

# CERRAHİ TEDAVİ UYGULANAN 155 PRİMER AKCİĞER KANSERLİ OLGUNUN ANALİZİ

## EVALUATION OF 155 PATIENTS TREATED WITH SURGICALLY BECAUSE OF PRIMARY LUNG CANCER

Nurettin KARAOĞLANOĞLU, Metin GÖRGÜNER, Atilla EROĞLU, Celal TEKİNBAŞ, Ahmet BAŞOĞLU

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi (NK, AE, CT), Göğüs Hastalıkları (MG) Anabilim Dalları,  
Erzurum ve Ondokuzmayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi (AB) Anabilim Dalı - Samsun

---

### Özet

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalında 1992-1997 yılları arasında 155 akciğer kanserli olguya cerrahi tedavi uygulanmıştır. Olguların 134'ü (% 86.4) erkek, 21' i (% 13.5) kadın olup, ortalama yaş 57.1 olarak hesaplandı. 50-59 yaş grubundaki hastalar % 37.4'le en büyük grubu oluşturmaktaydı. En sık rastlanan semptom öksürük, dispne ve hemoptizi idi. Histopatolojik olarak olguların % 62.5'i epidermoid karsinom, % 24.9'u adenokarsinom, % 6.4'ü küçük hücreli karsinomdu. Pulmoner rezeksiyon oranı % 67.1, postoperatif mortalite % 4.5, morbidite %16,7 olarak saptandı.

**Anahtar kelimeler:** *Primer akciğer kanseri, Cerrahi tedavi*

---

### Summary

One hundred and fifty-five patients with lung cancer were carried out surgical treatment between 1992-1997 in the Department of Thoracic Surgery, Medical Faculty of Atatürk University. There were 134 (86.4 %) male and 21 (13.5 %) female patients. The mean age was 57.1 years. The patients whose ages were between 50-59 (34.8 %) constituted the largest group. The most commonly symptoms were cough, dyspnea and hemoptysis. Histopathologic results were epidermoid carcinoma in 62.5 %, adenocarcinoma in 24.9 %, small cell carcinoma 6.4 %. Pulmonary resection ratio was 67.1 %. In the postoperative period, mortality rate was 4.5 % and morbidity rate was 16.7 % .

**Key words:** *Primary lung cancer, Surgical treatment*

**Tablo 1.** *Semptomların Olgulara Dağılımları*

| semtom                | n   | %    |
|-----------------------|-----|------|
| öksürük               | 132 | 85.1 |
| nefes darlığı         | 97  | 62.5 |
| balgam çıkarma        | 91  | 58.7 |
| halsizlik-iştahsızlık | 77  | 49.6 |
| zayıflama             | 67  | 43.2 |
| ađrı                  | 63  | 40.6 |
| hemoptizi             | 41  | 26.4 |
| diğer                 | 24  | 15.4 |

### Giriş

Akciğer kanserleri 20. yüzyılın başlarında nadir görülen bir malignite iken, büyük bir artış göstererek 1950'lerde erkeklerde, 1980'lerde ise kadınlarda en sık ölüme neden olan kanserler arasında birinci sıraya yükselmiştir (1). Amerika Birleşik Devletlerinde 1995 yılında 95.400'ü erkek olmak üzere 157400 kişinin bu hastalıktan öldüğü, akciğer kanserine bağlı ölümlerin son 25 yılda erkeklerde %18,8, kadınlarda %126,5 oranında arttığı bildirilmektedir (2).

Ülkemizde ise tüm kanserlerin erkeklerde % 42' si, kadınlarda ise % 8'i akciğer kanseridir (3). Hastalığın görülme sıklığındaki artış sigara kullanımı ve çevresel faktörlerle açıklanmaktadır. Özellikle küçük hücreli dışı

