

Memenin invaziv lobüler karsinomunda batın içi metastaz gösteren 3 olgunun sunumu

*Report of three cases with intraabdominal metastases of
the breast lobular carcinoma*

İlknur Bilkay Görken¹ Hilmi Alanyalı¹ Tülay Canda² Sermin Özkal²
Mehmet Ali Koçdor³ Meral Koyuncuoğlu² Ömer Harmancıoğlu³
Serdar Saydam³ Münir Kınay¹

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, 35340 İnciraltı, İzmir

¹Radyasyon Onkolojisi Anabilim Dalı ²Patoloji Anabilim Dalı ³Genel Cerrahi Anabilim Dalı

Özet: İnvaziv lobüler karsinom memede en sık görülen ikinci histopatolojik türü oluşturur ve sıklıkla gastrointestinal ve kadın genital kanalına metastaz yapar. Bu çalışmada anormal vajinal kanama ve abdominal yakınma nedeniyle ovaryum karsinomu ön tanısı ile total abdominal histerektomi ve bilateral salpingooferektomi operasyonu uygulanan premenapozal ve postmenapozal dönemdeki üç hastanın klinik ve patolojik özellikleri sunulmuştur. Her bir olguda iki taraflı ovaryum, tubal ve servikal stromal hücrelerde taşlı yüzük görünümünde hücreler saptanmıştır. Tüm olgularda metastatik malignitenin yüksek olasılıkla memenin invaziv lobüler karsinomu ile uyumlu olduğu saptanmıştır. Son dönemde yayınlanan bir çok çalışmada bu neoplazinin saldırgan davrandığı ve kötü bir doğal gidişi olduğu gösterilmiştir.

Anahtar Sözcükler: İnvaziv lobüler karsinom, batın içi metastazlar

Summary: Infiltrating lobular carcinoma is the second largest group of the breast cancer (6.3%) and often metastasizes to gastrointestinal and female genital tract. We report clinicopathologic features of three premenopausal and postmenopausal patients who underwent total abdominal hysterectomy and bilateral salpingooferectomy operation for abnormal vaginal bleeding and abdominal discomfort. In each case bilateral ovarian, tubal and cervical stromal cells showed signet ring like cell change. All raised the possibility of a metastatic malignancy particularly from the breast. Several recent studies have demonstrated that the neoplasm behaves aggressively and is associated with poor prognosis.

Key Words: Infiltrating lobular carcinoma, intraabdominal, metastasis

Memenin invaziv lobüler karsinomu (İLK), duktal karsinomlardan sonra en sık görülen ikinci histopatolojik türü oluşturur (1, 2). Bu karsinomun invaziv olmayan türü olan lobular karsinoma in situ (LKİ) olgularında multisentrisite (% 48-80) ve bilateralite oranı (% 18-67) yüksektir (1, 3-6). Olguların % 25-35'inde invaziv karsinom gelişebilmektedir (1, 5, 6). İnvaziv lobüler karsinom histolojik görünümde, küçük hücreler tek sıralı diziler oluştururlar. Taşlı yüzük "Signet ring" hücre yapısı adı verilen bu tür meme karsinomlarında kaynaklarda geniş biçimde yer aldığı gibi duktal karsinomlarda değişik metastaz şekli görülmektedir (7-9). İnvaziv lobüler karsinomlu olgularda batında rahatsızlık hissi, postmenapozal vajinal kanama, üriner enfeksiyon ya da kolesistit yakınmaları doktora ilk başvuru nedeni olabilmektedir. Bu yazıda batında rahatsızlık hissi ve postmenapozal ya da premenapozal anormal vajinal kanama yakınmaları ile hekime başvuran üç olgu irdelenmiştir. Bu çalışmanın amacı memenin invaziv lobüler karsinomlarında batın içi metastazların sık görüldüğünü ve olguların bu yönden de dikkatli incelenmesi gerekliliğini vurgulamaktır.

