

## ASTMA İLE KARIŞAN AKCİĞER TÜMÖRLERİ Bronchial carcinomas misdiagnosed as asthma

İnci GÜLMEZ<sup>1</sup>, F Sema OYMAK<sup>2</sup>, Fahri OĞUZKAYA<sup>3</sup>, Mustafa DEMİREL<sup>4</sup>,  
Mustafa ÖZESMİ<sup>5</sup>, Ramazan DEMİR<sup>5</sup>

**Özet:** Farinks, larinks ve trakeanın kronik obstrüktif hastalıkları akut üst hava yolu obstrüksiyonlarının tersine genellikle astma ya da kronik obstrüktif akciğer hastalığı yanlış tanısı alır (1). Ayırıcı tanı klasik ve özel tetkiklerle sağlanabilir. Son zamanlarda başlayan öksürük, nefes darlığı, hışırtı semptomları nedeniyle astma tanısı alarak tedavi edilen ancak semptomları düzelmediği için fleksible bronkoskopi yapılan üç olguda bronkojenik karsinoma tespit edildi. Amacımız trakea ve ana bronş tutulumu nedeniyle astım tanısı almış, klinikte yatarak tedavi edilen üç bronş karsinomu olgusunu literatür bilgileri ışığında incelemektir.

**Anahtar Kelimeler:** Astma, Bronş kanseri

Günümüzde giderek artan bir sağlık sorunu olan akciğer kanserinin kesin belirleyici semptomlarının olmaması bazı olguların yanlış tanıları almasına neden olmakta, tedavi şansı yönünden hastayı zaman kaybına uğratmaktadır. Akciğer kanserlerindeki en önemli semptomlardan biri olan öksürük genellikle sigara içen hastalarda atlanmakta, hemoptizi ise geç ortaya çıkan bir semptom olmaktadır. Özellikle büyük hava yollarına yerleşen tümörlerde hava yollarının kısmi darlığı nefes darlığı ve hışırtıya neden olmakta, bu semptomlar ise dikkatli bir anamnez, fizik muayene ve spirometrik değerlendirme yapılmaz ise kolaylıkla astma tanısı

**Abstract:** Unlike acute upper airway obstructions, chronic obstructive diseases of larynx, pharynx and trachea are misdiagnosed as asthma or chronic obstructive pulmonary disease. Differential diagnosis can be made by using conventional and special techniques. We report on three patients who had asthma with recent onset of cough, dyspnea and wheezing. However, despite regular bronchodilators and corticosteroids the symptoms worsened. Therefore we performed fiberoptic bronchoscopy and diagnosed bronchogenic carcinoma in all cases. Our aim in this study was to present three cases of bronchial carcinoma previously misdiagnosed and mistreated as asthma and to review the literature.

**Key Words:** Asthma, Bronchogenic carcinoma

koydurmaktadır.

Amacımız klinikte yatarak astma tanısı almış bronş kanseri olgularında tanı problemlerinin araştırılmasıdır.

### OLGU SUNUMLARI

**Olgu I:** A.H., 49 y, erkek, Kayseri

**Yakınması:** Üç aydır devam eden öksürük, nefes darlığı.

**Öyküsü:** Üç ay önce öksürük, halsizlik, kırgınlık ve nefes darlığı başlamış. Beraberinde hışırtı oluyormuş. Bir iç hastalıkları uzmanı tarafından bronkodilatör ve antibiyotik tedavisi verilmiş. İlk muayenede akut bronşit olduğu söylenmiş. Kontrolde astım denmiş. Ancak bronkodilatör tedaviye rağmen hastanın nefes darlığının artması

\*XV. Gevher Nesibe Tıp Günleri, 27-30 Mayıs 1997, Kayseri  
Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi 38039 KAYSERİ  
Göğüs Hastalıkları. Doç.Dr.<sup>1</sup>, Y.Doç.Dr.<sup>2</sup>, Araş.Gör.Dr.<sup>3</sup>,  
Prof.Dr.<sup>5</sup>. Göğüs ve Kalp Damar Cerrahisi. Y.Doç.Dr.<sup>3</sup>.

Geliş tarihi: 6 Haziran 1997

üzerine göğüs hastalıkları uzmanına sevk edilmiş.

*Fizik Muayene:* Stridoru ve yaygın bilateral ronküsleri mevcuttu.

Arka-ön (PA) akciğer grafisi:Üst mediastende genişleme mevcuttu (Resim 1).

Bilgisayarlı Toraks Tomografisi (BTT): Trakea 1/3 alt hizadan itibaren trakeayı belirgin şekilde daraltarak ana bronşları da içine alan tümöral oluşum izlendi (Resim 2).

