

İnisiyal Bronkoskopik Tedavi Uygulanan Tipik Karsinoid Tümör Olgusu

Initial Bronchoscopic Therapy for Typical Bronchial Carcinoid: Case Report

Aydan Mertoğlu¹, Kenan Can Ceylan², Naime Taşdöğen¹, Ali Kadri Çırak¹, Nur Yücel³

¹ Dr Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları, İzmir

² Dr Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi, İzmir

³ Dr Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Birimi, İzmir

ÖZET

Akciğerdeki tipik karsinoid tümörlerin malignite potansiyeli düşüktür ve daha az invazif yöntemlerle tedavilerinden bahsedilebilmektedir. İntraluminal bronşiyal tipik karsinoidli olgularda bronkoskopik tedaviler acil cerrahi girişimlerin alternatifidir. Cerrahi öncesi bronkoskopik tedaviler, hastanın klinik durumunu düzeltmek ve parankim koruyucu rezeksiyonlara olanak sağlamak için uygulanmaktadır. Cerrahi öncesi inisiyal bronkoskopik tedavi uygulanmasının cerrahi tedavi sonuçlarına olumsuz bir etkisi yoktur.

Bu makalede argon plazma koagülasyonu ile inisiyal bronkoskopik tedavi uygulanan intraluminal bronşiyal tipik karsinoidli bir olgu sunulmaktadır. Kırk sekiz yaşında erkek olgu üç aydır devam eden prodüktif öksürük ve balgam çıkarmaktan yakınmaktaydı. Bronkoskopide endobronşiyal vaskülarize tümör saptandı. Histopatolojisi tipik karsinoid olarak raporlandı. Hastaya birkaç seans endobronşiyal argon plazma koagülasyonu ile tedavi uygulandı. Tedaviler sonrası şikayetleri düzeldi ama 4. ay kontrolünde nüks saptandı. Bunun üzerine parankim koruyucu cerrahiyle başarıyla tedavi edildi.

Anahtar sözcükler: bronşiyal karsinoid, inisiyal bronkoskopik tedavi

ABSTRACT

Malignancy of carcinoid tumors of the lung are potentially low and therefore less invasive treatments may be considered. Bronchoscopic treatment is an alternative to immediate surgical resection in patients with intraluminal bronchial typical carcinoids. Initial bronchoscopic treatment is given to improve presurgical condition, and to enable less extensive parenchymal resection. Implementation of initial bronchoscopic treatment has no negative impact on surgical treatment outcome.

We here in report a case of intraluminal bronchial typical carcinoid removed by argon plasma coagulation by initial bronchoscopic approach. The case was a 48-year-old man, suffering from productive cough and sputum for three months. Bronchoscopic examination revealed endobronchial vascularized tumors. Based on histopathological findings, we diagnosed typical carcinoids. The patient underwent argon plasma coagulation treatment by bronchoscopic approach several times. After a series of treatments, his symptoms improved but recurrence was found at the 4th month of follow-up. Then the patient was treated successfully by means of parenchyma-saving procedure.

Keywords: carcinoid of the lung, initial bronchoscopic treatment

GİRİŞ

Bronşiyal karsinoidler, pulmoner neoplazmların %1-2'sini oluşturan düşük gradlı tümörlerdir. Histolojik olarak "tipik ve atipik" olmak üzere iki alt gruba ayrılırlar. Atipik olanlar

agresif seyirlidir, metastaz oluşturma ve nüks potansiyelleri vardır. Tipik karsinoidler ise düşük gradlı malignitelerdir. Ancak yıllar sonra rekürens olan olgular bildirilmiştir.¹⁻⁷

Karsinoid tümörlerin cerrahi rezeksiyon sonrası prognozlarının iyi olduğu belirtilmekle birlikte, değişken bir

Alındığı tarih: 18 Ocak 2010; **Revizyon sonrası alınma:** 10 Şubat 2010; **Kabul tarihi:** 6 Ağustos 2011

Yazışma adresi (Address for correspondence): Uzm. Dr. Aydan Mertoğlu, 2041/1 Sok. Blok: 2 No: 12 K: 3 D: 8 Maviada Evleri Bostanlı İzmir, Tel: 0 (532) 360 71 60; *E-posta:* aydancan@yahoo.com

© 2011 Türkiye Solunum Araştırmaları Derneği (TÜSAD)

Solunum 2010;13(2): 121-124

Solunum Dergisi'ne www.solunum.org.tr adresinden ulaşabilirsiniz.

prognozdan bahsedilmektedir. Tümörün boyutu, histolojik tipi, nodal tutulum ve uzak metastazın prognozu etkilediği düşünülmektedir.²⁻⁶

