

Olgu Sunumu



Masif Efüzyonla Başlayan Atipik Bir Malign Mezotelyoma Olgusu: Bilgisayarlı Tomografi Bulguları

Uğur BOZLAR^a, Fatih ÖRS, Düzgün YILDIRIM, Bilal BATTAL, Mutlu SAĞLAM,
Mehmet Selim NURAL

Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Radyoloji Anabilim Dalı, ANKARA

ÖZET

Malign mezotelyoma, aspire edilmesine rağmen tekrarlayan plevral efüzyon şeklinde klinik bulgu verebilir. Özellikle yaşlı hastalarda tekrarlayan, miktarıyla uyumsuz bir şiddetle dispne ve göğüs ağrısı yapan efüzyon varlığında, ayırıcı tanıda malign mezotelyoma da düşünülmelidir. Bu yazımızda, başlangıçta yapılan plevral efüzyon aspirasyonunda malign hücre saptanmayan, ancak zaman içerisinde progresyon göstererek malign mezotelyoma tanısı alan bir olgunun radyolojik bulguları ve bilgisayarlı tomografi görüntüleri sunulmuştur.

Anahtar kelimeler: Malign mezotelyoma, plevral efüzyon, bilgisayarlı tomografi

ABSTRACT

Atypical Malignant Mesothelioma Characterized with Massive Effusion: Computed Tomography Findings

Malignant mesothelioma may present with recurrent pleural effusion despite repeated aspirations. Especially in old patients with recurrent pleural effusion causing chest pain and dyspnea discordant with its amount, malignant mesothelioma should be thought in the differential diagnosis. In this case, we presented the radiological findings and computed tomography images of a patient with malignant mesothelioma and progressive pleural effusion, in whom malignant cells were not detected at the initial thoracentesis.

Key words: Malignant mesothelioma, pleural efusion, computed tomography

Malign plevral mezotelyoma günümüzde sıklığı giderek artan fatal bir neoplazmdir. Önemli radyolojik manifestasyonları; tekrarlayan plevral efüzyon, kemik destrüksiyonunun eşlik ettiği ya da etmediği, irregüler, nodüler plevral kalınlaşmalar ve sıklıkla akciğerin periferal kısmında yerleşen nodüler dansitelerdir (1). Malign plevral mezotelyomanın plevral efüzyonla ortaya çıkması, oldukça yavaş seyreden ve lokal ilerleyen bir özellik sergilemektedir. Bu makalede, başlangıçta yapılan plevral efüzyon aspirasyonunda malign hücre saptanmayan, ancak zaman içerisinde progresyon göstererek malign mezotelyoma tanısı alan bir olgunun radyolojik bulguları ve bilgisayarlı tomografi görüntülerinin sunulması amaçlanmıştır.

OLGU

Nefes darlığı ve göğüs ağrısı nedeniyle başvuran, hafif derecede konjestif kalp yetmezliği bulunan 70 yaşında olgunun çekilen toraks bilgisayarlı tomografisinde (BT) düşük dansiteli plevral efüzyon dışında bulgu saptanmamıştır (Şekil 1A). Alınan plevral efüzyon örneğinin sitolojik incelemesi, malign hücre içermeyen seröz plevral efüzyon olarak raporlanmıştır. Bunun üzerine olgu konjesyona yönelik medikal tedavi eşliğinde klinik takibe alınmış ve BT takibi yapılmıştır. Hastanın bir yıl sonraki kontrol BT incelemesinde plevral efüzyonun devam etmesi dışında pozitif başka bir bulgu saptanmaması üzerine plevral efüzyon örneği ve plevral biyopsi materyali patolojik incelemeye gönderilmiştir.

(Şekil 1B). Ancak patolojik inceleme sonucunda yine herhangi bir malignite bulgusu saptanmamıştır. Olgunun yapılan ikinci yıl BT kontrolünde ise plevral efüzyon miktarında azalma ile birlikte sağda özellikle bazalde olmak üzere plevral yapraklarda kalınlaşma ve nodularite yanısıra parakardial yağlı doku içerisinde daha önceki BT'lerde izlenmeyen lenf nodu varlığı dikkati çekmiştir (Şekil 2). Bu bulguların eşliğinde kalınlaşmış plevral alandan doku biyopsisi yapılmasına karar verilmiştir. Alınan materyalin patolojik incelemesinde, gruplar oluşturan ve plevrayı tutan, infiltratif tarzda dağılmış, atipik epitelooid hücreler tespit edilerek bu patolojik bulgular ışığında malign mezotelyoma tanısı konmuştur.