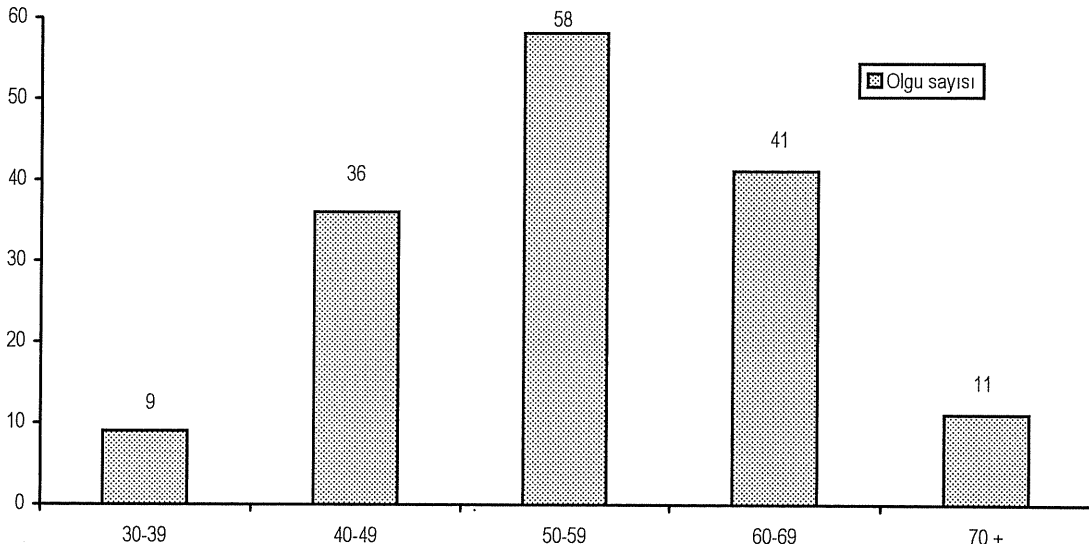
akciğer kanserlerinde (KHDAK) en etkili tedavi cerrahi girişim olmasına rağmen, erken tanı koymadaki zorluklar nedeniyle hastaların ancak % 20' sine operasyon uygulanabilmektedir (4). Bu çalışmada 1992-1997 yılları arasında kliniğimizde cerrahi tedavi uygulanan olgular genel özellikleri açısından değerlendirilip literatür verileriyle karşılaştırılmıştır.

### Hastalar ve Yöntem

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalında 1992-1997 yılları arasında akciğer kanseri tanısıyla opere edilen 155 olgu, yaş, cins, sigara kullanma alışkanlığı, semptom, lokalizasyon, histopatolojik tip, uygulanan cerrahi tedavi yöntemleri, morbidite ve mortalite yönünden retrospektif olarak değerlendirildi. Olgular radyolojik, bronkoskopik ve torasentez, iğne biopsileri, lenf nodu biopsileri, mediastinoskopi, mediastinotomi gibi invaziv prosedürler kullanılarak preoperatif; operasyon bulguları ve patoloji raporları ile postoperatif olarak gruplandırıldı.

Preoperatif olarak inoperabl kabul edilen olgular çalışmaya dahil edilmedi. Hastaların uzun dönem takipleriyle ilgili sağlıklı veri elde edilemediğinden sürvi analizi yapılmadı.

**Şekil 1.** *Olguların Yaş Gruplarına Göre Dağılımları*



**Tablo 2. Uygulanan Cerrahi Tedavi Yöntemleri**

| operasyon                  | n  | %    |
|----------------------------|----|------|
| pnömonektomi               | 23 | 14.8 |
| bilobektomi                | 10 | 6.4  |
| üst lobektomi              | 55 | 35.4 |
| alt lobektomi              | 43 | 27.7 |
| orta lobektomi             | 1  | 0.6  |
| segmentektomi              | 3  | 1.9  |
| wedge rezeksiyon           | 3  | 1.9  |
| bronşial sleeve rezeksiyon | 1  | 0.6  |
| biopsi                     | 17 | 10.9 |

