

## AKCİĞER KANSERLERİNDE CERRAHİ TEDAVİ-KEMOTERAPİ UYGULAMASI

Dr. Anmet BAŞOĞLU (x)  
Dr. Mustafa PAÇ (xx)  
Dr. Hikmet KOÇAK x  
Dr. İbrahim YEKELER (xxx)  
Dr. Şenel YEDİYILDIZ (xxx)  
Dr. İlker ÖKTEN (xxxx)

### ÖZET :

1984-1989 yılları arasında Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma Hastanesinde tetkikleri yapıp, Akciğer kanseri tanısı konularak kemoterapi ve cerrahi tedavi gören 120 olgu değerlendirildi. Bunlar histopatolojik tanı ve operabilite kriterleri gözönünde tutularak tedavi edildiler. Operabl ve inoperabl olgularda elde edilen sürviv literatür ışığında sunuldu.

### GİRİŞ

Günümüzde diagnostik metodların gelişmesi, sigara kullanımının artması ve çevre kirliliğinin aşırı boyutlara ulaşması ile akciğer kanserinin görülme sıklığı artmıştır. 2000 yıllarında kardiovasküler hastalıklardan ölümün azalarak akciğer kanserlerinden ölenlerin artacağı tahmin edilmektedir(4).

Etyolojisinde sigara alışkanlığı, hava kirliliği, özellikle mustart gazı,asbestoz, polisiklik aromatik hidrokarbonlar, nikel, krom, inorganik arsenik, demir tozu, odun tozu gibi endüstriyel ve mesleki maddelere maruz kalma, radyasyon ve virütik hastalıkların rol oynadığı bildirilmektedir(1,4). Son zamanlardaki çalışmalar bütün akciğer kanserlerinin bir ana hücreden farklılaştığını göstermektedir. Büyük hücreli indiferasiye kanserler en az diferanssiye hücre tipidir (1,2).

---

(x)	Atatürk Ü.	Tıp Fak	GKDC	Anabilim Dalı	öğr. Ü.	(Yard. Doç. Dr)
(xx)	"	"	"	"	"	Öğr. Ü. (Doç. Dr.)
(xxx)	"	"	"	"	"	Araş. Grv.
(xxxx)	"	"	"	"	"	öğr. Ü. (Prof. Dr.)

Epidermoid kanserler özellikle cerrahi serilerde sık görülmektedir. Ancak bazı yayımlar adenokanserlerin görülme sıklığının arttığını bildirmekte bu da kadınlarda sigara kullanımının artmasına bağlanmaktadır. (9) .

### MATERYAL METOD :

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma Hastanesi Göğüs Kalp Damar Cerrahisi polikliniğine baş vuran ve hastaneye yatırılarak yapılan muayene ve diagnostik tetkikler sonucu akciğer kanseri tanısı konulan 120 olgunun 98'i erkek 22'si kadın idi. Yaş sınırları 30-85 olup ortalama 54 idi. Olguların 104'ü enaz 10 yıldan beri sigara kullanıyordu.

Diagnostik tetkik ve hastaların değerlendirilmesinde: anamnez, klinik bulgular ve akciğer grafisine göre bronkoskopi endikasyonu konuldu. Bu olgulardan rijit ve fleksibl bronkoskopi ile biopsi ve bronş lavaj sıvıları elde edildi. Histopatolojik muayene ile kesin tanı konuldu. Tedaviler bronkoskopik ve histopatolojik tanıya göre planlandı. Uzak metastazlılarda servikal ve skalen lenf bezi biopsisi yapıldı. Plevral sıvı olanlarda diagnostik torasentez yapılarak sitolojik muayene ile tanı konuldu. Bazı olgularda plevral iğne biopsisi, mediastinoskopi, eksploratis torakotomi uygulandı.

### BULGULAR :

Hastanemizde bilgisayarlı tomografi olmadığından preoperatif evrelenendirme yapılamadı. Uyguladığımız tanı yöntemleri ile hastalar operabl ve inoperabl olarak değerlendirildi. Olgularda uygulanan diagnostik yöntemler tablo 1'de gösterilmiştir.