Bulgular ve olgu sunumu

I. Olgu; S.S, 64 yaşında postmenapozal dönemde kadın hasta. Olguya kT4N2M0 sağ meme karsinomu tanısıyla 17.04.1995'te sağ modifiye radikal mastektomi (MRM) operasyonu uygulanmıştır. Olgunun histopatolojik tanısı İLK olarak belirlenmiş, aksilladan çıkarılan 17 adet lenf düğümünün tümünde tutulum ve perikapsüler yayılım saptanmıştır. Olguya bu tanının ardından 6 kür kemoterapi (KT) (CEF), göğüs duvarı ve bölgesel lenfatiklere yönelik radyoterapi (RT) ve hormonoterapi (Tamoksifen, 20 mg/gün) uygulanmıştır. Olguda tanıdan itibaren 12. ayda uzak metastaz gelişmiş (kemik) ve palyatif RT uygulanarak ikinci seri hormonoterapiye (aromataz inhibitörleri) geçilmiştir. Ancak olgu, sağaltım sonu ikinci ayda batında rahatsızlık hissi ve postmenapozal kanama yakınmaları ile hastanemiz jinekoloji kliniğine başvurmuştur. Yapılan jinekolojik bakı ve radyolojik incelemelerde iki taraflı adneksial kitle, batında asit saptanmıştır. Olgunun incelenen tümör belirleyicileri yüksek bulunmuştur (CA-19.9: 1280 U/ml, CA-12.5: 446 U/ml). Olguya ovaryum karsinomu öntanısı ile total abdominal histerektomi (TAH)+ bilateral salpingooferektomi (BSO), parsiyel omentektomi, appendektomi uygulanmış, histopatolojik olarak meme karsinomu ile aynı özellikte İLK saptanmıştır. Olguda

her iki ovaryumda, uterusu tüm katlarda, servikte, omentumda "taşlı yüzük" türde yaygın İLK tutulumu saptanmıştır. Bu olgu önerilen ikinci sıra KT'yi kabul etmediği için üçüncü sıra hormonoterapi uygulamasına başlanmıştır. Hastalığı kontrol altına alınamayan olgu tanıdan sonra 31. ayda eksitus olmuştur.

II. Olgu; E.D, 41 yaşında premenapozal dönemde, ailesinde meme karsinomu öyküsü olmayan bayan hasta. Mayıs 96'da batında rahatsızlık hissi ve cinsel ilişki sonrası kanama yakınmaları ile bir eğitim hastanesine başvuran olgunun, yapılan incelemeleri ve jinekolojik bakısında "pelvik kitle ve batında asit" saptanmıştır. Ovaryum karsinomu tanısı ile operasyona alınan olguya TAH+BSO, omentektomi, pelvik lenf düğümü örnekleme, appendektomi uygulanmıştır. Operasyon sırasında olgunun her iki memesinde kitle olduğu saptanmış ve bu kitlelerden de biopsi alınmıştır. Patolojik incelemede iki taraflı ovaryum, uterus, serviks, mesane, çıkarılan 23 adet pelvik lenf düğümü ve omentumda yaygın İLK tutulumu saptanmıştır. Histopatolojik bulgular memeden alınan biopsi örneği ile aynı taşlı yüzük hücreli tür İLK ile uyumludur. Olgu operasyon sonrası dönemde adjuvan RT için kliniğimize gönderilmiştir. Yapılan fizik bakıda sağ memede kT4N2, sol memede ise kT3N0 meme karsinomu saptanmış ve olguya sistemik kemoterapi (CAF) uygulanmıştır. Altı kür KT sonunda parsiyel yanıt alınan olguda KT sonu 3. ayda hastalık bulgularında ilerleme gelişmiş ve olgu tanıdan sonra 12. ayda eksitus olmuştur.