Özellikle tipik karsinoidlerdeki iyi prognoz, radikal cerrahi rezeksiyon uygulamalarını tartışılabilir hale getirmiştir.^{1,5} Santral intraluminal bronşiyal karsinoidlerde endobronşiyal tedaviyle başarılı sonuçlar elde edilmiştir.^{4,5,8-12} Cerrahi öncesi uygulanan inisyal endobronşiyal tedavinin hastanın preop durumunu düzelttiği ve parankim koruyucu cerrahiye olanak sağladığı bildirilmektedir.^{5,8,12,13}

Bu makalede, sol ana bronşta tipik karsinoid tümör saptanarak cerrahi öncesi endobronşiyal argon plazma koagülasyonu ile klinik ve radyolojik yanıt alınan, ancak takibinde nüks gelişen, nüks gelişmesi sonrasında parankim koruyucu bronşiyal *sleeve* rezeksiyon uygulanan, 48 yaşında bir erkek olgu sunularak, literatür bilgileri eşliğinde tartışılmaktadır.

Olgu

Kırk sekiz yaşında erkek olgu nefes darlığı, öksürük ve sarı renkli balgam çıkarma yakınmalarıyla başvurdu. Özgeçmiş ve soy geçmişinde özellik saptanmayan olgunun 20 paket/yıl sigara alışkanlığı vardı. Fizik bakışında sol akciğerde solunum seslerinde azalma ve yer yer raller duyuldu. Diğer sistem bakıları olağan bulundu. Rutin laboratuvar tetkikleri normal sınırlardaydı.

Akciğer grafisinde, sol alt zonda kalp ve diyafragma sınırlarını kısmen silen heterojen infiltrasyon (**Resim 1**) izlendi. Akciğer grafisindeki sol alt zonda volüm kaybı bulgularının olması nedeniyle çekilen kontrastlı toraks bilgisayarlı tomografisinde (BT) sol ana bronşta intraluminal lezyon ve obstrüktif pnömoni ile uyumlu görünüm izlendi. Mediastinal, hilar lenf nodu raporlanmadı (**Resim 2**). Uygulanan fiberoptik bronkoskopiye, sol ana bronşta, ana karinaya 2 cm mesafede lümeni tam tıkayan düzgün yüzeyli, üzeri damarlı lezyon görüldü (**Resim 3**). Yapılan forseps biyopsi patolojik incelemesi tipik karsinoid tümör olarak raporlandı.

Olgu göğüs cerrahisi ile birlikte değerlendirildiğinde ilk önce terapötik bronkoskopi yapılması planlandı. Bronkoskopi ünitesinde fiberoptik bronkoskop ile propofol ile derin sedasyon sağlanarak endobronşiyal argon plazma koagülasyonu (APC) ile desobstrüksiyon işlemi uygulandı ve ardından mekanik temizleme yapıldı. İlk işlem sonrası obstrüktif pnömoni gerilemesini takiben ekstraluminal tümör varlığı BT ile tekrar kontrol edildi. Üç seans yapılan endobronşiyal APC ile klinik ve radyolojik yanıt alındı. Hastanın takibinde 4. ayda bronkoskopiye progresyon saptandı. Olgu uzak metastaz açısından tekrar tetkik edildi. Operabl olarak değerlendirilerek sol ana bronş *sleeve* rezeksiyonu (uç-uca anastomoz operasyonu) uygulandı. Parankim kaybı olmadan lezyon komplet olarak çıkarıldı. Rezeksiyon materyalinde tümör dokusu raporlandı, cerrahi

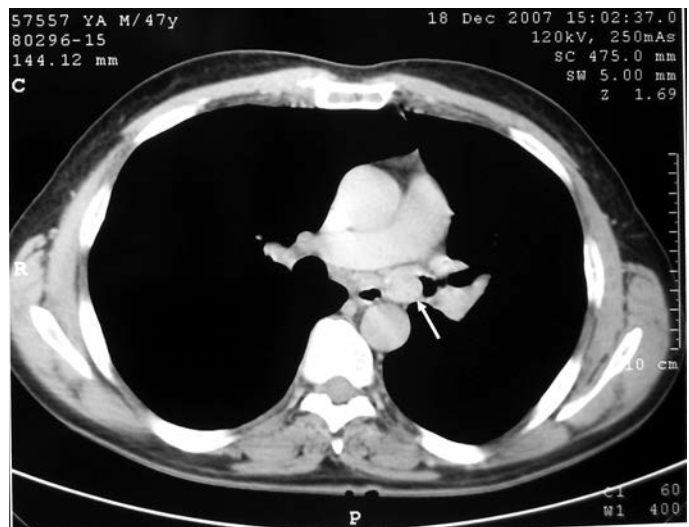
sınırlar salımdı. Nodal istasyon tutulumu saptanmadı. Birinci yıl kontrolünde nüks izlenmedi.

