

AKCİĞER KANSERİNDE TEŞHİS ANINDA GENEL KLİNİK VERİLER: BİR GÖĞÜS HASTALIKLARI ONKOLOJİ POLİKLİNİĞİ'NİN BİR YILLIK KAYITLARI

GENERAL CLINICAL DATA OF LUNG CANCER AT DIAGNOSIS:
ONE YEAR DATA OF A CHEST DISEASES ONCOLOGY POLICLINIC

Ahmet Emin ERBAYCU

Mehmet GÜLPEK
Salih Z. GÜÇLÜ

Fevziye TUKSAVUL

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

Anahtar sözcükler: Akciğer kanseri, semptom, hastalık evresi, metastaz, hücre tipi

Key words: Lung cancer, symptom, stage of disease, metastasis, cell type

ÖZET

Akciğer kanseri (AK) sıklığı, sigara içme alışkanlığındaki artışa paralel olarak giderek artmaktadır. Bu çalışmada, yeni teşhis koyulan AK'li hastaların genel tıbbi bilgilerinin gözden geçirilmesi amaçlanmıştır. Bir Göğüs Hastalıkları Onkoloji polikliniğinin bir yıllık verileri kayıt altına alınmıştır.

Bir yıl içinde 223 erkek, 12 kadın, toplam 235 yeni teşhis koyulmuş AK hastası kaydedilmiştir. Yaş ortalaması 60 (28-85) yıldır. Hastaların büyük bir bölümü ECOG-1 ve ECOG-2 (The Eastern Cooperative Oncology Group) olarak gruplanmıştır. Sigara içme oranı %96.2'dir. Hastaların %90.6'sına bronkoskopi veya trans torasik ince iğne biyopsisi ile teşhis koyulmuştur. Küçük hücreli dışı AK'li hastalarımızın %95.8'i ileri ve lokal ileri evrelerde teşhis edilmişlerdir. En sık rastlanılan semptom göğüs ağrısı (%53.2), öksürük (%43.4) ve nefes darlığıdır (%29.8).

Akciğer kanserli hastaların profiline bakıldığında; genellikle ileri yaşta, performansı iyi, sigara içicisi ve en sık olarak göğüs ağrısı, öksürük veya nefes darlığından yakınan hastalar olduğu, bronkoskopi veya trans torasik iğne aspirasyonunun teşhis için yeterli olduğu ve çoğunlukla lokal ileri

SUMMARY

The frequency of lung cancer is getting higher as cigarette smoking increases. In the study, it was aimed to evaluate general medical data of newly diagnosed lung cancer patients. One year data of an Oncology Polyclinic for Chest Diseases was collected.

In one year, 223 man, 12 woman, totally 235 patients were diagnosed lung cancer. The mean age was 60 (28-85) years. Patients were mainly grouped in ECOG-1 and ECOG-2 (The Eastern Cooperative Oncology Group). The frequency of cigarette smoking was 96.2%. Bronchoscopy or transthoracic fine needle aspiration biopsy were enough for diagnosis in 90.6%. In non-small cell lung cancer, 95.8% were at advanced and locally advanced stages. Common symptoms were chest pain (53.2%), cough (43.4%) and breathlessness (29.8%).

Patients with lung cancer are diagnosed in advanced ages, with usually good performance status, but at advanced or locally advanced stages. Most of them are smoker and suffer from chest pain, cough and breathlessness. Bronchoscopy

veya ileri evrelerde teşhis edildikleri dikkati çekmiştir.

GİRİŞ

Akciğer kanseri (AK) sıklığı, sigara içme alışkanlığındaki artışa paralel olarak giderek artmış ve dünyada en sık görülen kanser türü haline gelmiştir. Akciğer kanseri çoğunlukla akciğer grafisinde bir bulgu veya yeni ortaya çıkmış olan veya önceden var olan ama karakteri değişen klinik bulgu veya semptomlar ile kendini gösterir. Halen bir tarama yöntemi standart olarak geçerli değildir (1,2). Akciğer kanseri, hastaların çoğunun cerrahi şansının olmadığı dönemde teşhis edildiği bir hastalıktır ve ayrıca teşhis öncesi gecikmeler söz konusudur. Rutin bir tarama programının uygulanmadığı düşünülür ise hastalarda ilk ortaya çıkan semptomlar hekime başvuruda büyük rol oynamakta ve hastalığın teşhis anındaki evresi prognozu etkilemektedir (1,3).