III. Olgu; Ü.Y, 57 yaşında, bayan hasta. Ondört yıl önce sağ meme karsinomu tanısı ile sağ MRM operasyonu ve takip eden dönemde adjuvan RT uygulanan olgu, operasyon sonu 14. yılda batında rahatsızlık hissi, şişkinlik yakınması ile Kasım 1993'te hastanemiz dahiliye servisine başvurmuştur. Hastanın yapılan jinekolojik muayene ve tarama tetkiklerinde iki taraflı ovaryum alanı ve servikte kitle lezyonları, batında yaygın sıvı ve peritonitis karsinomatosa, multipl mezenterik büyümüş lenfdüğümü ve sağ plevral sıvı saptanmıştır. Olguya ikinci primer ovaryum karsinomu ön tanısıyla laparotomi uygulanarak TAH+BSO ameliyatı yapılmıştır. Ameliyat patoloji raporu İki taraflı overler, tuba uterina serozası, myometrium, serviks, omentum, safra kesesi serozası, appendiks serozasında memenin lobüler karsinomu ile uyumlu metastatik karsinom olarak rapor edilmiştir. Daha sonra çekilen mamografide karşı memede retroareoler derin yerleşimli dansite saptanmıştır. Hasta evre IV meme karsinomu olarak değerlendirilmiştir ve 6 kür

KT (CEF) ve çoklu kemik metastazları nedeniyle bu alanlara yönelik palyatif radyoterapi uygulanmıştır. Kemoterapi sonunda parsiyel yanıt elde edilen olgunun KT sonu 5. ay kontrolünde CA15-3 ve CA-125 yüksekliği saptanması üzerine olguya 2 kür taxol kemoterapisi uygulanmıştır. İki kür sonunda hastalık bulgularında ilerleme saptanan olguya izlenen dönemde karboplatin + etoposid kemoterapisi uygulanmış ancak hastalıkta izlenen ilerleme nedeniyle kemoterapi sonlandırılarak destek sağaltım başlanmıştır. Hasta ilk tanısından itibaren 20. yılda hastalığı nedeniyle eksitus olmuştur.

Tartışma

İLK memede ikinci sıklıkla görülen histopatolojik türdür. Amerika Birleşik Devletleri Ulusal Kanser Enstitüsü (NCI)'nin 1973-1987 yılları arasındaki 158.621 invaziv meme karsinomlu olgularının %68'i İDK, %6.3'ü ise İLK tanısı almıştır (2). Genel kaynaklarda bu oran %5-10 arasında değişmektedir (1, 5, 6). İnvaziv lobüler karsinomlarda histolojik görünümde, küçük hücreler tek sıralı diziler oluştururlar. Taşlı yüzük "Signet ring" hücre yapısı adı verilen bu tür meme karsinomlarında gastro-intestinal sistem ve kadın genital organlarına metastaz sıklığıdır (7-9). Henry Ford Hastanesi'nden Raju ve ark.'ları signet ring hücre yapısı saptadıkları 10 olgudan beşinde gastro-intestinal sistem ve genital organ metastazı saptamışlardır. Bu 10 olgunun tümünde primer meme karsinomu invaziv lobüler karsinomdur (10). Bu çalışmada sunulan kendi olgularımızda olduğu gibi İLK' larda, İDK' lardan değişik metastaz paterni gözlenmektedir. İDK' larda daha çok kemik ve parankim metastazı görülürken, İLK' larda meningeal ve serozal yüzeylerin tutulumu daha sıklığıdır.

New Jersey Tıp Okulu'ndan Lopez Martinez ve ark.'ları yineleyen üriner enfeksiyon ve sağ böbrek lojunda ağrı yakınması ile başvuran daha önce meme karsinomu tanısı almış bir olgularında, yapılan incelemeler sonucunda periüretal bölgede obstrüksiyona neden olan kitle saptamışlardır. Yapılan operasyon sonucunda meme ile aynı özellikte İLK saptanmıştır (7). Crawford ve ark.'ları

daha önce meme karsinomu tanısı ile mastektomi uygulanmış olan ve kolesistit yakınmaları ile başvuran bir olgularında kolesistektomi sonrası kesede invaziv lobular tipte meme karsinomu saptamışlardır (8). Zhang GJ ve ark.'ları evre II lobüler meme karsinomu tanısı ile sağaltım uygulanmış 50 yaşında bir bayan hastada 5. yılda sol göz kapağında şişme yakınması nedeni ile uyguladıkları biopsi sonucunda ilki ile aynı özellikte invaziv lobüler karsinom saptamışlardır. Yapılan ileri incelemede periton, plevra ve karaciğerde yaygın metastatik odaklar saptanmış ve olguya uygulanan sistemik kemoterapiye (Cyclophosphamide, Adriamycin, 5-Fluorouracil) parsiyel yanıt elde edilmiştir (11). Yine matür ovaryum teratomunda sıralı dizilim gösteren küçük hücreli türde lobüler karsinom metastazı bildirilmiştir (12).