TARTIŞMA

Bronşiyal karsinoidler nöroendokrin tümör grubunda düşük gradlı malign neoplazmlardır. Prognozları değişkenlidir. Histolojik iki alt grubunun klinik davranışları farklılık



Resim 1. Bu akciğer grafisinde, kalp sola yer değiştirmiş ve sol alt zonda kalp ve diyafragma sınırlarını silen heterojen infiltrasyon izlenmektedir.



Resim 2. Toraks Bilgisayarlı Tomografide izlenen sol ana bronşta intraluminal lezyon.



Resim 3. Bronkoskopide görülen sol ana bronşa lümeni tam tıkayan, üzeri vaskülarize tümöral lezyon.

göstermektedir. Diğer nöroendokrin tümörler sayılan küçük hücreli ve büyük hücreli karsinomlardan farklı kategoridedirler. Büyüme paternleri ve lokalizasyon paternleri nedeniyle birçok cerrah bu olgularda parankim koruyucu cerrahiye seçmektedir.^{1,7}

Ancak bazı yazarlar karsinoid tümörlerin değişken klinik davranışları ve nüks potansiyelleri nedeniyle, yine de radikal cerrahi rezeksiyonla tedavisini önermektedir.^{6,12,14,15}

Tipik karsinoidlerde cerrahi sonrası 5 yıllık sürvi %89, 10 yıllık sürvi %82 olarak bildirilmiştir.²

Ne var ki özellikle tipik karsinoidlerdeki iyi seyir, radikal cerrahi rezeksiyon uygulamalarını tartışmalı hale getirmiştir.^{1,3,5,8,11} Tipik karsinoidlerde metastaz ve rekürens nadir görüldüğünden, basit eksizyonlarla tedavi edilebilecekleri belirtilmektedir.³ Distal parankim sağlam olduğu sürece parankim koruyucu cerrahi birçok yazar tarafından tercih edilmektedir.^{1,4,7}

Nodal istasyon ve plevral sıvı varlığının prognozu etkilemediği belirtilmekle beraber,¹ bunun aksini belirten yazarlar da vardır.^{15,16} Cerrahi sırasında nodal tutulum saptanan olgularda rekürens daha sık görüldüğü bildirilmiştir.³

Literatürde, intraluminal tipik karsinoid tümörlerde seçilmiş olgularda bronkolojik tedavi ile komplet tümör eradikasyonu ve semptomatik gerileme sağlanan olgular bildirilmektedir.^{4,5,8-12} Bronkoskopik küratif tedavinin başarısı tümörün intraluminal olması, yeri ve boyutunun doğru saptanmasıyla yakından ilişkilidir.^{5,9}

Ancak çoğu yazar primer tedavinin cerrahi rezeksiyon olduğunu ve endobronşiyal tedaviler sonrası nüks geliştiğini, bu nedenlerle endobronşiyal tedavinin ancak cerrahi tedaviyi kabul etmeyen ya da klinik inoperabl olgularda kullanılabileceğini belirtmektedir.^{1,4,6,7}

Bazı çalışmalarda acil cerrahi girişime alternatif olarak küratif bronkoskopik tedavi yerine inisyel bronkoskopik tedavi önerilmektedir. Bu tedavinin parankim koruyucu cerrahiye olanak sağladığı, hastanın genel durumunu iyileştirdiği, semptomatik iyileşme sağladığı ve cerrahi tedavi sonuçları üzerinde olumsuz bir etki yaratmadığı, bu nedenlerle de tercih edilebileceği belirtilmektedir.^{5,8,12,13} Olgumuzda da endobronşiyal tedavi ile obstrüktif pnömoni gerilemiş, klinik ve radyolojik olarak düzelmeye izlenmiştir. Klinik takip sürecinde tümörde progresyon gelişince cerrahi planlanmıştır.

Bronkoskopik küratif tedavi tartışma konusudur ama yapılan bir çalışmada inisyel bronkoskopik tedavi uygulanan intraluminal tipik karsinoid tümörlü altı hastanın hiçbirinde rezeksiyon materyalinde residüel tümör bulunmadığı bildirilmiştir.⁸

Olgumuzda üç seans endobronşiyal argon tedavisi sonrası klinik ve radyolojik iyileşme sağlanmasına karşın takip bronkoskopisinde progresyon görüldü. Olgunun endobronşiyal tedaviyle semptomlarında gerileme ve genel durumunda düzelmeye elde edilerek preoperatif olarak parankim koruyucu cerrahi için uygun şartlar sağlanmış oldu. Komplet olarak çıkarılan rezeksiyon materyalinde rezidü tümör dokusu saptandı, cerrahi sınırlar salımdı. Lezyonun intraluminal ancak geniş tabanlı lümenine oturan bir lezyon olması ve endobronşiyal ultrason ile tümör derinliğinin saptanmamasının, küratif tedavi şansımızı azalttığı kanısındayız.

