

PNÖMONEKTOMİ SONRASI GELİŞEN METAKRON AKCİĞER KANSERİNDE REZEKSİYON

A. Erdal TAŞÇI*, Dida MARAŞLI*, Çağatay TEZEL*, M.Suat PATLAKOĞLU*, Turhan ECE**

* Heybeliada Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İSTANBUL

** İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, İSTANBUL

ÖZET

Pnöminektomi sonrası gelişen metakron kanser için yapılan rezeksiyonun mortalitesi ve morbiditesi tartışmalıdır. Kalan akciğerde operasyon sıklıkla kontraendike kabul edilmektedir. 78 yaşında erkek hastaya 19 sene önce akciğer kanseri nedeniyle sol pnöminektomi yapılmış olup hasta T3N1M0 olarak evrelendirilmiştir. Takipler sırasında yapılan rutin kontrolde 19 yıl sonra hastada ikinci bir primer tümör tespit edilmiştir. Metakron kanser ön tanısı ile hastaya sağ anterolateral kas koruyucu torakotomi yapılmış olup sağ alt lob superior segmentte 3x2x2 cm boyutlarında visseral plevraya uzanan kitle superior segmentektomi ile çıkarılmıştır ve apikalde tespit edilen bül rezeksiyon edilmiştir. Mediastinel ve hiler nodal diseksiyon yapılmıştır. Postoperatif histopatolojik tanı orta derecede diferansiye epidermoid karsinom, lenf nodları ise reaktif lenfoid hiperplazi olarak rapor edilmiştir. Postoperatif dreni 3. gün çekilen hasta 2 yıldır takipte olup nüks veya metastaz saptanmamıştır. Pnöminektomiyi takiben 19 yıl sonra metakron kanser gelişen olgumuzda rezeksiyonların rolü literatür eşliğinde tartışılmıştır.

Anahtar kelimeler: akciğer kanseri, metakron, pnöminektomi, segmentektomi

SUMMARY

Resection for Metachronous Lung Cancer Developing after Pneumonectomy

The mortality and morbidity of resection for metachronous cancer after pneumonectomy is controversial. Operation of the contralateral lung is often contraindicated. A 78 years old man staged as T3N1M0 who underwent left-sided pneumonectomy was found to have a second primary tumor during follow-up after 19 years. The patient was pre-diagnosed as metachronous cancer and a muscle sparing right anterolateral thoracotomy was done. A mass of 3x2x2 cm located at the right basal superior segment involving visceral pleura was resected by superior segmentectomy and an apical bulla found at the apex was also resected. Mediastinal and hilar nodal dissection was done. The postoperative histopathological diagnosis of the mass was moderately differentiated squamous carcinoma and the lymph nodes were pathologically reported as lymphoid hyperplasia. The patient's drainage was removed on postoperative third day. He has been follow-up for the last 2 years and no relapse or metastasis is detected since then. The role of resection in a case developing metachronous cancer after 19 years following pneumonectomy was discussed in view of literature.

Key words: lung cancer, metachronous, pneumonectomy, segmentectomy.

Yazışma adresi: Dr. Çağatay TEZEL. Yazmacı Tahir sok 51/9 Bostancı, İSTANBUL

Tel: (0216) 464 79 57 / 0505 260 00 50

Fax: 0216 351 19 94

e-mail:mdcagatay@hotmail.com

Alındığı tarih: 08. 12. 2004, kabul tarihi: 12. 01. 2005

GİRİŞ

Akciğer kanseri nedeniyle uygulanan pnöminektomi sonrası uzun takipte kalan akciğerde yeni bir kanser oluşumu veya metastatik yayılım saptanabilir. Her geçen yıl için bu insidans %2-%5 arasındadır⁽¹⁾. Bazı merkezler önceden uygulanmış pnöminektomiye yeni bir tümör gelişiminde cerrahi açıdan kontraendikasyon olarak görseler de rezektabl akciğer kanserinde en iyi tedavi cerrahidir^(1,2).

