

İlginç Radyolojisi Nedeniyle Bir Yassı Hücreli Akciğer Kanseri Olgusu

Nurdan Köktürk*, Gül Gürsel*, Oğuz Köktürk*, Leyla Memiş**, Numan Ekim*

*Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

** Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı

Özet

Yassı hücreli karsinomların kitle bulgusu vermeksizin yamasal konsolidasyon paterni ile belirmesi beklenen bir bulgu değildir. Ateş, öksürük, balgam, nefes darlığı ve kilo kaybı yakınmaları ile kliniğimize başvuran ve akciğer grafisindeki bilateral yaygın yamasal konsolidasyon görünümü nedeniyle pnömoni tanısı ile antibakteriyel tedavi başlanan 42 yaşındaki hastada balgam sitolojisi ile yassı hücreli karsinom tanısı konmuştur. Hasta birkaç gün içinde ciddi hipoksik solunum yetmezliği nedeniyle eksitus olmuştur.

Olgumuz, yassı hücreli karsinomların da herhangi bir kitle formasyonu olmaksızın yaygın infiltratif görünüm ile karşımıza çıkabileceği ihtimalinin gözardı edilmemesi açısından sunulmaktadır.

Akciğer Arşivi: 2005; 1: 37-39

Anahtar Kelimeler: Yassı hücreli karsinom, radyolojik bulgular

Summary

An Unusual Radiographic Presentation of Squamous Cell Carcinoma: A Case Report

A radiographic manifestation of patchy infiltration is not a usual finding of squamous lung carcinomas. A 42 year-old male patient with cough, sputum, weight loss and dyspnea was admitted to the hospital. His chest X-ray revealed diffuse patchy infiltrates involving both lung fields. The diagnosis of pneumonia was made due to typical radiographic findings. Thus, nonspecific antibacterial therapy was started. Cytological examination of sputum revealed squamous cell carcinoma as definitive diagnosis. Despite the therapy, the patient died due to severe hypoxemic respiratory failure.

The presenting report points out that squamous cell carcinoma may be manifested with diffuse infiltrates on chest X-ray, which can be easily overlooked as pneumonia.

Archives of Lung: 2005; 1: 37-39

Key Words: Squamous cell carcinoma, radiographic findings

Giriş

Yassı hücreli karsinom, akciğer kanserlerinin %30-35'ini oluşturur ve ülkemizde halen en sık görülen histolojik subtipdir. Çoğunlukla santral yerleşimli tümörler olmaları nedeniyle hiler ve perihiler kitle, obstrüktif pnömoni ve atelektazi tarzında radyolojik bulgular verirler (1,2,3). Net kitle bulgusu olmaksızın yalnızca konsolidasyon alanları tarzında radyografik bulgular, bronkoalveolar karsinomlar için rastlanabilen bir bulgu olmakla beraber, yassı hücreli karsinomlarda çok ender olarak birkaç olgu sunusunda karşımıza çıkmaktadır (2).

Burada, ilginç radyolojik bulgusu nedeniyle, bir yassı hücreli akciğer kanseri olgusu sunulmuştur.

Olgu Sunumu

Kırk iki yaşında, erkek hasta, Ankaralı, polis memuru.

20 paket/yıl sigara öyküsü olan hastanın, 40 gündür olan iki taraflı batıcı nitelikte göğüs ağrısı, önceleri kuru sonrasında prodüktif nitelikte öksürüğü mevcuttu. Kliniğimize yatışından 6 gün önce beliren yüksek ateş nedeniyle bir hastanede incelenmiş ve çekilen akciğer grafisi ile pnömoni tanısı konarak penisilin tedavisi başlanmış. Tedavinin 6. günü ani nefes darlığı yakınması gelişen hasta, acil servisimize başvurmuş oradan da kliniğimize yatırılmıştı. Özgeçmişte, peptik ülser dışında bir özellik yoktu. Soygeçmişte, annenin mide kanseri nedeniyle eksitus olduğu öğrenildi. Sistem sorusunda bir aydır baş ağrısı, idrar yanması, 10 gündür ses kısıklığı ve yaklaşık 10 kilo kaybı yakınması vardı. Fizik mu-

ayenesinde, ateş: 37.5 °C, nabız:120/dk., SS: 28/dk., TA: 120/80 mmHg. idi. Dil paslı, farenks hiperemikti. Periferik lenfadenopati yoktu. Akciğer muayenesinde ekspiryum uzun ve her iki tabanda ince raller vardı. Kalp atımları ritmik taşikardikti. Karaciğer midkavikuler hatta 2 cm ele gelmekte idi. Çomak parmak yoktu.

