

Bronşiyal mukoeypidermoid karsinoma sleeve lobektomi ile yaklaşım

Treatment with sleeve lobectomy of bronchial mucoepidermoid carcinoma

Hasan Ersöz**, Duygu Gürel*, Aydın Şanlı**, Ahmet Önen**, Nezih Özdemir**

* Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Patoloji AD, İzmir

** Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi AD, İzmir

Özet

Mukoeypidermoid karsinom trakeobronşiyal sistemde nadir görülen ve bronşiyal gland tümörleri içerisinde sınıflandırılan bir tümördür. Olgumuz olan 20 yaşındaki kadın hasta tekrarlayan öksürük nedeniyle tetkik edildi. Toraks bilgisayarlı tomografisinde sol akciğer hiler bölgede kitle lezyonu izlendi. Fiberoptik bronkoskopi de sol alt lob bronşunda endobronşiyal lezyon görüldü. Bronkoskopik biyopsi sonucu düşük dereceli mukoeypidermoid karsinom olarak raporlandı. Evreleme amaçlı istenen pozitron emisyon tomografisinde kitledeki artmış floro deoksi glukoz tutulumu dışında herhangi bir patolojik tutulum izlenmedi, olguya sol akciğer alt lob sleeve lobektomi uygulandı. Patolojik olarak T₂N₀M₀ düşük dereceli mukoeypidermoid karsinom olarak sonuçlanan olgunun izlemine karar verildi. Otuz aylık süreçte hasta nüks olmadan izlendi. Tekrarlayan solunum sistemi semptomlarında, tanı algoritması uygulamasının çok değerli olduğu ve düşük dereceli mukoeypidermoid karsinom da lenf nodu ile uzak organ metastazı olmaması durumunda R₀ cerrahi rezeksiyonun küratif olduğu ilgili literatürler eşliğinde tartışılmıştır.

Pam Tıp Derg 2012;5(1):28-30

Anahtar sözcükler: Mukoeypidermoid karsinom, cerrahi, akciğer, sleeve lobektomi

Abstract

Mucoepidermoid carcinoma is a rarely seen tumor of the tracheobronchial tree and is categorized in bronchial gland tumors. A 20-year-old female patient was examined due to persistent cough, as our case. A mass lesion at hilar region of the left lung was detected in thorax computerized tomography. Endobronchial lesion was seen in the left lower lobe bronchus via fiberoptic bronchoscopy. As a result of bronchoscopycal biopsy, it was reported as low-grade mucoepidermoid carcinoma. For staging, positron emission tomography was applied. There was not any pathological involvement except fluoro deoxy glucose involvement in the mass. Left lung lower lobe sleeve lobectomy was conducted in the case. It was decided to follow up the case after the pathological diagnosis was reported as low grade mucoepidermoid carcinoma T₂N₀M₀. Over a period of 30 months, the patient was followed up without recurrence. We discussed with related literature that the use of diagnostic algorithm for the recurrent respiratory tract symptoms is very valuable and R₀ surgical resection is curative on the instances when there is not any lymph node and distant metastases at low grade mucoepidermoid carcinoma,

Pam Med J 2012;5(1):28-30

Key words: Mucoepidermoid carcinoma, surgery, lung, sleeve lobectomy

Hasan Ersöz

Yazışma Adresi: Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi AD., İzmir

e-mail: hasan.ersoz@deu.edu.tr

Gönderilme tarihi: 30.06.2011

Kabul tarihi: 17.11.2011

Giriş

Mukoepidermoid karsinom trakeobronşial ağacın nadir görülen bir tümörüdür ve bronşial gland tümörleri veya bronş adenomları içerisinde sınıflandırılır. Histolojik olarak, düşük dereceli ve yüksek dereceli olarak sınıflandırılmakla, düşük dereceli tümörlerde solid alanlar musin sekrete eden kolumnar epitel ile döşeli küçük glandlar, tübüller ve kistlerden oluşur. Nekroz ve mitoz sık değildir. Sıklığı primer akciğer tümörleri içerisinde % 0,2, bronşial gland tümörleri içerisinde ise % 1'dir [1]. Düşük dereceli mukoepidermoid karsinom genç yaşlarda ve sıklıkla endobronşial yerleşimli olarak görülür. Bu nedenle sıklıkla tekrarlayan solunum sistemi semptomlarına (öksürük, balgam, nefes darlığı vb.) yol açar. Bu tümörün tedavisinde klasik olarak R₀ olacak şekilde parankim koruyucu cerrahi uygulanmakta olup bizim olgumuzda peroperatif parankim invazyonu şüphesi ile sleeve lobektomi uygulanmıştır.