Lorimier ve ark.'ları midenin tüm katlarını tutarak primer mide karsinomu taklit eden invaziv lobüler karsinom metastazlı 4 olgu bildirmişlerdir. Bu olgularda tanı immun histokimyasal incelemeler ve CA 15-3 sonuçları ile doğrulanmıştır (13). Borst ve ark.'ları invaziv lobüler ve invaziv duktal karsinomun metastatik yapısını incelemişlerdir. Bu çalışmada Ocak-1973 ile Aralık-1990 arasında 2605 olgu incelenmiştir. Olguların %14'ü invaziv lobüler karsinom (359 olgu), %86'sı ise invaziv duktal karsinom tanısı almıştır. Lenf düğümü, karaciğer, merkezi sinir sistemi metastazı açısından iki alt tür arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmamıştır. Ancak gastro-intestinal sistem (%3.1 / %0.6), jinekolojik organ (%4.5 / %0.8), periton ve retroperitoneal metastaz (%3.1 / %0.6) invaziv lobüler karsinomlu olgularda istatistiksel anlamlı olarak daha çoktur (p<0.05) (9).

Bu yazıda bildirilen üç olguda da, kaynaklar ile uyumlu olarak anormal vajinal kanama doktora başvuru nedenidir. Olgular başvuruda primer ovaryum karsinomu olarak değerlendirilmiştir. Sonuç olarak; kaynaklarda yer alan sınırlı sayıda olguda olduğu gibi, invaziv lobüler karsinomlarda olgular atipik metastazlara bağlı olarak, atipik yakınmalarla gelebilirler. Kendi olgularımızda olduğu gibi invaziv lobüler karsinomlu olgularda, var olabilecek batın içi metastazlar açısından, dikkatli davranmak gereklidir.

Kaynaklar

1. Veronesi U, Goldhirsch A, Yarnold J, Breast Cancer. In: Oxford Textbook of Oncology. Peckham M, Pinedo MH, Veronesi U, Ed. Oxford: University Press, 1995; 1248.
2. Berg JV, Hutter RV. Breast cancer. Cancer 1995; 65-69 (Supp 1)
3. Donegen W, Perez-Mesa C. Lobular carcinoma: an indicator for elective biopsy of the second breast. Am Surg 1972; 176-78.
4. Carter D, Smith R. Carcinoma in situ of the breast. Cancer 1977; (40): 1189.
5. Harris J, Marrow M, Norton L. Malignant Tumors of the breast. In: Cancer, Principles and Practice of Oncology. De

- Vita V, Hellman S, Rosenberg SA, Ed. St.Louis: Lippincott Company. 1997; 1566-1567.
6. Singletary S. Lobular carcinoma in-situ of the breast: A 31 year experience at the University of Texas, M.D. Anderson Cancer Center. *Breast Dis* 1994, (7): 157.
 7. Lopez Martinez RA, Stock CA, Gump FE, Rosen JS: Carcinoma of the breast metastatic to the ureter presenting with flank pain and recurrent urinary tract infecton. *Am Surg* 1996, 62(9) : 48-52.
 8. CrawfordDL, Yeh IL, Moore JZ. Metastatic breast carcinoma presenting as cholecystitis. *Am Surg* 1996, 62(9): 45-48.
 9. Borst MJ, Ingold JA. Metastatic patterns of invasive lobular versus invasive ductal carcinoma of the breast. *Surg* 1993, 114(4): 637- 41.
 10. Raju U, Ma CK, Shaw A. Signet ring variant of lobular carcinoma of the breast: a clinicopathologic and immunohistochemical study. *Mod Pathol* 1993; 6(5): 516-20.
 11. Zhang Gj, Adachi I, Yin DF, Narabayashi M et all. Eyelid metastasis from breast cancer showing marked response to chemotherapy. *Jpn J Clin Oncol* 1995; 25(1): 10-5.
 12. Kirova YM, Feuihade F, de Baecque Fontaine C et all. Metastasis of a breast carcinoma in a mature teratoma of the ovary. *Eur J Gynaecol Oncol* 1999; 20(3): 223-5.
 13. Lorimier G, Binelli C, Burtin P, et all. Metastatic gastric cancer arising from breast carcinoma. *Endoscopy* 1998; 30 (9): 800-4.
-
- Yazışma Adresi:**
- Dr. İlknur Bilkay GÖRKEN
Dokuz Eylül Radyasyon Onkolojisi ABD
35340 İnciraltı-İzmir
Tel: 2777777-4205 Faks: 259 38 38
e-posta: İlknur.Gorken@deu.edu.tr
-