Bu çalışmada, yeni teşhis koyulan AK'li hastaların demografik verileri, klinik durumları, tümör hücre tipi, evresi ve teşhis yöntemlerinin gözden geçirilmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Bir eğitim ve araştırma hastanesinde yeni hizmete giren ve Göğüs Hastalıkları branşında onkoloji hastalarına hizmet veren bir polikliniğin ilk yıl verileri kayıt altına alınmıştır.

Bir yıl içinde histopatolojik olarak AK teşhisi koyulan tüm hastalar çalışmaya alınmıştır. Hastaların cinsiyeti, yaşı, The Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) performans durum ölçeği (4), sigara alışkanlığı, ilk başvuru anındaki şikayeti, teşhis tarihi, teşhis yöntemi, tümör hücre tipi, hastalığın evresi, metastaz yerleşimi gözden geçirilmiştir. Küçük hücreli AK'li hastalarda rutin beyin tomogra-

and transthoracic needle aspiration is enough for diagnosis.

fisi ve kemik sintigrafisi istenirken, küçük hücreli dışı AK'li hastaların metastaz düşündürülen şikayetleri olması durumunda bu radyolojik incelemeler yapılmıştır.

BULGULAR

Bir yıl içinde 223 erkek, 12 kadın, toplam 235 yeni teşhis koyulan AK hastası kaydedilmiştir. Yaş ortalaması 60 (28-85) yıldır. Hastaların 10 (%4.3)'ü ECOG-0, 138 (%58.7)'si ECOG-1, 76 (%32.3)'ü ECOG-2, dokuz (%3.8)'i ECOG-3 ve iki (%0.9)'u ECOG-4 olarak gruplanmıştır. Hastaların 226 (%96.2)'si sigara içicisidir ve bir hasta hiç sigara içmediği halde 25 yıl her gün nargile içimi tariflemiştir. Sigara içenler ortalama 53 (0.25-150) paket yılı sigara içmişlerdir.

Akciğer kanserinde teşhisin çok büyük ölçüde bronkoskopi (%60) ve trans-torasik ince iğne biyopsisi (TTİİAB) (%30.6) ile koyulduğu belirlenmiştir (Tablo 1).

Hastaların polikliniğe ilk başvuru sırasındaki semptomları Tablo 2'de gösterilmiştir.

Hastaların %82.9'unda küçük hücreli dışı akciğer kanseri (KHDAK), %15.7'sinde küçük

Tablo 1. Akciğer kanserli hastaların teşhis yöntemleri.

Teşhis Yöntemi	N	%
Bronkoskopi	141	60
TTİİAB†	72	30.6
Mediastinoskopi	6	2.6
Torakotomi	10	4.3
Lenf bezi biyopsisi	5	2.1
VATS*	1	0.4
Trucat biyopsi	2	0.9

† Trans torasik ince iğne aspirasyon biyopsisi

* Video yardımcı torakoskopik cerrahi

Tablo 2. Akciğer kanserli hastaların hekime ilk başvuru sırasındaki şikayetleri.

Şikayetler	N	%
Göğüs ağrısı	125	53.2
Öksürük	102	43.4
Nefes darlığı	70	29.8
Hemoptizi	26	11.1
İştahsızlık	18	7.7
Balgam	15	6.4
Kilo kaybı	13	5.5
Nörolojik semptomlar	12	5.1
Halsizlik	12	5.1
Kemik ağrısı	9	3.8
Ses kısıklığı	4	1.7
Terleme	3	1.3
GİS* semptomları	3	1.3
Ateş	2	0.9
VCSS†	2	0.9
Lenf bezi / şişlik	1	0.4
Yok	2	0.9

* Gastrointestinal sistem

† Vena kava superior sendromu

Tablo 3. Akciğer kanserli hastalarda tespit edilen tümör hücre tipleri.

Tümör Tipi	N	%
KHDAK	110	46.8
KHAK	37	15.7
Squamöz hücreli karsinom	50	21.3
Adenokarsinom	29	12.3
Büyük hücreli karsinom	5	2.1
Bronkoalveoler karsinom	1	0.4
İndiferan tümör	1	0.4
KHDAK+KHAK	2	0.9
Toplam	235	

hücreli akciğer kanseri (KHAK), %0.4'ünde kombine KHDAK ve KHAK saptanırken bir hastada indiferan tümör rapor edilmiştir (Tablo 3).

Tablo 4. Akciğer kanserli hastalarda hastalık evresi.

