Tek Nodül Görünümünde Bronşiyolo-Alveoler Karsinom

(4 Vaka Üzerinde Histopatolojik İnceleme)

Dr. Uğur Hacıhanefioğlu* / Dr. Cansen Sonat (Çakalır) / Dr. Aytolon Bozbora*****

Genellikle akciğerin periferik bölgelerinden çıkan bu tümörler, santral akciğer kanserlerinin aksine her iki cinsiyette eşit ölçüde ve en çok 50 yaşlarında görülürler. Bu tümörler için bronşiyolar karsinom, habis pulmoner adenomatosis, bronşiyolo-alveoler veya sadece alveoler hücreli karsinom gibi çeşitli adlar kullanılmıştır. Bu farklı isimlendirmeler tümör kaynağı üzerindeki farklı görünümlerden ileri gelmektedir.

Alveoler hücreli kanserlerin tek veya birden fazla odaktan çıkmış oldukları da tartışmalıdır. Tümörün erken gelişme dönemlerinde bile vakaların büyük çoğunluğu birden fazla nodül veya diffuz bir yayılma gösterir. Bir lobu veya akciğerin büyük bir kısmını tutarak yeşilimsi, sarı beyaz renkte bir tümöre veya pnömokoksik pnömoninin III. cü tipine veya müsin salgısının fazla olduğu durumlarda ise Klebsiella pnömonisine benzer. Bir kısım vakada ise tümör sarı-beyaz renkte düzensiz nodüller halinde, bir veya bazen de her iki akciğer loblarına yayılmış olarak görülür. Bu görüntü pnömonik konsolidasyon veya sekonder tümör odaklarına benzetilebilir.[6, 7]

Radyolojik olarak bir soliter nodül görünümünü veren ve bu bakımdan ilgimizi çeken 4 bronşiyolo-alveoler karsinom vakasını takdim etmekteyiz.

Olgular

Olgularımızın üçü kadın, biri erkektir. 50 ve 62 yaşları arasındaki hastalarımızdan, 3 ü hiç sigara kullanmamıştır. Olgularımızın sadece biri (erkek, 62 yaşında) 3 yıldan beri günde bir paket sigara içmektedir.

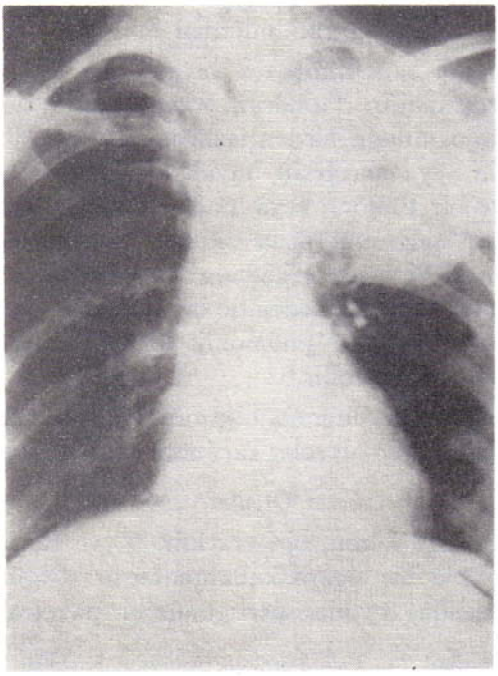
* İstanbul Ü. İstanbul Tıp Fak. Patolojik Anatomi Kürsüsü Profesörü
** İstanbul Ü. İstanbul Tıp Fak. Patolojik Anatomi Kürsüsü Asistanı.
*** İstanbul Ü. İstanbul Tıp Fak. Cerrahi Kürsüsü Profesörü.

Kliniğe ağrı, öksürük, hemoptizi, halsizlik, zayıflama gibi, genel ve ortak şikâyetleriyle başvuran bu hastaların radyografilerinde ikisi sol akciğer üst lob (Şekil 1), biri sağ alt lobda diğeri ise sağ akciğer üst lobda soliter kitle imajı saptanmıştır.

Mikroskopik olarak, ilk olgumuzda tümör 9 cm. çapında sınırlı, kesiti sarımtrak renkte, yumuşak kıvamda bulunmuştur. Diğer olgularda ise tümörün büyüklüğü 4 cm, 5 cm. ve 7 cm. çaplarında olup kesitlerinde yer yer erime, ya da kistik boşluklar gösteren pembe-beyaz renkte doku görünümü dikkati çekmiştir.

