

Operabl akciğer kanserli 78 olgunun klinik ve radyolojik özellikleri

Huriye BERK-TAKIR (*), Gülbanu HORZUM (**), Emine AKSOY (**), Bahadır BIÇAKCI (*), Bülent ÇELİK (*)

ÖZET

Bu çalışmada, klinik özellikler ve preoperatif değerlendirmeye göre operabl olan 78 birincil akciğer kanserli olgu prospektif olarak incelendi. Hastaların yaş, sigara alışkanlıkları, semptomları, posteroanterior (PA) akciğer grafisi ve bilgisayarlı göğüs tomografisi (BT) bulguları, tanı yöntemleri, histopatolojik tipleri değerlendirildi. Olguların 1'i kadın, 77'si erkek ve yaş ortalaması 58.32 ± 8.5 (40-76 yaş) idi. İki hasta sigara içmemiş, 63 hasta sigarayı bırakmış ve 13 hasta halen sigara içmekteydi. İçilen sigara miktarı 0-150 paket/yıl arasında değişirken ortalama 54.77 ± 35.66 (0-150) paket/yıldı.

En sık rastlanan semptom öksürüktü (% 75.6). Akciğer grafisinde lezyon daha çok sağda (% 53.8) ve santral (% 56.4) yerleşimli idi. PA akciğer grafisi ve bilgisayarlı tomografide en sık kitle lezyonu (% 80.8), 2. sıklıkta ise hiler genişleme (% 43.6) tespit edildi. En sık kullanılan tanı yöntemi fiberoptik bronkoskopi (% 65.4) idi. En sık saptanan histopatolojik tip ise epidermoid karsinomdu (% 60.3).

Anahtar kelimeler: Birincil akciğer kanseri, klinik, radyoloji

SUMMARY

Clinical and radiological evaluation of 78 cases with operable lung cancer

In this prospective study we examined 78 primary lung cancer cases who were operable according to clinical assesment and preoperative evaluation. We evaluated the age, smoking history, symptoms, chest X-ray and thoracic computed tomography (CT) findings, diagnostic procedures and histopathologic types. One case was female and 77 cases were male. Mean age was 58.32 ± 8.5 (40-76 years of age). Two patients had no smoking history, 63 patients were exsmokers and 13 patients were still smoking. The range of smoked cigarette were 0-150 pack/years and mean was 54.77 ± 35.66 (0-150) packs/years.

The most frequent symptom was cough (75.6 %). The tumor was most commonly located in the right lung (53.8 %) and centrally (56.4 %). In chest X-ray and thorax CT solid lesion was the most common (80.8 %) and hilar enlargement was the second common radiological appearance (43.6 %). Most frequently used diagnostic tool was fiberoptic broncoscopy (65.4 %) and epidermoid carcinoma was the most frequent histopathologic diagnosis (60.3 %).

Key words: Primary lung cancer, clinic, radiology

Günümüzde akciğer kanseri % 28 oranı ile kanser ölümlerinin en sık nedenidir (1). ABD'de 1999'da tüm kanser ölümlerinin erkeklerde % 32'si, kadınlarda ise % 25'i akciğer kanserine bağlıdır. 1999'da yeni tanı konulmuş kanserlerin erkeklerde % 15'ini, kadınlarda % 13'ünü (toplam 171.000 yeni olgu) akciğer kanseri oluşturmaktadır (2). Sağlık Bakanlığı'nın 1996 verilerine göre, ülkemizde akciğer kanseri sıklığı erkeklerde 100.000'de 35, kadınlarda 100.000'de 5'dir (3). Son yıllarda kadınlardaki akciğer kanserine bağlı ölüm hızı erkeklerdeki azalmanın (% 1.4 azalma) tersine artmaya devam etmektedir (% 1.7 artış) (4). Yıllar içinde tanı ve tedavi olanaklarının artmasına rağmen akciğer kanseri

sıklık ve mortalite oranları açısından halk sağlığını ciddi boyutlarda tehdit etmeye devam etmektedir.

