

## ACIL SERVİSTE İZLENEN KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI VE AKCİĞER KANSERİ OLAN OLGULARIN ÖZELLİKLERİ

### CHARACTERISTICS OF THE LUNG CANCER CASES WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE FOLLOWED IN EMERGENCY ROOM

**Ceyda ANAR**      **Dursun TATAR**      **İpek ÜNSAL**  
**Yasemin ÖZDOĞAN**      **Hüseyin HALİÇOLAR**

Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, İzmir

**Anahtar sözcükler:** Akciğer kanseri, KOAH, Acil servis

**Key words:** Lung cancer, COPD, Emergency room

Geliş tarihi: 01 / 01 / 2012

Kabul tarihi: 20 / 07 / 2012

#### ÖZET

Acil servise başvuran kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) ve akciğer kanseri birlikteliği olan olguların genel özelliklerini değerlendirmek.

Hastanemiz acil servisine Ocak 2007-Haziran 2007 tarihleri arasında başvuran KOAH ve akciğer kanseri birlikteliği olan 86 olgunun kayıtları retrospektif olarak incelendi.

Çalışmaya alınan 86 olgunun 6 (%6.9)'sı kadın, 80'i (%93.1) erkek olup yaş ortalaması 65.3 (37-81) idi. Olguların 76 (%88.3)'sı sigara içicisiydi ve ortalama 57.4 (0-150) paket/yılı sigara kullanma öyküsü vardı. Olgularımızda saptanan en sık semptomlar nefes darlığı (%100), öksürük (%88.3) ve balgam çıkarma (%40.6) idi. Daha az sıklıkta kilo kaybı (%40.6), göğüs ağrısı (%33.7) ve hemoptizi (%16.2) izlendi. Radyolojik olarak sıklıkla kitle lezyonu (%97.6), mediastinal ve/veya hiler lenfadenopati (%83.7) ve atelektazi (%18.6) saptandı. Lezyonların en sık sağ üst lobda (%33.7) yerleştiği, bunu sağ hilus (%22.1) ve sol üst lobun (%20.9) izlediği görüldü. Pato-

#### SUMMARY

To evaluate the characteristics of the cases with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) and lung cancer concurrently referred to emergency room.

The data of 86 cases referred to emergency service with COPD and lung cancer concurrently between the dates of January and June 2007 were evaluated retrospectively.

80(93.1%) of cases were men and six (6.9%) were women, mean age was 65.3years(37-81). Seventy-six of cases (88.3%) were smokers. The most frequent symptom for referral to emergency room was dyspnea and it was present in all cases. Cough (88.3%), sputum expectoration (40.6%) and weight loss (40.6%) were other the most common symptoms. The most frequent radiological lesions were mass lesion (97.6%) and hilar and/or mediastinal lenfadenopathy (83.7%). Diagnosis of lung cancer was based on histopathology in 82 cases (95.2%) and clinic-radiologic findings

lojik tanı 43 (%36.9) olguda küçük hücreli dışı akciğer karsinomu (KHDAK), 14(%12.04) olguda squamöz hücreli akciğer karsinomu, 10 (%8.6) olguda adeno karsinomu, 1 olguda da büyük hücreli akciğer karsinomu ve 14 %16.4) olguda küçük hücreli akciğer karsinomu (KHAK) idi, 4 (%4.8) olguda patolojik tanıya ulaşamadı. Olguların büyük çoğunluğu (63 olgu, %73.2) lokal ileri ve ileri evre hastalığa sahipti. Olguların 36'sına (%41.8) kemoterapi, 15'ine (%17.5) radyoterapi, 16'sına (%18.6) kemoterapi ve radyoterapi, 4'üne (%4.8) cerrahi tedavi uygulanmış olup, 15(%17.5) olgu semptomatik tedavi ile izlenmekteydi.

KOAH'lı akciğer kanseri olgularının en sık acil başvuru semptomu nefes darlığı ve en sık acil başvuru nedeni solunum yetmezliği idi.

### GİRİŞ

Kronik obst rüktif akciğer hastalığı (KOAH) akciğerlerin anormal inflamatuvar yanıtı ile ilişkili, kısmen reversibl, genellikle ilerleyici hava akımı bozukluğu ile karakterize bir hastalıktır (1). Hem prevalansı, hem de morbidite ve mortalitesi yüksek olan KOAH tüm dünyada önemli bir sağlık sorunu olmaya devam etmektedir. Amerika Birleşik Devletlerinde KOAH ölüm nedenleri arasında dördüncü sırada yer almaktadır. Hastalığın morbidite ve mortalitesi giderek artmakta olup, 2020 yılında ölüm nedenleri arasında 3. sıraya yerleşmesi beklenmektedir (2).

