

**BRONŞ KANSERİ NEDENİYLE AKCİĞER REZEKSİYONU
UYGULANAN HASTALARDAN ELDE EDİLEN GEÇ
SONUÇLAR VE CERRAHİ TEDAVİYİ ETKİLEYEN
FAKTÖRLER**

Dr. Güven ÇETİN (*)

Dr. Recep ASLAN ()**

Dr. Galip URAK (*)**

Bundan önceki klinik araştırmamızda 1968 - 1973 yılları arasında kliniğimizde yatırılan 215 bronş kanserli hastanın 71 tanesinde akciğer rezeksiyonu uyguladığımızı bildirmiştik (1). Bu araştırmamızda ise rezeksiyon uygulanan vak'aların yaşama süreleri, erken ve geç mortalite nedenleri ve hastaların ameliyattan sonraki yaşama sürelerine etki eden faktörler gözden geçirilecektir.

MATERYEL - METOD :

Akciğer rezeksiyonu ile tedavi edilen 71 bronş kanserli hastanın retrospektif tetkikinde klinik kontrol fişleri ve kendilerine gönderilen anket fişlerinden yararlanılmıştır.

I — Bronş kanserli 215 hastanın genel durumu :

- 15 vak'a ameliyatı kabul etmemiş
- 63 vak'a klinik bulgularla inoperabl kabul edilmiş
- 66 vak'a torakotomide inoperabl bulunmuş
- 71 vak'ada rezeksiyon uygulanmış (49 Pnömenektomi)
(22 Lobektomi)

* A. Ü. Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi Kliniği Uzman Asistanı.

((Halen Atatürk Sanatoryumu Göğüs Cerrahisi Kliniği Uzmanı))

** A. Ü. Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi Kliniği Asistanı.

*** A. Ü. Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi Kliniği Direktörü.

- 6 tanesi Anaplastik Ca — 4 vak'ada ganglion(+)
 71 hastanın 8 tanesi Adeno Ca — 2 vak'ada ganglion (+)
 57 tanesi Yassı H. Ca — 13 vak'ada ganglion (+)

II — Yapılan araştırmada 71 vak'anın ancak 58 tanesinin son durumu hakkında bilgi ediniliyor. Bu durumda 13 vak'a takipten kaybolmuş. Takipten kaybolan hastaların hepsi Yassı H. Ca teşhisi almış ve 4 tanesinde ganglion metastazı var.

- 15 vak'a lobektomili — 6 tanesinde gang. (+)
 58 hasta 10 vak'a sağ pnömenektomili — 3 tanesinde gang. (+)
 33 vak'a sol pnömenektomili — 6 tanesinde gang. (+)

A — Anaplastik Ca teşhisini alan 6 hastanın genel durumu :

- 1 vak'a lobektomi — gang. (+) .5 ay sonra exitus
 1 vak'a sağ pnömenektomi — gang. (+) erken postop. exitus
 4 vak'a sol pnömenektomi — 2 vak'ada gang. (+)
 a — 3 vak'a ameliyattan sonra 6 ay içinde exitus
 b — 1 vak'a ganglion metastazı yok 7 aydır hayatta

B — Adeno Ca teşhisini alan 8 hastanın genel durumu :

- 3 vak'a sağ pnömenektomi 1 vak'ada ganglion (+)
 1 vak'a erken postoperatif exitus
 1 vak'a 1 sene 7 ay sonra exitus
 1 vak'a 1 senedenberi hayatta gang. (+)
 5 vak'a sol pnömenektomili 1 vak'ada ganglion (+)
 1 vak'a ameliyattan 2.5 sene sonra exitus
 3 vak'a ameliyattan sonra 1.5 senedir hayatta
 1 vak'a 1 sene 9 aydan beri hayatta gang. (+)

C — Yassı H. Ca teşhisini alan 44 hastanın genel durumu :

- 14 vak'a lobektomili 5 vak'ada ganglion metastazı (+)
 1 vak'a erken postoperatif exitus
 2 vak'a ameliyattan sonra 1 sene içinde exitus
 2 vak'a ameliyattan sonra 2 sene içinde exitus
 1 vak'a ameliyattan sonra 3 sene içinde exitus

8 vak'a muhtelif zamanlardan beri hayatta en uzun yaşıyanı 2.5 sene, gang. metas. (—)

