

Akciğer kanseri ve koroner arter hastalığı olan üç olguda eşzamanlı koroner arter ve akciğer cerrahisi

*Synchronous coronary artery and pulmonary operations
in three patients with lung cancer and coronary artery disease*

Özgür Samancılar,¹ Kutsal Turhan,¹ Ufuk Çağırıcı,¹ Alpaslan Çakan,¹ Mustafa Özbaran²

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, ¹Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, ²Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, İzmir

Ameliyat edilebilir akciğer kanseri ve koroner arter hastalığı birlikteliği nadirdir. Seçilebilecek tedavi yöntemlerinden biri olan eşzamanlı ameliyat, hastanın ayrı seanslarda yapılacak iki farklı majör cerrahi girişimden korunması yanı sıra tedavi maliyetini de düşürmektedir. Bu yazıda, koroner arter hastalığı ve akciğer kanseri nedeniyle, kardiyopulmoner bypass kullanmaksızın aynı seansta ameliyat edilen üç erkek hasta sunuldu. Akciğer kanseri iki hastada evre IA, bir hastada IIIB idi. Bir hastada sol, bir hastada sağ üst lobektomi uygulanırken, göğüs duvarı ve sol subklavyan ven tutulumu olan bir hastada non-anatomik ve inkomplet rezeksiyon uygulandı. Üç hastada da ameliyat sonrası dönem sorunsuzdu, majör kanama sorunu görülmedi. Evre IA tümörlü iki hastanın 41 ay ve 37 aylık takiplerinde lokal nüks ve metastaza rastlanmazken, evre IIIB tümörü olan hasta uzak metastaz olmaksızın beş aylık takibini tamamladı.

Anahtar sözcükler: Komorbidite; koroner arter bypass; koroner hastalık/cerrahi; akciğer neoplazileri/cerrahi.

Cerrahi tedavi gerektiren koroner arter hastalığı ve ameliyat edilebilir primer akciğer kanseri birlikteliği nadirdir. Bu hastalarda seçilmesi gereken tedavi yöntemi konusunda iki yönlü bir tartışma vardır. Bunlardan birincisi, ameliyatın iki aşamalı mı, eşzamanlı mı yapılması gerektiği; ikincisi ise, immün sistemi baskıladığı ve kanamaya neden olduğu iddia edilen kardiyopulmoner bypassın (KPB) kullanılıp kullanılmaması konusundadır.

Bu yazıda, ameliyat edilebilir primer bronş karsinomu ve koroner arter hastalığı nedeniyle KPB kullanmadan, koroner arter bypass greftleme (KABG) ve akciğer rezeksiyonu uygulanan üç olgu sunuldu.

The coexistence of operable primary lung carcinoma with coronary artery disease is rare. Synchronous operation is one choice of treatment, saving the patient from having two major operations at separate stages and reducing the cost. We present three male patients who underwent synchronous operations without cardiopulmonary bypass for coronary artery disease and primary lung cancer. Two patients had stage IA disease, and one patient had stage IIIB disease. Two patients underwent left and right lobectomies, respectively, while one patient with thoracic wall and left subclavian vein involvement underwent nonanatomical incomplete resection. The postoperative course was uneventful without major hemorrhage in all the patients. No signs of local recurrence or metastasis were detected in two patients with stage IA disease during follow-ups of 41 months and 37 months, respectively. The patient with stage IIIB disease completed five months of follow-up without distant metastasis.

Key words: Comorbidity; coronary artery bypass; coronary disease/surgery; lung neoplasms/surgery.

OLGU SUNUMU

Olgu 1. Hemoptizi yakınmasıyla incelenen 69 yaşındaki erkek hastanın yapılan incelemelerinde, sol akciğer alt lobda, periferik yerleşimli, 35x30 mm boyutlarında tümöral kitle görüldü (Şekil 1). Batın ultrasonografisi normal olarak değerlendirildi. Bronkoskopi ve transtorasik ince iğne aspirasyon biyopsisi (İİAB) ile histopatolojik tanıya ulaşılamadı. Elektrokardiyografide ventriküler erken vurular görülmesi üzerine yapılan ekokardiyografide, sol ventrikül duvar hareket kusuru, sol ventrikülde sistolik disfonksiyon, sol yapıarda genişleme saptandı ve ejeksiyon fraksiyonu %27 bulundu. Miyokard perfüzyon sintigrafisi, inferior duvarda in-

farkt ve anteroseptal duvarda iskemi olduğunu gösterdi. Koroner arter lezyonlarını ortaya koymak için yapılan koroner anjiyografide, sağ ana koronerde %100, sol ön inen (LAD) koroner arterde %60 darlık saptandı.

