

TUMORLET

Selim Ereku*

Afet Arkan**

Fehmi Aksoy***

Süleyman Demir***

Bronşial veya bronşioler epitelden gelişen çok küçük bir neoplazm olan tumorlet, genellikle periferde, sıklıkla multipldir ve bronşiektazi veya bir başka nedenle oluşan skara sahip akciğerlerde görülür (1,5,7).

Otopside veya cerrahi materyelin incelenmesinde tesadüfen bulunur (1,3,5,).

En çok bronşiektazi ile birlikte bulunduğu bildirilmektedir (3,5,11), bununla beraber akciğer infarktüsü, kaviteli tüberküloz, akciğer apsesi, lipid pnömonisi, antarakoz ile birlikte bulunduğu da bildirilmiştir (1,5,7). Genellikle ileri yaşta görülür, ortalama yaş 68 olarak bildirilmiştir (5). Whitwell, vakalarının % 75'inin kadının olduğunu bildirmektedir (11).

Lezyona önceleri çeşitli yazarlar tarafından bronş epitelinin atipik hiperplazisi, minüt periferik tümör (2), multisentrik karsinom, mikroskopik yulaf hücreli karsinom, erken bronjenik karsinom (3) gibi isimler verilmiş, ancak ilk kez 1955'te Whitwell lezyon için «Pulmoner Tumorlet» adını kullanmıştır (11).

Biz, ender görülüşü nedeniyle tesbit ettiğimiz bir tumorlet vakasını takdim etmek istiyoruz.

Olgu: S.Ç., 52 yaşında erkek hasta, 7 aydır mevcut olan sağ yan ağrısı, öksürük hemoptizi ve balgam çıkartma şikayetleri ile A.Ü.T.F. Göğüs Hastalıkları Kliniğine başvurarak yatırıldı ve 35 gün süreyle uygulanan antitüberküloz tedaviden sonuç alınamayınca torakotomi için Göğüs ve Kalp Cerrahisi Kliniğine gönderildi.

Fizik muayenede sağ hemitoraksın solunuma az katıldığı, dinlemekle sağ akciğer kaidesinde solunum seslerinin azaldığı ve yer yer kaba rallerin mevcut olduğu saptandı. Laboratuvar tetkiklerinden normal sonuç alınan hastaya yapılan bronkoscopide sağ alt lob bronş mukozasının düzensiz ve kanamalı olduğu görüldü, alınan lavaj hazırlanan yayma Class II olarak tanı aldı.

Ameliyata 24.4.1980 tarihinde alınan hastada yapılan sağ torakotomide sağ akciğer alt lobunda kütikülü ekspektore edilmiş ve süpüre olmuş ekinokok kisti izlenimi veren kistik oluşumla karşılaşıldı. Kist çevresindeki ileri derecede konso-

* A. Ü. Tıp Fakültesi Patoloji Kürsüsü Asistanı

** A. Ü. Tıp Fakültesi Patoloji Kürsüsü Profesörü

*** A. Ü. Tıp Fakültesi Patoloji Kürsüsü Uzman Asistanı

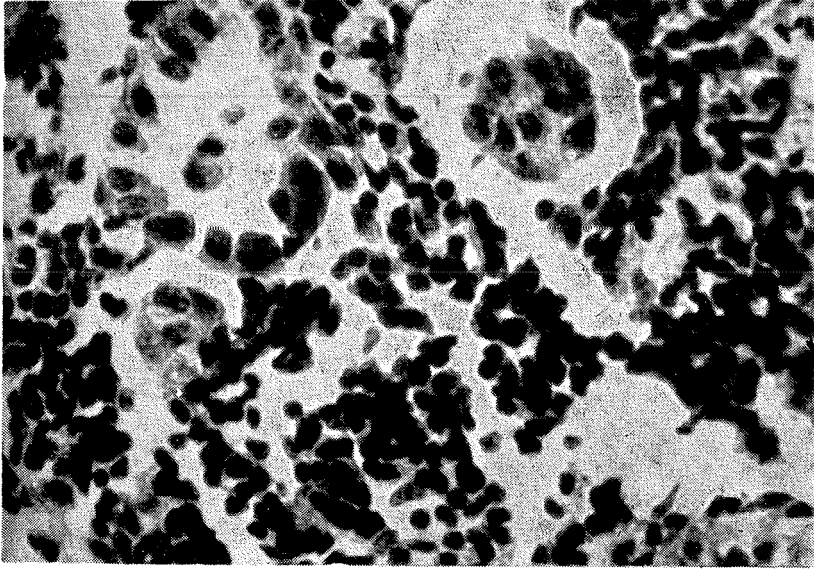
lide alandan alınan biyopsinin frozen section'da benign olduğu belirtilince kist poşu kapitone edilerek ameliyata son verildi.

