

# Cerrahi Tedavi Uygulanan Evre III-A Küçük Hücreli Dışı Bronş Karsinomu Olgularımız

Alpay SARPEN, Abdulah ERDOĞ\*, Necdet ÖZ, Levent DERTSİZ,  
Tülay ÖZDEMİR, Abid DEMİRCAN, Erol İŞİN

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, ANTALYA

Kliniğimizde 1991-1996 yılları arasında, küçük hücreli dışı bronş karsinomu tanısı ile 46 olguya rezeksiyon uygulandı. Ortalama yaş 59.3, kadın/erkek oranı ise 4/42 idi. Olgulardan 32'sine epidermoid karsinom, 5'ine adeno karsinom, 4'üne büyük hücreli karsinom, 5'ine ise miks tip karsinom tanısı konuldu. Olgularımızın 8'inde T2N2M0, 17'sinde T3N0M0, 6'sında T3N1M0, 15'inde ise T3N2M0 saptandı. Bunların 25'ine pnömonektomi, 19'una lobektomi, 2'sine wedge rezeksiyon uygulandı. Otuz dört hastada extended rezeksiyon yapıldı. Bunlardan 18'ine parietal plevra düzeyindeki rezeksiyon uygulanırken, 8 olguda geniş toraks duvarı rezeksiyonu, 4 olguda perikard rezeksiyonu, 2 olguda diafragma rezeksiyonu, 2 olguda toraks duvarı ve diafragma rezeksiyonu uygulandı. Erken mortalite 2 olguda gelişirken uzun takipte 19 olgu exitus oldu. Yirmi bir hasta 3 ile 40 ay arasındaki izleme periyodundadır. İki yıllık sağ kalımın %42.1 olduğu görüldü.

## Surgical Result Of Stage III-A NSC Bronchogenic Carcinomas

Between 1991-1996 46 patients (42 male, 4 female) were bronchial carcinoma except for NCSLC in Akdeniz University Hospital Thoracic Surgery Department: Mean age was 59.3. Thirty two had epidermoid ca, 5 adeno carcinoma, 4 large cell ca and 5 mix cell carcinoma. Stages were T2N2M0 in eighth, T3N0M0 in seventeen, T3N1M0 in six, T3N2M0 in fifteen. Pneumonectomy in twenty five, lobectomy in nineteen and wedge resection in two patients were performed. Extended resection as performed in thirty four of cases in 18 of these resection was extended to parietal pleura, wide thoracic all in 8, pericardial resection in 4, diaphragmatic resection in 2, thoracic wall and diaphragmatic resection in 2.

Early mortality was two whereas late mortality was nineteen. Follow up was between 3-40 months in twenty one. Two year survival was 42.1 %.

GKDC Dergisi 1998;6:79-83.

## Giriş

Küçük hücreli dışı bronş karsinomun da evre I ve II'de cerrahi tedavi sonrası 5 yıllık yaşam süresi en az %50 olarak verilmektedir. Ancak küçük hücreli dışı bronş karsinomu olgularının sadece %30-40'ı evre I ve II'de yakalanabilmektedir. Hastalar daha çok 3 evrede saptanabilmektedir. Evre 3-B genellikle inoperable kabul edilir. Evre 3-A'da ise tedavi tartışılmaktadır. Özellikle mediastinal lenf nodu tutulumunda tedavi yöntemi standart hale

gelmiş değildir. Ancak hiç tedavi görmeyen hastaların büyük bölümü ilk 1 yıl içerisinde kaybedilmektedir(1,2).

Bu çalışmada servismizde cerrahi tedavi uygulanan evre III-A küçük hücreli dışı bronş karsinomu tanısı konan olgular incelenmiştir. Olguların histopatolojik tip ve evre dağılımı, cerrahi tedavi şekilleri, mortalite ve morbidite oranları ve uzun takipleri literatür verileri ile karşılaştırılarak değerlendirilmiştir.

## Gereç ve Yöntem

Kliniğimizde 1991-1996 yılları arası, 223 hasta küçük hücreli dışı bronş karsinomu tanısı ile tetkik ve tedavi edildi. Hastalarımıza histopatolojik ve operasyon bulgularına göre evrelendirme yapıldı. İnoperable olgular ise radyolojik ve bronkoskopik incelemeler ışığında evrelendirildi. Olguların en sık III-B evresinde yer aldığı (95, %42.6), araştırma grubunu oluşturan evre III-A hastalarının oranı ise %26.45 (59) olduğu görüldü. Geriye kalan olgularımızın % 13.9'u evre I (31), %7.17'si evre II (16), %10'u ise evre IV (31)'de yer aldı.

