mucoepidermoid Carcinoma (A Case Presentation)

Aygül Güzel, M. Akif Özgül, Pınar Yıldız, Esra Ertan, Z.Senem Elibol, Sedef Kaya, Figen Kadakal, Veysel Yılmaz
Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi 4. Servis, İstanbul, Türkiye

Özet

Düşük dereceli mukoepidermoid karsinoma (MEK), genç yaşlarda ve çoğunlukla endobronşial yerleşimli olarak görülmektedir. Bu olguların prognozu çok iyidir. Ters olarak, yüksek dereceli tümör genellikle daha geç yaşlardaki olgularda görülmekte ve prognozu kötüdür. Burada sol alt lob bronşunda yerleşmiş, minimal parankim tutulumu ile birlikte olan düşük dereceli MEK tanısı almış bir olgu tartışılmıştır. (*Akciğer Arşivi 2007; 8: 68-70*)

Anahtar Kelimeler: Mukoepidermoid karsinom, akciğer kanseri

Summary

Low grade variants of mucoepidermoid carcinomas are present in the younger age and mostly present as endobronchial. The prognosis of this patients is excellent. As an opposite, high grade tumors generally affect older people and have poor prognosis. We discussed in here a case which located in the left lower lobe bronchus together with minimally parenchymal involvement and diagnosed as a low grade MEK. (*Archives of Lung 2007; 8: 68-70*)

Key words: Mucoepidermoid carcinoma, lung cancer

Giriş

Primer akciğer tümörleri çocukluk çağında ve genç erişkin dönemde oldukça nadirdir (1). Trakeabronşial ağacın mukoepidermoid karsinomu (MEK), submukozal bronşial bezlerden kaynaklanan, primer akciğer tümörlerinin ise %0.1-0.2'sini oluşturan oldukça nadir bir tümördür (1-3). Teşhis ve sınıflaması için histopatolojik çalışma gereken MEK'un düşük dereceli varyantı, erken yaşlarda görülür ve iyi prognoz gösterir. Histopatolojik olarak parankim yayılımının eşlik ettiği düşük dereceli MEK tanısı alan olguyu, nadir görülmesi nedeniyle literatürler eşliğinde sunduk.

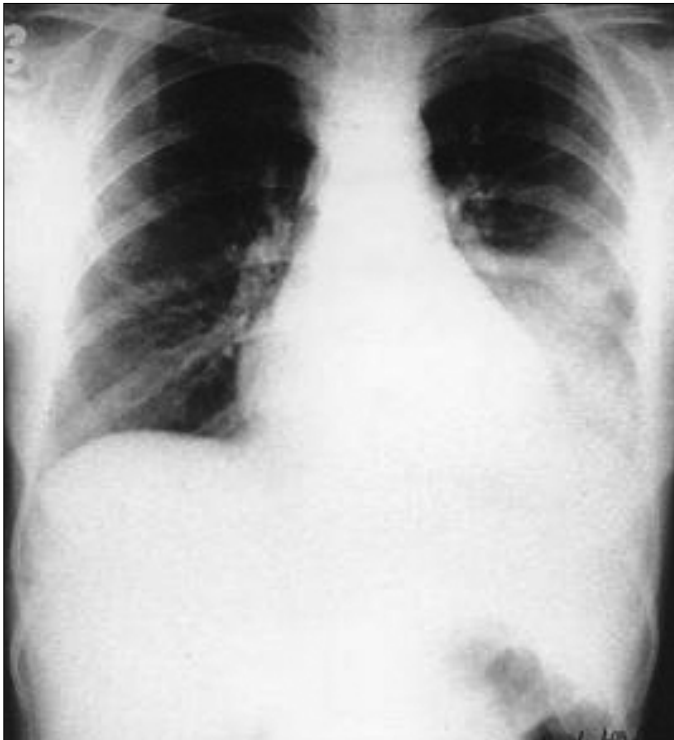
Olgu Sunumu

Yirmibeş yaşında bayan hasta, iki ay önce yattığı hastanede akut glomerulonefrit tanısı ile incelenirken akciğer grafisinde

