

Sağ pnömonektomi sonrası sol akciğere kama rezeksiyonu: Olgu sunumu

Left lung wedge resection after right pneumonectomy: a case report

Ahmet Önen,¹ Aydın Şanlı,¹ Aydın Taşdöğen,² Gün Murat Eyüboğlu,¹ Hasan Hepağuşlar,²
Volkan Karaçam,¹ Kadriye Banu Gökçen,¹ Nezh Özdemir¹

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi ¹Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, ²Anestezi ve Reanimasyon Anabilim Dalı, İzmir

Evre I skuamöz hücreli akciğer kanseri nedeniyle 12 yıl önce sağ pnömonektomi yapılan ve takibe alınan 67 yaşındaki erkek hastanın göğüs tomografilerinde sol akciğer alt lob superior segmentinde büyüyen 8 mm'lik nodül gözlemlendi. Florodeoksiglukoz-pozitron emisyon tomografisi (FDG-PET)'nde metabolik özellikte olmayan bir kitle görüldü. Evre I tümör olması üzerine, sol alt lob superior segmente kama rezeksiyonu uygulanmadan önce, sol alt lob oklüde edildi ve sol üst lob seçici şekilde ventile edildi. Nodülün histopatolojisinin müsinöz adenokarsinom olduğu bildirildi. Pnömektomi sonrası karşı tarafta gelişen sekonder akciğer kanserinin klinik evre I hastalık olması ve kama rezeksiyonu ya da segmentektomiye uygun ve hastanın yeterli solunum rezervine sahip olması durumunda cerrahi rezeksiyon endikasyonu vardır.

Anahtar sözcükler: Adenokarsinom/cerrahi/mortalite; kanser, skuamöz hücre/cerrahi; pnömonektomi; spirometri.

Primer akciğer kanseri nedeniyle küratif cerrahi tedavi uygulanan her hasta metakron akciğer kanseri gelişimi için adaydır. Evre I akciğer kanserinin cerrahi tedavisi ile hastalarda beş yıllık sağkalım %60-70 arasında değişir. Rezeksiyon sonrası her yıl hastaların %1-4'ünde ikinci kez primer akciğer kanseri gelişme riski vardır.^[1,2] Pnömektomi sonrası karşı tarafta sekonder akciğer kanseri gelişmesi hastaların cerrahi rezeksiyona uygunluğu sorusunu akla getirir. Metakron akciğer kanserinin tedavisi cerrahidir. İlk cerrahi girişimin pnömonektomi olması, kontralateral rezeksiyonu her zaman mümkün kılmamakla birlikte kontrendikasyon oluşturmaz.^[3] Sol pnömonektomi sonrasında lobektomilerin yapılabilirliği gösterilmesine karşın, sağ pnömonektomilerden sonra sınırlı rezeksiyonlar kaçınılmaz olmaktadır. Kontralateral rezeksiyon yapılan seçilmiş hasta grubu hakkındaki bilgiler sınırlıdır.

A progressing nodule of 8 mm in diameter was observed in the lower lobe superior segment of the left lung on thoracic tomography in a 67-year-old male patient who had right pneumonectomy 12-years ago due to stage I squamous cell carcinoma. A non-metabolic nodule was observed in fluorodeoxyglucose-positron emission tomography (FDG-PET). Since it was a stage I tumor, left lower lobe was occluded and left upper lobe was selectively ventilated prior to a wedge resection in the superior segment of the left lower lobe. The histopathology of the nodule was reported as mucinous adenocarcinoma. After pneumonectomy, the development of contralateral secondary lung cancer has surgical resection indication if the cancer is a clinical stage I disease and appropriate for wedge resection or segmentectomy and the patient has an adequate respiratory reserve.

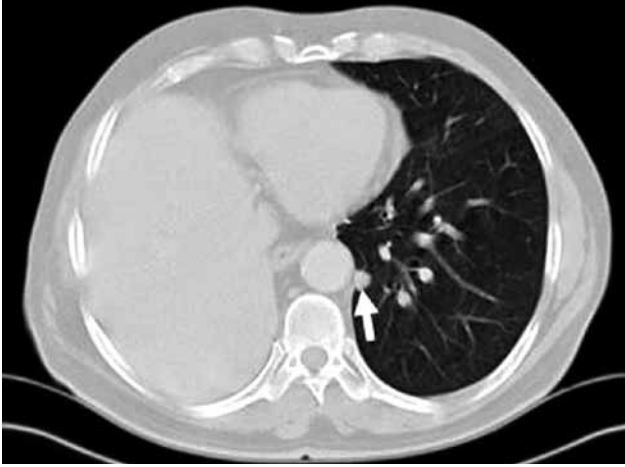
Key words: Adenocarcinoma/surgery/mortality; carcinoma, squamous cell/surgery; pneumonectomy; spirometry.

