Akciğerin Karsino-Sarkomu

Dr. Uğur Hacıhanefioğlu* **Dr. Cansen Sonat****

Çok nadir olmakla birlikte karsino-sarkomların akciğerlerden de çıktıkları bildirilmiştir. Bu konuya ilişkin çok az sayıda literatür revüsü ve vaka bildirileri yapılmıştır.[1,2,7,11,12,15,16]

Akciğer tümörlerine ilişkin Eck ve ark.[3] tarafından hazırlanan bir monografide 1967 senesine kadar akciğerden çıktığı bildirilen 24 karsino-sarkom vakasının bir özeti verilmektedir. Bu vakaların büyük çoğunluğu 5. ci, 6. cı, 7 ci. yaş dekatlarında (10 vaka) yer almakta ve cinsiyeti kaydedilen 19 vakanın 17 si erkek, 2 si kadın bulunmaktadır. Karsino-sarkom vakalarının genellikle iyi prognoza sahip oldukları, bunların 8 inin polipöz bir kitle yaparak intrabronşiyal bir gelişme gösterdikleri bildirilmektedir.

Teşhis edildikleri zaman vakaların ancak çok azında metastaz saptanabilmiştir (4 ünde peribronşiyal lenf bezi metastazı; 6 sında uzak organ metastazları). Histopatolojik özelliklerine gelince, bu vakaların büyük çoğunluğunda kanseröz öğe yassı epitel (15 vakada), daha az bir kısmı gudde epiteli ile indiferansiye ve anaplastik hücrelerden oluşmuştur. Sarkomatöz yapı ise pleomorfik ve füziform hücreli sarkom komponentlerinden meydana gelmiştir. Sadece 1 vakada osteid ve osteokondrosarkom, 1 inde fibrosarkom, osteid ve rhabdomiyosarkom yapıları dikkati çekmiştir.[9,13]

Son olarak kürsümüzde akciğerden kökenini alan bir karsino-sarkon vakasını incelemiş bulunmaktayız. Bu yazıda, çok ilginç bazı yapısal özelliklerinden dolayı akciğerde yerleşme gösteren bu karsino-sarkom vakasını takdim etmekteyiz.

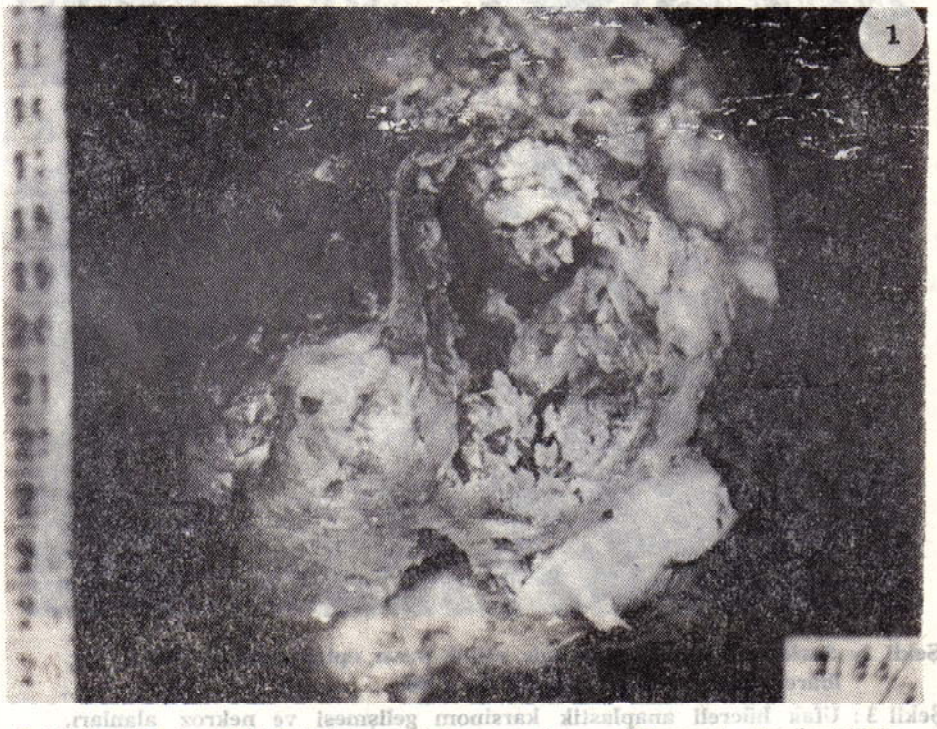
* İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi Genel Patoloji ve Patolojik Anatomi Kürsüsü Profesörü.

