

Yavaş İlerleyen Bronkoalveoler Karsinom Olgusu

A Case of Slowly Progressive Bronchioloalveolar Carcinoma of the Lung

Özgür Samancılar, Ufuk Çağırıcı, Alpaslan Çakan, Ali Veral*, Mustafa H. Özhan**
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi, *Patoloji ve **Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

Özet

Bronkoalveolar karsinom, nadir görülen ancak giderek artan bir insidansa sahip bir primer akciğer malignitesidir. Bu makalede, beş yılda minimal boyutsal progresyon dışında herhangi bir uzak yayılım ya da lenf bezi metastazı göstermeyen, sigara öyüsü olmayan, 60 yaşındaki bronkoalveolar karsinom olgusu dikkat çekici oldukça yavaş ilerlemesi nedeniyle sunulmaktadır. (*Akciğer Arşivi: 2006; 7: 104-6*)

Anahtar Kelimeler: Bronkoalveolar karsinom

Summary

Bronchioloalveolar carcinoma is an uncommon primary malignant neoplasm of the lung with a rising incidence. In this article, a 60-year-old, non-smoker patient with bronchioloalveolar carcinoma which showed only a minimal growth in size in a five-year-period without any distant spread or lymph node metastasis was presented, because of its remarkably slow progression. (*Archives of Lung: 2006; 7: 104-6*)

Key Words: Bronchioloalveolar carcinoma

Giriş ve Amaç

Bronkoalveolar karsinom (BAK), 1999 Dünya Sağlık Örgütü akciğer kanserleri sınıflamasına göre adenokarsinomun bir alt tipi olup, tanımlanabilmesi için stromal, vasküler veya plevral invazyonun bulunmaması gerekmektedir. İnvazyon bulunması durumunda bronkoalveolar karsinom komponenti olan adenokarsinom olarak sınıflandırılmaktadır (1). Bronşiyal veya lenfatik yolla intrapulmoner yayılım gösterebilir. Hiler ve mediastinal lenf nodu metastazı ve sistemik yayılım nadir olarak görülür (2). Diğer küçük hücreli dışı akciğer karsinomlarıyla karşılaştırıldığında kadın cinsiyet daha siktir, daha genç yaşlarda görülebilir ve sigara ile ilişkisi daha azdır (3). Bu makalede, beş yıllık bir sürede yalnızca minimal boyutsal progresyon dışında herhangi bir lokal veya sistemik yayılım göstermemiş, yavaş ilerleyen bronkoalveolar karsinom olgusu sunulmaktadır.

Olgu

Sigara kullanım öyküsü bulunmayan 60 yaşındaki erkek olgunun 1999 yılında kontrol amaçlı çekilen akciğer grafisinde 2x2 cm boyutlarında bir lezyonun (Resim 1) bulunduğu ve o dönemde farkedilmediği, 2004 yılında iki hafta süren göğüs ağrısı yakınması nedeniyle yapılan radyolojik incelemelerinde sağ akciğer üst lobda 4x3 cm boyutlarında kitle lezyonunun varlığı izlendi (Resim 2). Toraks bilgisayarlı tomografide bu lezyonun sağ akciğer üst lobda yerleştiği ve 3 cm çapında olduğu rapor edildi (Resim 3). Rutin laboratuvar ve sistemik incelemeleri normaldi. Bronkoskopisinde endobronşiyal lezyon saptanmadı ve bronkoalveolar lavaj sıvısı benign sitoloji olarak rapor edildi. Pozitron emisyon tomografisi (PET) sonucu benign olarak bildirildi. Soliter akciğer nodülü ön tanısıyla torakotomi yapıldı. "Frozen-section" sonucunun "malign-küçük hücreli dışı akciğer karsinomu ile uyumlu" ola-