Evre	N	%	
KHDAK	1A	3	1.6
	1B	3	1.6
	2A	1	0.5
	2B	1	0.5
	3A	21	10.9
	3B	95	49.2
	4	69	35.7
Toplam	193		
KHAK	Sınırlı	24	66.6
	Yaygın	12	33.4
	Toplam	36	
Evrelendirilemeyen hasta	6	2.6	

Tablo 5. Akciğer kanserli hastalarda metastaz yerleşimleri.

Metastaz Yeri	N	%
Akciğer	27	11.8
Sürrenal	22	9.6
Karaciğer	18	7.9
Beyin	14	6.0
Kemik	12	5.2
Plevra	3	1.3
Lenf bezi	3	1.3
Yumuşak doku	1	0.4

Küçük hücreli dışı AK'de hastaların %50.1'i Evre-IIIB'de, %34.7'si Evre-IV'de yakalanmıştır (Tablo 4). Küçük hücreli AK'de hastaların %33.4'ü yaygın evrede teşhis edilmiştir. Akciğer kanserinin en sık farklı akciğer loblarına (%11.8), sürrenal (%9.6) ve karaciğere (%7.9) metastaz yaptığı tespit edilmiştir (Tablo 5).

TARTIŞMA

Akciğer kanserli hastalar, genellikle ileri yaşta olup, sigara içicisi ve en sık olarak göğüs ağrısı, öksürük veya nefes darlığından yakınan,

performansı iyi ancak lokal ileri veya ileri evrelerde teşhis edilen, bronkoskopi veya trans torasik iğne aspirasyonunun büyük ölçüde teşhis için yeterli olduğu kişilerdir.

Akciğer kanseri teşhisinde kesin teşhisi elde edebilmek için bir dizi teşhis metodu kullanılmaktadır. En uygun teşhis yönteminin seçimi bir göğüs hastalıkları uzmanı, radyolog ve göğüs cerrahının katılımı ile yapılmalıdır (5). Günümüzde rijid ve fiber-optik bronkoskopi, AK tanısı ve evrelemesi ile bazı tedavi uygulamalarında kullanılmaktadır. Fluoroskopi, ultrasonografi ve bilgisayarlı tomografi (BT) eşliğinde uygulanan perkütan transtorasik iğne aspirasyonu toraks malignitelerinin teşhisinde etkili ve güvenilir bir yöntemdir (1). Bronkoskopi ve BT eşliğinde uygulanan perkütan transtorasik iğne aspirasyonu AK'li hastaların büyük bir çoğunluğu (%90.6)'sında teşhis için yeterli olmuştur.

Küçük hücreli dışı AK, tüm hastaların %80-85'inden sorumludur (2,6). Bu oran teşhis koyduğumuz hastalarda %82.9 olarak tespit edilmiştir.

Hastaların %90'dan fazlası semptomatiktir ve bu semptomlar tümörün lokal, bölgesel, metastatik veya sistemik etkileri ile ortaya çıkmaktadır (1,6). Akciğer kanserinde teşhis anında saptanan semptomların sıklığı hastalar arasında farklıdır (5,7). Küçük bir hasta grubu primer tümöre bağlı semptomlar tarif etmekte, çoğunluğu iştahsızlık, kilo kaybı, halsizlik gibi hastalığa özel olmayan semptomlar veya metastazlara bağlı semptomlardan yakınmaktadır (5). Köktürk ve ark. (8)'nin 330 hastalık serilerinde öksürük %64.1 oranı ile en sık görülen semptomdur. Diğer sık görülen semptomlar göğüs ağrısı (%41.3), nefes darlığı (%40.1), balgam çıkarma (%38.7), kilo kaybı (%35.7) ve hemoptizi (%33.1)'dir. Semptomsuz seyreden veya sadece primer

tümöre bağlı semptomları olan hastalar en iyi prognoza sahiplerdir (9,10).

Ülkemizden bir başka çalışmada 409 hastada saptanan semptomlar sırasıyla öksürük (%69), nefes darlığı (%50), balgam çıkarma (%45), göğüs ağrısı (%33) ve hemoptizi (%29)'dur (11). Erbaycu ve ark. (3), 199 hastalık bir seride akciğer kanserli hastalarda hastaya ve hekime ait gecikmelere dikkat çekmişler, ilk semptom ve teşhis arasında ortalama 3.5 aylık bir süre bildirmişlerdir. En sık görülen semptomlar göğüs ağrısı (%49.5), öksürük (%45.5), nefes darlığı (%38), kilo kaybı (%23), balgam çıkarma (%19), hemoptizi (%18.5) ve halsizlik (%18.5) olmuştur. Hastaların %74.4'ü lokal ileri ve ileri evrede tespit edilmiştir.

