
Nadir Bir Trakea Malign Tümörü: Mukoepidermoid Karsinom (Olgu Sunumu)

Necdet ÖZ*, Alpay SARPER**, Şeyda KARAVELİ***, Oktay ASLANER**, Abid DEMİRCAN**, Erol IŞIN**

- * Antalya SSK Hastanesi Göğüs Cerrahisi Kliniği,
** Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı,
*** Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı, ANTALYA

ÖZET

Onsekiz yaşındaki erkek hasta hemoptizi, öksürük, dispne ve stridor şikayetleriyle başvurdu. Laboratuvar testleri ve akciğer grafisi normaldi. Fiberoptik bronkoskopi karinanın 3 cm üzerinde trakeaya geniş tabanlı bağlı ve lümeni %80'e yakın kapatan polipoid tümör görüldü. Bilgisayarlı tomografi ile trakeada yumuşak doku dansitesi gösteren kitle izlendi. Sağ torakotomi ile malign lezyonu içeren 3 cm'lik trakea halkası çıkarıldı. Histopatolojik olarak mukoepidermoid karsinom tanısı konuldu. Hasta beş yıldır halen asemptomatik olarak kontrol altındadır.

Anahtar Kelimeler: Mukoepidermoid karsinom, trakea, hemoptizi.

SUMMARY

A Rare Tracheal Malignant Tumor: Mucoepidermoid Carcinoma (A Case Report)

An 18-year-old male preferred to our clinic with hemoptysis, cough, dispnea and stridor. A wide-based polypoid tumor that was localized at the right wall of the distal trachea was observed over 3 cm from the carina by flexible bronchoscope. Computerized tomography showed an intraluminal soft tissue density mass in the trachea. Though right thoracotomy, a tracheal resection that contains three rings of the trachea with malignant lesion was performed. Pathologic examination reported a tracheal mucoepidermoid carcinoma. The patient is alive without recurrence three years after surgery.

Key Words: Mucoepidermoid carcinoma, trachea, hemoptysis.

Yazışma Adresi (Address for Correspondence):

Dr. Alpay SARPER, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, 07070, ANTALYA - TÜRKİYE
e-mail: sarper@med.akdeniz.edu.tr

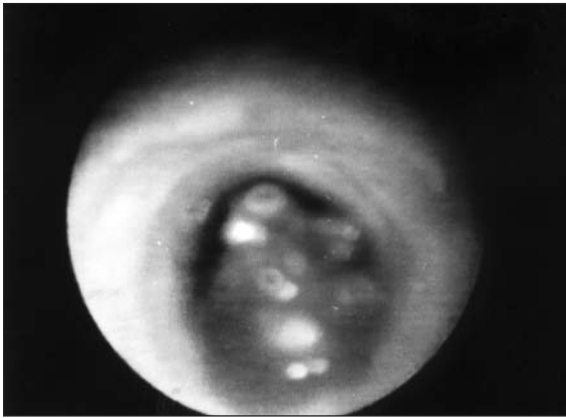
Trakeabronşiyal ağacın mukoepidermoid karsinomu (MEK) bronşiyal karsinomların küçük bir alt grubu olarak karşımıza çıkar (1-3). Genellikle ana bronşlarda görülür. Lober ve segmenter bronşlarda saptansa da trakeada çok nadirdir. Sunduğumuz olgu nadir görülen trakeal MEK olgusudur.

OLGU SUNUMU

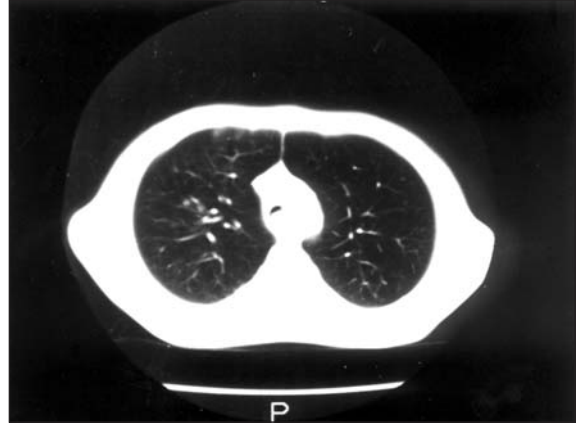
Kliniğimize hemoptizi, öksürük, dispne ve stridor şikayetleri ile başvuran 18 yaşındaki erkek hastanın rutin laboratuvar testleri ve akciğer grafisi normaldi. Ancak fiberoptik bronkoskopta karinanın 3 cm yukarısında trakeanın sağ posterior ve lateral duvarına geniş tabanlı oturan ve lümeni büyük oranda kapatan polipoid tümöral lezyon saptandı (Resim 1). Toraksın bilgisayarlı tomografisi (BT)'nde trakeada lümen içi yumuşak doku dansitesinde kitle görüldü (Resim 2). Lezyondan alınan biyopsi malign olarak değerlendirildi.

