

## Bronkiolo-Alveoler Karsinoma (Bir Olgu Nedeniyle)

Ahmet AKKAYA\*  
Nihat ÖZYARDIMCI\*\*  
Oktay GÖZÜ\*\*\*  
Ercüment EGE\*\*\*\*

### ÖZET

*Bronkiolo-alveoler karsinoma akciğerin periferik tip tümörlerindedir. Klinik gidişiyle ve radyolojik bulgularıyla oldukça ilginç özellikleri olan bir bronkiolo-alveoler karsinoma olgusu takdim edilmiştir.*

### SUMMARY

#### Bronchiolo-alveolar Carcinoma

*Bronchiolo-alveolar carcinoma is the distal tumor of the Lung. A case of bronchiolo-alveolar cancer is submitted with its clinical cause and radiologic findings having interesting features.*

### GİRİŞ

Akciğer kanserleri histolojik olarak sınıflandırıldığında adeno kanserler grubu, bronkojenik adeno kanserler ve bronkiolo-alveoler kanserler olarak ikiye

\* Araş. Gör.; Uludağ Üniv. Tıp Fak. Göğüs Hast. Anabilim Dalı Araşt. Gör.

\*\* Prof. Dr.; Uludağ Üniv. Tıp Fak. Göğüs Hast. Anabilim Dalı Başkanı

\*\*\* Uludağ Üniv. Tıp Fak. Göğüs Hast. Anabilim Dalı Öğretim Görevlisi

\*\*\*\* Uludağ Üniv. Tıp Fak. Göğüs Hast. Anabilim Dalı Öğretim Görevlisi

ayrılır. Küçük bronşlardan menşey alarak alveollere doğru ilerledikleri ve onları içine aldıkları bilinmektedir<sup>1</sup>.

Bronkiolo-alveoler karsinoma histolojik olarak temelde bir adenomdur. En ayırıcı özelliği sıklıkla musin sekrete eden ve bazen alveoler boşluğa papiller çıkıntı yapan, büyük kolumnar epitelyal hücrelerle döşeli alveoler duvarların korunmuş olmasıdır. İyi diferansiye tümörlerdir<sup>2</sup>.

## OLGU

M.İ. 1939 Erzurum doğumlu, ev hanımı, kliniğimize yatarak tetkik ve tedavi gördü.

Şikayetleri: Öksürük, günde 100 cc'ye varan yeşilimtrak balgam çıkarma, ateş yükselmesi, kilo kaybı, nefes darlığı. Hastanın şikayetleri iki ay önce başlamış. Özgeçmişinde, 1945'de pnömöni geçirmiş, hiç sigara kullanmamıştı.

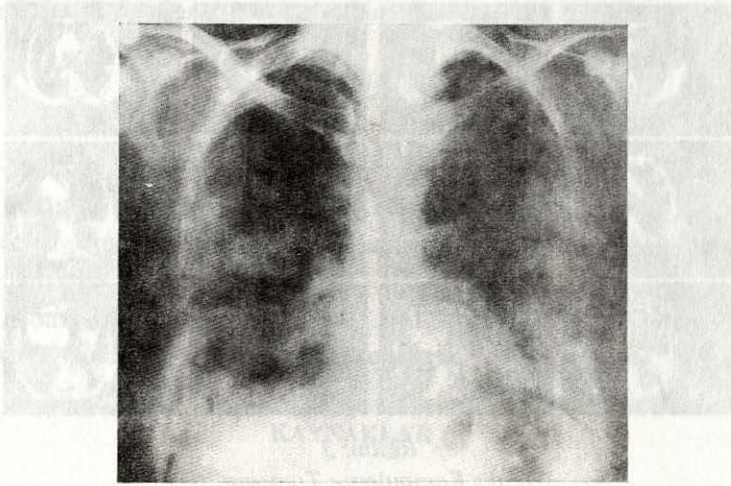
Fizik Muayene: Genel görünüm ortaydı uçlarda siyanozu vardı, ödem, ikter, LAP, venöz dolgunluk yoktu. Göğüs duvarı ve akciğerler muayenesinde her iki akciğerler kaidelerinde ince raller alınıyordu. Her iki distal interfalangial eklemlerde deformite ve şişlik mevcuttu.

