

## Akcığerin Primer Taşlı Yüzük Hücreli Karsinoma Olgusu

### A Case of Primary Signet Ring Cell Carcinoma of Lung

Meltem Karataşlı<sup>1</sup>, Nazan Şen<sup>1</sup>, Tuba Canpolat<sup>2</sup>, Hilal Ermiş<sup>1</sup>, Füsün Eyüboğlu<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

<sup>2</sup>Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

#### ÖZET

Adenokarsinomanın bir alt tipi olan taşlı yüzük hücreli karsinoma, en sık olarak mideden köken alır; akciğerde görüldüğünde sıklıkla metastatik olduğu düşünülür. Bronkoskopiyle tanı alan akciğerin primer taşlı yüzük hücreli karsinoma olgusunu nadir görülmesi nedeniyle sunduk. Primer ve metastatik karsinomlara klinik yaklaşımın farklı olması nedeniyle ayırıcı tanının önemini vurgulamayı amaçladık. (*Tur Toraks Der 2012; 13: 74-5*)

**Anahtar sözcükler:** Taşlı yüzük hücreli karsinoma, akciğer, adenokarsinoma

*Geliş Tarihi:* 02.10.2008

*Kabul Tarihi:* 25.01.2010

#### ABSTRACT

Signet ring cell carcinoma, a sub-type of adenocarcinoma, is generally metastatic when seen in the lung. A rarely seen case of bronchoscopically diagnosed primary signet ring cell carcinoma of lung is presented. We aimed to point out the importance of differential diagnosis of primary and metastatic tumors, since they require different clinical approaches.

(*Tur Toraks Der 2012; 13: 74-5*)

**Key words:** Signet ring cell carcinoma, lung, adenocarcinoma

*Received:* 02.10.2008

*Accepted:* 25.01.2010

#### GİRİŞ

Tüm dünyada kanser mortalite ve morbiditesinin en önemli nedeni akciğerin epitelyal tümörleridir. En sık görülen histopatolojik tip olan adenokarsinoma, bez oluşumu ile karakterizedir. Taşlı yüzük hücreli karsinoma (TYHK), akciğer adenokarsinomunun ender görülen bir alt tipidir [1]. Akciğerde pür TYHK olarak görülmesi oldukça nadirdir; tümörün TYHK bileşeni arttıkça prognostik özellikler ve uygulanan tedavi planları birbirinden oldukça farklıdır. Nadir görülen bu olguyu sunarken primer ve metastatik TYHK ayırıcı tanısının önemini vurgulamayı amaçladık.

Hücre içi müsin birikimiyle seyreden TYHK mide, kolon, meme, mesane ve prostat gibi çeşitli organlardan köken alabilir. Agresif seyirli bu kötü diferansiye tümör, akciğerde görüldüğünde sıklıkla metastazla gelmiştir. Primer akciğer tümörü olarak insidansı oldukça düşük olup Tsuta ve ark.'nın [4] çalışmasında %1.5 olarak bildirilmiştir. Akciğerin primer ve metastatik TYHK olgularında prognostik özellikler ve uygulanan tedavi planları birbirinden oldukça farklıdır. Nadir görülen bu olguyu sunarken primer ve metastatik TYHK ayırıcı tanısının önemini vurgulamayı amaçladık.

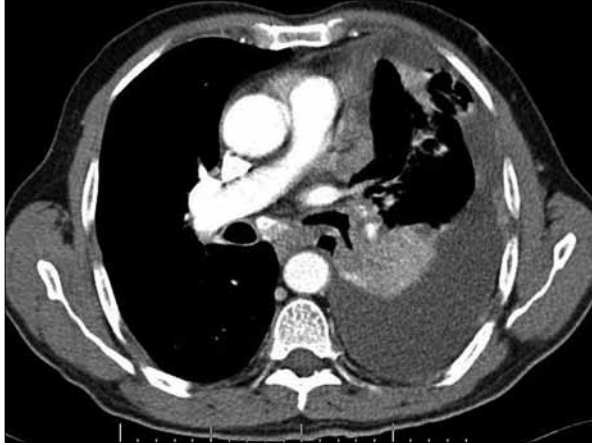
#### OLGU

Dört aydır var olan yakınmalarla polikliniğimize başvuran 55 yaşındaki erkek hastanın sigara kullanım öyküsü yoktu. Öksürük, başlangıçta mukoid ancak son dört gündür kanlı olan balgam ve 10 kg kaybı vardı. Fizik muayenesinde sol infraskapular alanda solunum seslerinde azalma dışında özellik yoktu. Laboratuvar değerleri;

