

ATİPİK RADYOLOJİK GÖRÜNÜM İLE SEYREDEDEN AKCİĞER ADENOKARSİNOMU *Lung Adenocarcinomas with Atypical Radiological Appearance*

Ülkü EREN¹, Kubilay İNAN², Derya BALCI KÖROĞLU³, Ünsal HAN⁴

Afiliasyon / Affiliation:

¹Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Yenimahalle Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Cerrahisi Kliniği

²Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Yenimahalle Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı

³Ankara Etlik Şehir Hastanesi Göğüs Cerrahisi Kliniği

⁴Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Patoloji Kliniği

Sorumlu Yazar /

Correspondence:

Dr. Öğr. Üyesi Kubilay İNAN
Yıldırım Beyazıt Üniversitesi
Tıp Fakültesi, Yenimahalle
Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı
Address: Yeni Batı, 2365.
Sk.,06370 Batıkent /
Yenimahalle/Ankara
Mail: kubilay_nan@yahoo.
com

Geliş / Received: 07.08.2024

Kabul / Accepted: 13.08.2024

Cite as:

Eren, Ü., İnan, K., Köroğlu
Balcı, D., Han, Ü. (2024).
Lung Adenocarcinomas
with Atypical Radiological
Appearance. Turkish Medical
Journal, 9(2),86-91.

ÖZET

Akciğer kanserinin yaşam süresini uzatan en ideal tedavi şekli tümör rezeksiyonudur. Uygun tedavi yaklaşımının tespit edilebilmesi için hastalığın adının konulması ve evrelemesinin yapılması gereklidir. (Adenokarsinomlar) sıklıkla 40 yaş altı sigara kullanmayan kadınlarda görülür. Radyolojik bulgular sıklıkla pulmoner nodül, buzlu cam görünümü veya kitle olarak izlenir. Yavaş büyüme özelliği gösterirler fakat erken metastaz sık görülür. Olgumuzda radyolojik ve ameliyat bulguları ile malignite düşünülmemiş olup adenokarsinom tanısı almıştır. Bu sebeple benzer olgularda adenokarsinom akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler : Adenokarsinom, Bilgisayarlı tomografi, Cerrahi

ABSTRACT

The most ideal treatment for lung cancer that extends survey is tumour resection. To determine the correct treatment approach, the diagnosis and staging should be identified. Adenocarcinomas are often seen in women below 40 years of age who do not consume cigarettes. Radiological findings are mostly pulmonary nodules, ground glass opacity or mass. Although they are known as slow to grow tumours, early metastasis is often observed. Our case which radiological features and surgical findings wise was not considered as malignancy, got an adenocarcinomas diagnosis. In that sense, in similar cases the possibility of adenocarcinomas should be kept in mind.

Keywords: Adenocarcinomas, Computed tomography, Surgery

GİRİŞ

Akciğer kanseri (ACK) dünya genelinde kansere bağlı ölüm sebeplerinin başında gelmektedir (Jemal ve ark., 2009). Sigara etiyojide en önemli risk faktörü olmakla beraber radon, asbest ve hava kirliliğine maruziyet de patogeneze rol oynamaktadır (Chheang & Brown, 2013). Tedavi yaklaşımında alınacak kararı tümörün tipi, hastalığın evresi, yaş, pulmoner fonksiyonlar, hastanın genel durumu ve komorbiditeler direk etkileyen parametrelerdir. Primer tümörün boyut ve lokalizasyonu tanıya gitmek için seçilecek olan uygun yöntemi belirlemede yol göstericidir. Bilgisayarlı tomografi (BT), F-18 florodeoksiglukoz pozitron emisyon tomografisi/bilgisayarlı tomografi (PET/BT), manyetik rezonans görüntüleme (MRG) tanı/evreleme amaçlı kullanılır. Hüresel tip tayini için sitoloji örnekleri ve biyopsi yaklaşımları gerekli olmaktadır. Maligniteyi düşündürmeyen klinik, radyolojik ve ameliyat bulguları olmasına rağmen olgumuzda patolojik değerlendirme adenokarsinom (AK) tanısı koymuştur. Benzer durumlarda malignite ihtimalinin her zaman akılda tutulması uygun tedavi yaklaşımını mümkün kılar.