Hastaya sağ torakotomi yapılarak trakeanın tümör içeren 3 cm'lik segmentine rezeksiyon uygulandı. Mediastinal lenf nodu diseksiyonu yapıldı.

Histopatolojik inceleme sonucunda düşük grade MEK olduğuna karar verildi. Lenf nodu metastazı izlenmedi ve cerrahi sınır negatifti. Tümör karışık solid ve küçük kistik epidermoid alanlar arasında içi mukus dolu farklı boyutlarda kistlerle karakterizydi. Yumuşak, yassı, santral, büyük hücreler açık sitoplazma içeriyordu. Ayrıca, zayıf nükleer pleomorfizm ve mitotik görünümü



Resim 1. Bronkoskopide trakea arka sağ yan duvarına geniş tabanlı oturan polipoid lümen içi kitle lezyonu.



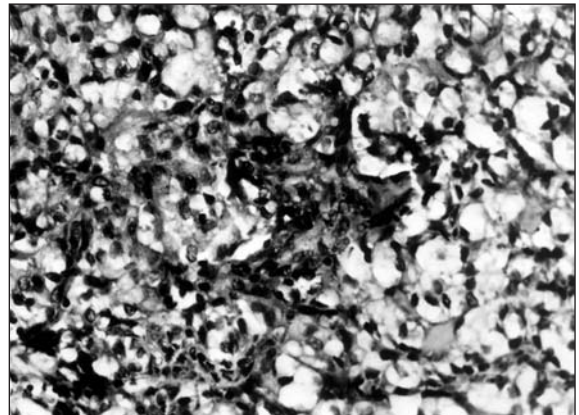
Resim 2. Bilgisayarlı tomografide trakea lümeninin büyük bölümünü kaplayan tümör izlenmektedir.

sahipti. Nekroz gözlenmedi. İmmünohistokimyasal olarak S-100, EMA, cytokeratin 10, cytoceleatine (PAN, cocktail), CEA pozitif fakat desmin ve vimentin negatifti. Histokimyasal olarak PAS boyasında diastase digestiondan önce ve sonra tümör hücre granülleri pozitif. Mucine carmin pozitif sitoplazmik granüller ve değişik derecede küçük kistik yapılar gösteriyordu (Resim 3).

Hastanın postoperatif döneminde herhangi bir sorun yaşanmadı ve yedinci gün taburcu edildi. Operasyondan beş yıl sonra hasta asemptomatik olarak kontrol altındadır.

TARTIŞMA

MEK bronşiyal tümörlerin %0.2'sini oluşturur (1-5). Smentana ilk olarak MEK olgusunu rapor etmiş ve Stewards ise bu grup tümörlerin histopa-



Resim 3. Histopatolojik incelemede musin yapıcı, skuamöz, bazal hücre benzeri ara hücreler ve açık sitoplazmalı hücreler izlenmektedir. Mucincarmen boyası x40.

tolojik özelliklerini tanımlamıştır (2,3). Trakea lokalizasyonu seyrek olup, genellikle karinanın altında görülür (1,2). Erkek ve kadınlarda eşit oranda görülür. Düşük grade MEK gençlerde, yüksek grade MEK ise ileri yaşta siktir (2,3,6). Olgumuz 18 yaşında olup, literatürle uyumlu olarak düşük grade MEK tanısı almıştır.

Olguların çoğunluğu öksürük, nefes darlığı, "wheezing", kanlı balgam ve obstrüktif pnömoni semptomlarıyla başvurur (1,2,7). Ağrı kilo kaybı ve diğer genel hastalık semptom ve bulguları agresif ve yaygın hastalıkta görülür (2). Olgumuz benzer semptomlara sahip olup, ağrı ve kilo kaybı yoktu.

