

# ATIPIK LOKALİZASYONU NEDENİ İLE SEKESTRASYON ZANNEDİLEN ATIPIK KARSİNOİD TÜMÖR OLGUSU: OLGU SUNUMU

## Misdiagnosed Atypical Carcinoidtumor Case Called Sequestration Due to Atypical Localization: A Case Report

Bayram METİN<sup>1</sup> (0000-0002-7773-9511), Yavuz Selim İNTEPE<sup>2</sup> (0000-0002-5697-5291), Şener YILDIRIM<sup>2</sup> (0000-0003-0884-3400), Mustafa Fatih ERKOÇ<sup>3</sup> (0000-0002-6266-5177)

### ÖZET

Akciğerin karsinoid tümörleri daha çok endobronşial veya intraparakimal yerleşim gösterirler. Tedavilerinde öncelikli olarak parankim koruyucu cerrahi prosedürleri tercih edilir. Postoperatif patoloji sonucunda lenf nodu metastazı ve tümörün proliferasyon durumuna göre de adjuvan tedavi yöntemleri uygulanabilir. Biz burada sağ majör fissürde yerleşim gösteren ve ilk cerrahisinde orta lobdan köken alan sekestrasyon düşündüğümüz bir atipik karsinoid olgusunu sunuyoruz.

**Anahtar Kelimeler:** *Pulmoner karsinoid tümörler; Cerrahi; İnterlobar fissür*

### ABSTRACT

Carcinoid tumors of the lung are mostly placements placed into endobronchial or intraparakimal. Parenchymal protective surgical procedures are preferred in their treatment. Adjuvant treatment methods can be applied according to lymph node metastasis and tumor proliferation status at postoperative pathology. Here, we present a case of atypical carcinoid that placement placed in the right major fissure and we think sequestration is originated than from the middle lobe that seen at the first surgery.

**Keywords:** *Pulmonary carcinoid tumors; Surgery; Interlobary fissure*

<sup>1</sup>Bozok Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahi AD. Yozgat

<sup>2</sup>Bozok Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları AD. Yozgat

<sup>3</sup>Bozok Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Radyoloji AD. Yozgat

Bayram METİN, Doç. Dr.  
Yavuz Selim İNTEPE, Doç. Dr.  
Şener YILDIRIM, Dr. Öğr. Üyesi  
Mustafa Fatih ERKOÇ, Doç. Dr.

### İletişim:

Doç.Dr. Bayram METİN,  
Bozok Üniversitesi, Tıp Fakültesi,  
Göğüs Cerrahisi AD. Yozgat

Tel: 05072385361

e-mail:

drbaymet@hotmail.com

Geliş tarihi/Received: 25.10.2017

Kabul tarihi/Accepted: 04.06.2018

DOI: 10.16919/bozoktip.346606

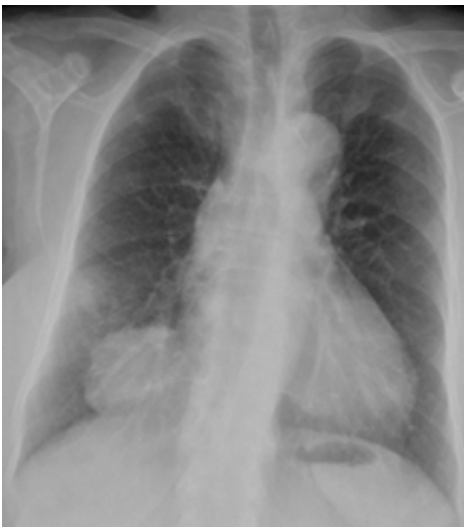
Bozok Tıp Derg 2019;9(1):170-74  
Bozok Med J 2019;9(1):170-74

