

BRONŞİYAL KARSİNOİD TÜMÖRLERDE CERRAHİ TEDAVİ VE SONUÇLARI

SURGICAL TREATMENT AND RESULTS IN BRONCHIAL CARCINOID TUMORS

Şaban ÜNSAL **Gökhan YUNCU** **Ahmet ÜÇVET**
Kenan Can CEYLAN **Serpil SEVİNÇ** **Oktay BAŞOK**

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

Anahtar sözcükler: Karsinoid tümör, cerrahi tedavi

Key words: Carcinoid tumor, surgical treatment

ÖZET

Bronşial karsinoidler; trakeobronşial ağacın düşük dereceli malign nöroendokrin tümörlerindedir. Bütün bronş orjinli tümörlerin %0.5-2'sini oluştururlar. Cerrahi tedavi; bronkotomi yolu ile eksizyondan, pnömonektomiye kadar değişebilmektedir.

Kasım 1995-Haziran 2003 tarihleri arasında opere edilen 10 karsinoid tümör olgusu, klinik özellikleri, uygulanan cerrahi tedavi ve sonuçları yönünden retrospektif olarak incelendi. Hastaların 5'i kadın, 5'i erkek olup, yaşları 23-66 (ortalama 43.2) arasında değişmekte idi. Lezyonların yerleşim yerleri; 3 olguda ana bronş, 2'sinde lob bronşu, 2'sinde periferik parankimal, 2'sinde segment bronşu ve 1 olguda ise "common" bazal segment bronşu içinde idi. Bütün olgular tipik karsinoid olarak bildirilmiş olup; biri bronşial sleeve lobektomi olmak üzere 5 olguya lobektomi, 3 olguya pnömonektomi, 1 olguya bronşial sleeve segmentektomi, 1 olguya ise wedge rezeksiyon uygulandı. Postoperatif komplikasyon 1 hastada görüldü. Mortalite izlenmedi. Olgularımız 4 ila 93 (ortalama 46.2 ay) ay takip edilmiş olup nüks gözlenmemiştir ve olguların tamamı yaşamaktadır.

Günümüzde karsinoid tümörün tedavisinde, parankim harabiyeti olmadıkça sleeve rezeksiyon

SUMMARY

Bronchial carcinoids are low grade malignant neuroendocrine tumors of tracheobronchial tree and comprise 0.5 to 2% of all pulmonary neoplasms. Surgical treatment ranging from bronchotomy-excision to pneumonectomy.

We have reviewed surgically treated 10 cases of carcinoid tumors, between November 1995 and June 2003 years, in view to patient characteristics, surgical technique used and results in this retrospective study. There were 5 women and 5 men with a mean age of 43.2 (23-66). Localization of the lesions; are located main bronchus in three cases, lobar bronchus in two, peripheral parenchymal in two, segmental bronchus in two, and common basal segment bronchi in one. Postoperative diagnosis of all cases were reported typical carcinoid. We performed five lobectomy that was performed bronchial sleeve lobectomy in one case, three pneumonectomy, one bronchial sleeve segmentectomy, and one wedge resection. Postoperative complication was observed in one case without mortality. All patients were followed up 4 to 93 months and were alive, and disease free.

At present, lung preserving operations that

gibi parankim koruyucu yöntemler tercih edilmektedir. Genç yaşlarda sıklıkla görülen karsinoid tümörlerde uygulanan parankim koruyucu rezeksiyonlar, hastalara konfor ve yaşam kalitesi sağlamaktadır. Son yıllarda uygun vakalarda, daha az morbidite ve benzer sağkalım oranlarıyla major rezeksiyon yerine sleeve rezeksiyon uygulamayı tercih ediyoruz.

GİRİŞ

Akciğerin karsinoid tümörleri "low grade" tümörler arasında değerlendirilir. 2004 WHO sınıflandırılmasında nöroendokrin malign tümörler, endokrin karsinom grubunda sınıflandırılmıştır. Tedavi olarak genellikle mümkün olduğunca sağlam parankim korunarak en az doku kaybı ile komplet rezeksiyon önerilir (1-5).

Çalışmamızda karsinoid tümör nedeniyle opere edilen olgular klinik özellikleri ve uygulanan cerrahi tedavi sonuçları açısından retrospektif olarak incelendi.

GEREÇ VE YÖNTEM

Kasım 1995-Haziran 2003 tarihleri arasında kliniğimizde opere edilen 10 karsinoid tümör olgusu retrospektif olarak incelendi.

BULGULAR

Hastaların 5'i kadın, 5'i erkek olup, yaşları 23-66 arasında (ortalama 43.2 ± 17.92 yaş) değişmekteydi. Olguların tümü semptomatik olup en sık görülen semptomlar öksürük ve hemoptizi idi (Tablo 1). Parankim içi yerleşimli tümörü olan ve başka bir sağlık kurumunda iki taraflı adenalektomi uygulanmış olan sekizinci olguda tıbbi tedaviye dirençli Cushing Sendromu vardı.