TARTIŞMA

Malign plevral mezotelyoma (MPM) asbestoz maruziyetiyle ilgisi bulunan ve genellikle fatal bir neoplazmdir. Plevral mezotelyoma çoğunlukla 40 yaşından büyük erişkin erkek popülasyonunda oluşur. En sık oluşturduğu semptom dispne olmakla birlikte, klinik bulgu ve semptomlar çoğu zaman nonspesifiktir (2). Doğru tanı genellikle iğne biyopsisi veya açık torakotomi ile yapılabilir de, olguların çoğunda tanı otopsi ile konulmaktadır (1,3). Bunun muhtemel nedenleri, ön tanıda mezotelyomanın düşünülmemesi ya da iğne biyopsisi materyalinin tanı için yeterli olmamasıdır. Bir makalede, MPM'li bir olguya iki defa biyopsi yapılmasına rağmen histopatolojik inceleme sonucunun fibröz plörit olarak rapor-

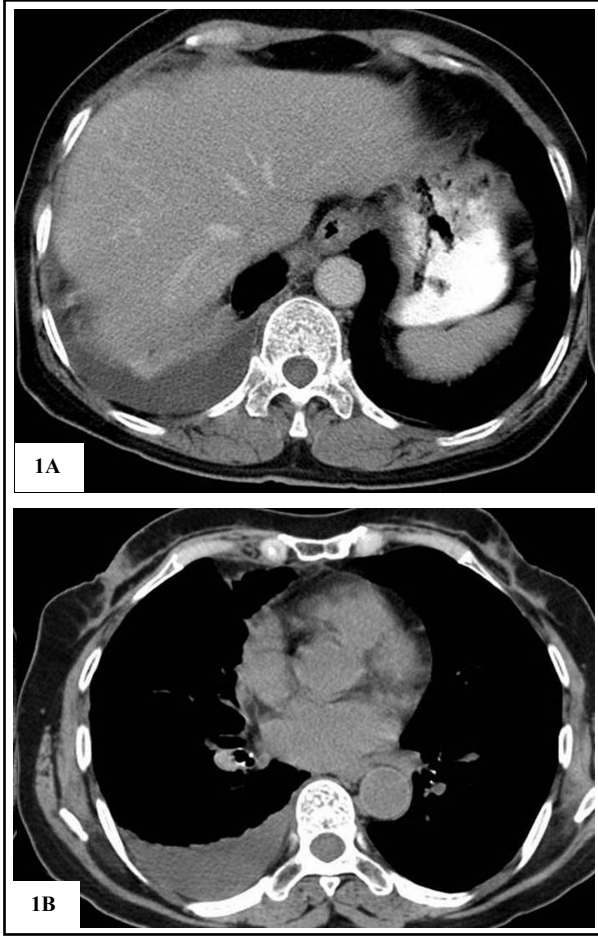
^a Yazışma Adresi: Dr. Uğur BOZLAR, Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Radyoloji Anabilim Dalı, ANKARA

* Bu olgu 11-15 Ekim 2006 tarihleri arasında Antalya'da yapılan 27. Ulusal Radyoloji Kongresi'nde poster bildiri olarak sunulmuştur.

Tel: +90 312 3044701

e-mail: ubozlar@yahoo.com

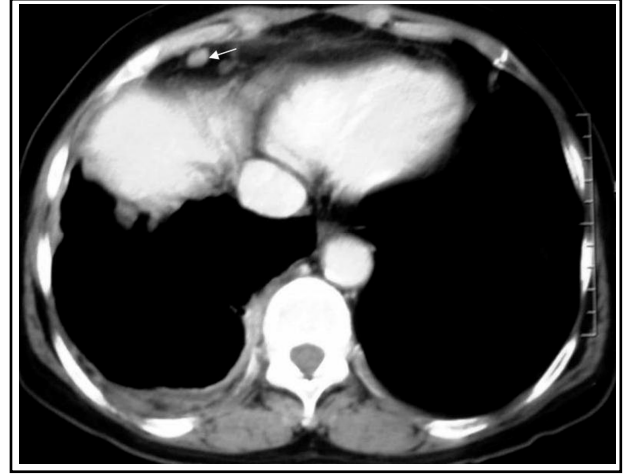
landığı bunun nedeninin ise biyopsinin tümöral lezyon yerine reaktif olarak kalınlaşmış plevradan alınmış olabileceği belirtilmiştir (1).



Şekil 1: Yapılan ilk BT incelemede (A) sağ bazalde plevral kalınlaşmanın eşlik etmediği plevral efüzyonun, bir yıl sonraki kontrol BT'sinde (B) anlamlı değişiklik göstermediği dikkat çekmektedir.