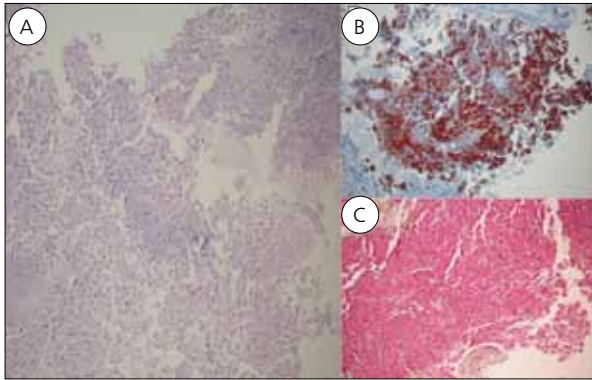
hemogloblin: 10 g/dL, lökosit: 16,500/mm<sup>3</sup>, trombosit: 488,000/mm<sup>3</sup>, C-reaktif protein: 135 mg/L, eritrosit sedimentasyon hızı: 80 mm/saat dışında normaldi. Akciğer grafisinde sol hemitoraksta orta düzeyde plevral effüzyon izlendi. Toraks ve üst abdomenin bilgisayarlı tomografisinde sol alt lob bronşunu çepeçevre sararak sol alt lobda atelektaziye yol açan 73x53 mm boyutlarında kitlesel lezyon, sol plevral effüzyon, sol sürrenal metastaz saptandı (Şekil 1). Kemik sintigrafisinde ve beyin bilgisayarlı tomografisinde metastatik lezyon saptanmadı.

Plevra sıvısı eksüdatif özellikte olup lenfosit hakimiyeti vardı; sitolojik incelemesi tanısal değildi. Sol hemitoraktan yapılan plevral biyopsinin histopatolojik incelemesi kronik plörit ile uyumluydu. Fiberoptik bronkoskopide sol alt lob bronşu girişini tama yakın tıkayan endobronşiyal lezyon görüldü; biyopsinin histopatolojik incelemesi TYHK ile uyumlu geldi (Şekil 2 A-C).

Gastroenteroloji bölümü tarafından değerlendirilen hastanın ösefagogastroduodenoskopik incelemesi hafif ösefagus alt sfinkter gevşekliği ve hafif şiddette gastrit görünümü dışında normaldi. Kolonoskopide divertikülozis koli saptandı. Üroloji bölümü tarafından da değerlendirilen hastada ürolojik malignite saptanmadı. Üriner ultrasonografide mesane normal, prostat bezi boyutu normalin üst sınırındaydı; prostat parankimi heterojen olup milimetrik kalsifikasyonlar içeriyordu. Prostat spesifik antijen düzeyi normaldi (1.38 ng/mL). Hasta akciğerin primer TYHK olgusu olarak kabul edildi.



**Şekil 1.** Sol alt lob bronşunu sararak sol alt lobda atelektaziye yol açan kitlesel lezyon, sol plevral effüzyon



**Şekil 2.** Çekirdeği bir tarafa itilmiş, sitoplazmasında yoğun müsin içeren taşlı yüzük hücrelerinin oluşturduğu tümör. H.EX100, B. Tümör hücrelerinde Sitokeratin 7 ile membranöz güçlü boyanma X400, C. Müsikarmin boyası ile sitoplazmik müsin boyanması X400

## TARTIŞMA

En sık midede görülen diffüz infiltratif ve agresif seyirli TYHK, nadiren kolon, meme, prostat ve mesaneden köken alabilmektedir. Primer akciğer TYHK oldukça nadir görülmekle beraber Dünya Sağlık Örgütü'nün 1999 akciğer kanseri sınıflandırmasında adenokarsinomanın alt tipi olarak yerini almıştır [5]. İlk olarak Kish ve ark. [6] tarafından 1989'da tanımlanan bu histopatolojik alt tipin akciğer adenokarsinomunda kötü prognoz belirteci olduğu kabul edilmektedir [7].

Castro ve ark.'nın [8] bildirdiği akciğerin primer TYHK olgu serisinde (12 erkek, 3 kadın) tanı sırasında ortalama yaş 52.5 (aralık: 30-75) olup 6 hastada sigara kullanım öyküsü vardı. Belirtiler, kilo kaybı, hemoptizi, bulantı, kusma ve göğüs ağrısıydı. Dokuz hastada sol, 6 hastada sağ hemitoraks tutulumu vardı; 8 tümör santral, 7 tümör periferik yerleşimliydi. İki hastada pnömonektomi, 7 hastada lobektomi, 6 hastada yalnızca biyopsi yapılmıştı. Tam rezeksiyon yapılan 9 hastanın tümünde tümör, çapı 1.8-8 cm arasında değişen makroskopik olarak yumuşak, gri renkli, kanama ve nekroz alanları olan tek bir kitle şeklindeydi. Klinik takibi mümkün olan 11 hastadan 6'sı 12 ay içinde kaybedilirken, 5 hasta tanıdan sonraki 5-36 ay içinde takipteydi.