Tablo 1: Olgularda uygulanan diagnostik yöntemler

<b>I- SİTOLOJİK MUAYENE</b>	
1. Balgam	8
2. Plevral sıvı (Torasentez)	11
<b>II- BRONKOSKOPİ VE ENDOBRONŞİYAL BİYOPSİ</b> (23 Fleksibl ve 51 Rijid Bronkoskopi)	
1. Endobronşiyal Biyopsi	49
2. Bronş lavaj sıvısı	25
<b>III- DİĞER BİYOPSİLER</b>	
1. Periferik lenf Bezi	
a) Skalen lenf bezi	9
b) Aksiller lenf bezi	4
2. Plevral iğne Biyopsisi	3
3. Mediastinoskopi ile lenf bezi	5
4. Eksploratis torakotomi	6
<b>Toplam</b>	<b>120</b>

Patolojiye gönderilen materyallerin incelenmesi sonucu akciğer kanseri tanısı konulan 120 olgunun histopatolojik sınıflandırması Tablo II'de gösterilmiştir.

Tablo II: Olguların histopatolojik sınıflandırılması

Histopatolojik Tanı	Hasta Sayısı	Oran
Epidermoid Kanser	65	54.2
Adenokanser	26	21.7
Küçük Hücreli Kanser	17	14.1
Büyük Hücreli İndiferansiyel kanser	6	5.0
Diğerleri	6	5.0
Toplam	120	100.00

Preoperatif operabilite kriterlerine göre hastaların dağılımı Tablo II'de gösterilmiştir.

Tablo III: Operabilite kriterlerine göre hastaların dağılımı

Operabilite	Hasta Sayısı	Oran
Mutlak inoperabl	32	26.6
Rölatif inoperabl	7	5.8
Radikal Cerrahi Uygulananlar	40	33.33
Torakotomide Anrezektabl	41	34.27
Toplam	12	100.00

Radikal cerrahi uygulanamayan olgularda kemoterapi yapıldı. Bunlardan 12'si radyoterapi için ilgili merkezlere gönderildi. Ancak sonuçları izlenemedi. Radikal cerrahi uygulanan 40 olguya kemoterapide Vinristin Sülfat 1.5 mg/m<sup>2</sup>, Adriamisin 75 mg/m<sup>2</sup>, Etopozid 75 mg/mg<sup>2</sup> gün dozlarında kullanıldı. Kemoterapide uygulanan tedavi şeması Tablo IV'de gösterilmiştir.

Tablo IV: Kemoterapide uygulanan şema

VİNKRİSTİN	1.5 mg/mg İ.V	1 ve 21 günler
ADRIAMİCİN	75 mg/mg İ.V	1,8,15. günler
ETOPOSİDE	75 mg/m <sup>2</sup> /gün	1 ve 4. günler

Bu tedaliye 3-7 kür olarak devam edilmiştir.

Radikal cerrahi uygulanan olguların anatomik dağılımı Tablo V'de gösterilmiştir.

Cerrahiye giden olgulardan biri enfeksiyona bağlı güdük açılmasında post-operatif 6.cı gün, sol pnömonektomi uygulanan bir olgu beyin metastazı nedeniyle 3 ay içinde exitus olmuştur.

Tablo V: Radikal cerrahi uygulanan olguların anatomik dağılımı

Cerrahi işlem	Sağ Akciğer	Sol Akciğer
Prömonektomi	1	2
Üst Löbektomi	6	7
Orta Lobektomi	5	—
Bilobektomi	10	—
Alt Lobektomi	5	4
Toplam	27	13

Cerrahi ve kemoterapi uygulanan takip edebildiğimiz olguların çoğunda sürvey 13-24 ay arasında değişmiştir. İnoperabl olgularda sürvey 2-8 ay arasında değişmektedir. Diğer olgularımızın takip ve kontrolleri devam etmektedir.

### TARTIŞMA :

Akciğer kanserinde sürveyi etkileyen en önemli iki şey tedavi sırasındaki hastalığın evresi ve hücre tipidir(5). Asemptomatik ve lokalize hastalıkta rezeksiyon sonra sürvey şansı yüksektir. Malesef semptomları nedeniyle tıbbi incelemeye tabi tutulan hastaların büyük çoğunluğu tedavi tipi göz önüne alınmaksızın metastazlı ve düşük sürvey şansına sahiptirler(5),

Akciğerin küçük hücreli kanseri en hızlı gelişen ve agresif tipidir(4,6). Eskiden erken devrede dahi kemoterapi ve radyoterapi ile tedavi ediliyordu. Ancak son yıllarda düşük evreli küçük hücreli akciğer kanserinde (Evre I-2) kemoterapiden sonra cerrahi rezeksiyonla daha uzun sürvey bildirilmiştir(7,11). Ancak cerrahiden önce hastalığın evresi iyi belirlenmelidir. Bazı cerrahlar önce cerrahi uyguladıktan sonra kemoterapi yapmaktadırlar. Shilds ve arkadaşları Evre I'de yüksek sürvey bildirmişlerdir(8). Meyer, postoperatif efektif kemoterapi kullanarak Evre I'de % 83, Evre II'de % 50 5 yıllık sürvey bildirmişlerdir(7).

