

AKCİĞER KANSERİ VE ORGANİZE PNÖMONİ BİRLİKTELİĞİ: OLGU SUNUMU

LUNG CANCER COEXISTING WITH ORGANISING PNEUMONIA: CASE REPORT

Emine AKSOY, Fatma TOKGOZ, Yasemin BODUR, Tulin SEVİM

Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği,
İstanbul, Türkiye

Anahtar sözcükler: Akciğer kanseri, organize pnömoni

Key words: Organising pneumonia, lung cancer

Geliş tarihi: 14 / 06 / 2014

Kabul tarihi: 13 / 12 / 2014

ÖZET

Organize pnömoni (OP), genellikle benign seyreden nadir bir interstisyel akciğer hastalığıdır. Akciğer kanseri ile birlikteliği sıklıkla kanser dokusuna komşuluk ile olur. Altmış yedi yaşında erkek hasta kuru öksürük ve kilo kaybı şikayetleriyle kliniğimize başvurdu. Akciğer görüntülemelerinde bilateral non-homojen konsolidasyon ve sağ hilus üzerinde homojen gölge koyuluğu artışı vardı. Hastada medikal tedavi sonrası bronkoskopi ile sağ üst lob anterior segmentte kitle izlendi ve biyopsi skuamöz hücreli karsinom olarak raporlandı. Kontrol grafilerinde yeni konsolidasyon alanları gelişen hastada OP düşünülerek karşı akciğerden bronkoalveoler lavaj ve transbronşial biyopsi alındı. Organize pnömoni tanısı konuldu. Farklı akciğer alanlarında, eşzamanlı akciğer kanseri ve OP tanısı konulan olgu literatürler eşliğinde sunuldu.

GİRİŞ

Bronşiolitis obliterans organize pnömoni (BOOP) ilk olarak 1985 yılında Epler ve ark. (1) tarafından tanımlanan, genellikle benign seyreden bir interstisyel akciğer hastalığıdır.

SUMMARY

Organizing pneumonia (OP) is a rare interstitial lung disease which usually runs a benign course. The coexistence with lung cancer is often found in the vicinity of the cancer tissue. A 67 year old male patient was admitted to our clinic with complaints of dry cough and weight loss. Lung imagings showed bilateral non-homogeneous consolidation and right hilar shadow of darkness. Bronchoscopy revealed a mass lesion in the anterior segment of the right upper lobe. The biopsies were reported as squamous cell carcinoma. In the control imagings, new areas of consolidations were observed. We re-performed bronchoscopy considering OP along with lung carcinoma. The findings were compatible with OP. The case, simultaneously diagnosed lung cancer and OP, is presented in the light of the literature.

İnsidansı tam olarak bilinmemektedir ancak kümülatif prevalansı 100.000 hastane başvurusunda 12 olarak bildirilmiştir (2). Histolojik olarak küçük hava yolları, alveoller ve alveoler kanallarda granülasyon dokusu oluşumu ile

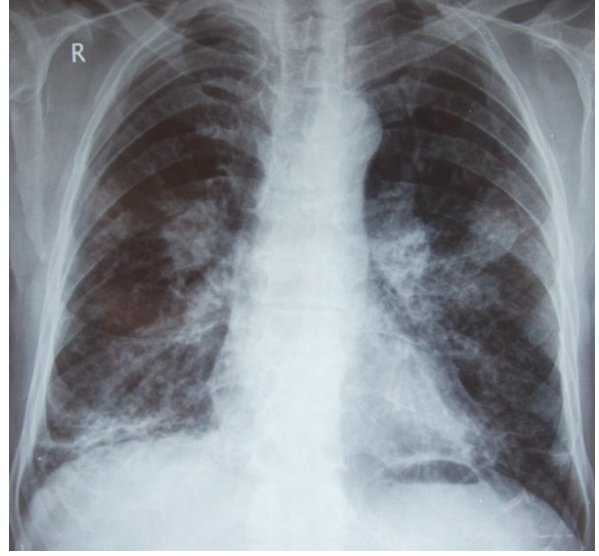
AKCİĞER KANSERİ VE ORGANİZE PNÖMONİ BİRLİKTELİĞİ

karakterizedir ve bu tabloya organize pnömoni (OP) eşlik eder (1,3). Kriptojenik (idyopatik) veya sekonder olabilir. Bir çok malignite ile birlikteliği bildirilmiştir ve akciğer kanseri ile birlikte olduğunda sıklıkla kanser dokusunun komşuluğunda bulunur (4). Literatürde farklı alanlarda akciğer kanseri ve OP tanısı konulan sınırlı sayıda olgu bildirilmiştir (5,6). Biz de kliniğimizde akciğerde farklı alanlarda OP ve skuamoz hücreli akciğer kanseri tanısı alan bir olguyu sunduk.

