

# REZEKSİYON UYGULANAN KÜÇÜK HÜCRE DIŞI AKCİĞER KANSERLERİNDE POSTOPERATİF TANI FARKLILIĞI: 93 OLGUNUN RETROSPEKTİF DEĞERLENDİRİLMESİ

## POSTOPERATIVE DIAGNOSTIC DIFFERENCES IN RESECTED NON-SMALL CELL LUNG CANCERS: RETROSPECTIVE REVIEW OF 93 CASES

Dr. Hakan GÜLEÇ, Dr. Adnan SAYAR, Dr. Aysun ÖLÇMEN, Dr. Muzaffer METİN, Dr. Aygün GÜR, Dr. Esin TUNCA, Dr. Gönenç ORTAKÖYLÜ, Dr. Güngör ÇAMSARI, Dr. Müfid ÖLÇMEN

Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İSTANBUL

Adres: Dr. Hakan Güleç, Karşılı Ahmet C. Adem S No:7 D:9, 81120 İçerenköy / İSTANBUL

### Özet

Akcığer kanseri tanısıyla cerrahi rezeksiyon uygulananlarda preoperatif tanı ile postoperatif tanı histolojileri farklılık gösterebilmektedir. Biz de bu çalışmada rezeksiyon uygulanan küçük hücre dışı akciğer kanserlerinde postoperatif tanı farklılığını araştırdık. Ocak 1995 - Şubat 1998 tarihleri arasında akciğer kanseri nedeniyle cerrahi uygulanan 93 olgu (4 kadın) retrospektif olarak değerlendirildi. Tanı fiberoptik bronkoskopi ile bronş biyopsisi ve transtorasik iğne aspirasyonu ile kondu. Yaş ortalaması 54 (22-73) olan olgulara 37 pnömonektomi, 46 lobektomi, 10 bilobektomi yapıldı. Malignite tanısı postoperatif patoloji ile, preoperatif fiberoptik bronkoskopi biyopsisinde %86, transtorasik iğne aspirasyonunda %74 uyumluluk göstermekteydi. Preoperatif ve postoperatif tanı uyumsuzluğu epidermoid karsinomda %17, adenokarsinomda %27 olarak bulundu. Yalnızca 1 olguda gereksiz torakotomi ve rezeksiyon yapılmıştır. Küçük hücre dışı akciğer kanserinde preoperatif ve postoperatif tanı arasındaki uyumsuzluk cerrahi yaklaşımı ve operasyon tipini çok fazla etkilememiştir.

Anahtar Kelimeler: Akciğer kanseri, tanısal işlemler, cerrahi, postoperatif farklılık

### Summary

Purpose:

Differences between preoperative and postoperative histologic diagnoses may be noted in patients undergoing surgery for lung cancers. We investigated in this study postoperative diagnostic differences in resected non-small cell lung cancers.

Materials and Methods:

We retrospectively analyzed 93 patients (4 women) who had surgery for lung cancer between January 1995- February 1998. Bronchial biopsy was performed with fiberoptic bronchoscopy and transthoracic needle aspiration were used for diagnosis. Patients had a mean age of 54 (ranged 22-73) and had pneumonectomies (n=37), lobectomies (n=46), and bilobectomies (n=10).

Results:

Postoperative pathologic diagnosis was consistent with preoperative fiberoptic bronchoscopy in 86% and with transthoracic aspiration in 74% of time. Inconsistency of preoperative and postoperative diagnosis was noted in 17% of epidermoid carcinoma and 27% of adenocarcinoma cases. Only one patient underwent unnecessary thoracotomy and

resection in this cohort.

Conclusion:

Discordance between preoperative and postoperative diagnosis in non-small cell lung cancer histology did not affect the surgical approach or operation type very much.

Keywords: Lung cancer, diagnostic procedures, surgery, postoperative difference

### Giriş

Akcığer malignitesi nedeniyle cerrahi rezeksiyon uygulanan bazı olguların postoperatif histolojik tanıları preoperatif tanıları ile farklılık gösterebilmektedir [1]. Bu farklılık kliniklere göre değişmekle beraber, preoperatif dönemde bazı tetkiklerin eksik yapılmasına ve postoperatif dönemde planlanan onkolojik tedavinin değiştirilmesine, bazen de gereksiz torakotomilere neden olmaktadır. Bu çalışmamızda preoperatif malignite tanısı konarak akciğer rezeksiyonu uygulanan olguların ar d a , preoperatif tanı yöntemleri ve tanı farklılığının klinik yansımaları değerlendirildi.

