

# İKİ YIL BOYUNCA BİLATERAL MULTİLOBAR REZORBE OLMAYAN KONSOLİDASYONLARLA SEYREDEN MİKROPAPİLLER ADENOKARSİNOMA

## MICROPAPILLARY TYPE ADENOCARCINOMA PRESENTING AS A BILATERAL MULTILOBAR NON-RESOLVING CONSOLIDATION FOR TWO YEARS

Hıdır ESME<sup>1</sup>, Meryem İlkay EREN KARANİS<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Göğüs Cerrahisi, Konya SUAM

<sup>2</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Tıbbi Patoloji Kliniği, Konya SUAM

**Cite this article as:** Esme H, Eren Karanis Mİ. Micropapillary type adenocarcinoma presenting as a bilateral multilobar non-resolving consolidation for two years. Med J SDU 2019; 26(1): 107-110.

### Öz

Adenokarsinomada radyografi, pnömoniden ayırt edilemeyen ve hava bronkogramlarının sıklıkla birlikte olduğu bilateral multilobar konsolidasyonları nadiren gösterebilir. İki yıldır devam eden bilateral multilobar konsolidasyonlardan dolayı takip edilen 65 yaşındaki kadın hasta sunuldu. Hastada bronkoskopi tanısız değildi ve anti tüberküloz dahil bir çok defa antibiyotik tedavisi almasına rağmen iyileşme sağlanamamıştı. Bu periyotta hastanın lezyonlarında belirgin değişiklikler görülmedi ve kliniğinde anlamlı kötüleşme olmadı. Sağ üst, orta ve üst lobtan torakoskopik wedge rezeksiyon yapılan hastada mikropapiller adenokarsinoma tanısı kondu. Çalışmamızda literatürde çok az sunulan, iki yıllık periyotta anlamlı değişikliklerin olmadığı bilateral multilobar konsolidasyonlarla ortaya çıkan adenokarsinoma olgusunu sunmayı amaçladık.

**Anahtar kelimeler:** Adenokarsinoma, konsolidasyon, pnömoni

### Abstract

Radiograph in adenocarcinoma can rarely demonstrate bilateral multilobar consolidation, often with air bronchograms that are indistinguishable from pneumonia. We present a case of a 65-year-old female who was evaluated for a bilateral multilobar consolidation for a period of two years. She had undergone an inconclusive bronchoscopy and had received several courses of antibiotics including anti-tuberculous therapy without relief. The size of the lesion had remained largely unchanged during this period and there was no significant clinical deterioration in the patient. Thoracoscopic wedge resection from right upper, middle and lower lobes was performed on presentation, which revealed a histopathologic diagnosis of micropapillary type adenocarcinoma. We report case of adenocarcinoma presenting as a bilateral multilobar consolidation without significant change for a period of two years, which has rarely been documented in the literature.

**Keywords:** Adenocarcinoma, consolidation, pneumonia

### Giriş

İnvaziv akciğer adenokarsinomaları histopatolojik olarak çoğu kez kompleks heterojen bir yapıya sahiptir. Bu yapı, lepidik, papiller, asiner, mikropapiller, solid,

taşlı yüzük hücreli ve berrak hücreli paternlerin bir veya birkaçından oluşur (1). En sık karşılaşılan grup lepidik hücrelerin daha baskın olduğu tiptir (2). Mikropapiller tipte 5 yıllık sağkalımın mikropapiller olmayan adenokarsinoma oranla belirgin olarak düşük

**İletişim kurulacak yazar/Corresponding author:** drhesme@hotmail.com

**Müracaat tarihi/Application Date:** 05.06.2018 • **Kabul tarihi/Accepted Date:** 27.06.2018

©Copyright 2018 by Med J SDU - Available online at <http://dergipark.gov.tr/sdutfd>

©Telif Hakkı 2018 SDÜ Tıp Fak Derg - Makaleye <http://dergipark.gov.tr/sdutfd> web sayfasından ulaşılabilir.

olduğu bildirilmektedir (3). Adenocarcinoma çok nadir olarak pnömoniden ayırt edilemeyen sıklıkla hava bronkogramları ile birlikte yama tarzında, lobar veya multilobar infiltrasyon şeklinde görülebilir. Bu çalışmada iki yıl boyunca rezorbe olmayan bilateral konsolide pnömonik alanların eşlik ettiği, antitüberküloz ve çok defa nonspesifik antibiyotik tedavisi alan mikropapiller adenokarsinoma olgusu sunuldu.

