

# Bronşial Karsinoid Tümörler\*

İrfan Yalçınkaya\*\*, Metin Er\*\*, Bülent Özbay\*\*\*, Fatma Hüsniye Dilek\*\*\*\*

**Özet:** Bronşial karsinoid tümörlerin tedavisi için günümüzde, tümörün lokalize kaldığı olgularda akciğer parankimasını koruyan konservatif cerrahi yöntemler tercih edilir. Buna karşın tümörün distalinde irreversibl değişikliklerin saptandığı olgularda akciğer rezeksiyonu uygulanır. Çalışmamızda karsinoid tümöre bağlı obstrüksiyon sonucu gelişmiş komplikasyonlar nedeniyle (harap olmuş akciğer, kistik yapı oluşumu ve bronşiektazi) standart rezeksiyon uygulamak zorunda kaldığımız 3 olguyu sunduk. Tanı ve tedavideki temel prensipleri vurguladık. Ayrıca tedaviye rağmen tekrarlayan pulmoner semptomları olan olgularda ayırıcı tanıda karsinoid tümörün akıldan uzak tutulmaması gerektiğini belirttik.

**Anahtar Kelime:** Bronşial karsinoid tümör

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). Histopatolojik olarak tipik ve atipik karsinoidler olmak üzere iki grupta incelenirler. Tipik karsinoid tümörlerin %80'i santral yerleşimli olup "iceberg tümörler" olarak da isimlendirilirler. Atipik karsinoid tümörler ise malign histolojik yapı ve ağırsif klinik davranış gösterirler ve ayrıca "iyi differansiye nöro-endokrin karsinomlar" olarak da isimlendirilirler (2).

Lokalizasyonuna ve tipine göre seçilecek tedavi, tümörün lokalize kaldığı olgularda akciğer parankimasını koruyan konservatif cerrahi yöntemler iken, tümörün distalinde irreversibl değişikliklerin saptandığı olgularda akciğer rezeksiyonudur.

Bronş kanserlerinde olduğu gibi karsinoid tümörlerin tedavisinde de en önemli sorun, hastanın hekime geç müracaat etmesi ve doğru tanı konulmasındaki gecikmedir. Tümör hacim olarak küçük olduğundan ve büyümeleri yavaş seyrettiğinden belirtiler yıllarca gizli kalabilir. Kliniğimizde son 1.5 yıl içinde karsinoid tümör sonucu gözden kaçan obstrüksiyona bağlı olarak gelişmiş komplikasyonlar nedeniyle pulmoner rezeksiyon uygulanmış 3 olguyu sunmayı amaçladık.

## Olgular

**Olgu 1.** Otuzaltı yaşında bayan hasta. 3 yıldır

\* Toraks Derneği 2. Yıllık Kongresi'nde (06-10.05.1998, Antalya) poster olarak sunulmuştur.

\*\*Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi ABD, Van

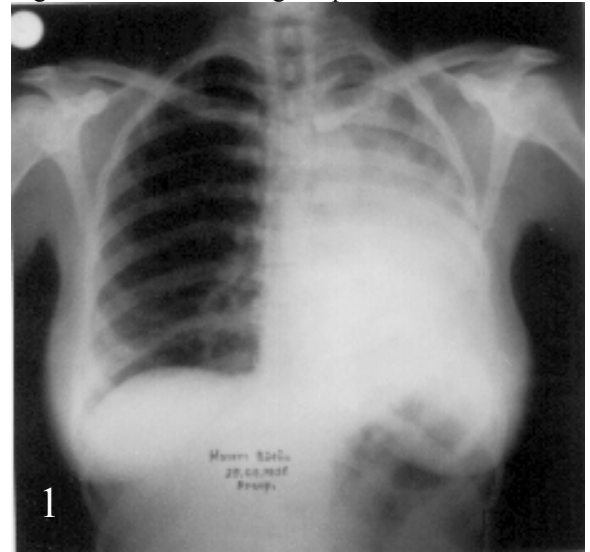
\*\*\*Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları ABD, Van