### Materyal ve Metod

Ocak 1995- Şubat 1998 tarihleri arasında preoperatif tetkiklerinde küçük hücre dışı akciğer kanseri tanısı konan ve Kliniği' mizde cerrahi rezeksiyon uygulanan olgular hastane kayıtları taranarak retrospektif olarak değerlendirildi. 4'ü kadın 93 olgu preoperatif ve postoperatif tanıları açısından çalışmaya dahil edildi. Preoperatif kesin tanısı konamayıp tanı ve tedavi amacıyla eksploratris torakotomi uygulanan ve patolojilerinde mikst histoloji saptadığımız olgular bu çalışma dışında bırakıldı. Yaşları 22 ile 73 (ortalama 54) arasında değişen olguların tümünde radyolojik patoloji saptanmış, ardından ileri tetkilere başvurulmuştur. Olguların tümüne toraks bilgisayarlı tomografisi çekilmiş ve ilgili göğüs hastalıkları kliniklerince fiberoptik bronkoskopi (FOB) yapılmıştır. FOB'la endobronşiyal lezyon saptanmayıp tanı konamayan olgulara ise sonraki basamakta transtorasik iğne aspirasyonu (TTİA) biyopsisi yapılarak tanıya gidilmiştir. Tümörün ç e v r e dokularla olan ilişkisi için rezektabilitye değerlendirebilmek amacıyla 11 olguda Magnetik Rezonans Görüntüleme tekniğine başvurulmuştur. Ayrıca tüm metastatik semptomlu olgulara, adenokarsinomlu olgulara ve az diferansiye

epidermoid karsinom tanısı konan olgulara metastaz taraması yapılmıştır. Bu özellikleri taşıyan olguların beyin bilgisayarlı tomografisi, tüm batın bilgisayarlı tomografisi veya ultrasonografisi ve tüm vücut kemik sintigrafisi incelemeleri yapılmıştır. FOB yapılarak intrabronşial patoloji saptanan olgulardan forseps biyopsi sonuçları değerlendirmeye alınmıştır. Malignite tanısıyla operasyona alınan 93 olgunun 37'sine pnömonektomi, 46'sına lobektomi, 10'una bilobektomi yapılmıştır.

## Bulgular

Toplam 93 olgunun 66'sına FOB ile tanı konmuş, FOB yapılarak endobronşiyal lezyon saptanmayıp tanı konamayan veya kitlenin periferik yerleşimi nedeniyle ilk planda TTİA biyopsisi planlanan 27 olguya bilgisayarlı tomografi eşliğinde TTİA biyopsisi yapılarak tanı konmuştur.

Preoperatif olarak histolojik tiplerine göre tanı yöntemleri incelendiğinde 77 epidermoid karsinom tanısının 57'sine FOB, 20'sine TTİA, adenokarsinom tanısı konan 11 olgudan 4'üne FOB, 7'sine TTİA, karsinoid tümör tanısı konan 5 olgunun tümüne FOB ile tanı konulmuştur. Histolojik tiplere göre tanı yöntemleri, doğruluk oranları ve tanı farklılığı yüzdesi Tablo 1'de özetlenmiştir. Epidermoid karsinomda %17, adeno karsinomda %27 tanı farklılığı mevcut iken karsinoid tümörlü

Hücre Tipi	Tanı Yöntemleri ve Doğruluk Oranları		Tanı Farklılığı Sayısı ve Yüzdesi
	FOB	TTİA	
	Epidermoid	50/57 (%88)	
Adeno	2/4 (%50)	6/7 (%85)	3 (%27)
Karsinoid	5/5 (%100)	-	-
Toplam	57/66 (%86)	20/27 (%74)	16 (%17)

Tablo 1: Hücre tiplerine göre tanı yöntemleri ve farklılığı

5 olguda tanı farklılığı saptanmadı.