Laboratuvar Bulguları	Girişte	Çıkışta
Eritrosit	4 320 000	4 230 000
Lökosit	13 600	8 400
Hemogloblin	13	13
Hematokrit	44	43
Sedimentasyon	80-100-122	55-80-115

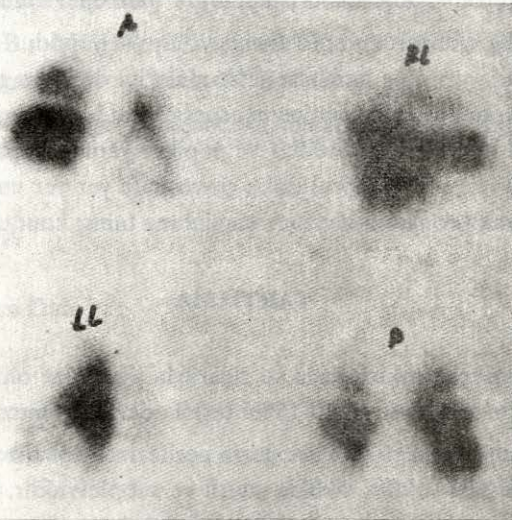
İdrar tetkiki ve rutin kan biyokimyası normal sınırlardaydı. BCG (-), PPD 10 mm, balgamda direk ve tekifle AARB üç kez negatif bulundu. ASO 200 EÜ, CRP (+), RF (-), ANA indirek florasan antikor metodu ile 1/20 dilüsyonda negatif bulundu. Gaitada parazit ve yumurtası negatifti. Balgam kültüründe bakteri üremedi.

Çekilen PA akciğer grafisinde: Her iki orta ve alt zonlarda belirgin homojen olmaya meyilli radyoopasite artımı mevcuttu. İskelet sintigrafisinde metastaz düşündürülecek bir görünüm saptanmadı.

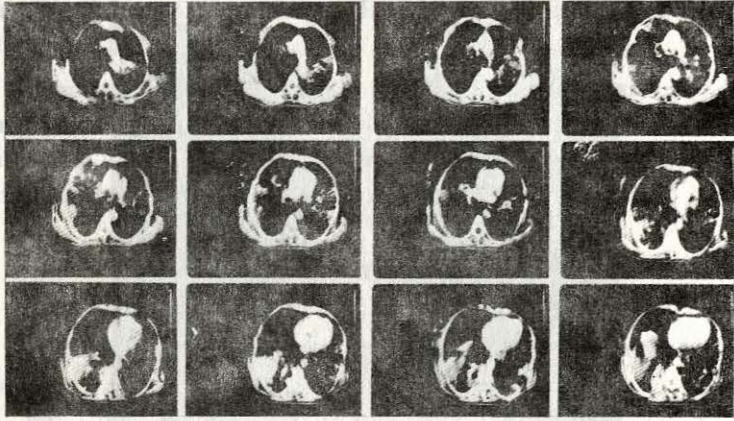
Akciğer perfüzyon sintigrafisi: Sağ akciğer orta ve alt bölümünde sol akciğer üst orta dış bölümünde aktivite tutulumunda belirgin azalma bulundu. Toraks CT: Aşağı kesitlerde her iki hemitoraksta plevral tabanlı bazıları kavite içeren multipl yumuşak doku yoğunluğunda lezyonlar saptandı. Sağ hemitoraksta plevral yerleşimli benzer bir lezyon mevcut.