6 vak'a sağ pnömenektomili 1 vak'ada gang. met. (+)

2 vak'a erken postoperatif exitus

1 vak'a ameliyattan sonra 2 sene içinde exitus

2 vak'a ameliyattan bu yana 1 senedir hayatta

1 vak'a ameliyattan sonra 1.5 senedir hayatta

24 vak'a sol pnömenektomili 3 vak'ada gang. metastazi

6 vak'a erken postop. exitus 2 vak'a gang. (+)

1 vak'a ameliyattan sonra 1 sene içinde exitus

2 vak'a ameliyattan sonra 2 sene içinde exitus

4 vak'a ameliyattan sonra 4 sene içinde exitus

1 vak'a ameliyattan sonra 1.5 senedir hayatta

10 vak'a ameliyattan bu yana muhtelif zamandan beri hayatta en uzun yaşıyanı 5 sene.

III — Rezeksiyon uygulanan 71 hastanın genel durumu :

Yıl	Takipten kayıp	Erken Post Op. Exitus	1 senede exitus	2 senede exitus	3 sene exitus	4 sene exitus	Hayatta	
1968	2	1	—	1	—	1	1	6
1969	3	2	1	1	—	1	3	16
1970	3	2	1	2	3	—	6	17
1971	4	3	3	—	—	—	6	16
1972	1	3	1	—	—	—	16	21
Toplam	13	11(%15.5)	6	4	3	2	32	71

Rezeksiyon yapılan hastalarımız arasında ameliyathane mortalitesi yok ancak erken postoperatif devrede çeşitli nedenlerle 11 hasta ölmüştür.

- 5 vak'a solunum yetersizliğiyle
- 3 vak'a koroner trombüsü nedeniyle
- 1 vak'a Hepato-renal sendrom nedeniyle
- 2 vak'a akut hemoraji nedeniyle

11 Exitus — % 15.5

Taburcu olduktan sonra çeşitli senelerde çeşitli nedenlerle bilinen 15 geç ölüm vak'ası mevcut.

- 7 vak'a yaygın metastaz nedeniyle
- 3 vak'a solunum yetersizliği nedeniyle
- 3 vak'a bronş fistülü, ampiyem ve solunum yetersizliği
- 2 vak'a miyokard enfarktüsü ya da pulmoner emboli nedeniyle

15 Exitus

IV — Halen hayatta olan 32 hastanın bronkoskopik ve sitolojik özellikleri :

A — 1968 yılı :

Sol pnömenektomi yapılan bir hasta halen hayatta. Ameliyat öncesi araştırmalarında tümör görülmemiş, lavaj Class II, mediasten ganglionunda metastaz bulunmamış. Hücre tipi Yassı H. Ca.

B — 1969 yılı :

Rezeksiyon yapılan üç vak'a halen hayatta. Bronkoskopilerinde tümör görülmemiş, lavajlarda patolojik hücre tesbit edilmemiş ve ameliyatta çıkartılan ganglionlarda metastaz yok.

C — 1970 yılı :

Rezeksiyon uygulanan 6 hasta halen hayatta.

4 vak'aya lobektomi yapılmış hepsi yassı H. Ca. Ganglionlarında metastaz yok. Bronkoskopide üç vak'ada tümör görülmemiş 1 vak'ada tümörün indirekt belirtisi mevcut. Lavajların hiç birisinde patolojik hücre tesbit edilememiş.

2 vak'aya sol pnömenektomi yapılmış bunların da ganglionlarında metastaz yok. Bronkoskopilerinde tümör görülmemiş, lavajda patolojik hücre yok.

D — 1971 yılı :

Rezeksiyon uygulanan 6 hasta halen hayatta.

2 vak'a sol pnömenektomi, adeno Ca., 1 vak'ada ganglion metastazı var. Bronkoskopiler normal, lavajda patolojik hücre yok.

2 vak'a lobektomi, yassı H. Ca., ganglion metastazı yok bronkoskopiler normal 1 vak'anın lavajı Class IV.

1 vak'a sağ pnömenektomi, yassı H. Ca. ganglionunda metastaz yok. Bronkoskopide tümörün indirekt belirtisi var ve lavajda patolojik hücre yok.

1 vak'a sol pnömenektomi, yassı H. C. ganglionlarda metastaz yok, bronkoskopide tümör görülmemiş, lavaj Class II.