Lobektomi materyellerinden hazırlanan kesitlerde, lipidik nitelikte yüksek silendirik hücrelerin oluşturduğu alveolleri döşeyen ve papiller oluşumlar meydana getiren tümöral gelişme saptanmıştır. Bir olgumuzun hücreleri iyi ve yer yer orta derecede, 2 olgumuz orta derecede, bir olgumuz ise çok az hücresel bir diferansiasyon göstermişlerdir (Tablo I).

3 olgumuzda tümöral doku yer yer yoğun antrakotik pigment ihtiva eden bir nedbe zemininde gelişmiştir. Burada yoğun bağ dokusu demetleri içerisinde tümöral atipik guddesel gelişmeler görülmektedir (Olgu No. 1, 2 ve 4,(Şekil 2-6)

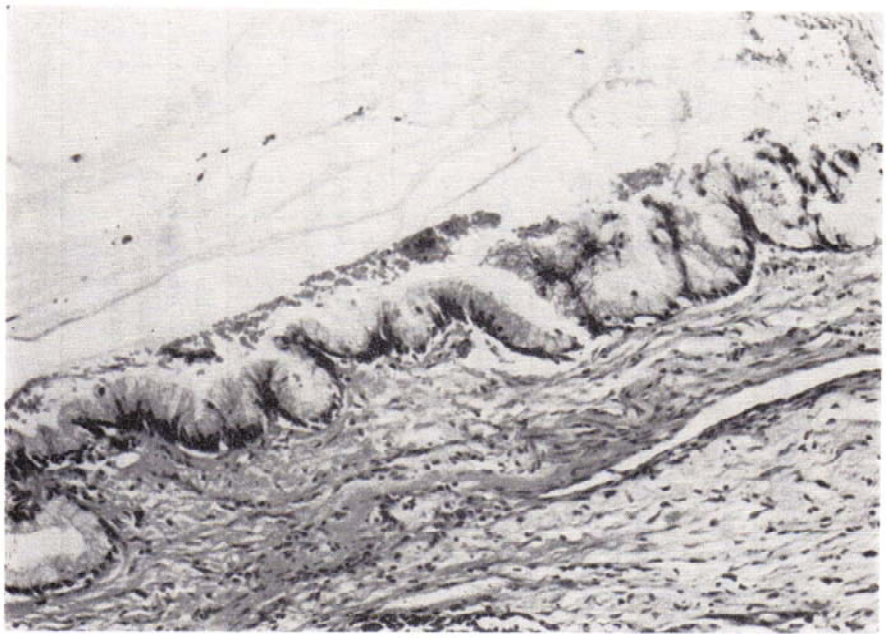


Şekil 1
(Olgu 1) Sol akciğerin üst lobunda soliter kitle (9 cm. çapında)