Bu hastalığın gelişiminde en önemli risk faktörünün sigara olduğu bilinmektedir. Sigara içimiyle sıkı ilişkisi olduğu bilinen mortalitesi yüksek diğer bir akciğer hastalığı da akciğer kanseridir. Bu hastalıkların sigara, çevresel maruziyet gibi etkenler sonucu, genetik yatkınlığı olan bireylerde ortaya çıkan iki ayrı hastalık mı olduğu veya bir hastalığın iki ayrı klinik görünümü olduğu sorgulanmaktadır (3-6).

Bu çalışmada acil servisimize başvuran kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) ve akciğer kanseri birlikteliği olan olguların klinik, radyo-

in 4 cases (4.8%). The most common cancer type was non small cell lung cancer (NSCLC) (n:43, 36.9%). 14(12.04%) caseses were squamöz lung cancer, 10 cases were adenocarcinoma and 14 cases were small cell lung carcinoma. When assessed in terms of organ metastasis, it was observed that the most frequent one was adrenal metastasis (8.0%). Chemotherapy was performed in 36 (41.8%) cases, radiotherapy in 15 (17.5%), surgery in 4 (4.8%) and 15 (17.5%) subjects were followed by symptomatic therapy.

The most frequent symptom for referral was dyspnea and the most frequent cause for referral was respiratory insufficiency in COPD-patients with lung cancer.

lojik özellikleri, tanı yöntemleri ve histopatolojik tanılarının ortaya konması amaçlandı.

### GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışmada Ocak 2007-Haziran 2007 tarihleri arasında İzmir Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi acil servisine 26 460 başvuru yapan 17 666 hastanın kayıtları incelendi. Bunlardan 4095 başvuru yapan 1933 hastanın akciğer kanseri, 9141 başvuru yapan 6017 hastanın da KOAH tanısına sahip olduğu görüldü. Bunların içinde hem akciğer kanseri hem de KOAH tanısına sahip olan 86 olguya ait kayıtlar retrospektif olarak değerlendirildi. Çalışmaya alınanlar, solunum fonksiyon testleri (SFT), öykü, fizik muayene ve akciğer radyografileri ile GOLD (The Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease) kriterlerine (FEV1/FVC<%70) uyan ve histopatolojik olarak akciğer kanseri tanısı konan olgulardı.

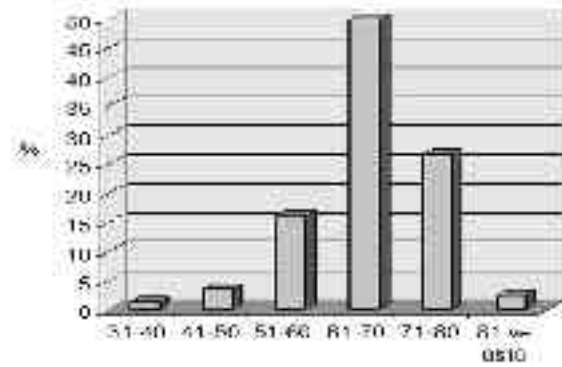
KOAH ve akciğer kanseri olan olguların yaş, cinsiyet, sigara öyküsü, komorbid hastalıkları, acil servise başvuru semptomları, solunum fonksiyon testi sonuçları ve kanserin histolojik tipi (skuamöz, küçük hücreli, adeno-karsinom veya büyük hücreli) hasta dosya-

larından kaydedildi. Aktif sigara içimi (günde en az bir sigara içimi olarak tanımlandı), günde ortalama içilen sigara sayısı ve paket-yılı olarak ifade edilen kümülatif sigara tüketimi hesaplandı. Postero-anterior (PA) akciğer röntgenogramları ve toraks bilgisayarlı tomografileri incelenerek lezyon tipi ve yerleşim yerleri incelendi. Akciğer grafilerinde havalanma artışı, damla kalp görünümü ve diyafragmalarda düzleşme izlenen hastalar amfizem; bronkovasküler dallanmada artış kronik bronşit olarak kabul edildi. Malignite tanısına hangi yöntem ile ulaşıldığı değerlendirildi. Küçük hücreli dışı akciğer kanseri olan hastalar evre I-IV arasında sınıflandırıldı. Küçük hücreli akciğer kanseri olan olgular ise sınırlı (hiler, ipsilateral ve kontralateral mediastinal ve ipsilateral ve kontralateral supraklaviküler lenf nodlarını kapsayan bir hemitoraksla sınırlı) ve yaygın hastalık (sınırlı hastalık tanımı dışında herhangi bir bölgede gelişen hastalık) olarak sınıflandırıldı.