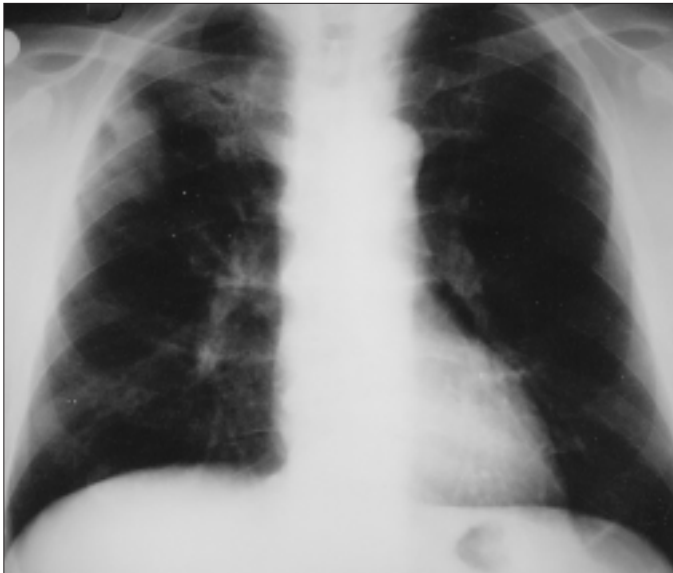
rak belirtilmesi üzerine, sağ üst lobektomi ile hiler ve mediastinal lenf bezi örnekleme uygulandı. Rezeksiyon materyallerinin histopatolojik incelemesi "bronkoalveoler karsinom, reaktif mediastinal ve hiler lenf bezleri" olarak bildirildi. Olgu, sorunsuz seyreden postoperatif dönem sonrası cerrahi şifa ile eksterne edildi ve izleme alındı.

Tartışma

Bronkoalveolar karsinom, tüm akciğer maligniteleri arasında nadir (%2-10) görülen bir tip olup değişik klinik ve radyolojik belirtilerle kendini gösterebilir (2). Klinik bulgular genelde nonspesifiktir. %10-30 hastada herhangi bir semptom olmayıp tesadüfen çekilen akciğer grafisi sonucunda tanı konmuştur (2). Radyolojik bulgular ise ge-



Resim 1. 1999 yılındaki PA akciğer grafisinde 2x2 cm boyutlarında, düzensiz sınırlı kitle lezyonu



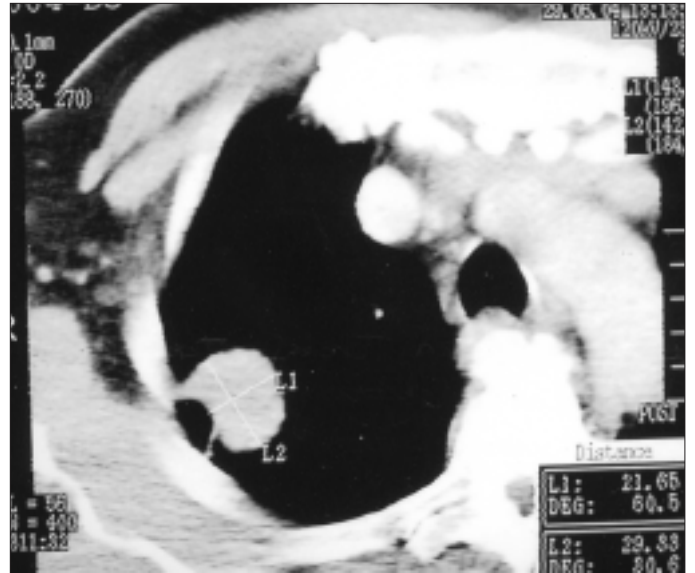
Resim 2. 2004 yılındaki PA akciğer grafisinde 4x3 cm boyutlarında, düzensiz sınırlı kitle lezyonu

nelde üç formda görülür: 1. hastamızda olduğu gibi soliter kitle (en sık görülen lezyon şekli), 2. parankimal konsolidasyon, 3. yaygın hastalık (nodüler tarzda) (2, 4). Nadir olarak bilateral multipl kaviter lezyonlar şeklinde de görülebilir (5). Hiler ve mediastinal lenfadenopatiler genelde nadir olup olguların %18'inde tanımlanmıştır (2). Soliter nodül şeklinde olanlar genellikle bizim olgumuzda da olduğu gibi üst loblarda yerleşmiştir (4).

