

Akciğer Kanseri: 25 Olgunun Retrospektif Değerlendirilmesi*

İrfan Yalçınkaya**, Fuat Sayır**, Mehmet Kurnaz**

Özet: Akciğer kanserlerinde cerrahi tedavi, uzun bir sağkalım ve kürabilite sağlama açısından önemli bir seçenektir. Çalışmamızda, kliniğimizde 4 yıllık süre içerisinde akciğer kanseri tanısı alan olgularımızın toplu sonuçlarını sunmak istedik. Y.Y.Ü. Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı'nda 1995-1998 yılları arasında 25 primer akciğer kanseri olgusu tetkik ve tedavi edildi. Bu olguların 4'ü kadın, 21'i erkek ve ortalama yaş 54 (35-67) idi. Akciğer kanseri tanısı alan 25 olgudan 13'üne cerrahi girişim uygulandı. Histopatolojik incelemede % 8 (2 hasta) oranında küçük hücreli ca, % 92 (23 hasta) oranında ise küçük hücreli dışı ca (14 hasta yassı hücreli ca, 5 hasta adeno ca, 4 hasta büyük hücreli ca) saptandı. En sık sağ üst lob (% 32), en az ise sol alt lob (% 16) tutulumu saptandı. Evrelendirmede 3 hasta (% 12) evre Ib, 4 hasta (% 16) evre IIb, 7 hasta (% 28) evre IIIa, 9 hasta (% 36) evre IIIb ve 2 hasta (% 8) evre IV' de yer almaktaydı. Cerrahi girişim uygulanan olguların 3'üne pnömonektomi, 7'sine lobektomi (biri bilobektomi inferior) ve 3'üne de inrezekektabl bulunarak biopsi yapıldı. Mortalite olmadı. 3 olguda postoperatif komplikasyon gelişti. Evre I ve II olgularda en kısa izlem süresi 7 ay, en uzun izlem süresi 32 ay (ortalama 17.3) olup hepsi sorunsuzdur. Sonuç olarak; küçük hücreli dışı akciğer kanserlerinde, özellikle evre I ve II kanserlerde tedavinin esasını cerrahinin oluşturduğu rahatlıkla söylenebilir.

Anahtar kelimeler: Akciğer kanseri, Rezeksiyon, Sağkalım oranı

Akciğer kanserleri, 35 yaş üzeri kadın ve erkeklerde, kanser ölümleri içinde birinci sıradaki yerini günümüzde de korumaktadır (1). Ülkemizde tütün kullanımının yaygın olması nedeniyle akciğer kanserinin insidansı artmaktadır. Cerrahi tedavi, akciğer kanserinde uzun bir sağkalım ve kürabilite sağlama olasılığı açısından en önemli tedavi seçeneği olmaya devam etmektedir.

Özellikle erken evrede yakalanan olgularda cerrahi rezeksiyon ile 5 yıllık yaşam süresinin % 50-60'lara çıkartılabildiği belirtilmektedir (1). Küratif tedavi şansına sahip tek yöntem olan cerrahi, ne yazık ki ülkemizde çeşitli nedenlerle oluşan geç tanı nedeni ile hastaların çok az bir kısmında uygulanabilmektedir.

Göğüs cerrahisinin ana uğraş alanlarından ve en önemlilerinden biri olan akciğer kanserinde evrelendirme, cerrahi tedavi seçenekleri ve sağkalım analizleri açısından hala tartışmalı ve araştırılmaya gerek duyulan konular mevcuttur.

Çalışmamızda, 1995-1998 yılları arasında anabilim dalımızda tetkik ve tedavi edilen 25 primer akciğer kanseri olgusunun genel bir analizini yapmak istedik.

Gereç ve Yöntem

Kliniğimizde 4 yıllık süre içerisinde 409

* Bu makale, 5-9.06.1999 tarihinde İstanbul'da yapılan Türkiye Solunum Araştırmaları Derneği'nin XXV. Ulusal Kongresi'nde sözlü bildiri olarak sunulmuştur.

