

BRONŞİAL KARSİNOİD TÜMÖRLER

Op. Dr. Mustafa YÜKSEL(*) • Op. Dr. Muharrem ÇELİK(**) • Dr. Aziz UYSAL(***)
Op. Dr. N. Mehdi SİLİ(****) • Doç. Op. Dr. Bülent ARMAN(****)

ÖZET: Bronşial karsinoid tümörler, düşük potansiyelli malign neoplazmalardır. Sıklıkla lokal yayılırlarsa da uzak metastaz da yapabilirler. Bu tümörlerin tedavisi cerrahidir. Heybeliada Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Merkezinde 1985-1989 yılları arasında 113 hastaya akciğer tümörü nedeniyle cerrahi girişim uygulanmasına karşın 7 bronşial karsinoid olgusuna rastlanmıştır. Olguların hepsinde invaziv ve noninvaziv yöntemlerle tanı konulabilmiş hiçbirisinde karsinoid sendrom klinik belirtileri ve laboratuvar bulgularına rastlanmamıştır.

SUMMARY: *Bronchial carcinoid tumours* are the low gradient malignant neoplasm. Although they are local in general but distinct metastase can be seen. Therapy of choice for these neoplasms is surgical intervention.

One hundred and thirteen patients were operated upon for lung tumour in our clinic between the years of 1985 and 1989. In this interval only 7 bronchial carcinoids were obtained. All cases are diagnosed by invasive or non-invasive techniques. None of the cases showed clinical or laboratory signs of carcinoid sendrom.

GENEL BİLGİLER

Karsinoid tümörler bronş mukozasının nöroendokrin kökenli Kulchitsky hücrelerinden köken alırlar. Bunlar barsak karsinoidlerine benzerler ve stoplazmalarında koyu kıvamli nörosekretuar granüller içerirler (11,12).

Karsinoid tümörlerin % 90'ı 50 yaş altında görülmektedir ve kadın erkek oranı hemen hemen eşittir (1,4,6,10,12). Semptom ve fizik bulgular tümörün santral veya periferik yerleşimine bağlıdır. Bu tümörlerin % 20'si ana bronşlarda, % 60'ı lobar bronşlarda, % 20'si de periferde bulunurlar (11). Santral yerleşimli olanlar bronşial sistemde kısmi ya da tam bir tıkanıklık oluşturrurlar. Semptomlardan tümörün vasküler yapısı kadar oluşturduğu tıkanıklık ve onun sonuçları da sorumludur (1,2,4,11,12). Öksürük, hemoptizi ve tekrarlayan enfeksiyonlar klasik semptom triadını oluşturur (12). Uzun süreli tıkanıklıklarda bronşiektazi ve kronik akciğer apseleri oluşur. Olgularda semptomların başlangıcı ile hekime başvuru arasında birkaç aydan birkaç yıla kadar varan bir gecikme gözlenmektedir (11,12).

Aralıklı diare atakları, ateş basması, flaşing ile karakterli karsinoid sendrom yalnızca metastaz olan olgularda görülür (1,4,10,13).

Karsinoid tümörlerde tek bir yöntem ile tanı koymak oldukça zordur. Kesin tanı patolojik incelemeyle konur (11).

Direkt akciğer grafisinde tümör kitlesi veya tıkanıklığa ait bulgular görülebilir (10,11,12). Kalsifikasyon nadirdir (11). Atektazi veya tıkayıcı pnömoni sıklıkla görülen görünümüdür. Tomografide şüpheli kitlenin tam lokalizasyonu gösterilebilir. C.A.T.'de bronş içi tümör, atektazi veya konsolidasyon sahası saptanır (1,4,10,11,12). Bronkografide ise endobronşial kitlenin yeri ve tıkanıklığının gerisindeki bronşiektazi ortaya konabilir (1,2,11).

Bronkoskopi tanıdaki en etkili yöntemlerden biridir (1,2,4,6,8,10,11,12). Karsinoid tümörler makroskopik olarak pembeden mor renge kadar değişen renklerde ve lobüle görü-

(*) Heybeliada Göğüs Hast. ve Göğüs Cer. Merk. Göğüs Cer. Şef Muavini.

(**) Heybeliada Göğüs Hast. ve Göğüs Cer. Merk. Göğüs Cer. Başasistanı.

(***) Heybeliada Göğüs Hast. ve Göğüs Cer. Merk. Göğüs Cer. Asistanı.

(****) Heybeliada Göğüs Hast. ve Göğüs Cer. Merk. Göğüs Cer. Şefi.

nümedirler. Üzerleri intakt bir mukoza ile örtülüdür ve vaskülarizasyon gösterir (1,11,12).