OLGU SUNUMU

Altmış yedi yaşında erkek hasta; on gündür devam eden kuru öksürük, kilo kaybı, gece terlemesi ve sırt ağrısı şikayetleri ile polikliniğimize başvurdu. Yakınmaları antibiyotik tedavisi ile düzelmemişti. Üç yıldır diabetes mellitus tanısı ile oral antidiyabetik ilaç kullanmaktaydı. Gemi kaptanı olarak çalışan hasta 50 paket/yıl sigara kullanmıştı ve soy geçmişinde özellik yoktu.

Hastamızın genel durumu iyi, vital bulguları normaldi. Solunum sistemi muayenesinde sağ akciğer alt alanda inspiryum sonu raller duyuldu, diğer sistem muayeneleri doğaldı. Tam kan sayımında beyaz küre: 11.90 K/mL, C-reaktif protein: 28,2 mg/L, biyokimya değerlerinde albumin: 2,8 g/dL idi, diğer hemogram ve rutin biyokimya değerleri normal sınırlardaydı. Başvuruda çekilen posteroanterior (PA) akciğer grafide; sağ hilus üst kısmında, sağ alt lobda diyafragma komşuluğunda ve sol hilusa komşu orta alt alandan periferik doğru uzanan nonhomojen gölge koyuluğu artışı görüldü (Resim 1). Hasta pnömoni tanısı ile yatırılarak ampicilin-sulbaktam 1g 4x1 (IV), klaritromisin 500 mg 2x1 (oral) tedavisi başlandı. Balgamda asido rezistan basil saptanmadı ve balgam kültüründe normal flora üredi. İlk hafta kontrollerinde klinik ve laboratuvar değerlerinde düzelmeye olan hastada radyolojik olarak sol hilus çevresindeki lezyonda azalma olmakla birlikte sol alt alanda yeni infiltrasyonun geliştiği görüldü (Resim 2).



Resim 1. Başvuru PA grafi Sağ hilus üst kısmında, sağ alt lobda diyafragma komşuluğunda nonhomojen gölge koyuluğu artışı ve sol hilusa komşu orta alt alandan periferik doğru uzanan infiltrasyon

