

Bronşial Karsinoid Tümörler (8 olgu Dolayısıyla)

Dr. Candemir Köseoğlu, Dr. C. Asım Kutlu, Dr. İbrahim Dinçer, Dr. Mehmet Kullep, Dr. Adnan Sayar, Dr. Mehmet Dalaman, Dr. Yıldırım Bekar, Uzm. Dr. Sedat Altın, Uzm. Dr. Filiz Koşar, Dr. Aysun Ölçmen, Dr. Müfid Ölçmen, Doç. Dr. Atilla Gürses

Yedikule Göğüs Cerrahisi Merkezi, İstanbul

Merkezimizde, Ocak 1991 - Nisan 1994 tarihleri arasında, 8 karsinoid tümör olgusuna cerrahi rezeksiyon uygulanmıştır. Olgularımızdan 5 hasta kadın, 3 hasta erkek olup, yaşları 28-60 arasında değişmekteydi. Tümör, 4 olguda ana bronşda, 3 olguda lob bronşunda, 1 olguda ise periferik yerleşimli idi. 3 olguda pnömonektomi, 4 olguda lobektomi ve 1 olguda bronkotomi ve kitle ekstirpasyonu yapıldı. 7 olguda lenf ganglionlarından örnekleme, 1 olguda ise mediasten lenfatik diseksiyonu uygulanmıştır. 6 olgumuz, 2 ay - 3 yıl arasında değişen sürelerde takibimiz altında olup, nüks gözlenmemiştir.

Son yıllarda önemli malign potansiyel oluşturduğu kabul edilen akciğerin Karsinoid tümörlerinde en iyi tedavi sonuçları, sınırlı rezeksiyonlarla alınmakta, pozitif mediastinal tutulum ile karşılaştırıldığında mediasten diseksiyonu önerilmektedir.

GKD Cer. Derg. 1994; 2:344-346

Bronchial Carcinoid Tumors

Eight cases with carcinoid tumors were treated at Yedikule Thoracic Surgery Center, between January 1991 - April 1994. Of these, 5 were female, 3 were male. The tumors were located on main bronchi in 4 cases, on lobar bronchi in 3 cases and peripherally in one case. We performed 4 pneumonectomies, 3 lobectomies and a mass extirpation via bronchotomy. Mediastinal ganglion sampling was performed routinely. Radical mediastinal dissection was performed in a case because of positive hilar ganglion.

We recommend limited surgical resection and mediastinal sampling for Carcinoid tumors unless a positive ganglion is found.

Karsinoid tümörler, akciğerin en sık rastlanan, düşük dereceli malign tümörleridir. Bu tümörler, bronş adenomları içerisinde sınıflandırılırlar, Karsinoid tümörlerin bronş epitelindeki Kulchitsky hücrelerinden (APUD sistem) kaynaklandığı bilinirken, son yıllarda bronş stem cell'den çıkıp nöroendokrin diferensiyasyon gösterdiği iddia edilmektedir(¹, ²). Akciğere lokalize Karsinoid tümörler ender olarak Karsinoid sendroma yol açarlar(³). Daha sık olarak, çok büyümüş ya da karaciğere metastaz yapmış tümörlerde Karsinoid Sendrom görülmektedir.

Karsinoid tümörler tipik ve atipik olmak üzere 2 grupta incelenir. Bu iki grupta lenf ganglionlarına

metastaz ve survi açısından önemli farklılıklar vardır. Karsinoid tümörlerin tümünde tedavi cerrahi rezeksiyondur(⁴). Ancak son yıllarda, uygulanacak rezeksiyonun türü ya da sınırları, mediastinal diseksiyonun şekli tartışılmaktadır.

Bu çalışmada, Yedikule Göğüs Cerrahi Merkezi'nde cerrahi tedavi uygulanmış olan karsinoid tümör olguları, retrospektif olarak incelendi. Literatürdeki tartışmalı noktalar gözden geçirildi.

Materyal ve Metod

Bu çalışmada, merkezimizde Ocak 1991 - Nisan 1994 tarihleri arasında cerrahi tedavi uygulanmış 8

olguların retrospektif olarak incelendi. Olguların yaş ve cins dağılımı tablo 1'de görülmektedir. Olguların sadece birinde sağ Akciğerde tümör olması, istatistiksel açıdan anlamlı olarak bulunmamıştır. Öksürük en sık rastlanan semptom olmakla birlikte, hemoptizi, ağrı, wheezing ilk başvuru semptomları olmuştur. Tümör lokalizasyonları tablo 2'de görülmektedir. En sık uygulanan ameliyat Lobektomidir (tablo 3).

Tüm olgulara, fiberoptik bronkoskopi yapılmıştır. Buna rağmen rezeksiyona karar vermeden önce, intrabronşial eksplorasyon yapılmıştır. Bronkotomi, kitlenin palpe edildiği bölgeden, membranöz duvardan bronş aksına paralel olarak uygulandı.

