

AKCİĞERİN MİKST TÜMÖRLERİ

(Çok nadir görülen bir vak'a nedeniyle)

Hâdi Akay*

Recep Aslan*

T. Ercan Patır**

Afet Arkan***

Vedat İçöz****

Akciğer ve bronşların, kartilaj ihtiva eden tümörleri, çeşitli şekilde adlandırılmıştır. Bunlar, gelişim anomalisi sonucu olup, hamartom, kondrom, adeno - kondrom, kondromatöz hamartom, ve mikst tümörler olarak sayılabilir (8,10,11,12,13).

Hamartom deyimi ilk kez 1904 de Albrecht tarafından kullanılmıştır. Albrecht, köken olduğu organın bir veya daha fazla dokusunu ilgilendiren, lokalize gelişme hatası olarak tanımlamıştır (13). Bu tümörler, genellikle erişkinlerde, rutin radyolojik muayenelerde ve post - mortem çalışmalarda saptanabilmektedir. Tümörlerde kartilaj, konnektif doku ve kalsifikasyon, sıklıkla görülmektedir. Epitel dokusu genellikle görülmemesine karşın, nadiren olabilmektedir (13). Esas yapıyı kıkırdak dokusunu oluşturduğu şekilleri, Hickey, Simpson, Mc. Donald, Clagett, Franco, Pernikof, Hochberg, kondrom olarak, epitelial doku ihtiva edenleri ise, hamartom olarak kabul ederler (2,3). Willis ise, son zamanlarda bunlara, akciğerin mixed tümörleri adını vermiştir (2,3,15).

Kartilaj ihtiva eden bu iki tip tümör arasındaki ilişki, tam olarak tayin edilememiştir. Bu tümörler, lokalizasyonlarına göre, iki ana grupta toplanmaktadırlar :

A - İntra - pulmoner tümörler : Normal akciğer parankiması ile çevrilidirler. Genellikle periferik lokalizasyon gösterirler.

B - Endo - bronchial tümörler : Daha nadirdir. Bronş obstrüksiyonu görü-

* A. Ü. Tıp Fak. Göğüs, Kalb ve Damar Cerrahisi Kl. Asistanı.

* A. Ü. Tıp Fak. Göğüs, Kalb ve Damar Cerrahisi Kl. Uz. Asistanı.

** A. Ü. Tıp Fak. Patoloji Kürsüsü Asistanı.

*** A.Ü. Tıp Fak. Patoloji Kürsüsü Doçenti.

**** A. Ü. Tıp Fak. Göğüs, Kalb ve Damar Cerrahisi Kl. Profesörü.

nümü verebilirler. Hiler lokalizasyonludur. Bu iki tümör grubu arasındaki ilişki, tam olarak açıklığa kavuşturulamamış olup, tartışmalı bir konudur (1,2,3,6,12).

Makroskopik olarak, 1 - 6 cm. arasında değişen çaplarda, hatta daha fazla olabilirler. Sınırlı bir gölge verirler. Ayrıca soliter nodül şeklinde de olabilirler. Nadir rastlanan tümörlerden olup, rutin radyografik kontrollerde saptanabilirler. Yüzeyleri, lobüle ve düzgündür. Plevrada olduğu zaman, pediküllü olabilirler Fibröz doku veya kartilaj nodülleri görülebilir (7,10,13). Genellikle, mavi-beyaz renktedirler. Tebeşir beyazı veya sarımtırak renkte, kalsifikasyon alanları gösterir. Yumuşamış veya kistik alanlar vardır. Antrakotik pigment yoktur. Daha büyük lezyonlarda, bronş itilmesi veya kompresyonuna bağlı bronşektazi gelişebilir.