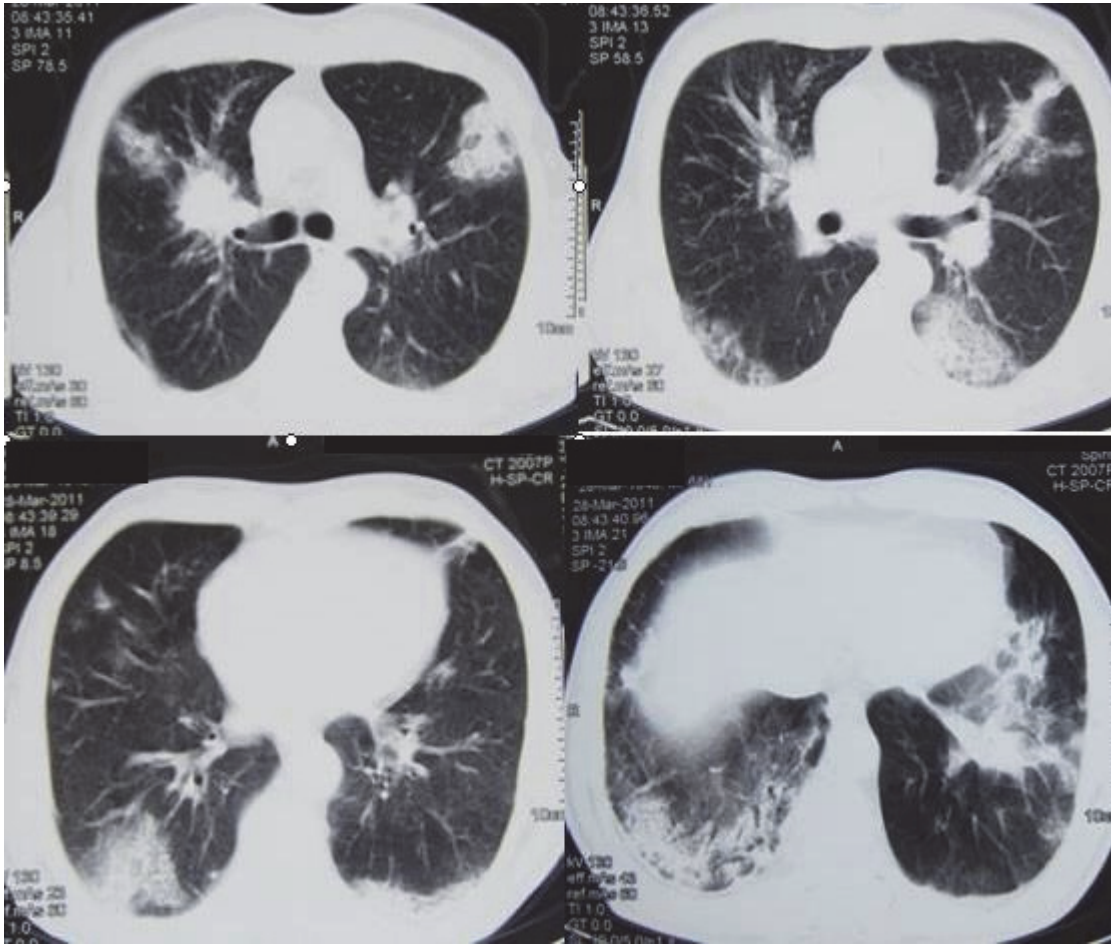


Resim 2. Antibiyotik tedavi 10. günü kontrol PA grafi sol hilus çevresindeki infiltrasyonda azalma olmakla birlikte sol alt alanda yeni gelişen infiltrasyon

Toraks bilgisayarlı tomografi (BT) çekildi, sağ üst lobda kitlesel lezyon ve bilateral nonhomojen konsolidasyonlar (Resim 3a) ve sağ hilus lenfadenopatiler görüldü. Olguya fibe-

roptik bronkoskopi (FOB) yapıldı. Sağ üst lob anterior segment girişini tam kapatan üzeri hemorajik kitle izlendi ve alınan biyopsi sonucu skuamöz hücreli karsinom olarak raporlandı. Evreleme amaçlı pozitron emisyon tomografisi (PET-BT) istendi. PET-BT de sağ akciğer üst lob anterior segment bronşu komşuluğunda 26x35 mm boyutlarında, yüksek FDG (18 Floro Deoksi-D-glikoz) tutulumu (SUVmax: 10,5), alt zonlarda belirgin her 2 akciğer parankiminde yer yer hava bronkogramları içeren plöroparankimal konsolidasyonlar (SUVmaks: 6,0), mediastende sağ hilusta metastaz düşündürülen lenfadenopatiler (SUVmaks: 7,2), subkarinal ve sol hilusta daha düşük tutulumlu lenf nodları (SUVmaks: 3,9) saptandı. Görüntüler 2 hafta önce çekilmiş olan Toraks BT ile karşılaştırıldığında üst alan-

lardaki infiltrasyonlarda regresyon, alt alanlarda progresyon olduğu ve yeni çekilen PA grafide solda yeni parakardiyak infiltrasyon geliştiği görüldü (Resim 4). Olgunun vital bulguları ve kan değerleri normaldi, pnömoni kliniği yoktu. Spirometrik değerlendirmede restriktif patern [FEV1: 1,81 L (%69), FVC: 1,85 L (%54), FEV1/FVC:98 (%130)], karbonmonoksit difüzyon kapasitesinde (DLCO) düşüklük (%56) saptandı. Olguda akciğer kanserine eşlik eden OP düşünülerek FOB eşliğinde bronkoalveoler lavaj (BAL) ve sol alt lob posterior segmentten transbronşial biyopsi (TBB) yapıldı. BAL'da $631/\text{mm}^5$ hücrenin analizinde %42 makrofaj, %32 lenfosit, %17 nötrofil, %9 eozinofil ve CD4/CD8 oranı 2,5 idi. Biyopsi histolojisi OP olarak raporlandı.