### Olgu Sunumu

65 yaşında ev hanımı, kadın hasta 2 yıldır devam eden ve progrese olan iki taraflı rezorbe olmayan pnömonik infiltrasyon ve konsolidasyon nedeniyle akciğer biyopsisi için kliniğimize refere edildi. Minimal balgamla birlikte olan öksürük, eforla gelen nefes darlığı ve hikayesinde son iki yılda 8 kilogram kilo kaybı vardı. Hastanın hikayesinden son bir yıl içerisinde anti tüberküloz tedavisi aldığı öğrenildi. Son iki yılda çok defa antibiyotik tedavisi alan hastanın kliniğinde hafif iyileşmeler olmasına rağmen semptomların yeniden nüks ettiği öğrenildi. Sigara içme öyküsü olmayan hastanın diyabet ve hipertansiyonu vardı. Fiberoptik bronkoskopi incelemelerinde patoloji saptanmayan hastanın balgamda Aside Dirençli Basil (ARB) ve mikobakteri kültür sonuçları negatif idi. Bronkoalveolar lavajın mikrobiyolojik incelemesinde herhangi bir mikroorganizma saptanmadı.

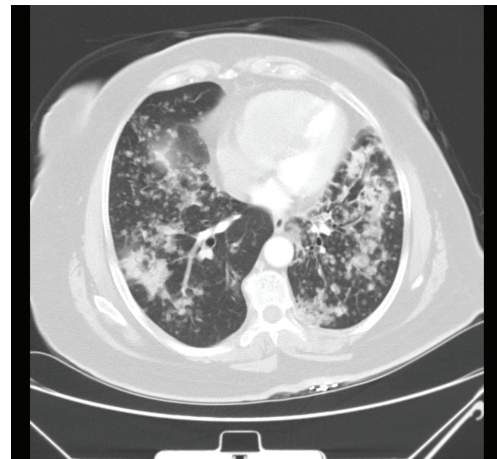
İki yıl önce çekilen toraks bilgisayarlı tomografide; sol akciğer üst lob anterior segmentte içerisinde hava bronkogramları bulunan konsolide alan, üst lob ve lingulada peribronşial kaba retiküler nodüler dansite artışları mevcuttu (tomurcuklanan dal manzarası).

Ayrıca sağ akciğer alt lob superior segmentte ve üst lob posterior segmentte daha az oranda benzer karakterde retiküler nodüler dansite artışları mevcut olduğu rapor edildi. Raporunda Tbc pnömonisi ve yaygın endobronşial yayılım yönünden klinik değerlendirmenin gerektiği ve diğer enfeksiyöz süreçlerin ekarte edilemediği bildirildi. Hastanın daha sonra çekilen toraks tomografilerinde radyolojik görünümün yavaş yavaş progrese olduğu saptandı. Hastanın kliniğimize başvurusu öncesindeki toraks tomografisinde; her iki akciğer üst lob anterior kesimde, sol akciğer lingulada, sağda alt lob anterobazalde, solda alt lobun büyük kesiminde, komşuluklarında tomurcuklu dal manzarası oluşturan yaygın sentrasiner nodüllerin eşlik ettiği hava bronkogramları içeren geniş boyutlu konsolidasyon alanları vardı. Ayrıca solda lingulada ve üst lobta nisbeten hacim kaybı oluşturan atalektazinin sürece eşlik ettiği rapor edildi (Resim 1a ve 1b).

Videotorakoskopik olarak sağ akciğer alt, orta ve üst loba wedge rezeksiyon yapıldı. Histopatolojik inceleme sonucu mikropapiller tip adenokarsinoma olduğu, tümöral hücrelerinin Napsin-A, TTF-1, CK7, CEA pozitif, CK20 ve WT-1 negatif olduğu rapor edildi (Resim 2a ve 2b). Pozitron Emisyon Tomografisinde her iki akciğer üst lob anterior kesimde daha yoğun olmak üzere, her iki akciğerde içerisinde hava bronkogramları içeren komşuluklarında tomurcuklu dal manzarası oluşturan yaygın konsolidasyon alanları ile milimetrik / subsantimetrik nodüllerde yoğun artmış FDG tutulumu izlendi (SUV max: 18.35-24.35) (Resim 3). Uzak metastazla uyumlu herhangi bir lezyon yoktu. Medikal onkoloji tarafından kemoterapi başlandı.