Preoperatif 13 epidermoid karsinom tanısı postoperatif patolojik olarak 7'si bronkioloalveolar, 2'si adeno karsinom ve birer tane de büyük hücreli karsinom, karsinoid tümör, tüberküloz ve tümör görülmedi olarak raporlandı. Diğer grubu oluşturan adenokarsinom tanılı 3 olgudan postoperatif piyeslerin incelenmesi sonucu 2'si epidermoid karsinom ve 1 tanesi renal hücreli karsinom olarak tanı aldı. Tablo 2'de farklılık saptanan olgulardaki preoperatif ve postoperatif tanı yöntemleri ve bu olgulara yapılan operasyonlar görülmektedir.

93 olgunun tümü ele alındığında %17'lik tanı farklılığına rağmen yalnızca 1 olguda gereksiz torakotomi ve rezeksiyon yapılmıştır. Postoperatif küçük hücreli kanser tanısı konan olgu yoktur.

PREOPERATİF HÜCRE TİPİ	POSTOPERATİF PATOLOJİ	YAPILAN OPERASYON VE TANI YÖNTEMİ		
		LOBEKTOMİ	BİLOBEKTOMİ	PNÖMONEKTOMİ
Epidermoid 13	Bronkioloalveolar*	7	4(2FOB,2TTİA)	1 (TTİA)
	Adeno (az diferansiyel)	2	1(FOB,1TTİA)	2(1FOB,1TTİA)
	Büyük hücreli indifferansiyel	1		1 (FOB)
	Karsinoid	1	1 (FOB)	
	Tüberküloz	1	1 (TTİA)	
Adeno 3	Tümör görülmedi	1	1 (FOB)	
	Epidermoid (az diferansiyel)	2	1 (TTİA)	1 (FOB)
	Renal hücreli karsinom metastazı		1	1 (FOB)

Tablo 2: Farklılık saptanan olgulardaki preoperatif, postoperatif

\*Adenokarsinom ve alt tipi olan Bronkioloalveolar karsinom ayrı olarak belirtilmiştir.

## Tartışma

TTİA ile tanı konmuş akciğer kanserlerinde preoperatif patoloji ile cerrahi rezeksiyon sonrası piyesin patolojileri arasındaki uyum %60-90 arasındadır [1-6]. Yılmazbayhan [7] epidermoid karsinomda %67,6, adeno karsinomda ise %71,4 uyumluluk saptamışlardır. Kıyık [8] ise %65 uyumluluk bildirirken, uyumsuzluğun 60 olgudan 4'ünde (%6,6) tedavi şeklini değiştirdiğini bildirmiştir. Kendi çalışmamızda, TTİA yapılan olguların tümü ele alındığında histolojik uyumluluk %74 olarak bulunmuştur. Bu oran histolojik tiplere göre incelendiğinde ise adenokarsinomda %85 olan doğruluk oranı epidermoid karsinomda %70'e düşmüştür (Tablo 1).

Küçük hücre dışı akciğer karsinomlarında FOB ile tanı konmuş ve ardından torakotomi veya otopsi ile histolojisi teyit edilmiş olgulardaki uyum ise ortalama %80 oranındadır [1]. Hücre tiplerine göre ayrı olarak ele alındığında ise literatürde epidermoid karsinomun FOB ile forseps biyopsi materyal tanısının, kesin tanı ile uyumu %88-96 arasında, adenokarsinomda ise %46-82 gibi oldukça geniş bir aralıkta bildirilmiştir [5,6,9 -14]. Biz de histolojik tiplere göre FOB ile konulan tanılarda benzer sonuçlara ulaştık (Tablo 1). FOB ile epidermoid karsinomda %88, adeno karsinomda ise %50 oranında tanı doğruluğu mevcuttu.

Preoperatif epidermoid karsinom tanısı konan hastalarda postoperatif farklılık olan 13 olgulu grup içinde en fazla sayıyı