Hastalarda akciğer grafileri normaldir ya da kitlenin oluşturduğu obstrüktif pnömoni bulguları görülebilir. Bilgisayarlı toraks tomografisi, lümen içindeki kitleyi, trakea duvarındaki yayılımı, lenf nodu yayılımı ve obstrüksiyona bağlı parankim bulgularını gösterir (2).

Hastalığın düşük grade, lokalize ya da minimal invaziv olduğu durumlarda en iyi tedavi seçeneği cerrahi rezeksiyondur (3,6,7). Sıklıkla bronkoplastik teknikler kullanılır. Cerrahi insizyon tümörün lokalizasyonuna göre değişir (6). Pearson servikal insizyon ve median sternotomi ile uzun trakeal segment rezeksiyonu yapılabileceğini belirtmektedirler (8). Birlikte lenf nodu diseksiyonu da yapılmalıdır (6,8). Olgumuzda sağ posterolateral torakotomi ile trakea rezeksiyonu yapıldı.

Histopatolojik olarak düşük gradeli MEK transisyonel, yassı ve bazal hücreler arasında mukustan zengin goblet hücreleri ve clear mukus salgılamayan kolumnar hücrelerin karışımından oluşur. Submukoza tutulumu sıklıkla oluşurken, parankimal yayılım sık değildir. Orta derecede atipi görülebilir, fakat atipik mitoz nadirdir. Hiler ya da mediastinal lenf düğümlerine yayılım nadirdir (2). Bizim olgumuzda olduğu gibi ayırıcı tanıda "acinic cells carcinoma", "clear cell adenoma", malign miyoepitelyomadan immünhistokimyasal ve histokimyasal çalışmalarla yapılır (9,10).

Trakea tümörlerinde rezeksiyon sonrası radyoterapi, cerrahi sınırların durumuna ve lenf düğümü tutulumuna bağlı olarak tartışmalıdır (2,6,7). Bizim olgumuzda olduğu gibi karsinoid tümörler

ve MEK gibi düşük grade tümörlerde cerrahi rezeksiyon en iyi tedavi seçimidir ve cerrahi sınırlar temizse adjuvant radyoterapi gereksizdir (2,7).

MEK trakeada nadir görülen bir tümör olmakla birlikte öksürük, kanlı balgam, hırıltılı solunum, nefes darlığı ile başvuran olgularda akılda tutulmalıdır. Uygun tedavi seçeneği lokal rezeksiyon olup radyoterapinin gerekliliği ve etkinliği açık değildir. Olgularda ameliyat sonrası dönemde göğüs grafileri ve özellikle de bronkoskopi ile kurrens araştırılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Heitmiller RF, Mathisen JD, Ferry JA. Mucoepidermoid lung tumors. *Ann Thorac Surg* 1989; 47: 394-9.
2. Ponn RB, D'Agostino RS, Stern H. Adenoid cystic carcinoma, mucoepidermoid carcinoma and mixed salivary gland-type tumours. In: Shields TW (ed). *General Thoracic Surgery*. Philadelphia: Williams and Wilkins, 1994: 1298-306.
3. Yousem SA, Hochholzer L. Mucoepidermoid tumours of the lungs. *Cancer* 1987; 60: 1346-53.
4. Noda S, Sundaresan S, Mendeloff NE. Tracheal mucoepidermoid carcinoma in a 7-year-old child. *Ann Thorac Surg* 1998; 66: 928-9.
5. Kim J, Park C, Kim K, et al. Surgical resection of mucoepidermoid carcinoma at the carina in a 9-year-old boy. *J Pediatr Surg* 1998; 33: 1561-2.
6. Grillo HC, Mathisen DJ. Primary tracheal tumors: Treatment and results. *Ann Thorac Surg* 1990; 49: 69-77.
7. Regnard JF, Fourquair P, Levasseur P. Result and prognostic factor in resections of primary tracheal tumours: A multicenter retrospective study. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1996; 11: 808-14.
8. Pearson FG, Todd TRJ, Cooper JD. Experience with primary neoplasms of the trachea and carina. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1984; 88: 511-8.
9. Gnepp AR, El Mofty SK. "Salivary Glands". In: Damjanov I, Linder J (eds). *Anderson's Pathology*. Missouri: Mosby, 1996: 1616-46.
10. Spiro RH, Huvos AG, Strong EW. Acinic cell carcinoma of salivary origin, a clinicopathologic study of 67 cases. *Cancer* 1978; 41: 924-35.