Laboratuvar bulgularında Hb: 15.8 gr, BK: 21500/mm³, trombosit: 535000/mm³, sedimantasyon: 40 mm/h idi. Periferik yaymada %85 parçalı, %4 eozinofil ve toksik granülasyon mevcuttu. Üç balgam yaymasında ARB negatifti. Balgam direkt incelemesinde; 100'ün üzerinde PMNL gözlemlendi. Bakteri veya mantar kültürlerinde üreme olmadı. Balgamın pneumocystis carinii açısından direkt incelemesi ve kanda soğuk aglütinin testi negatifti. Herpes simpleks, Sitomegalovirus, Ebstein Bar virus ve toksoplazma IgM antikorları ve Legionella ile mikoplazmaya ilişkin spesifik IgM negatifti. ASO: 1200 Todd Ünite, CRP: 48 mg/dl., RF: 320 IU/ml idi. Elektrokardiografide (EKG) sinüzal taşikardi örneği, D3, aVF'de T negatifliği vardı. Ekokardiografide (EKO) ise sol ventrikül hiperkinetik olup sistolik duvar hareketleri iyiydi. Akciğer grafisinde iki taraflı yer yer birleşme eğilimi gösteren ve yer yer nodüler özellik kazanan nonhomojen pnömonik gölge koyuluğu vardı (Resim 1). Arteriyel kan gazlarında belirgin hipoksemi, toraksın bilgisayarlı tomografisinde her iki akciğerin hemen tüm segmentlerini tutan yer yer nodüler karakterde yaygın pnömonik infiltrasyonlar izlendi. Patolojik boyutta lenfadenopati yoktu (Resim 2).

Tüm bu bulgularla atipik pnömoni özellikle de Legionella pnömonisi düşünülerek klaritromisin 2x1 gr/gün ve rifampisin 2x600 mg/gün ile tedaviye başlandı. Bu dönemde hastanın klinik tablosu giderek bozuldu. Arteriyel kan gazı analizlerinde saptanan hipoksemi giderek derinleşti, taşı-



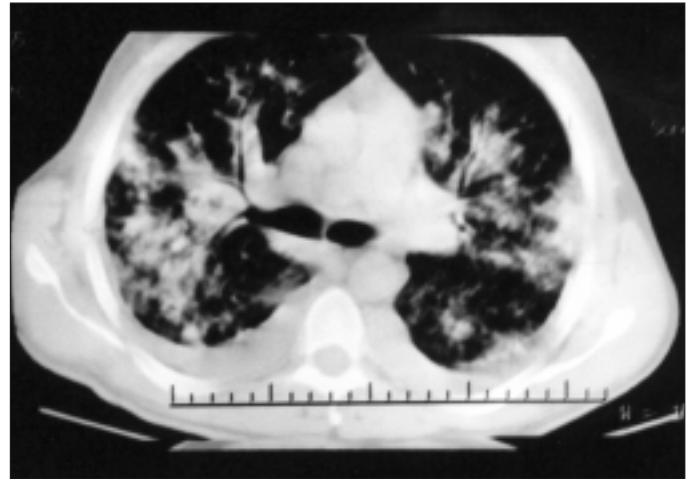
Resim 1: Posteroanterior akciğer grafisinde bilateral konsolidasyonla uyumlu görünüm.

kardi arttı ve ateş yüksekliği devam etti. Bu bulgularla hasta kardioloji ve infeksiyon hastalıkları bölümleri ile konsülte edildi. Yapılan değerlendirmeler sonrasında ön tanılar arasına myokardit, influenza pnömonisi, stafilkoksik pnömoni de eklendi.

