

Orta lob yerleşimli endobronşiyal adenoid kistik karsinom olgusuna bronşiyal sleeve rezeksiyon ile parankim koruyucu cerrahi

*Parenchyma saving surgery by bronchial sleeve resection on a case with middle lobe
located endobronchial adenoid cystic carcinoma*

Levent Alpaya, İlhan Ocakcioğlu, Talha Doğruyol, Volkan Baysungur, İrfan Yalçınkaya

Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği, İstanbul, Türkiye

Elli altı yaşında erkek hasta öksürük yakınması ile başvurdu. Toraks bilgisayarlı tomografisinde orta lobda perihiler alandan plevraya uzanım gösteren lineer atelektazi saptandı. Fiber optik bronkoskopi-de orta lob girişini tıkayan polipoid kitle görüldü. Patolojisinde adenoid kistik karsinom (AKK) saptandı. Pozitron emisyon tomografisinde orta lobda lezyon maksimum standart "uptake" değeri (SUDmaks) 2.4 olarak saptandı (Şekil 1).

Hastaya sağ torakotomi uygulandı, orta lob bronşu bulundu ve çevre yapılardan diseke edilerek ayrıldı. Orta lob bronşu ve common bazal arter askıya alındı. Bronkotomi yapılarak kitle görüldü. Cerrahi sınır gözetilerek orta lob bronşu rezeke edildi. Alınan parça dondurulmuş kesit (frozen section) ile incelendi. Her iki taraf cerrahi sınır temiz gelmesi üzerine orta lob parankimi korunarak, orta lob bronşu 4/0 polipropilen ile anastomoz edildi (Şekil 2).

Adenoid kistik karsinom genellikle beşinci dekada görülür. Genel görüş kadın-erkek arasında görülme oranı açısından fark olmadığı yönündedir. Bizim hastamız ise 56 yaşında erkek hasta idi. Adenoid kistik karsinomun hastaları genellikle kronik semptomları bulunan hastalardır ve bu hastalar astım veya kronik bronşit tanısı ile tedavi edilmeye çalışılır. Çünkü trakeal AKK'de oluşan üst hava yolları obstrüksiyonu stridor ve wheezinge neden olabilmektedir.^[1] Hastalarda özgün olmayan semptomlar vardır ve bu yüzden tanı koymak genellikle güçtür.^[2] Adenoid kistik karsinom hastalarında en sık gelişen semptomlar solunum güçlüğü ve

öksürüktür. Bizim hastamız da öksürük yakınması ile kliniğimize başvurdu.

Trakeada görülen malign tümörler içinde en sık skuamöz hücreli karsinom görülür iken AKK ikinci sıklıkta görülür. Bronşlarda ise AKK sıklığı daha azdır. Bizim hastamızda orta lob bronşunda AKK vardı.

Tedavi seçenekleri arasında cerrahi, radyoterapi ve kombine tedaviler bulunmaktadır. Kanematsu ve ark.^[3] çalışmasında AKK'de cerrahi rezeksiyon yapılan ve cerrahi sınır negatif olan hastaların ortalama sağkalımı 90 ay ile 118 ay arasında bildirilmiştir. Mikroskopik rezidü tümör varlığında ise adjuvan radyoterapi uygun bir tedavi seçeneğidir.

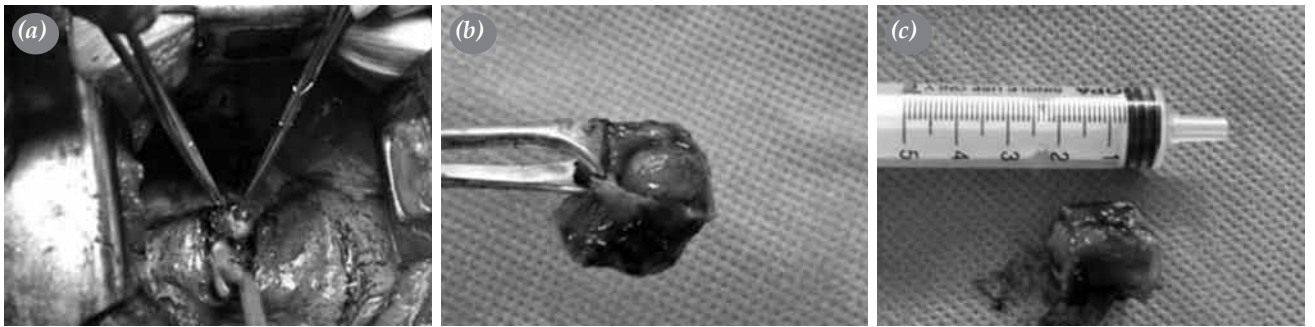
Adenoid kistik karsinom radyosensitif bir tümördür ancak Kanematsu ve ark.^[3] yaptıkları bir çalışmada yalnızca radyoterapi alan hastaların tedaviye iyi yanıt verdiğini fakat bütün hastalarda primer tümörün nüks ettiğini bildirmişlerdir.