7 olgu ile adenokarsinomun bir alt tipi olan bronkioloalveolar karsinom oluşturmaktaydı (Tablo 2). Ayrıca bu durum sayıca en sık postoperatif tanı farklılığı saptanan grubu oluşturmuştur. Bu durum preoperatif yapılması gereken metastatik yayılımı yönelik sistem taramalarının postoperatif dönemde yapılmasına neden olmuştur. Olgulara postoperatif bilgisayarlı beyin tomografisi, batın ultrasonografisi veya bilgisayarlı batın tomografisi ve tüm vücut kemik sintigrafileri yapılarak metastaz taraması yapılmıştır. Bu tetkiklerde operabiliteyi etkileyecek patolojik lezyon saptanmamış olması nedeniyle yapılan cerrahi girişim, klinik yaklaşıma uygun olmuş; fakat hücre tipinin farklılaşması onkolojik tedavi rejimlerinin değişmesine yol açmıştır. Aynı durum postoperatif indifferansiyel adenokarsinom (2 olgu) ve büyük hücreli indifferansiyel karsinom olarak raporlanan olgularda da geçerli olmuştur. Dikkati çeken nokta postoperatif adenokarsinom olarak raporlanan her iki olgunun da indifferansiyel olmasıdır. Tüberküloz olarak raporlanan hastada ise gereksiz torakotomi ve rezeksiyon yapılmıştır. TTİA ile malignite tanısı konmasına rağmen piyes patolojisi benign olarak raporlanması, TTİA'nın malignitelerde yapıldığı takdirde çok daha fazla doğruluk taşıdığına destekleyicisi olmuştur [15,16]. Piyeste tümöre rastlanmayan olgunun preoperatif patoloji materyalleri tekrar incelenmiş epidermoid malign tümör hücreleri teyit edilmistir. Patoloji laboratuvarının yorumu yapılan biyopsi ile tümoral dokunun tamamen çıkarıldığıdır.

Preoperatif adenokarsinom tanısı olan 3 olgudan renal hücreli karsinom tanısı olan olgu operasyondan 2 ay önce renal hücreli karsinom tanısı ile sağ nefrektomi operasyonu geçirmişti. Yapılan rezeksiyon endobronşiyal metastaz nedeniyle metastazektomi olarak kabul edilmiş ve renal hücreli karsinomunun akciğer metastazlarındaki cerrahi rezeksiyonlarının sağkalıma olan katkıları değerlendirildiğinde klinik yaklaşım uygun olmuştur [17-19]. Postoperatif olarak epidermoid karsinom olarak raporlanan her iki olguda da patolojik incelemede diferansiyasyonun kötü olduğu belirtilmiştir.

Sayı oldukça az olmakla birlikte, FOB'la adenokarsinom tanısı

konan 4 olgunun 2 tanesinde farklılık saptanması (%50) en düşük tanı grubunu oluşturmuştur. Literatür incelendiğinde Payne [5] 9 olgunun 5'inde (%55), Matsuda [13] 14 olgunun 7'sinde (%50), Yılmazbayhan [7] 8 olgunun 3'ünde (% 37,5) uyumluluk bildirmişlerdir. Yalnızca Kıyık [8] 3 olgunun 3'ünde de uyumlu tanı bildirmiştir. Tüm bu serilerde FOB'la tanı konan adenokarsinom olgularının azlığı ve tanı farklılığının yüksek yüzdesi daha sık olarak periferik yerleşimli özellik gösteren adeno karsinomlarda FOB'la alınan tanılara kuşkuyla yaklaşılması sonucunu çıkarmıştır.

Bu çalışmamızda preoperatif dönemde küçük hücre dışı akciğer karsinomu tanısı konarak rezeksiyon yapılan olgular postoperatif piyes patolojileri ile karşılaştırılmış ve bu farklılığın klinik yansması tartışılmıştır. En sık rastlanan farklılık bronkioloalveolar karsinomun preoperatif epidermoid karsinom olarak raporlanmasıdır. Postoperatif epidermoid ve adenokarsinom histolojilerinde ise diferansiyasyonun kötü olması muhtemelen preoperatif tanıdaki farklılığa neden olan başlıca sebep olmuştur. Kötü diferansiyasyonun kötü diferansiyasyonun kötüleşmesiyle hücre tipini belirlemekteki zorluğu desteklemektedir [7,20].

## Sonuç

Olgularımızdaki farklı tanı yöntemlerinin küçük hücre dışı akciğer kanserlerinin değişik histolojilerindeki doğruluk oranları %100 doğruluk elde edilen karsinoid tümörler dışarıda tutulduğunda %50-88 arasında değişse de, malignitelerdeki hatalı doku tanısı çalışmamızdaki toplam 93 olgu arasında yalnızca bir olguda gereksiz torakotomi ve rezeksiyona neden olmuş, fakat oldukça yüksek bir oranda klinik yaklaşım ve yapılan cerrahi girişim etkilenmemiştir.