Sonuç olarak, bronkoskopik tedavinin rolü konusunda yapılmış prospektif sistematik, kapsamlı klinik bir çalışma yoktur. Bronkoskopik tedavi sonrası uzun dönem sonuçlarının incelendiği araştırmalara ihtiyaç vardır. Preoperatif uygulamanın obstrüktif pnömoninin iyileşmesine katkıda bulunduğu, hastanın genel durumunu düzelttiği, parankim koruyucu cerrahiye olanak sağladığı aşıkardır. Küratif bronkoskopik tedavinin başarısından ancak seçilmiş olgularda (intraluminal, radyolojik olarak görülmeyen bronkoskopide saptanan “occult”, küçük, vb) söz etmek daha doğru olacaktır. Bronkoskopik tedaviler, intraluminal bronşiyal karsinoid tümörlü olguların bazı alt gruplarında etkin alternatif bir tedavi olarak değerlendirilmekle birlikte, hastanın yakın takibi progresyon, nüks ve cerrahi girişimin gündeme gelmesi açısından önemlidir.

KAYNAKLAR

1. El Jamal M, Nicholson AG, Goldstraw P. The feasibility of conservative resection for carcinoid tumors: Is pneumonectomy ever necessary for uncomplicated cases? *Eur J Cardiothorac Surg* 2000;18:301-306.
2. Fink G, Krelbaum T, Yellin A, Bendayan D, Saute M, Glazer M, et al. Pulmonary carcinoid: presentation, diagnosis, and outcome in 142 cases in Israel and review of 640 cases from the literature. *Chest* 2001;119:1647-1651.
3. Ciment A, Gil J, Teirstein A. Late recurrent pulmonary typical

- carcinoid tumor: case report and review of the literature. *Mt Sinai J Med* 2006;73:884-886.
4. Col SP Rai, Col AP Patil, Lt Col V Vardhan, Lt Col R Kumar, Lt Col P Bhattacharya, M Pethe. Intraluminal Bronchial Carcinoid Resection by Bronchoscopy. *MJAFI* 2008;64:86-88.
 5. Hes A P, Brokx, Elle K, Risse, Marinus A. Paul, Katrien Grünberg, Richard P. Golding. Initial bronchoscopic treatment for patients with intraluminal bronchial carcinoids. *The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery* 2007;133:973-978.
 6. Iglesias M, Belda J, Baldo X, et al. Bronchial Carcinoid Tumor: A retrospective analysis of 62 surgically treated cases. *Arch Bronconeumol* 2004;40:218-221.
 7. Cansever L, Kocatürk C, Fazlıoğlu M, Bedirhan M. On dört yıl sonra nükseden endobronşiyal tipik karsinoid tümör olgusu. *Solumum* 2007;9:187-189.
 8. Stuteja T G, Vanderschueren R J, Werf T S. Bronchoscopic therapy in patients with intraluminal typical bronchial carcinoid. *Chest* 1995;107:556-558.
 9. Van Boxem TJ, Golding RP, Venmans BJ, Postmus PE, Sutedja TG. High-resolution CT in patients with intraluminal typical bronchialcarcinoid tumors treated with bronchoscopic therapy. *Chest* 2000;117:125-128.
 10. Orino K, Kawai H, Ogawa J. Bronchoscopic treatment with argon plasma coagulation for recurrent typical carcinoids: report of a case. *Anticancer Res* 2004;24:4073.
 11. Luckraz H, Amer K, Thomas L, Gibbs A, Butchart EG. Long-term outcome of bronchoscopically resected endobronchial typical carcinoid tumors. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2006;132:113-115.
 12. Van Boxem TJ, Venmans BJ, Van Mourik JC, Postmus PE, Sutedja TG. Bronchoscopic treatment of intraluminal typical carcinoid: a pilot study. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1998;116:402-406.
 13. Chhajed PN, Eberhardt R, Dienemann H, Azzola A, Brutsche MH, Tamm M. Therapeutic bronchoscopy interventions before surgical resection of lung cancer. *Ann Thorac Surg* 2006;81:1839-1843.
 14. Bini A, Brandolini J, Cassanelli N, Davoli F, Dolci G, Sellitri F et al. Typical and atypical pulmonary carcinoids: our institutional experience. *Interact Cardiovasc Thorac Surg* 2008;7:415-418.
 15. Filosso PL, Rena O, Donati G, Casadio C, Ruffini E, Papalia E, et al. Bronchial carcinoid tumors: surgical management and long-term outcome. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2002;123:303-309.
 16. Cardillo G, Sera F, Di Martino M, Graziano P, Giunti R, Carbone L, et al. Bronchial carcinoid tumors: nodal status and long-term survival after resection. *Ann Thorac Surg* 2004;77:1781-1785.