Opere larenks karsinomlu olgularda klinik-radyolojik ve patolojik evre uyumu

Clinical-radiological and pathological stage correlation at the operated laryngeal carcinoma patients

İlknur Bilkay Görken¹ Mehmet Şen¹ Fadime Akman¹ Emel Ada²
Gül Tuzcuoğlu¹ Erkan Yılmaz² H. Uğur Pabuççuoğlu³
Sülen Sarıoğlu³ Münir Kınay¹

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, 35340 İnciraltı, İzmir

¹Radyasyon Onkolojisi Anabilim Dalı ²Radyoloji Anabilim Dalı

³Patoloji Anabilim Dalı

Özet: Larenks kanserlerinin evrelemesinde baş boyun bölgesinin ayrıntılı klinik bakışı oldukça önemlidir. Bu klinik bakı; larenksin indirekt ve direkt larengoskopik incelemesi, videolaryngoskopik incelemeler, boyun lenfatik zincirinin ayrıntılı fizik bakışından oluşmaktadır. Operasyon öncesi dönemde larenks ve boyuna yönelik olarak uygulanan bilgisayarlı tomografi (BT) ile, olgularda var olabilecek larenks dışına uzanım ve kıkırdak invazyonları, boyun lenf düğümlerindeki büyümeler saptanabilir. 1991-1995 yılları arasında larenks karsinomu tanısı ile hastanemiz KBB kliniğinde operasyon uygulanarak, kliniğimize gönderilen ve operasyon öncesi dönemde BT incelemesi yapılan 15 olgu çalışmaya alınmıştır. Olguların grafileri geriye dönük olarak değerlendirilmeye alınmış, radyoloji uzmanı, olguların klinik fizik bakı bulguları ile saptanan evreleri ve patolojik evreleri konusunda bilgilendirilmemiştir. Altı olguda klinik bakı bulguları ve BT ile saptanan klinik T evresi patoloji ile uyumlu iken (%40), 9 olguda klinik ve patolojik evre uyumsuzluğu söz konusudur (%60). N evresi açısından yapılan değerlendirmede 12 olguda klinik ve patolojik evre uyumu söz konusu iken (%80), 3 olguda bulgular uyumsuzdur (%20).

Anahtar Sözcükler: Larenks karsinomu, larenjektomi, boyun diseksiyonu, bilgisayarlı tomografi

Summary: An accurate pretherapeutic staging of laryngeal carcinoma is very important and requires detailed clinical examination. Indirect and direct laryngoscopy, videolaryngoscopic evaluation and physical examination of the neck nodes are mandatory. Contrast enhanced CT is also very helpful in determining the extralaryngeal extension, cartilage invasion and enlargement of neck lymph nodes. In this trial the histopathological findings were compared with the clinical findings including CT. Between 1991-1995, 15 patients with laryngeal carcinoma were referred to our clinic after the operation by ENT doctors. The preoperatif CT of 15 patients were analysed retrospectively by the radiologist who didn't know the pathologic stage. Six patients (40%) didn't have any discrepancy between clinical and pathological stage as long as T stage was concerned. Nine patients had different clinical and pathological T stage. N stage evaluation showed discrepancy of only 20%.