E — 1972 yılı :

Rezeksiyon uygulanan 16 hasta halen hayatta.

1 vak'a sol pnömenektomi, Anaplastik Ca. ganglionlarında metastaz yok, bronkoskopide tümör görülmüş, lavaj Class IV.

3 vak'a Adeno Ca., 1 sağ pnömenektomi, 2 sol pnömenektomi, sağ pnömenektomi yapılan hastanın ganglionlarında metastaz var, sol pnömenektomili vak'alarda yok. Bronkoskopiler normal lavajda patolojik hücre yok.

2 vak'aya lobektomi yapılmış, yassı H. Ca. bronkoskopiler normal, lavajlar Class II ve ganglionlarda metastaz yok.

2 vak'aya sağ pnömenektomi yapılmış, yassı H. Ca. ganglion metastazı yok. Bronkoskopiler normal, 1 vak'anın lavajı Class IV.

8 vak'aya sol pnömenektomi yapılmış, yassı H. Ca.

5 vak'ada ganglion (—), bronkoskopi normal, lavaj Class II.

1 vak'ada ganglion (+), bronkoskopi normal, lavaj Class IV.

2 vak'ada ganglion (—), bronkoskopide tümör görülmüş.

TARTIŞMA :

Bronş kanserinin tedavisinde cerrahi yöntemler halen tartışmasız ön sırayı işgal etmektedir. Her ne kadar radyoterapi ya da kemoterapiden başarılı sonuçlar alınan hastalar bildirilmekteyse de bu gün için bu yöntemlerin yeri ancak cerrahi tedaviye yardımcı olmak veya cerrahi tedavi olanaklarını yitirmiş hastalarda bir umut kaynağı teşkil etmekten öteye gitmemektedir. Ancak bronş kanserinin tedavisinde en önemli yeri işgal eden cerrahinin ulaşabileceği noktaları kesinlikle belirlememiz ve başarılı sonuçlara varabilmek için gözönünde bulundurulması gereken faktörleri değerlendirmemiz lazımdır.

Bundan önceki araştırmamızda; kliniğimizde tedavi edilen 5 senelik bronş kanserli hastalarımızın analizleri yapılmış ve rezektabiliteyi etkileyen faktörler değerlendirilmişti. O çalışmamızda hastaların hepsinin semptomatik oldukları, akciğer filimlerinde periferik ya da santral patolojik gölgeleri olduğu bildirilmişti. Klinik bulguları bu derece ileri safhada olan hastalarımızda ameliyat öncesi yapılan endoskopik ve sitolojik araştırmalardan elde edilen sonuçların rezeksiyon olanaklarını etkiledikleri bildirilmişti. Bronkoskopide tümör görülmeyen, bronş sekresyonunda patolojik hücre tesbit edilmeyen hasta gruplarında % 50 oranında rezeksiyon olanağı elde edebilmemize karşılık endoskopide tümör görülen, bronş sekresyonunda patolojik hücre bulunan gruplarda rezeksiyon imkânlarımız son derece azalmıştır (1).

Rezeksiyon uygulanan hastalarımızın uzun sürede takipleri bizleri gene aynı noktaya getirmiştir. Tablo : IV de görüldüğü gibi endoskopide tümör görülmeyen, bronş sekresyonunda patolojik hücre bulunmayan hastaların rezeksiyon olanakları yüksek olduğu gibi rezeksiyondan sonra daha uzun süre yaşadıkları anlaşılmıştır. Overholt (8), Eastridge'nın (2) klinik araştırmalarında da aynı noktaların ehemmiyeti belirlenmiş ve semptomatik hastalarda endoskopik, sitolojik müsbet bulguların ameliyattan sonraki yaşama süresini olumsuz etkiledikleri gösterilmiştir.