*Bronkoskopi:* Trakea 1/3 alt ucu mukozal infiltrasyonla sirküler şekilde daralmış fiberoptik bronkoskopun geçişine ancak izin veriyordu.

Bronkoskopi aracılığı ile alınan biyopsinin mikroskopik tanısı: Küçük hücreli akciğer kanseri.

#### **Olgu II:** AR.A., 39 y, Kayseri

*Yakınması ve Öyküsü:* Yaklaşık iki aydır nefes darlığı, hışırtı, öksürük ve balgam yakınmaları ile Sağlık Bakanlığına bağlı Göğüs Hastalıkları Hastanesine intrensek astma tanısıyla yatırılan hastanın tedaviye rağmen şikayetleri düzelmemiştir. Son beş gün içinde nefes darlığı iyice artan ve stridoru belirginleşen hastaya parenteral salbutamol, steroid, adrenalin verilmiştir. Ancak durumu gittikçe bozulan ve şuuru kapanan hasta status astmatikus ön tanısıyla üniversite hastanesine sevk edilmiştir.

*Fizik muayene:* Şuur kapalı, ağırlı uyaranlara cevap veriyordu. Yardımcı solunum kaslarını kullanarak güçlükle solunum yapıyordu.

*PA akciğer grafisi:* Bilateral havalanma artışı dışında özellik yoktu (Resim 3).

*BTT:* Karinayı tamamen infiltre eden sağ ana bronşu tama yakın sol ana bronşu ileri derecede daraltan tümöral kitle izlendi (Resim 4).

*Bronkoskopi:* Karina tümöral doku ile infiltre, sağ ana bronş tamamen tıkalı, sol ana bronştan çok az hava geçişi mevcuttu.

Bronkoskopi aracılığı ile alınan biyopsinin mikroskopik tanısı: Kötü diferansiye epidermoid karsinom.

#### **Olgu III:** M. T., 49 y, erkek, Kayseri.

*Yakınması:* Nefes darlığı.

*Öyküsü:* Yaklaşık altı ay önce başlayan yavaş yavaş artan nefes darlığı ve hışırtısı varmış. Üst solunum yolu enfeksiyonu geçirdiği zaman şikayetlerinin daha da arttığını ifade ediyordu. Olgu intrensek astma ön tanısıyla yatırıldı. Steroid ve bronkodilatatör tedaviden kısmen fayda gördü. Ancak stridoru olduğu için hastaya bronkoskopi yapıldı.

*Fizik muayene:* Stridor ve yaygın ronküsleri mevcut.

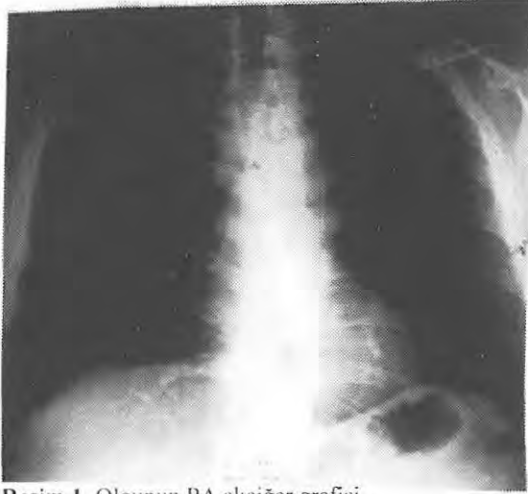
*PA akciğer grafisi:* Bilateral bronkovasküler çizgilenmede artış görüldü (Resim 5).

*BTT:* Trakea alt ucu ve karinayı içine alan her iki bronşu ileri derecede daraltan tümöral kitle izlendi (Resim 6).

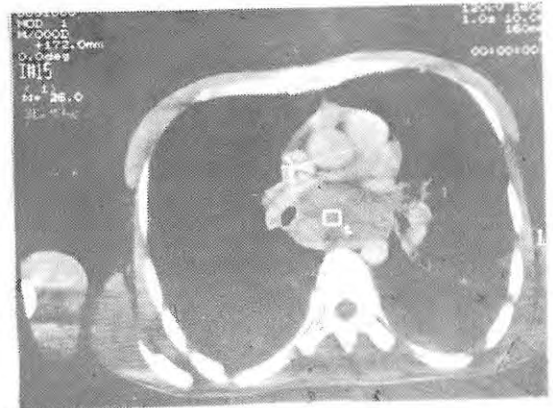
*Solunum Fonksiyon Testleri:* Vital kapasite: %52, birinci saniyedeki zorlu ekspiratuar volüm (FEV1) %32, zirve ekspiratuar akım hızı (PEF) %22, zorlu ekspiratuar akımın orta fazı (FEF 25-75) % 40.

*Bronkoskopi:* Trakea alt ucu ve karina tümöral kitle ile infiltre, her iki ana bronş ileri derecede daralmıştı.