Bronşial karsinoid tümörlerde kesin tedavi cerrahidir (1,2,4,6,8,10,11,12,13). Cerrahi tedavide temel prensip, tümörün malign potansiyeli gözönünde tutularak ve olabildiğince akciğeri koruyarak kitlenin çıkarılmasıdır. Lezyonun distalindeki nonfonksiyone akciğer dokusu da çıkarılmalıdır (1,2,7,10,11,12).

Karsinoid tümörlerde radyoterapi yalnızca operasyona engel hali bulunan nüks olgularla kullanılır (3). Kemoterapi ise metastazların tedavisinde kullanılmaktadır (11).

MATERYAL VE METOD

Heybeliada Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Merkezinde 1985-1989 yılları arasında 113 hastaya akciğer tümörü nedeniyle cerrahi girişim uygulandı. Bunlardan yalnızca 7'si karsinoid tümördü. Karsinoid tümürlü olgular kliniğimize genellikle bronşektaziye ait yakınmalarla başvurumaktadırlar. Bronşektazi düşünülen olgulara rutin olarak uygulanan bronkografi ve bronkografide tıkanıklık düşünülen olgulara bronkoskopi yapılması sonucunda 7 hastaya karsinoid tümör tanısı kondu. Bu hastalarda rutin laboratuvar etkileri yanında 24 saatlik idrardaki 5-HIAA düzeyi ölçüldü. Ayrıca operasyon öncesi her hastaya solunum fonksiyon testleri yapıldı.

TARTIŞMA

Çoğu araştırmacının belirttiği gibi bronşial karsinoid tümörler genellikle ana bronşlar ya da lob bronşlarından çıkmaktadırlar (1,4,6,10,11). Bizim olgularımızda ise, üçünde intermedier bronşta, ikisinde orta lob bronşunda birinde sağ alt lob bronşunda, birinde de sol ana bronşta karsinoid tümör saptandı. Yine aynı kaynaklarda tümör, sağ sistemle sol sistemde aynı oranda yerleşir denmesine karşılık, bizim olgularımızın altısında tümör sağ akciğerde, yalnızca birinde sol akciğerde idi.

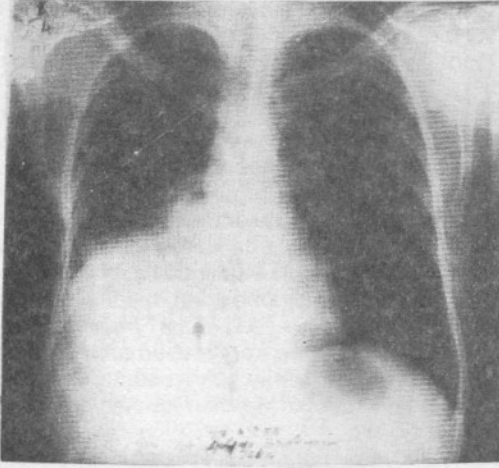
Karsinoid tümörler her iki cinstede eşit oranda görülmektedirler (1,4,6,10,12). Paulson ve arkadaşları ise kadın, erkek oranını 2/1 olarak bildirmişlerdir (11). Biz ise bu oranı 4/3 bulduk. Bütün araştırmacıların belirttiği gibi olguların % 90'ı ve 50 yaş altındadır. Bizim de tüm olgularımız 50 yaş altında idi ve ortalama yaş 24 bulundu.

Klinik semptom ve bulgular, bronşların tıkanıklığına bağlı olarak gelişen nüks enfeksiyon tablosu ve bunun sonucunda oluşan bronşektaziye bağlıdır (1,2,4,6,10,11,12). hemoptizi ise tümörün vasküler yapısıyla ilgilidir (1,12). Olgularımızın 7'sinde de bronşektaziye ait öksürük, balgam çıkarma yakınmaları ve nüks pnömoni öyküsü vardı. Beş olguda ise hemoptizi diğer yakınmalara eşlik ediyordu. semptomların başlangıcı ile kesin tanı konması arasında belirli bir gecikme periyodu vardır (11,12). bizim olgularımızda ise en uzun öykü 10 yıl, en kısası ise 9 aydır. Literatürde 40 yıllık öyküsü olan olgular bildirilmiştir (11).

Karsinoid sendrom hemen yalnızca karaciğer metastazı olan olgularda görülmektedir (1,4,6,10,11,13). Olgularımızın hiçbirisinde karsinoid sendroma ve karaciğer veya başka organ metastazına rastlamadık.