** Yüzüncü Yıl Üniv. Tıp Fak. Göğüs Cerrahisi ABD Van

Yazışma adresi: Yrd. Doç. Dr. İrfan YALÇINKAYA

Yüzüncü Yıl Üniv. Tıp Fak. Göğüs Cerrahisi Kliniği VAN

hasta yatarak tedavi görmüş, bu hastaların 83'üne (% 20.3) malignite tanısı konulmuştur. Bu malign hastaların 25'i (% 30.1) primer akciğer kanseri tanısı konulan hastalardır. Bu hastaların 4'ü kadın, 21'i erkek ve ortalama yaş 54 (35-67) idi. Bir kadın hasta dışında bütün hastalarımızda 15-50 yıl ve 1-3 paket/gün arasında değişen sigara içme alışkanlığı mevcuttu. Tümöral lokalizasyonda en sık sağ üst lob (% 32), en az ise sol alt lob (% 16) tutulumu saptandı.

Olguların bir kısmına göğüs hastalıkları kliniğinde fiberoptik fleksible bronkoskopi yapılmış ve histopatolojik tanı konulmuştur. Materyalin yetersiz olduğu, kliniğimize doğrudan başvuran ve ayrıca cerrahi rezeksiyon planlanan hastalara kliniğimizde rijit bronkoskopi yapıldı. Tanı 18 olguda bronkoskopik inceleme, 1 olguda ultrasonografi eşliğinde iğne biyopsisi (VCSS mevcuttu), 2 olguda supraklavikuler lenf bezi biyopsisi, 4 olguda da torakotomi sırasında frozen inceleme sonucu konuldu.

Cerrahi uygulanan hastalarımıza radyolojik, histopatolojik ve operasyon bulguları ışığında evrelendirme yapıldı. İnoperable olgular ise radyolojik ve bronkoskopik incelemeler ışığında evrelendirildi. Henüz yeni kullanıma girdiği için, olgularımızda preoperatif mediastinoskopi uygulama imkanı bulamadık.

Akciğer kanseri tanısı alan 25 olgudan 13'üne cerrahi girişim uygulandı. Bu olguların 7'sine lobektomi (biri bilobektomi inferior), 3'üne pnömonektomi (birinde intraperikardiyal ligasyon) ve 3'üne de inrezekektabl bulunarak biyopsi yapıldı. Preoperatif evrelemede evre IIIa

olarak değerlendirilip operasyonda inrezeke tabl bulunan iki olgu dışında, bir olguda hücre tipi için torakotomi uygulandı ve aynı zamanda masif perikardiyal effüzyonu da olduğundan perikardiyal pencere açıldı. Evre IIIa olarak değerlendiren üç hasta ameliyatı kabul etmedi. 2 olgu da kardiyopulmoner sorunları nedeniyle opere edilemedi. Olgularımızdaki diğer inoperabilite nedenleri Tablo I’de belirtilmiştir.

Tablo I. Olgularımızda saptanan inoperabilite nedenleri

Inoperabilite nedenleri	Olgu sayısı
Supraklaviküler lenf nodu metastazı	2
Küçük hücreli ca (T4)	2
İskemik kalp hastalığı	1
Yetersiz solunum rezervi	1
Vena Kava Superior Sendromu	1
Özofagus tutulumu	1
Vertebra metastazı	1
Serebral metastaz	1
Aort tutulumu (inrezeke tabl)	1
Superior pulmoner ven tutulumu (inrezeke tabl)	1
Ameliyatı kabul etmeme	3

Bulgular

Olgularımızın radyolojik değerlendirilmesinde iki olguda mediastinal lenf nodları patolojik boyutta (1 cm ve üstü) idi. Hiçbirinde toraks duvarı tutulumu saptanmadı.

Olgularımızın % 92’sinde histopatolojik tanı küçük hücreli dışı karsinomdur ve bunların da % 60.8’i yassı hücreli ca olarak saptanmıştır. Yine olgularımızın 18’i (% 72) evre III ve IV’de yer almaktaydı (Tablo II).