Mikroskopik olarak, bu tümörler genellikle, mezanşimal ve epitelial dokuların karışımından ibarettir. Kartilaj dokusu hakimdir. Ek olarak yağ hücreleri, düz kas lifleri, yuvarlak hücre kolleksiyonu, sıklıkla kalsifikasyon, kan damarları bulunabilir (2,12,13). Meme fibro-adenomlarında olduğu gibi, fibrositik bir stomal dokunun dağıttığı, silendirik veya kübik epitel hücrelerinin oluşturduğu kordonlar ve adenoid varyasyonlar izlenir (14). Epitel, bronş epiteline benzer, ancak genellikle sillia yoktur. Nadiren, sillialı epitel ile döşeli, mesafeler gösterir (6). Bu yarıkların bazılarında da yassı epitel izlenir (15). Arada, lenfoid doku bulunabilir (15). Stroma, kıkırdak (hyalin, fibröz veya elastik) hücrelerden oluşur ve fibröz doku ile çevrelenmiştir. Arada yağ hücreleri ve düz kas demetleri görülür. Kıkırdak veya bağ dokusunda, kalsifikasyon veya kemikleşme olabilir. Nadiren kıkırdak görülmez. Kemikleşme, çok nadir bir bulgudur (14). Gelişimleri yavaştır (8).

Multipl pulmoner hamartom, radyolojik görünümü ile, çoğu kez, metastatik tümör olarak yanlış tanımlanır (4).

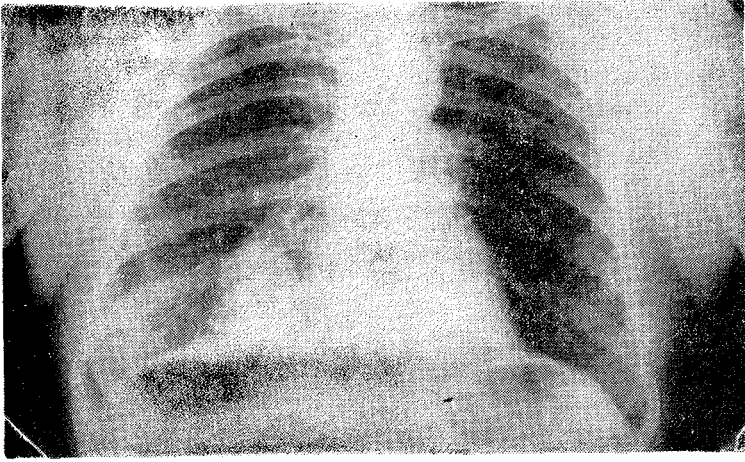
Kendisine verilen isimlerden ve verilen bilgilerden anlaşıldığı üzere, bronş hamartomlarının osteid komponent gösteren şekli çok nadirdir. Dünya literatürüne geçmiş, bir iki vak'a ancak bilinmektedir. Bizde bu nedenle vak'amızı yayınlamayı uygun bulduk.

Vak'a Takdimi : H.H. 35 yaşında. Kadın. Prot No: 9556. Öksürük, kanlı balgam, sağ yan ağrısı yakınmaları olan hastaya, çekilen PA toraks grafisinde saptanan lezyon üzerine kliniğimize yatırılmıştır.

Sistemlerin fizik muayenesinde, patolojik bulgu saptanmamıştır.

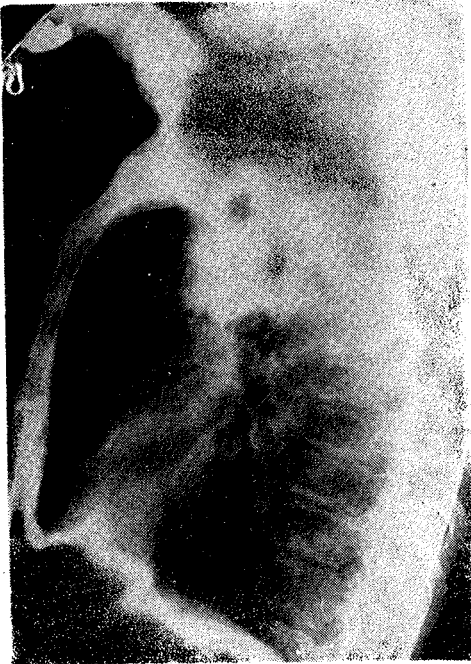
Labaratuvar bulgularında : kan, idrar tetkiki : N. Rijit ve Fiberoptik bronkoskopi : normal.