Bronşial karsinoid tümörlerde, direkt akciğer grafisinde obstrüksiyona ait bulgular saptanmaktadır (1,11,12). Bazı araştırmacılar ise % 25 olguda direkt grafide soliter pulmoner nodül görünümü olduğunu bildirmişlerdir (5,9). Bizim olgularımızda da tıkanıklığa bağlı olarak gelişen bronşektaziye ait bulgular vardı ve hiçbir olgumuzda soliter pulmoner nodül görünümüne rastlamadık. Resim-1'de, direkt akciğer grafisinde, sağ alt lop bronşu ağzında obstrüksiyon oluşturmuş karsinoid tümörde, alt lobun konsolidasyonu görülmektedir. Bronkografide ise endobronşial tıkanıklık ve distalindeki bronşektazi ortaya çıkarılır (1,2,11,12). Tüm olgularımızda bronkografi çekildi ve meydana gelmiş olan bronşektazi ortaya kondu. Resim-2'de, bronkografide, obstrüksiyon arkasındaki bronşektatik görünüm görülmektedir. Resim-3'de ise aynı olgunun oblik bronkogramında alt loba bağlı bronşektazi izlenmektedir.

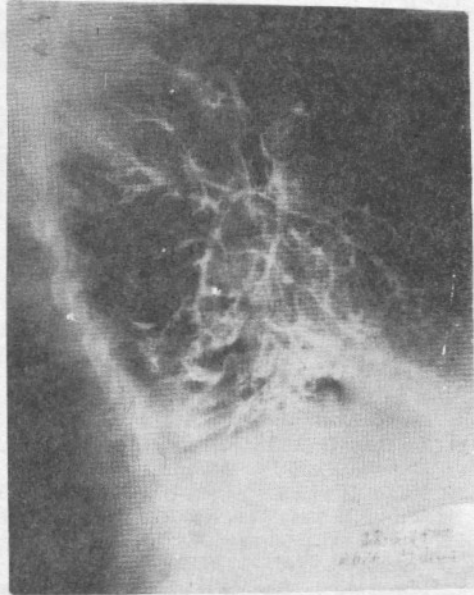
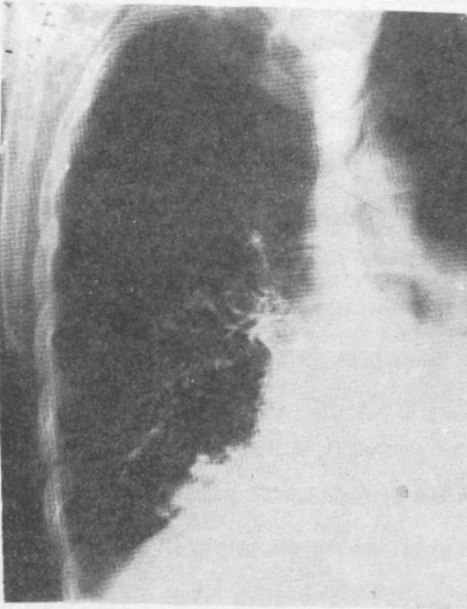
Bronşial karsinoid tümörlerde tanıdaki en etkili yöntem bronkoskopedir (1,2,4,6,10,11,



Resim 1: Sağ lat lob bronşu ağzında obstruksiyon oluşturmuş karsinoidde, alt lobun konsolidasyonu.

12,13). Paulson ve arkadaşları (11) olguların % 75'inde karsinoid tümörler bronkoskopi ile görülmektedir demelerine karşın biz tüm olgularımızda endobronşial tümörü bronkospoki ile gördük. Bronkoskopi sırasında kitleden biyopsi alınması konusu ise tartışmalıdır. Rozenman ve arkadaşları biyopsi yaptıkları 16 hastadan hiçbirisinde ciddi bir hemoraji görmedeğini belirtmektedirler (12). Alp ve arkadaşları ise karsinoidlerin kanama eğilimleri nedeniyle biyopsi almama taraftarıdır (1). Biz biyopsi aldığımız 4 hastamızda herhangi bir problemle karşılaşmadık.

Karsinoid tümörlerin bazılarında, karsinoid sendrom olsun veya olmasın kanda yük-



Resim 2,3: Bronkografide obstruksiyon arkasındaki bronşektatik görünüm.

sek düzeyde serotonin bulunduğu ve serotonin metabolitlerinin idrarda saptanmasının tanıya yardımcı olabileceği belirtilmektedir (11). Biz olgularımızdan ölçtürebildiğimiz üçünde bir serotonin metaboliti olan 5-Hidroksi İndol Asetik Asit'in 24 saatlik idrardaki düzeyini normal sınırlarda bulduk.