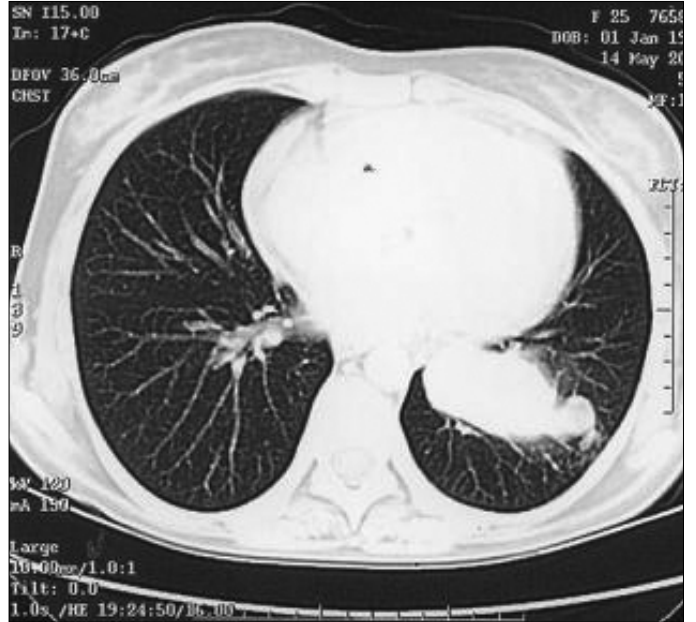
görülen lezyon üzerine polikliniğimize sevk edilmişti (Resim 1). Hastanın hemoptizi ve öksürük şikayeti mevcuttu. Özgeçmişinde romatoid artrit, membranöz glomerulonefrit ve amiloidoz tanıları mevcuttu. Altı yıldır prednisolone, siklofosfomid ve üç aydır furosemid kullanıyordu. Sigara ve alkol kullanma öyküsü mevcut değildi. Fizik muayenesinde patolojik bulgu olarak; pretibial ödem ve clubbing, solunum sisteminde oskültasyonda, sol alt alanda solunum seslerinde azalma saptandı. Laboratuvar değerlerinde Hb:8.3 mg/dl, Hct:%26, total protein: 5.5 g/dl, albümin: 2.8 g/dl, demir: 25 g/dl, CRP: 72 idi. Toraks bilgisayarlı tomografisi (BT) ve yüksek rezolüsyonlu bilgisayarlı tomografi (YRBT)'sinde, sol akciğer alt lob infrahiler düzeyden bazale doğru uzanan, lateral ve diyafragmatik plevral yüzeylerle de ilişkilenen homojen yumuşak doku dansitesinde lezyon izlendi. İlişkilendiği perikardiyal yüzeyde perikardiyal effüzyon eşlik etmekteydi (Resim 2 ve 3). Batın ultrasonografisi ve Batın BT'sinde hepatomegali, hafif derecede splenomegali, int-

rapelvik minimal serbest asit, sağ böbrekte aks deviasyonu saptandı. Tanı amaçlı yapılan fiberoptik bronkoskopide (FOB), sol alt lob lateral segment ağzını tama yakın tıkayıp alt lob posterior segment ağzına taşan, yer yer nekrotik, kanamaya eğilimli lezyon tesbit edildi. Lezyondan alınan biyopsilerin patoloji sonucu epidermoid karsinom olarak raporlandı. Ancak hastanın yaşı ve klinik şikayetleri göz önüne alınarak, elde edilen histopatolojik tanı şüpheli bulundu ve FOB tekrarlandı. Histopatolojik materyallerin İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi patoloji bölümünde konsültasyonu sonucu, tanısız ve tedavi amaçlı torakotomi yapılmasına karar verildi.

Cerrahide hastaya sol torakotomi ile sol alt lobektomi ve mediastinal lenf nodu disseksiyonu yapıldı. Histopatolojisinde; makroskopik değerlendirilmesinde, 12*8*7 cm boyutlarındaki alt lob piyesinin bronş sistemi kesitlerinde, lümeninde polipoid kitle halinde, distalde parankime yayılan, beyaz-sarı renkte, orta sertlikte, 9*8*7 cm boyutlarında tümöral oluşum saptandı. Mikroskopik değerlendirilmesinde ise; tümörde fokal alanlarda musin ve musikarmen (+) luminal ve sitoplazmik sekret gösteren glandüler hücreler mevcuttu. Skuamöz ve intermedier hücreler de mevcut olup nadiren interselüler köprüler gözlemlendi. Nekroz ve mitotik aktivite bulunmamaktaydı. Distalde yer yer bronş mukozasını ve çevre parankimi invaze etmekte idi. Lenf nodu metastazi izlenmeyip cerrahi sınırdaki tümör hücreleri görülmedi (Resim 4). Histopatolojik inceleme sonucunda düşük dereceli mukoepidermoid karsinom tanısı konuldu. Postoperatif dönemde herhangi bir problem yaşanmadı. Postoperatif üçüncü günde nefroloji polikliniğine başvurmak üzere taburcu edildi.