Opere edilen olgularımızda mortalite görülmezken 3 olguda postoperatif dönemde komplikasyon gelişti. Bu komplikasyonlar bir olguda bronkiyal fistül+ampiyem, bir olguda ampiyem ve bir diğer olguda da aseptik poş kalmasıdır. Bronkiyal fistül postoperatif dönemde 5. günde gelişti ve bronkoskopi ile minimal olduğu gözlemlendi. Bu olgu ve diğer ampiyemli olgu drenajla sekel kalmadan iyileştirildi.

Anatomik rezeksiyon uygulanan evre I ve II toplam 7 olgunun en kısa izlem süresi 7 ay, en uzun ise 32 ay (ortalama 17.3)’dır ve hepsi sorunsuzdur. Pnömonektomi ve radikal lenf diseksiyonu uygulanan evre IIIa’lı üç olgudan birine adjuvan radyoterapi uygulanmış ve bu olguda 15 ay sonraki kontrolde karşı akciğerde metastaz saptanmış, üç kür kemoterapi uygulanan hasta 22. ayın sonunda solunum

yetmezliği nedeni ile kaybedilmiştir. Postoperatif adjuvan kemoterapi uygulanan diğer iki hastadan biri 12. ayın sonunda belirlenemeyen bir sebeple eksitus olmuş, diğeri de 6. ayın sonundaki kontrolden sonra takip dışı kalmıştır.

Tartışma

Akciğer kanseri sıklığı tüm dünyaya paralel olarak ülkemizde de artmaktadır. Tedavi yöntemleri arasında cerrahinin önemli bir yeri olmasına karşın, hastaların çoğu (yaklaşık % 65-80) başvuru sırasında inoperabl veya inrezeke tabl evrede bulunmaktadırlar (2). 25 olgumuzdan 13’ü inoperabl, 2’si inrezeke tabl olmak üzere % 60’ı cerrahi tedavi şansı olmayan olgular. Evre IIIa’daki 3 olgu dışında, cerrahi tedaviden özellikle evre I ve II’deki 7 olgu (% 28) faydalanmıştır.

Akciğer kanserinde, tedavi şeklini ve yaşam süresini etkileyen en önemli faktörlerden biri tümörün hücre tipidir. Histopatolojik olarak değişik sınıflamalar yapılmaktadır. Ancak tedavi şekli gözönüne alındığında, küçük hücreli ve küçük hücreli dışı ca ayrımı yapılmaktadır. Küçük hücreli akciğer kanseri dışındaki akciğer kanserlerinde (NSCLC- Non-small cell lung cancer) cerrahi tedavinin birinci seçenek olmasına karşın, küçük hücreli akciğer kanserinde cerrahi endikasyonlar daha sınırlıdır. Olgularımızdan yalnızca ikisi küçük hücreli ca olup bunlara da rezektif cerrahi uygulanmadığından bu makalede ağırlıklı olarak NSCLC’li olguları inceledik.

NSCLC’lerinde yapılacak tedavinin planlanması açısından preoperatif devrede yapılan doğru evrelendirme çok önemlidir. Bu sayede hastalara yapılacak olan gereksiz torakotomi ve riskler önlediği gibi vakit kaybetmeden diğer tedavi yöntemlerinin uygulanması da mümkün olur.

Günümüzde halen akciğer kanserlerinin evrelenmesinde kullanılan non-invaziv metodlar arasında standart akciğer grafileri, bilgisayarlı tomografi, abdominal ultrasonografi, kemik sintigrafisi ve magnetik rezonans inceleme, invaziv metodlar arasında ise bronkoskopi (ve transbronşial ince iğne aspirasyon biyopsisi), skalen, servikal ve supraklaviküler lenf nodu biyopsisi, mediastinoskopi, mediastinotomi ve video-yardımlı torakoskopidir. Kliniğimizde mediastinoskopi uygulaması yeni başlamıştır. Magnetik rezonans inceleme yeni kullanıma girmiş ve kemik sintigrafisi de henüz yapılamamaktadır.