Evre III-A'da saptanan 9 olgumuzun 46'sına (%72) cerrahi rezeksiyon uygulanabildi. Bu 46 olgunun 42'sini erkek, 4'ünü kadın hastalar oluşturdu. Serimizde hastalığın en sık yedinci dekadta görüldüğü, ortalama yaşın ise 59.3 olduğu saptandı. Lokalizasyon olarak tümöre sağ akciğerde daha sık rastlandı. Histopatolojik olarak 32 olguda yassı epitel karsinomu, 5 olguda adenokarsinom, 4 olguda büyük hücreli karsinom, 5 olguda ise miks tip karsinom tanısı konuldu.

Olgularımızın 25'inde pnömonektomi 19'una lobektomi yapıldı. Bunların birine aynı zamanda bronşial sleeve rezeksiyon uygulandı (sleeve sağ üst lobektomi). Yine sağ üst

lobektomi yapılan başka bir hastamıza aynı zamanda lateral lob süperior segmentektomi yapıldı. Geriye kalan 2 olguya da wedge rezeksiyon uygulandı. Olgularımızın 34'üne aynı zamanda extended rezeksiyon uygulandı. Olgularımıza uyguladığımız yöntemler Tablo 1'de görülmektedir. Toraks duvarı rezeksiyonu uygulanan hastaların bazılarında rekonstrüksiyon için sentetik greftler kullanıldı.

Pancoast tümörü saptanan 2 olgumuzda preoperatif radyoterapi ve kemoterapi uygulandı. Postoperatif dönemde ise 10 olguda radyoterapi yapıldı. Bunların ikisine aynı zamanda kemoterapi verildi.

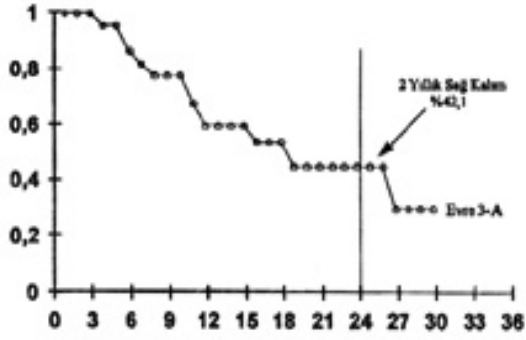
Mevcut 12 postoperatif komplikasyonlardan en sık görüleni kardiopulmoner komplikasyonlar oldu. Erken mortalite 2 olguda gelişti. Biri postoperatif 5. günde myokard enfarktüsü, diğeri ise 8. gün solunum yetmezliği nedeni ile exitus oldu.

Olgularımızda takipler 3,6,12 aylık, daha sonrada yıllık kontrollerle yapıldı. Kontrollere gelmeyen hastalara mektup ve telefonlarla ulaşıldı. Buna rağmen 4 hasta takipten çıkmıştır. Olguların 19'u 4 ile 27 aylar arasında exitus oldu. Geriye kalan 21 hasta ise 3 ile 40 ay arasında izleme periyodunda yer almaktadır. Olgularımızda 2 yıllık sağ kalımın

Tablo 1. Olgularımıza uyguladığımız cerrahi girişimler

	Standart Rezeksiyon	Extended Rezeksiyon					Toplam
		Toraks Duvarı Rezeksiyonu		Diafragma Rez.	Perikard Rez.	Toraks Duvarı ve Diafragma Rez.	
		Geniş	Parial Plevra				
Pnömonektomi	9	-	11	-	4	1	25
Lobektomi	1	5	7	2	-	1	16
Sleeve Lob.	1	-	-	-	-	-	1
Lobektomi+Segmentekt.	1	1	-	-	-	-	2
Wedge Rez.	-	2	-	-	-	-	2
Toplam	12	8	18	2	4	2	46
				34			

sonuçların 2 yıllık yaşam süreleri olacağını düşündüğümüzden oranları 2 yıllık olarak hesapladık.