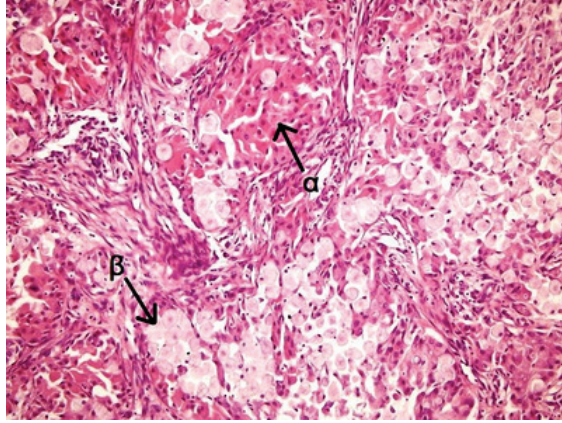
Olgu Sunumu

Yirmi yaşında kadın hasta sık tekrarlayan öksürük nedeniyle tetkik edildi. Toraks bilgisayarlı tomografi (BT) sinde 4 x 3 cm boyutlarında sol akciğer hiler bölgede, sol akciğer alt lob bronşunu saran kitle lezyonu izlendi (Resim 1).



Resim 1: Sol akciğer alt lob bronşunu saran kitlenin toraks BT görüntüsü (ok).

Fiberoptik bronkoskopi (FOB) de sol akciğer alt lob bronşunun endobronşial kitle ile tamamen tıkalı olduğu görüldü. Bu lezyondan alınan materyalin histopatolojik sonucu düşük dereceli mukoepidermoid karsinom olarak raporlandı (Resim 2).



Resim 2: α: Skuamoid poligonal neoplastik epitelial komponent. β: Sekretuar kolumnar epitel komponenti. HE X20.

Mikroskopik incelemede nekrozun yokluğuna, nükleer polimorfizme, normalde yüksek dereceli mukoepidermoid karsinomlarda görülen mitotik aktivitenin skuamoid intermediate tip poligonal hücrelerde hakim olmamasına, bu hücrelerle sekresyon yapan kolumnar epitel hücrelerinin kesin sınırlarla ayrılmasına ve büyüme paterninin solid veya kümelenme şeklinde olmasına bağlı olarak olgu; düşük dereceli mukoepidermoid karsinom olarak değerlendirildi.

Evreleme amaçlı incelenen pozitron emisyon tomografisinde (PET), kitlenin maksimum standart tutulum değeri 4,5 olarak ölçüldü ve bunun dışında herhangi bir patolojik floro deoksi glukoz (FDG) tutulumu saptanmadı. Tümörün büyük boyutlarda olması nedeniyle sol akciğer alt lob sleeve lobektomi ve mediastinal lenf nodu diseksiyonu uygulandı. TNM sınıflamasına göre patolojik evre T₂N₀M₀ düşük dereceli mukoepidermoid karsinom olarak raporlandı. Hastanın izlemine karar verildi. Hasta postoperatif 30. ayda nüks olmadan izlenmektedir.

Tartışma

Tekrarlayan solunum sistemi semptomlarında tanı algoritmasının uygulanması erken tanı ve altta yatan hastalığın etkin tedavisinin sağlanmasında çok önemlidir. Bu amaçla BT ve FOB uygulamalarından kaçınılmamalıdır [1,2]. Böylece akciğer tümörleri erken evrede tanı alabilir.