## BULGULAR

Çalışmaya alınan 86 olgunun 6'sı (%6.9) kadın 80'i (%93.1) erkek olup yaş ortalaması 65.3 (37-81) idi. Olguların yaş gruplarına göre dağılımı Şekil 1'de gösterilmiştir.

Olguların 76'sı (%88.3) sigara içicisiydi ve ortalama 57.4 (0-150) paket/yılı sigara kullan-



Şekil 1. Olguların yaş gruplarına göre dağılımı.

ma öyküsü vardı. 7 (%8.1) olguda hipertansiyon, 5 (%5.8) olguda aterosklerotik kalp hastalığı, 3 (%3.6) olguda larinks karsinomu saptandı. En sık acile başvuru nedeni nefes darlığı olup hepsinde izlenmekteydi. Öksürük (%88.3), balgam çıkarma (%40.6) ve kilo kaybı (%40.6) diğer sık rastladığımız semptomlar olup, daha az sıklıkta göğüs ağrısı (%37.7) ve hemoptizi (%16.2) şikayeti vardı.

Posteroanterior (PA) akciğer röntgenogramları incelendiğinde olguların tümünde KOAH'a ait bulgular (havalanma artışı, diyafragmalarda düzleşme veya basamaklaşma, kostofrenik sinusta kapanma, kostalarda paralelleşme, interkostal aralıkta artma, bronkovasküler dallanmada artış gibi) görüldü. Röntgen bulgularına göre olguların %65'inde amfizem saptanırken %35'inde ise kronik bronşit bulundu. Bunun yanı sıra 63 (%73.2) olguda kitle lezyonu, 51 (%59.3) olguda hiler dolgunluk izlendi. Olguların toraks bilgisayarlı tomografileri (BT) incelendiğinde 84 (%97.6) olguda kitle lezyonu, 72 (%83.7) olguda mediastinal ve/veya hiler lenfadenopati izlendiği görüldü. Diğer bulgular Tablo 1'de görülmektedir.

Kitleler yerleşim yeri yönünden değerlendirildiğinde tümörün en sık sağ üst lobda (%33.7) olduğu, bunu sağ hilus yerleşiminin (%22.1) izlediği görüldü. Kitlelerin yerleşim yerlerine göre dağılımı Tablo 2'de görülmektedir.

Tablo 1. Olguların Toraks BT ve PA akciğer grafisi bulguları.

Bulgu	Toraks BT (%)		PA Akciğer grafisi	
	n	%	n	%
Kitle	84	97.6	63	73.2
Hiler dolgunluk	72	83.7	51	59.3
Atelektazi	16	18.6	-	-
Konsolidasyon	15	17.4	23	26.7
Plevral sıvı	12	13.9	8	9.3
Nodül	10	11.6	3	3.6

**Tablo 2.** Olguların kitle lokalizasyonlarına göre dağılımı.

Lokalizasyon	Olgu Sayısı	(%)
Sağ üst lob	29	33.7
Sağ hilus	19	22.1
Orta lob	1	1.2
Sağ alt lob	8	9.6
Sol üst lob	18	20.9
Sol hilus	12	13.9
Lingula	6	6.9
Sol alt lob	9	10.4
Bilateral	5	5.8

**Tablo 3.** Uygulanan tanı yöntemleri.

Tanı yöntemi	n	(%)
Bronkoskopi	53	61.3
Transtorasik iğne biyopsisi	20	23.1
Skalen lenf nodu biyopsisi	3	3.6
Mediyastinoskopi	3	3.6
VATS	1	1.2
Plevral biyopsi	1	1.2
Balgam sitolojisi	1	1.2
Klinik ve radyolojik	4	4.8