## Giriş

Bronşial karsinoid tümörler (BKT) akciğerin Kulchitsky hücrelerinden köken alan nöroendokrin tümörleridir. BKT'ler tüm akciğer kanserlerinin yaklaşık olarak % 0,5-5 ine, tüm karsinoidlerin ise %20-30'una tekabül eder. Amerika Birleşik Devletleri'nde yüz bin kişide 5.25 oranında görüldüğü belirtilmiştir. Son yıllardaki insidansındaki artış insidans artışı hastalığın tanı oranındaki artmaya bağlanmaktadır. Karsinoidlerin büyük çoğunluğu gastrointestinal traktta yolakta görülse de (%58) akciğer karsinoidlerinin oranı da (%27) oldukça fazladır (1,2). İlk dekattan itibaren tüm yaş gruplarında görülebilen hastalık en fazla 4-5. dekadlarda görülmektedir. Erkek olgularda kadınlara göre daha çok görüldüğü bildirilmiştir (2). Karsinoid tümörlerin genellikle ya endobronşial yerleşim gösteren santral formu, ya da intraparakimal yerleşim gösteren periferik formu mevcuttur (1,2). Biz burada literatürde daha önce hiç belirtilmemiş, fissüre yerleşim gösteren bir atipik karsinoid olgusunu sunarak literatüre katkı sağlamak istedik.

## OLGU

10 yıl önce guatr operasyonu öyküsü olan ve serbest T3 düşüklüğü nedeni ile euthyrox kullanan 60 yaşında bayan hasta endokrinoloji poliklinik kontrolünde göğsünün sağ tarafında ağrı tariflemesi üzerine çekilen PAAC akciğer grafisinde sağ kardiyofrenik sinüs bölgesinde kitle görülmesi üzerine göğüs cerrahi polikliniğine yönlendirilmiş (Resim 1).

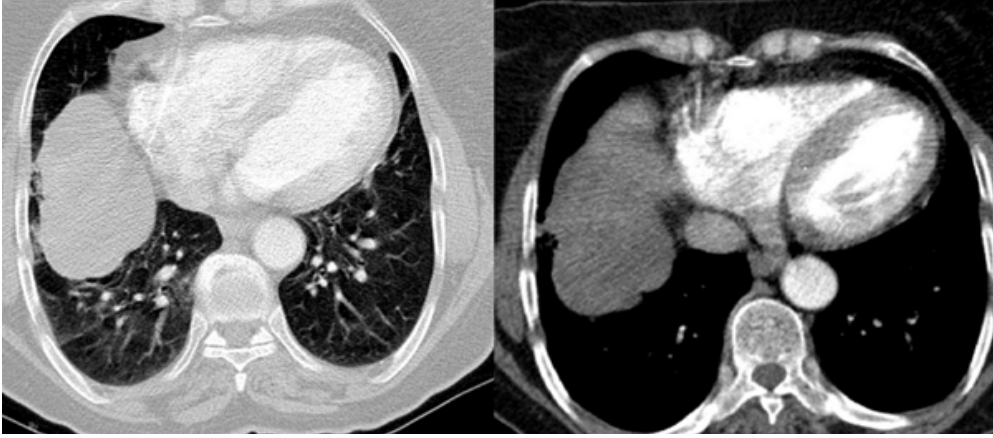


**Resim 1:** Sağ kardiyofrenik sinüste yerleşim gösteren opasite artışı.

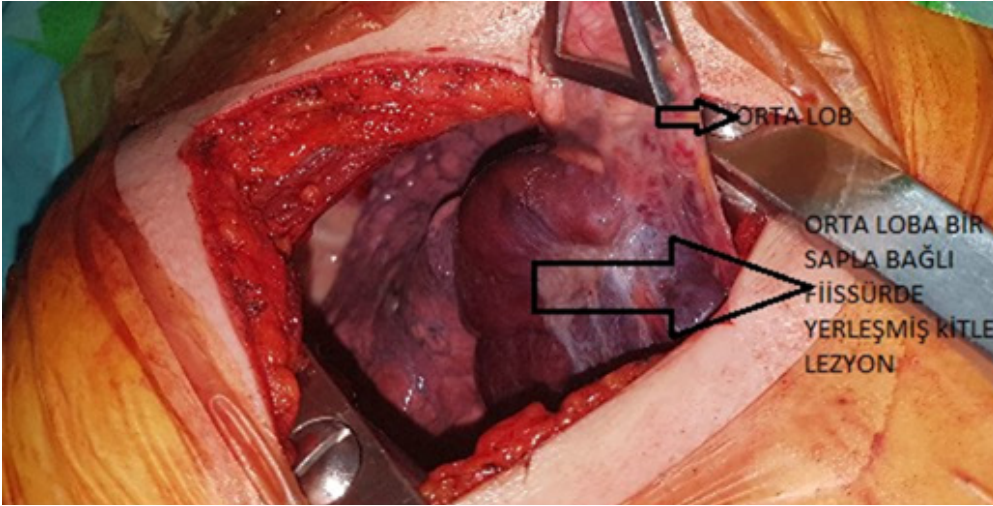
Hastaya çekilen toraks BT 'de sağ akciğer bazalinde diyafram üzerinden itibaren majör fissüre doğru uzanım gösteren ve çevresinde buzlu cam dansiteleri bulunan 9x7x4 cm ebadında kitlesel lezyon izlendi (Resim 2).