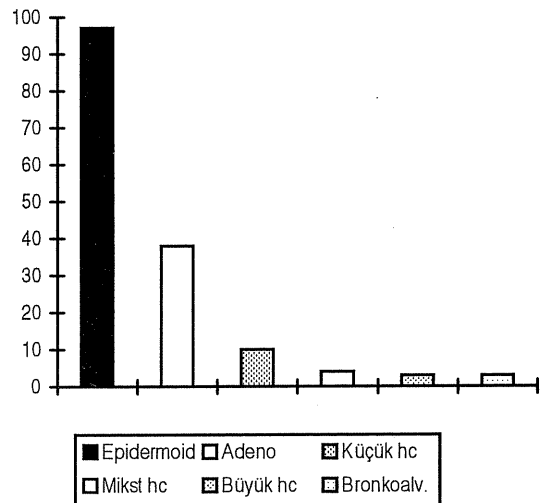
## Bulgular

Olgularımızın 134' ü (% 86.5) erkek, 21' i (%13.5) kadındı. Yaş aralığı 33-82, ortalama yaş 57.1 olarak hesaplandı. En fazla hasta 50-59 yaş grubunda olup, olguların yaş gruplarına göre dağılımı şekil 1'de gösterilmiştir. Sigara kullanma hikayesi 131 (% 84.5) olguda pozitif. En sık görülen semptomlar; öksürük 132 (% 85.1) ve nefes darlığı 97 (% 62.5) olup, semptomların olgulara göre dağılımı tablo 1'de gösterilmiştir. Olguların 118' inde (% 76.1) preoperatif dönemde histopatolojik tanıya ulaşılırken, 37 (% 23.9) olguda kesin tanı postoperatif patolojik incelemeyle konulabildi. Histopatolojik dağılımda 97 (% 62.5) olguya epidermoid karsinom ilk sırada olup, adenokarsinom % 24.9, küçük hücreli kanser % 6.4 oranında saptandı. Olguların histopatolojik tiplere göre dağılımı şekil 2' de gösterilmiştir. Olgular tümör lokalizasyonları açısından incelendiğinde; 93'ünde (% 60) sağ, 62'sinde (% 40) sol yerleşimli idi. Olguların 138'inde (% 89) cerrahi rezeksiyon uygulanırken 17'si (%11) unrezektabl kabul edilerek biopsi alındı. Lobektomi 98 (% 63.2) olguya en çok uyguladığımız rezeksiyon tipi idi. Olguların 23'üne (% 14.8) pnömonektomi, 10'una (% 6.5) bilobektomi, 3'üne (% 2) segmentektomi, 3'üne (% 2) wedge rezeksiyon, birine (% 0.7) ise sleeve lobektomi uygulandı. Lobektomi yapılan hastalardan 4'üne birlikte toraks duvarı rezeksiyonu, birine ise diafragma rezeksiyonu, pnömonektomi uygulanan hastaların birinde birlikte parsiyel perikardiektomi uygulandı. Cerrahi tedavi yöntemleri tablo 2' te gösterilmiştir. TNM sistemine göre yapılan evrelemede, olguların 50'sinin (% 32.2) evre I ve II'de, 59'unun (% 38) evre IIIa'da, 11'inin (% 7) evre IIIb ve evre IV'de olduğu gözlenmiş, 34 (% 21,8) olguda ise evre tespit edilememiştir. Olgular mediastinal lenf nodu tutulumuna ya da evresine göre adjuvan kemoterapi ve/veya radyoterapi uygulanması için ilgili kliniklere sevk edilmiştir. Postoperatif dönemde olguların 4'ünde bronş fistülü, 5'inde ampiyem, 4'ünde

reoperasyon gerektiren kanama, 12'sinde hastada yara yerinde enfeksiyon, 6'sında da bronkoskopik aspirasyonla tedavi edilebilen sekresyon retansiyonu saptandı. Hastanede yatmakta iken 2 olgu solunum yetersizliği, 1 olgu massif pulmoner emboli , 2 olgu bronş fistülü ve ampiyem, 1 olgu da belirlenemeyen bir nedenle toplam 6 hasta (% 4,5) kaybedildi.

## Tartışma

Akciğer kanserleri sıklıkla erkeklerde görülen bir hastalık iken, son yıllarda özellikle gelişmiş ülkelerde çevresel faktörlerin yanısıra, kadınlarda sigara kullanımının artmasıyla cinsiyetler arasındaki büyük fark hızla kapanmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü 2000 yılında yıllık 2 000 000 kişinin akciğer kanseri olacağını varsaymaktadır (2). Ülkemizde sağlıklı veri olmamasına rağmen yılda yaklaşık 20 000 kişinin akciğer kanseri nedeniyle kaybedildiği tahmin edilmekte, kadınlarda meme ürogenital ve gastrointestinal sistem kanserlerinden sonra 4. sırada yer almaktadır. Cinsiyete bakılmaksızın ele alındığında, ilk sırayı yine akciğer kanseri almaktadır (5). Ancak serimizde olduğu gibi ülkemizdeki büyük merkezlerde yapılan çalışmalarda kadınların hastalığa yakalanma oranları batı ülkelerine göre oldukça düşüktür (6). Bu durum ülkemizdeki kadınların iş hayatında daha az yer almaları ve sigara alışkanlık larının daha düşük oranda olmasına bağlanabilir. Yapılan çalışmalar hastalığın 50 yaş üzerinde özellikle 60-69 yaş grubunda pik yaptığını göstermiştir (1,7-9). Serimizde ise en sık gözlenen yaş grubu 58 (%37.4) hastayla 50-59 yaş grubudur.