Tanı yöntemleri açısından değerlendirildiğinde 53(%61.3) olgunun tanısının bronkoskopik inceleme sonucu alınan materyalin histopatolojik incelemesi ile konulduğu görüldü. Bunu transtorasik ince iğne aspirasyon biyopsisi (%23.1) izlemekteydi. Diğer tanı yöntemleri arasında skalen lenf nodu biyopsisi, plevral biyopsi ve mediastinoskopi yer alırken 4 olguda klinik ve radyolojik olarak akciğer karsinomu olarak kabul edilmiştir. Olgulara uygulanan tanı yöntemleri Tablo 3'te görülmektedir. Bronkoskopi yapılan 80 (%93.1) olgunun 48'inde (%55.8) tümöre ait direkt bulgular izlenirken 17 (%19.7) olguda tümöre ait indirekt bulgular saptandı. Onbeş (%17.4) olgunun bronkoskopisi normal bulundu.

**Tablo 4.** Olguların evrelere ve metastaz yerlerine göre dağılımı.

Özellikler	Olgu sayısı (n)	(%)
<b>Histopatoloji</b>		
KHDAK	43	50
Skuamöz hücreli	14	16.2
KHAK	14	16.2
Adenokarsinom	10	11.6
Büyük hücreli	1	1.2
<b>KHDAK Evre</b>		
Evre 1	1	1.2
Evre 2	4	4.8
Evre 3	4	4.8
Evre 4	43	50
<b>KHAK</b>		
Sınırlı	9	10.5
Yaygın	5	5.7
<b>Metastaz</b>		
Sürenal	7	8.1
Karaciğer	6	6.9
Karşı Akciğer	5	5.7
Kemik	4	4.8
Beyin	3	3.6
Cilt	2	2.4

Histopatolojik inceleme sonrasında 43 (%36.9) olgunun küçük hücreli dışı akciğer karsinomu (KHDAK), 14 (%16.2) olgunun skuamöz hücreli karsinom, 10 olgunun adenokarsinom, 14 (%16.2) olgunun küçük hücreli akciğer karsinomu (KHAK) tanısı aldığı görüldü. KHDAK'li olguların en sık lokal ileri evre veya ileri evrede olduğu, KHAK'li olguların ise sınırlı hastalık grubunda olduğu görüldü. Metastaz bölgesi açısından değerlendirildiğinde en sık sürenal metastazı (%81) olduğu, bunu karaciğer (%6.9) ve karşı akciğer (%5.7) tutulumunun izlediği görüldü. Olguların 4(%4.8)'ünde kemik, 3(%3.6)'ünde beyin ve 2(%2.4)'sinde cilt metastazı vardı (Tablo 4).

Olguların 36'sına (%41.8) kemoterapi, 15'ine (%17.5) radyoterapi, 4'üne (%4.8) cerrahi tedavi uygulanmış olup, 15 (%17.5) olgu semptomatik tedavi ile izlenmekteydi.

### TARTIŞMA

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) ve akciğer kanseri sık görülen iki akciğer hastalığıdır. Bu hastalıkları ilişkilendiren birçok çalışma yayınlanmıştır. KOAH tanısı konduktan sonra akciğer kanseri gelişimi riski iki kat artmaktadır (7). Birinci saniye zorlu ekspiratuvar volüm (FEV1) azalması olanlarda, bu azalmanın %10 gibi çok az olduğu durumlarda dahi akciğer kanseri riskinin arttığı belirtilmektedir (8). Aile öyküsünde KOAH olanlarda akciğer kanseri riskinin artmış olması her iki hastalık için genetik yatkınlığı akla getirmektedir (9,10). Genlere ait polimorfizmin iki hastalığa yatkınlık oluşturabileceği öne sürülmekte, hem KOAH hem de akciğer kanserinde matriks metalloproteinaz enzimi olan epoxide hidrolase 1 ve interleukin 1 'da ortak polimorfizm saptandığı belirtilmektedir. Ayrıca yine her iki hastalıkta da inflamasyonda ve oksidatif stres altında bazı enzim düzeylerinde değişiklik olduğu saptanmıştır (7). Akciğer kanserinin KOAH patogenetik süreci ile ilgili olarak mı geliştiği veya aynı zararlı etkenlere maruz kalınması sonucu ortaya çıkan hastalığın farklı klinik yansımaları mı olduğu halen araştırılmaktadır.