Tanı aşamasında hastaların yalnızca % 20-35'i cerrahi rezeksiyona uygun iken % 75-80'i inoperabldır (5,6). Semptomların başlaması ile hastaların doktora başvurusu arasında uzun bir süre geçmektedir. Merkezimizde 117 inoperabl birincil akciğer kanserli olgunun geriye dönük incelenmesinde bu süre 101 gün olarak tespit edilmiştir (7). Akciğer kanserli olguların en sık doktora başvurma nedenlerinden bazıları; öksürük, balgam çıkarma, kilo kaybı, nefes darlığı, hemoptizi, göğüs ağrısı, çomak parmak ve ses kısıklığıdır. Özellikle 50 yaş

üzerinde sigara içen olgularda bu semptomlarla başvurduklarında ilk olarak yapılan tetkiklerden PA akciğer grafisinde kitle, atelektazi, obstrüktif pnömoni, mediastinal ve/veya hiler genişleme, plevral efüzyon tespit edilebilir. Bu çalışmada, operabl olan birincil akciğer kanserli 78 olgunun klinik ve radyolojik özellikleri incelendi.

MATERYAL ve METOD

SSK Süreyyapaşa Göğüs Kalp ve Damar Hastalıkları Eğitim Hastanesi'nde Eylül 2003-Nisan 2004 tarihleri arasında klinik evre ve preoperatif değerlendirmeye göre operabl kabul edilen 78 akciğer kanserli olgunun klinik ve radyolojik özellikleri prospektif olarak incelendi. Hastaların yaşları, sigara alışkanlıkları, semptomları, PA akciğer grafisi ve bilgisayarlı göğüs tomografisi bulguları, tanı yöntemleri, histopatolojik tipleri değerlendirildi. Histopatolojik tiplendirme DSÖ'nün 1999 sınıflamasına göre (8), evrelendirme de uluslararası akciğer kanseri TNM evreleme sistemine göre yapıldı (9).

BULGULAR

Hastaların (n=78) yaş ortalaması 58.32±8.5 (40-76 yaş) idi ve olgular en fazla 61-70 (n=29, % 37.2) yaşlarında yer almaktaydı (Tablo 1). Olguların 1'i kadın (% 1.3), 77'si (% 98.7) erkekti. İki hasta sigara içmemiş, 63 hasta sigarayı bırakmış ve 13 hasta da halen sigara içmekteydi. İçilen sigara miktarı 0-150 (ort. 54.77±35.66) paket/yıl arasındaydı. Hastaların semptomları Tablo 2'de gösterilmiştir.

Akciğer grafisinde lezyon 42 hastada sağda, 34 hastada ise solda yerleşmekteydi; 44 hastada santral, 33 hastada

Tablo 1. Hastaların yaş gruplarına göre dağılımı.

Yaş	Hasta sayısı	Yüzde
≤ 40	2	2.6
41-50	15	19.2
51-60	26	33.3
61-70	29	37.2
> 71	6	7.7

Tablo 2. Hastaların semptomları.

Semptom	Hasta sayısı	%
Öksürük	59	75.6
Balgam	35	44.9
Göğüs ağrısı	33	42.3
Kilo kaybı	32	41.0
Hemoptizi	31	39.7
Nefes darlığı	21	26.9
Ateş	18	23.1
Ses kısıklığı	10	12.8
Diğer	34	43.6

Tablo 3. Hastaların P-A akciğer grafisi bulguları.

P-A Akciğer grafisi bulguları	Hasta sayısı	%
Atelektazi	21	26.9
Pnömonik infiltrasyon	17	21.8
Apikal tümör	17	21.8
Plevral efüzyon	6	7.7
Mediastinal şift	29	37.2
Hiler genişleme	33	42.3
Mediasten genişlemesi	12	15.4
Diyafragma yüksekliği	20	25.6
Kitle	54	69.2
Soliter pulmoner nodül	4	5.1

Tablo 4. Hastaların bilgisayarlı tomografi bulguları.

Tomografi bulguları	Hasta sayısı	%
Atelektazi	26	33.3
Pnömonik infiltrasyon	22	28.2
Apikal tümör	6	7.7
Plevral efüzyon	11	14.1
Mediastinal şift	20	25.6
Hiler genişleme	34	43.6
Mediasten genişlemesi	10	12.8
Kitle	63	80.8
Soliter pulmoner nodül	2	2.6

Tablo 5. Tanı yöntemleri.