Grafik 1. Olgularımızda 2 yıllık sağ kalım analizi (n: 40)

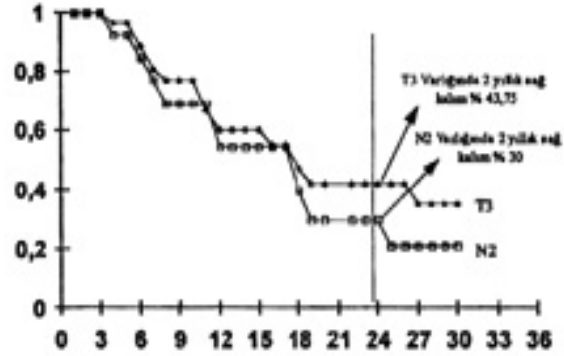
## Tartışma

Uzak metastaz ve karşı taraf mediastinal lenfnodu metastazı olmaksızın, tümörün toraks duvarına, diafragma, perikarda, mediastinal plevraya infiltrasyonunda veya karina invazyonu olmaksızın karinaya 2 cm'den daha yakın olduğu durumlarda veya yine uzak metastaz olmaksızın, T1-3 iken mediastinal ipsilateral yada subkarinal lenf nodu metastazı varlığında evre 3-A'dan söz edilmektedir.

Toraks duvarı invazyonu prognozu etkileyen faktör olmasına rağmen cerrahi rezeksiyona kontrendikasyon oluşturmaz. Literatürde komplet rezeksiyondan sonra 5 yıllık yaşam süresinin %29-40 olduğu belirtilmektedir. Ancak inkomplet rezeksiyondan sonra hastalar ilk 2-3 yıl içinde kaybedildiği söylenmektedir. Beraberinde lenf bezi metastazı olmayanlarda 5 yıllık yaşam süresi % 38-56 iken, mediastinal lenf bezi metastazı varlığında bu oran % 13-21 olmaktadır (3,4,5).

Serimizde T3 saptanan olgularda 2 yıllık sağ kalımın % 43.75 bu grubun içinde toraks duvarı invazyonu gösterenlerde ise % 44 olduğu görüldü (Grafik 2). Tümörün toraks duvarına invazyonu sadece parietal plevra düzeyinde ise rezeksiyon parietal plevra ile sınırlandırıldı. Bu olgularda 2 yıllık yaşam süresinin %67 olduğu izlendi. Toraks duvarı invazyonu ile birlikte N2

olduğu durumda 2 yıllık yaşam süresinin % 22'ye düştüğü dikkati çekti. Serimizde 2 olguda inkomplet toraks duvarı rezeksiyonu yapıldı. Ancak bu iki hastada ilk bir yıl içerisinde exitus oldu.



Grafik 2. N2 saptanan 23 olguda ve T3 saptanan 38 olguda sağ kalım analizi

Karina invazyonu olmaksızın karinaya 2 cm'den daha yakın tümörün varlığında pnömonektomi, sleeve lobektomi veya sleeve pnömonektomi yapılabilir. Serimizde 4 olguda tümör karinaya 2cm'den daha yakındı. Birine sleeve üst lobektomi yapıldı. Bu hasta 6. ayında asemptomatiktir. Diğer hastalardan sadece birinde N2 vardı. Bu hastada 18 ay sonra exitus oldu.

Preoperatif dönemde toraks duvarı invazyonu, en iyi bilgisayarlı tomografi ile tanınabilir. Serimizde toraks duvarı invazyonu olan hastaların % 68'inde preoperatif tomografi ile T3 saptanabildi. Bununla birlikte olgularımızın % 36'sında ise yanlış pozitiflik görüldü.

Mediastinal lenf nodu tutulumu hastanın yaşam süresini etkileyen en önemli faktörlerden birisidir. Literatürde mediastinal lenfatik yayılımı olmayan olgularda 5 yıllık yaşam süresi % 50-80 olara belirtilirken, N2 saptanan hastalarda ise bu oranın % 0-33'lere düştüğü görülmektedir. Bu nedenle N2 varlığına cerrahi endikasyonlar tartışmalıdır. Preoperatif N2'nin saptanmasında bilgisayarlı tomografiden yararlanılır ve 1 cm'den büyük lenf nodu varlığı patolojik olarak kabul edilir. Bu olgularda

kesin histopatolojik tanı mediastinoskopi ile konulmaktadır (6,7,8,9).

Bazı araştırmacılar preoperatif dönemde N2 saptadıkları hastaları inoperable kabul etmektedir. Bu nedenle her hastaya, CT'de mediastinal lenf nodu görülme bile mediastinoskopi uygulamakta ve lenf bezi biyopsisi yapmaktadırlar. Lenf nodu tutulumu tespit edilen olguları inoperable kabul edilmekte, ancak operasyon sırasında saptanan mediastinal tutulum varsa rezeksiyon uygulamaktadırlar. Bununla birlikte rezeksiyona ek olarak mutlaka mediastinal sistematik lenf disseksiyonu yapılması gerektiğini bildirmektedirler. Nakanishi (9) ise asemptomatik ve rezektable klinik N2 hastalık ile cerrahi N2 hastalık arasında prognoz açısından fark olmadığını belirtmiştir (6,7,8,9,10,11).