Pozitron emülsiyon tomografisi (PET) bulgularına baktığımızda, lokalize formda genelde düşük bir FDG "uptake" olduğu bildirilmiştir (6). Olgumuzda da çekilen PET sonucunda kitlenin düşük FDG "uptake"i gösterdiği ve benign özellikte olduğu rapor edilmiştir.

Erken evre olgularda, ki bunlar soliter ve lokalize konsolidasyon gösteren formlardır, cerrahi tedavi diğer küçük hücreli dışı akciğer karsinomlarında olduğu gibi seçilecek ilk tedavi yöntemidir (2, 3, 4, 7). Cerrahi tedavi sonrası prognoz aynı evre diğer küçük hücreli dışı akciğer karsinomları ile karşılaştırıldığında daha iyidir. Cerrahi tedavi uygulanan Evre IA ve IB olgularda rezeksiyon sonrası 5 yıllık sağkalım %92 ve %75 iken bu oranlar BAK dışı adenokarsinomlu olgularda sırasıyla %79 ve %56'dır (4). Rezeksiyon sonrası en önemli sorun lokal nükslerdir (3). Bu nedenle mümkün olduğunca parenkim koruyucu operasyon planlanmasının önemi vurgulanmaktadır. Lobektomi halen ilk seçilecek rezeksiyon şeklidir (3). Watanabe ve arkadaşları (7), ince kesit toraks bilgisayarlı tomografide pür buzlu cam opasitesi gösteren lokalize BAK olgularında "wedge" rezeksiyon ile oldukça iyi sonuçlar bildirmişlerdir.

Sonuç olarak beş yıl boyunca boyutsal büyüme dışında lokal veya sistemik herhangi bir yayılım göstermeyen olgumuzda da olduğu gibi, bronkoalveolar karsinomlar değişken klinik bulgular ve klinik progresyon gösterebilen, küçük hücreli dışı akciğer karsinomları içinde özel bir alt tip olup, benign özellikte olduğu öngörülen pulmoner nodüllerde tanıda her zaman göz önünde bulundurulmalıdır.



Resim 3. 2004 yılında çekilen toraks BT'sinde, sağ akciğer üst loblaki kitle lezyonu

Kaynaklar

1. Travis W, Colby T, Corrin B et al. Histological typing of lung and pleural tumours. 3rd Ed. Berlin: Springer, 1999.
2. Bonomo L, Storto ML, Ciccotosto C, et al. Bronchioloalveolar carcinoma of the lung. *Eur Radiol* 1998; 8: 999-1001.
3. Barlesi F, Doddoli C, Gimenez C, et al. Bronchioloalveolar carcinoma: myths and realities in the surgical management. *Eur J Cardiothorac Surg* 2003; 24: 159-64.
4. Rena O, Papalia E, Ruffini E, et al. Stage I pure bronchioloalveolar carcinoma: recurrences, survival and comparison with adenocarcinoma of the lung. *Eur J Cardiothorac Surg* 2003; 23: 409-14.
5. Karadoğan G, Karadağ M, Gergerlioğlu N, Gebitekin C. Akciğerde multipl kaviter lezyonları olan olguda bronkioloalveolar karsinom. *Akciğer Arşivi* 2003; 4: 41-5
6. Kim BT, Kim Y, Lee KS et al. Localized form of bronchioloalveolar carcinoma: FDG PET findings. *AJR Am J Roentgenol* 1998; 170: 935-9.
7. Watanabe S, Watanabe T, Arai K, et al. Results of wedge resection for focal bronchioloalveolar carcinoma showing pure ground-glass attenuation on computed tomography. *Ann Thorac Surg* 2002; 73: 1071-5.