



## AKCİĞER KANSERİNİN SÜRRENAL METASTAZI: OLGU SUNUMU

İrfan SANCAKLI<sup>1</sup>, Recep DEMİRHAN<sup>1</sup>, Turgay ERGİNEL<sup>2</sup>, Feyyaz ONURAY<sup>2</sup>,  
Gülşay DALKILIÇ<sup>2</sup>, Sevda ÖZDOĞAN<sup>3</sup>, Selahattin VURAL<sup>2</sup>, Ergin OLCAY<sup>2</sup>

Akciğer kanseri kadın ve erkeklerde rastlanan en sık ölümcül kanserdir. Akciğer kanseri, insidansının dramatik olarak artması nedeniyle bütün dünyada önemli onkolojik bir problem olarak görülmektedir. Küçük hücreli kanser dışındaki akciğer kanserlerinde, cerrahi tedavi uygulanacak ilk seçenektir. Önceki yıllarda, metastaz yapmış akciğer kanseri olgularında cerrahi eksizyonel tedavi düşünülmez ve uygulanmaz iken; son yıllarda seçilmiş olgularda iyi sonuçlar alınması bu yöndeki çalışmaları arttırmaktadır. Literatürlerde de akciğer kanseri ve soliter adrenal metastazında cerrahi tedavi ve kemoterapinin uygulanmasının sağkalım süresini arttırdığı belirtilmektedir.

*Anahtar kelimeler: Akciğer kanseri, adrenal hastalıkları, cerrahi*

### ADRENAL METASTASIS OF LUNG CARCINOMA: CASE REPORT

Lung cancer is the most common fatal carcinomaca in men and women. It is considered as a serious oncological problem globally because of its dramatic increase. Surgical treatment is the choice of treatment in lung cancer excluding the small cell carcinoma. Even though previously surgical excision was not considered as a treatment modality in metastatic lung cancer, lately good results of surgical excision in selected patients have encouraged the development in this field. Relevant literature is stating that surgical treatment and chemotherapy in lung cancer with solitary adrenal metastasis have increased the survival rate.

*Keywords: Lung neoplasms, adrenal gland diseases, surgery*

Akciğer kanseri tanısı konulan ya da akciğer kanserinden ölen bir hasta ile yüz yüze gelmek son zamanlarda oldukça sık karşılaşılan bir durumdur. Gerçekten akciğer kanseri bu denli sık karşılaşılan bir hastalık olup bu kadar fazla ölüme sebebiyet vermekte midir? ABD’nde akciğer kanserinden ölüm, koroner arter hastalıklarından sonra ikinci sırayı almaktadır. 1988 yılında ABD’ndeki tüm ölümlerin %38’ini kalp hastalıkları oluştururken, %22’sini kanser oluşturmaktadır.

Tüm kanser ölümlerinin %28’ini akciğer kanserleri yapmaktadır. Kadın ve erkeklerde rastlanan en sık ölümcül kanserdir ve tüm ölümlerin %6’sından sorumlu tutulmaktadır. Ülkemizde de erkeklerde görülen kanserler arasında ilk sırayı alırken kadınlarda meme, ürogenital, sindirim sistemi kanserlerinden sonra 4. sırayı almaktadır. Cinsiyet gözetilmeksizin tüm kanserler ele alındığında, ilk sırayı akciğer kanseri almaktadır. Bu kadar sık görülen ve mortaliteye neden olan akciğer kanserlerine dikkat çekmek ve nispeten nadir görülen adrenal metastazlarındaki tedavi yaklaşımlarını ortaya koymak amacıyla olguyu sunmayı uygun bulduk.

### OLGU

Altmışiki yaşında erkek hasta. Dört ay önce aşırı halsizlik, öksürük, zayıflama, iştahsızlık nedeniyle başvurduğu hastanede çekilen akciğer grafisinde sol akciğer alt lobda kitle tespit edilmiş. Toraks tomografisinde plevrada kalsifikasyonlar ve apikal sekel nitelikli lezyonlar, solda alt akciğer alanında posterior ve paramediastinal olarak gözlenen lobüle kontürlü 23x15 mm boyutlarında periferik nodül niteliğinde lezyon tespit edilmiş.

Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi  
<sup>1</sup>Göğüs Cerrahisi Uzmanı, <sup>2</sup>II. Cerrahi Kliniği,  
<sup>3</sup>Göğüs Hastalıkları Uzmanı

Hastanın 40 yıl 1 paket/gün sigara anamnezi ve oral antidiyabetik ile regüle diabet öyküsü mevcuttu. Son iki ayda şikayetlerinin artması sonucu çekilen toraks tomografisinde sol akciğer hilus düzeyinden mediobazal kesime uzanan, düzensiz konturlu yaklaşık 2,5x2 cm boyutlarında plevra-medial kesimini invaze eden nonhomojen solid tümöral kitle olduğu ve sağ sürrenal lojunda metastaz ile uyumlu olabilecek kitle tespit edildi.

Tüm batın ultrasonografisinde sağ sürrenalde ortalama 76x69x65 mm boyutunda keskin ve düzgün konturlu, hipoekoik ve iç eko strüktürü minimal heterojen kitle ile uyumlu lezyon tespit edilip; başka bir organda metastaz ile uyumlu kitle tespit edilmedi. MRG ile kraniumda da metastazla uyumlu kitle tespit edilmedi. Tüm vücut kemik sintigrafisinde metastaz ile uyumlu aktivite alanı görülmedi.

Hastaya fleksibl bronkoskopi yapıldı. Bronkoskopide sol lateral ve posterior segmentleri ayıran, karenadan itibaren lateral segmenti daraltan, posterior segmenti tam tıkayan mukazal infiltrasyon gözlemlendi. Sol alt lob posterior ve lateral segment karenası ve lateral segment içi lezyondan biopsi, fırça, sol alt lobdan lavaj alındı. Patoloji sonucu “squamous cell carcinoma” olarak geldi.

Hastaya mediastinoskopi uygulandı. 4R, 4L ve 7A pozisyonundaki lenf nodlarından “punch” biyopsi alındı. Histopatolojik incelemede malign hücreye rastlanmadı. Lenf nodlarında reaktif hiperplazi, antrakozis olarak değerlendirildi.

Sürrenaldeki kitleden de ince iğne aspirasyon biyopsisi (İİAB) yapıldı. Patoloji sonucu az diferansiye karsinom fragmentleri, sitolojik bulgular “non-small cell carcinoma” (ön planda epidermoid karsinom) ile uyumlu geldi.



Bu bulgularla T<sub>2</sub>N<sub>1</sub>M<sub>1</sub> evre IV olarak değerlendirildi. FEV<sub>1</sub> 2,982 olarak ölçüldü ve hasta operasyona hazırlandı.

Operasyonda önce abdominal çalışıldı. Paramedian insizyon ile batına girildi. Eksplozasyonda diğer organlarda makroskopik olarak metastazla uyumlu başka kitleye rastlanmadı. Kitleye ulaşılarak sağ sürrenal ile beraber eksize edildi.

Batın kapatılarak sol 5. interkostal aralıktan anterolateral torokotomi ile toraks boşluğuna ulaşıldı. Sol alt posterolateral segmentte uyan yaklaşık 5 cm çapında solid kitle palpe edildi. Aortaya herhangi bir invazyon gözlenmedi. Sol alt lobektomi uygulandı. 8, 9 ve 5 no'lu lenf nodları diseke edildi. İki adet 32 numara toraks tüpü yerleştirilerek operasyon sonlandırıldı.

Postoperatif takiplerinde herhangi bir komplikasyon gözlenmedi. Patoloji raporunda tümör tipi: invaziv skuamöz hücreli karsinom, histolojik grade: az diferansiye, tümör boyutu: 7x4,5x4 cm, vasküler invazyon yok, perinöral invazyon mevcut, cerrahi sınır negatif, 5,8,9 no'lu lenf nodlarında reaktif hiperplazi, piyes üzerinden ayıklanan peribronşial 9 adet lenf nodunun 2 tanesinde karsinom metastazı, 7'sinde reaktif hiperplazi olarak değerlendirildi.

Hasta postoperatif 9. gün taburcu edildi. Taburcu sonrası kemoterapi gördü. Yirmi aydır hastalısız olarak hayatına devam etmektedir.