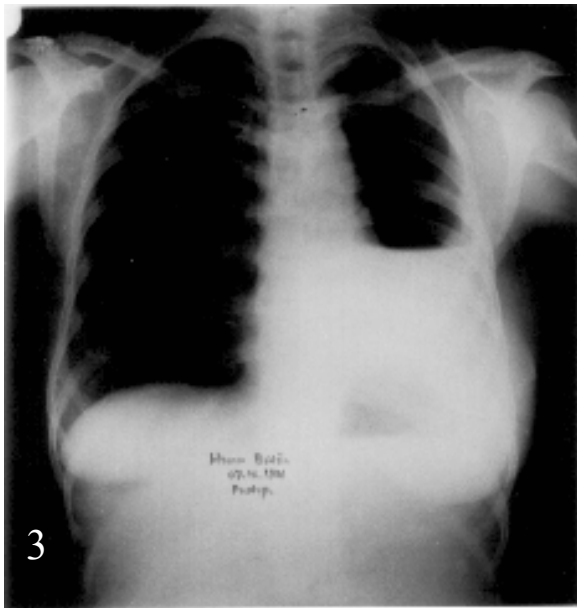
\*\*\*\*Yüzüncü Yıl Üniv. Tıp Fakültesi, Patoloji ABD, Van

Yazışma adresi: Yrd.Doç.Dr. İrfan Yalçınkaya

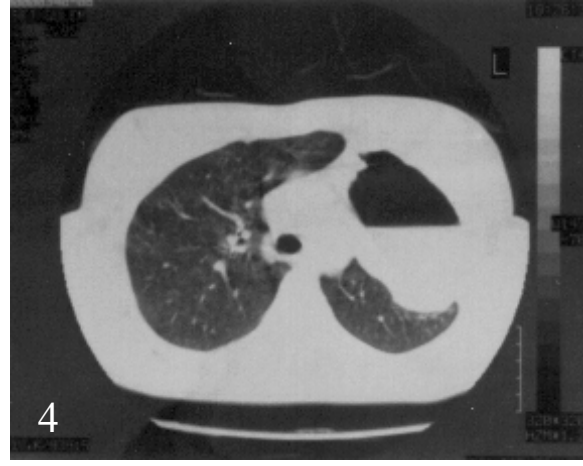
Tıp Fakültesi Hastanesi Göğüs Cerrahisi Kliniği 65300 Van

öksürük, balgam çıkarma, hemoptizi, göğüs ağrısı ve nefes darlığı şikayetleri vardı. Birçok kez nonspesifik tedavi uygulanan hasta, başvurusuna kadar Verem Savaş Dispanseri'nde takip edilmişti. 20 yıl 1 paket/gün sigara öyküsü vardı. Standart akciğer grafisi ve bilgisayarlı toraks tomografisinde sol akciğerde yaygın pnömonik infiltratif görünüm ve atelektazi mevcuttu (Resim 1 ve 2). Fiberoptik fleksibl bronkoskopisinde sol ana bronş distalinde lümeni tama yakın tıkayan, düzgün yüzeyle, bronş mukozasına belirgin invazyon göstermeyen tümöral lezyon saptandı. Biyopsi alındı. Histopatolojisi nekrotik oluşum olarak değerlendirildi. Peroperatif gözlemlerde sol akciğer atelektatik ve dekstrüktif görünümde idi. Sol pnömonektomi uygulandı (Resim 3) ve patolojik boyuttaki lenf nodları eksize edildi. Olgunun histopatolojisi karsinoid tümör, tümör distalindeki akciğer dokusunda histiyositlerden zengin kronik iltihabi reaksiyon (harap olmuş akciğer) ve reaksiyoner lenf nodları olarak rapor edildi. Postoperatif 19. aya kadar takip edilen olgunun sorunsuz olduğu saptandı.