Literatürde malign mezotelyomanın radyolojik görünümünün; plevral kalınlaşma (%46), interlobar fissürlerin plevral yüzeylerinde kalınlaşma (%86), plevral kalsifikasyon (%20) ve plevral efüzyon (%74) şeklinde olabileceği bildirilmiştir (1). Plevral efüzyon-larda, sıvının iç sınırı genellikle irregüler ve konveks bir sırt şeklinde izlenebilir. Sıvının lokülasyonu, ayakta ve dekübitis pozisyonunda çekilen röntgenogramlar ile gösterilebilir. Paracentez sonrasında sıvı tekrar oluşabilir ve tüm hemitoraksı opasifiye edebilir. Sıvı genellikle hemorajik içeriğe sahiptir, ancak pür seröz sıvı da bulunabilir. Irregüler nodüler plevral kalınlaşma, tüm plevral yüzey boyunca yayılabileceği gibi belirli bir alanda sınırlı da kalabilir. Eğer nodülerite ile birlikte göğüs ağrısı şikayeti varsa büyük oranda mezotelyomadan şüphelenilmelidir. Plevral kalınlaşma olan bölgede kemik destrüksiyonu olması önemli radyolojik tanı kriterlerindedir. Mezotelyoma periferel akciğerde nodüler

dansite şeklinde de karşımıza çıkabilir ve bazen yanlışlıkla periferel akciğer tümörü ile karıştırılabilir. Doğru tanı sadece cerrahi ve patolojik değerlendirme ile koyulabilir ve bu olguların prognozu çoğunlukla kötüdür. Tanımlanan bu bulgular, radyolojik olarak en uygun kontrastlı toraks BT görüntüleme ile saptanabilir (4). Dolayısıyla, mezotelyomanın BT görünümü; sadece düşük atenüasyon gösteren, homojen dansitede efüzyon olabileceği gibi; zamanla plevral kalınlaşmalar ya da invazyon ve anrezekebtileteyi gösteren ekstraplevral yumuşak doku tutulumu şeklinde de olabilir (5).



Şekil 2: İkinci yıl kontrol BT incelemesinde, sağ bazalde her iki plevral yaprakta kalınlaşma ve eşlik eden parakardiyal yağ dokuda lokalize lenf nodu (ok) izlenmektedir.

Malign plevral mezotelyomanın plevral efüzyonla ortaya çıkması, oldukça yavaş seyreden ve lokal ilerleyen özelliktedir. Ferrer ve arkadaşları, tekrarlayan plevral efüzyonlu 40 olguda yaptıkları takip çalışmalarında; 32 olguda efüzyonu açıklayan bir neden bulamazken, sadece bir olguda mezotelyoma saptamışlardır (6). Son zamanlarda yayınlanan bir makalede ise; hızlı ilerleyen, antitüberküloz tedaviye yanıt vermeyen bilateral plevral efüzyonlu bir olguda, aspirasyonda displastik hücre varlığı nedeniyle intravenöz cisplatin ve intraplevral bleomycin tedavisi yapılmış ancak cevap alınamamıştır. Kalın iğne plevra biyopsisi yapılan olguda malign mezotelyoma tanısı konmuş ancak olgu 3 ay sonra kaybedilmiştir (7). Bizim olgumuzda ilk aspirasyonda malign hücre içermeyen seröz plevral efüzyon saptanmış, sonraki süreçte efüzyon sebat etmiş ancak efüzyon sitolojisi ve plevra biopsileri sonuç vermemiş, 2 yıl sonra yapılan plevral doku biyopsisiyle mezotelyoma tanısı konmuştur.

Sonuç olarak; sık tekrarlayan, tedaviye iyi yanıt vermeyen plevral efüzyonu bulunan ve aspirasyon örnekleri tanısal nitelik taşımayan olgularda, asbestoz maruziyeti hikayesi olmasa bile mezotelyoma olasılığıyla takibe devam etmeli, plevranın kalınlaşmış olduğu bölgelerden kalın iğne biopsileri ile tanıya gidilmeye çalışılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Kawashima A, Libshitz HI, Lukeman JM. Radiation-induced malignant pleural mesothelioma. Can Assoc Radiol J 1990; 41:384-386.
2. Legha SS, Muggia FM. Pleural mesothelioma: clinical features and therapeutic implications. Ann Intern Med 1977; 87:613-621.

3. Miller BH, Rosado-de-Christenson ML, Mason AC, ve ark. From the archives of the AFIP. Malignant pleural mesothelioma: radiologic-pathologic correlation. Radiographics 1996; 16:613-644.
4. Rabinowitz JG, Efremidis SC, Cohen B, et al. A comparative study of mesothelioma and asbestosis using computed tomography and conventional chest radiography. Radiology 1982; 144:453-460.
5. Rusch VW, Godwin JD, Shuman WP. The role of computed tomography scanning in the initial assessment and the follow-up of malignant pleural mesothelioma. J Thorac Cardiovasc Surg 1988; 96:171-177.
6. Ferrer JS, Munoz XG, Orriols RM, Light RW, Morell FB. Evolution of idiopathic pleural effusion: a prospective, long-term follow-up study. Chest 1996; 109:1508-1513.
7. Fijalkowski M, Jochymiski C. Pleural mesothelioma-case with effusion in both pleural cavities. Pol Merkur Lekarski 2004; 17:79-82.

Kabul Tarihi: 21.03.2008