İki olguda atipik karsinoid tümör saptandı. Ancak bunların birinde hiler lenf ganglionunda metastaz vardı, tüm olgularda, rezeksiyona ek olarak mediastinal ganglionların örnekleme ve frozen-section ile kontrolü yapıldı. Bir olguda pozitif hiler ganglion tesbit edildi ve mediastinal Lenf diseksiyonu yapıldı. Post-operatif evreleme tablo 4'de görülmektedir. 8 olgunun postoperatif dönemi komplikasyonsuz geçti. Olgularda mortalite ve morbiditeye rastlanmamıştır. Tüm olgular 2 ay - 3 yıl arasında komplikasyonsuz olarak takip edilmektedir.

Tartışma

Karsinoid tümörler bronş adenomları içerisinde en sık rastlanan (%85-90) tümörlerdir⁽⁶⁾. Günümüzde bu tümörlerin malign potansiyel taşıdığı bilindiğinden yapılacak cerrahi işlem engel olacak medikal bir problemi olan hastalar dışında radikal cerrahi girişim uygulanmalıdır⁽⁴⁾.

Tüm Akciğer tümörlerinde olduğu, gibi Akciğer parankimi mümkün olduğunca korunarak tüm tümör ve invazyona uğrayan lenf ganglionları çıkarılmalıdır⁽⁷⁾.

Tablo 1. Yaş ve Cins dağılımı

En küçük yaş:	28
En büyük yaş:	60
Ortalama yaş :	48
Erkek	3
Kadın	5

Tablo 3. Uygulanan Operasyonlar

Phömonektomi:	3
Lobektomi	4
Bronkotomi - Kitle ekstirpasyonu	1

Bronş adenomları en sık olarak lob bronşunda lokalizedir^(5,6). Bu sebeple literatürde yapılan en sık operasyon lobektomidir⁽⁵⁾. Kliniğimizde de olguların yarısına lobektomi uygulanmıştır. Ancak karsinoid tümörler kaynaklandığı mukozaya pedikülle bağlı olup, bronş içi invazyon göstermeden lümen içinde değişik lokalizasyon gösterebilirler⁽¹⁴⁾.

Ayrıca Akciğer kanserinden farklı olarak, görülen lezyondan 0.5 cm'lik bir sınırla eksizyon yapmak yeterli olmaktadır⁽⁴⁾. Preoperatif bronkoskopide tümörün çıkış yerini belirlemek bazı olgularda zordur. Bu sebeple yapılacak rezeksiyona çoğunlukla peroperatif olarak karar verilmelidir.

Atipik karsinoidlerde malign potansiyel daha fazla olduğu için minör rezeksiyon yapılmamalıdır⁽⁷⁾. Tipik karsinoidlerde minör rezeksiyon yapılabilir⁽⁵⁾. Mc Caughan, pulmoner fonksiyonların uygun olduğu tüm olgularda konservatif girişimlerin yapılmamasını önermektedir. Bununla birlikte, patolojik olarak kesin bir ayırım yapılamamışsa minör rezeksiyondan kaçınılmalıdır⁽¹⁷⁾.

Bizim serimizde bir olgu dışındakilere majör rezeksiyon uygulanmıştır. Tümörün distalinde kalan akciğer parankiminde obstrüksiyona bağlı irreversibl değişiklikler gelişmişse rezeksiyon yapılmalıdır⁽⁹⁾. Son yıllarda karsinoid tümörlerde sık uygulanan sleeve rezeksiyonlar çıkış yeri lob bronş orifisine yakın olan tümörlerde uygulanmalıdır. Sleeve rezeksiyon endikasyonu; pedikülü, bronş orifisinden 0.5 cm'lik sınır içerisinde lokalize olan olgularda düşünülmelidir. Ancak sleeve rezeksiyon yapmadan önce eksplorasyonun tam olarak yapılması ve hastanın gereksiz riskten korunması gerekir. Ayrıca rezeksiyon kararı vermeden önce endobronşial eksizyon yapılarak pedikülün lokalizasyonu preoperatif olarak da belirlenebilir⁽⁸⁾.

Tipik karsinoid tümörler %10-20 oranında lenfoid yayılım gösterirler. Atipik karsinoid tümörlerde bu oran % 60'dır⁽¹³⁾. Karsinoid tümörlerin malign potansiyelinden dolayı, sistemik mediastinal lenf ganglion diseksiyonu yapılması gerektiği bil

Tablo 2. Tümör Lokalizasyonlar

Sağ Ana Bronş	
Sol Ana Bronş:	3
Sol Alt Lob Bronş:	2
Sol Üst Lob Bronş:	2

Tablo 4. Tümör Evreleri

T1N0M0:	4
T2N0M0:	3
T2N1M0:	1

dirilmesine rağmen, mediastinal lenf ganglion örnekleme pozitif bulunması halinde, sistemik mediastinal kürajın yapılmasının uygun olduğu bildirilmiştir^(7,4). Serimizde tüm olgularda mediastinal örnekleme ve frozen-section ile kontrol yapıldı. Atipik karsinoid olguları birinde hiler lenf ganglionu pozitif bulundu ve sistemik küraj yapıldı.