Resim 1. de görüldüğü üzere, PA toraks radyografisinde : sağ alt lobda, kardiyo diafragmatik sinüs'e lokalize, 5x6 cm. çapında, sınırları belirgin homojen dansite mevcuttur. (Resim : 1). Sağ yan grafide lezyon, diafragma üzerinde, columna vertebralisin 3-4 cm. önünde lokalize idi. (Resim : 2)

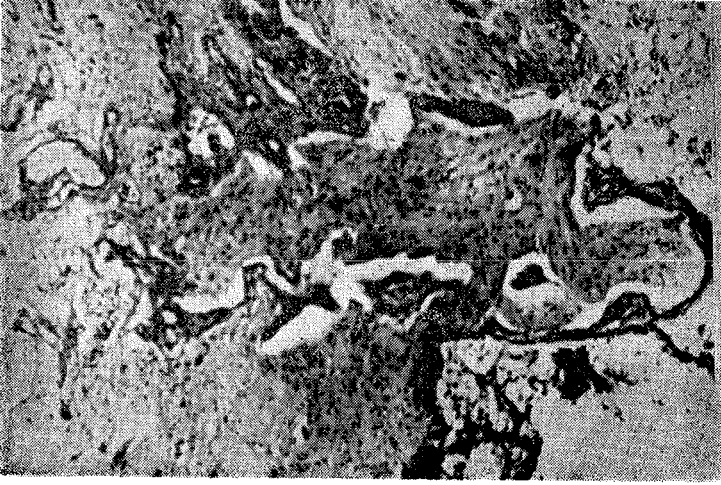


Resim : 1 - Hastamızın PA toraks grafisi (H.H. P : 9556)

28.6.1973'de sağ torakotomi yapıldı. Ameliyatta : sağ alt lobda 6x7 cm. boyutlarında, tümöral kitle saptandı. Pnömotomi yapıldı. Frozen - section ile çalışılarak biopsi alındı. Gönderilen materyalin tümöral proçes olarak değerlendirilmesi ve malignite yönünden, kesin bir belirleme yapılamadığı için lobektomiye karar veril-



Resim : 2 - Hastamızın sağ yan toraks grafisi (H.H. P : 9556)



Resim : 3 - Mikzomatö sahalar ve epitellial komponent.

di. Sağ alt lobektomi uygulandı. Post - operatif devrede komplikasyon olmadı. Hastanın halen klinik kontrolümüzde olup, bir şikayeti yoktur.

Ameliyat parçasının Patolojik tetkiki (biopsi no : 3777) aşağıda belirtildiği tarzdadır.

Makroskopi : Büyüğü 18X10X5 mm. boyutlarında kesit yüzü antrakotik ve yer yer nekrotik görünümlü 6 adet lenf bezi ile 2X1,5X0,5 cm. boyutlarında frozen artığı. Ayrıca gönderilmiş 15X10X7 cm. boyutlarında lobektomi materyali.



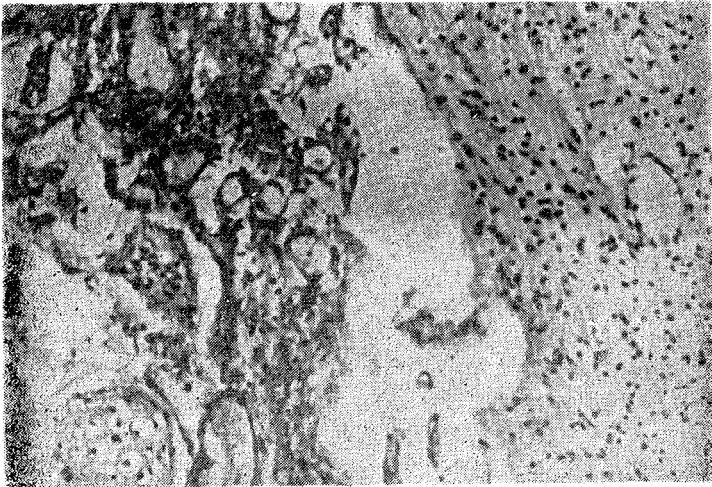
Resim : 4 - Kırırdak ve yer yer hyalinizasyon arzeden fibröz doku arasında yer almış epitellial adalar.



