

Trakeal Yerleşimli Atipik Karsinoid Tümör

Atypical Carcinoid Tumor Located in the Trachea

Emine Afşin¹, Ayperi Ozturk²

Özet

Karsinoid tümörler nöroendokrin tümör grubunda değerlendirilirler. Gastrointestinal traktusta yerleşimi daha sık iken nadiren bronşial orjinli de olabilir. Akciğer kanserlerinin %0,5-1'ini oluşturur. Genellikle genç yaş grubunda görülür. Yetmiş sekiz yaşında, erkek hastada rastlantısal olarak istenilen toraks bilgisayarlı tomografide trakeal polipoid lezyon izlendi. Atipik karsinoid tümör olarak tanı alan hasta ileri yaşı ve ağır KOAH' ı (FEV1 %25) olması nedeniyle inoperabl kabul edildi. Radyolojik olarak ekstraluminal uzanımı ve metastatik lenf nodu olmaması üzerine Nd: YAG lazer ve ardından lezyon köküne koterizasyon uygulandı. Endobronşial tedavi yaklaşımı ile tam kür sağlandı.

Anahtar Sözcükler: Atipik karsinoid tümör, endobronşial tedavi, trakea.

Abstract

Carcinoid tumors are evaluated in the neuroendocrine tumor group. While they are more common in the gastrointestinal tract, they may rarely be of bronchial origin. They account for 0.5–1% of all lung cancers, and are usually seen in the young age group. A 78-year-old male patient with a tracheal polypoid lesion was observed at thorax CT. The patient was diagnosed with an atypical carcinoid tumor, and was considered to be inoperable due to his advanced age and severe COPD (FEV1 25%). Due to the extraluminal extension and no metastatic lymph nodes identified radiologically, an Nd: YAG laser was applied and the root of the lesion was cauterized. Complete cure was achieved with an endobronchial treatment approach.

Key words: Atypical carcinoid tumor, endobronchial therapy, trachea.

¹İzzet Baysal Devlet Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, Bolu

²Ankara Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Girişimsel Pulmonoloji Kliniği, Ankara

¹Department of Chest Diseases, İzzet Baysal State Hospital, Bolu, Turkey

²Department of Interventional Pulmonology, Ankara Atatürk Chest Diseases and Chest Surgery Training and Research Hospital, Health Science University, Ankara, Turkey

Başvuru tarihi (Submitted): 06.10.2019 **Kabul tarihi (Accepted):** 06.12.2019

İletişim (Correspondence): Emine Afşin, İzzet Baysal Devlet Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, Bolu

e-mail: emineafsin@yahoo.com



Bronşial karsinoid tümörler bronş muköz bezlerindeki Kultchitsky hücrelerinden köken alırlar. Düşük malignite potansiyeline sahip, yavaş büyüyen, lokal gelişme gösteren, nadiren lenf nodu ve uzak organ metastazı yapan ve bazen hormonal aktivite gösteren bir tümör grubudur (1). Karsinoid tümörlerin çoğu ana bronş veya lob bronşu gibi büyük solunum yollarından köken alır. Atipik ve tipik karsinoid tümör olarak 2 grupta incelenir. Karsinoid tümörlerin %10-20'si atipik, %80-90'ı tipik karsinoiddir (2). Genç yaş grubunda daha sık görülen bu tümörler bizim olgumuzda olduğu gibi nadiren ileri yaşta rastlantısal olarak da görülebilir. Yazımızda atipik karsinoid tümör tanısı koyup endobronşial tedavi uyguladığımız bir hasta sunulmaktadır. Hastamızı sunma amacımız; ileri yaşta nadir karşılaşılan bir olgu olması ve eşlik eden hastalıkları nedeniyle cerrahi yapılamayıp endobronşial tedavi uygulanması nedeniyle literatür eşliğinde tartışmaktır.