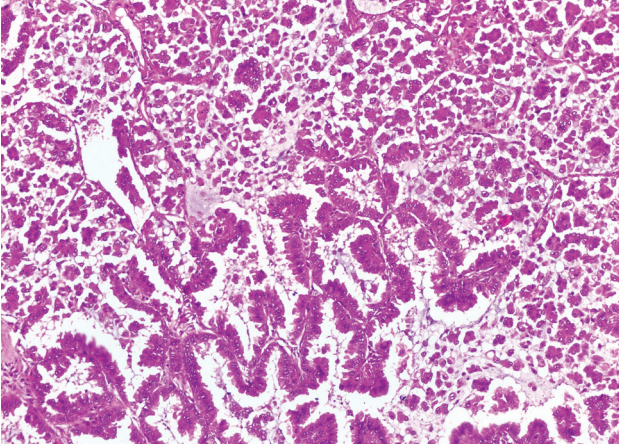


Resim 1a

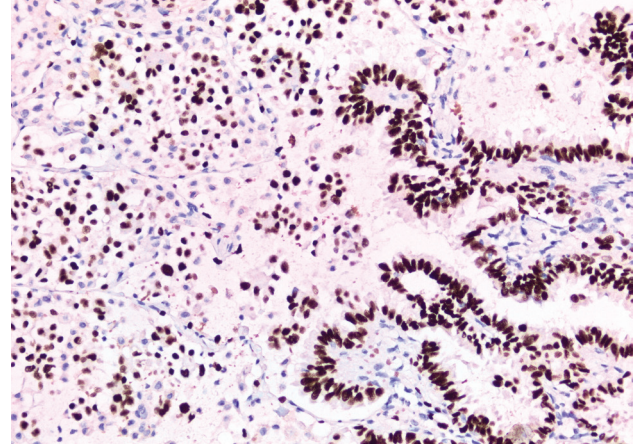


Resim b

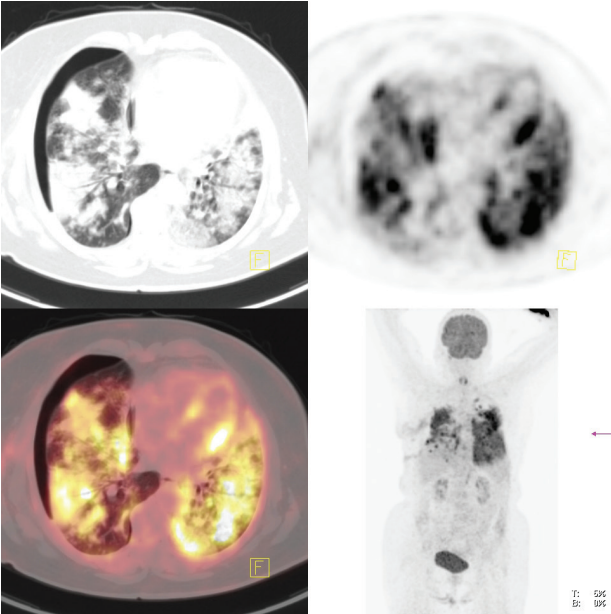
**Resim 1a ve 1b:** Her iki akciğer üst lob anterior kesimde, sol akciğer lingulada, sağda alt lob anterobazalde, solda alt lobun büyük kesiminde, komşuluklarında tomurcuklu dal manzarası oluşturan yaygın sentrasiner nodüllerin eşlik ettiği hava bronkogramları içeren geniş boyutlu konsolidasyon alanları.



**Resim 2a :** Mikropapiller tip adenokarsinoma (HE, x100).



**Resim 2b :** Tümör hücrelerinin immünohistokimyasal TTF-1 ile pozitif boyanması (TTF-1, x200).



**Resim 3 :** Akciğerde her iki tarafta FDG tutulumunu gösteren PET BT görüntüleri.

## Tartışma

İnvaziv akciğer adenokarsinomalarının yaklaşık %90' ı histolojik olarak farklı alt gruplardan oluşmaktadır. Tümör, histopatolojik olarak çoğu kez kompleks heterojen bir yapıya sahiptir. Bu yapı, lepidik, papiller, asiner, mikropapiller ve solid paternlerin bir veya birkaçından oluşur (1). Mikropapiller tip adenokarsinomada hava boşlukları içinde küçük papiller kümeler halinde çoğalan ve fibrovasküler merkezleri bulunmayan salgısal hücreler vardır. Mikropapiller tip, yeni tanımlanmış bir alt tiptir ve 5 yıllık sağkalımın mikropapiller olmayan adenokarsinoma oranla belirgin olarak düşük olduğu bildirilmektedir (4).