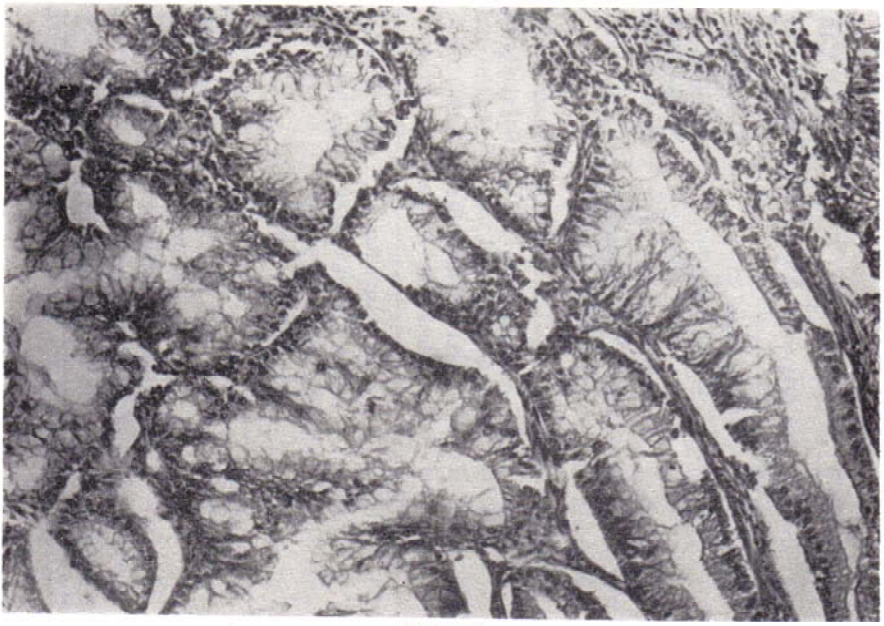
TABLO I

4 Olgunun Klinik Radyolojik ve Patolojik Anatomik Bulgularının Özeti

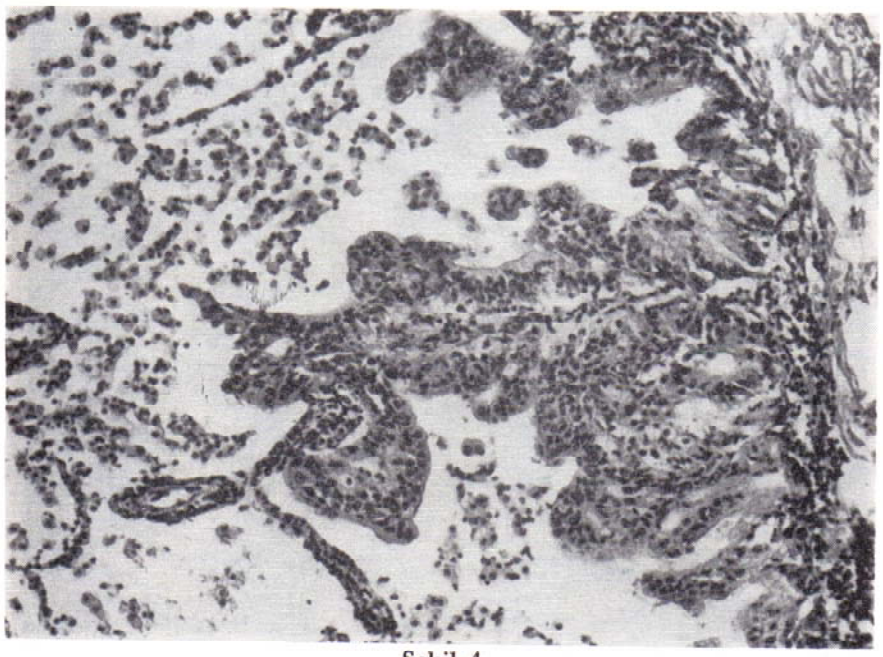
Vaka No.	Yaş Cinsiyet	Anemnez ve Klinik Bulgular	Radyolojik Bulgular	Makroskopik Bulgular	Mikroskopik Bulgular	Ameliyat
1 1837/73	50 K	1 yıldan beri sol hemitoraksta ağrı, 3 aydanberi hemoptizi. Sigara içmiyor.	Sol akciğer üst lobda soliter kitle.	9 cm. çapında sınırlı, kesiti sarımtrak, yumuşak kıvamda kitle. Üzerindeki plevrada infiltrasyon.	Alveol hücreli karsinom. İyi ve orta derecede diferansiye. Geniş nedbe dokusu.	Sol üst lobektomi ve lingulektomi.
2 5559/74	62 E	2 aydan beri zayıflama, iştahsızlık, öksürük. 30 yıldan beri günde 1 paket sigara.	Sol akciğer üst lobda soliter kitle.	7 cm. çapında kistik, kirli beyaz renkte kitle. Plevrada yapışıklıklar.	Alveol hücreli karsinom. Orta derecede diferansiye. Nedbe dokusu.	Sol üst lobektomi ve lingulektomi.
3 5948/76	62 K	Astım şikayetleri ile çekilen akciğer grafisinde patoloji tesbit edilmiş, sigara içmiyor.	Sağ alt lobda soliter kitle.	5 cm. çapında, kesitlerinde erime gösteren tümör.	Alveol hücreli karsinom. İleri derecede düşük diferansiyasyon.	Sağ alt lobektomi.
4 9574/75	57 K	1 aydan beri kuru öksürük, iştahsızlık, halsizlik. Sigara içmiyor.	Sağ üst lobda 4 cm çapında homojen görünümde kitle.	4 cm. çapında jelatinö madde ile dolu kistik boşluklar gösteren pembe beyaz renkli tümör.	Alveol hücreli karsinom. Orta derecede diferansiyasyon. Nedbe odakları.	Sağ üst lobektomi.