OLGU

78 yaşında erkek hasta, 19 sene önce hemoptizi şikayeti ile başvurduğu klinik tarafından yapılan tetkiklerinde sol akciğer üst lob posterior segmentten fissüre kadar uzanan ve alt lob superior segmente invazyon yapmış tümör tespit edilmiş. Yapılan bronkoskopide larenks, trakea, karina ve bronşlarda patolojik bir bulguya rastlanmamış. Balgam sitolojisinde atipik epidermoid hücreler tespit edilen hastaya genel anestezi altında sol posterolateral torakotomi insizyonu ile toraksa girilmiş, eksplorasyonda üst lob posterior segmentten kaynaklanan, fissürden alt lob superior segmente uzanan 5x4x4 cm boyutlarında tümöral kitle tespit edilmiş. Kitleden yapılan frozen inceleme sonucu malign olarak rapor edilmesi üzerine, hiler ve mediastinal ganglionlara ulaşılmış ve sistemik nodal diseksiyon yapılmış. Lenf nodlarının frozen inceleme sonucu negatif gelmesi üzerine hastaya sol pnöminektomi uygulanmış. Patolojisi orta derece differansiye epidermoid kanser olarak gelmiş. Tümör postoperatif T3N1M0, evre IIIA olarak evrelenmiş. Dreni postoperatif üçüncü gün çekilen hasta cerrahi açıdan bir sorunu kalmayınca adjuvan tedavi amacıyla onkoloji kliniğine sevk edilmiş, ancak hasta ileri tedaviyi kabul etmemiş ve takipte kalmış.

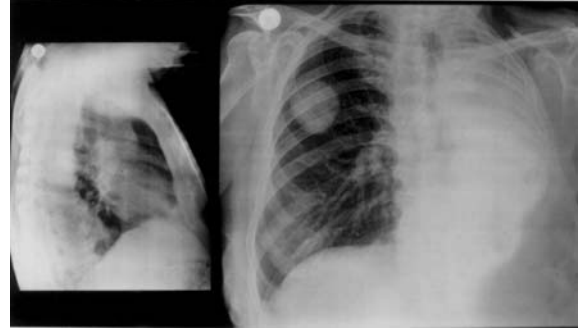
Takipler sırasında ilk ameliyattan 19 sene sonra çekilen rutin akciğer grafisinde (Resim 1) sağ orta zonda homojen dansite artışı tespit edildi.

Bilgisayarlı akciğer tomografisinde (Resim 2) sağ alt lob superior segmentte lokalize 2 cm çapında spiküler konturlu solid kitlesel lezyon saptanmış olup sol akciğer rezeksiyonu dolayısı ile mediastinal yapılarda sola shift, sol hemitoraksta rezeke akciğer lokalizasyonunda koleksiyon tespit edildi.

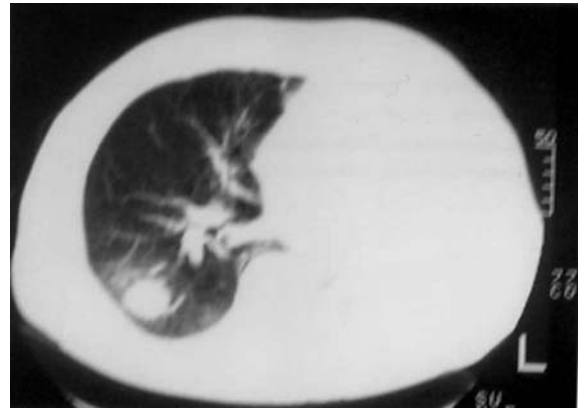
Preoperatif hazırlık aşamasında hastanın biyokimyasal

ve hematolojik parametreleri normal sınırlarda olup, solunum fonksiyon testi ise FVC:1500mL, FEV1:1300mL olarak gerçekleşti. Metastaz taraması için çekilen kranial bilgisayarlı tomografide ise patolojik bir bulguya rastlanmadı. Yapılan fiberoptik bronkoskopide endobronşiyal bir lezyon tespit edilmemiş olup sol pnöminektomi güdüğünün salim olduğu izlendi. Kalan tek akciğerde pnömotoraks riski nedeniyle ince iğne aspirasyon biyopsisi yapılmadı. İkinci primer akciğer tümörü ön tanısı ile sağ anterolateral kas koruyucu torakotomi insizyonu ile toraksa girildi. Sağ alt lob superior segmentte 3x2x2 cm boyutlarında visseral plevraya uzanan kitle superior segmentektomi ile çıkarıldı.

Resim 1: İlk ameliyattan 19 sene sonraki akciğer grafisinde sağ orta zonda homojen dansite artışı tespit edildi.

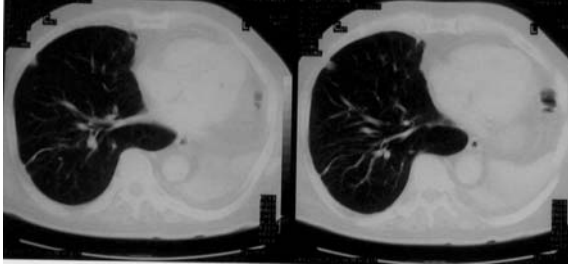


Resim 2: BT'de sağ alt lob superior segmentte lokalize 2 cm çapında spiküler konturlu solid kitlesel lezyon izlenmektedir.