Bu yazıdaki amacımız pnömonektomi sonrasında kontralateral rezeksiyonun yapılabilirliğini göstermek ve deneyimimizi paylaşmaktır.

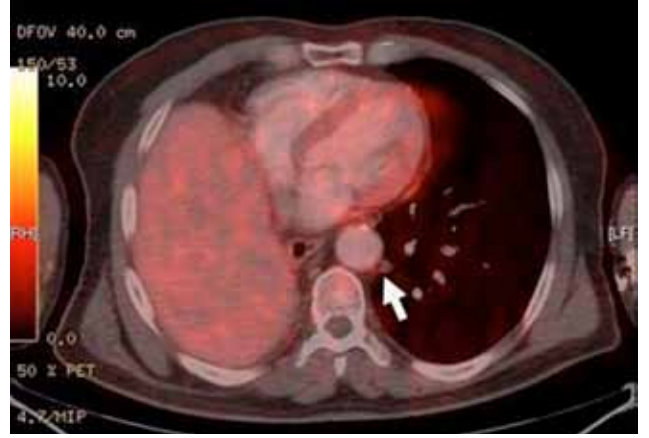
OLGU SUNUMU

Altmış yedi yaşında, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) olan erkek hastanın öyküsünden, 1995 yılında başka bir merkezde, akciğer skuamöz hücreli kanser nedeniyle sağ pnömonektomi yapıldığı, patolojik evresi 1B olan hastanın takibe alındığı, ancak 2004 yılına kadar takip edilen hastanın iki yıl kendi isteğiyle kontrollere gitmediği öğrenildi.

2007 yılında kliniğimizde çekilen göğüs tomografisinde sol akciğer alt lob superior segmentte, aorta komşu mediastinal plevral alanda 5 mm çaplı nodüler lezyon görüldü (Şekil 1). Bronkoskopide endobronşiyal lezyona



Şekil 1. Toraks tomografisinde sol akciğerde paraaortik yerleşimli nodül.



Şekil 2. Florodeoksiglukoz-pozitron emisyon tomografisinde sol akciğerde de paraaortik yerleşimli non-metabolik nodül görünümü.

rastlanmadı ve lavaj sitolojisi benign olarak bildirildi. Üç ay sonra çekilen kontrol göğüs tomografisinde 5 mm'den 8 mm'ye büyüyen kitlede, pozitron emisyon tomografisi (PET) negatifliğine rağmen tümör düşünülerek cerrahi uygulandı (Şekil 2). Diğer evreleme incelemelerinde başka patolojik bulguya rastlanmadı. Ameliyat öncesi fizik muayenesi rutin biyokimya ve hemogram incelemeleri normal idi. Bronkspirometri testinde FEV1: 2.24 lt (%60.3), FVC: 1.51 lt (%52.6), FEV1/FVC: %67.57 olarak ölçüldü.

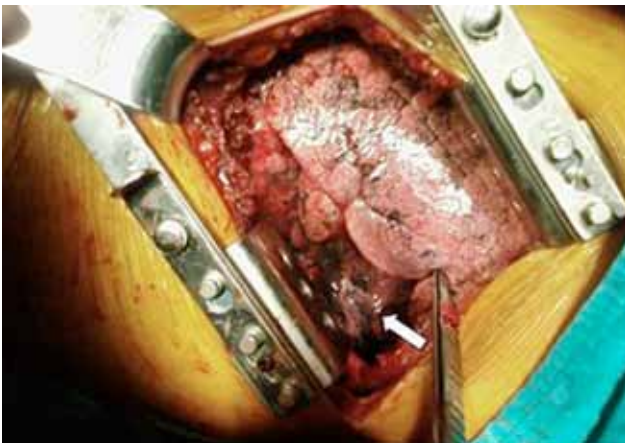
Hasta endobronşiyal genel anestezi altında ameliyata alındı. Sol posterolateral torakotomi ile hemitoraksa girildi. Sol alt lob superior segmentte nodül palpe edildi. Bu aşamada anestezi uzmanı tarafından entübasyon tüpü içinden ilerletilen ve cerrah tarafından manipüle edilen Fogarty kateteri alt lob bronşuna yerleştirildi ve sol akciğer bronşu aspire edilip, Fogarty kateterin balonu şişirildi. Sol üst lob normal havalandırılmaya devam edilirken alt lobda kolaps gelişti (Şekil 3). Alt lob superi-