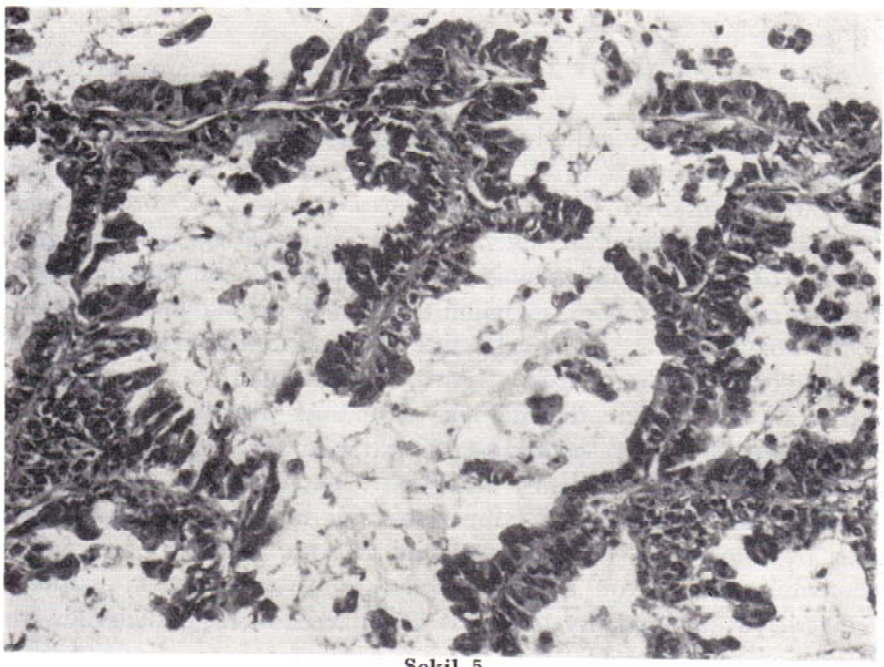
Şekil 2
Birinci olgudaki tümörün nedbe dokusu sınırında gelişme göstermesi (H+E X 300)



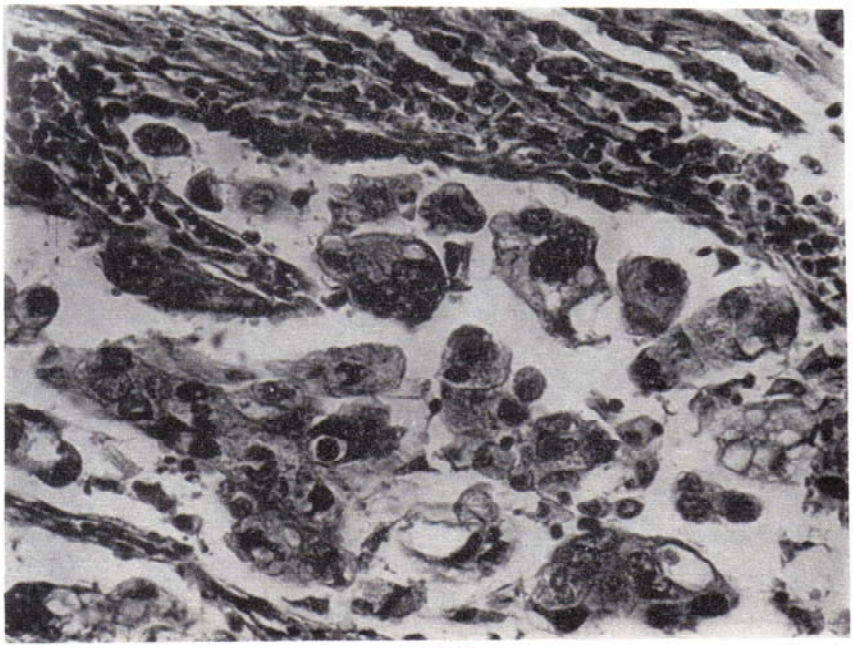
Şekil 3
(Olgu 4) Orta derecede diferansiye alveoler karsinom. Septumları döşiyen yüksek silendirik müsinöz epitel hücreleri (H+E X 300)



Şekil 4
(Olgu 2) Orta derecede diferansiye alveoler karsinomda papiller yapı. Tömürün çevre sınırı düzenli ve fibrotik (H+E X 300)



Şekil 5
Üçüncü olguda düşük diferansiyasyon düzeyinde alveoler yapı (H+E X 400)



Şekil 6

Üücüncü olgunun daha büyütülmüş şeklinde, alveoler yapı içinde atipik guddesel epitel hücreleri (H+E X 600)