Hastaya, sol posterolateral torakotomi insizyonu ile, KPB kullanmadan sol internal mammaryan arter (LİMA)-LAD bypass yapılmasının ardından, aynı seansta önce kitle “wedge” rezeksiyon ile çıkartılarak “frozen section” inceleme için patoloji birimine gönderildi. Sonucun malign - küçük hücreli dışı akciğer karsinomu (skuamöz hücreli karsinom) ile uyumlu olarak bildirilmesi üzerine, sol alt lobektomi ve mediastinal lenf nodu örnekleme uygulandı. Ameliyat sonrası dönemi sorunsuz geçiren hasta, 15. günde taburcu edildi. Patolojik evresi T₁N₀M₀ (evre IA) olarak değerlendirilen hasta, lokal nüks ve metastaz olmaksızın 41 aydır takibimizdedir.

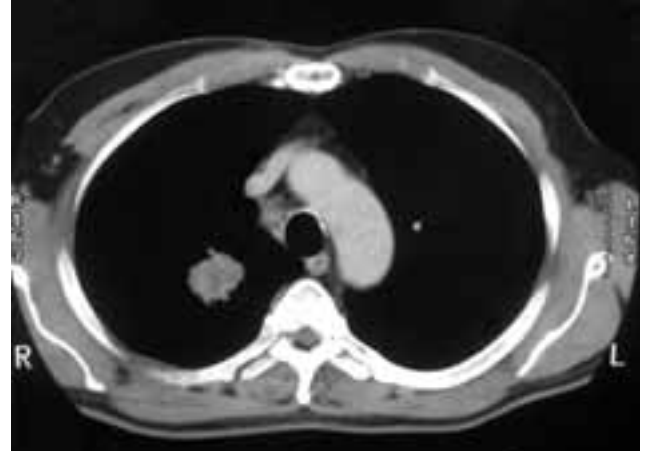
Olgu 2. Üç aydır süren hemoptizi yakınmasıyla araştırılan 55 yaşındaki erkek hastada sağ akciğer üst lob posterior segmentte, 30x25 mm boyutlarında tümöral kitle saptandı (Şekil 2). Batın ultrasonografisi normal olarak değerlendirildi. Bronkoskopik incelemesi normal bulundu, transtoraksik İİAB sonucu benign olarak bildirildi. Tanı ve tedavi amaçlı torakotomi planlanan olgunun ameliyat öncesi kardiyak bakışında, elektrokardiyografide, DII, DIII ve AVF’de ST değişiklikleri saptanması üzerine efor testi yapıldı. Bunun sonucuna göre çekilen miyokard perfüzyon sintigrafisinde, anterior duvarda reversibl, apeks ve inferiorda da kalıcı defekt olduğu görüldü. Koroner anjiyografide, sağ ana koroner, sirkumfleks ve LAD arterlerde %99 darlık saptandı. Eşzamanlı KABG ve akciğer rezeksiyonu planlandı. İlk olarak, median sternotomi insizyonu ile KPB uygulanmaksızın LİMA-LAD bypass yapıldı; sternotomi insizyonunun kapatılmasını takiben, kuvvetli plevral yapışıklıkların bulunması ve tümörün posterior yerleşimli olması nedeniyle hastaya sağ lateral dekübit pozisyonu verilerek posterolateral torakotomi insizyonu uygulandı. Kitle “wedge” rezeksiyon ile çıkartılarak “frozen section” inceleme için patolojiye gönderildi. Sonucun malign (adenokarsinom) olarak bildirilmesi üzerine sağ üst lobektomi ve mediastinal lenf nodu örnekleme yapıldı. Ameliyat sonrası dönemi sorunsuz geçiren hasta dokuzuncu günde taburcu edildi. Patoloji sonucuna göre T₁N₀M₀ (evre IA) olarak değerlendirildi. Hasta lokal nüks ve metastaz olmaksızın 37 aydır takibimizdedir.