** Aynı Kürsü Asistanı

V A K A

İst. Tıp Fakültesi Patolojik Anatomi Kürsüsü Prot. No: 9186/75; 66 yaşında ev kadını. Klinikte akciğer karsinomu tanısıyla Heybeliada Sanatoryumunda ameliyatla tümörün yer aldığı sağ akciğer alt lob çıkartılmış ve histopatolojik inceleme için Patolojik Anatomi Kürsüsüne gönderilmiştir. (Doç. Dr. A. Karadeniz; 26/11/1975). Daha fazla klinik bilgi elde edinilememiştir.

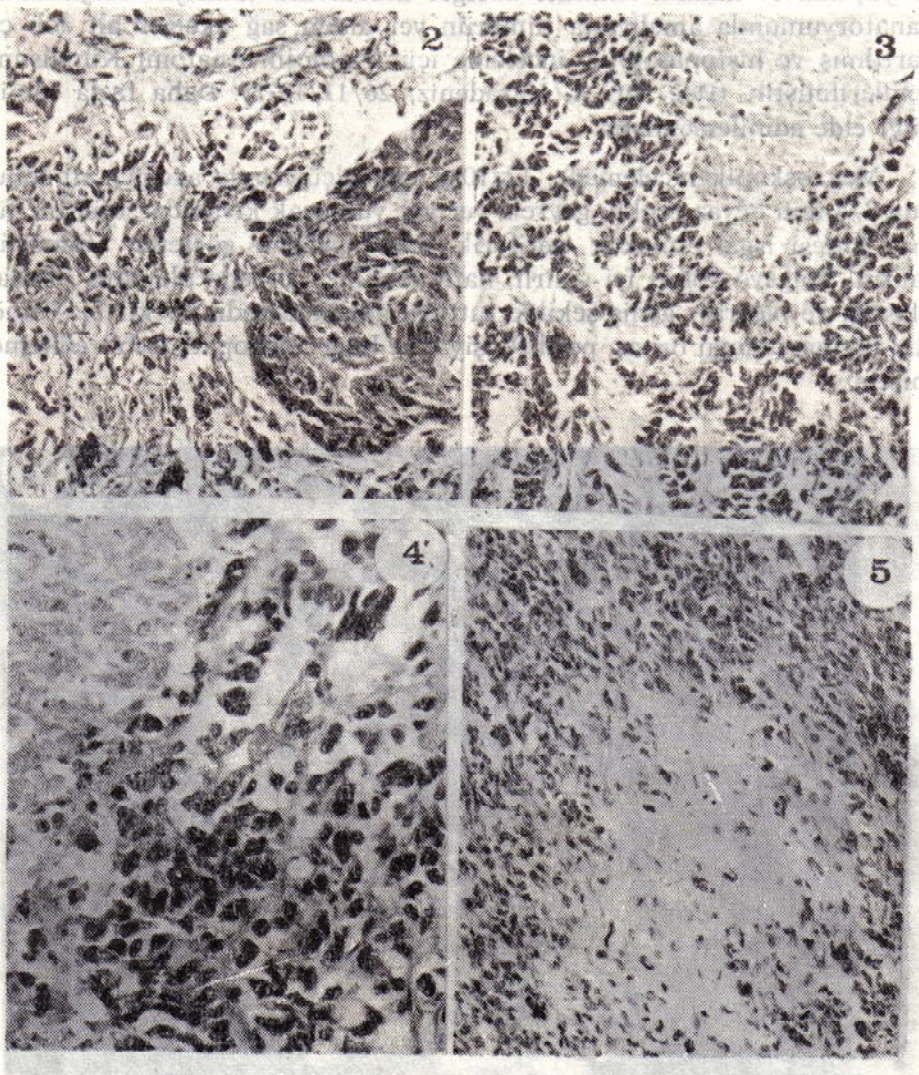
Makroskopik incelemede, 12x10x8 cm. ölçülerinde akciğer alt lobunun 3/4 ünü beyaz renkli, gevrek, yer yer yumuşak kıvamda solid bir tümör kitlesi işgal etmekte; periferik olarak gelişme gösteren tümörün santral bölgeye doğru iyi sınırlı, hafif lobüllü, çevrede plevraya kadar ulaştığı ve plevrayı geniş şekilde tuttuğu görülmektedir (Şekil 1). Tümörün çıkmış olduğu bronş, peribronşiyal ve hiler adenopati tesbit edilememiştir.



Şekil 1: Alt lobun 3/4 ünü tutan oldukça sınırlı ve solid yapıda tümöral kitle.