Akciğer kanserinde gereksiz torakotomi girişimini azaltmada en önemli faktörlerden biri mediastinal lenf bezlerinin doğru olarak değerlendirilmesidir. Bilgisayarlı tomografinin mediastinal lenf bezlerini göstermedeki değeri sınırlıdır. Lenf bezi büyüklüğü metastaz kanıtı

Tablo II. Olgularımızda histopatolojik tip ve evre dağılımı.

Hücre tipi	Evre Ia	Evre Ib	Evre IIa	Evre IIb	Evre IIIa	Evre IIIb	Evre IV	Toplam
Yassı hücreli ca	-	2	-	3	7	2	-	14
Adeno ca	-	1	-	1	-	2	1	5
Büyük hücreli ca	-	-	-	-	-	3	1	4
Küçük hücreli ca	-	-	-	-	-	2	-	2
Toplam	-	3	-	4	7	9	2	25

olarak yetersiz ve yanıltıcı olabilmektedir. İki ayrı çalışmada postoperatif histopatolojik bulgulara dayanarak preoperatif dönemde bilgisayarlı tomografinin mediastinal lenf bezlerini göstermede spesifite ve sensitivitesi sırasıyla % 75- % 60 ve % 64.4 - % 58.3 olarak bulunmuştur (3, 4). Mediasteninin gerçeğe en yakın değerlendirilmesi mediastinoskopi ve mediastinotomi (veya video-yardımlı torakoskopi) gibi invaziv yöntemlerle mümkündür. Mediastinoskopinin akciğer kanserlerinin evrelendirilmesinde rutin olarak kullanımını savunan yazarlar olduğu gibi, sadece seçilmiş olgularda uygulanması gerektiğini savunan yazarlar da vardır (5, 6). Ayrıca aynı seansta mediastinoskopi ve torakominin uygulanabileceği de savunulmuştur (7). Mediastinoskopi konusunda fazla tecrübemiz olmamasına karşın bu konuda yapılmış çalışmalardan hareketle ipsilateral mediastinal lenf nodlarının bilgisayarlı tomografide 1 cm ve üstü olduğu yassı hücreli ca'larda ve lenf nodu büyüklüğüne bakılmaksızın adenokarsinomlu bütün olgularda uygulanması gerektiğini düşünüyoruz.

Evre I ve II olgularda cerrahi rezeksiyonun diğer tedavi şekillerine göre daha etkin bir tedavi olduğu artık açıktır (1, 2, 8, 9, 10, 11). Gerek evre I ve gerekse evre II'de T1 tümörlü hastaların, T2 olanlara göre % 15-20 oranda daha fazla 5 yıllık sağkalıma eriştikleri gösterilmiştir (1,2,11). Gözden geçirilen yeni uluslararası akciğer kanseri evrelendirme sisteminde evre I ve II, T yönünden a ve b olmak üzere iki gruba ayrılmıştır (11). Evre I ve II olgularımızın hepsi b grubunda idi.

Uzun süreli takip yetersizliği nedeni ile cerrahi sonrası sağkalım açısından ülkemizde yayınlanmış sağlıklı veriler yoktur. Buna karşın anatomik rezeksiyon uygulanan 175 olguluk bir seride evre I olgularda beş yıllık sağkalım % 55.5, evre II olgularda ise sağkalım % 33.2 olarak saptanmıştır (8). Yine total rezeksiyon uygulanan 138 olguluk diğer bir seride evre I olgularda 4 yıllık sağkalım % 41, evre II olgularda ise 2 yıllık sağkalım % 55 olarak bildirilmiştir (12).

Literatürde rezeksiyon uygulanan evre Ia ve evre Ib olgularda ortalama sağkalım oranları % 70-80 ve % 50-60 olarak verilirken bu oran evre IIa/b olgularda % 35-50 olarak değişmektedir (11). Bizim evre Ib ve IIb olgularımızda en kısa izlem süresi 7 ay, en uzun 32 ay olup (ortalama 17, 3 ay) hepsi sağ ve sağlıklıdır.