Adenokarsinom radyolojik olarak en sık soliter veya multiple nodüller şeklinde izlenir. Olgumuzda olduğu gibi yaygın sentrasiner nodüllerin eşlik ettiği hava bronkogramları içeren, bilateral geniş boyutlu konsolidasyon alanların olduğu olgular çok nadirdir. Akciğerdeki adenokarsinomaya bağlı konsolidasyonun değişmeden aylarca devam ettiği, pnömonik infiltrasyon ve konsolidasyonun zamanla dalgalı bir şekilde arttığını gösteren vakalar bildirilmiştir (5). Mir ve ark. (6) bir hastalarında, sol alt lobun tamamına yakınına kaplayan konsolidasyonun hastanın klinik durumunda kötüleşme olmaksızın ve lezyonun büyüklüğünde belirgin değişiklik olmaksızın 2 yıl takibi sonrasında adenokar-



sinoma tanısı koyduklarını belirtmişlerdir. Olgumuzda benzer olarak iki yıl devam eden bilateral multilobar konsolidasyonlar sonrası torakoskopik wedge rezeksiyon ile tanısı konabilmiş ve tedaviye başlanmış.

Radyolojik olarak pnömonik tipte olan adenokarsinomalar tipik olarak periferik yerleşir ve sıklıkla multisentriktir. Parankim korunduğu için ve birçok lobta aynı anda ortaya çıkabildiğinden radyolojik ve klinik olarak pnömoniden ve diğer nonenfeksiöz inflamatuvar hastalıklardan (hipersensivite pnömonileri veya bronşiolitis obliterans gibi) ayırt edilemeyebilir. Klinisyen, ateş veya lökositöz olmayan veya antibiyotik tedavisine cevap vermeyen radyolojik olarak pnömonik görüntüye sahip hastalarda adenokarsinomayı akılda tutmalıdır (7).

Pnömoni tedavisi sırasında rezorbe olmama, yavaş rezorbe olma veya tekrarlanma gibi sorunlar görülebilir. Konakla veya mikroorganizma ile ilgili faktörler pnömoni rezorbsiyonuna etkilidirler. Rezorbe olmayan pnömonilerde tüberküloz veya enfeksiyon dışı nedenler (malignite, ilaçlar, kollojen vasküler hastalıklar v.b.) ayırıcı tanıda unutulmamalıdır (8). Olgumuzda laboratuvar bulguları desteklemese de radyolojik ve klinik olarak tüberküloz ihtimali düşünülerek, anti tüberküloz tedavisi verilmiş ancak takiplerde radyolojik ve klinik düzelme görülemedi.

Sonuç olarak antibiyotik tedavisine cevap vermeyen radyolojik olarak iki taraflı pnömonik görüntüye sahip hastalarda, konsolidasyonun değişmeden devam ettiği veya progrese olduğu durumlarda adenokarsinoma akılda tutulmalıdır. Noninvaziv yöntemler ile tanı konulamayan, radyolojik olarak enfeksiyonu düşündüren hastalarda malignite ya da nonenfeksiöz hastalıkları ekarte etmek için torakoskopik akciğer wedge rezeksiyonu gecikmeden yapılmalıdır.

## Kaynaklar

1. Yener NE, Apa DD. Akciğer kanserinde morfolojik tanı ve sınıflama. Türk Radyoloji Seminerleri 2014; 2: 281-9.
2. Borczuk AC, Qian F, Kazeros A, Eleazar J, Assaad A, Sonett JR, et al. Invasive size is an independent predictor of survival in pulmonary adenocarcinoma. Am J Surg Pathol 2009; 33:462-9.
3. Makimoto Y, Nabeshima K, Iwasaki H, Miyoshi T, Enatsu S, Shiraishi T, et al. Micropapillary pattern: a distinct pathological marker to subclassify tumours with a significantly poor prognosis within small peripheral lung adenocarcinoma with mixed bronchioloalveolar and invasive subtypes (Noguchi's type C tumours). Histopathology 2005; 46: 677-84.
4. Nitadori J, Bograd AJ, Kadota K, Sima CS, Rizk NP, Morales EA, et al. Impact of micropapillary histologic subtype in selecting limited resection vs lobectomy for lung adenocarcinoma of 2cm or smaller. J Natl Cancer Inst 2013; 105: 1212-20.
5. Sadohara J, Fujimoto K, Terasaki H, Nonoshita M, Hayabuchi N. Bronchioloalveolar carcinoma with fluctuating extent of consolidation on chest radiography. J Thorac Imaging 2004; 19:

63-6.

6. Mir E, Sareen R, Kulshreshtha R, Shah A. Bronchioloalveolar cell carcinoma presenting as a "non-resolving consolidation" for two years. Pneumonol Alergol Pol 2015; 83: 208-11.
7. Thompson WH. Bronchioloalveolar Carcinoma Masquerading as Pneumonia. Respiratory Care. 2004; 49: 1349-53.
8. Erk M. Pnömoniler ve rezorbsiyon Sorunları. Türkiye Klinikleri J Int Med Sci 2005;1(46):34-8.