

Sayın Editör,

Cansever ve ark. (1) imzalı Solunum Dergisi'nin 2007 yılında 9(3) sayısında yayınlanmış olan "Ondört yıl sonra nüks eden endobronşiyal tipik karsinoid tümör olgusu" başlıklı makaleyi ilgiyle okudum. Öncelikle yazarları bu başarılı çalışmadan ötürü kutluyorum. Bu makaleyle ilgili bazı noktalara temas etmek istiyorum.

Olguda preoperatif dönemde uzak metastaz açısından genel vücut taraması yapılmamış. Buna rağmen postoperatif evre T₃N₀M₀ olarak bildirilmiştir.

Her ne kadar bronşiyal karsinoid tümörler düşük dereceli malign nöroendokrin neoplazmlar olsalar da %15 oranında uzak metastaz yapma potansiyeline sahiptirler. Tipik olarak karaciğer, kemik yapılar, adrenal doku ve beyin sık metastaz görülen bölgelerdir(2). Daha nadir olarak miyokard, pankreas, orbita ve tiroid metastazları da bildirilmiştir(3-6). Olguların prognoz ve yaşam sürelerinin belirleyicisi olan metastaz varlığında uygulanacak tedavi protokolü de değişecektir. Bu nedenle, burada olduğu gibi geç dönemde lokoregional nüksün gözlemlendiği bronşiyal karsinoid tümörler, tipik karsinoid dahi olsalar cerrahi öncesinde uzak metastaz açısından araştırılmalıdır.

Makalede bronşiyal karsinoid tümör olgularında akciğer parankimini koruyan sınırlı rezeksiyonların tercih edilmesi gerektiği belirtilmiş. Bu görüş genel olarak kabul edilmekle birlikte, pratikte yapılan cerrahi müdahalelerin büyük çoğunluğunu lobektomi gibi radikal rezeksiyonlar oluşturmaktadır(2,7,8). Bini ve ark. ise(2) bronşiyal karsinoid tümör olgularında tümörün tipine bakılmaksızın primer akciğer kanserlerinde olduğu gibi agresif cerrahi yaklaşımın gerekli olduğunu ve segmentektomi veya wedge rezeksiyon gibi yöntemlerin sadece lobektomiye tolere edemeyecek olgularda yapılması gerektiğini savunmaktadırlar.

Genel olarak santral yerleşimli olan bu tümörlerin, endobronşiyal lezyonlarının yanında submukozal olarak bronşiyal duvarı penetre ederek komşu pulmoner parankime doğru genişledikleri bilinmektedir. "Iceberg tümörü" terimi, tipik karsinoid tümörlerde oldukça küçük endoluminal tümör dokusuna eşlik eden dominant ekstraluminal komponent varlığında kullanılmaktadır. Mevcut

bu nedenler radikal eksizyon metotlarının daha fazla tercih edilme sebebini de izah etmektedir. Yazarların da belirttiği gibi uygulanan cerrahi yöntem ne olursa olsun beraberinde mediastinal lenf nodu örneklenmesi ve diseksiyonu mutlaka yapılmalıdır. Son yıllarda yapılan çalışmalarda, regional lenfonodal metastaz oranının bu makalede belirtilen %5 değerinden daha yüksek olduğu ve olguların yaklaşık olarak %10-15' inde görüldüğü bildirilmektedir(2,7,8). Sonuçta nodal metastaz varlığında komplet mediastinal lenf nodu diseksiyonu ile küratif tedavi sağlanma oranlarının da oldukça artacağı aşikârdır.

Saygılarımla.

KAYNAKLAR

1. Cansever L, Kocatürk IC, Fazlıoğlu M, Bedirhan MA. Ondört Yıl Sonra Nüks Eden Endobronşiyal Tipik Karsinoid Tümör Olgusu. Solunum 2007; 9(3): 187- 9.
2. Bini A, Brandolini J, Cassanelli N, Davoli F, Dolci G, Sellitri F, Stella F. Typical and atypical pulmonary carcinoids: our institutional experience. Interact Cardiovasc Thorac Surg. 2008 Mar 18. [Epub ahead of print]
3. Maréchaux S, Dagorn J, Gaxotte V, Ennezat PV, Beregi JP, Bauters C, Deklunder G, le Toumeau T. Myocardial metastasis of a bronchial carcinoid. Eur Heart J. 2007 Feb; 28(4): 391. Epub 2006 Sep 11.
4. Rozenman J, Pausner R, Lieberman Y, Gamsu G. Bronchial adenoma. Chest. 1987 Jul; 92(1): 145- 7.
5. Mehta JS, Abou-Rayyah Y, Rose GE. Orbital carcinoid metastases. Ophthalmology. 2006 Mar; 113(3): 466- 72. Epub 2006 Feb 3.
6. Maly A, Meir K, Maly B. Isolated carcinoid tumor metastatic to the thyroid gland: report of a case initially diagnosed by fine needle aspiration cytology. Acta Cytol. 2006 Jan-Feb; 50(1): 84- 7.
7. Iglesias M, Belda J, Baldó X, Gimferrer JM, Catalán M, Rubio M, Serra M. [Bronchial carcinoid tumor: a retrospective analysis of 62 surgically treated cases] Arch Bronconeumol. 2004 May; 40(5): 218- 21.
8. Daddi N, Ferolla P, Urbani M, Semeraro A, Avenia N, Ribacchi R, Puma F, Daddi G. Surgical treatment of neuroendocrine tumors of the lung. Eur J Cardiothorac Surg. 2004 Oct; 26 (4): 813- 7.

Yazışma adresi (Address for correspondence)

Uzm. Dr. Sami Karapolat. Menderes Caddesi Gürer Apartmanı No: 52/8 Buca 35340 İzmir.
Tel.: (0232 426 69 89 / e-posta: samikarapolat@yahoo.com
Alındığı tarih: 03.05.2008, kabul tarihi: 16.8.2008