Evre IIIa hastalar cerrahi rezeksiyon kararı için en kritik hasta grubunu teşkil etmektedir. Bu grup hastalarda primer tümör ve mediastinal lenf nodlarının durumu iyi değerlendirilerek tedavi planlanmalı ve rezeksiyon kararında selektif olunmalıdır. Mediastinal lenf nodu tutulumu kötü prognoz işaretidir. Metastatik lenf nodlarının yeri, bölgesel olarak sayısı, ektranodal yayılımının olması, histopatolojik tipi prognoz üzerinde önemli faktörlerdir. Mediastinoskopiyle N2 saptanan olgulardaki cerrahi yaklaşım konusunda tam bir fikir birliği bulunmamasına rağmen, kapsüler invazyon göstermeyen tek nodal istasyon tutulumları (özellikle alt paratrakeal ve trakeobronşial lenf nodları) dışındaki olgularda torakotomi uygulanmaması gerektiği bildirilmiştir (5). Yine bu olgularda rutin mediastinoskopi uygulayıp N2 saptanan olguları inoperabl kabul eden araştırmacılar olduğu gibi, klinik N2 olgularına mediastinoskopi yapmadan operasyona alınmasını savunanlar da vardır (13, 14). N2'li evre IIIa hastaların tedavisinde birbirinden çok farklı sonuçlar bildiren çok fazla cerrahi seri mevcuttur (11). Cerrahi rezeksiyon uygulanan serilerde rezektabilite % 10-18, beş yıllık sağkalım % 2-9 civarındadır (2, 9). Evre IIIa'lı cerrahi rezeksiyon uygulanan 46 olguluk bir çalışmada N2 saptanan olgularda 2 yıllık sağkalım % 30, N2 saptanmayan olgularda ise bu oran % 62.5 olarak bulunmuştur (14). Yine N2 tutulumu olup komplet rezeksiyon uygulanan ve adjuvan terapi uygulanmayan bir çalışmada beş yıllık sağkalım % 20.1 olarak bildirilmiştir (15). N2 de lokal olarak hastalığın kontrolü için adjuvan radyoterapi önerilmektedir (16). Fakat evre II ve III olgularda postoperatif adjuvan terapinin sağkalımda fazla etkisinin olmadığı belirtilmektedir (1, 10). Evre IIIa'lı olgularımızın ikisi inrezektabl bulunurken, rezeksiyon

uygulanan ve postoperatif adjuvan kemo ve/veya radyoterapi uygulanan olgularımızda sonuçlar oldukça kötü idi.

Sonuç olarak NSCLC'de özellikle evre I ve II olgularda, cerrahi tedavinin diğer tedavi yöntemlerine göre yaşam süresi ve kalitesini kesin olarak artırdığı açıktır. Ayrıca evre IIIa olgularda tedavi mültidisipliner bir yaklaşımla ele alınmalı, göğüs cerrahisi, medikal ve radyasyon onkolojisi anabilim dallarının ortak kararları ile tedaviye yön verilmelidir.

Retrospective Evaluation of the Lung Cancer: Twenty-five Cases

Abstract: *Surgical treatment is an important alternative in non-small cell lung cancers in view of providing a longtime recovery and curability. From 1995 to 1998, 25 patients had been diagnosed as bronchogenic carcinoma at the Thoracic Surgery Department of Yuzuncu Yıl University Medical School. Of the patients 4 were females, and 21 were males; and the mean age was 54 (35-67). 13 patients out of these patients with diagnosis of lung cancer underwent surgical operation. Histopathological diagnosis was small cell ca in % 8 (2), non-small cell ca in % 92 (23) (14 squamous cell ca, 5 adeno ca, 4 large cell ca). Of these patients, 3 patients (% 12) was in stage Ib, 4 patients (% 16) stage IIb, 7 patients (% 28) stage IIIa, 9 patients (% 36) stage IIIb and, 2 patients (% 8) stage IV. 3 patients out of surgical operations applied group underwent pneumonectomy, 7 lobectomy (one bilobectomy inferior). In 3 patients being found inresectable was only taken biopsy. Mortality did not occur postoperative complication developed in 3 cases. The shortest follow-up period in stage I and II cases was 7 months, and the longest period was 32 months (mean 17.3 months) and all of them was out of problem. In conclusion, it could be said that the base of the treatment is surgery especially in stage I and II non-small cell lung cancers.*