Solunum yolunda yerleşmiş olan mukoepidermoid karsinom sıklıkla karina

sonrası yerleşimli olmakla, dispne, hemoptizi ve obstruktif pnömoni gibi semptomlara neden olabilir. Her ne kadar FOB, semptomlara yol açan nedeni açığa çıkarmada yardımcı olsa da; mukoepidermoid karsinomlu olgularda FOB ile alınan biyopsi sonucu genellikle bronşa ait granülasyon dokusu olarak sonuçlanmaktadır [3]. Ancak bu durumun olgumuzda olduğu gibi istisnaları vardır. Ayrıca FOB ile görülen kitle mevcudiyeti semptomların açıklanmasını sağlamış olacak, tanısı her ne kadar benign de olsa semptomatik intrabronşial kitle lezyonunun varlığı cerrahi operasyona yönlendirerek doğru tanıya ulaşılmasını ve uygun tedavinin uygulanmasını sağlayacaktır. Bu nedenle tekrarlayan solunum yolu semptomlarında FOB uygulamasından kaçınılmamalıdır.

Pozitron emisyon tomografisi akciğer tümörlerinde önemli bir yere sahip olmasına rağmen FDG tutulumu mukoepidermoid karsinomlarda çok nadir görülür [4]. Bununla birlikte bizim olgumuzda FDG tutulumu mevcuttur. Bu nedenle mukoepidermoid karsinomlarda PET dahil tüm torasik onkolojik tanı ve evreleme algoritması uygulanmalıdır.

Bronş kanserlerinde standart olarak, anatomik rezeksiyon ve mediastinal lenf nodu diseksiyonu uygulanmaktadır. Bronşial gland tümörlerinde ise parankim koruyucu cerrahi denenmeli ancak cerrahi sınırdaki tümör olmamasına dikkat edilmeli ve rezeksiyona patolojik evreleme amaçlı mediastinal lenf nodu diseksiyonu eklenmelidir [5]. Ancak bizim olgumuzda olduğu gibi tümör, 4 x 3 cm boyutunda ve parankim invazyonu yapmış ise anatomik rezeksiyondan kaçınılmamalıdır. Böylece hastaya uzun bir sağ kalım ve kaliteli yaşam sağlanabilir.

Düşük dereceli mukoepidermoid karsinomlarda lenf nodu ve uzak organ metastazı yoksa R₀ rezeksiyon tedavi için yeterli kabul edilmektedir. Adjuvan radyoterapi ise daha çok yüksek dereceli mukoepidermoid karsinomlar veya R₀ olmayan rezeksiyonlar için önerilmektedir [5].

On iki olguluk bir seride R₀ rezeksiyon yapılmış düşük dereceli mukoepidermoid karsinomlu olguların surveyleri incelenmiş ve ortalama 4,7 yıllık izlemde nüks izlenmemiştir. Yine bu çalışmada 27 yıl nüks olmadan yaşayan olgu da bildirilmiştir [6].

Düşük dereceli mukoepidermoid karsinomlarda her ne kadar parankim koruyucu R₀ rezeksiyonlar önerilse de parankim invazyonunun varlığı, kitlenin santral lokalizasyonda ve büyük boyutta olması durumunda; parankim rezeksiyonu da kür için gerekli bir yöntemdir.

Çıkar ilişkisi: Yazarlar çıkar ilişkilerinin olmadığını beyan etmiştir.

Kaynaklar

1. Ghraïri H, Kartas S, Ammar J, Abid H, Ayadi A, Kilani T, et al. Prognosis of mucoepidermoid carcinoma of the bronchi. *Rev Pneumol Clin* 2007;63:29-34.
2. Sogut A, Yilmaz O, Yuksel H. A rare cause of persistent atelectasis in childhood: mucoepidermoid carcinoma. *Tuberk Toraks* 2008;56:325-328.
3. Welsh JH, Maxson T, Jaksic T, Shahab I, Hicks J. Tracheobronchial mucoepidermoid carcinoma in childhood and adolescence: case report and review of the literature. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 1998;45:265-273.
4. Ishizumi T, Tateishi U, Watanabe S, Maeda T, Arai Y. F-18 FDG PET/CT imaging of low-grade mucoepidermoid carcinoma of the bronchus. *Ann Nucl Med* 2007;21:299-302.
5. Sanli M, Tuncozgur B, Isık AF, Meteroğlu F, Bakır K, Elbeyli L. Sleeve resection of mucoepidermoid carcinoma in left main bronchus through median sternotomy. *Turkish J Thorac Cardiovasc Surg* 2010;18:151-153
6. Heitmiller RF, Mathisen DJ, Ferry JA, Mark EJ, Grillo HC. Mucoepidermoid lung tumors. *Ann Thorac Surg* 1989;47:394-399.