Kanserin hücre tipi, ganglion metaztazı mevcudiyeti, tümö-

rün vasküler envezyon gösterip göstermediğinin değerlendirilmesi de rezeksiyondan sonra uzun yaşamaya etki eden faktörlerdendir. Kliniko - patolojik araştırmalara göre indifferansiye bronş kanseri rezeksiyondan sonra uzun yaşama açısından en kötü hücre tipidir. Yayınlanan bazı serilere göre anaplastik kanserde 5 sene yaşama oranı son derece az olmasına karşılık bazı müellifler rezeksiyondan sonra % 15 nisbetine kadar yükselen 5 sene yaşama şansı bildirmektedir (6). Kato ve arkadaşlarının 138 asemptomatik anaplastik kanserli hastası içinde rezeksiyondan sonra ancak iki vaka beş sene yaşayabilmiştir (4). Lannox ve arkadaşlarının hastaları içinde ise % 18 oranında 5 sene yaşama şansı elde edilmiştir (7). Bizim rezeksiyon uygulanan anaplastik kanserli hastalarımızın hepsi ameliyattan sonra bir sene içinde ölmüştür. Ancak 1972 yılında rezeksiyon uygulanan bir vaka bu araştırmanın yapıldığı devrede asemptomatik olarak hayatta bulunmaktaydı.

Yayınlanan serilerde adenokanserin yassı hücreli kanser ile anaplastik kanser arasında olduğu belirtilmektedir (6). Sasser ve arkadaşları adenokanserde çok yüksek rezeksiyon oranlarının elde edilmesine karşılık 5 sene yaşama oranının aynı değerde olmadığına değinmektedir (9). Bizim adeno kanserli hastalarımız içindede 5 sene yaşayan hasta yok. Ancak 1 vakamız halen ameliyattan bu yana 2.5 sene geçmiş olmasına rağmen hayatta bulunmaktadır.

Yassı hücreli kanser grubu 5 sene ve daha yüksek yaşama şansının elde edildiği gruptur. Çeşitli otörlerin klinik çalışmaları aynı noktada birleşmiştir (3, 5, 6, 8, 10). Tablo : IV gösterildiği gibi bizim hastalarımızdan elde edilen sonuçlarda yassı hücreli kanser grubunun en yüz güldürücü grup olduğunu ortaya koymuştur.

Rezeksiyon uygulanan hastalarımızı mediasten/ganglionu metaztazi açısından değerlendirdiğimiz vakit halen hayatta olan vakaların hiç birisinde ganglion metaztazi olmadığı anlaşılmıştır. Buna karşılık ganglionlar da metaztaz tesbit edilen hastalarımızın rezeksiyondan sonra uzun süre yaşıyamadıkları görülmüştür. Kırkılın ve arkadaşlarının vakalarında rezeksiyondan sonra % 25 oranında ganglion metaztazi bulunmuş ve

bu vakaların hiçbirisi 15 aydan fazla yaşamamıştır (5). Overholt (8) rezeksiyondan sonra ganglionlarda metaztaz olması ve tümör vasküler enfiltrasyon göstermemesini çok iyi bir bulgu kabul etmekle beraber rezeksiyon uyguladığı ve 5 seneden beri hayatta olan hastalarının arasında % 27 oranında ganglion metaztazı tesbit etmiştir. Bizim vakalarımız ise Overholt'un bulgularını teyit etmektedir. Ganglion metaztazı olan hastalarımız arasında rezeksiyondan sonra 5 sene yaşama düzeyi elde edilmiştir.

Rezeksiyondan sonra mediasten ganglionlarında metaztaz tesbit edilmemesine rağmen uzun süre yaşayamayan hastalarımızdan muhtemel vasküler enfiltrasyon mevcuttu ancak çıkarılan histopatolojik tetkikleri bu açıdan değerlendirilmedikleri için kesin bir kanaat bildirilememektedir.

Uygulanan rezeksiyon cinsi ile hayatta kalma süresinin ilişkisi açısından yapılan araştırmalar lobektomi, pnömenektomi ve genişletilmiş pnömenektömi arasında büyük bir fark olmadığını ortaya koymuştur (6, 10, 11). Lokalize lezyonlarda yapılan lobektomi, pnömenektömiyle eşdeğer yaşama süresi temin etmesine karşılık bu tip vakalarda pnömenektömi uygulanırsa postoperatif mortalite ve morbidite nisbetlerinde artma olmaktadır (6, 10). Bizim hastalarımızın içinde bu çalışmanın yapıldığı süreye kadar 5 sene yaşayan lobektomiyi vaka tesbit edilememiştir. Ancak Tablo : IV'ün tetkikinden lobektomili vakaların da çok uzun süreler hayatta kalabildikleri anlaşılmaktadır. Vakalarımız özellikleri olarak hastalığın çok ileri safhasında cerrahi tedaviye tabi tutulmuşlardır. Bu tip hastalarda torokomi esnasında tümörün hilus oluşumlarını tutmadığı tesbit edilirse yada periferik lokalizasyonlu tümörle karşılaşılsa lobektomi uygulamayı tercih ediyoruz.

