

# ONDÖRT YIL SONRA NÜKS EDEN ENDOBRONŞİYAL TİPİK KARSİNOİD TÜMÖR OLGUSU

Levent CANSEVER, İ. Celalettin KOCATÜRK, Mithat FAZLIOĞLU, Mehmet Ali BEDİRHAN

Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi 3. Göğüs Cerrahi Kliniği, İSTANBUL

## ÖZET

54 yaşındaki bayan hasta, öksürük ve nefes darlığı şikayetleri ile başvurdu. Akciğer grafisinde sağ üst lobda heterojen dansite artışı ve atelektazi mevcuttu. Öyküsünden 14 yıl önce karsinoid tümör nedeniyle sağ alt lobektomi uygulandığı öğrenildi. Yapılan bronkoskopide, sağ ana bronş 0,5 cm sonra tam olarak tıkalı idi. Alınan biyopsi sonucu tipik karsinoid tümör olarak raporlanan olgu, tamamlayıcı pnömonektomi yapılarak şifa ile taburcu edildi. Karsinoid tümörler az da olsa nüks edebilmektedirler. Bu nedenle mümkün olduğunca komplet rezeksiyon yapılmalı ve yakın takip gerektirdiği unutulmamalıdır.

**Anahtar kelime:** bronşial karsinoid, nüks karsinoid

## SUMMARY

### The Case of Endobronchial Typical Carcinoid Tumor Recurrence Fourteen Years Later

A 54-year old female patient admitted to our department with the complaints of cough and dyspnea. Chest x-ray revealed nonhomogenous infiltration and atelectasis in the right hemithorax. Fourteen years ago, right lung lower lobectomy had been performed because of carcinoid tumor. Fiberoptic bronchoscopy showed the occlusion of right main bronchus starting from 0,5 cm. Following histologic diagnosis of carcinoid tumor, completion pneumonectomy was performed. It should be taken into account that, carcinoid tumors can recur rarely, for that reason complete resection must be done when it is possible and patient should be followed very closely.

**Key words:** bronchial carcinoid, recurrent carcinoid

## GİRİŞ

Bronşiyal karsinoid tümörler tüm primer akciğer kanserlerinin %0,5-1'ini oluştururlar. Dispne, hemoptizi ve stridor çok sık görülen bulgular olup, tekrarlayıcı pnömonektomi ve bronşun tam olarak tıkanmasına bağlı akciğer apsesi şeklinde de kendisini gösterebilmektedir. Bazı bronşiyal karsinoid tümör olguları ise herhangi bir bulgu vermeksizin tesadüfen çekilen akciğer grafilerinde saptanabilirler<sup>(1)</sup>.

Yazımızda 14 yıl önce tipik karsinoid tümör nedeniyle sağ alt lobektomi uygulanan ve nüks nedeniyle opere edilen bir olgu anlatılmaktadır.

## OLGU SUNUMU

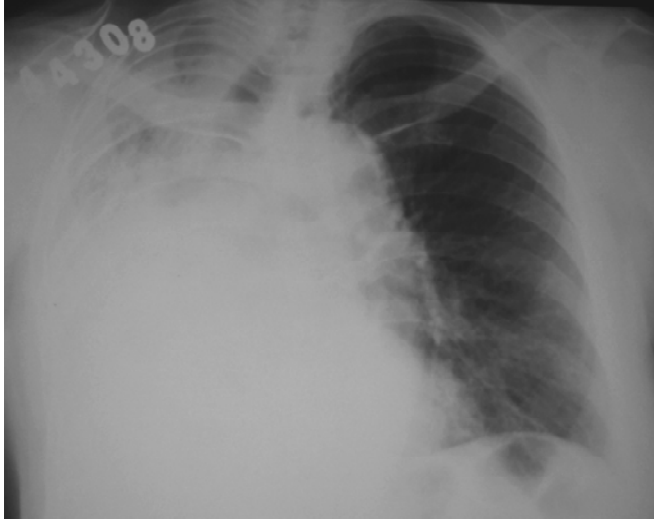
Ellidört yaşındaki bayan hasta, öksürük ve nefes darlığı şikayetleri ile bir kliniğe başvurmuş. Çekilen akciğer grafisinde (Resim 1) sağ hemitoraksda pnömonektomi ön tanısı konularak nonspesifik tedavi uygulanmış. Tedaviden yarar görmeyen hasta hastanemize sevk edilmiş. Öz geçmişinde 14 yıl önce tipik karsinoid tümör nedeniyle sağ alt lobektomi uygulanmış. Hasta on yıldır hipertansiyon nedeniyle tedavi görmekteydi. Soy geçmişinde özellik yoktu.