Tanı yöntemi	Hasta sayısı	%
FOB	51	65.4
TTİAB	18	23.1
Torakotomi	9	11.5

ise periferik tümör vardı. İki hastada PA akciğer grafisinde lezyon saptanmadı (Tablo 3). Bu hastalardan birinde toraks BT de normal bulundu. Tanı, hastanın ekspektore ettiği doku parçasının patolojik incelenmesi ile kondu ve yapılan fiber optik bronkoskopide endobronşial lezyon saptandı. Bilgisayarlı tomografide tümör en geniş çapı 0-110 mm (ort. 47.16±20.08 mm) arasında değişmekteydi; 32 hastada patolojik boyutta lenf bezi (lenf bezi kısa çapı ≥ 10 mm) saptandı ve lenf bezi kısa çapı 0-25 mm (ort. 8.55±5.88 mm) arasında değişmekteydi (Tablo 4). Hastaların 51'inde (% 65.4) tanı fiberoptik bronkoskopi ile konuldu. Kullanılan tüm tanı yöntemleri ve sonuçları Tablo 5'de gösterilmiştir. Tespit edilen tümörlerin histopatolojik tipleri Tablo 6'da özetlenmiştir.

TARTIŞMA

Akciğer kanseri kanser ölümlerinin başında gelir (2). Özellikle 50-70 yaş erkekleri etkileyen akciğer kanseri son yıllarda kadınlarda da hızla artmaktadır. 1994 yılında yayımlanan bildiriye göre kadınlarda akciğer kanseri-

Tablo 6. Tespit edilen tümörlerin histopatolojik yapıları.

Hücre tipi	Hasta sayısı	%
Epidermoid	47	60.3
Adenokarsinom	25	32.1
NSCLC	1	1.3
Habis epitelyal	2	2.6
Adenoskuamöz	2	2.6
Karsinosarkom	1	1.3

ne bağlı ölümler 1950'ye göre % 500 artmıştır (10). Bu, kadınlarda sigara içme oranlarının artışı yanında iş hayatında daha aktif görev almaları nedeniyle mesleki kanserojenlerle maruziyetin artmasıyla ilişkili olabilir. Ülkemizde de kadınlarda sigara içme oranı % 24 olarak bildirilmektedir (11).

Akciğer kanserli olgu asemptomatik olabileceği gibi, çok çeşitli ve özgül olmayan semptomlarla başvurabilmektedir. İlk başvuruda çoğu kez hastalık ilerlemiş durumdadır. En sık karşılaşılan semptomlar öksürük (% 75), kilo kaybı (% 68), nefes darlığı (% 60), göğüs ağrısı (% 45-49), hemoptizi (% 29-35), çomak parmak (% 20), ateş (% 15-20) ve ses kısıklığıdır (% 5-18) (12). Bizim serimizde de en sık semptom öksürük olup, bunu sırasıyla balgam çıkarma, göğüs ağrısı, kilo kaybı, hemoptizi, ateş ve ses kısıklığı izlemektedir.

Akciğer kanserinin tanısı değişik yöntemlerle alınan doku biyopsi örnekleriyle konursa da, potansiyel bir habis lezyonun varlığı genellikle PA akciğer grafisiyle belirlenir. Akciğer kanseri için tanısasal bir radyolojik görünüm tanımlanmamıştır. Akciğer kanserli olgularda göğüs radyografilerinde kitle lezyonu, plevral efüzyon, atelektazi, postobstrüktif pnömoni, kemik destrüksiyonu, superior mediasten veya kontrateral hiler bulky lenfadenomegali varlığı tespit edilebilir. Akciğer grafileri mediastinal lenf bezi tutulumunu belirlemede duyarlı değildir (13), 2 cm'den küçük lezyonlar gözden kaçabilir. Savaş ve ark.'nın çalışmasında en sık rastlanan bulgu pnömoni ve atelektazi iken, Utkaner ve ark. 116 hastalık serilerinde en sık kitle ve plevral efüzyon tespit etmişlerdir (14,15). Bizim serimizde ise en sık kitle ve hiler genişleme mevcuttu.

Akciğer kanseri tanısında farklı tanı yöntemleri kullanılabilir. Tanı yöntemi seçimini belirleyen en önemli faktör hastalığın lokalizasyonudur. Merkezimizde kolaylıkla uygulanabilen bir işlem olması ve serimizde tü-

mörlerin daha çok santral yerleşim göstermesi nedeniyle fiberoptik bronkoskopi en sık kullanılan tanısasal yöntem olmuştur.