Resim: 1  
PA Akciğer Grafisi



Resim: 2  
Akciğer perfüzyon sintigrafisi



Resim: 3  
Toraks Komputeze Tomografisi

Hastaya 10.5.1989'da bronkoskopi yapıldı, kronik enfeksiyon iki taraflı olarak değerlendirildi. Balgam sitolojileri beş kez klass II bulundu, bronş biopsileri nonspesifik bronşitis olarak değerlendirildi. Sağ ve sol bronş lavajları klass II bulundu, yapılan kültür çalışmalarında spesifik ve nonspesifik üreme olmadı.

Hastanın jinekolojik tetkikleri yapıldı bir patoloji bulunmadı.

Hastaya sağ akciğerden açık akciğer biopsisi yapıldı. Histopatolojik tanı: Akciğer dokusunda yer alan bazı alveol lümenlerini döşeyen oval yada poligonal şekilli, iri hiperkromatik nükleuslu geniş stoplazmalı bir kısmı berrak stoplazmalı atipik epitelyal hücrelerin glandüler ve papiller yapılar yaparak oluşturdukları tümoral bir doku izlendi. Tümöral doku çevresinde yer yer musin materyel mevcuttu. Sonuç olarak bronkiolo-alveoler karsinoma tanısı kondu.

## TARTIŞMA

Adeno kanserlerin kirli hava ve sigarayla ilişkisi az olduğu bilinmektedir. Primer akciğer kanserlerinin % 10-15'ini teşkil eder. Olgumuz sigara içmiyordu<sup>1</sup>.

Adeno kanserlerin % 70'i akciğerin periferinde lokalize olur, herhangi bir bronkusla açık ilişkisi yoktur, sıklıkla sınırlı ve subplevraldır. Bronkiolo-alveoler karsinomalar tek multisentrik yada lobar bir büyüme gösterebilir<sup>4</sup>. Olgumuzda multisentrik ve subplevral yerleşimliydi.

Bronkiolo-Alveoler karsinomalarda pnömonik lezyonlar nadir değildir. Yaygın intrapulmoner yayılım ve tüm lobun tutulumu hatta tüm akciğerin tutulumu görülebilir<sup>3</sup>. Olgumuzda altı ay sonra periferde lokalize lezyonlar her iki akciğerin büyük bir kısmını infiltre etmişti.

Adeno kanserler mukoza altında geliştikleri için bu tümörlerin balgam, bronş lavajı, bronş fırçalaması ve bronş biopsisi ile teşhisi başarılı olmaz<sup>5</sup>.

## SONUÇ

1- Adeno kanserlerin sigarayla ilişkisi azdır.

2- Hastanın ateş, öksürük, balgam çıkarma gibi şikayetleriyle laboratuvar ve radyolojik bulguları göz önüne alındığında adeno karsinomali olguların pnömonilerle karışabileceği düşünölmelidir.

3- Bronkiolo-alveoler karsinomalar multisentrik olabilmesi nedeniyle metastatik akciğer tümörleriyle karışabilmektedir.

## KAYNAKLAR

1. ÖZYARDIMCI, N.: Göğüs Hast. Cilt I, Uludağ Üniv. Basımevi, Bursa 1985, s. 87.
2. ROBBINS, S.L., ANGEL, M., KUMAR, V.: Basic Pathology, W.B. Saunders Company, Philadelphia, London, 1981, s. 410.
3. DUNNLL, M.S.: Pulmonary Pathology. Churchill Livingstone, Edinburg London Melbourne and New York, 1982, s. 308-310.
4. GEORGE, R.B., LIGHT, R.W., MATTHAY, R.A.: Chest Medicine. Churchill Livingstone, New York, 1983, s. 486.
5. GAZİOĞLU, K.: Akciğer Hastalıkları, Cilt 2, Tek Ofset Matbaası, İstanbul, 1978, s. 712.

Dr. Ahmet AKKAYA  
U.Ü. Tıp Fakültesi  
Göğüs Hast. Anabilim Dalı  
BURSA