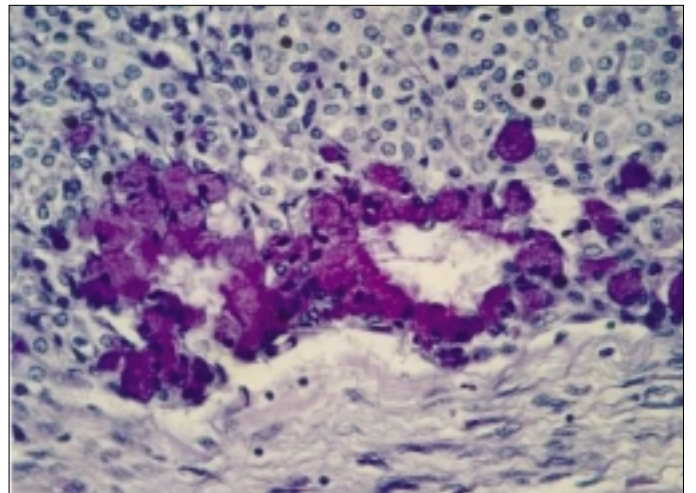
Resim 1. Hastanın postero-anterior akciğer grafisi



Resim 3. Hastanın YRBT kesiti



Resim 2. Hastanın bilgisayarlı tomografi kesiti (mediasten penceresi)



Resim 4. Patoloji kesitleri

Tartışma

MEK, primer akciğer kanserlerinin %0.1-0,2 sini oluşturur (2). MEK'lar ilk olarak Smentana ve ark.ları tarafından bildirilmiş olup, Stewards ve ark.ları tarafından da ilk olarak histopatolojik tanımlaması yapılmıştır (3). MEK değişik yaş gruplarında görülmekle birlikte sıklıkla 45 ila 70 yaşları arasında ve her iki cinsde de eşit olarak görülmektedir (1,3,4). Histopatolojik olarak düşük ve yüksek dereceli olmak üzere sınıflandırılmaktadır. Yaşla birlikte yüksek dereceli MEK görülme sıklığı artmaktadır, rekürrens ve metastaz sıklığı ile beraber prognoz kötüleşmektedir. Bizim olgumuz ise yirmibeş yaşında bayan hasta olup, literatürle uyumlu olarak düşük dereceli MEK tanısı almıştır.

MEK'lar genellikle endobronşial büyüme gösteren polipoid yapıda tümörlerdir. Boyutları birkaç mm ile altı cm arasında değişebilir (5). Genellikle proksimal bronşlar, trakea ve daha sıklıkla segmental bronşlardan kaynaklanmaktadır (1,2,5,6). Bizim olgumuzda da bronkoskopik olarak sol alt lob lateral segmentten başlayıp posterior segmente uzanan kitle lezyonu mevcuttu.

Hastalar genellikle tümörün lokalizasyonuna bağlı olarak, bronşiyal obstrüksiyonun neden olduğu öksürük, nefes darlığı, hırıltı, hemoptizi ve obstrüktif pnömoni bulgularıyla başvurmaktadır. Ancak vakaların %20-30'u asemptomatik seyirli olabilir (1,3,5). En sık % 56 oranında tekrarlayan pnömoni gözlenirken, hemoptizi %16.2 oranıyla daha nadir görülmektedir (7). Bu hastaların çoğunda uzun süreli çoklu antibiyotik ve antitüberküloz tedavi kullanımı öyküsü mevcuttur (5). Bizim olgumuzun öksürük ve kanlı balgam şikayeti mevcuttu.

Radyolojik olarak; trakea kaynaklı lezyonlarda direk grafi normal saptanabilir. Ana bronş veya segment bronş yerleşimli MEC'da direk grafide tam veya kısmi bronş obstrüksiyonuna sekonder infiltrasyon, konsolidasyon, atelektazi ve bronşektazi gözlenebilir (7,8). Bilgisayarlı akciğer tomografisinde endobronşial kitle, obstrüktif pnömoni, kanamaya bağlı konsolidasyon alanları gözlenebilir (8).

