

LARENKSİN KARSİNOİD TÜMÖRÜ (Bir vaka nedeniyle)*-**

Dr. Pınar TUZLALI (***), Dr. Settar ÖZTÜRK (***)

ÖZET: Larenksin karsinoid tümörleri çok nadirdir. Larenksin diğer neoplazilerinden klinik, prognoz ve histopatolojik görünüm açısından farklılık gösterir. 56 yaşında bir erkek hastada larenks karsinoidi vakası histokimyasal ve immunhistokimyasal yöntemlerle etraflıca incelendi..

ANAHTAR KELİMELEER: Larenksin nöroendokrin tümörü, karsinoid tümör.

SUMMARY: Carcinoid tumors of the larynx are very rare. They have a different histopathological appearance and prognosis than the other laryngeal carcinomas. With respect to their particular histopathological appearance, a case of laryngeal carcinoid in a 56 years old man is presented and discussed by the review of the literature.

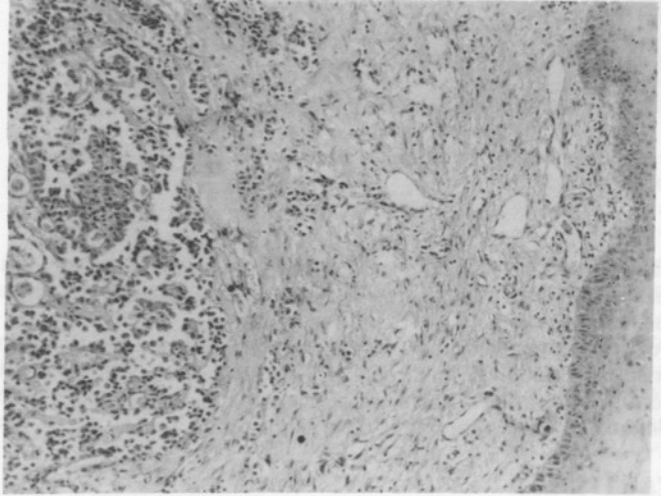
GİRİŞ

Larenksin nöroektodermal tümörleri içerisinde yer alan karsinoid tümörleri ilk kez Goldman tarafından 1969 yılında bildirilmiştir (1). Karsinoid tümörler amin prekürsörlerini alıp dekarboksile eden APUD sistemin bir parçasıdır. Tümör hücreleri intraselüler olarak yüksek oranda biyojenik amin ve peptid hormon içermektedirler (2). Larenksin karsinoid tümörleri tipik ve atipik olarak ayrılmaktadır. Ulaşılabildiğimiz kaynaklarda günümüze kadar 76 vaka bildirilmiştir (3).

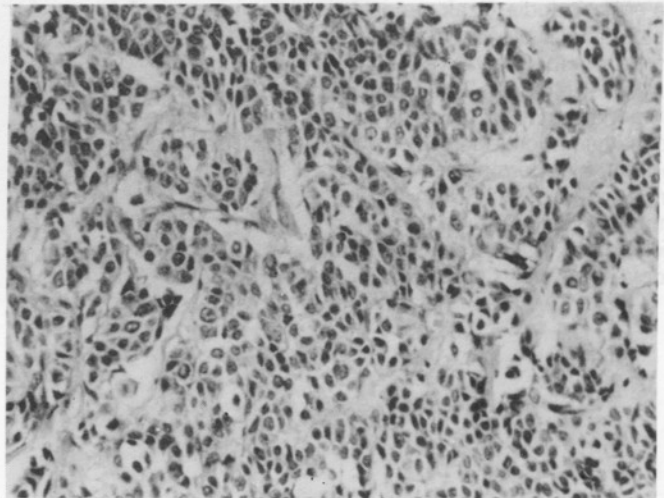
Nöroektodermal orijinli olduğu ileri sürülen larenks karsinoid tümörlerinin son araştırmalarda her üç primitif germ tabakasından köken alabilen totipotansiyal hücrelerden geliştiği kabul edilmektedir (4). Her organda karsinoid tümör görülebileceği de bu görüşü doğrulamaktadır.