OLGU

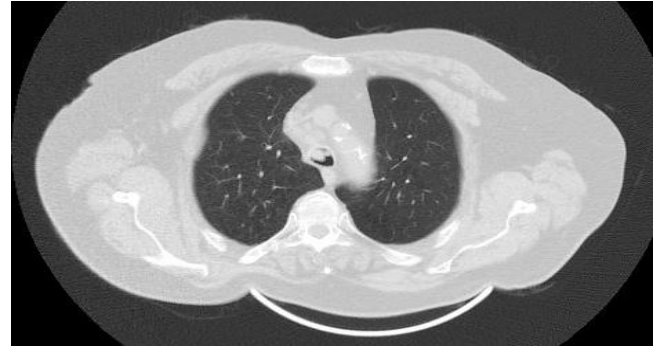
Yetmiş sekiz yaşında erkek hasta, ağır KOAH, opere larenks karsinomu (skuamöz hücreli karsinom) tanısıyla polikliniğimizde takip edilmekteydi. Elli paket/yıl sigara öyküsü vardı. Fizik muayenede ekspiryum uzun olup solunum sesleri azalmıştı. Oda havasında oksijen saturasyonu %80 idi. İki yıl önceki toraks bilgisayarlı tomografisinde sağ paratrakeal lenfadenomegali olması nedeniyle kontrol amaçlı toraks bt istendiğinde: trakeal polipoid lezyon izlendi (Şekil 1 ve 2). Lokal anestezi altında yapılan fiberoptik bronkoskopisinde: trakeada karınaya 3 cm mesafede, sağ lateral duvarda, havayolunu %80 oranında daraltan polipoid lezyonlar izlendi (Şekil 3) ve buradan biyopsi alındı. Patoloji sonucu: nöroendokrin tümör olarak raporlandı. Hastanın solunum sıkıntısı olup havayolu açıklığını sağlamak üzere endonronşial tedavi planlandı. Genel anestezi altında rijid bronkoskop ile Nd:YAG lazer ile lezyonun eksizyonu ve ardından lezyonun köklerine koterizasyon yapıldı. Patoloji sonucu atipik karsinoid tümör olarak raporlandı. İleri yaşı, ağır KOAH ve opere larenks karsinomu olmasından dolayı cerrahi tedavi düşünülmedi.

TARTIŞMA

Primer trakeobronşiyal tümörler tüm pulmoner tümörlerin yaklaşık %0,1'ni oluşturmaktadırlar (3). Karsinoid tümör, epitel hücrelerinden köken alan akciğerin nöroendokrin tümörleri arasındadır. Dünya Sağlık Örgütü akciğerin nöroendokrin tümörlerini: karsinoid tümör (tipik/atipik), büyük hücreli nöroendokrin karsinom (BHNEK) ve küçük hücreli karsinom (KHK) olarak sınıflandırmıştır (4). Akciğer

karsinomlarının yaklaşık %2'sini oluştururlar (5,6). Bronkopulmoner karsinoidlerin %75-90'ı santral %10-25'i periferik yerleşimlidir. Pulmoner karsinoidler çocuklarda ve gençlerde en sık görülen primer akciğer tümörleridir (7).

Karsinoid tümörler genellikle 45-55 yaş grubu arasında görülmektedir. Tipik karsinoidler (TK) atipik (AK) olanlara göre daha erken yaş grubunda görülme eğilimi gösterirler. Genel olarak erkek ve kadın cinsiyet için eşit dağılım izlenmektedir.



Şekil 1: Axial kesitte trakeadaki polipoid lezyonlar.



Şekil 2: Coronal kesitte trakeadaki polipoid lezyonlar



Şekil 3: Bronkoskopide lümeni daraltan polipoid lezyonlar

Atipik karsinoid tümörler malign histolojik özellikler ve agresif tavır gösteren tümörlerdir. TK'in tersine bu tümörler sıklıkla periferik yerleşimli olup daha ileri yaş grubunda görülür. Bizim olgumuz ileri yaşta (78 yaşında) olup lezyonu santral yerleşimli idi. Atipik karsinoidli hastalarda yüksek oranda metastaz gelişme riski vardır (8,9).

Proksimal lokalizasyon gösteren tümörler kısmi veya tam bronş obstrüksiyonu oluşturabilirler. Bizim olgumuzda da bronkoskopik olarak trakea lümeni %80 oranında daralmış olarak izlendi. Öksürük, hemoptizi, tekrarlayan enfeksiyon bulguları klasik semptomlarındandır. Trakea veya ana bronş yerleşimi olan olgularda stridor gelişebilir. Pulmoner karsinoid olgularında tanı anında karsinoid sendrom görülmesi oldukça nadirdir ancak; büyük tümörü olan veya yaygın karaciğer metastazı olan olgularda izlenebilmektedir (10,11). Olgumuzda olduğu gibi karsinoid tümörlerin yaklaşık %40'ı belirgin bir klinik bulgu olmadan insidental olarak radyolojik bulgularla saptanmaktadır (12). Radyolojik olarak iyi sınırlı, yuvarlak veya ovoid, hafifçe lobüle nodüller olarak tomografilerde izlenebildiği gibi sadece hava yolunda saplı polipoid lezyonlar olarak da izlenebilir (13).