Histolojik olarak MEK'lar musin sekrete eden glandüler hücreler, skuamöz hücreler ve intermedier hücrelerin birlikte bulunduğu tümörlerdir. Düşük dereceli tiplerinde hücrelerde minimal pleomorfizm, nadir mitoz ve minimal nekroz izlenmektedir. Yüksek dereceli tümörlerde ise artmış mitotik aktivite, nekroz ve nükleer pleomorfizmle birlikte, akciğer parankimine ve lenfoid dokuya yayılım izlenmektedir (2,3,5). Bizim vakaımızda da alınan bronkoskopik biyopsinin histopatolojik incelemesinde, büyük kısmı endobronşial komponentli olan, yer yer distalde bronş mukozasının invazyonuyla seyreden, mu-

sin sekrete eden glandüler hücreler, skuamöz ve intermedier hücrelerden oluşan düşük dereceli MEK saptanmıştır. Ayrıca lenf nodu metastazının eşlik etmediği, nekroz ve mitotik aktivitenin görülmediği gözlenmiştir. Literatürden farklı olarak olgumuz düşük dereceli olmasına rağmen parankim tutulumu gözlenmiştir.

MEK tedavisi genellikle cerrahidir. Cerrahi yaklaşım tümörün büyüklüğüne, yerleşimine, histopatolojik tipine göre değişiklik göstermektedir (1,5). Tedavide radyoterapi (RT) ve kemo-terapi (KT) yüksek dereceli, cerrahiye uygun olmayan vakalarda tercih edilir. Ancak RT ve KT'nin etkinliği halen tartışmalıdır. Cerrahi yaklaşım olarak lobektomi, pnömonektomi ve kitle rezeksiyonu tercih edilebilir (1,2,5). Bizim olgumuzda da tümörün yayılımı ve histopatolojisi göz önünde bulundurularak sol alt lobektomi yapılmıştır. Düşük dereceli histopatolojik görünümünden dolayı postoperatif RT ve KT uygulanmamıştır. Düşük dereceli MEK'lar 30 yaş altında, sıklıkla endobronşial yerleşimli olup, prognozları oldukça iyidir (1,2,5). Hastamız halen ameliyat sonrası onsekizinci ayda izlemde olup, nüks görülmemiştir ve herhangi bir solunum sistemi şikayeti mevcut değildir.

Sonuç olarak akciğer karsinomlu hastaların ayırıcı tanısında özellikle erken yaşlarda mukoepidermoid karsinom gibi nadir görülen tümörler akla gelmelidir. Akciğer kanseri tanısında histopatoloji ile birlikte, klinik ve radyolojik bulgular dikkatle incelenmelidir.

Kaynaklar

1. Santambrogio L, Cioffi U, De Simone M, Rosso L, Ferrero S, Giunta A. Video-Assisted Sleeve Lobectomy for Mukoepidermoid Carcinoma of the Left Lower Lobar Bronchus. *Chest* 2002; 121; 635-6.
2. Fishman's pulmonary diseases and disorders. Bronchial gland tumors 1998; 1754-6.
3. Öz N, Sarper A, Karaveli Ş, Aslaner O, Demircan A, Işın E. Nadir Bir Trakea Malign Tümörü: Mukoepidermoid Karsinom. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi* 2004; 52: 83-5.
4. Bashar MA, Sadeque AS, Bhuiyan MA, Uddin MN, Hossai. Mucoepidermoid Carcinoma of the lung-a case report. *Bangladesh Med Res Counc Bull.* 2003; 29: 125-9.
5. Menon P, Singh M, Rao KLN, Gulati M, Saxena AK, Gupta K, Kakkar N, Vasishta RK. Mucoepidermoid Carcinoma of the Bronchus: Is Conservative Surgery Always Justified? *Indian Journal of Cancer* 2003; 40; 34-6.
6. Heitmiller RF, Mathisen JD, Ferry JA. Mucoepidermoid lung tumors. *Ann Thorac Surg* 1989; 47: 394-9.
7. Kut A, Karadağ B, Karakoç F, Ersu R, Yıldızeli B, Kotiloğlu E, Yüksel M, Dağlı E. Mucoepidermoid carcinoma of the bronchus: A rare entity in childhood *Pediatrics International* 2005; 47: 203-5.