## Kaynaklar

1. Margolis LM: Non-small cell lung cancer-clinical aspects, diagnosis, staging, and natural history. Editor-in-chief Fishman AP; Fishman's Pulmonary Diseases and Disorders, New York, McGraw-Hill 3rd ed. 1998; 2, 1759- 81.
2. Salazar AM, Westcott JL: The role of transthoracic needle biopsy for the diagnosis and staging of lung cancer. In:Clinics in Chest Medicine 1993;14: 99-110.
3. Taft PD, Sztftfelbein WM, Greene R: A study of variability in cytologic diagnoses based on pulmonary aspiration specimens. Am J Clin Pathol 1980; 73: 36-40.
4. Thornbury JR, Burke DP, Naylor B: Transthoracic needle aspiration biopsy: accuracy of cytologic typing of malignant neoplasms. Am J Roentgenol 1981; 136: 719- 24.
5. Payne CR, Stovin PG, Barker V, et al: Diagnostic accuracy of cytology and biopsy in primary bronchial carcinoma. Thorax 1979; 34: 294-9.
6. Rudd RM, Gellert AR, Boldy DAR, et al: Bronchoscopic and percutaneous aspiration biopsy in the diagnosis of bronchial carcinoma cell type. Thorax 1982; 32: 462- 5.
7. Yılmazbayhan D, Kılıçaslan Z, Hacıhanefioğlu U ve ark: Opere 216 akciğer kanseri vakasında preoperatif tanı yöntemleri ve doğruluk oranlarının tartışılması. Solunum 1994 Cilt 19: 384- 93.
8. Kıyık M, Özyurt H, Koşar F ve ark:173 opere akciğer kanseri olgusunda tanı yöntemlerinin hücre tiplerine göre korelasyonu. Türk Patoloji Dergisi 1996; 12-2:50- 2.

9. Arroliga CA, Matthay RA: The role of bronchoscopy in lung cancer. In:Clinics in Chest Medicine 1993; 14: 87-98.
10. Chaudhary BA, Yoneda K, Burki NK: Fiberoptic bronchoscopy. Comparison of procedures used in the diagnosis of lung cancer. J Thorac Cardiovasc Surg 1978; 76: 33- 7.
11. Payne CR, Hadfield JW, Stovin PG, et al: Diagnostic accuracy of cytology and biopsy in primary bronchial carcinoma. J Clin Pathol 1981; 34: 773- 8.
12. Popp W, Rauscher H, Ritschka L, et al: Diagnostic sensitivity of different techniques in diagnosis of lung tumors with the flexible fiberoptic bronchoscope. Comprasion of brush biopsy, imprint cytology of forceps biopsy, and histology of forceps biopsy. Cancer 1991; 67: 72-5.
13. Matsuda M, Horai T, Nakamura S, et al: Bronchial brushing and bronchial biopsy:comprasion of diagnostic accuracy and cell typing reliability in lung cancer. Thorax 1986; 41:475-8.
14. Buccheri G, Barberis P, Delfino MS: Diagnostic, morphologic and histopathologic correlates in bronchogenic carcinoma. Chest 1991; 99:809-14.
15. Staroselsky AN, Schwarz Y, Man A, et al: Additional information from percutaneous cutting needle aspiration in the diagnosis of chest lesions. Chest 1998; 113:1522-5.
16. Larscheid RC, Thorpe PE, Scott JW: Percutaneous transthoracic needle aspiration biopsy. Chest 1998; 114:704- 9.
17. Cerfolio RJ, Allen MS, Deschamps C, et al: Pulmonary resection of metastatic renal cell carcinoma. Ann Thorac Surg 1994; 57: 339- 44.
18. Progrebniak HW, Haas G, MarstonLW: Renal cell carcinoma: Resection of solitary and multiple metastases. Ann Thorac Surg 1992; 54:33- 8.
19. Hoshi S, Orikasa S, Yoshikawa K: Study on the surgical treatment for pulmonary metastasis from renal cell carcinoma. Japanese Journal of Urology 1997; 88:46-52.
20. Hacıhanefioğlu U:Akciğer kanserleri. In:Akciğer hastalıkları patolojisi. İstanbul,Nobel Tıp Kitabevi 1993; 231- 69.