Key words: *Bronchogenic cancer, resection, survival rate*

Kaynaklar

- Özdemir N, Tunçözgür B, Yavuzer Ş. Akciğer kanserinin cerrahi tedavisi. T Klin Tıp Bilimleri 1995; 15:422-425.
- Hatipoğlu A. Non-small cell akciğer kanserinde evrelendirmenin cerrahi tedavi endikasyonları açısından önemi. Solunum Hastalıkları 1996; 7:155-162.
- Çopuraslan Ç, Ünsal M, Kuzucu A, Hatipoğlu ŞC, Başer Y, Çetin G. Akciğer kanserlerinde mediastinal lenf nodu tutulumunun değerlendirilmesi. Tüberküloz ve Toraks Dergisi 1999; 47:26-30.
- Akman M, Yılmaz T, Saydam B, Yüksel M. Akciğer kanserinde preoperatif bilgisayarlı tomografinin değeri. Türk Onkoloji Dergisi 1998; 13:64-66.
- Backer CL, Shields TW, Lockhart CG, Vogelzang R. Selective preoperative evaluation for possible N2 disease in carcinoma of the lung. J Thorac Cardiovasc Surg 1987; 93:337-343.
- Fleming WH. Mediastinal biopsy. Selective or routine. American Surg 1977; 25:74-76.
- Karaoğluoğlu N, Görgüner M, Eroğlu A, Türkyılmaz A, Başoğlu A. Akciğer kanserli olgularda aynı seansta mediastinoskopi-torakotomi uygulamaları. Tüberküloz ve Toraks Dergisi 1999; 47:22-25.
- Tunçözgür B, Işık F, Dikmen E, ve ark. Akciğer kanseri ve cerrahi tedavisi. Solunum 19 (TÜSAD XXII. Ulusal Kongre Kitabı) 1994: 453-458.
- Kalaycı G. Akciğer kanserinde cerrahi tedavi. In: Topuz E, ed. Akciğer kanseri. Biyoloji, tanı, evreleme ve tedavi. 1 st ed. İstanbul. İstanbul Ün. Onkoloji Enst. Yay., 1997: 83-90.
- Akay H. Akciğer kanserleri. In: Ünal A, ed. Klinik cerrahi onkoloji. 1 st ed. Ankara. Özkan matbaacılık, 1997: 427-437.
- American Thoracic Society-European Respiratory Society. Pretreatment evaluation of non-small-cell lung cancer. Am J Respir Crit Care Med 1997; 156:320-332.
- Kılıçaslan Z, Kalaycı G, Yılmazbayhan D, ve ark. Cerrahi olarak tedavi edilen bronş ca olgularında prognoz. Solunum 19 (TÜSAD XXII. Ulusal Kongre Kitabı) 1994: 459-463.
- Shields TW. The significance of ipsilateral mediastinal lymph node metastasis (N2 disease) in non-small cell carcinoma of the lung. J Thorac Cardiovasc Surg 1990; 48-53.
- Sarper A, Erdoğan A, Öz N, ve ark. Cerrahi tedavi uygulanan Evre III-A küçük hücreli dışı bronş karsinomu olgularımız. GKDC Dergisi 1998; 6:79-83.
- Goldstraw P, Mannam GC, Kaplan DK, Michail P. Surgical management of non-small-cell lung cancer with ipsilateral mediastinal node metastasis (N2 disease). J Thorac Cardiovasc Surg 1994; 107:19-28.
- Yano T, Hara N, Ichinose Y, et al. Local recurrence after complete resection for non-small-cell carcinoma of the lung. J Thorac Cardiovasc Surg 1994; 107:8-12.