Preoperatif bronkoskopide 8 olguda endobronşial lezyon saptandı ve 6'sında tanı elde edildi. Olguların 8'inde lezyon santral yerleşimli (3 olguda ana bronş, 2'sinde üst lob bronşu, 3'ünde segment bronşu) iken

sleeve resections are the main aim of the surgery whenever feasible. Lung preserving operations that was performed widely seen at younger patients are achieved life quality for these patients. In recent years, we are preferring sleeve resection as much as possible cases because of low morbidity, and achieved the sample survival rates of more extended resections.

2'sinde ise parankim yerleşimli idi. Dört olguya lobektomi, 3'üne pnömonektomi, 1'ine sleeve üst lobektomi, 1 olguya sleeve alt lob superior segmentektomi, 1 olguya ise wedge rezeksiyon uygulandı. Histopatolojik olarak tüm olgularda tipik karsinoid tümör tanısı alındı. Postoperatif dönemde bir olguda aritmi olması dışında komplikasyon izlenmedi. Ortalama 46.2 ± 35.64 aylık (4-93 ay) takip süresinde rekürrens gözlenmedi. Tüm olgular hastaliksız yaşamaktadır.

TARTIŞMA

Bronşial karsinoid tümörlerin kadınlarda ve erkeklerde görülme sıklığı eşit olup dördüncü dekada daha sık görülmektedir (5). Serimizde kadın ve erkek olgu sayısı eşit olup, yaş ortalamasının 43.2 olarak gerçekleşmesi de literatürle benzerdir.

Bronşial karsinoidlerin %90'ı santral yerleşimlidir ve genellikle semptomatiktir. Semptomlar bronşial irritasyon ve obstrüksiyonla ilişkilidir. En sık görülen semptom öksürüktür. Ayrıca sık enfeksiyon, hemoptizi, wheezing bulunabilmektedir. Periferik yerleşimliler asemptomatik olabilmektedir. Karsinoid tümörlü olgularda diğer nöroendokrin tümörlerde olduğu gibi %1 Cushing Sendromu, multipl endokrin adenomatozis sendromu da bulunmaktadır (4-7).

Bronşial karsinoid tümörün araştırılmasında tek bir tanı yöntemi yeterli değildir. Standart göğüs radyografileri, bilgisayarlı göğüs tomografisi başlıca görüntüleme yöntem-

Tablo 1. Hastaların klinik özellikleri, uygulanan operasyon ve izlem süreleri.

Olgu	Yaş	Şikayet	Bronkoskopi (Lokalizasyon)	Operasyon	İzlem (Ay)
1	63	Hemoptizi	Sağ alt lob posterior segment bronşu	Sağ Alt Lobektomi	93
2	23	Öksürük Balgam	Sol ana bronş	Sol Pnöminektomi	88
3	32	Hemoptizi Öksürük	Sol alt lob bazal segment bronşu	Sol Alt Lobektomi	82
4	63	Hemoptizi Göğüs ağrısı	Sol üst lob bronşu	Sol Pnöminektomi	78
5	29	Öksürük Nefes darlığı	Sol üst lob bronşu	Sol Sleeve Üst Lobektomi	37
6	24	Hemoptizi Göğüs ağrısı	Sağ ana bronş	Sağ Pnöminektomi	36
7	60	Öksürük	Sol üst lob anterior segment bronşu	Sol Üst Lobektomi	27
8	29	Öksürük Göğüs ağrısı	Sol alt lob süperior segment bronşu	Sol Sleeve Alt Lob Superior Segmentektomi	12
9	66	Öksürük Nefes darlığı	Endobronşial lezyon yok	Sağ Üst Lobektomi	5
10	43	Halsizlik Sinirlilik	Endobronşial lezyon yok	Sol Üst Loba Wedge Rezeksiyon	4

leridir. Son zamanlarda pozitron emisyon tomografi ve octreotide sintigrafisi rekürrens ve metastaz araştırmasında kullanılan yöntemlerdir (1,6,8).

Bronkoskopi özellikle santral karsinoidlerin görülmesinde, tanıya gitmede büyük rol oynar. Bronkoskopinin tanısal verimi %70'lere ulaşmaktadır. Bazı otörler kanama olabileceği gerekçesiyle bronkoskopik biyopsiye karşıdırlar. Periferik yerleşimde ise transtorasik ince iğne aspirasyon biyopsisi (TTİİAB) uygulanabilmektedir (4). Bronkoskopi olgularımızın tamamına yapıldı, sekiz olguda endobronşial lezyon saptandı ve bunların altında biyopsi ile tanı elde edildi. Daha önce Cushing sendromu nedeniyle takip edilen ve kan ACTH seviyesi yüksek olan bir olguda lezyonun periferik yerleşimli olması nedeniyle

TTİİAB yapıldı. Octreotide sintigrafisinde de aktivite artışı bulunan bu hasta (olgu 8) karsinoid tümör tanısı ile operasyona alındı.