Kliniğimizde başvuran Evre 3-A küçük hücreli dışı bronş karsinomu olgularında semptomatik N2 olguları dışındaki diğer klinik N2 olgularında tedavi prensibimiz rezeksiyon ve mediastinal geniş lenf bezi disseksiyonudur. Tedavi yöntemimizi değiştirmeyeceğinden her olguya mediastinoskopi ile evrelendirme yapmıyoruz. Ancak karşı tarafta lenf bezi tutulumundan şüphelendiğimiz olgularda preoperatif mediastinoskopi ile lenf bezi biyopsisi uygulamaktayız.

Serimizde N2 varlığında 2 yıllık yaşam süresinin %30 olduğu saptandı (Şekil 2). N2 saptanmayan olgularda ise bu oranın %62.5 olduğu dikkati çekti.

Rezeksiyon uygulanan toraks duvarı invazyonu olan olgularda veya N2 olgularında adjuvan radyoterapinin önemi henüz tam açık değildir. Radyoterapinin lokal kontrolü sağladığı ancak yaşam süresine etkisi olmadığı görüşü daha ağır basmaktadır. Serimizde postoperatif radyoterapinin belirgin bir etkisi olmadığı görüldü (11,12).

Öte yandan, preoperatif yalnız kemoterapi ve da radyoterapi ile beraber kombine tedavinin,

hastalığın lokal kontrolünde etkisini bildiren merkezler vardır. Hatta N2 vakalarında preoperatif uygulanan kemoterapinin ve radyoterapinin yaşam süresini uzattığı bildirilmektedir (12,13). Serimizde Pancoast Tümörü olan 2 olguya preoperatif radyoterapi ve kemoterapi uygulandı. Her iki olguda da tümörün küçüldüğü görüldü.

Serimizdeki sonuçlar literatür verileri ile karşılaştırıldığında uyumlu olduğu görüldü. Sonuç olarak ise evre 3-A küçük hücreli dışı bronş karsinomu olgularında primer tedavi cerrahi komplet rezeksiyon olduğunu belirtmek istiyoruz.

### Kaynaklar

1. Mountain CF. Expanded possibilities for surgical treatment of lung cancer. Chest 97: 1047-1051,1990.
2. Martini N. The role of surgery in N2 lung cancer. Surg Clin Nort Am 67:1037-1049,1987.
3. Clifton F. Mountain. Revision in the international system for staging lung cancer. Chest 111:1710-1717,1997.
4. Alen MS, Mathisen DJ, Grillo HC, et al: Bronchogenic carcinoma with chest wall invasion. Ann Thorac Surg 51:948-951,1991.
5. Naruke T, Tsuchiya R, Kondo H, et al. Implications of staging in lung cancer. Chest 112:242S-248S, 1998.
6. Whittlesey D. Prospective computed tomographic scanning in the staging of bronchogenic carcinoma. J Thorac Cardiovasc Surg 95: 876-82,1988.
7. Golstraw P. Surgical management of non-small cell lung cancer with ipsilateral mediastinal node metastasis (N2 disease). J Thorac Cardiovasc Surg 107:19-28,1994.
8. Luke WP, Pearson FG, Todd TR, et al. Prospective evaluation of mediastinoscopy for assessment of carcinoma of the lung. J Thorac Cardiovasc Surg 91: 53-56,1986.

9. Nakanishi R, Osaki T, Nakanishi K, et al. Treatment strategy for patients with surgically discovered N2 stage IIIA non-small cell lung cancer. *Ann Thorac Surg* 64: 342-348,1997.
10. Hata E. Superradical operation for lung cancer-bilateral mediastinal dissection with or without cervical dissection. *Lung Cancer* 11(suppl) 2:41-42,1994.
11. Shields TW. The significance of ipsilateral mediastinal lymph node metastasis (N2 disease) in non-small cell carcinoma of the lung. *J Thorac Cardiovasc Surg* 99:48-53,1990.
12. Lawrence HE. Neoadjuvant and Adjuvant Trials in Non-Small Cell Lung Cancer. *Ann Thorac Surg* 65: 208-211,1998.
13. Martini N, Kris MG, Flehinger BJ, et al. Preoperative chemotherapy for stage IIa (N2) lung cancer: the Sloan-Kettering experience with 136 patients. *Ann Throac Surg* 55: 1365-1374,1993.

---

**Yazışma Adresi:** Dr. Alper Sarpyer  
Nene Hatun Caddesi No: 37/9  
GOP/ANKARA

---