Yapılan sistemik muayenede TA: 140/90 mmHg, NDS:84/dak, solunum sayısı: 23/dak idi. Sağ hemitoraksda sol hemitoraksa göre hacimsel küçülme tespit edildi,

**Yazışma adresi:** Mehmet Ali Bedirhan, Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

1. Göğüs Cerrahi Kliniği, Zeytinburnu, İstanbul  
Alındığı tarih: 28.03.2006, kabul tarihi: 16.05.2007

dinlemekle sağ hemitoraksta solunum sesleri yoktu. Kan gazı, hemogram, kan biyokimyası, elektrokardiyografi tetkikleri normal sınırlar içerisinde idi. Çekilen bilgisayarlı toraks tomografisi (BT), sağ akciğer üst lob apikal kesimde ve orta-alt lob sentro-medialinde distrofik kalsifik plaklar ile birlikte, plevral dokuda yaygın düzensiz kalınlaşma ve sağ hemitoraksta volüm kaybı olarak yorumlandı (Resim 2).



Resim 1: Olgunun kliniğimize başvuru sırasında çekilen PA akciğer grafisi



Resim 2: Olgunun kliniğimize başvuru sırasında çekilen akciğer BT görüntüsü

Fiberoptik bronkoskopide sağ ana bronşu 0,5 cm'den itibaren tam olarak tıkayan beyaz renkli polipoid kitle izlendi. Kitlenin makroskopik görünümü karsinoid tümörü düşündürdüğünden, hemoraji olabileceği göz önünde tutularak biyopsi yapılmadı.

Olgunun 14 yıl önce ağızdan kan gelmesi ve nefes darlığı şikayetleri ile gittiği hastanedeki dosyasına ulaşıldı. Olguya ilgili tarihlerde yapılan tetkiklerde kesin tanı konulamadığı ve tanıya yönelik torakotomi yapıldığı öğrenildi

(Resim 3,4). Torakotomide alınan biyopsinin frozen section (F/S) incelemesinde tipik karsinoid tümör tanısı konulduğu ve sağ alt lobektomi yapıldığı öğrenildi.



Resim 3: Olgunun 14 yıl önceki akciğer BT görüntüsü



Resim 4: Olgunun 14 yıl önceki akciğer BT görüntüsü

Olguya genel anestezi altında rijit bronkoskopi yapıldı. Sağ ana bronş 0,5 cm'den itibaren beyaz renkli kitle ile tamamen tıkalı olarak görüldü ve biyopsi alındı. Biyopsi sonucu tipik karsinoid tümör olarak raporlandı. Parankimin "harap olmuş akciğer (destroyed lung)" olduğu düşünülerek olguya tamamlayıcı sağ pnömonektomi uygulandı. 2R#, 4R#, 7#, 8# numaralı lenf nodu istasyonları örnekledi. Postoperatif patolojisi "T<sub>3</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub> Tipik Karsinoid Tümör" olarak evrelendi.

## TARTIŞMA

Nöroendokrin hücrelerden kaynaklanan bronşiyal karsinoid tümörler nadir görülüp, genellikle yavaş ve lokal

invazyon yaparak büyürler. Kulchitsky I hücrelerinden tipik karsinoid, Kulchitsky II hücrelerinden ise atipik karsinoidler gelişir. Tipik karsinoidler (%69-87) atipik karsinoidlere (%13-31) göre daha fazla görülür. Nadiren karaciğer, kemik ve beyine metastaz yaparlar. On yıllık sağ kalım, tipik karsinoidlerde %84-95, atipik karsinoidlerde ise %50-70 arasında bildirilmektedir<sup>(1-3)</sup>. Nüksler genellikle bölgesel lenf nodlarında ya da cerrahi uygulanan alanda gelişir ve atipik karsinoid tümörlerde daha sıktır<sup>(1,2)</sup>. Bizim olgumuzda da bu tarife uygun lokoregional nüks mevcuttu.