Lokal lezyonlarda en iyi tedavi seçeneği cerrahidir. Cerrahi teknikler içinde de mümkünse parankim koruyucu cerrahi yapılmalıdır. Yapılan bir çalışmada karina tutulumu olan AKK hastalarında üç adet sleeve karinal rezeksiyon bildirilmiş ve bu hastaların takiplerinde ortalama 79 ay (dağılım 52-120 ay) süresince mortalite kaydedilmemiştir.^[4] Yine buna benzer başka bir çalışmada, üç AKK hastasında sleeve pnömonektomi yapılmış ve pnömonektomi sonrası hastaların biri 118. ayda kaybedilmiş, diğer





Şekil 1. (a) Toraks bilgisayarlı tomografide orta lobda perihiler alandan plevraya uzanım gösteren lineer ateletazi. (b) Orta lob girişini tıkayan polipoid kitle. (c) Kitlenin orta lob tutulumunun pozitron emisyon tomografisi/bilgisayarlı tomografisi görüntüsü.



Şekil 2. (a) Orta lob bronşu ve common bazal arter askıya alındı. (b) Temiz cerrahi sınır gözetilerek orta lob bronşu rezekte edildi ve 4/0 polipropilen ile anastomoz edildi. (c) Çıkarılan orta lob bronşu ve endobronşiyal tümör.

iki hastadan (trakea rezeksiyonu, sleeve bilobektomi inferior) biri çalışmanın yapıldığı sırada takiplerinin 50. ayında diğeri ise 93. ayında ve hayatta olduğundan, mortalite bildirilmemiştir.^[1]

Adenoid kistik karsinomda en iyi sağkalımın cerrahi sınır korunarak yapılabilen rezeksiyonlarda olduğu görülmektedir. Literatürde izole orta lob sleeve yapılan bir endobronşiyal tümör olgusuna rastlanmamıştır. Bu yöntemle hem orta lob parankimi korunmuş hem de temiz bir cerrahi sınır elde edilmiştir.

Adenoid kistik karsinom nüks edebilen, bölgesel lenf nodlarına ve uzak organlara metastaz yapabilen bir tümördür.^[1] Bu neden ile parankim koruyucu cerrahi zorlanmalı, hastanın gerekir ise ikinci cerrahi şansını kaybetmemesi için bazen sadece iki segment olsa dahi, mümkün olabilen tüm akciğer parankimi korunmalıdır.

Çıkar çakışması beyanı

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

Finansman

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

KAYNAKLAR

1. Takeda S, Hashimoto T, Kusu T, Kawamura T, Nojiri T, Funakoshi Y, et al. Management and surgical resection for tracheobronchial tumors institutional experience with 12 patients. *Interact Cardiovasc Thorac Surg* 2007; 6:484-9.
2. Bilgin M, Oğuzkaya F, Akcalı Y, Özkaya M. Trakeal adenoid kistik karsinomlu olgularda cerrahi tedavi. *Turk Gogus Kalp Dama* 2005;13:403-5.
3. Kanematsu T, Yohena T, Uehara T, Ushijima C, Asoh H, Yoshino I, et al. Treatment outcome of resected and nonresected primary adenoid cystic carcinoma of the lung. *Ann Thorac Cardiovasc Surg* 2002;8:74-7.
4. Sayar A, Çıtak N, Büyükkale S, Metin M, Günlüoğlu MZ, Kanbur S ve ark. Sleeve karinal rezeksiyon ve rekonstrüksiyon: Malign tümörlerin karinal invazyonunun cerrahi endikasyonları ve sonuçları. *Turk Gogus Kalp Dama* 2013;21:392-401.