Mediastinal ve hiler nodal diseksiyon yapıldı. Aynı zamanda apekte yerleşik bül lineer stapler ile rezeke edildi. Postoperatif histopatolojik tanı orta derecede diferansiye epidermoid karsinom, lenf nodları ise reaktif lenfoid hiperplazi olarak rapor edilmiştir. Postoperatif pT2N0M0 Evre Ib olarak evrelendirilmiştir. Postoperatif dreni 3. gün çekilen hasta 2 yıldır takipte olup nüks veya metastaz saptanmamıştır (Resim 3).

Resim 3: Segmentektomiden iki sene sonraki kontrol tomografi kesitlerinde nüksü düşündürür bulgu izlenmemektedir.



TARTIŞMA

Bronkojenik kanser nedeniyle pnömonektomi geçiren bir hastada kontralateral akciğerde primer yeni bir kanser gelişebilir. Kalan akciğerde oluşan primer kanser için alınması gereken tedavi protokolü bazı hallerde problem yaratabilir. Kalan akciğerde operasyon sıklıkla kontraendike kabul edilmektedir. Pnöminektomi sonrası gelişen primer kanser için yapılan rezeksiyonlar üzerine yayınlanmış çalışmalar azdır. Burada sol pnömonektomi sonrası gelişen primer kansere sağ alt lob superior segmentektomi uyguladığımız olgumuzdaki tedavi başarılarımızı göstermek amacıyla yayınlıyoruz. Cerrahi olarak Evre I akciğer kanseri olan hastaların %10'unda ikinci bir primer akciğer kanseri gelişebilir ve bunun yıllık insidansı %2,2'dir. Rezeksiyon sonrası gelişen ikinci veya üçüncü primer kanserin erken teşhisinde 5 yıllık survi %33 olarak bulunmuştur. Birçok hastada sigara içimine ve daha önceki akciğer rezeksiyonuna bağlı olarak pulmoner fonksiyon kısıtlıdır. Bu yüzden yeni tümörün rezeksiyonu için akciğeri koruyucu rezeksiyonlar önerilmektedir⁽²⁾. Metakron kanserlerin %70-80'i asemptomatiktir. Hastaların büyük çoğunluğu asemptomatik olduğundan sıkı bir takip programı gerekmektedir⁽⁴⁾. Yetmiş sekiz yaşındaki hastamıza pnömonektomi sonrası 19 yıl sonra göğüs radyografisinde kitle tespit edildi. Terzi ve arkadaşlarının⁽³⁾ bir olgusunda 22 yıl sonra, Donington ve arkadaşlarının⁽⁴⁾ bir olgusunda 17 yıl sonra ikinci primer kanser olgusu teşhis edilmiştir. Olgumuzda postoperatif komplikasyon görülmemiştir. Hastanede yatış süresi hastamızda 7 gün idi. Terzi ve arkadaşlarının çalışmasında bu süre ortalama 10 gün, Spaggiari ve arkadaşlarında⁽⁶⁾ 14 gün olarak bulunmuştur. Hastamız ameliyattan sonra halen nüksüz hayatta iken, Terzi ve arkadaşlarının⁽³⁾ çalışmasında bir yıllık survi %69, Donington ve arkadaşlarının⁽⁴⁾ çalışmasında ise %87

olarak bulunmuştur. Rezekte edilmiş metakron kanserler için 5 yıllık sürviler Terzi ve arkadaşlarının⁽³⁾ çalışmasında %37, Doddoli ve arkadaşlarının⁽⁷⁾ çalışmasında %32 olarak hesaplanmıştır.