Resim : 5 - Kıkırdak doku ve adenoid varyasyonlar gösteren epitelyal adalar.

Hilusa yakın kısımda 5 cm. çapa varan lastik kıvamında tümöral bir gelişim tesbit edildi. Tümörün muntazam kapsüllü görünümde olduğu bronşla ilgisi bulunmadığı ve kesitte yer yer kalsifiye görünümlü olduğu tesbit edildi.

Mikroskopi : Makroskopide tarif edilen tümöral proçesten hazırlanan kesitlerde, frozen - sectionda görülen ve çok küçük sahaya inhisar eden epitelyal komponente ilave olarak mikzomatö sahalar (Resim : 3), yer yer kondromatöz yapıya benzeyen, yer yer ise hyalizine fibröz doku ve fibroblastlara ait proliferasyonla karakterize stroma (Resim : 4) dikkati çekmiş, epitelyal komponentin bazı kı-



Resim : 6 - Resim 5 in değişik sahalardaki görünümü.

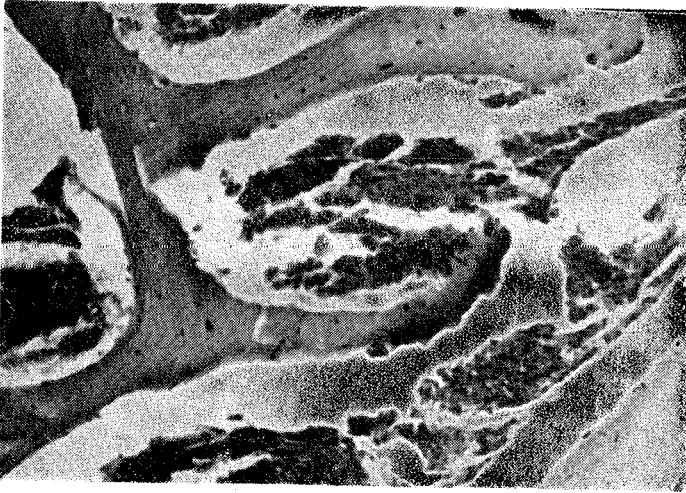


Resim : 7 - Resim 5 in değişik sahalardaki görünümü.

sımlarda adenoid yapılar (Resim, 5,6,7) yapma çabasında olduğu bu stroma içine doğru artmış sellülarite şeklinde ilerlediği, yer yer solid sahalar ve papiller projeksiyonlar oluşturduğu, arada büyük nüveler ve tek tük mitoz gösterdiği kanama sahaları ile damar noktalarının mevcudiyeti izlenmiştir. Bir sahada osteoid metaplazi dikkati çekmiştir.

Lenf ganglionların incelenmesinde : tümöral gelişme saptanamamıştır. Lenf ganglionlarının bir tanesinde granümatöz iltihap tesbit edilmiştir.

Mikroskopik tanı : Mikst tümör (Osteid komponent gösteren) ve lenf ganglionunda granümatöz iltihap.



Resim : 8 - OSTEOİD metaplazi görünümü.

TARTIŞMA

Miks tümörler, daha ziyade 40 yaş civarında ve daha çok erkeklerde görülür (3). İntra - pulmoner ve endo - bronşial tümörlerde, seks ve yaş insidansı aynıdır. Bateson'un yaptığı literatür taramasında, 657 vak'adan : intra - pulmoner olanların % 71,3'ü erkek, % 28,7'si kadın, endobronşial olanların ise : % 3,3'ü erkek, % 16,7'si kadındır. Buradanda görüldüğü üzere, bariz olarak erkeklerde daha fazla rastlanmaktadır (2,6,8,15). Bizim vak'amız ise kadındı. Bu vak'aların % 80,5'i intra - pulmoner, % 19,5'i endo - bronşialdır. Yani intra - pulmoner şekiller daha çok görülmektedir. Çoğu periferde yerleştiğinden ve küçük olduğundan semptom vermezler, tesadüfen farkedilirler (15).