Tümörün çeşitli kısımlarından alınan kesitlerin histopatolojik incelemesinde (Parafin bloklarından hazırlanan kesitler Hematoksilen-Eosin,

Van-Gieson ve Gomori'nin gümüş impregnasyon metoduyla boyanmıştır), yer yer farklı diferansiyasyon ve doku özellikleri gösteren kanseröz ve sarkomatöz bir tümör gelişmesi dikkati çekmektedir. Bazı bölgeler-



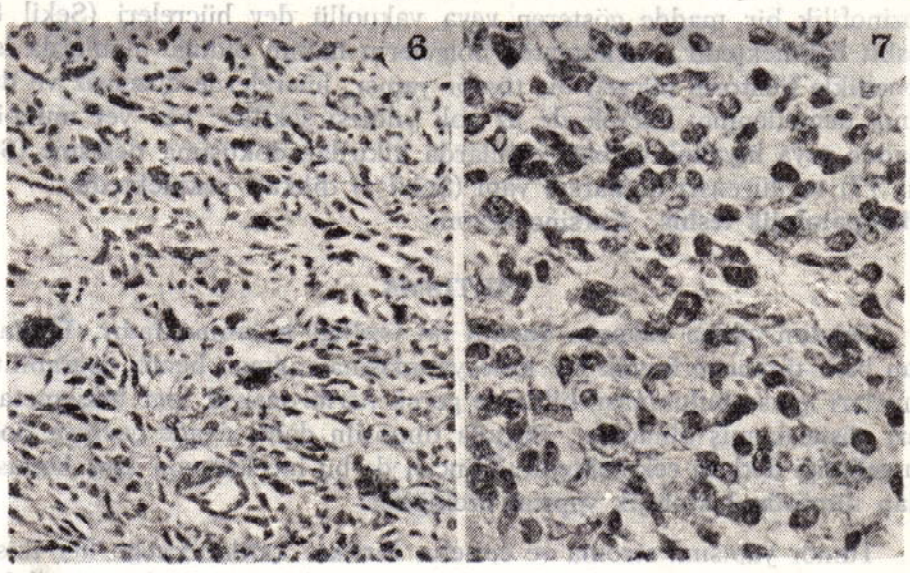
Şekil 2 : Sarkomatöz gelişme içinde atipik yassı epitel hücrelerinden ibaret tümör alanı. (Hem.-Eosin x240)

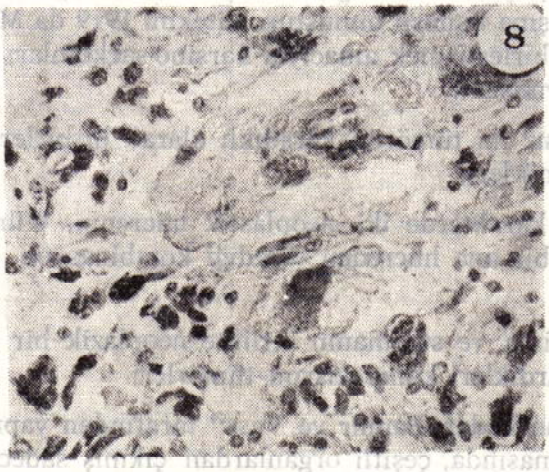
Şekil 3 : Ufak hücreli anaplastik karsinom gelişmesi ve nekroz alanları. (Hem.-Eosin x180)

Şekil 4 : Resim 3 ün büyütülmüş bir görünümü. (Hem.-Eosin x320)

Şekil 5 : Atipik mezankimal hücrelerden oluşan tümöral gelişme ve kıkırdak dokusuna değişme. (Hem.-Eosin x180)

de pleomorfik ve atiplik, füziform mezankimal hücrelerden oluşan tümöral yapı, yassı epitele doğru belirgin farklılaşma gösteren kanseröz alanlarla iç içe bulunmakta (Şekil 2) ve bazı kesitlerde bağımsız odaklar halinde görülmektedir (Şekil 6, 7). Kanseröz yapının hâkim olduğu bölgelerde geniş nekroz alanları ve geniş ölçüde ufak hücreli anaplastik tü-





Şekil 6 : Atipik füziform ve yıldızsı tümör hücrelerinden oluşan sarkomatöz yapı ve damarsal gelişme. (Hem.-Eosin x240)

Şekil 7 : Miksosarkomatöz gelişme alanları. (Hem.-Esoin x320)

Şekil 8 : Anaplastik ve atipik dev hücrelerinden oluşan sarkomatöz bir alan (osteoidtümör hücreleri). (Hem.-Eosin x320).