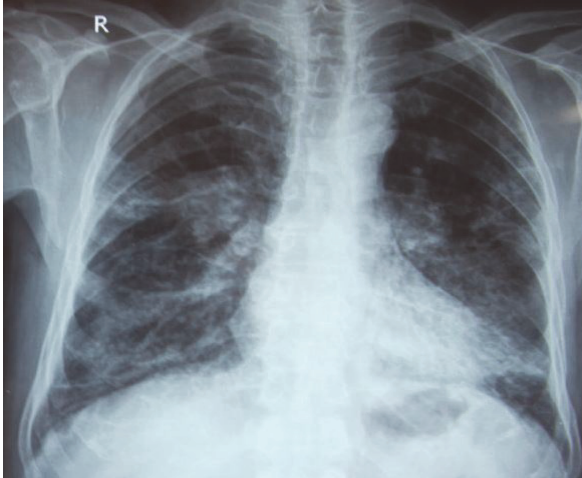


Resim 3. Toraks BT Sağ üst lob anterior segment girişinde kitle ve periferinde infiltrasyon, solda anterior segment periferinde infiltrasyon, bilateral alt loblarda infiltrasyon

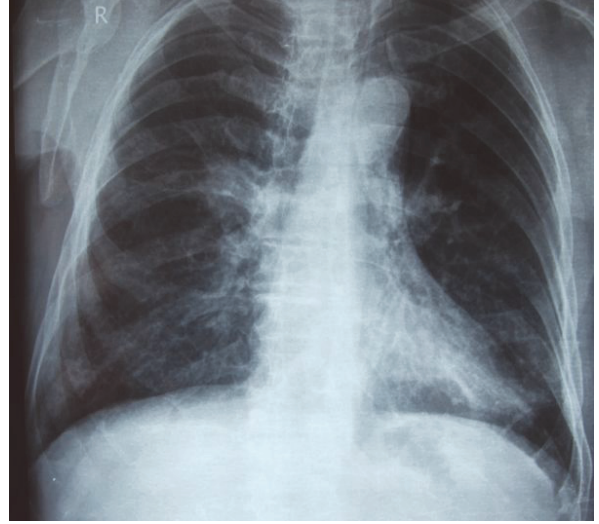


Resim 4. Kontrol PA grafi yeni gelişen sol parakar-diyak infiltrasyon

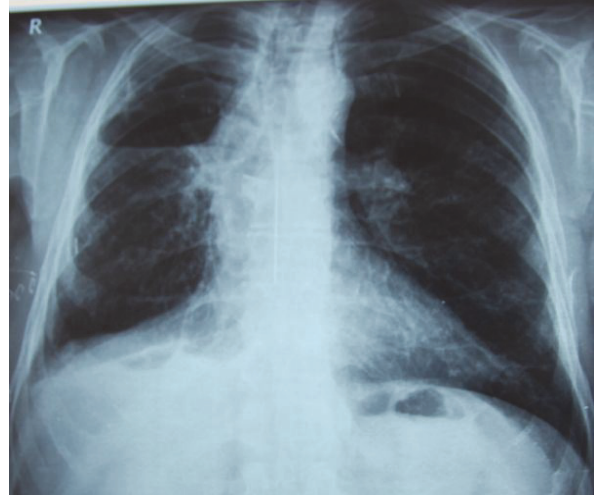
Olguya skuamoz hücreli akciğer kanseri radyolojik evre IIIA (T2aN2M0) ve OP tanısı konuldu. Göğüs Cerrahisi tarafından konsulte edildi, OP için tedavi başlanması ve fonksiyonel parametreler düzeldiğinde mediastinoskopi ve rezeksiyon önerildi. Altmış mg/kg prednizolon tedavisi başlandı (Resim 5). Bir ay sonunda radyolojik regresyon (Resim 6) izlendi, solunum fonksiyon testi parametreleri [FEV1:2,34 L (%89), FVC:2,42 L (%71)] ve difüzyon kapasitesi (DLCO: %68) düzeldi. Olgu 28mg prednizolon almakta iken sağ üst lobektomi ve mediastinal lenf nodu diseksiyonu uygulandı (Resim 7). Patolojik evre T2aN0M0 (Evre 1B), patolojik sınırı pozitif idi. Kemoterapi ve radyoterapi planlanan olgu onkoloji kliniğine sevk edildi.