or segmentteki lezyon lineer stapler kullanılarak eksize edildi. Fogarty kateterinin balonunun indirilmesi ile hava kaçağı kontrolü yapılarak, her iki lobun ekspansiyonu olduğu görüldü ve ameliyat sonlandırıldı. Patolojik inceleme sonucu tümör müsinöz adenokanser olarak bildirildi (Şekil 4). Olgumuz ameliyat sonrası dönemi sorunsuz geçirdi ve ameliyat sonrası 7. günde taburcu edildi. Altı aydır izlemde olan hasta yaşamına devam etmektedir.

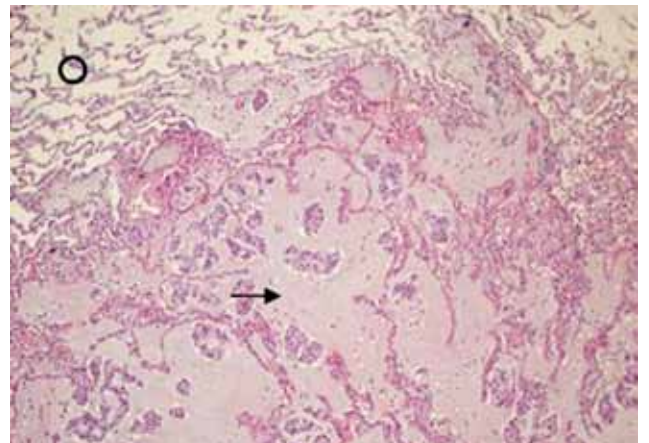
TARTIŞMA

Primer akciğer kanserinin tam rezeksiyonundan sonra; farklı anatomide, sistemik ve lenfatik tümör yükü olmaksızın primer tümörden farklı veya aynı hücre yapısında olan ikinci tümöre metakron akciğer kanseri denilmektedir.^[4]

Metakron tümör tanı kriterleri, ilk kez Martini ve Melamed^[4] tarafından tanımlanmıştır (Tablo 1). Bu kriterler bu gün de klinik pratikte yaygın olarak kullanılmaktadır. Primer akciğer kanseri nedeniyle tam



Şekil 3. Üst lob selektif entübasyonu sonrası oklüde kalan sol alt lob (beyaz ok).



Şekil 4. Müsinöz adenokanser (siyah ok) ve alveoler septaların görünümü (O), (H-E x 10).

Tablo 1. Metakron tümörler için Martini ve Melamed tanı kriterleri^[4]

A. Farklı histoloji
B. Aynı histoloji
1- Hastaliksız geçen sürenin iki yıldan uzun oluşu
2- Karsinoma in situ'dan kaynaklanması
3- İkinci kanserin farklı bir lob veya akciğerde olması
- Ortak lenfatik drenaj yollarında karsinom olmaması
- Saptandığı zaman ekstratorasik metastazın olmaması

rezeksiyon geçiren her hasta metakron akciğer kanseri gelişimine adaydır. Bir yıl içinde sabit risk %1-2 hasta.^[3] Kümülatif risk üç yılda %40, beş yılda %10, 10 yılda %2-3 olarak belirlenmiştir.^[5-6]

Metakron akciğer kanserinin etkin tedavisi primer akciğer kanserinde olduğu gibi cerrahidir.^[7] Metakron akciğer kanseri tanımlandığı zaman yapılacak cerrahinin şeklini primer akciğer kanserinde korunabilen akciğer dokusu belirlemektedir. İlk ameliyatta ne kadar fazla doku rezeke edilmiş, solunum fonksiyonları ne kadar azalmış ise yapılacak işlem de o kadar sınırlandırılır. Pnömorektomi yapılmış olgularda solunum rezervleri ileri derecede kısıtlıdır. Ancak geçirilmiş pnömonektominin yeni bir cerrahi için kontrendikasyon oluşturduğuna ilişkin yanlış inanış yaygındır, metakron akciğer kanseri geliştiği zaman geçirilmiş pnömonektomi kontrendikasyon oluşturmaz.^[8,9]