**Şekil 2. Olguların Histopatolojik Tiplere Göre Dağılımı**

Akciğer kanserinin etyolojisinde; çeşitli kimyasal ve fiziksel ajanlar, bazı akciğer hastalıkları, genetik predispozisyon rol oynamakla birlikte en önemli etyolojik ajan sigaradır. Hastalığın insidansı kullanılan sigaranın miktarına, süresine, başlama yaşına göre değişmektedir. Sigara kullananlarda epidermoid karsinom ile küçük hücreli karsinom, kullanmayanlarda ise adenokarsinom daha sık görülmektedir (5). Olgularımızın 131'inin (% 84.5) halen sigara kullanan veya hayatının bir bölümünde uzun süre sigara kullanmış bireylerden oluşması dikkat çekici bir bulgudur. Hastalıkta gözlenen semptomlar; tümörün lokal büyümesi, metastazlar ve paraneoplastik sendromlar nedeni ile ortaya çıkmaktadır. Olguların yaklaşık % 5'i semptomsuz olup, en sık görülen semptomlar öksürük, balgam, nefes darlığı ve hemoptizidir. Bronş irritasyonu nedeniyle oluşan öksürüğün hastalar tarafından sigara öksürüğü olarak yorumlanması tanı gecikmelere yol açmaktadır. Serimizde öksürük ve nefes darlığı, hemoptizi, balgam çıkarma, halsizlik, iştahsızlık, zayıflama sıkça rastladığımız semptomlardır. Serimizde olduğu gibi diğer serilerde de sağ akciğer daha sıklıkla hastalığa maruz kalmaktadır (6,11,12). Hastalığın tanısında bronkoskopinin yeri tartışmalıdır. Özellikle fiberoptik bronkoskopi ile tanı oranı % 85' lere kadar çıkmaktadır (13). Olgularımızın tümüne bronkoskopi uygulanmış, 128'inde (% 82.5) direkt veya indirekt bulgu tesbit edilmesine rağmen, ancak 82'sinde bronkoskopik yöntemlerle histolojik bir tanıya ulaşılabilmektedir. 8 olguda transtorasik iğne aspirasyonu, 5 olguda ise balgam sitolojisiyle tanı konulmuştur. Hastalığın evresi ve hücre tipi tedavi şeklini ve yaşam süresini etkileyen en önemli iki faktördür. Yayınlanan serilerde KHDAK'lerinin tüm akciğer kanserleri içinde görülme sıklığı ile ilgili olarak % 75-86 arasında oranlar verilmektedir (6,14). Serimizde KHDAK % 93,6 gibi yüksek oranda bulunmaktadır. Bu yüksekliği preoperatif olarak inoperabl olduğu saptanan olgularla, evre I dışındaki KHAK'li olguları çalışma kapsamı dışında tutmamıza bağlıyoruz. KHAK'de preoperatif tanı konulduğunda operasyon düşünülmesi de, erken tanı konmuş sınırlı evredeki bazı olgularda cerrahi tedavinin daha etkili olduğu bildirilmektedir (15). Evre I de tanı konulan 3 olgu hariç, serimizdeki KHAK olgularımızdan hepsi preoperatif histopatolojik tanı konulamayan olgulardır. Preoperatif evrelemede BT'nin duyarlılığı % 80 - 94, özgülüğü % 63 - 94 arasında değiştiğinden mediastinal lenf nodlarının patolojik olup olmadığına karar vermek güçleşmekte, bu nedenle daha invaziv yöntemlere başvurulmak