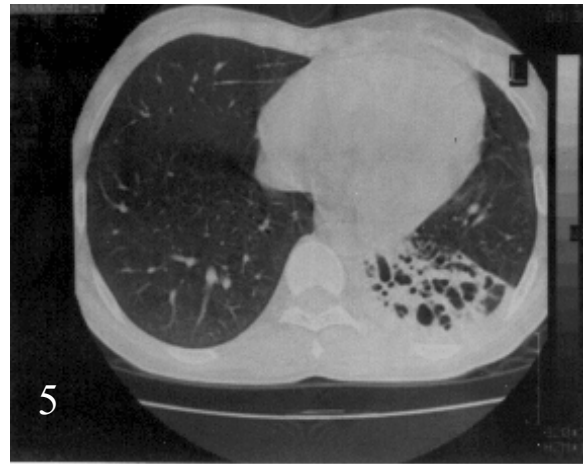




**Olgu 2.** Otuzbir yaşında bayan hasta. 1 yıldır öksürük, balgam çıkarma, hemoptizi, şikayetleri vardı. Nonspesifik tedavilerin yanısıra antitüberküloz tedavi de uygulanmıştı. Hastanın bilgisayarlı toraks tomografisinde sol akciğer üst lobda hava-sıvı seviyesi gösteren kistik yapı saptandı (Resim 4). Abdominal ultrasonografisi normaldi. Fleksibl fiberoptik bronkoskopisinde sol üst lob bronşunda girişi tam olarak tıkayan, parlak pembe renkte, lobüle konturlu tümöral oluşum saptanıp biyopsi alındı. Histopatolojik değerlendirme sonucu karsinoid tümör tanısı aldı. Peroperatif gözlemede üst lob kistik yapıda idi. Üst lobektomi uygulandı. Histopatolojisi karsinoid tümör, üst lobda ateletazi, kompensatris amfizem ve reaksiyoner lenf nodları olarak değerlendirildi. Postoperatif dönemde komplikasyonu olmayan hastanın, 6. ayındaki kontrolünde sorunsuz olduğu saptandı.



**Olgu 3.** Otuzbeş yaşında bayan hasta. 2 yıldır öksürük, balgam çıkarma, nefes darlığı ve göğüs ağrısı şikayetleri vardı. Çeşitli kereler nonspesifik tedavi görmüştü. Bilgisayarlı toraks tomografisinde sol alt lob üst ve arka segmentte kistik bronşiektazi mevcuttu (Resim 5). Abdominal ultrasonografisi normaldi. Fleksibl fiberoptik bronkoskopisinde sol alt loba tama yakın tıkayan, kırmızı parlak renkli, lobüle konturlu, üzeri damarlı tümöral oluşum saptanıp biyopsi alındı. Bronş mukozası olarak rapor edildi. Peroperatif gözlemede sol alt lob destrüktif görünümde idi. Alt lobektomi uygulandı. Histopatolojisi karsinoid tümör, bronşiektazi ve reaksiyoner lenf nodları olarak rapor edildi. Postoperatif dönemde komplikasyon olmayan hastanın 5. ayın sonundaki kontrolünde sorunsuz olduğu saptandı.



### Tartışma

Karsinoid tümörler nadir rastlanan tümörlerdir. Gastrointestinal, genital ve trakeobronşial sistem gibi birçok sistemde görülmekle beraber en çok gastrointestinal sistemde ve apendiks, rektum ve ileumda görülmektedir. Bütün pulmoner

neoplazmların %0.5-6'sını oluştururlar (3). Ancak bronş kanseri insidansı giderek arttığından bu oran azalmaktadır. Literatürde, bronşial karsinoid tümörlerde karsinoid sendroma %1-7 oranında ve genellikle atipik karsinoid tümörlerde rastlanmaktadır (4).

Bronşial karsinoid tümörlerde, tümör kitlesinin endobronşial büyümesiyle oluşan bronş tıkanıklığı (komplet veya inkomplet), vasküler yapıdan zengin olması ve salgılabildiği hormonlar (atipik karsinoid tümörlerde) nedeniyle çeşitli semptomlar görülür.

Genelde akciğer grafilerinde soliter pulmoner nodül şeklinde karşımıza çıkarlar (5). Ayrıca tümörün distalinde meydana gelebilen patolojiler de saptanabilir. Olgularımızın herbirinin radyolojilerinde farklı irreversibl patolojiler mevcuttu.

En önemli tanı araçlarından birisi bronkoskopidir. Tümör genellikle ana bronş veya lob bronşlarında oturduğundan kolayca bronkoskobun görüş alanı içine girer. Bronkoskopik görünümü kırmızı, lobule veya polipoid tümör şeklindedir. Histopatolojik tanı koyabilmek için eğer hastanın hikayesinde ciddi hemoptizi mevcut değilse ve bronkoskopik görünümde ileri derecede vaskülarizasyon yoksa biyopsiden kaçınılmamalıdır. Üç olgumuzda da fleksibl bronkoskopi biopsi alındı ve ciddi bir kanamaya da rastlanmadı. Ancak bir olguda tanı konabildi. Hepsinde klinikleri ve bronkoskopik görünümü nedeniyle karsinoid tümör düşünüldüğünden ve radyolojik olarak irreversibl patolojiler saptandığından bronkoskopik biyopsi tekrarlanmadı.