OLGU SUNUMU

Altmış beş yaşında erkek hasta nefes darlığı ve göğüs ağrısı sebebi ile farklı bir merkezde çekilen toraks BT'de kitle tespit edilmesi üzerine kliniğimize yönlendirildi. Özgeçmişinde ek hastalık olmayıp, 12 paket/yıl sigara kullanma hikayesi mevcuttu. Hastamızın yapılan fizik muayenesinde sağ orta ve alt zon akciğer alanlarında solunum seslerinde azalma izlendi. Laboratuvar testleri normaldi. Çekilen posteroanterior (PA) akciğer grafisinde sağ alt zon orta lob lokalizasyonunda 105 mm x 100 mm çaplarında düzgün kontür özellikleri gösteren kitle lezyonu izlendi (Resim 1). Solunum fonksiyon testlerinde FEV1: 2.32 %79 FVC: 2.85 %75.6 FEV1/FVC: 81.5 idi. Toraks BT'de sağ akciğer orta lob bronşu düzeyinde izlenen majör fissüre devam eden paramediastinal ve subkostal plevraya uzanan yaklaşık 100 mm boyutunda içinde yer yer hava dansitesi görünümü izlenen kitle lezyonu izlendi (Resim 2 ve 3). Hastamıza tomografi eşliğinde transtorasik biyopsi planlandı ve PET/BT istendi. Bronkoskopik değerlendirmesinde patolojik görünüm izlenmedi.

PET/BT raporunda orta lob yerleşimli 100x125x89 mm boyutlu geniş hipodens ve ametabolik alanlar içeren kistik? nekrotik? kitle lezyonunda heterojen tarzda artmış metabolik aktivite tutulumu (SUV-max: 4,91) izlenmekte olup ön planda benign patolojileri düşündürmektedir, şeklinde yorumlanmıştır. Yapılan tru-cut biyopsi ve transtorasik ince iğne aspirasyonu (TTİA) sitolojisinin sonucu tanısal olmayıp mukus ve müsinde ibaret şeklinde yorumlandı. Hastamızın radyolojik takibinde kitlede progresyon ve yoğun içerikli plevral sıvı gelişimi izlendi. Mevcut bilgiler ışığında ön planda benign patolojiler düşünülerek tanı ve tedavi amaçlı eksploratif torakotomi kararı verildi. Gözlemde orta lobun tamamının elastik kıvamda materyal ile dolu olduğu gözlemlendi. Plevral sıvının tru-cut biyopsiye bağlı perforasyon sonucu lob içi materyalin plevral aralığa boşalması sonucu geliştiği görüldü. Orta ve alt lob viseral plevrasında kalınlaşma mevcuttu. Palpasyonda kitle pulsasyon vermiyordu. Aspirasyon ile herhangi bir yapı alınamadı. Yapılan pnömotomi sonrası içeriğin jöle kıvamında sarı kahverengi renkte viskoz bir yapı olduğu izlendi. Rezektif cerrahi kararı ile orta lobektomi yapıldı. Rezeksiyon esnasında maligniteyi düşündürülen bir bulgu ile karşılaşılma. Postoperatif patolojisi miks invaziv müsinöz ve non müsinöz (mikropapiller ve papiller subtip) AK olarak raporlandı (Resim 4).

TARTIŞMA

ACK dünya genelinde en sık görülen kanser türüdür. Sigara kullanımı veya sigara dumanına maruziyet etiyojide önemli bir yere sahiptir. Tüm akciğer kanserlerinin yaklaşık %85'i küçük hücreli dışı akciğer kanseri, %15'i küçük hücreli akciğer kanserinden oluşmaktadır. AK ise akciğer epitelyal tümörlerinin en yaygın görülen alt tipidir (Yıldız, 2017; Herbst ve ark., 2008). Genellikle kadınlarda ve sigara içiciliği bulunmayan kişilerde daha sık görülmektedir (Davidson ve ark., 2013). Akciğer periferinde yerleşme eğilimi göstermektedir. Son yıllarda akciğer kanserinin özellikle akciğer AK'larının kapsamlı genomik profilinin ortaya konması hedefe yönelik tedavi seçeneklerinin gelişmesini sağlamıştır (Kerr ve ark., 2014).

ACK klinik bulgular kitlenin yerleşim yeri, çapı,

komşuluk gösterdiği yapılara invazyon yapıp yapmadığı, metastaz durumu, paraneoplastik sendromlar gibi faktörlere bağlı olarak değişir. Santral yerleşim gösteren ve büyük çapa sahip kitleler öksürük, nefes darlığı, enfeksiyon kliniği, hemoptizi, ağrı şikayeti oluşturur. Bizim hastamızda kitlenin çapı sebebiyle komşu yapılara bası etkisi oluşturduğu için nefes darlığı, göğüs ağrısı şikayeti mevcuttu.