VAKA

İlk kez 1983 yılında boğazında batma ve kitle hissi ile hastaneye başvuran 56 yaşındaki erkek hastada, mikrolarengoskopi ile sağ aritenoid üzerinde lezyon saptanmış ve biyopsi yapılmış. Hastanın biyopsi sonucunu almamış. 1992 yılında şikayetlerinin tekrarlaması üzerine fakültemizin Kulak Burun Boğaz Kliniği'ne başvurmuş, Yapılan KBB muayenesinde aynı bölgede 1x0.5x0.2 cm ölçülerinde ülserleşmiş kitle görüldü. Fizik muayenesinde ve laboratuvar tetkiklerinde başka bir özellik görülmedi. Kitleden mikrolarengoskopi ile biyopsi alındı. Alınan biyopsi 0.8x0.6x0.2 cm ölçülerinde kırmızı renkte, düzensiz şekilli, elastik kıvamlıydı. Histopatolojik incelemesinde yüzeyde çok katlı yassı epitelin bir alanda devamlılığını kaybederek ülser olduğu görüldü. Subepitelyal alanda yuvarlak veya oval veziküler nüveli, yer yer dar eosinofilik sitoplazmalı atipik, çoğunlukla uniform görünümde hücrelerin oluşturduğu kümelenmeler ve küçük asiner yapılar dikkati çekti (Resim 1-2). Uygulanan histokimyasal yöntemlerden grimelyus boyama yöntemi ile intrasitoplazmik argirofili saptandı. İmmunhistokimyasal olarak (strept-avidin biyotin metodu ile) Epitelyal



Resim 1. Yüzeyde çok katlı yassı epitel, subepitelyal alanda veziküler nüveli, dar sitoplazmalı uniform görünümde hücrelerin oluşturduğu kümelenmeler ve asiner yapılar (HE x 125).

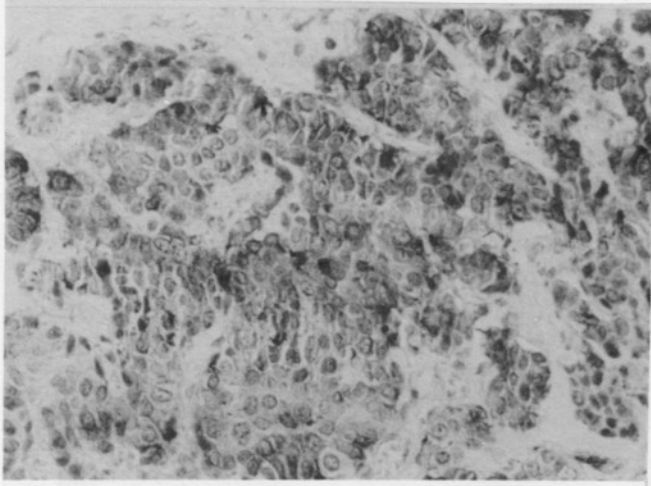


Resim 2: Tümör hücrelerinin daha büyük büyütme ile görünümü (HE x 310).

* X.Ulusal Patoloji Kongresi-Girne, Kıbrıs 1992'de poster olarak sunulmuştur.

** XV. World Congress of Otorhinolaryngology Head and Surgery-Turkey, 1993'de tebliğ edilmiştir.

*** İstanbul Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı



Resim 3: Tümör hücrelerinin sitoplazmalarında Kromogranin pozitifliği (Kromogranin x 310).

membran antijen (-), S-100 (-), Sitokeratin (+), Kromogranin (+), Nöronspesifik Enolaz (+) ve Tirokalsitonin (+) olarak bulundu (Resim 3).

Yukarıdaki morfolojik bulgularla birlikte, Kromogranin, Nöronspesifik enolaz, Sitokeratin ve Tirokalsitonin pozitifliği göz önüne alınarak vakanın ektopik olarak Tirokalsitonin salgılayan bir larenks karsinoidi olduğu sonucuna varıldı.

TARTIŞMA

Karsinoid tümörler larenkste çoğunlukla supraglottik olarak yerleşirler (5). Bizim vakamızda da sağ aritenoid üzerinde gelişim göstermektedir. Tümörün gelişim hızı larenksin karsinomlarından daha yavaştır. Vakamızda benzer şekilde 1983 yılından beri yakınmalar mevcuttur. Tümör submukozal olarak yerleşim gösterir ve daha çok kıkırdak dokusu ve perinöral alanlar olmak üzere lokal invazyon yapma eğilimindedir. Uzak metastazı oldukça nadirdir (5,6).