Bronşial karsinoid tümörlerin tedavisi cerrahidir. Bronkoskopik rezeksiyon bugün hemen hemen hiç uygulanmamaktadır. Tümörün distalinde kalan akciğer parankiminde irreversibl değişiklikler gelişmişse rezeksiyon yapılmalıdır. Üç olgumuzda da tanı konuluncaya kadar geçen sürenin muhtelif nedenlerle uzun olması (1-3 yıl) sonucu ortaya çıkan irreversibl parankim harabiyeti rezektif cerrahi girişimler uygulamamızı kaçınılmaz kılmıştır. İrreversibl infeksiyonun olmadığı, tümörün bronş duvarında lokalize kaldığı olgularda akciğer rezeksiyonu doku kaybından başka bir anlam taşımamaktadır. Sadece bronşun sirküler rezeksiyonunu kapsayan sleeve rezeksiyon uygun olgularda yalnız başına uygulandığı gibi, akciğer rezeksiyonu ile birlikte de uygulanabilir. Bundan amaç doku kaybını minimize indirip parankimi korumaya çalışmaktır (6). 41 olguluk bir çalışmada, olguların %72'sinde bronkoplastik teknikler uygulanmıştır (1). Uzak metastaz saptanan ve cerrahi

uygulamaya elverişli olmayan olgularda tümör radyoterapiye dirençli olduğundan genellikle kemoterapi uygulanır.

Uzak metastaz ve lenf bezlerine yayılım oranı tipik karsinoidlerde %10-15, atipik karsinoidlerde ise %50-70'dir (4). Atipik karsinoid tümörlerde rezeksiyon daha geniş tutulmalı (lobektomi gibi) ve rezeksiyona ilave olarak her iki formda da mediastinal ganglionların örnekleme ve frozen-section ile kontrolü yapılmalı, pozitif mediastinal tutulum saptandığında geniş lenf bezi diseksiyonu uygulanmalıdır (1,7). Olgularımızda uzak metastaz ve lenf bezi tutulumu saptanmadı. Literatürde cerrahi tedavi uygulanan hastalarda 5 yıllık sağkalım %78-100 iken, bu oran atipik karsinoidlerde %25 civarındadır (1,8). Üç olgumuzda halen hayatta ve sağlıklıdır.

Kronik pulmoner semptomları olan (wheezing, hemoptizi ve inatçı infeksiyon gibi) ve özellikle 2-4 dekaddaki hastalarda, ayırıcı tanıda karsinoid tümör de olabileceği akıldan uzak tutulmamalıdır.

## Bronchial Carcinoid Tumors

*Abstract: Today in the treatment of bronchial carcinoid tumors, conservative surgical methods which protect lung parenchyma are preferred in such cases that tumor remains localized, whereas in cases in which irreversible changes are established in distal to the tumor is choice lung resection. In this study, we presented 3 cases which we had to perform standard resection due to some complications such as destroyed lung, cystic formation and bronchiectasis which had developed secondary to obstruction related to carcinoid tumor. We stressed on the main principals in the diagnosis and the treatment in bronchial carcinoid tumors. We stated that in cases with recurrent pulmonary symptoms carcinoid tumor should be keep in mind in differential diagnosis.*

**Key word: Bronchial carcinoid tumor**

## Kaynaklar

1. Sarper A, Özdemir N, Akal M, Kutlay H, Yavuzer Ş: Bronchial carcinoid tumors. Journal of Ankara Medical School 16:1209-1215, 1994.
2. Akay H: Akciğer kanserleri, In: Klinik Cerrahi Onkoloji. Edited by Ünal A. Özkan matbaacılık, Ankara, 1997, s.429.
3. Harpole DH, Feldman JM. Bronchial carcinoid tumors: a retrospective analysis of 126 patients. Ann Thorac Surg 54: 50-5, 1992.
4. McCaughan BC, Martini N, Bains MS. Bronchial carcinoids: review of 124 cases. J Thorac Cardiovasc Surg 89: 8-17, 1985.
5. Kaynak K, Beşirli K, Köksal C, ve ark: Bronkopulmoner karsinoid tümörler. Solunum 19:350-355, 1994

6. Yavuzer Ş, Kutlay H, Özdemir N, Akal M. Bronşial sleeve rezeksiyon ve bronkoplastik yöntemler. Ankara Tıp Mecmuası 46:129-40, 1993
7. Köseoğlu C, Kutlu CA, Dinçer İ, ve ark: Bronşial karsinoid tümörler (8 olgu nedeniyle). GKD Cer Derg 2:344-346, 1994.
8. Berktaş MH, Alban T, Taştepe İ: Akciğerin karsinoid tümörleri (17 olgunun değerlendirilmesi). Solunum Hastalıkları 5:213-220, 1994.