KOAH insidansı erkeklerde kadınlara göre daha yüksek olup yaşla birlikte artma göstermektedir (11,12). Akciğer kanseri olgularında da insidans yaşla birlikte artmakta olup en sık 50-70 yaşlarında ve erkeklerde görülmektedir (%95) (13,14). Erkeklerin daha yoğun sigara içmeleri yanı sıra toz ve partikül maruziyetine yol açan mesleklerde çalışmalarının erkeklerde bu hastalığın daha fazla ortaya çıkmasına neden olduğu bildirilmektedir (15,16). Ancak kadınlarda gelişmekte

olan ülkelerde biyomas maruziyetinin devam etmesi, kadınların sigara içme alışkanlığının giderek artması ve iş yaşamında daha aktif rol almalarının KOAH ve akciğer kanseri saptanma oranlarında artışa yol açacağı endişesinin yaratmaktadır. Çalışmamızda da hem KOAH hem de akciğer kanseri olgularında erkek cinsiyet hakimiyeti gözlemlenmiş olup, yaş ortalaması ise 65.3 olarak bulunmuştur.

Sigara içme alışkanlığının artmasına paralel olarak KOAH tüm dünyada yaygınlaşan bir salgın haline gelmektedir (17). KOAH ve akciğer kanseri gelişmesinde en bilinen risk faktörü sigara içimidir (12). KOAH'ın toplam içilen sigara miktarı ile ilişkili olduğu bilinmektedir. Olgularımızın %88.3'ünün sigara içtiği, sigara içiminin de yoğun olduğu (%57.4) izlenmiştir. Her iki hastalık ile sigara arasındaki ilişki üzerinde yoğun olarak durulmakla birlikte, KOAH olgularında akciğer kanseri gelişiminde, KOAH ataklarına yol açan akciğer infeksiyonlarının serbest oksijen radikalleri veya nitrojenlerinin üretimine yol açması, hücre proliferasyonunu artırması, apoptozisi engelleyen mekanizmaların harekete geçirilmesi ve anjiogeneze yol açabileceği, hava yolu remodelingi oluşturarak karsinogenezise yol açabileceği öne sürülmektedir.

Akciğer kanserlerinde ilk semptomlar; öksürük (%8-75), kilo kaybı (%0-68), dispne (%3-60), göğüs ağrısı (%20-49), hemoptizi (%6-35)'dir (18). KOAH akut atak semptomları ise nefes darlığında artma, göğüste sıkışma hissi, öksürük ve balgam çıkarma ve balgamın miktarında artma, pürülan vasıf kazanmasıdır. Yorgunluk, halsizlik, uyuklama, depresyon, konfüzyon, wheezing, ateş, egzersiz kapasitesinde azalma bu semptomlara eşlik edebilmektedir (1) Akciğer kanseri ve KOAH'ı olan olgularda ise en sık acile başvuru nedeni nefes darlığı olup olguların hepsinde mevcut idi. Öksürük (%88.3), balgam çıkarma (%40.6) ve kilo kaybı (%40.6) diğer sık rastladığımız

semptomlar olup, daha az sıklıkta göğüs ağrısı (%37.7) ve hemoptizi (%16.2) yakınıması vardı.

Akciğer kanseri tanısında tarama ve evreleme amacıyla başvuru alan ilk radyolojik inceleme yöntemi konvansiyonel radyografidir. Primer lezyonun boyutu, lokalizasyonu, eşlik eden lobar veya segmental atelektazi, plevral efüzyon, hiler veya mediastinal lenf nodlarına ait patolojiler konvansiyonel göğüs radyografisi ile saptanabilmektedir. BT, günümüzde toraks patolojilerinin tanısında, evrelemede yaygın olarak kullanılmakta ve konvansiyonel radyografiler ile ortaya çıkarılmayan lezyonlar saptayabilmektedir (19). Akciğer kanserinde; sağ akciğer ve sol akciğer tutulumunda 6'ya 4 şeklinde bir oran olduğu ve üst lobların özellikle anterior segmentlerin daha sık tutulduğu bildirilmektedir (20-22). Çalışmamızda KOAH' ve akciğer kanseri olan olgularda akciğer kanserine ait bulgular sağ akciğerde daha fazla idi, her iki akciğer üst loblarda yerleştiği gözlemlendi. Olgularımızın %65'nin amfizem olduğu saptandı. Amfizem bulguları olan olgularda akciğer kanseri gelişme riskinin kronik bronşiti olan olgulara göre daha fazla olduğu bildirilmektedir. Schabath ve arkadaşları amfizemi olan olgularda akciğer kanseri riski gelişme riskinin daha yüksek olduğunu bulmuşlardır (23). Yapılan bir çalışmada da akciğer kanseri ve KOAH'ı olan kadın olgularda amfizem tanısı konduktan sonra 9 yıl içinde akciğer kanseri gelişme riskinin belirgin arttığı saptanmıştır (OR=6.36.CI:95%2.36-17.3) (7). 2100 akciğer tanısı alan hasta ile 2120 kontrol grubunun karşılaştırıldığı EAGLE çalışmasında ise kronik bronşit ve amfizemi olan olgular ile yalnız bronşit veya amfizemi olan olgularda akciğer kanseri gelişme riskinin benzer olduğu ortaya konmuştur (24).