Histopatolojik olarak yüzeyde intakt mukozanın olması ve lezyonun subepitelyal yerleşimi en önemli morfolojik ayırıcı tanı özelliğidir (6). Tipik karsinoid tümörler, atipik karsinoid tümörlerden mitozun çok seyrek oluşu ve fokal nekrozların olmayışı, hücrelerin tek düze görünümü ile ayrılır. Ufak hücreli nöroektodermal tümörlerde ise sitoplazma oldukça dardır ve bol mitoz izlenir (6). Tiroid medüller karsinom metastazının da ayırıcı tanıda göz önüne alınması gerektiği bildirilmektedir (4,5). Hücrelerin veziküler oval nüveli, eosinofilik sitoplazmalı oluşu nonkeratinize yassı epitel hücreli kar-

sinom kuşkusu uyandırabilir. Bu tür vakalarda uzun süren anamnezin yanında tümörün yüzey epitelinden kaynaklanmaması, histokimyasal ve immunhistokimyasal yöntemlerin uygulanması ile sonuca ulaşmak mümkün olmaktadır (3,7).

Vakamızın histopatolojik incelemesinde yüzeyde bir alanda ülserasyon mevcuttu. Yüzeyde ülserasyonun bulunuşu tümörün epitelden kaynaklanıp, kaynaklanmadığı konusunda sorun oluşturmaktaydı. Epitelin görüldüğü kısımlarda tümör subepitelyal olarak izlenmekteydi. Tümörün birbiri ile ilişkili geniş solit kitlelerin yerine daha küçük kümelenmeler oluşturan nisbeten üniform görünümlü hücrelerden meydana gelmesi karsinoid tümörü akla getirdi ve sonuç immunhistokimyasal boyalarla doğrulandı.

Immunhistokimyasal yöntemlerle ve elektronmikroskopi ile karsinoid tümör ayırıcı tanısı oldukça kolaydır. Elektronmikroskopi ile çok sayıda nörosekret granülleri sitoplazmada izlenmektedir (8). Immunhistokimyasal olarak epitelyal membran antijen larenks karsinomlarında (+) iken karsinoid tümörlerde nadiren (+)'dir. Bunun yanı sıra amin prekürsörleri alıp dekarboksile ettiği için Kromogranin (+)'liği, intraselüler olarak nöronlardakine benzer granüller içerdikleri için Nöron spesifik enolaz (+)'liği saptanmaktadır. Vakamız-

da bunlara ek olarak ektopik hormon salınımı (tirokalsitonin) immunhistokimyasal yöntemlerle tesbit edilmiştir.

Tedavide kemoterapinin yeri yoktur. Radyoterapi ise kesin sonuç vermemektedir. Lenf ganglionu metastazı tesbit edilen vakalarda lokal ekzisyon ile birlikte o taraf boyun diseksiyonu önerilmektedir. Metastazsız vakalarda tümörün lokal ekzisyonu yeterlidir. Büyük tümörlerde total larenjektomi gerekebilir (6).

KAYNAKLAR

1. Goldman NC, Hood CI, Singleton GT: Carcinoid of the larynx. Arch Otolaryngol, 90: 91-3, 1969.
2. Casolini D, Caliceti U, Sorrenti G: Carcinoid tumors of the larynx; Report of case: J.lary. otol. 104: 264-66, Mar 1990
3. Willos B, Lyod R: Detection of chromogranin in neuroendocrine cells with a monoclonal antibody. Am. J. Pathol. 115: 458-68, 1984.
4. Bruce M, W: Moderately differentiated neuroendocrine carcinoma of larynx. Cancer 62: 2658-76, 1988.
5. Ferlito A, Friedmann I: Review of neuroendocrine carcinoma of the larynx Ann. Otol Rhinol Laryngol: 98, 780-9, 1989.
6. Sizeland AM, Grey PA, Farrar DT: Laryngeal carcinoid. Otolaryng. Head and Neck Surgery. 110 (4): 480-84, 1989.
7. Laccourreye O, Brasnu D, Carnot F: Carcinoid (Neuroendocrine) tumor of arytenoid. Arch Otolaryngol Head and Neck Surgery. Vol 117, 1395-9 Dec 1991.
8. Dugu RP, Nathwani BN, Goldstein J, Dardi LE: Carcinoma of larynx with mucosubstance production and neuroendocrine differentiation. An ultrastructural and immunohistochemical study. Cancer: 49: 343-49, 1983.