Karsinoid tümörlerde, intrabronşial olarak görülen lezyon, tümörün sadece küçük bir bölümüdür. Tümör eksizyonu radikal tedavi uygulanamayacağı olgularda palyasyon sağlamak için kullanılabilir. Özellikle lazer kullanıldığında kanamanın büyük ölçüde kontrol edilebildiği tesbit edilmiştir⁽⁹⁾. Bronşial karsinoidler radyoterapiye dirençlidirler. Ancak literatürde inoperabl lezyonlarda radyoterapiye cevap alındığı bildirilmiştir. Atipik karsinoid olan lenf nodlarına yayılmış olgularda tam bir cerrahi rezeksiyon yapılamamışsa radyoterapi önerilebilir, kemoterapide küçük hücreli tümörlerde olduğu gibi uygulanabilir. Ancak cevap küçük hücrelilerde olandan daha kötüdür⁽¹⁵⁾.

Radikal cerrahi rezeksiyondan sonra elde edilen surviler oldukça iyidir. Tipik karsinoidlerde cerrahi rezeksiyondan sonra 5-10 yıllık surviler %92'dir. Atipik Karsinoidlerde cerrahi rezeksiyondan sonra 5-10 yıllık survi %60'dır⁽¹³⁾. Olgularınız 2 ay - 3 yıl süre içinde komplikasyonsuz olarak takip edilmektedir. Karsinoid tümör olgularında yapılacak rezeksiyona bronkoskopik ve peroperatif intrabronşial explorasyonla karar verilmeli, parankim koruyucu operasyonlar uygulanmalı ve mediastinal ganglionlardan örnekleme yapılmalıdır.

Kaynaklar

1 Bench KG, Gordon GB, Miller CR: Electron Microscopic and Biochemical studies on the Bronchial carcinoid tumour, Cancer 18:592,1965.

- 2 Gould VG: Neuroendocrine components of the Bronchopulmonary Tract. Hyperplasias, Dysplasias and Neoplasms. Lab Invest 48:519,1983.
- 3 Sobota ST, Reed KS: Multiple Bronchial Adenomas, Cushing's Syndrome and Hypokalemic Alkalosis. Report of a case. Dis Chest 46:367,1964.
- 4 Davila DG: Bronchial Carcinoid Tumors. Mayo Clin Proc 68:795,1993.
- 5 Schreurs JM: A Twenty-five Years follow up of ninety-three Resected typical carcinoid tumors of the lung J Thorac Cardiovasc Surg 104:1470-5,1992.
- 6 De Caro LF: Typical and Atypical Carcinoids Within the Pulmonary APUD Tumor Spectrum. Thorac Cardiovasc Surg 86:528-536,1983.
- 7 Mc Caughan BC: Bronchial Carcinoids Review of 124 cases. J Thorac Cardiovasc Surg 89:8-17,1985.
- 8 Jencic RF, Faber LP, Brown CM, Kittle CF: Bronchoplastic and Conservative Resectional procedures for Bronchial Adenoma. J Thorac Cardiovasc Surg 68:556565,1974.
- 9 Ginsberg RJ: Treatment and Prognosis in Bronchial Carcinoids Involving Regional Lymph Nodes J Thorac Cardiovasc Surg 107:1-7,1994.
- 10 Gould VE: Carcinoma of the Larynx with Mucosubstance Production and Neuroendocrine Differentiation. Cancer 49:343-349,1982.
- 11 Okike N, Bernartz PE: Carcinoids Tumors of the Lung. Ann Thorac Surg 22:270-275,1976.
- 12 McDowell EM, Wilson TS, Trump BF: Atypical Endocrine Tumors of the Lung. Arch Pathol Lab Med 105:20-28,1981.
- 13 Martini N, Muhammed B: Treatment and Prognosis in Bronchial Carcinoids involving Regional Lymph Nodes. Thoracic and Cardiovascular Surgery 107:17, 1994.
- 14 Ramzi SC, Stanley LR, Robbins Pathologic Basis of Disease in Staff ED, The Respiratory System Philadelphia. WB Saunders s. 755,1989.
- 15 Ginsberg RJ: Carcinoid Tumors in TW Shields (ed): General Thoracic Surg Baltimore, William and Wilkins, s. 1287,1994.