Tanı için günümüzde nöroendokrin tümörlerde somatostatın analogları ile yapılan PET görüntüleme sıklıkla Galyum-68 kullanılır (14). Tüm karsinoidlerin yaklaşık %75'i bronkoskopik olarak görülebilir. Bronkoskopik olarak vaskülaritesi fazla, pembe-mor intakt epitel ile örtülü polipoid lezyonlar şeklinde izlenirler. Bazı karsinoid tümörler polipoid ve saplı iken bazıları da sapsız olarak izlenirler. Tümörün çoğunluğu ekstralüminal yerleşimli olabileceği için "buz dağı tümörler" olarak da isimlendirilirler (10). Vaskülaritesi oldukça fazla olan ve submukozal yerleşimli olan bu tümörlerde derin biyopsiler tanı koyabilmek için gerekli olup, sıklıkla ciddi kanamalara yol açabilir. Ancak olgumuzda biyopsi sonrasında kanama sorunu yaşanmadı. Bazı olgularda genel anestezi altında rijid bronkoskopi ile işlemin yapılması kanama kontrolünü sağlamak için tercih edilebilir (15). AK ile TK ayırımı ancak cerrahi ve bronkoskopik olarak çıkarılan kitleden yapılabilir. Karsinoid tümörlerde evreleme için TNM sistemi kullanılmaktadır. Ancak multipl karsinoid tümör mevcudiyetinde metastaz yerine senkron primer tümörler olarak düşünmek gerekir (16). TK'ler düşük dereceli malign davranış gösterirler ve beş yıllık sağkalım %87-100'dür. AK'ler ise daha fazla malign potansiyele sahiptirler ve beş yıllık sağkalım oranı %56-75'dir (17,18). Pulmoner karsinoidlerde tedavinin esası; akciğer dokusu korunarak tümörün komplet rezeksiyonudur. Ancak tümörün distalinde geri dönüşümsüz değişikliklerin saptandığı

olgularda akciğer rezeksiyonu da gerekebilmektedir. Ayrıca, cerrahi olarak komple lenfadenektomi yapılması da önerilmektedir (16).

Son yıllarda doğru seçilmiş olgularda yapılan bronkoskopik rezeksiyon sonuçlarının da iyi olduğu bildirilmektedir (17,19). Bronkoskopik olarak Argon plazma koagülasyonu, elektrokoter, kriyoterapi ya da lazer teknikleri kullanılmaktadır (20). Santral yerleşimli pulmoner karsinoidli hastalara başlangıçta endobronşiyal tedavi yapılması, ekstralüminal komponenti belirgin olanlarda da tedavinin cerrahi rezeksiyon ile tamamlanmasının uygun bir yaklaşım olacağı belirtilmektedir. Endobronşiyal tedavi sonrası altıncı haftada bronkoskopik ve görüntüleme yöntemleri ile lezyonun (özellikle ekstralüminal komponentin) yeniden değerlendirilmesi önerilir. Ekstralüminal komponenti belirgin olan, tümörün distalinde geri dönüşümsüz parankimal lezyonu olan, endobronşiyal tedavi sonrası nüks olan, atipik karsinoid histolojisi olan veya belirgin mediastinal lenfadenopatileri olan olgularda cerrahi tedavi uygulanması önerilir (17). Yirmi yıl sonra bile nüks olabileceğinden 20 yıla kadar takip önerilir.

Bizim olgumuzun radyolojik olarak ekstralüminal uzanımı ve metastatik lenf nodu olmaması üzerine, Nd:YAG lazer ve ardından lezyon köküne kriyoterapi uygulandı. Hastanın ileri yaşı ve ağır KOAH'ı (FEV1: %25) olması nedeniyle inoperabl kabul edildi. Postop bronkoskopik kontrolünde lezyon izlenmedi (Şekil 4) ve alınan kontrol biyopsisinde malign hücre izlenmedi.



Şekil 4: Tedavi sonrası altıncı hafta bronkoskopik görünüm

Sonuç olarak; karsinoid tümörler düşük gradlı malign ve yavaş büyüyen lokal invazif tümörlerdir. Endobronşiyal tedavi ile başarılı sonuçlar alınmaktadır. Bizim hastamız ileri yaşta rastlantısal olarak atipik karsinoid tümör tanısı konulması ve endobronşiyal rezeksiyon ile tam kür sağ-

lanmış olması nedeniyle sunularak ilgili literatür gözden geçirilmiştir.

ÇIKAR ÇATIŞMASI

Bu makalede herhangi bir çıkar çatışması bildirilmemiştir.

YAZAR KATKILARI

Fikir - E.A., A.O.; Tasarım ve Dizayn - E.A., A.O.; Denetleme - E.A., A.O.; Kaynaklar - E.A.; Malzemeler - E.A.; Veri Toplama ve/veya İşleme - E.A.; Analiz ve/veya Yorum - E.A.; Literatür Taraması - E.A.; Yazıyı Yazan - E.A.; Eleştirel İnceleme - E.A.