Bu tümörlerin çoğunda mevcut şikayetler, tümör ile bronkus arasındaki ilişkiye göre gelişir. Bronş obstrüksiyonu belirtileri verebilirler (6). İntra - pulmoner olanların, genellikle bronkus ile bağlantıları yoktur. Fakat bazı vak'alarda, bunlardada tümörün, küçük bronkus duvarları ile ilişkileri olduğu gösterilmiştir. Favre, Hammer, Möller, bu tip, bir kaç vak'a rapor etmişlerdir (3). Bizim vak'amızda ise, tümörün bronkus ile ilişkisi görülmemiştir. Ayrıca bir hastada, birden fazla tümör görülmesi, son derecede nadirdir (3,9). İntra - pulmoner tümörlerdeki epitelial hücreler ile örtülü yarıklar, endobronşial tümörlerde mevcut değildir (12).

Genellikle her iki tümördede yaklaşık olarak, aynı dokular hakimdir. Karakteristik eleman kartilajdır. Miksomatö doku genellikle bulunur. Bizim vak'amızda, tümör kalsifiye görünümlü olup, epitelial komponentlere ek olarak, mikzomatö sahalar, fibröz doku, fibroblast proliferasyonu ve kanama sahaları ile, damar noktaları saptanmıştır.

Möller ve Willis'e göre bu tümörler, bronş epiteli proliferasyonunun tembihi ile, örtücü epitel altındaki konnektif dokunun, olaya sekonder olarak katılması şeklinde olmasına rağmen, Butler, ve Kleinerman, bunları konnektif dokunun, primer, neoplastik gelişimi olarak kabul ederler (5).

ÖZET

Çok nadir, akciğer mixed tümörü olan, osteid komponent gösteren bir vak'a takdim edildi ve literatür incelendi.

SUMMARY

Mixed tumor of the lung

A very rare mixed tumor of the lung showing osteoid component has been presented and the literature reviewed.

LİTERATÜR

1. Ackerman, L.V., J. : Surgical pathology. Fifth Edition. The C.V. Mosby Company : 220, 1974.
2. Bateson, E.M. : Relationship between intrapulmonary and endobronchial cartilage - containing tumours (so called hamartomata) Thorax, 20 : 447, 1965.
3. Bateson, E.M. : Cartilage - containing tumours of the lung. Thorax, 22 : 256, 1967.
4. Butter, C., Kleinerman, J. : Pulmonary Hamartoma. Arch. Path. 88 : 584, 1969.
5. Erhan, Y. : Akciğerin mikst tümörü. Ank. Pat. Derg. II. Simpozyum. Akciğer tümörleri. P : 126, 1971.
6. Evans, R.W. : Histological Appereances of Tumors, E - S Livingstone LTD.
7. Kurrus, F.D., Conn, J.H. : Endobronchial hamartoma. Thoracic and cardio vasc. Surg, 50 : 138, 1965.
8. Liebow, A.A. : Tumors of the Lower Respiratory Tract Armed Forces İnstitute of Pathology. Washington, D.C. 1952.
9. Madani, M.A., Dafoe, C.S., Ross, C.A. : Multiple hamartomata of the lung. Thorax, 21 : 468, 1966.
10. Martini, N., Beattie, J.E. : Less common Tumors of the lung İn General Thoracic Surg. ed : T.W. Shields Lea Febigor, Philadelphia, P : 846, 1972.
11. Nuendel, H.J., Yelin, G. : Primary chondroma of the lung. Disease of the chest, 28 : 403, 1955.
12. Schiodt, T., Jensen, K.G. : Malignant teratoid tumour of the lung : malignant hamartoma. Thorax, 15 : 120, 1960.
13. Spencer, H. : Hamartomas, blastoma and teratoma of the lung. Pathology of the lung, P : 758, 1963.
14. Watson, W.L. : Lung cancer, The C. V. Mosby Co, Saint Louis, 104, 1968.
15. Wright, C.P., Symmers, N. St C., Cameron, R. : Systemic Pathology, 1 : 421, Logmans, 1966.