Olgularımızın büyük bir çoğunluğunun tanı anında ileri evre hastalık olduğu saptandı.

Bunun nedeninin çalışmaya alınan hasta grubunun acil servise başvuran hastalardan oluşmasına bağlanabilir. Genelde acil servise nefes darlığı olan hasta grubu başvurmakta ve bu da daha çok ağır, çok ağır KOAH'ı ve aynı zamanda ileri evre akciğer kanserine bağlı dispne, hemoptizi veya ağır semptomu olan hastalardır. Yalnız çalışmamızda KOAH hastaların solunum fonksiyon testi (SFT) bulguları olmadığı için ağır ve çok ağır KOAH hasta sayılarını veremiyoruz. Fakat hastaların hemen hemen bakılan kan gazlarının hipoksemik olması bunu destekleyebileceği kanısındayız. KOAH'ın akciğer kanseriyle ortak semptomları olması nedeniyle, bu hastalarda oluşan akciğer kanserine ait semptom ve bulguların maskelenebileceği, bunun da hastanın geç evrede teşhis edilmesine neden olabileceği öne sürülerek "kamuflej hipotezi" olarak adlandırılmıştır. Bir diğer hipotez olan "tarama hipotezi"nde ise komorbiditesi olan olguların sağlık merkezlerine sık olarak gitmeleri nedeniyle daha erken evrede yakalanmalarının mümkün olabileceği ileri sürülmüştür (25). Yapılan çalışmalarda kamuflej teorisini destekleyen bulgular elde edilmiştir (26,27). Çalışmamızda acil servise başvuran olguların çoğunun tanısının önceden konulmasından, semptomların çoğunun hem KOAH hastalarında hem de akciğer kanserli hastalarda görülmesinden ve olguların büyük bir kısmının ileri evrede olmasından dolayı daha çok kamuflej teorisini desteklemektedir. Ancak, çalışmanın sadece acil servise başvuran olgular üzerinden değerlendirilmesinin bu sonuçta önemli rol oynadığını düşünmekteyiz.

Komorbiditenin evrensel olarak kabul edilen bir tanımı bulunmamakla birlikte geleneksel olarak komorbidite ilgilenilen esas hastalık ile birlikte bulunan hastalık olarak tanımlanmaktadır, KOAH'ta bu tanım daha da sorunlu bir hal almaktadır. KOAH sistemik etkileri olup akciğer dışı organların fonksiyon bozuk

luklarına yol açan bir hastalık olması nedeniyle bu hastalıklar altta yatan KOAH hastalığının bir sonucu olabilmektedir (28). Komorbiditesi olan hastalarda fonksiyonel kapasitede azalma, dispne ve yaşam kalitesinde kötüleşme, morbidite ve mortalitede artma gözlenmektedir (29). KOAH'ta başlıca kas-iskelet sistemi, kardiyovasküler sistem, endokrin ve sinir sistemi etkilenmektedir (30,31). Diğer bulgular arasında malnutrisyon, osteoporoz, anemi, gastroözofageal reflü, klinik depresyon ve anksiyete sayılabilir (29). Akciğer kanserli olgularda komorbid hastalıklar arasında en sık olarak KOAH (%23.5), daha sonra sırasıyla kardiyovasküler hastalıklar (%11.5), hipertansiyon (%5.7/ ve diabetes mellitus (%1.3) saptanmıştır (32). Çalışmamızda da en sık olarak hipertansiyon ve arteriosklerotik kalp hastalığı bulunmuştur.