Olgu 3. Öksürük yakınması ile başvuran 63 yaşındaki erkek hastanın yapılan incelemeleri sonucunda sol akciğer üst lobda, 40x40 mm boyutlarında, sol subklavyan vene invaze kitle saptandı (Şekil 3). Batın ultrasonografisi ve kemik sintigrafisi normal olarak değerlendirildi. Bronkoskopide üst lob apikoposterior segment bronşunun diştan bası ile daraldığı görüldü. Transtora-

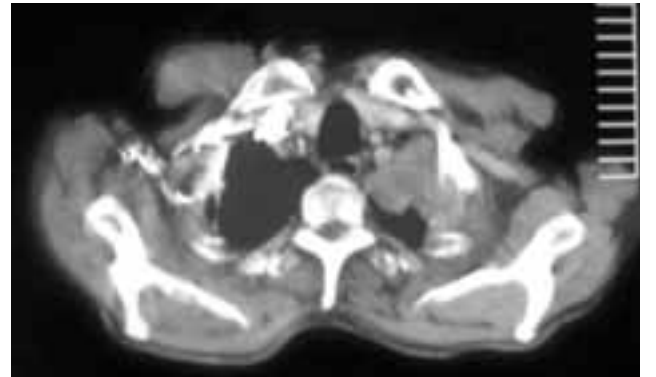
sik İİAB sonucu büyük hücreli nöroendokrin karsinom ile uyumlu bulundu. Elektrokardiyografide V1-V6’da T negatifliği, D2-3 ve AVF’de Q pozitifliği ve koroner anjiyografide LAD’de %99 darlık saptanması üzerine eşzamanlı ameliyat kararı verildi. Sol posterolateral tora-



Şekil 1. Sol akciğer alt lobda, periferik yerleşimli, 35x25 mm boyutlarındaki kitlenin tomografik görünümü (Olgu 1).



Şekil 2. Bilgisayarlı tomografide sağ akciğer üst lob posterior segmentte, 3 cm çaplı kitle (Olgu 2).



Şekil 3. Toraksın üst planlarından geçen bilgisayarlı tomografi kesitinde, sol subklavyan vene invaze görünümlü kitle (Olgu 3).

kotomi ile girişime başlandı. Tümörün yerleşimine bağlı olarak LİMA'ya uygun şekilde yaklaşılamaması nedeniyle, safen ven grefti ile arkus aorta distalinden LAD'ye KBP kullanılmadan koroner bypass uygulandı. Kitlenin, göğüs duvarına invaze bölümü diseke edildiğinde, sol subklavyan veni invaze ettiği görüldü; ancak, tümör subklavyan vene yönelik herhangi bir işlem uygulanmadan non-anatomik rezeksiyonla ve inkomplet olarak çıkarılabildi ve mediastinal lenf nodu örnekleme yapıldı. Patolojik incelemede, göğüs duvarı cerrahi sınırı tümör-pozitif olarak bildirildi ve patolojik evresi T₄N₀M₀ (evre IIIB) olarak kaydedildi. Hastanın kardiyak durumu göz önüne alınarak, kemoterapi yapılmaksızın yalnızca adjuvan radyoterapi planlandı. Ameliyat sonrası dönemi sorunsuz geçiren hasta 10. günde hastaneden çıkarıldı. Primer odağı kontrol altında olan ve uzak metastaz görülmeyen hasta beş aydır takibimizdedir.

TARTIŞMA

Akciğer kanseri tanısı konmuş hastalar için, özellikle de evre I ve II'de, en iyi tedavi yöntemi cerrahidir. Eşlik eden koroner arter hastalığı varlığında, cerrahi mortalite ve morbidite belirgin olarak artar. Bu nedenle, akciğer rezeksiyonundan önce, miyokard revaskülarizasyonunu sağlamak girişimin başarı oranını belirgin olarak yükseltir.^[1] Miyokard revaskülarizasyonu ve akciğer rezeksiyonunun aynı seansta ya da iki ayrı seansta yapılması konusu üzerinde görüş ayrılıkları sürmektedir.