Martini ve Melamed kriterlerine göre iki tümör arasında 19 sene olması ve ortak mediastinal lenf nodu tutulumu olmaması nedeniyle ikinci primer akciğer kanseri tanısı konan hastamıza cerrahi tedavi olarak superior segmentektomi yaptık. Patoloji sonucu orta derecede differensiyasyon epidermoid karsinom geldi. Bu tanı ilk tanı konup opere edilen tümör tanısı ile aynı idi. Terzi ve arkadaşlarının 14 hastadan oluşan serilerinde 2 hastaya segmentektomi, 11 hastaya wedge rezeksiyon, bir hastaya ise iki wedge rezeksiyon uygulanmıştır. Bu hastaların 12'si metakron akciğer kanseri, 2'si metastatik kanser olarak bulunmuştur. Donington ve arkadaşlarının⁽⁴⁾ 24 olgudan oluşan çalışmasında ise 20 hastaya wedge rezeksiyon, 3 hastaya segmentektomi, bir hastaya da lobektomi yapılmış. Bu hastaların 14'ü metakron, 10'u metastatik tümörmüş. Spaggiari ve arkadaşlarının⁽⁶⁾ 13 olgudan oluşan çalışmasında 3 hastaya segmentektomi, 7 hastaya wedge rezeksiyon, 2 hastaya multiple wedge rezeksiyon, bir hastaya da eksploratis torakotomi yapılmış. Bu hastaların 9'unda metakron tümör, 4'ünde metastatik tümör tespit edilmiştir. Luh ve arkadaşlarının⁽⁶⁾ 8 olgudan oluşan çalışmasında ise 7 metakron tümörün 6'sına lobektomi, birine pnömonektomi yapılmıştır. Doddoli ve arkadaşlarının⁽⁷⁾ 35 olgudan oluşan çalışmasında birinci rezeksiyon olarak iki hastaya pnömonektomi yapılmış ve ikinci rezeksiyon olarak olgumuzda olduğu gibi segmentektomi yapılmış. Hasta takibi Donington ve arkadaşlarının⁽⁴⁾ serisinde 37 ay, Luh ve arkadaşlarında⁽⁵⁾ 6ay-6 yıl olarak yapılmıştır. Bu tip hastalarda cerrahi operasyonu kısıtlayan faktörler düşük pulmoner rezerv, uzak metastaz varlığı ve kimi otörlerin pnömonektomi sonrası cerrahiye kontraendike kabul etmeleridir. Yapılan çalışmalarda ve bizim hastamızda gördüğümüz üzere seçilmiş hastalarda pnömonektomi sonrası akciğer rezeksiyonu kabul edilebilir bir morbiditeye ve mortaliteye sahiptir. Bronkojenik karsinomun başarılı rezeksiyonu sonrası rekürren kanser gelişimi genellikle daha erken ve nadiren 5 yıl sonra görülmektedir. Bununla birlikte yeni bir primer kanser küratif rezeksiyon sonrası herhangi bir zamanda gelişebilir ve yıllık insidansı %1-5'dir. Pnöminektomi sonrası rezeksiyon yapılan hastalarda segmentektomi ve wedge rezeksiyonlar tercih edilmektedir. Postoperatif solunum rezervi, rezeksiyonun

büyükliğü ve postpnöminektomik hastada torakotominin restriktif etkisi nedeniyle rezeksiyonların tedavideki başarısı zayıftır. Bu nedenle wedge rezeksiyon ikinci primer kanser cerrahisinde altın standart olarak kabul edilebilir. Çalışmalar metakron kanserler için rezeksiyon yapılan hastalarda 5 yıllık sürvinin metastatik kanser için rezeksiyon yapılanlardan daha iyi olduğunu göstermektedir. Sonuçta pnöminektomi sonrası bronkojenik karsinom için rezeksiyonun kabul edilebilir bir morbite ve mortaliteye sahip olduğunu, seçilmiş hastalarda özellikle metakron kanserlerde uzun süreli sürvinin görüldüğünü düşünmekteyiz.

KAYNAKLAR

1. Deschamps C, Pairolero PC, Trasek VF, Payne WS. Multiple primary lung cancers. J Thorac Cardiovasc Surg 1990;99:769-778.
2. Andrew K, Vaaler, Hilton O, ve ark. Pneumonectomy after contralateral lobectomy :Is it reasonable? Ann Thorac Surg 1995;59:178-182.
3. Terzi A, Lonardoni A, Scanagatta P, ve ark. Lung resection for bronchogenic carcinoma after pneumonectomy. Eur J Cardiothoracic Surg 2004;25:456-459.
4. Donington JS, Miller DL, Rowland CC, ve ark. Subsequent pulmonary resection for bronchogenic carcinoma after pneumonectomy. Ann Thorac Surg 2002;74:154-158.
5. Luh SP, Lee YC, Sheh JM, Surgical treatment of second primary lung cancer : report of eight cases. J Formos Med Assoc 1995;94:141-144.
6. Spaggiari L, Gruenwald D, Girard P, ve ark. Cancer resection on the residual lung after pneumonectomy for bronchogenic carcinoma. Ann Thorac Surg 1996;62:1598-1602.
7. Doddoli C, Thomas P, Ghez O, ve ark. Surgical management of metachronous bronchial carcinoma. Eur J Cardiothorac Surg 2001;19:899-903.