Mayo kliniğin 28 olguluk pnömonektomi sonrası deneyimlerinin yayınlandığı bir yazıda en sık kama rezeksiyon uyguladıkları ve kama rezeksiyon sonrasında mortaliteye rastlamadıkları bildirilmiştir.^[8] Kama rezeksiyon, multipl kama rezeksiyon, segmentektomi ve bir olguya da lobektomi uygulamışlardır.^[8] Biz hastanın solunum rezervleri normal olmasına karşın kama rezeksiyon planladık. Daha önce böyle bir deneyime sahip değil idik. Ameliyat sırasında ekspanse akciğere stapler yerleştirilmesi ve ateşleme sonrasında stapler hattından olası hava kaçağı bizi endişelendirmekte idi. Bu komplikasyonun sol akciğer üst lobun ventile edilmesi ve alt lobun söndürülmesi ile giderileceğini düşündük ve bunu gerçekleştirdik. Spraggiari ve ark.^[9] tek akciğerde rezeksiyon işlemi sırasında ekstrakorporeal dolaşım ile rahat çalışma imkanına sahip olunacağını bildirmişlerdir.

Terzi ve ark.^[10] akciğeri kollabe edebilmek için femoral arter ve venden kanülasyonla parsiyel kardiyovasküler bypass kullandığını yayınlamıştır. Biz daha önceki akciğer ameliyatlarında ekstrakorporeal dolaşımı kullanmamıza rağmen tek lob ventilasyonu ile bu işlemin gerçekleştirilebileceğini gösterdik.^[11]

Tek akciğerde soliter nodüllerde risk/fayda oranına bakılacak olursa altın standart, kama rezeksiyon, ola-

rak görülmektedir.^[8] Bizim hastamızda, ameliyat sonrasında hastanın sorunsuz izlenmesi 4. günde drenajının alınması ve 7. günde taburcu edilmesi, aradan geçen altı aylık süreçte yaşam kalitesinin korunması bu görüşü desteklemektedir.

Sonuç olarak, sağ pnömonektomi sonrasında metakron akciğer kanserli olgularda sınırlı cerrahi rezeksiyonun yapılabilirliğini göstermesi açısından bu olgu önem arz etmektedir. Bu yapılan işlemin hastaya sağlayacağı sağkalım izlem sırasında görülecektir.

Çıkar çakışması beyanı

Yazarlar bu yazının hazırlanması ve yayınlanmasında herhangi bir çıkar çakışması olmadığını beyan etmişlerdir.

Finansman

Yazarlar bu yazının araştırma ve yazarlık sürecinde herhangi bir finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir,

KAYNAKLAR

1. Deschamps C, Pairolero PC, Trastek VF, Payne WS. Multiple primary lung cancers. Results of surgical treatment. J Thorac Cardiovasc Surg 1990;99:769-77.
2. Ribet M, Dambon P. Multiple primary lung cancers. Eur J Cardiothorac Surg 1995;9:231-6.
3. Rosengart TK, Martini N, Ghosn P, Burt M. Multiple primary lung carcinomas: prognosis and treatment. Ann Thorac Surg 1991;52:773-8.
4. Martini N, Melamed MR. Multiple primary lung cancers. J Thorac Cardiovasc Surg 1975;70:606-12.
5. Aziz TM, Saad RA, Glasser J, Jilaihawi AN, Prakash D. The management of second primary lung cancers. A single centre experience in 15 years. Eur J Cardiothorac Surg 2002; 21:527-33.
6. Adebajo SA, Moritz DM, Danby CA. The results of modern surgical therapy for multiple primary lung cancers. Chest 1997;112:693-701.
7. Johnson BE, Cortazar P, Chute JP. Second lung cancers in patients successfully treated for lung cancer. Semin Oncol 1997;24:492-9.
8. Donington JS, Miller DL, Rowland CC, Deschamps C, Allen MS, Trastek VF, et al. Subsequent pulmonary resection for bronchogenic carcinoma after pneumonectomy. Ann Thorac Surg 2002;74:154-8.
9. Spaggiari L, Solli P, Veronesi G. Single lung resection of second primary after pneumonectomy for lung cancer. Ann Thorac Surg 2003;75:1358.
10. Terzi A, Furlan G, Gorla A, Falezza G, Attino M. Lung resection after pneumonectomy for bronchogenic carcinoma. Minerva Chir 1998;53:245-50. [Abstract]
11. Karapolat S, Açikel Ü, Şanlı A, Önen A. Bronşial karsinoid tümörde parsiyel kardiyopulmoner bypass kullanılarak yapılan iki aşamalı sol trakeal sleeve pnömonektomi. Toraks Derg 2007;8:246-8.