Tartışma

Alveoler hücreli kanserlerin insidensi çeşitli vaka serilerinde bütün akciğer kanserlerinin % 3,9-% 5 arasında yer alır.[2, 4, 7] Beaver ve Shapirol, bu tip kanserlerin 1950 senelerinden sonra daha sık görüldüklerini ileri sürerek bu tümörün diğer kanserler içindeki görülme sıklığının % 5 in çok daha üzerinde olduğunu kaydetmişlerdir. Bu yazarlar tümör insidensindeki bu artıştan, pnömoni tedavisinde kullanılan ve akciğerde nedbe dokusunun meydana gelmesine yol açan antibiotiklerin uygulanmasını sorumlu tutmuşlardır. Ayrıca, son zamanlarda, bu tümörlere ilişkin klâsik bilgilerin dışında tek ve nodüler lezyon görünümünde alveol hücreli kanser vakalarının literatürde bir artış gösterdiği de dikkati çekmiştir.[5] İncelemiş olduğumuz bu 4 vakada tümörün tek odaktan çıkmış olması ve 3 ünün zemininde nedbe dokusunun bulunması bu tümörlerin hem çıkış nedenini ve hem de klâsik olmayan tek ve nodüler bir lezyon göstermelerini açıklayabilir. Ancak, balpeteği akciğeri, yaygın interstisyel fibrozis gibi parenkim değişikliklerinin yer aldığı akciğerlerde ortaya çıkan alveol hücreli kanserlerin çok daha diffüz oldukları söylenebilir. Bu gibi durumlarda lezyonun yaygın olmasından

dolayı malign adenomatozis teriminin kullanılmasının daha uygun olacağını düşünmekteyiz.

Alveol hücreli kanserlerin hücresel diferansiasyonunda kalitatif ve kantitatif variasyonlar görülür ve buna göre, yüksek, orta ve düşük düzeyde diferansiasyon gösterirler. Bazen, mutad habaset kriterlerinin bulunmadığı vakalarda bile metastazla ortaya çıkarlar. Bazı yazarlarca selim ve habis diye ayrılan şekilleri arasında morfolojik ayırım imkânsızdır. Bundan dolayı selim ve habis pulmoner adenomatozis terimlerini ileri süren bazı yazarlara[3, 7] karşıt olarak bu tür lezyonların tümünün kötü tabiatlı oldukları söylenebilir.

Özet

Akciğerin alveol hücreli kanserleri içinde soliter nodül görünümü veren 4 olgu, klinik, radiolojik ve patolojik anatomik olarak incelenmiştir. Bu şekilde gelişme gösteren olguların etiyo-patogenezinde nedbe dokusunun, dolayısıyle pnömonik organizasyonun sorumlu olabileceği ve bu tümörlerin tümünün habis oldukları görüşü ileri sürülmüştür.

Summary

A histopathologic study of 4 cases of alveolar-cell carcinomas in which the tumor showed a solitary nodular growth was presented. In the etiopathogenic discussion of the tumor, scar tissue that was seen in three of cases, was pointed out.

KAYNAKLAR

1. Beaver D. L., Shapiro J. L.: A consideration of chronic pulmonary parenchymal inflammation and alveoler cell carcinoma with regard to a possible etiologic relationship. Amer. J. Med. **21**: 879, 1956.
2. Drymalski G. W., Thompson J. R., Sweany H. C.: Pulmonary adenomatosis; report of 3 cases. Amer. J. Path., **24**: 1083, 1948.
3. Ficher J. H., Holley W. J.: Primary alveoler cell carcinoma of the lung. Arch. Path., **55**: 162, 1953.
4. Laipply T. C., Scherrick J. C., Cape W. E.: Bronchiolar (alveolar cell) tumors. Arch. Path., **59**: 35, 1955.
5. Munnell E. R., Lawson R. C., Keller D. F.: Solitary bronchiolar (alveolar cell) carcinoma of the lung. J. Thorac. Cardiovasc. Surg., **53**: 261, 1966.
6. Neuberger K. T., Geever E. F.: Alveolar cell tumor of human. lung. Arch. Path., **33**: 551, 1942.
7. Spencer H.: Pathology of the lung. p. 655; Pergamon Press. Oxford, London, Paris 1963.
8. Spencer H., Raeburn C.: Pulmonary (bronchiolar) adenomatosis. J. Path. Bact., **71**: 145, 1956.