KAYNAKLAR

1. Sarper A, Özdemir N, Akal M, Kutlay H, Yavuzer Ş: Bronchial carcinoid tumors. J Ankara Med School 1994; 16:1209-15.
2. Brambilla E, Travis WD, Colby TV, Corrin B, Shimosato Y. The new World Health Organisation classification of lung tumors. Eur Respir J 2001; 18:1059-68. [\[CrossRef\]](#)
3. Saoud M, Patil M, Dhillon SS, Pokharel S, Picone A, Hennon M, et al. Rare airway tumors: an update on current diagnostic and management strategies. J Thorac Dis 2016; 8:1922-34. [\[CrossRef\]](#)
4. Travis WD, Brambilla E, Nicholson AG, Yatabe Y, Austin JHM, Beasley MB, et al. The 2015 World Health Organization Classification of Lung Tumors: Impact of Genetic, Clinical and Radiologic Advances Since the 2004 Classification. J Thorac Oncol. 2015; 10:1243-60. [\[CrossRef\]](#)
5. Davini F, Gonfiotti A, Comin C, Caldarella A, Mannini F, Janni A. Typical and atypical carcinoid tumours: 20-year experience with 89 patients. J Cardiovasc Surg (Torino) 2009; 50:807-11.
6. Rekhman N. Neuroendocrine tumors of the lung: an update. Arch Pathol Lab Med 2010; 134:1628-38. [\[CrossRef\]](#)
7. Dishop MK, Kuruvilla S. Primary and metastatic lung tumors in the pediatric population: a review and 25-year experience at a large children's hospital. Arch Pathol Lab Med 2008; 132:1079-103. [\[CrossRef\]](#)
8. Gustafsson BI, Kidd M, Chan A, Malferteiner MV, Modlin IM. Bronchopulmonary neuroendocrine tumors. Cancer 2008; 113:5-21. [\[CrossRef\]](#)
9. Rea F, Rizzardi G, Zuin A, Marulli G, Nicotra S, Bulf R, et al. Outcome and surgical strategy in bronchial carcinoid tumors: single institution experience with 252 patients. Eur J Cardiothorac Surg 2007; 31:186-91. [\[CrossRef\]](#)
10. Yaran P, Yazıcı Ü, Taştepe İ. Karsinoid tümörler. J Clin Analytical Med 2010;71-3. [\[CrossRef\]](#)
11. Kaltsas G, Androulakis I, de Herder WW, Grossman AB. Paraneoplastic syndromes secondary to neuroendocrine tumours. Endocr Relat Cancer 2010; 17:R173-93. [\[CrossRef\]](#)
12. Jeung MY, Gasser B, Gangi A, Charneau D, Ducroq X, Kessler R, et al. Bronchial carcinoid tumors of the thorax: spectrum of radiologic findings. Radiographics 2002; 22: 351-65. [\[CrossRef\]](#)
13. Meisinger QC, Klein JS, Butnor KJ, Gentchos G, Leavitt BJ. CT features of peripheral pulmonary carcinoid tumors. AJR Am J Roentgenol 2011; 197:1073-80. [\[CrossRef\]](#)
14. Özkan E, Ç. Nöroendokrin Tümörlerde Teranostikler. Nucl Med Semin 2015; 1: 3-10.
15. Harpole DH, Feldman JM, Buchanan S, Young WG, Wolfe WG. Bronchial carcinoid tumours: a retrospective analysis of 126 patients. Ann Thorac Surg 1992; 54:50-4. [\[CrossRef\]](#)
16. Caplin ME, Baudin E, Ferolla P, Filosso P, Garcia-Yuste M, Lim E, et al. Pulmonary neuroendocrine (carcinoid) tumors: European Neuroendocrine Tumor Society expert consensus and recommendations for best practice for typical and atypical pulmonary carcinoids. Ann Oncology 2015; 26:1604-20. [\[CrossRef\]](#)
17. Broxk HA, Paul MA, Postmus PE, Sutedja TG. Long-term follow-up after first-line bronchoscopic therapy in patients with bronchial carcinoids Thorax 2015; 70:468-72. [\[CrossRef\]](#)
18. Bertino EM, Confer PD, Colonna JE, Ross P, Otterson GA. Pulmonary neuroendocrine/carcinoid tumors: a review article. Cancer 2009; 115:4434-41. [\[CrossRef\]](#)
19. Dalar L, Ozdemir C, Abul Y, Sokucu SN, Karasulu L, Urer HN, et al. Endobronchial treatment of carcinoid tumors of the lung. Thorac Cardiovasc Surg 2016; 64:166-71. [\[CrossRef\]](#)
20. Karasulu L, Altın S, Dalar L, Sökücü S, Simşek N. Two typical carcinoid cases treated by endobronchial approach. Tuberk Toraks 2009; 57: 212-7.