Hastaya yapılan hormon tetkikleri sonucunda karsinoid sendrom lehinde ek bir hormonal patolojiye rastlanılmadı. Solunum fonksiyon testleri ve solunumsal muayene bulguları tamamen normal idi. Preoperatif hazırlıkları tamamlanan hasta operasyona alındı. Operasyonda öncelikli olarak entübasyon tüpü içinden fiberoptik bronkoskopi yapıldı ve endobronşial patoloji izlenmedi. Akabinde hastaya sağ 6. interkostal aralıktan torakotomi yapıldı. Gözlemde alt lob ile orta lob arasındaki fissürde, sapını orta lobdan alan, ekstrapulmoner, yaklaşık olarak 5x10x5 cm ebatlarında kitle görüldü. Keskin ve künt diseksiyonlarla kitle çevre dokulardan ayrıldı. Orta lobdan kanlanmasının olduğu görüldü. Vasküler yapıları bağlanarak kesildikten sonra kitle çıkarıldı. Makroskopik görünümüne göre intrapulmoner sekestrasyon olarak değerlendirilen kitleden frozen çalışılmadı (Resim 3).

Postoperatif servis takiplerinde problem gelişmeyen hastanın patoloji sonucunda atipik karsinoid tümör gelmesi ve spesimenin cerrahi sınırının da pozitif olması nedeni ile hasta konseye çıkarıldı. Konseyde tamamlayıcı cerrahi önerilmesi üzerine hasta 1 ay sonra yeniden yatırıldı ve sağ orta lobektomi ile birlikte geniş mediastinal lenf nodu diseksiyonu yapıldı. Cerrahi patoloji sonucunda sağ paratrakeal (4 nolu) ve paraözefagial (8 nolu) lenf bezlerinde tümör metastazı belirtildi. Tümörün immün incelemesinde ki-67 proliferasyon indeksi %1-2 oranında izlenmişti. Postoperatif onkoloji konseyine çıkarılan hastaya ki-67 proliferasyon değeri düşük olsa da metastatik lenf bezleri olması nedeni ile 6 kür kemoterapi verildi. Tedavi süreci tamamlanan hasta postoperatif 1. yılında sorunsuz olarak takip edilmektedir.



**Resim 2:**Toraks BT'de majör fissürde yerleşim gösteren kitle lezyon.



**Resim:3:**Alt lob ile orta lob arasındaki majör fissüre yerleşim gösteren kitle lezyon orta loptan sapını almakta idi.

### TARTIŞMA

Karsinoid tümörler mitoz sayısına ve nekroz olup olmasına göre tipik ve atipik olarak iki grupta kategorize edilmektedir. Her 2 mm<sup>2</sup> alanda ikiden daha az mitoz var ve nekroz yok ise tipik karsinoid, her 2mm<sup>2</sup> alanında 2-10 arasında mitoz var veya nokta şeklinde nekroz odakları var ise atipik karsinoid olarak tanımlanmaktadır. Nöroendokrin tümörler grubunda yer alan akciğerin diğer tümörleri olan yüksek gradeli dereceli büyük hücreli nöroendokrin tümörleri ve küçük hücreli karsinomlarında ise 2mm<sup>2</sup> alanda 10'dan