Key words: Laryngeal carcinoma, laryngectomy, neck dissection, computerized tomography

Larenks karsinomlarının evrenmesinde; larenksin indirekt ve direkt larengoskopik incelenmesi, video-larengoskopik incelemeler, boyun lenfatik zincirin ayrıntılı fizik bakışının oldukça önemli bir yeri bulunmaktadır. 1970'lerin ortalarında BT tekniğinin geliştirilmesi ve daha sonraki dönemlerde bu tekniğe manyetik rezonans görüntülemenin de (MRG) eklenmesiyle kanserli olguların görüntülenmesinde önemli değişiklikler ve bu evrelemeye katkıda bulunmuştur.

Operasyon öncesi dönemde larenks ve boyuna yönelik olarak uygulanan BT incelemesi ile larenkste var olan kitle ve bu kitlenin uzanımları, larenks dışına olası uzanımlar ve kıkırdak invazyonları, boyun lenf düğümlerindeki büyümeler saptanabilir. Bir çok çalışmada bilgisayarlı tomografi incelemesinin klinik evrelemeye katkısının %15-20 olduğu bildirilmektedir(1-4). Bu geriye dönük çalışmada amaç preoperatif dönemde yapılan BT incelenmesinin klinik evrelemeye katkısı ve bunun patolojik evre ile uyumunun araştırılmasıdır.

Gereç ve yöntem

1991-1995 yılları arasında larenks karsinomu tanısıyla Dokuz Eylül Baş-Boyun Kanseri Grubu (DEBBKG)'nda 112 olgu değerlendirilmiştir. Bu 112 olgudan 94'üne larenks ve boyuna yönelik cerrahi girişim uygulanmış ve bu olgulardan operasyon öncesi dönemde BT incelenmesi yapılan 15 olgu çalışmaya alınmıştır.

Tüm olgular DEBBKG larenks karsinomu protokolüne uygun olarak sağaltım yapılmıştır (Tablo I). 15 olgudan 13'üne total larenjektomi ve radikal boyun disseksiyonu (TL+RBD) uygulanırken, 2 olguya larenks koruyucu cerrahi ve fonksiyonel boyun disseksiyonu (FBD) uygulanmıştır (Tablo II).

Çalışma kapsamına alınan tüm olgularda operasyon öncesi dönemde indirekt, direkt larengoskopik inceleme ve 5 mm kalınlıkta kesitler alınacak şekilde larenks ve boyuna yönelik BT incelemesi ile klinik evreleme yapılmış, evrelemede UICC evreleme sistemi kullanılmıştır (5).

Değerlendirmeye alınan 15 olgunun operasyon öncesi çekilen BT grafileri ilgili radyoloji uzmanınca primer tümör ve boyundaki büyümüş lenf düğümleri açısından geriye dönük olarak değerlendirilmiştir. Bu değerlendirme sırasında radyoloji uzmanı olguların klinik bakı bulguları ile saptanan klinik evreleri ve operasyon sonrası patolojik evreleri konusunda bilgilendirilmemiştir.

Tablo I. DEBBKG Larenks karsinomu sağaltım protokolü

Lokalizasyon	Evre	Sağaltım
Supraglottik	T1N0M0	Radyoterapi
	T2N0M0	Supraglottik larenjektomi, N0 baskın taraf FBD
	T2N1M0	N1 radikal karşı taraf FBD
	T3N0M0	TL, baskın ya da tutulu taraf radikal, karşı taraf FBD + radyoterapi
Glottik	T3N1M0	
	T1N0M0	Radyoterapi
	T2N0M0	Hemilarenjektomi + FBD
	T3N0M0	TL, baskın taraf RBD + radyoterapi
Glottik-Supraglottik	T3N1M0	TL, tutulu taraf RBD + radyoterapi
	T2N1M0	
	T4N0M0	Neoadjuvan ya da konkomitan kemoradyoterapi
	T4N1M0	
	TN2-3M0	

Tablo II. Olgularda uygulanan cerrahi girişimler

Cerrahi yöntem	n	%
TL+RBD	9	60
TL+Radikal-Fonksiyonel BD (FBD)*	4	26.6
Supraglottik L+ FBD	1	6.7
Frontolateral L+ FBD	1	6.7