Resim 5. Kortikosteroid tedavi başlangıcında PA grafi



Resim 6. Kortikosteroid tedavinin 1. ay sonu PA grafi Sağ hilus üst kısmında kitle ve infiltrasyonlarda belirgin düzelme



Resim 7. Sağ üst lobektomi sonrası PA grafi

OP açısından steroid tedavi ile genel durumu stabil seyretmekte olan olguda 4 mg prednizolon tedavisi devam edildi. Hasta tanının 9. ayında başka bir merkezde masif hemoptizi ile exitus oldu.

TARTIŞMA

OP idyopatik veya sekonder olmak üzere 2 gruba ayrılır. Toksik gaz inhalasyonu, immünojenik hastalıklar, bağ doku hastalıkları, enfeksiyonlar, inflamatuvar barsak hastalıkları, sık

değişken immun yetmezlik, radyoterapi, myelodisplastik sendrom, ilaç reaksiyonları, maligniteler, kemik iliği veya solid organ transplantasyonları gibi birçok duruma sekonder gelişebilir. Bazı hastalarda ise herhangi bir neden saptanamaz ve kriptojenik organize pnömoni (KOP) olarak isimlendirilir (1,3,7-9).

Malignite ile ilişkili; lösemi, myelodisplastik sendrom, Evans sendromu, Ewing sarkomu, Hodgkin hastalığı, radyoterapi ile ilişkilendirilen OP olguları bildirilmiştir (10). Mokhtari ve ark. (11) maligniteye eşlik eden OP tanılı 43 hastayı değerlendirmiştir. Hastaların 10'u akciğer kanseri tanılıdır. Bu seride OP tanılarının kanser ile eşzamanlı mı, daha sonra mı konulduğu bilgisi verilmemiştir. Bizim olgumuzda skuamoz hücreli akciğer kanseri ile aynı anda ortaya çıkan OP bulunmaktadır.

OP, tümörün büyümesi veya bronşiollerin tümör ile obstrüksiyonuna direkt reaksiyon olarak gelişebilir. Akciğer kanserine komşu OP sık rastlanan bir patolojik bulgudur (12). Kalemci ve ark. (13) santral kitlesel lezyon için torakotomi yapılan bir olgu bildirmiştir. Bu olguda hastaya önce OP tanısı konulmuş, takiplerinde kortikosteroid tedaviye yanıt alınmadığı için torakotomi tekrarlanarak OP ile birlikte skuamoz hücreli karsinom saptanmıştır. Başka bir çalışmada da benzer şekilde, OP tanısı alarak tedavi ile takibinde düzelme olmayan ve karşı akciğerde bronkojenik karsinom tanısı alan bir olgu bildirilmiştir (14).

Enomoto ve ark. (5) bronkoalveoler karsinom tanılı bir olguda karşı taraftaki buzlu cam alanları için OP düşünerek başladıkları steroid tedavi ile düzelme sağlamış ve böyle olgularda steroid tedavisi denenmesini önermiştir.

Bizim olgumuzda OP karşı akciğerde bulunmaktaydı, başvurusunda pnömoni düşünülmüş ve takibinde lezyonların yer değiştirdiği saptanarak OP'den şüphelenilmiş, biyopsi ile doğrulanmıştı. Hastamızda lezyonların PET-BT'de yüksek tutulumlu olması da önemli bir bulguydu. OP düşünülmeseydi, lezyonlar metastaz lehine yorumlanarak hasta inoperabl kabul edilebilirdi.

Akciğer kanseri ve OP birlikteliği için bir başka olgu da Eguchi ve ark. (15) tarafından bildirilmiştir. Bu raporda 3 yıl önce sol alt lobda 3 cm boyutlu bir lezyon için yapılan rezeksiyonda hastada fokal OP tanısı konulduğu, 3 yıl sonra operasyon yerinde 2 küçük nodul saptandığı, takibinde nodul boyutlarının artması üzerine yapılan lobektomide adenokarsinom saptandığı bildirilmiştir. Bu olgu; ilk lezyonun adenokarsinoma eşlik eden OP olabileceği ve aynı yerde nüks geliştiği şeklinde yorumlanmıştır.

OP yavaş seyirli ve iyi prognozlidir. Tedavi verilmezse genellikle yavaş progresyon görülse de, hızlı kötüleşme veya spontan remisyonlar da görülebilir (7,8,16,17). Bizim olgumuzda da tedavi ile fonksiyonel düzelme sağlanmış ve kanser için rezeksiyon yapılabilmiştir.