Postoperatif dönemde herhangi bir komplikasyon oluşmadı.

Gönderilen materyelin patolojik incelenmesinde

Makroskopik Bulgular : 1 x 1 x 0,5 cm. boyutlarında kanamalt, fibrotik ve antrakozik görünümde akciğer dokusu.

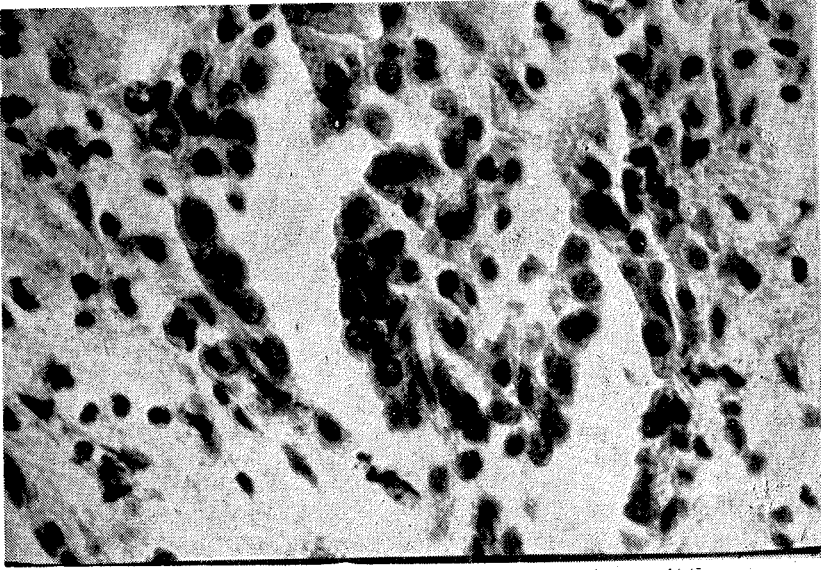
Mikroskopik Bulgular : Akciğer dokusu lenfositten zengin mononükleer infiltrasyon ve fibrozis nedeniyle normal yapısını büyük ölçüde kaybetmiştir. Alveoller yer yer kollabe görünümündedir, gerek alveol, gerekse bronşoller parçalanma göstermektedirler. Fibrozis alanları içindeki bronşollerde belirgin epitel hiperplazisi izlenmekte, bronşollerin lümeninde, çevresinde ve bunlardan uzak kısımlarda bronşiol epitel hücrelerinin oluşturduğu kümeler görülmektedir. Bu kümelerde hücreler küçük hiperkromatik nükleuslu, pembe veya saydam sitoplazmalıdır. Mitoz görülmemektedir (Resim : 1,2) Tanı : Tumorlet (14281/80)



Resim 1 : Tumorlette bir bronşiol etrafında iki ayrı küme oluşturan prolifer epitel hücreleri. H.E. 250X

TARTIŞMA

Akciğerlerde fibrozisle birlikte harabiyet meydana getiren iltihabi hastalıklarla ilişkili iki neoplastik olay vardır. Bunlar tumorlet ve skar karsinomudur (2). Skar karsinomu çabuk belirti veren, lenf düğümü metastazlarını kısa sürede yapan, genellikle 2,5 - 3 cm. çaplı bir adenokarsinomdur (2).