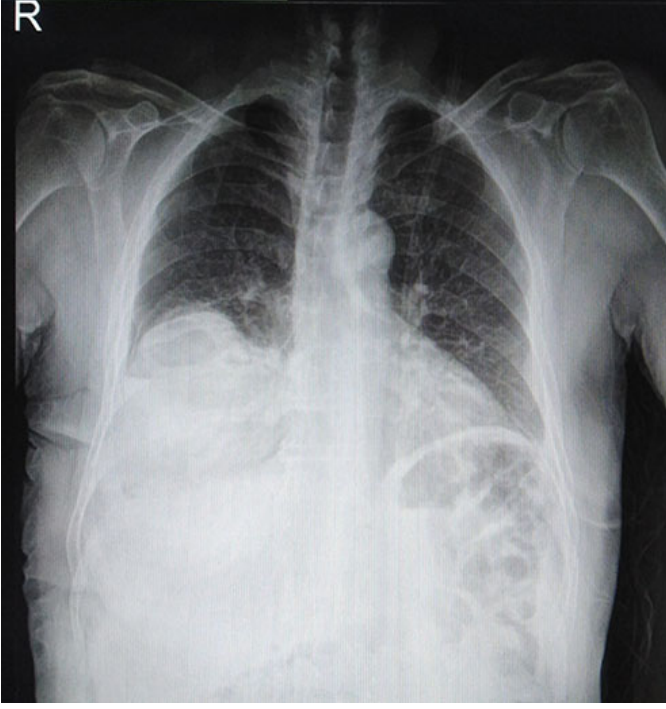
ACK şüphesi ileri değerlendirme gerektirir. Sağkalım direkt tanı sırasındaki evreye bağlıdır. Tanısal yaklaşım radyolojik bulgular ışığında şekillenir bu anlamda PA akciğer grafisi sonrasında Toraks BT en temel görüntüleme yöntemidir. BT tümörün genel yapısı, hiler ve mediastinal tutulum olup olmadığı, plevral veya perikardiyal efüzyon varlığı, mediastinal yapılar ile kitlenin ilişkisi hakkında ayrıntılı bilgiler verir (McLoud, 2002). Radyolojik olarak ACK'sine benzer görünüm veren hastalıklar bu aşamada ayırıcı tanıda akılda tutulmalıdır. AK'lar radyolojik olarak toraks BT incelemelerinde pür buzlu cam opasiteleri veya kısmen solid buzlu cam nodülleri şeklinde görülebilir. Konsolidasyon/pnömonik konsolidasyon, nodül/nodüller, kitle şeklinde de izlenebilir (McLoud, 2002; Balcı & Altay, 2014). Hastamızda izlenen kitle yapısı mediastinal alandan plevral yüzeye kadar devam etmekte olup kistik/nekrotik özellik arz etmekteydi.

Hastalığın metabolik aktivitesini gösteren PET/BT malign/benign lezyon ayırımında, evreleme yeniden evreleme aşamasında, tedaviye yanıtın değerlendirilmesinde, metastatik hastalık varlığını göstermede yol göstericidir (Savaş, 2020). Bu görüntüleme yönteminde yanlış pozitif ve yanlış negatif sonuçlar alınabileceği akılda tutulmalıdır. Hastamızın PET/BT sonucunda SUVmax: 4.91 tutulum izlenen akciğer lezyonu dışında diğer vücut dokularında normal fizyolojik dağılım izlenmiştir. Ön planda benign patolojiler lehine yorumlanmıştır. AK'ların SUVmax değerlerinin diğer kanser türlerine göre daha düşük olduğunu bildiren çalışmalar mevcuttur. Özellikle bronkoalveolar karsinom SUVmax değeri diğer AK'lara kıyasla anlamlı olarak daha düşük görülmektedir (Aquino ve ark., 2007; Yalçınkaya ve ark., 2015).