Cerrahi işlemin seçimi hastalığın evresi ve hastanın kardiyopulmoner durumunun tam değerlendirilmesiyle yapılır. Genellikle sağlam akciğer dokusunu maksimum seviyede koruyarak yapılan rezeksiyonların sonuçları daha iyidir. Çoğu merkezde pnömonektomi Evre II ve Evre III'de uygulanır. Evre I'de daha çok lobektomi yapılır. Periferik, iki cm.den büyük lezyonlarda ve zayıf pulmoner rezervli olgularda segmentektomi uygulanır. İki cm.'den küçük periferik lezyonlarda wedge rezeksiyonu tercih edilir.

Akciğer kanseri tanısı koyduğumuz 40 olguda radikal cerrahi ve kemoterapi yapılmıştır. Bütün hastalarda preoperatif evrelerdirme yapılamamıştır. Olgular genellikle semptomları nedeniyle başvurduklarından radikal cerrahi uygulamamız sınırlı olmuştur. Uyguladığımız tanı ve tetkik metodları ile preoperatif histopatolojik tanı konulamayan ve metastaz belirlenemeyen 7 olgudan ameliyatta çıkarılan piyeslerin histopatolojik tetkiklerinden küçük hücreli kanser tanısı belirlenmiştir.

## SONUÇ :

Akciğer kanserlerinde hücre tiplendirmesi ve preoperatif evrelendirme yapılabilen ve erken dönemde tedavi edilen olgularda cerrahi ve kemoterapi ile yüksek sürvey elde edilmektedir. İleri evrelerde tedavi tipi ne olursa olsun sürvey düşmektedir. Akciğer kanserlerini erken dönemde yakalamak için toplumun bilinçlendirilmesi ve risk gruplarında akciğer grafisi ve balgam muayenelerinin belli aralıklarla yapılması uygundur.

## SUMMARY

### SURGICAL TREATMENT-CHEMOTHERAPY IN LUNG CANCER

120 Patients diagnosed as lung cancer were undergone surgical treatment and chemotherapy in Atatürk University Research Hospital from 1984 to 1989 These patients were treated according to histopathological diagnosis and operative criteria. The survival of patients were compared with literature.

## KAYNAKLAR :

1. Bunn PA Jr: Lung cancer current understanding of biology, diagnosis staging and treatment. Bristol Myers Company. Evansville, USA, 1988, s: 3
2. Dolger NA, Pickle LW, Mason TJ: The relation of passive smoking to lung cancer. *Cancer Res.* 46: 4808, 1936
3. Downey RS, Sowell CV, Mansour KA: Large cell carcinoma of the lung: A highly aggressive tumor with dismal prognosis. *Ann. Thorac. Surg.* 47: 805, 1989.
4. Larney DN, Deleig L: Lung cancer biology. *Semin Oncol.* 15: 199, 1988.
5. Melamed MR, Flehinger BJ, B. Zaman M: Impact of early detection on the clinical course of lung cancer. *Surg. Clin. of Nort Am.* 67: 5. Oct., 1988.
6. Meyer J: Effect of histologically verified TNM stage on disease control in treated small cell carcinoma of lung. *Cancer* 55: 1747, 1985.
7. Sphered, FA, Ginsberg RJ, Patterson GA, Ewans WK, Feld R: A prospective study of adjuvant surgical resection after chemotherapy for limited small cell lung cancer. *J. Thorac. Cardiovasc. Surg.* 97: 177, 1989.
8. Shields TW, Higgins GA, Mattheus MJ: Surgical resection in the management of small cell carcinoma of the lung. *Abstract. Lung Cancer.* 2: 168 1986.
9. Silverberg E, Luber JA: Cancer statistics. 1988 *Ca.* 38: 5, 1988.
10. Wang PJ, Bunn PA: A nonrandom chromosomal abnormality in human small cell lung cancer. *Cancer. Gent. Cytogen.* 6: 119, 1982.
- 11 Warren WH, Faber LP, Gould VE: Neuroendocrine neoplasms of the lung a clinicopathologic update. *J. Thorac. Cardiovasc. Surg.* 98: 321, 1989.