## TARTIŞMA

Akciğer kanserleri, insidansın artması ve kansere bağlı ölümlerde birinci sırada yer alması nedeniyle, tüm dünyada önemli bir onkolojik problem olarak görülmektedir<sup>1</sup>. Cerrahi tedavi, akciğer kanserinde uzun bir sağkalım ve kürabilite olasılığı için en önemli tedavi seçeneği olmaya devam etmektedir. Tüm akciğer kanseri olguları ele alındığında cerrahi tedavi sonrası ortalama 5 yıllık yaşam şansı yaklaşık %10-15 kadardır. Buna rağmen, özellikle erken evrede yakalanan olgularda cerrahi rezeksiyon ile 5 yıllık yaşam süresinin %50-60'lara çıkartılabileceği bir çok yazar tarafından belirtilmektedir<sup>2,3</sup>. Küçük hücreli akciğer kanseri dışındaki akciğer kanserlerinde cerrahi tedavi uygulanacak birinci seçenektir<sup>4</sup>.

Küçük hücreli dışı akciğer kanserleri en sık beyin, kemik, karaciğer, sürrenal ve karşı akciğere metastaz yaparlar. Yapılan bir çalışmada tüm akciğer kanseri tipleri dahil

olduğunda sürrenal metastaz insidansı %1.38 (96/6, 976) olarak bulunmuştur. Aynı çalışmadaki küçük hücreli akciğer kanserindeki sürrenal metastaz insidansı %2.25 (37/1, 643), küçük hücreli dışı akciğer kanserlerindeki sürrenal metastaz insidansı %1.11 (59/5, 333) olarak bulunmuştur<sup>5</sup>.

Önceki yıllarda, metastaz yapmış akciğer kanserli olgularda, cerrahi eksizyonel tedaviler düşünülmez ve uygulanmaz iken; son yıllarda seçilmiş olgularda, iyi sonuçlar alınması, bu yöndeki çalışmalarını arttırmaktadır<sup>6</sup>. Literatürlerde de akciğer kanseri ve soliter adrenal metastazında cerrahi ve kemoterapinin uygulanmasının sağkalım süresini arttırdığı bildirilmektedir<sup>7</sup>. Bizim olgumuzda da çekilen batın, toraks tomografilerinde, kranial MRG'de, tüm vücut kemik sintigrafisinde sürrenaldeki kitleden başka metastaz ile uyumlu kitleye rastlanmamıştır. Bu nedenle gerek patolojik tanının küçük hücreli dışı akciğer kanseri olması, gerekse sürrenaldeki kitleden başka metastazın tespit edilmemesinden dolayı cerrahi tedavi uygulamayı uygun gördük.

Primer akciğer kanserleri kolaylıkla sürrenal metastaz yapabilir. Sürrenal metastaz insidansı primer akciğer kanserinin histopatolojik tipine göre değişiklik gösterir. Primer tümörün cerrahi tedavisi ile beraber ya da sonrasında sürrenal metastaza cerrahi rezeksiyon uygulanabilir. Kemoterapinin sürrenal ya da diğer organ metastazlarının tedavisinde yeri vardır<sup>5</sup>. Akciğer kanseri ve soliter adrenal metastazında cerrahi ve kemoterapi uygulaması sağkalım süresini arttırmaktadır<sup>7</sup>.

## KAYNAKLAR

1. Silverberg E. Cancer statistics. CA 1988; 38: 5-22.
2. Moores DW. Staging of lung cancer. Ann Thorac Surg 1987; 44: 225-6.
3. Shields TW. Lymphatics of the lung. In: Shields TW (ed). General thoracic surgery, 4<sup>th</sup> ed. Malvern: Williams&Wilkins,1994: 91-103.
4. Ichinose Y. Comparison between resected and irradiated small cell lung cancer in patients in stage I through IIIa. Ann Thorac Surg 1992; 53: 95-100.
5. Wang H, Feng F, Zhang X. Adrenal metastasis in primary lung cancer. Zhonghua Jie He He Hu Xi Za Zhi 1999 May; 22(5): 277-8.
6. Gürses A, Metin M. Akciğer Karsinomunda Metastatik Hastalık (Soliter Metastazlar). Göğüs Cerrahisi, 2001: 26.
7. De Perrot M, Licker M, Robert JH, et al. Long-Term Survival After Surgical Resections of Bronchogenic Carcinoma and Adrenal Metastasis. Ann Thorac Surg 1999; 68: 1084-5.