mör gelişmesi (yulaf hücreli kanser), bu hücrelerde dar sitoplazmalı, hiperkromatik ve atipik nüve, kordon ve aciner tarzda, fakat çok düzensiz hücre sıralanması (Şekil 3, 4); stromanın daha genişçe olduğu yerlerde, osteosarkomda görülebilen ileri derecede atipik ve pleomorfik, birkaç nüveli ve sitoplazmasının bir kenarında osteid dokuya benzer geniş eozinofilik bir madde gösteren veya vakuollü dev hücreleri (Şekil 8) tesbit edilmektedir. Sarkomatöz bölgelerin hakim olduğu alanlarda ise genellikle füziform hücreli bir tümör yapısı; hücrelerde düzensiz ve dağınık demetlenme; hücrelerde az çok yıldızsı şekiller; yer yer mukoid madde veya hiyalini ve bazı alanlarda kıkırdak dokusuna değişme (Şekil 5,7) ve düzensiz damarsal yapı (Şekil 6) dikkati çekmektedir.
Histopatolojik teşhis : Karsinosarkom.

TARTIŞMA

Takdim edilen vakanın önemli iki özelliği bulunmaktadır. Bunlardan biri, tümörün büyük bir kitle yapmasına rağmen henüz operabilite sınırları içinse bulunması, hilus ve gerek peribronşiyal lenf bezi metastazı göstermemiş olmasıdır. Burada tümörün daha ziyade çevreye doğru geliştiği dikkati çekmektedir. İkincisi de bu incelemenin esas konusu olan tümörün histolojik yapısal özelliğidir.

Tümör yapısına stroma ve epitelin birlikte katılabileceği, her ikisinin de malignite yönünde değişiklik gösterebileceği Virhow'dan[17] bu yana daima tartışma konusu olmuştur. Nitekim 1919 da Meyer[8] bazı karşıt görüşleri de birleştirmek amacıyla karsino-sarkomları çıkış şekillerine göre üçe ayırmıştır :

I — Bağımsız iki tümörün karşılıklı olarak birbirlerini infiltre ettiği kolizyon tümörleri;

II — Farklı karakterde iki neoplastik hücrenin, Wilms tümöründe olduğu gibi tek bir ana hücreden türediği kombinasyon tümörleri; ve son olarak da,

III — Parenkima ve stromanın birlikte neoplazik bir değişme sonucu meydana getirdikleri kompozisyon tümörleri.

1935 senesine kadar, Saphir ve Vass[14] tarafından yapılan geniş bir literatür araştırmasında, çeşitli organlardan çıkmış sadece 153 karsinosarkom vakasının bulunduğu bildirilmiş ve eleştirilmiştir.

Literatürde bildirilen karsinosarkom vakalarında sarkomatöz oldukları ileri sürülen mezankimal öğenin, daha ziyade kanser hücrelerindeki biçimsel variasyonlardan[18] veya kronik iltihaba bağlı biçim bozukluklarından ileri gelebilecekleri veya kanser invazyonuna karşı aşırı bir

stromal reaksiyon olduğu[4,7] ileri sürülmüş ve bütün bu eleştirilerde, yayımlanmış karsinosarkom vakalarının bir çoğunun gerçekte karsinosarkom olmadıkları, bunların primer kanser olabilecekleri kaydedilmiştir.

Özellikle akciğer kanserlerinde bazen stromanın hücreden zengin fibroblastik olduğu ve bunun yanlış bir sarkomatöz görünüm verebileceği göz önünde tutulmuştur. Fakat bütün bu eleştirilere karşılık akciğerde çok nadir olmakla beraber karsinosarkom olarak bildirilen bazı vakalarda, bu vakada görüldüğü gibi kesin habaset kriterleri gösteren kıkırdak, kemik, pleomorfik ve füziform mezankimal doku hücrelerinin çok iyi diferansiye yassı epitel veya guddesel epitel tümörleriyle birlikte görülmeleri gözden kaçmamıştır. Ve günümüze dek karsinosarkom varlığını kesin olarak ortaya koyan, memede, uterusta, böbrekte, mesanede, safra kesesinde v.s. saptanmış, çeşitli vakalar bildirilmiştir.[5,6,10,11,19]