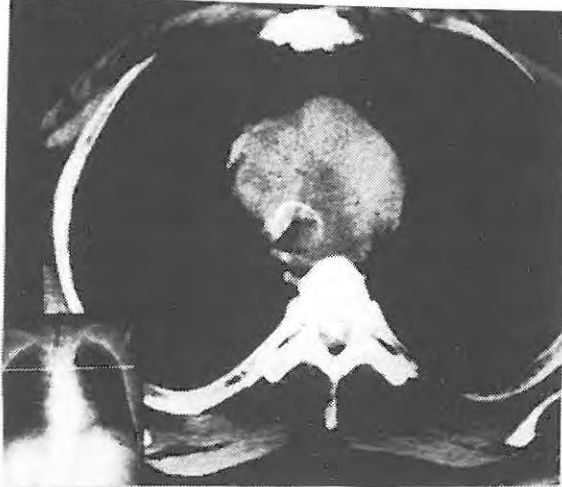
Bronkoskopi aracılığı ile alınan biyopsinin mikroskopik tanısı: Epidermoid karsinom.



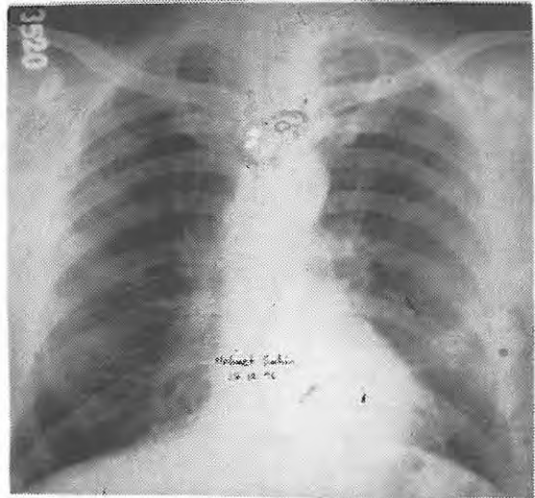
**Resim 1.** Olgunun PA akciğer grafisi



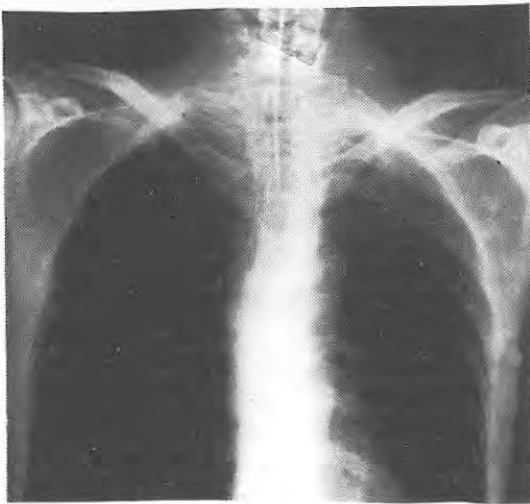
**Resim 4.** Olgunun BTT'si



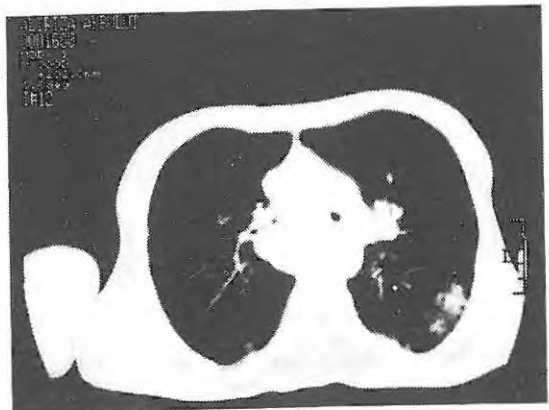
**Resim 2.** Olgunun BTT'si



**Resim 5.** Olgunun PA akciğer grafisi



**Resim 3.** Olgunun PA akciğer grafisi



**Resim 6.** Olgunun BTT'si

## TARTIŞMA

Giderek artan oranda karşımıza çıkan akciğer kanserinin erken tanısı tüm diğer kanser türlerinde olduğu gibi oldukça önemlidir. Bu amaçla kullanılan en önemli tetkik kuşkusuz PA akciğer grafisidir(1). Ancak bu yöntem, özellikle mediasten ve hilus bölgesindeki organların süperpozisyonu sonucu zaman zaman azaman tanısız yetersizlik oluşturmaktadır. Özellikle ikinci ve üçüncü olgularımızda PA akciğer grafilerinin normal oluşu bu bölgedeki organların süperpozisyonundan kaynaklanmaktaydı. Santral yerleşimli malignitelerde bu güçlük daha da belirgin olmaktadır (2,3). Özellikle genç hastalarda üst hava yolu daralmasına bağlı PA grafide görülen havalanma artışı spazmodik astma şeklinde yorumlanmasına neden olmaktadır (1). Status astmatikus ön tanısıyla kliniğimize gönderilen ikinci hastanın PA grafisinde görülen havalanma artışı da aynı şekilde yorumlanmıştır.