KOAH'ı olan akciğer kanseri olgularında cerrahi tedavinin daha düşük oranlarda yapılabildiği bunun da prognozu olumsuz olarak

etkilediği bildirilmektedir. Çalışmaya katılan olguların 36'sı (%41.8) kemoterapi, 15'i (%17.5) radyoterapi, 15'i (%17.5) semptomatik tedavi ile izlenirken ancak 4'üne (%4.8) cerrahi tedavi uygulanmış idi.

Akciğer kanseri sık olarak metastazlar ile seyreden bir hastalıktır. En sık olarak kemik, karaciğer, beyin, surrenal ve karşı akciğere metastaz saptanmaktadır (33). Yapılan bir çalışmada, akciğer kanserli olguların otopsi sonucunda olguların %25-40 olguda kemik, 1/3 olguda ise surrenal metastazı saptanmıştır (34). Çalışmamızda ise her iki hastalığı olan olgularda en sık metastaz yeri sırasıyla surrenal, karaciğer ve karşı akciğer olarak bulunmuştur.

Sonuç olarak KOAH ve akciğer kanserinin birlikteliği acil serviste sık karşılaşılan iki hastalık olup en sık acil başvuru semptomu nefes darlığı ve en sık acil başvuru nedeni solunum yetmezliği olarak karşımıza çıkmaktadır.

#### KAYNAKLAR

1. Pauwels RA, Buist AS, Calverley PM, et al. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. NHLBI/WHO Global Initiative for Obstructive Lung Disease (GOLD) Workshop Summary. *Am J Respir Crit Care Med* 2001; 163: 1256-76.
2. Institute; NIH publication nr 03-5229. (NHLBI) National Heart, Lung, and Blood Institute Data Fact Sheet Chronic obstructive pulmonary disease (COPD). Bethesda, Maryland. US Dept Public Health and Human Services, National Institute of Health, National Heart, Lung, and Blood. 2003.
3. Petty TL. Are COPD and Lung Cancer Two Manifestations of the Same Disease? *Chest* 2005; 128: 1895-7.
4. Mannino DM, Aguayo SM, Petty TL, Redd SC. Low lung function and incident lung cancer in the United States: data from the First National Health and Nutrition Examination Survey follow-up. *Arch Intern Med* 2003; 163: 1475-80.
5. Tockman MS, Anthonisen NR, Wright EC, Donithan MG. Airways obstruction and the risk for lung cancer. *Ann Intern Med* 1987; 106: 512-8.
6. Lange P, Nyboe J, Appleyard M, Jensen G, Schöhr P. Ventilatory function and chronic mucus hypersecretion as predictors of death from lung cancer. *Am Rev Respir Dis* 1990; 141: 613-7.
7. Schwartz AG, Cote ML, Wenzlaff AS, Van Dyke A, Chen W, Ruckdeschel JC, Gadgeel S, Soubani AO. Chronic obstructive lung diseases and risk of non-small cell lung cancer in women. *J Thorac Oncol* 2009; 4(3): 291-9.
8. Wasswa-Kintu S, Gan WQ, Man SF, Pare PD, Sin DD. Relationship between reduced forced expiratory volume in one second and the risk of lung cancer: a systematic review and meta-analysis. *Thorax* 2005; 60(7): 570-5.