1970'li yıllara kadar en sık rastlanılan histopatolojik tip epidermoid karsinomdu. Ancak, 1970'li yıllardan itibaren adenokarsinom sıklığı her iki cinste de artmaya başlamıştır (16). Barsky ve ark. bu artışı erkeklerde % 3, kadınlarda % 1.5 olarak bildirmiştir (17). Günümüzde en sık görülen histopatolojik tip adenokarsinomdur. Utkaner ve ark. adenokarsinomun en sık histopatolojik tip olduğunu bildirmiştir (15). Bizim serimizde en sık epidermoid karsinoma rastlandı.

Sonuç olarak akciğer kanseri, birçok hastalıkla karışabilen semptom ve radyolojik bulgularla karşımıza çıkan bir hastalıktır. Bu nedenle, solunumsal yakınmalarla başvuran, PA akciğer grafisinde lezyon saptanan, 50 yaşın üzerinde ve özellikle sigara içen kişilerde akciğer kanseri mutlaka ayırıcı tanıda yer almalıdır.

KAYNAKLAR

1. Osann KE, Ernster VL, Mustacchi P: Epidemiology of lung cancer. Ed. Murray JF, Nadel JA, Mason RJ, Boushey HA. Textbook of Respiratory Medicine. 3rd ed. Philadelphia: WB Saunders Company p. 1395-1414, 2000.
2. Landis SH, Murray T, Bolden S, et al: Cancer statistics, 1999. CA Cancer J Clin 49:8-31, 1999.
3. Çelik İ: Akciğer kanserinde epidemiyoloji. Ed: Engin K, Özyardımcı N. Akciğer kanserleri tanı ve tedavide temel ilkeler ve uygulamalar. İstanbul: Avrupa Tıp Kitapçılık Ltd. Şti. Yayınları p. 50-6, 2001.
4. Schottenfeld D: Etiology and epidemiology of lung cancer. Ed. Pass HL, Mitchell JB, Johnson DH, Turrisi AT, Minna JD, Lung cancer principles and practice. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins p. 367-88, 2000.
5. Alberg AJ, Samet JM: Epidemiology of lung cancer. Chest 123:21S-49S, 2003.
6. Halilçolar H, Tatar D, Ertuğrul G, et al: Epidemiyoloji. In: Çavdar T, Ekim N, Akkoçlu A, Öztürk C eds. Akciğer kanseri multidisipliner yaklaşım. 1. baskı. Ankara: Bilimsel Tıp Yayınevi 17-22, 1999.
7. Ataç G, Özmen İ, Horzum G, Bıçakçı B, Bilgin R, Gündüz G, Sevim T: İncoperabl 117 akciğer kanserli olgunun retrospektif incelenmesi. Toraks Derneği VII. Yıllık Kongresi Bildiri Özetleri Kitabı s.120, 28 Nisan-1 Mayıs 2004.
8. Travis WB, Colby TV, Corrin B, et al: and collaborators from 14 countries. Histological typing of lung and pleural tumors. 3rd ed. Berlin: Spinger Verlag, 1999.
9. Mountain CF: Revisions in the international staging system for lung cancer. Chest 111:1710-1717, 1997.
10. American Cancer Society: Cancer facts and figures-1994. Atlanta (GA): American Cancer Society 1-28, 1994.
11. Bilir N, Güçüz B, Yıldız N: Sigara İçme Konusunda Davranışlar ve Tutumlar. Ankara: Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı Yayını No. 7, 1997.
12. Moğulkoç N: Akciğer kanserlerinin semptom ve bulguları. Ed: Hayırlıoğlu A. Akciğer kanserleri tanı ve tedavi. 1. basım. İzmir: Punto yayıncılık s. 57-77, 2000.
13. Silvestri GA, Tanoue LT, Margolis ML, et al: The noninvasive staging of non-small cell lung cancer. Chest 123:147-156, 2003.
14. Savaş İ, Özdemir Ö, Gönüllü U ve ark: Tüberküloz ve toraks 39:77-84, 1991.
15. Utkaner G, Yılmaz U, Çelikten E ve ark: Solunum hastalıkları 7:1-91, 1996;
16. Travis WD, Travis LB, Devesa SS: Lung cancer. Cancer 75(suppl):191-202, 1995.
17. Barsky SH, Cameron R, Osann KE, et al: Rising incidence of bronchioloalveolar lung carcinoma and its unique clinicopathologic features. Cancer 73:1163-70, 1994.