PA akciğer radyogramları, hiler hastalığın belirlenmesinde göreceli olarak kesin ve doğru sonuç vermeyen, duyarsız bir yöntem olarak kabul edilmektedir (4). BTT ise hiler, ekstra hiler, pulmoner ve mediasten yapıları ile ilişkili lezyonların belirlenmesinde daha üstündür (5,6). Bizim olgularımızda da PA grafi ile yeterli bilgi elde edilemezken BTT ile lezyonlar hakkında bilgi edinmek mümkün oldu.

Kronik üst hava yolu obstrüksiyonlarında dispne ve nonproduktif öksürük hemen daima bulunmaktadır. Stridor ise alt solunum yolu obstrüksiyonlarından ayırdedici en önemli özelliktir. Ekstratorasik lezyonlu olgularda inspiratuar, intratorasik lezyonlu olgularda ise ekspiratuar stridor bulunmaktadır (7). Olgularımızın her üçünde de stridor bulunması astmanın ayırıcı tanısında ileri tetkikler yapmamız için bize uyarıcı olmuştur.

Alt solunum yolu obstrüksiyonlarından üst solunum yolu obstrüksiyonlarını ayırmada akım-volüm halkasında fizyolojik parametrelerin belirlenmesi yardımcı olabilmektedir(8). Pek çok laboratuarda ise akım-volüm halkası rutin olarak kullanılmamaktadır.

Bu laboratuarlarda basit spirometrier üst hava yolu obstrüksiyonunu ortaya çıkarmada önemli bilgiler verebilir. Ekspiratuar PEF'in oransal olarak FEV1'e göre daha fazla düşmüş olması üst hava yolu obstrüksiyonunu düşündürmektedir (9). FEV1 ve FEF 25-75'in karşılaştırılması da aynı şekilde yardımcıdır. Her hangi bir obstrüksiyon olmadığında bu iki değer sayısal olarak birbirine yakınken alt solunum yolu obstrüksiyonlarında FEF 25-75 'deki düşme daha barizdir (10). İlk iki olgumuzda genel durumlarının kliniğe alındıklarında kötü olması nedeniyle spirometrik ölçüm yapılamamış bu nedenle akım-volüm halkası ve spirometrik parametreler değerlendirilememiş, üçüncü olgumuzun spirometrik ölçümlerinde ise FEV1'e göre PEF'in daha bariz düştüğü, FEV1 ile FEF 25-75 karşılaştırıldığında ise FEV1 'in düşük olduğu tespit edilmiştir. Bu bulgu literatür bilgileri ile uyumludur.

Sonuçta kronik öksürük, açıklanamayan hırıltılı solunum ve özellikle stridoru bulunan olgularda öncelikle spirometrik ölçümlerin dikkatle değerlendirilmesi, bu olgularda PA akciğer grafisi normal olsa bile gerek BTT incelemesinin gerekse bronkoskopik incelemenin mutlaka yapılması gerektiği inancındayız.

## KAYNAKLAR

1. Baydur A, Gottlieb LS. Adenoid cystic carcinoma (cylindroma) of the trachea masquerading as asthma. *JAMA* 1975;234:829-831.
2. Glayzer GM, Gross BH, Arsen AM. Imaging of the pulmonary hilum a prospective comparative study in patients with lung cancer. *AJR* 1985; 145:245-248.
3. Spinarzy DT. The anterior bronchus sign: a new hilar abnormality. *AJR* 1985;145:265-267.
4. Chils C. CT of the pulmonary hilum. *Radiol Clin North Am* 1990;28:539-551.
5. Mountain CF. A new international staging system for lung cancer. *Chest* 1986;89 (4 suppl): 225s 233s.
6. Moak GD, Cockerill EM, Farber MO.

- Computed tomography v.s standart radiology in the evaluation of mediastinal adenopathy. Chest 1982;82:69-75.*
7. Fraser P. *Synopsis of Disease of the Chest (2nd ed). WB Saunders Company, Philadelphia 1994, pp 624-629.*
  8. Empey DW. *Assesment of upper airways obstruction. Br Med J 1972;3:503-505.*
  9. Pare'PD, Donevan RD, Nelems JM, et al. *Clues to unrecognized upper airway obstruction. A case report. Can Med Assco j 1982;127:39.*
  10. Kittredge RD. *Computed tomograph of the trachea. A review. J Comput Tomogr 1981;5: 44-47.*