SONUÇ :

Bu gün bronş kanserinin en etkin tedavisi cerrahi yöntemler uygulanarak yapılmaktadır. Ancak cerrahi tedaviden başarılı sonuçlar elde edebilmek için hastalığı mümkün olduğu kadar erken ve lokalize safhada yakalamanın ehemmiyeti üzerinde bir kere daha durmak isteriz.

Kliniğimizde 5 senede cerrahi tedavi uygulanan 71 hastanın geç sonuçlarını incelediğimiz bu araştırmamızda ameliyat öncesi uygulanan klasik diağnoztiik yöntemlerden elde edilen sonuçların rezeksiyondan sonra hastaların uzun süre yaşamalarını etkiledikleri kanaatine varılmıştır. Vakalarımızı tümörün hücre tipi, ganglion metaztazı, uygulanan rezeksiyonun cinsi, erken ve geç mortalite açısından değeriendirdiğimiz vakit bu güne kadar yayınlanan serilerle aralarında büyük bir fark olmadığı anlaşılmaktadır.

ÖZET :

Bu klinik çalışmamızda 5 senede rezeksiyonla tedavi edilen bronş kanserli 71 hastadan elde edilen sonuçlar gözden geçirilmiş, ameliyat öncesi yapılan klasik diağnoztiik araştırmalardan elde edilen sonuçların gerek rezeksiyon gerekse rezeksiyondan sonra hastaların uzun süre hayatta kalabilmelerine etkili oldukları görülmüştür.

SUMMARY

Seventy - five cases with bronchial carcinoma who had resection has been reviewed during five years. Ure - operative evaluation of diağnostic investigations effects the operative and long term results after resection.

LİTERATÜR

- 1 — Çetin, G., Aslan, R., Uruk, G. : Broş kanseri teşhisi için kullanılan klasik diağnoztiik yöntemlerden elde edilen sonuçların tümör rezektabilitesiyle ilişkisi. A. Ü. Tıp Fakültesi Mecmuası. Baskıda, 1973.
- 2 — Eastridge, C. E., Hughes, E. A., Greenberg, B. E. : Primary carcinom of the lung; Treatment of 1284 cases, Am. Surg. 1967, 33:700.
- 3 — Higgins, G. A., Beebe, G. W. : Bronchogenic carcinoma. Arch. Surg. 1967, 94; 539.
- 4 — Kato, Y., Ferguson, T. B., Bennet, D. E., Burford, T. H. : Oat-Cell carcinoma of the lung, Cancer, 1969, 23; 417.
- 5 — Kırklin, J. W., McDonald, J. R., Clagett, O. T. : Bronchogenic carcinoma; cell type and other factors releating to prognosis, Surg. Gynec. Obs. 1955, 100; 429.

BRONŞ KANSERİ NEDENİYLE AKCİĞER REZEKSİYONU 315
UYGULANAN HASTALARDAN ELDE EDİLEN GEÇ SONUÇLAR VE
CERRAHİ TEDAVİYİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER

- 6 — Lee, Y. T. N. : Prognostic factors in surgical treatment of bronchogenic carcinoma, Surg. Gynec. Obst. 1972, 135; 961.
- 7 — Lennox, S. C., Flavell, G., Pollock, D. J. : Results of resection for oat-cell carcinoma of the lung, Lancet, 1968, 2; 925.
- 8 — Overholt, R. H., Olynyk, P. N., Cady, B. : The current status of the primary carcinoma of the lung, Progr. Clin. Cancer, 1970, 4; 211.
- 9 — Sasser, W. F., Bennett, D. E., Ferguson, T. B. : Primary adenocarcinoma of the lung in men, Ann. Thorac. Surg. 1968, 5; 508.
- 10 — Shimkin, M. B., Conelly, R. R., Marcus, S. J. : Pneumonectomy and lobectomy in bronchogenic carcinoma, J. Thorac. Cardiovasc. Surg. 1962, 44; 503.
- 11 — Ujiki, G. T., Shilds, T. W. : Newer trends in the diagnosis and treatment of bronchogenic carcinoma, Surg. Clin. North. Am., 1971, 51; 183.