9. Wu AH, Yu MC, Thomas DC, Pike MC, Henderson BE. Personal and family history of lung disease as risk factors for adenocarcinoma of the lung. *Cancer Res* 1988; 48(24 Pt 1): 7279-84.
10. Cohen BH, Diamond EL, Graves CG, Kreiss P, Levy DA, Menkes HA, Permutt S, Quaskey S, Tockman MS. A common familial component in lung cancer and chronic obstructive pulmonary disease. *Lancet* 1977; 10; 523-6.
11. Demir A, Büyüksirin M, Polat G ve ark. KOAH çadırında ölçülen SFT sonuçları ve KOAH risk faktörlerinin değerlendirilmesi. *Türk Toraks Dergisi* 2006;7: 23-8.
12. Mannino DM. Chronic obstructive pulmonary disease: definition and epidemiology. *Respir Care* 2003; 48: 1185-91; discussion 1191-3.
13. Sherman S, Guidat CE. Feasibility of thoracotomy for lung cancer in the elderly. *JAMA* 1987; 258: 927-30.
14. Halilçolar H, Tatar D, Ertuğrul G ve ark. Epidemiyoloji. Akkoçlu A, Öztürk C. Akciğer kanseri multidisipliner yaklaşım. *Toraks Kitapları Sayı: 1 Bilimsel Tıp Yayınevi; Ankara* 1999: 7-14.
15. Viegi G, Pedreschi M, Pistelli F, et al. Prevalance of airways obstruction in a general population: European Respiratory Society vs American Thoracic Society definition. *Chest* 2000; 117: 339-45.
16. Mannino DM, Homa DM, Akinbami LJ, et al. Chronic obstructive pulmonary disease surveillance: United States, 1971- 2000. *Mor Mortal Wkly Rep CDC Surveill Summ* 2002; 511-6.
17. KOAH Çalışma Grubu. Toraks Derneği Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı Tanı ve Tedavi Rehberi, *Toraks Dergisi* 2000; 1(Ek 2).
18. Beckles MA, Spiro SG, Colice GL, Rudd RM. Initial Evaluation of the patient with lung cancer. Symptoms, signs, laboratory tests, and paraneoplastic syndromes. *Chest* 2003; 123: 97-104.
19. Bragg DG. The diagnosis and staging of primary lung cancer. *Radiol Clin North Am* 1994; 32(1): 1-14.
20. Lisa JR, Trinidad S, Rosenblatt MB. Site of origin histogenesis and cytostructure of bronchogenic carcinoma. *Am J Clin Pathol* 1975; 44: 375-8.
21. Sakarya ME, Özbay B, Arslan H, Uzun K, Ceylan E, Ödev K. Akciğer Kanseri Tanısında Konvansiyonel Radyografi ve Bilgisayarlı Tomografi Bulguları. *Van Tıp Dergisi* 1998; 5: 161-5.
22. Sider L. Radiographic manifestations of primary bronchogenic carcinoma. *Radiol Clin North Am* 1990; 28(3): 583-97.
23. Schabath MB, Delclos GL, Martynowicz MM, Greisinger AJ, Lu C, Wu X, Spitz MR. Opposing effects of emphysema, hay fever, and select genetic variants on lung cancer risk. *Am J Epidemiol* 2005;16: 412-22.
24. Koshiol J, Rotunno M, Consonni D, Pesatori AC, De Matteis S, Goldstein AM, et al. Chronic obstructive pulmonary disease and altered risk of lung cancer in a population-based case-control study. *PLoS One* 2009; 4: e7380.
25. Janssen-Heijnen ML, Schipper RM, Razenberg PP, et al. Prevalence of comorbidity in lung cancer patients and its relationship with treatment: A population-based study. *Lung Cancer* 1998; 21: 105-13.
26. Yancik R, Kessler L, Yates JW, et al. The elderly population: Opportunities for cancer prevention and detection. *Cancer* 1988; 62: 1823-8.
27. Özgün MA, Karagöz B, Bilgi O, Kandemir EG, Türken O. Küçük Hücreli Dışı Akciğer Kanseri Komorbiditenin Prognostik Önemi ve Diğer Prognostik Faktörlerle İlişkisi *UHOD* 2009; 19: 63-8.
28. Sin DD, Anthonisen NR, Soriano JB, Agustí AB. *Eur Respir J* 2006; 28: 1245-57.
29. Barnes PJ, Celli BR. Systemic manifestations and comorbidities of COPD. *Eur Respir J* 2009; 33: 1165-85.
30. Wouters EF. Chronic obstructive pulmonary disease. 5. Systemic effects of COPD. *Thorax* 2002; 57: 1067-70.
31. Agustí AG, Noguera A, Sauleda J, et al. Systemic effects of chronic obstructive pulmonary disease. *Thorax* 2004; 59: 574-80.



32. Çilli A, Özdemir T, Özbek Ö, Yakışan A, Ögüş C. Akciğer kanserli hastalarda KOAH birlikteliği. *Solunum* 2003; 5: 20-4.
33. Ernam D, Atalay F, Atıkcın P. A retrospective evaluation of 571 lung carcinoma patients. *Turkish Respiratory Journal* 2003; 4: 67-9.
34. Atıkcın P, Pelit A, Bayız H, Bapay N, Yılmaz Turay Ü. Metastazların tedavisi. In: Akkoçlu A, Öztürk C (eds). *Akciğer Kanseri Multidisipliner Yaklaşım*. Ankara. Bilimsel Tıp Yayınevi. 1999; 146-54.

---

**Yazışma Adresi:**

Dr. Ceyda ANAR  
Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi,  
Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları,  
İZMİR  
e-posta : drceydaanar@hotmail.com

---