Bronkoskopik olarak %80 olguya tanı konabilmektedir. Bazı yazarlar karsinoid tümörlerin vasküler yapısı nedeniyle, yapılan bronkoskopik biyopsi sırasında masif kanama gelişebileceğini bildirmişlerdir. Bu nedenle fiberoptik bronkoskopi yerine rijit bronkoskopi ile biyopsi önerilmektedir<sup>(3-6)</sup>. Biz de bu riski göz önünde tutarak biyopsi almak için rijit bronkoskopi tercih ettik.

Karsinoid tümörlü olgularda akciğer parankimini koruyan, sınırlı cerrahi rezeksiyonlar tercih edilmektedir. Bu amaçla wedge rezeksiyon, segmentektomi, bronkotomi, kitle ekstirpasyonu veya sleeve rezeksiyon yapılabilmektedir<sup>(7,8)</sup>. Ancak, tümör distalindeki akciğerde enfektif değişikliklere bağlı parankim hasarı varsa veya tümör akciğer parankimi içinde yayılmışsa, hücre tipi ne olursa olsun parankim rezeksiyonu kaçınılmazdır<sup>(3)</sup>. Olgumuzda obstrüksiyona bağlı parankim harabiyeti mevcuttu ve bu nedenle tamamlayıcı pnömonektomi yapıldı.

Tümör cerrahisinde komplet rezeksiyon ve doğru patolojik evreleme yapılabilmesi için tüm lenf nodlarının örneklenmesi ve/veya diseksiyonu gereklidir. Tipik karsinoid tümörlü olgularda lenf nodu metastazı yaklaşık %5'tir. Martini 12 olguluk serisinde nodal diseksiyona rağmen bir nüks saptamıştır<sup>(9)</sup>. Olgumuzun ilk operasyonunda nodal diseksiyon yapılmış idi. Tamamlayıcı pnömonektomi sırasında nodal diseksiyon yapıldı ve cerrahi sınırların negatifliği F/S

incelemesi ile sağlandı.

Sonuç olarak tüm kanser cerrahisinde olduğu gibi, karsinoid tümörlü olgularda da komplet bir cerrahi rezeksiyon yapılmalı, buna rağmen özellikle lokal nüks olabileceği unutulmamalıdır. Karsinoid tümörlü olguların cerrahisinde F/S mutlaka uygulanmalı, tüm opere olgular, cerrahi sınır negatifliğine rağmen uzun yıllar takip edilmelidirler. Ondört yıl sonra nüks eden olgumuz karsinoid tümörlü olguların yıllarca takip edilmesi gerektiğini göstermektedir.

## KAYNAKLAR

1. Conley YD, Cafoncelli AR, Khan JH, et al. Bronchial carcinoid tumor: experience over 20 years. *Am Surg* 1992; 58: 670- 2
2. Paladugu RR, Benfield JR, Pak HY, et al. Bronchopulmonary Kulchitzky cell carcinomas: a new classification scheme for typical and atypical carcinoids. *Cancer* 1985; 55: 1301- 1
3. McCaughan BC, Martini N, Bains MS. Bronchial carcinoids: review of 124 cases. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1985; 89: 8- 17
4. Rozenman J, Pausner R, Lieberman Y, et al. Bronchial adenoma. *Chest* 1987; 92: 145- 7
5. Stamatis G, Freitag L, Greschuchna D. Limited and radical resection for tracheal and bronchopulmonary carcinoid tumour: report on 227 cases. *Eur J Cardiothorac Surg* 1990; 4: 527- 33
6. Warren WH, Faber LP, Gould VE. Neuroendocrine neoplasms of the lung. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1989; 98: 321- 32
7. Rea F, Binda R, Spreafico G. Bronchial carcinoids: A review of 60 patients. *Ann Thorac Surg* 1989; 47: 412- 4
8. Yalçinkaya İ, Taştepe A.İ, Kurnaz M, et al. Bronşial polipoid karsinoid tümörlü iki olguda bronkotomi ile yaklaşım. *Akciğer Arşivi* 2002; 1: 41- 4
9. Martini N, Zaman NB, Bains MS, et al. Treatment and prognosis in bronchial carcinoids involving regional lymph nodes. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 1994; 107: 1- 7