Tsuta ve ark.'nın [4] bildirdiği olgu serisinde (21 erkek, 18 kadın) ise tanı sırasında ortalama yaş 54.6 (aralık: 32-76) olup 26 hastanın sigara kullanım öyküsü vardı. Tümör 7 hastada sağ üst lob, 1 hastada orta lob, 9 hastada sağ alt lob, 17 hastada sol üst lob, 5 hastada sol alt lob, 15 hastada santral, 24 hastada periferik yerleşimliydi. Tümör boyutu ortalama 4 cm (aralık: 1.5-10 cm) olup kan ve lenf damarlarının invazyonu sırasıyla 31 ve 30 hastada saptandı. Lenf nodu metastazı 22, bronş invazyonu 21 hastada görüldü. Ortalama takip süresi 28.9 ay olan çalışmanın sonunda 20 hasta kaybedilmişken 19 hasta halen hayattaydı.

Bizim olgumuzun yaşı her iki serideki olguların ortalama yaşları ile uyumluydu. Bu iki serideki toplam 54 hastanın 33'ü erkek olup 22'si hastamız gibi hiç sigara kullanmamıştı. Olgumuzun yakınmaları Castro ve ark.'nın [8] serisindeki olguların yakınmalarına benzerdi. Yine her iki serideki olgular beraber değerlendirildiğinde, 31 hastada sol hemitoraks tutulumu görülmektedir; Tsuta ve ark.'nın [4] 39 olguluk serisindeki 5 hastada hastamızda olduğu gibi sol alt lob tutulumu mevcuttu. TYHK, adenokarsinomanın bir alt tipi olmakla beraber toplam 54 hastanın 23'ünde tümörün santral yerleşimli olması dikkate değerdir; olgumuzda da lezyon santral yerleşimli olup bronkoskopiyle tanı mümkün olmuştur. Tümör, olgumuzda tanı sırasında lokal ilerlemiş ve metastatikti; bu nedenle Castro ve ark.'nın [8] 15 hastasından 9'unda yapılan küratif cerrahi hastamızda uygulanamadı.

Akciğerde görülen TYHK olgularının önemli bir kısmı metastatik olmakla beraber primer tümör olasılığı da göz önünde bulundurulmalıdır. Primer ve metastatik olgulara klinik yaklaşımın farklılık göstermesi ayırıcı tanının önemi ni ortaya koymaktadır.

## KAYNAKLAR

1. Moran CA. Pulmonary adenocarcinoma, the expanding spectrum of histologic variants. Arch Pathol Lab Med 2006;130:958-62.
2. Kaçar N, Tuksavul F, Aktoğu S, ve ark. Akciğerin primer taşlı yüzük hücreli adenokarsinomu. XXI. Ulusal Türk Tüberküloz ve Göğüs Hastalıkları kongresi. 1996:467-71.
3. Iwasaki T, Ohta M, Lefor AT, Kawahara K. Signet-ring cell carcinoma component in primary lung adenocarcinoma: potential prognostic factor. Histopathology 2008;52:631-56. [CrossRef]
4. Tsuta K, Ishii G, Yoh K, et al. Primary lung carcinoma with signet-ring cell carcinoma components, clinicopathological analysis of 39 cases. Am J Surg Pathol 2004;28:868-74. [CrossRef]
5. Travis WD, Colby TV, Corrin B, et al. World Health Organization. International Histological Classification of Tumors. Heidelberg:Springer, 1999.
6. Kish JK, Ro JY, Ayala AG, et al. Primary mucinous adenocarcinoma of the lung with signet-ring cells: a histochemical comparison with signet-ring cell carcinomas of other sites. Hum Pathol 1989;20:1097-102. [CrossRef]
7. Iwasaki T, Ohta M, Lefor AT, Kawahara K. Signet-ring cell carcinoma component in primary lung adenocarcinoma: Potential prognostic factor. Histopathology 2008;52:639-40. [CrossRef]
8. Castro CY, Moran CA, Flieder DG, Suster S. Primary signet ring cell adenocarcinoma of the lung: a clinicopathological study of 15 cases. Histopathology 2001;39:397-401. [CrossRef]