Karsinosarkomların tabiatına ilişkin bu genel görüşlerden sonra takdim ettiğimiz vakanın çeşitli yapısal özellikleri ilginç bir beraberlik göstermektedir. Kanseröz yapı atipik yassı epitel ile anaplastik epitel hücre gelişmesinden oluşmuştur. Sarkomatöz olgu ise çok çeşitli yönlerde farklılaşma göstermektedir. Geniş alanlarda fibrosarkomatöz doku miksomatöz alanlara değişmekte, kondroid, osteid ve damarsal komponentler ihtiva etmektedir. Atipik mezankimal dokunun bu kadar çeşitli yapısal öğeler göstermesi, kaynağını primitif mezankimal dokudan aldığına güzel bir kanıt olabilir. Epitelial ve mezankimal dokunun sadece bazı alanlarında iç içe bulunması ve genellikle bağımsız gelişmeler göstermesi farklı yapıda bağımsız iki tümörün karşılıklı olarak birbirlerini infiltre ettikleri düşüncesini (kollizyon tümörü) ortaya koymaktadır.

ÖZET

66 yaşındaki bir kadının sağ akciğer alt lobundan ameliyatla çıkartılan 8 cm. çapında periferik bir tümör kitlesi incelendi. Tümörün histopatolojik olarak incelenmesinde, tümörün gösterdiği sarkomatöz ve kanseröz yapı özellikerine dayanarak vakaya karsinosarkom tanısı kondu.

Literatürde çok nadir oldukları kaydedilen karsinosarkom vakalarının genel karakterleri gözden geçirildi ve takdim edilen vakanın bir kollizyon tümörü olabileceği üzerinde duruldu.

SUMMARY

A peripherally-located tumor, 8 cm. in diameter, was removed from the right lower lobe of the lung of a 66 year old woman. A diagnosis of

carcinosarcoma of the lung was made upon histopathological examination which ıevealed areas of carcinomatous and sarcomatous appearence within the tumor.

A literature review of these rare tumors had been presented and the possibility of this tumor being a collision tumor had been discussed.

KAYNAKLAR

1 — Bergmann M., Ackerman L.V., Kemler R.L.: Carcinosarcoma of the lung. Review of the literature and report of two cases treated by pneumonectomy. Cancer, 4:919 (1951).

2 — Drury R.A.B., Stirland R.M.: Carcinosarcomatous tumors of the respiratory tract. J. Path. Bact. 77:543 (1959).

3 — Eck H., Haupt R., Rothe G.: Atmungswege und lungen. Handbuch der spezielen Pathologischen Anatomie und Histologie. Vol. 3; P. 290, Springer-Verlag; Berlin, Heidelberg, Newyork (1969).

4 — Ewing J.: Neoplastic Diseases. W.B. Saunders Co., Philadelphia. ed. 3 (1928).

5 — Hacıhanefioğlu U., Çilingiroğlu K., Hanağası R.: Safra kesesinin karsinosarkomu. İst. Tıp Fak. Mec., 38:735 (1975).

6 — Hou L.T., Willis R.A.: Renal carcinosarcoma, true and false. '. Pathol. 85:139 (1963).

7 — Karsner H.T.: Human Pathology, J.B. Lippincott Co., Philadelphia (1926).

8 — Meyer H.: Beitrag zur verstandigung über die Namengeburg in der Geschwulstlehre. Zbl. Allg Pathol 30:29 (1919).

9 — Moore T.C.: Carcinosarcoma of the lung. Surgery, 50:886 (1961).

10 — Novak E.: Gynecologic and obstetric pathology with clinical and endocrine relations. Philadelphia. P. 236 (1952).

11 — Pang L.S.C.: Bony and cartilaginous tumours of the urinary bladder. J. Pathol. 76:357 (1958).

12 — Peabody C.N.: Carcinosarcoma of the lung of peripheral origin. J. Thorac. Surg., 37:766 (1959).

13 — Prive L., Tellem M., Meranze D.R., Chodoff R.D.: Carcinosarcoma of the lung. Arch. Path., 72:351 (1961).

14 — Saphir O., Vass A.: Carcino-sarcoma. Am. J. Cancer 33:331 (1938).

15 — Schulz H., Rummeld R.: Carcino-sarkom des Bronchus. Frankfurt Z. Rath., 74:721 (1965).

16 — Thierbach R., Gerlach H.: Bösartige Misch-geschwülste in der lunge. Zbl. allg. Path. 107:271 (1965).

17 — Virchow R.: Die Krankhaften Geschwülste. A. Hirschwald, Vol. 2; P. 182; Berlin (1963-7).

18 — Wells H.G.: J. Pathol. 7:357 (1903). (Saphir, O. Vass A. dan naklen).

19 — Willis R.A.: İn Modern Trends in Pathology; ed D.H. Collins, P. 110; London (1959).