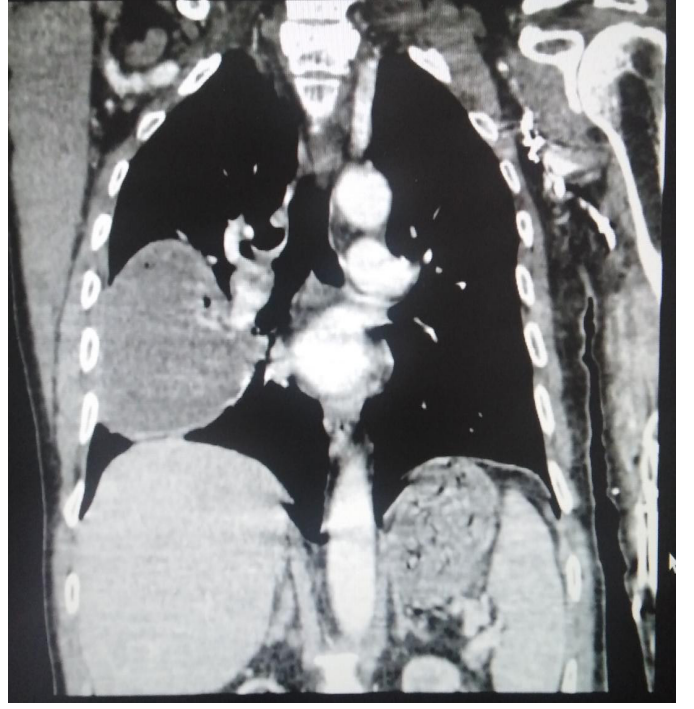
ACK şüphesi bulunan bir hastada yapılması gereken tanısal yaklaşımların tercih sıralaması kitlenin

lokalisasyonuna göre değişebilir. Santral kitlelerde balgam sitolojisi, bronkoskopik değerlendirme (biyopsi ve sitolojik incelemeler); periferik tümörlerde ise TTİİA ve tru-cut biyopsi tanıya gitmede hızlandırıcı rol oynar. Santral lokalizasyon ve plevral komşuluk göstermesi sebebi ile hastamız hem bronkoskopik olarak değerlendirildi hem de TTİİA ve tru-cut biyopsi işlemi yapıldı; fakat tanıya ulaşılmadı. Mediasten lenf nodu varlığında sitolojik inceleme amaçlı endobronşiyal ultrasonografi, mediastinoskopi, endoözefagial ultrasonografi tercih edilir. Plevral sıvı varlığında plevral sıvı örnekleme biyokimya ve sitolojik inceleme yapılmalıdır. Periferik küçük lezyonlarda video torakoskopik biyopsi ile lezyonun tamamının çıkarılması tanıyı koyduran yaklaşım olacaktır. Açık cerrahi ile kitleden biyopsi tanı konulamayan durumlarda seçilebilecek bir başka yöntemdir. Eş zamanlı frozen inceleme cerrahi esnasında vakit kaybı yaşamadan ek cerrahi yaklaşım da olanak sağlar. Cerrahi dışı yöntemler ile tanı koyamadığımız hastamızda açık cerrahi yaklaşım tercih edilmiştir. Tanı rezeksiyon materyalinden konulmuştur.

AK'lar genellikle periferik yerleşim gösteren, sıklıkla buzlu cam görünümünde izlenen ve PET/BT' de düşük SUVmax değeri ile izlenen malignitelerdir. Olgumuzda 100 mm üzerinde çapı olan kitlenin içeriği kistik/nekrotik özellikte olup çevre yapılara bası etkisi oluşturmaktaydı. Tanı konulamayan olgumuzda tanı ve tedavi amaçlı orta lobektomi yapıldı. Patolojik tanısı AK gelen olgumuzu atipik klinik ve radyolojik özellikler göstermesi sebebiyle paylaşıyoruz.



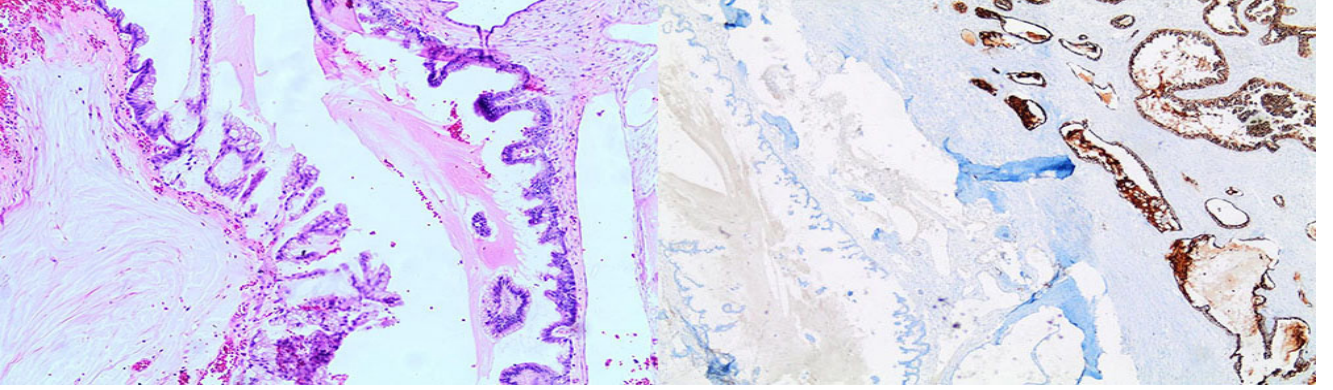
Resim 1. Hastanın preoperatif posteroanterior akciğer grafisinde lezyonun görüntüsü.