Resim 2 : Bir başka alandaki proliferatif epitel hücre grubu. H.E. 250X

Tumorlet, bronşial veya bronşioler epitelden gelişen çok küçük, mikroskopik bir neoplazmdır (5), genellikle periferde ve multipldir (1,3,4,6,7,9,10,11). Otopsilerde veya cerrahi materyelde tesadüfen bulunurlar (1,3,5). Churg, 70.000 cerrahi materyel ve 7800 otopsi içinde 20 tumorlet vakası bulunduğunu bildirmektedir (5). En sık bronşiektaziyle birlikte bulunmaktadır (3,5,7,11). Hacıhane-fioğlu'nun yayınladığı 5 tumorlet vakasının hepsinde bronşiektazi mevcuttur (7). Whitwell kendi serisinde bu oranın % 83, literatürde ise % 36 olduğunu bildirmektedir (11). Aksoy, Cunningham'ın bronşiektazi vakalarının % 20 sinde tumorlet bulunduğunu bildirmiştir (1). Ancak, akciğer infarktüsü, kaviteli tüberküloz, akciğer apsesi, lipid pnömonisi, antrakoz ile birlikte de bildirilmiştir (1,5,7). Bizim vakamızda ise süpüre olmuş bir kist çevresindeki fibröz doku içinde bulunmuştur.

Çoğunlukla kadınlarda meydana gelmektedir(5,11). Ortalama görüldüğü yaş 68 (34-91) olarak bildirilmiştir(5). Daha önceden birçok yazar tarafından bronşial epitelin atipik hiperplazisi, minüt periferik pulmoner tümör, mikroskopik multi-sentrik karsinom, mikroskopik yulaf hücreli karsinom, erken bronkojenik karsinom gibi (2,3) isimler almış, 1955'te Whitwell bu lezyon için Pulmoner Tumorlet adını kullanmıştır (11).

Mikroskopik olarak fibrozis sahalalarında bronş veya bronşiol epiteliyle ilişkili olabilen, hiperkromatik nükleuslu, belirgin nükleolus içermeyen, ender mitoz

gösteren, pembe veya saydam sitoplazmalı oval veya spindle hücrelerin oluşturduğu kümeler olarak tanımlanmaktadır (1,2,3,5,7,11).

Tumorletin skar dokusu fazla olan akciğerlerde fibröz dokuda multipl odaklar halinde, skar az olduğu zaman ise bronşiolle ve küçük bronşlar çevresinde tek odak halinde görülebildiği bildirilmiştir (1,5).

Ranchod, tumorleti üç tipe ayırmaktadır(10). Buna göre terminal bronşiol-lerde olanlarda bronşiol içinde Kultschitsky hücre proliferasyonu ve bitişik bronşioi, alveoler duktus duvarlarında ve alveol septumlarında hücre grupları görülmektedir.

İkinci tipte küçük bronş veya proksimal bronşiollede tumorleti oluşturan hücreler bronş duvarını delerek çevredeki yoğun fibroelastik doku içinde yuvarlak odaklar oluşturmaktadırlar. Bazı kesitlerde hiperplazik epitel örtüsüyle ilişki görülebilmektedir.

Tumorletin bronş epiteliyle ilişkisinin görülebildiğini Bonikos, Churg ve Hacıhanefioğlu da bildirmiştir (3,5,7).

Ranchod'un 3. tipinde ise yoğun bağ dokusu içinde parçalanmış bronş artıkları ve multipl tumorlet odakları görülmektedir.

Yoğun bağ dokusu içindeki bazı tumorlet odaklarının çevresinde bulunan boşluğu bazı yazarlar lenfatik kanal olarak nitelemişlerdir (1,2), bazıları ise bunun artifakt olarak hücre kümesinin büzüşmesi sonucu ortaya çıktığını öne sürmüşlerdir (7,10). Churg, ariirofil granüller için yaptığı Sevier-Munger boyasında hücrelerde çok ince siyah sitoplazmik granüller görüldüğünü bildirmiştir (5).

Elektron mikroskopik çalışma yapılan tüm vakalarda ortak ve karakteristik olarak saptanan özellik, sitoplazmalarında bulunan nörosekretuar tipte, 1100 - 1800 A çaplı granüllerdir (3,4,5,6,9,10). Bunlar elektron yoğun bir merkez ile bunun çevresinde dağ, saydam bir halodan oluşmaktadır (3) ve aynı granüller bronşial Kultschitsky hücrelerinde, karsinoid tümör hücrelerinde ve yulaf hücreli karsinom hücrelerinde de bulunmaktadır. Buna dayanarak yazarlar tumorletin kökeninin bu lezyonlarla aynı olduğunu ve bronşial ariirofil Kultschitsky hücrelerinden köken aldığını bildirmişlerdir (3,4,5,6,9,10).