*Tümör tarafına radikal, karşı tarafa fonksiyonel boyun disseksiyonu (BD)

Bulgular

Olgular T evreleri açısından incelendiğinde, 6 olguda klinik bakı bulguları ve BT ile saptanan klinik T evresi patolojik evre ile uyumlu iken (%40), 9 olguda klinik-radyolojik ve patolojik evre uyumsuzluğu söz konusudur (%60). Bu 9 olgudan 6'sı klinik fizik bakı bulguları ile bir üst evreye alınmıştır (%66.6) (Tablo III).

N evresi açısından 12 olguda klinik-radyolojik ve patolojik evre uyumu söz konusu iken (%80), 3 olguda bulgular uyumsuzdur (%20).

Tablo III. Dizideki 15 olguda klinik-radyolojik ve patolojik evre dağılımı

n	Ad - Soyad	Klinik-radyolojik değerlendirme	Patolojik değerlendirme
1	N.B.	T4N0	T3N0
2	Y.F.	T2N2	T4N2
3	İ.S.	T4N1	T3N0
4	A.Ç.	T4N2	T4N1
5	A.D.	T2N2	T1N2
6	A.K.	T4N0	T2N0
7	E.A.	T4N3	T4N3
8	M.S.	T3N0	T4N2
9	K.Ç.	T4N2	T4N2
10	Y.A.	T2N0	T3N0
11	K.İ.	T3N2	T4N2
12	N.Ç.	T4N2	T4N0
13	A.H.	T4N0	T4N0
14	A.B.	T3N2	T3N2
15	Y.Ç.	T3N0	T4N0

Tartışma

Larenks karsinomlarının preoperatif evrelemesinde, klinik bakı bulgularına ek olarak yapılan radyolojik incelemelerin katkısı bir çok çalışmada gösterilmiştir (1-4). Larenksin görüntülenmesinde ise; yüksek doğruluk oranı, kısa inceleme süresi, hareket artefaktlarının azlığı (%1-2), protezlerden etkilenmeyişi ve daha ucuz olması nedeniyle bilgisayarlı tomografi, MR incelemesine tercih edilmektedir.

Kolbenstvedt ve ark. klinik inceleme ile T1 olduğuna karar verilen 33 olgudan 6'sında BT incelemesi ile larenks dışına uzanım saptanmıştır (1). Deschepper ve ark. larenks karsinomu tanısı ile sağaltım uyguladıkları 35 olguyu geriye dönük olarak değerlendirmiş ve 12 olguyu BT ile bir üst evreye almışlardır (2). New York Tıp Okulu'ndan Werber ve ark. 29 olguda BT incelemesinin evrelemeye katkısını incelemişler ve olguların yarısının BT bulguları ile bir alt evreye alındığını bildirmişlerdir. Bu çalışmada kartilaj invazyonunun saptanmasında yanlış negatiflik oranı yüksektir. Lenf düğümlerinin değerlendirilmesinde ise radyolojik ve klinik bulgular eşit sonuç vermiştir (3).

Yirmi olgu üzerinde yapılan başka bir çalışmada ise BT bulguları %65 olguda klinik bulgular ile uyumlu iken, %15 olguda klinik olarak saptanan supraglottik tümör, radyolojik olarak gösterilememiştir (4). Kıkırdak invaz-

yonları açısından değerlendirme yapıldığında ise; Maffe ve ark. radyolojik ve klinik bulgular arasında oldukça iyi korelasyon bildirmelerine karşın, mikroskopik tutulumları saptamada BT incelemesi yetersizdir (5).

Zapater ve ark.'larının çalışmasında BT tetkikinin servikal lenf düğümü değerlendirmesindeki yeri incelenmiştir. Bu çalışmada lenf düğümü palpasyonu ile tomografi bulguları operasyon sonrası histolojik veriler ile karşılaştırılmıştır. Sonuç olarak palpasyon ve BT'nin duyarlılık ve özgüllük oranları sırasıyla %64, % 100 ve %74, % 100 dür. Ancak bu çalışmada elde edilen duyarlılıktaki bu küçük kazancın BT'nin rutin kullanımına yansımayaabileceği vurgulanmıştır (7).