Tüm araştırmacıların belirttiği gibi karsinoid tümörlerde yegane tedavi cerrahidir. Cerrahi tedavide esas olan tümörün tam olarak çıkarılması ve sağlam akciğer dokusunun korunmasıdır (1,2,11). Eski yıllarda uygulanan bronkoskopik çıkarma günümüzde terk edilmiştir (11,12). King ve arkadaşları, lokal bronşial ekzisyon, bronkoplasti ve sleeve rezeksiyon konservatif yöntemlerle % 90 iyi sonuç aldıklarının belirtmektedirler (8). Alp ve arkadaşları (1) ile Paulson ve arkadaşları (11) da uygun olgularda sleeve lobektomi yapılması taraftarıdır. Bizim olgularımızın hepsinde de tümörün distalinde bronşektazi saptandığı için, 5'inde sağ alt ve orta lobektomi, birinde sağ alt lobektomi, birinde de sol alt lobektomi ve linguler segmentektomi uygulandı.

Karsinoid tümörler, radyoterapiye dirençlidir denmesine karşın, Bernstein ve arkadaşları, nüks karsinoid tümürlü bir hastalarında radyoterapi ile çok iyi sonuç aldıklarını belirtmektedirler (3). Kemoterapi ise hepatik metastazla birlikte olan karsinoid sendrom olgularında kullanılmaktadır (11,12).

Karsinoidlerde cerrahi tedaviden sonra 5 yıllık yaşam oranı çok yüksektir. Eğer bölgesel lenf bezi metastazı varsa bu oran % 70'e düşmektedir (11).

SONUÇ

Yedi bronşial karsinoid tümör olgusu nedeniyle konuyla ilgili kaynaklar gözden geçirildi. Kaynaklara uyan ve uymayan bulgular ortaya kondu. Hemoptizi yakınması olan genç ve orta yaş grubunda, bronşektazi tanısı yanında bronkografinin değeri ve bronkografide şüphe çeken durumlarda, bronkoskopik çalışma ile karsinoidlerin preoperatif tanısının konulacağı ve tedavi yönteminin cerrahi olduğu vurgulandı.

KAYNAKLAR

1. Alp M., Uçanok K., Doğan R., Kaya S., Çetin G., Ünlü M., Yorulmaz F., Moldibi B.: Surgical treatment of Bronchial Adenomas: Results of 29 cases and Review of the Literature: Thorac. Cardiovasc. Surgeon: 35: 290-294, 1987.
2. Arman B., Ekmekçioglu A., Sili N.M.: Genç yaşta rastlanılan karsinoid tümörler. Tüberküloz ve Göğüs Hastalıkları Dergisi Cilt 35 Sayı 3-4, 1987.
3. Bernstein C., Goey J., Lartzman M.: Recurrent bronchial carcinoid tumour. Chest 1989; 95: 693-694.
4. Fraser R.G., Pare J.A.: Diagnosis of Diseases of the Chest. Second Ed. Philadelphia W.B. Saunders Co. 1977: 982-992.
5. Home n.W., Spiro G.: Tumours of the lung, mediastinum and pleura. Oxford Textbook of Medicine, Volume 2. Second Ed. 1988: 15. 156.
6. Hurt R., Bates M.: Carcinoid tumours of the bronchus: A 33 years experience. Thorax 1984; 39: 617-623.
7. Hurt R.: Resection of lung. In Operative Surgery, Fourth Ed. Cardiothoracic Surgery. London Butterworths 1986: 149-177.
8. King T.C., Smith C.R.: Chest wall, pleura, lung and mediastinum. In Principles of Surgery. Fifth Ed. Mc. Graw Hill Book Co. 1988: 740-742.
9. Lilington G.A.: The solitary circumscribed pulmonary nodule. In A Diagnostic Approach to Chest Diseases. Third Ed. 1987: 127-128.
10. Martin J., Pinnet F., Loire R., Coulomb M.: Bronchial carcinoid tumors: Radioclinical signs. A report of 25 cases. Ann Radiol. 25: 515-527, 1982.
11. Paulson D.L., Ginsberg R.J.: Bronchial Adenoma. In General Thoracic Surgery. T.W. Shields (Ed.) Second Ed. 1983: 712-728.
12. Rozenman J., Pausner R., Lieberman Y., Gamsu G.: Bronchial Adenoma Chest: 92: 1: 145-147, 1987.
13. Smith R.A.: Bronchial carcinoid tumors. Thorax 24: 43, 1965.