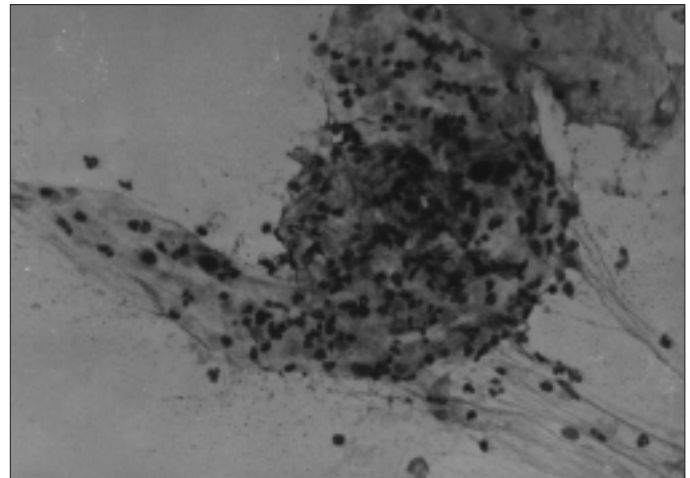
Yatışının 4. günü radyolojik görünümü, sigara öyküsü ve verilen tedaviye yanıtı sebebiyle bronkoalveoler karsinom ön tanısıyla istenen balgam sitolojik incelemeleri, 3 kez tekrarlanan örneklerin her birinde yassı hücreli karsinom ile uyumlu geldi (Resim 3). Tanının konulduğu gün solunum yetmezliği nedeniyle mekanik ventilatöre bağlanan hasta 4. saatte kardiyak arrest ile kaybedildi.

Tartışma

Radyografik olarak lobar konsolidasyon ve alveoloasiner patern, akciğerin neoplastik hastalıkları içinde en sık bronkoalveoler karsinomda, lenfomada, ve hematojen metastazlarda saptanan bulgulardır (4-6). Bronkoalveolar karsinom, soliter bir nodül olarak belirebileceği gibi tek bir lobun homojen konsolidasyonu ya da multifokal yamasal konso-



Resim 2: Toraks CT kesitinde bilateral konsolidasyon ile uyumlu görünüm.



Resim 3: Balgamın sitolojik preparatında mukus kitlesi ve nötrofil lökositler içinde yer alan hiperkromatik nükleuslu yassı hücreli karsinom hücreleri (HEX200).

lidasyon alanları şeklinde de ortaya çıkabilirler (7, 8). Akciğer kanserlerinin %30-35'ini oluşturan yassı hücreli kanserlerde ise volüm kaybı olmaksızın gelişen konsolidasyon ve hava bronkogramları oldukça ender bir bulgudur (2,4). Bu kanser türünde radyolojik olarak en sık, santral obstrüksiyona bağlı ateletazi (%37), obstrüktif pnömoni (%20) veya her ikisinin kombinasyonu gözlenir. Hiler ve perihiler kitle %35 oranında saptanırken, mukoid tıkaç, bronşektazi ve overinflasyon görülen diğer bulgulardır. Kavitasyon %22, soliter pulmoner nodül ise %24 olguda saptanır (2,4,7,8).

Byrd ve ark.nın 263 yassı hücreli karsinom olgusunu radyolojik olarak değerlendirdiği bir çalışmada, sadece iki olguda homojen ve nonhomojen gölgelenmeden söz edilmiştir (9). Ohtsuka ve ark.nın 1993'de yayınladığı lobar konsolidasyon ile seyreden yassı hücreli akciğer kanseri olgusunda, postmortem doku incelemesinde, tümör hücrelerinin alveoler boşlukları normal akciğer yapısına herhangi bir zarar vermeden doldurduğu ve bu bulgunun bronkoalveoler karsinomu taklit ettiği ve radyolojik bulguları açıklayabileceği ifade edilmiştir (6). Meysman ve ark.larının 1994'de yayınladığı bir diğer olguda ise iki taraflı diffüz yama tarzında infiltrasyonlar nedeniyle mikrobiyolojik olarak kanıtlanamamasına karşın hastaya antitüberküloz tedavi başlanmış ve yassı hücreli kanser tanısı postmortem olarak konmuştur (4).