Gülhane Askeri Tıp Akademisi'nden M. Kazkayası ve ark.'larının yaptığı 22 olguluk bir çalışmada hastalarda operasyon öncesinde larenkse yönelik aksiyel planda alınmış BT kesitleri ile operasyon sonrasında aynı planda alınmış larenks kesitleri karşılaştırılmıştır. Bu çalışmada BT tetkiki ile en yüksek duyarlılık, paralaringeal alanlar, preepiglottik boşluk, ön ve arka kommissür ve subglottik alan değerlendirmesinde saptanmıştır. Ancak; laringeal kıkırdaklar, larenks dışına uzanım ve servikal lenf düğümü değerlendirmesinde BT incelemesinin duyarlılığı düşük kalmıştır (8). Bloom ve ark.'larının çalışmasında ise, endoskopik olarak larenks karsinomu tanısı almış 77 olgu değerlendirilmiş, bu olguların 23'üne cerrahi, 54'üne de definitif radyoterapi uygulanmıştır. Cerrahi uygulananlarda operasyon öncesi dönemde çekilen BT ve yine aynı dönemde yapılan endoskopi bulguları cerrahi veriler ile karşılaştırıldığında, % 43 olgunun BT verileri ile bir üst evreye girdiği saptanmıştır (9).

Bizim çalışmamızda ise; primer tümör açısından yapılan değerlendirmede %60 (9/15) olguda klinik-radyolojik olarak saptanan evre histopatolojik bulgular ile uyumsuzdur. Bu olguların %66'sı klinik-radyolojik olarak bir üst evreye alınmıştır. Olguların N evresi değerlendirildiğinde; %80 (12/15) olguda klinik-radyolojik bulgular histopatolojik bulgular ile uyumludur. Sonuç olarak, bu çalışmada BT incelemesi özellikle T evresinin belirlenmesinde yetersiz kalmıştır. Operasyon öncesi değerlendirmede BT incelemesinin doğruluğunu arttırmak için yüksek rezolusyonlu incelemeler önerilmektedir (10-12).

Kaynaklar

1. Kolbenstvedt A, Charania B, Natvig K, Tausjo J. Computed tomography in T1 carcinoma of the larynx. Acta Radiol.1989; 30(5): 467-469.
2. Descheper C, Casselman J, Van de Voorde W, Lemahieu S et. all. The contribution of CT to the T-staging of laryngeal carcinoma. J Belge Radiol 1989; (3); 72.
3. Werber JL, Lucente FE. Computed tomography in patients with laryngeal carcinoma: a clinical perspective. Ann Otol Rhinol Laryngol 1989; 98(1 pT1): 55-58.
4. Traxler M, Imhof H, Gritzmann N, Schurawitzki H, Pavelka R. CT staging of laryngeal carcinoma. ROFO-Fortschr Geb Rontgen Nuklearmed 1988; 149(5): 473-475.
5. Mafee MF, Schild JA, Michael AS, Choi KH, Capek V. Cartilage involvement in laryngeal carcinoma: Correlation of CT and pathologic macrosection studies. J Comp Assist Tomogr 1984; 8(5): 969-973.
6. Reid Mh. Laryngeal carcinoma: High resolution computed tomography and thick anatomic sections. Radiology 1984; 151(3): 1983-1989.
7. Hoover LA, Calcaterra TC, Walter GA, Larrison SG. Preoperative CT scan evaluation for laryngeal carcinoma: Correlation with pathological findings. Laryngoscope 1984; 94(3): 310-315.
8. Silverman PM., Korobkin M. High resolution computed tomography of the normal larynx. AJR Am J Roentgenol 1994; 140(5): 875-879.

Yazışma Adresi:

Dr. İlknur Bilkay GÖRKEN
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi
Radyasyon Onkolojisi ABD-35340-İnciraltı- İZMİR
Tel: 259 59 59 / 4205 Faks: 259 38 38
e-mail: İlknur.Gorken@deu.edu.tr