SONUÇ

Organize pnömoni ve akciğer kanseri birliktelik gösterebilir. Bu birliktelik sıklıkla komşuluk ilişkisi olsa da farklı akciğer alanlarında da saptanabilir. Akciğer kanserli hastalarda, evreleme ve klinik değerlendirmede organize pnömoniyeye ait lezyonların da PET pozitif olabileceği akılda tutulmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Epler G, Colby T, McLoud T, Carrington C, Gaensler E. Bronchiolitis obliterans organizing pneumonia. N Engl J Med 1985;312:152-8.
2. Alasaly K, Muller N, Ostrow DN, Champion P, FitzGerald JM: Cryptogenic organizing pneumonia. A report of 25 cases and a review of the literature. Medicine (Baltimore) 1995; 74:201-211.
3. Colby TV: Pathologic aspects of bronchiolitis obliterans organizing pneumonia. Chest 1992; 102:38S-43S.

4. Romero S, Barroso E, Rodriguez-Paniagua M, Aranda FI. Organizing pneumonia adjacent to lung cancer: frequency and clinico-pathologic features. *Lung Cancer* 2002;35:195-201.
5. Enomoto N, Ida M, Fujii M, Nogimura H, Suda T, Chida K, et al. Bronchioloalveolar carcinoma complicated by a lesion resembling bronchiolitis obliterans organizing pneumonia in the opposite lung. *Nihon Kogyoku Gakkai Zasshi* 2002;40/10:827-31.
6. Ogata K, Morooka M. Case of cryptogenic organizing pneumonia with radiologically detectable lung cancer after disappearance of infiltrative shadows by steroid treatment. *Nihon Kogyoku Gakkai Zasshi*, 2008;46:853-7.
7. Epler GR: Bronchiolitis obliterans organizing pneumonia. *Arch Intern Med* 2001;161:158-164.
8. Cordier JF: Organizing pneumonia. *Thorax* 2000; 55:318-28.
9. Camus P, Fanton A, Bonniaud P, Camus C, Foucher P: Interstitial lung disease induced by drugs and radiation. *Respiration* 2004;71:301-26.
10. J-F. Cordier. Cryptogenic organising pneumonia. *Eur Respir J* 2006; 28: 422-46.
11. Mokhtari M, Bach PB, Tietjen PA, Stover DE: Bronchiolitis obliterans organizing pneumonia in cancer: A case series. *Respir Med* 2002; 96:280-6.
12. Romero S, Barroso E, Rodriguez-Paniagua M, Aranda FI: Organizing pneumonia adjacent to lung cancer: Frequency and clinico-pathologic feature. *Lung Cancer* 2002;35:195-201.
13. Kalemci S, Mutlu P, Önen A, Kargı A, Sevinç C. Bronşiolitis obliterans organize pnömoninin skuamoz hücreli kanser ile birlikteliği. *İzmir göğüs hast derg* 2013;27(2):135-8.
14. Sanchez RA, Poce RM, Domenech BA, Benitez DA, Avecilla AF, Bermudez JLF. Bronchiolitis Obliterans Organizing Pneumonia and Bronchogenic Carcinoma Coexisting in Different Parts of the Lungs. *Arch Bronconeumol* 2004;40(3):141-3.
15. Eguchi T, Takasuna K, Fujiwara M, Yoshida K. Coexistence of a pulmonary adenocarcinoma with a focal organizing pneumonia. *Interact CardioVasc and Thorac Surg* 2011; 13:444-6.
16. Cohen AJ, King TE, Downey GP: Rapidly progressive bronchiolitis obliterans with organizing pneumonia. *Am J Respir Crit Care Med* 1994; 149:1670-5.
17. Lazor R, Vandevenne A, Pelletier A, Leclerc P, Court-Fortune I, Cordier JF: Cryptogenic organizing pneumonia. Characteristics of relapses in a series of 48 patients. The Groupe d'Etudes et de Recherche sur les Maladies 'Orphelines' Pulmonaires (GERM'O'P). *Am J Respir Crit Care Med* 2000;162:571-7.

Yazışma Adresi:

Dr. Fatma TOKGOZ
Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim
ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği,
İstanbul, Türkiye
fatmatokgoz86@gmail.com