fazla mitozun yanı sıra geniş coğrafik nekroz alanları vardır (3,4). Tüm karsinoid tümörlerin görülme sıklığına göre %90'ını tipik karsinoidler, %10'unu da atipik karsinoidler oluşturur. Tipik karsinoidlerde 5 ve 10 yıllık sağ kalım %87 oranında belirtilirken, atipik karsinoidde 5 yıllık sağ kalım % 56 iken, 10 yıllık sağ kalım %35 olarak belirtilmiştir (5). WHO Dünya sağlık örgütü 2004 histolojik kriterlerinde; rezeke edilen karsinoid dokular üzerinde çalışılan Ki-67 immünreaktivite düzeyinin tipik karsinoidden atipik karsinoidi ayırmada güvenilir olmadığı belirtilmiştir. Bunun yanı sıra Ki-67 düzeyinin

prognozun belirlenmesinde rol alabileceği belirtilmiştir (4). Bizim olgumuzda Ki-67 düzeyi %1-2 oranında düşük olarak değerlendirilmiştir ve onkoloji konseyinde Ki-67 düzeyinin prognozu belirlemede etkili faktör olması nedeni ile adjuvan tedavi gereği duyulmamış ama metastatik lenf bezlerinin varlığı nedeni ile hastamıza adjuvan tedavi verilmiştir.

Akciğer karsinoidleri yerleşim yerlerine göre santral yerleşimli olanlar ve periferik yerleşimli olanlar olmak üzere ikiye ayrılırlar. Genellikle endobronşial yerleşim gösteren santral karsinoidler tekrarlayan enfeksiyonlar, öksürük, hemoptizi, göğüs ağrısı, dispne ve vizing hırıltı gibi respiratuar semptomlarla gelirken; periferik yerleşim gösterenler ise daha çok başka nedenlerle çekilen radyolojik tetkiklerde insidental olarak tespit edilirler (4). Bizim olgumuzdaki lezyon periferik yerleşim gösterdiği için respiratuar semptomdan ziyade, endokrinoloji kontrollerinde göğüs ağrısı şikâyeti ile çekilen posteroanterior akciğer grafisinde tespit edilmiştir. Yapılan bir çalışmada karsinoid tümörlerin %41 oranında lobar bronşta, %17 oranında ana bronşlarda, %42 oranında segmental bronş veya daha distalde periferik yerleşim gösterdiği belirtilmiştir. Çalışmada en çok sağ akciğerde, sağ akciğer içerisinde ise en yaygın olarak sağ alt lobda yerleşim gösterdiği belirtilmiştir (1). Literatürde de belirtildiği üzere pulmoner karsinoidlerin hemen hemen hepsi ya santral yerleşimle intrabronşial yerleşim, ya da periferik intraparakimal yerleşim göstermektedir (1,4). Bizim olgumuz ise orta lobdan sapını alarak majör fissüre yerleşim gösteren karsinoid tümör olgusu idi. Literatürde olgumuzda olduğu gibi fissüre yerleşim gösteren başka bir karsinoid tümör olgusuna rastlanılmamıştır.

Karsinoid tümörlerin tedavi seçeneklerinden temelini cerrahi oluşturur. Cerrahinin hedefi mümkün olduğu kadar sağlam akciğer dokusunu koruyarak tüm tümürlü alanları uzaklaştırmaktır. Periferik lezyonların tedavisinde komplet anatomik rezeksiyon (lobektomi ve segmentektomi) ile en az 6 lenf nodu istasyonunu içeren geniş lenf nodu diseksiyonu R0 rezeksiyon için önerilen rezeksiyon biçimidir. Sınırlı pulmoner fonksiyon kapasitesine sahip hastalarda da wedge rezeksiyon yerine standart segmentektomi lokal rekürrensin önüne