tadır. Günümüzde kabul gören görüş; BT'de patolojik olduğu düşünülen lenf nodu saptandı ğında preoperatif evreleme amacıyla mediastinoskopi uygulanması yönündedir (2,10). Kliniğimizde son iki yıldır torakotomi ile aynı seansta mediastinoskopi uygulanmakta frozen-section ile inoperabl olduğu kanıtlanan olgularda operasyona son verilmekte, operabl olduğu düşünülen olgularda ise torakotomiye geçilmektedir. Bu yöntem ile ilgili sonuçlarımız ayrı bir çalışma kapsamında değerlendirilecektir. Cerrahi tedavi akciğer kanserlerinde en önemli tedavi seçeneğidir. Ancak en iyi şartlarda bile KHDAK'lerinde olguların % 20 - 25'inde KHAK'lerinde ise ancak % 8' inde cerrahi tedavi uygulanabilmektedir (16). Bu konuda yapılan çalışmalar, bölgemizin sosyoekonomik ve kültürel şartlarının da etkisiyle bu oranların çok daha aşağılarda seyrettiğini göstermiştir (17). Cerrahi tedavide rezekte edilen akciğer dokusu arttıkça morbidite ve mortalitenin de arttığı bilinmektedir(16). Serimizde en sık kullanılan rezeksiyon tipi 98 (% 63.2) olgu ile lobektomidir. 6 (%3.9) olguda ise hastaların pulmoner rezervlerinin kısıtlı olması nedeniyle segmentektomi ve wedge rezeksiyon uygulanmıştır. Cerrahi tedavi uygulanan olgularda % 2-12 mortalite, % 7-50 morbidite oranları verilmektedir (6,18). Olguların 7'si (% 4,5) hastanede yatmaktayken değişik nedenlerle kaybedilmiş, 26 (% 16,7) olguda ise yatış süresini uzatan komplikasyonlar saptanmıştır. Postoperatif ortalama hastanede kalış süresi 10,2 gündür.

Sonuç olarak, akciğer kanserlerinde erken tanı konulan hasta sayısının artırılarak halen %20'lerde olan cerrahi tedavi şansının yükseltilmesi gerektiğine inanıyoruz.

## Kaynaklar

1. Murray JF, Nadel JA. Textbook of Respiratory Medicine. Philadelphia, WB Saunders Company 1994:1578-83
2. Shopland DR, Eyre HG, Pechacek TF. Smoking-attributable cancer mortality in 1991: Is lung cancer now the leading cause of death among smokers in United States? J NU 1991;83:1142-48
3. Kanser Bildirimlerinin Değerlendirilmesi.1991-1992. T.C.Sağlık Bakanlığı Kanser Savaş Daire Başkanlığı Yayın No:552, Ankara: 1994
4. Murphy TP, Casey MT. Determination of operability in candidates who undergo lung resection bronchogenic carcinoma. Can J Surg 1990; 33: 470-73
5. Gönüllü U. Akciğer kanserleri. Numanođlu N (Ed). Solunum Sistemi ve Hastalıkları. Anıtp Yayınları 1997: 593-631
6. Dikmen E, Çakmak H, Tunçözgür B, ve ark. Bronşial karsinoma : 627 olgunun analizi. Solunum 1996; 20 : 67-73
7. Wynder EL. The etiology, epidemiology and prevention of lung cancer. Semin Respir Med 1982; 45: 135-39
8. Kayser K, Bulzebruck H, Prombst G, et al. Retrospective and prospective tumor staging evaluating prognostic factors in operated bronchial carcinoma patients. Cancer 1987;59:355-61

9. Crook A, Duffy A, Girling DJ, et al. Survey the treatment of non-small cell lung cancer in England and Wales. *Eur Respir J* 1997;10:1552-58
10. Gürses H. Primer akciğer kanserleri. *Yeni Tıp Dergisi* 1990; 7: 166-88
11. Fishman A. *Pulmonary Diseases and Disorders*. 4<sup>th</sup> ed. New York: McGraw Hill Book Company, 1998: 1905-1940
12. Pare JP, Fraser RG. *Synopsis of Diseases of the Chest*. Philadelphia: WB Saunders Company, 1983: 405-48
13. Richard A, Matthey MD. Lung Cancer. *Clinics in Chest Medicine*. Philadelphia: W.B. Saunders Company, 1993; 55-110.
14. World Health Organization. Histological typing of tumors. *Am J Clin Pathol* 1982; 77:123.
15. Bains MS. Surgical treatment of lung cancer. *Chest* 1991;100: 826-37
16. Shields TW. Surgical therapy for carcinoma of the lung. *Clin Chest Med*. 1993; 14: 121-47
17. Görgüner AM, Görgüner İ, Çiftçiöđlu A. Akciğer tümörlü 85 olgunun analizi: Bölgemizde akciğer kanseri artıyor mu? *Van Tıp Dergisi* 1994;3:55-62
18. Busch E. Pulmonary complications in patients undergoing thoracotomy for lung carcinoma. *Chest* 1994; 105: 760-66

**Yazışma Adresi:**

Dr. Nurettin KARAOĞLANOĞLU

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Erzurum