Bonikos (3), 1949'da Fröchlich tarafından şeffaf hücreler adı verilen ve bronş veya bronşiolü döşeyen hücreler arasında bulunan bazı multipotent (rezerv, bazal) hücrelerin fibrotik doku içine sıkıştığını, daha sonra pH, oksijen basıncı gibi lokal faktörlerin etkisi ile farklılaşarak Kultschitsky hücreleri halini aldığını ve yavaş bir gelişmeyle tumorleti oluşturduğunu ileri sürmüştür.

Ranchod ise aynı şekilde bazaloid tipte hücrelerin artımı ve bunların plaklar ve nodüller yaparak bronş lümenini tıkadıklarını belirtmekte, bunların elektron mikroskopik görünümünün Kultschitsky hücreleri ile aynı olduğuna dikkati çekmektedir (10).

Churg, tumorletin Kultschitsky hücre prekürsörlerinin şiddetli harabiyete karşı reaksiyonu olduğunu ve bu lezyonların «Bronşial Karsinoid, Tumorlet tip» olarak adlandırılması gerektiğini öne sürmüştür (5).

Gillespie de bu görüşe katılmakta ve tumorleti periferik, multipl karsinoid olarak kabul etmektedir (6).

Lezyonun malign potansiyele sahip olduğu düşünülmele birlikte (8), Whitwell 24 vakalık serisinde reyoner lenf düğümlerine metastaz yapan iki vakaya rağmen lezyonu benign olarak değerlendirmiştir (11). Anderson ise 90 vakalık bir serinin beşinde metastaz bulunduğunu yazmıştır (2).

Lokal lenf düğümlerine metastaz yapan çok az sayıda tumorlet bildirilmesine, rağmen reyoner lenf düğümlerinin ilerisine yayım bildirilmemiştir ve postoperatif nüks de bilinmemektedir (3). Bu nedenle lezyon benign kabul edilmektedir (7).

Tumorlet hücrelerinin elektron mikroskopik inceleme ile Kultschitsky hücreleriyle olan ilişkisi ortaya konduktan sonra, bunlara daha değişik bir açıdan bakarak periferik bir karsinoid tümör olarak kabul edilmeleri akla yakın gelmektedir.

ÖZET

Bir tumorlet vakası ender görülüşü nedeniyle takdim edilmiş, histopatolojisi ve histogenezi tartışılmış, literatür gözden geçirilmiştir.

SUMMARY

Tumorlet

A case of tumorlet is presented because of its rarity, the histopathology and histogenesis of the entity is discussed and the literature is reviewed.

KAYNAKLAR

1. Aksoy F ve ark : Işın, E., Aslan, R., Patıroğlu, T.E., Ökten, I. Tumorlet. Bir vakanın takdimi ve literatüre bakış; Acta Oncologica Turcica 10 : 219, 1977
2. Anderson, W.A.D. : Pathology. 7th edition Volume 2, pp. 1126 - 1127, The CV. Mosby Co., St. Louis, 1977
3. Bonikos DS, Archibald R, Bensch KG : On the origin of the so called tumorlets of the lung, Human Pathology 7 : 461, 1976

4. Bonikos DS, Bensch KG, Jamples WD : Peripheral pulmonary carcinoid tumors, *Cancer* 37 : 1977, 1976
5. Churg A, Warnock ML : Pulmonary tumorlet. A form of peripheral carcinoid, *Cancer* 37 : 1469, 1976
6. Gillespie JJ, Luger AM, Callaway LA : Peripheral spindle carcinoid tumor : A review of its ultrastructure, differential diagnosis and biologic behavior, *Human Pathology* 10 : 601, 1979
7. Hacıhanefioğlu U, Uysal V : Akciğerin atipik epitel proliferasyonu «Tumorlets», *Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Dergisi* 5 : 481, 1974
8. Hausman DH, Weimann RB : Pulmonary tumorlet with hilar lymph node metastasis. Report of a case, *Cancer* 20 : 1515, 1967
9. Heilman E, Temer H : The role of electron microscopy in the diagnosis of unusual peripheral lung tumors, *Human Pathology* 9 : 589, 1978
10. Ranchod M : The histogenesis and development of pulmonary tumorlets, *Cancer* 39 : 1135, 1977
11. Whitwell F., : Tumorlets of the lung, *J Path Bact* 70 : 529, 1955 (Gmelich JT, Bensch KG, Liebow AA, 1967 den)