geçme açısından daha çok önerilmektedir. Santral yerleşim gösteren karsinoid tümörlerde mümkün olduğunca bronşial sleeve rezeksiyon veya sleeve lobektominin uygulanması önerilmektedir. Mümkün olduğu kadar pnömonektomiden kaçınmak gerekir. Endobronşial tedavi yöntemleri (Lokal diatermik rezeksiyon ve lazer rezeksiyonu) veya periferik lokal ablasyon teknikleri ( Radyofrekans ablasyonu, RF) de günümüzde tercih edilen tedavi yöntemlerindedir (4). Bizim olgumuzda ilk ameliyatında makroskopik görünümü ve yerleşim yeri açısından malignite düşünülmemekle sekestre doku olduğu düşünüldüğü için frozen çalışılmasına ihtiyaç duyulmamış ve sadece kitle eksizyonu yapılmıştır. Takiplerindeki patoloji sonucunda atipik karsinoid tanısı aldığı ve tümör sınırında pozitif gelmesi nedeni ile reoperasyon kararı alınmış ve ikinci ameliyatında orta lobektomi ile birlikte geniş lenf nodu diseksiyonu da uygulanmıştır. Patoloji sonucunda sağ paratrakeal (4 nolu) ve paraözefagial (8 nolu) lenf bezlerinde tümör metastazı belirlenmiştir. Bu gün için komplet rezeksiyondan sonra pulmoner karsinoidlerde adjuvan kemoterapi konusunda bir konsensüs yoktur. Sadece lenf nodu pozitif atipik karsinoidlerde adjuvan kemoterapinin mutlaka düşünülmesi gerektiğini belirten yayınlar vardır. Tipik karsinoidlerde sadece rekürrens olursa adjuvan kemoterapi önerilmektedir (3,4). Son yıllarda kullanımı artan ki-67 proliferasyon ve progresyonun belirlenmesinde kullanıldığı gibi onkologlar tarafından adjuvan kemoterapi kararı almada da belirleyici olarak kullanılmaktadır (6). Bizim olgumuzda da ki-67 değerinin düşük olmasına rağmen atipik karsinoid tümör olması ve lenf bezi tutulumu olması nedeni ile 6 kür adjuvan kemoterapi verilmiştir.

Bu olguda karsinoid tümörlerin sadece intraparakimal veya endobronşial yerleşim göstermeyeceğini, toraks içinde herhangi bir lobdan köken alarak lob dışına büyüme göstererek fissüre veya intratorasik plevral aralığa yerleşim gösterebileceğini vurgulamak istedik.

## REFERANSLAR

1. Herde RF, Kokeny KE, Reddy CB, et al. Primary pulmonary carcinoid tumor: a long-term single institution experience/Primary pulmonary carcinoid tumor. Am J Clin Oncol. 2015, DOI: 10.1097/COC.0000000000000221
2. Alpar S, Aydın Ö, Demirağ F, ve ark. Bronşial Karsinoid Tümörlü

Hastalarda Görülen Semptomlar, Tümör Lokalizasyonları ve Uygulanan Cerrahiler. *Solunum Hastalıkları* 2004;15:81-85.

3. Okereke IC, Taber AM, Griffith RC, et al. Outcomes after surgical resection of pulmonary carcinoid tumors. *Journal of Cardiothoracic Surgery* (2016) 11:35

4. Caplin ME, Baudin E, Ferolla P, et al. Pulmonary neuroendocrine (carcinoid) tumors: European Neuroendocrine Tumor Society expert consensus and recommendations for best practice for typical and atypical pulmonary carcinoids. *Annals Of Oncology*.2015; 26 (8): 1604-1620.

5. Travis WD, Rush W, FliederDB, et al., "Survival analysis of 200 pulmonary neuroendocrine tumors with clarification of criteria for atypical carcinoid and its separation from typical carcinoid," *American Journal of Surgical Pathology*, vol. 22, no. 8, pp. 934–944, 1998.

6. Joseph MG, Shibani A, Panjwani N, et al. Usefulness of Ki-67, Mitoses, and Tumor Size for Predicting Metastasis in Carcinoid Tumors of the Lung: A Study of 48 Cases at a Tertiary Care Centre in Canada. Hindawi Publishing Corporation. *Lung Cancer International*. Volume 2015, Article ID 545601, 7 pages