Resim 2. Hastanın preoperatif toraks bilgisayarlı tomografi mediasten kesitinde orta lob yerleşimli kitlenin görüntüsü.



Resim 3. Hastanın preoperatif toraks bilgisayarlı tomografi parankim kesitinde orta lob yerleşimli kitlenin görüntüsü.



Resim 4: Hastanın patolojik incelemesinde tümör hücreleri CK7 ile diffüz pozitif olup CK20 ve GATA3 negatif izlenmiştir. Nonmüsinöz komponent NapsinA ve TTF-1 pozitif olup müsinöz komponentte negatiftir. CDX2 müsinöz komponentte pozitifdir. EMA (MUC1) konvansiyonel komponentte diffüz pozitif olup diğer komponentte yamalı boyanma göstermiştir. MUC2 konvansiyonel komponentte negatif olup müsinöz komponentte pozitifdir.

Finansal Destek:Bu çalışma sırasında yapılan araştırma konusu ile ilgili doğrudan bağlantısı bulunan herhangi bir ilaç firmasından, tıbbi alet, gereç ve malzeme sağlayan ve/veya üreten bir firma veya herhangi bir ticari firmadan, çalışmanın değerlendirme sürecinde, çalışma ile ilgili verilecek kararı olumsuz etkileyebilecek maddi ve/veya manevi herhangi bir destek alınmamıştır.

Çıkar Çatışması:Bu çalışma ile ilgili olarak yazarların ve/veya aile bireylerinin çıkar çatışması potansiyeli olabilecek bilimsel ve tıbbi komite üyeliği veya üyeleri ile ilişkisi, danışmanlık, bilirkişilik, herhangi bir firmada çalışma durumu, hissedarlık ve benzer durumları yoktur.

KAYNAKLAR

- Aquino, S. L., Halpern, E. F., Kuester, L. B., & Fischman, A. J. (2007). FDG-PET and CT features of non-small cell lung cancer based on tumor type. *International journal of molecular medicine*, 19(3), 495-499.
- Balcı, P., & Altay, C. (2014). Akciğer Kanserinde Radyolojik Bulgular. *Türk Radyoloji Seminerleri*, 2, 304-315.
- Chheang, S., & Brown, K. (2013). Lung cancer staging: clinical and radiologic perspectives. *Seminars in interventional radiology*, 30(2), 99-113.
- Davidson, M. R., Gazdar, A. F., & Clarke, B. E. (2013). The pivotal role of pathology in the management of lung cancer. *Journal of thoracic disease*, 5 Suppl 5(Suppl 5), S463-S478.
- Herbst, R. S., Heymach, J. V., & Lippman, S. M. (2008). Lung cancer. *The New England journal of medicine*, 359(13), 1367-1380.
- Jemal, A., Siegel, R., Ward, E., Hao, Y., Xu, J., & Thun, M. J. (2009). Cancer statistics, 2009. *CA: a cancer journal for clinicians*, 59(4), 225-249.
- Kerr, K. M., Bubendorf, L., Edelman, M. J., Marchetti, A., Mok, T., Novello, S., O'Byrne, K., Stahel, R., Peters, S., Felip, E., & Panel Members (2014). Second ESMO consensus conference on lung cancer: pathology and molecular biomarkers for non-small-cell lung cancer. *Annals of oncology : official journal of the European Society for Medical Oncology*, 25(9), 1681-1690.
- McLoud T. C. (2002). Imaging techniques for diagnosis and staging of lung cancer. *Clinics in chest medicine*, 23(1), 123-136.
- Savaş RS. (2020). PET/BT Uygulamaları. *Trd Sem* 8:148-154.
- Yalçınkaya E., Anar C., Yavuz M. Y., Ünsal İ., Güldaval F., Kocakuşak D., & Halilçolar H. (2015). Küçük Hücreli Dışı Akciğer Kanseri Olgularında PET/BT'DEKİ Primer Tümör SUVmax Değerinin Prognostik Değeri ve Uzak Organ, Lenf Nodu Metastazı ile İlişkisi. *İzmir Göğüs Hastanesi Dergisi*, 29(3), 127-137.5
- Yıldız, K. (2017). Akciğer Kanserinin Sınıflamasında Patolojide Yenilikler. *Toraks Cerrahisi Bülteni*, 10, 31-39.