İki aşamalı işlemi savunan yazarlar, eşzamanlı işlemde ameliyat süresinin çok uzadığını, ikisi de majör cerrahi girişimler arasında sayılan iki ameliyatın aynı seansta yapılmasının hastaya ağır bir yük getirdiğini ve bunun da perioperatif mortaliteyi artırdığını ileri sürmüşlerdir. Voets ve ark.^[2] eşzamanlı ve iki aşamalı yaklaşımı karşılaştırmışlar, mortalite oranını ameliyatların eşzamanlı uygulandığı grupta %20.8, iki aşamalı uygulandığı grupta %10 bulmuşlardır. Piehler ve ark.'nın^[3] 43 hastalık çalışmasında ise eşzamanlı girişimlerde mortalite oranı %4.6 olarak bildirilmiştir.

Eşzamanlı ameliyat uygulayanlar içinde, KABG ameliyatını KPİ ile ya da KPİ uygulamadan yapmayı tercih edenler vardır. Rao ve ark.'nın^[4] 30 hastalık çalışmasında KPİ'nin perioperatif mortaliteyi ve sağkalımı olumsuz etkilemediği belirtilmiştir. Diğer yandan, im-

mün sistemi baskılayıcı etkileri nedeniyle KPİ'nin kanserli hastalarda kullanılmasının sakıncalı olduğu; ayrıca, KPİ'nin neden olduğu koagülopati nedeniyle gerek ameliyat öncesi gerekse ameliyat sonrası dönemde kanama riskini artırdığı belirtilmiştir. Danton ve ark.^[5] KPİ uygulanmadan yapılan KABG ameliyatlarında, ameliyat sonrası kanamanın ve transfüzyon ihtiyacının belirgin olarak azaldığını bildirmişlerdir. Kardiyopulmoner bypass kullanmadan ameliyat ettiğimiz üç hastamızda da ameliyat sonrası dönemde majör kanama sorunu yaşanmadı.

Eşzamanlı ameliyatın tercih edildiği hastalarda seçilecek insizyon da önem kazanmaktadır. Sol alt lobektomi dışındaki rezeksiyonlar için median sternotominin en uygun olduğu ve torakotomi ile karşılaştırıldığında, ameliyat sonrası ağrının daha az olduğu belirtilmiştir.^[6]

Sonuç olarak, koroner arter hastalığı ve ameliyat edilebilir primer akciğer karsinomu bulunan seçilmiş olgularda her iki patolojinin de aynı seansta tedavi edilmesi, hastayı ikinci bir ameliyattan kurtarması yanı sıra tümör tedavisinin de gecikmeden yapılmasına olanak tanımakta, hastanede yatış süresini ve maliyeti azaltmaktadır. Göğüs cerrahisi ve kalp-damar cerrahisi kliniklerinin birlikte ve işbirliği içinde çalıştığı diğer merkezlerin verilerinin birleştirilmesiyle bu konuda daha geniş bir çalışma oluşturulabileceği kanısındayız.

KAYNAKLAR

1. Thomas P, Giudicelli R, Guillen JC, Fuentes P. Is lung cancer surgery justified in patients with coronary artery disease? *Eur J Cardiothorac Surg* 1994;8:287-91.
2. Voets AJ, Joesoef KS, van Teeffelen ME. Synchronously occurring lung cancer (stages I-II) and coronary artery disease: concomitant versus staged surgical approach. *Eur J Cardiothorac Surg* 1997;12:713-7.
3. Piehler JM, Trastek VF, Pairolero PC, Pluth JR, Danielson GK, Schaff HV, et al. Concomitant cardiac and pulmonary operations. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1985;90:662-7.
4. Rao V, Todd TR, Weisel RD, Komeda M, Cohen G, Ikonomidis JS, et al. Results of combined pulmonary resection and cardiac operation. *Ann Thorac Surg* 1996;62:342-6.
5. Danton MH, Anikin VA, McManus KG, McGuigan JA, Campalani G. Simultaneous cardiac surgery with pulmonary resection: presentation of series and review of literature. *Eur J Cardiothorac Surg* 1998;13:667-72.
6. Urschel HC Jr, Razzuk MA. Median sternotomy as a standard approach for pulmonary resection. *Ann Thorac Surg* 1986;41:130-4.