Balgam ya da bronkoalveolar lavaj örneklerinin sitolojik değerlendirmesi çok dikkatli ve özenli bir biçimde yapılmalıdır. Sitolojik incelemelerde hem yanlış pozitif hem de yanlış negatif sonuçlara sık rastlanır. Doğru tanı koymada en önemli etkenlerden biri yeterli klinik bilginin verilip verilmemesi, diğeri de patoloğun tecrübesidir. Bunlar olmadığı takdirde enfeksiyonlar malignite, maligniteler reaktif değişiklikler gibi yanlış tanı alabilirler. Crapanzano ve ark. bu şekilde tanı sorunun yaşandığı 6 hastayı tanımladıkları çalışmalarında, klinik bilgilerin doğru tanı için nasıl yönlendirici olduğunu vurgulamış ancak bazı durumlarda klinik ve radyolojik bulgularla sitolojik tanının uyumlu olmayabileceğinden bahsetmişlerdir (10).

Bizim olgumuzda da ısrarla alınan balgam ve kan örnekleri

rinde herhangi bir etken gösterilememiş olmakla beraber, radyolojik bulguları ve klinik tablosu nedeniyle atipik pnömoni düşünülerek klaritromisin ve rifampisin tedavisi başlanmıştı. Ancak tedaviye yanıtız kalan hastada bronkoalveoler karsinom olasılığı da göz önüne alınarak istenen ve birkaç kez tekrarlanan balgam sitolojik incelemeleri ile yassı hücreli karsinom tanısı konulmuştur. Postmortem biyopsi yapılamadığından doku tanısı ile doğrulama yapılamamıştır. Sonuç olarak, radyolojik olarak diffüz infiltratif görünümü olan olgularda; pnömoni, tüberküloz veya bronkoalveoler karsinomun yanı sıra, ayırıcı tanıda yassı hücreli karsinom mutlaka akla getirilmeli ve ısrarla araştırılmalıdır.

Kaynaklar

1. Fraser RS, Pare JAP, Fraser RG, Pare PD. Synopsis of Diseases of the Chest. Second Ed. Philadelphia; W.B. Saunders Company. 1994; 445-538.
2. Sider L. Radiographic Manifestations of Primary Bronchogenic Carcinoma. Radiologic Clinics of North America 1990; 28 (3):583-617.
3. Koss L. Tumors of the Lung. 4th Ed. Philadelphia: 1992; 769-803.
4. Meysman M, Schoors DF, Reynaert H, Nappen M, Pierre E, Vincken W. Respiratory Failure with Diffuse Patchy Lung Infiltrates: An Unusual Presentation of Squamous Cell Carcinoma. Thorax 1994; 49 (12): 1271-2.
5. Ludington LG, Verska JJ, Howard T, Kypridakis G, Brewer LA. Bronchiolar Carcinoma (Alveolar Cell), Another Great Imitator: A Review of 41 Cases. Chest 1972; 61 (7): 622-8.
6. Ohtsuka Y, Yamamoto M, Yashioka A, Shosaku A, Fujioka Y. Squamous cell Carcinoma Showing Lobar Consolidation Without Collapse. Internal Medicine 1993; 32: 494-7.
7. Woodring JH. Unusual Radiographic Manifestation Of Lung Cancer. Radiologic Clinics of North America 1990; 28 (3): 599-617.
8. Armstrong P. Neoplasms Of The Lungs, Airways and Pleura. In: Armstrong P, Wilson AG, Dee P, Hansell DM; Eds. Imaging Of Diseases Of the Chest. 3th ed. London: Mosby; 2001: 305-404.
9. Byrd RB, Miller WE, Carr DT, Payne Ws, Woolner LB. The Roentgenographic Appearance of Squamous Cell Carcinoma of the Bronchus. Mayo Clin Proc 1968; 43: 327-32.
10. Crapanzano JP, Zakowski MF. Diagnostic Dilemmas in Pulmonary Cytology. Cancer (Cancer Cytopathol) 2001; 93: 364-75.