Akciğer kanserli hastalar büyük oranda ileri (Evre-IV) veya lokal ileri evrede (Evre-III ve IIIB) saptanmaktadır. Bu nedenle de hastaların çok büyük bir kısmı radikal bir tedavi yöntemi olan cerrahi şansını yakalayamamaktadır. Ülkemizde bu oranın %86.7 olduğu bildirilmiştir (1). Küçük hücreli dışı AK'li hastalarımızın %95.8'i ileri ve lokal ileri evrelerde teşhis edilmişlerdir. Polikliniğe ilk başvuru anında en sık rastlanılan semptom göğüs ağrısı (%53.2), öksürük (%43.4) ve nefes darlığıdır (%29.8).

Akciğer kanserli hastaların üçte biri toraks dışı metastazlara bağlı semptomlardan yakınmaktadır (5). Akciğer kanserinde en sık metastaz yerleri olarak kemik (%25), sürrenal (%2-22), karaciğer (%1-35), beyin (%0-20) ve plevra (%8-15) bildirilmiştir (1,6). Hastalarımızda en sık metastaz yeri olarak akciğer (%11.8) ön plana çıkmıştır. Diğer sık metastaz yerleri, sürrenal (%9.6), karaciğer (%7.9), beyin (%6) ve kemik (%5.2)'dir. Akciğer metastazı kararı histopatolojik olarak veya radyolojik görünümün değerlendirilmesi ile verilmiştir.

Sonuç olarak akciğer kanserli hastaların profiline bakıldığında;

- Sigara içicisi ve en sık olarak göğüs ağrısı, öksürük veya nefes darlığından yakınan,
- Çoğunlukla performansı iyi durumda ancak lokal ileri veya ileri evrelerde teşhis edilen,

- Bronkoskopi veya trans torasik iğne aspirasyonunun büyük ölçüde teşhis için yeterli olduğu,
- Değişik yaş gruplarında tespit edilse de genelde ileri yaşlarda hastalığa yakalanan kişiler olduğu dikkati çekmiştir.

KAYNAKLAR

1. Akkoçlu A, Savaş İ (eds). Akciğer Kanseri Tanı ve Tedavi Rehberi. Toraks Dergisi 2006; 7: 3-4.
2. Aydın A, Topuz E. Akciğer Kanseri. Tanı-Tedavi-Takip. İstanbul Konsensusu 2006. Nobel Tıp, 2007.
3. Erbaycu AE, Özsöz A, Çakan A. Akciğer kanserinde tanı gecikmesine hastanın ve hekimin etkisi. Solunum Hastalıkları 2005; 16: 161-5.
4. The Eastern Cooperative Oncology Group. http://www.ecog.org/general/perf_stat.html.
5. Beckles MA, Spiro SG, Colice GL, Rudd RM. Initial evaluation of the patient with lung cancer symptoms, signs, laboratory tests, and paraneoplastic syndromes. Chest 2003; 123: 97-104.
6. Spiro SG. Lung Cancer. European Respiratory Monograph 2001; 6: Monograph 17.
7. Aydın G. Akciğer kanserinde sık görülen semptomlar ve tedavi yaklaşımları. Solunum 2005; 7: 85-94.
8. Köktürk N, Çiftçi TU, Yeğin D ve ark. Akciğer kanserli olgularımızda semptomatolojik, radyolojik ve endoskopik bulguların histopatolojik bulgularla birlikte değerlendirilmesi. Toraks Dergisi 2004; 5: 143-7.
9. Carbone PP, Frost JK, Feinstein AR, et al. Lung cancer: perspectives and prospects. Ann Intern Med 1970; 73: 1003-24.
10. Feinstein AR. Symptomatic patterns, biologic behavior, and prognosis in cancer of the lung. Ann Intern Med 1964; 61: 27-43.
11. Özdemir İ, Aydın G, Erturan S ve ark. Akciğer kanseri olgularında semptomların tanı ve tedavideki yeri. 1. Ulusal Torasik Onkoloji Kongresi Özet Kitabı, 2004: 58.

Yazışma Adresi:

Dr. Ahmet Emin ERBAYCU
Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi,
Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
35110 Yenışehir / İZMİR
Tel : 0 232 433 33 33 / 363
Fax: 0 232 458 72 62
e-posta: drerbaycu@yahoo.com