Bronkoskopide üzeri intakt, epitelle sarılı, vasküler, pembe-mor yumuşak tümörler olarak izlenirler. Ancak çoğunlukla submukozal uzanım nedeniyle ayırıcı tanı için derin biyopsiye gereksinim duyulur. Biyopsi alınacak ise kanama olabileceği göz önünde bulundurularak rijit bronkoskopi yapılmasını önerilmektedir (6).

Mitoz sayısı ve diferansiasyona göre tipik ve atipik olarak başlıca iki ana grupta toplanan karsinoidlerin ayrıca melanositik, onkositik, "clear cell" karsinoid tipleri de bulunmaktadır. Atipik karsinoid tümörlerde lenf bezi ve uzak organ metastazı, lokal rekürrens

belirgin derecede daha fazladır. Çalışmamızdaki olguların tamamının tipik karsinoid tümör olması nedeniyle tipik - atipik kıyaslaması yapılamamıştır. Olgularımızın tipik karsinoid tümör olmasının, nüks gözlenmesi ve uzun sağkalım süresine etkisi olduğu düşünülmektedir (1,6,9).

Preoperatif bronkoskopi, radyolojik bulgular ve hücre subtipi cerrahi yaklaşımı da etkilemektedir. Bronkoskopik eksizyonla tedavi; kanama, submukozal uzanımın sık olması nedeniyle inkomplet rezeksiyondan kaçınmak ve rekürrens fazla olması nedeniyle geçerli tedavi yöntemi değildir. Polioid lezyonlarda bronkotomi-basit eksizyon yapılabilmektedir (4). Cerrahi yöntem olarak sleeve rezeksiyonları ve parankim koruyucu

sınırlı rezeksiyonların oranı literatürde %8-36 arasında değişmektedir. Kurul ve arkadaşları 83 olguluk serilerinde 20'sinde bronkotomi ile eksizyon ve 10'unda ise parankim koruyucu operasyonları başarıyla uyguladıklarını bildirmişlerdir (4,5).

Günümüzde sleeve rezeksiyonlar gibi parankim koruyucu teknikler geri dönüşümsüz parankim harabiyeti olmadıkça, özellikle genç yaş gruplarında yaşam beklentisi ve kalitesi esas alınarak tercih edilmektedir. Biz de bu eğilim doğrultusunda rekürrens olmaması, hastaların yaşam kalitesinin daha iyi olması ve sağkalımda fark olmaması nedeniyle son olgularımızda sleeve rezeksiyonları ve parankim koruyucu sınırlı cerrahi yöntemleri tercih ettik.

KAYNAKLAR

1. Ginsberg RG. Carcinoid tumors. In: Shields TW, LoCicero III J, Ponn RB (eds). General Thoracic Surgery. 5 th ed. Philadelphia; Lippincott Williams Wilkins Company; 2000: 1493-1504.
2. Kirsbom PM, Harpole DH. Bronchial gland tumors. In: Pearson FG, et al. (eds). Thoracic Surgery. 2nd ed. Philadelphia Churchill Livingstone 2002; 763-71.
3. DeLellis R A, Lloyd R, Heitz U, Eng C. Tumors of endocrine organs. WHO classification of tumours. IARC, Press 2004.
4. Kurul İC, Topçu S, Taştepe İ, Yazıcı Ü, Altınok T, Çetin G. Surgery in bronchial carcinoids: experience with 83 patients. Eur J Cardiothorac Surg 2002; 21: 883-7.
5. Filosso PL, Rena O, Donati G, Casadio C, Ruffini E, Papalia E, Oliaro A, Maggi G. Bronchial carcinoid tumors: Surgical management and long-term outcome. J Thorac Cardiovasc Surg 2002; 123: 303-9.
6. Yüksel M, Laçın T. Bronşiyal gland tümörleri. In: Yüksel M, Kalaycı NG (ed). Göğüs Cerrahisi, İstanbul, Bilmedya Grup, 2001: 263-71.
7. Harpole DH, Feldman JM, Buchanan S, Young WG, Wolfe WG. Bronchial carcinoid tumors: a retrospective analysis of 126 patients. Ann Thorac Surg 1992; 54: 50-4.
8. Erasmus JJ, McAdams HP, Patz EF Jr, Coleman RE, Ahuja V, Goodman PC. Evolution of primary pulmonary carcinoid tumors using FDG PET. AJR 1998; 170: 1369-73.
9. Thomas CF, Tazelaar HD, Jett JR.. Typical and atypical pulmonary carcinoids: outcome in patients presenting with regional lymph node involvement. Chest 2001; 119: 1143-50.

Yazışma Adresi:

Dr. Kenan Can CEYLAN
Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi,
Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2. Göğüs Cerrahi
Kliniği, 35110 Yenişehir / İZMİR
Tel : 0 232 433 33 33 / 2023
Fax: 0 232 458 72 62
e-posta: kcanceylan2045@yahoo.com
