

T1 Küçük Hücreli Dışı Akciğer Kansерlerinde Mediastinoskopi

MEDIASTINOSCOPY FOR T1 NON-SMALL CELL LUNG CARCINOMA

Dr. Leyla HASDIRAZ,^a Dr. Ali KAHRAMAN,^a Dr. Mehmet BİLGİN,^a Dr. Fahri OĞUZKAYA^a

^aGöğüs Cerrahisi ABD, Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, KAYSERİ

Özet

Amaç: Akciğer kanserinin preoperatif evrelemesi için mediastinoskopi altın standarttır. Buna rağmen non-invaziv evrelemede T1N0M0 bulunan olgularda özellikle periferik lokalizasyonda mediastinoskopi tartışmalıdır. Biz, son 2 yıllık dönemde bu hastalarımızdaki mediastinoskopi sonuçlarımızı inceledik.

Gereç ve Yöntemler: Haziran 2004-Haziran 2006 tarihleri arasında başvuran ve toraks bilgisayarlı tomografi (BT)'de mediastende patolojik boyutta lenf bezi görülmeyen 21 T1 hasta çalışma kapsamına alındı. Hastaların 16 (%76.1)'si erkek, 5 (%23.9)'i kadındı. Yaşları 47-71 arasındaydı (ort. 61.4). Bütün hastalara genel anestezi altında standart servikal mediastinoskopi tekniği ile videomediastinoskopi uygulandı.

Bulgular: Mediastinoskopi sonucu 4 olguda (%19) N2 pozitif bulundu. Bunların hepsi 4 nolu istasyondan alınan lenf beziydi. Mediastinoskopi öncesi doku tanısı konamamış 2 olgudan 1'inde N2 epidermoid kanser bulunarak tanı ve evreleme birlikte yapılmış oldu. Mediastinoskopi negatif olan 17 olgu cerrahi rezeksiyona gitti. Bunlardan birisinden torakotomi sırasında N2 bulundu. Bir olguda geçici ses kısıklığı gözlemlendi. Başka bir morbidite ve mortalite yoktu.

Sonuç: T1 olgularda BT negatif olduğunda mediastinoskopi bizim serimizde 4/21 (%19) gibi azımsanmayacak bir oranda pozitif sonuç vermiştir. Serimizin küçük olması sebebiyle, histopatolojik doku tiplerinin karşılaştırmalı analizleri yapılamamış olsa bile, oldukça düşük mortalite ve morbidite oranları ve göreceli olarak düşük maliyeti nedeni ile biz mediastinoskopinin bütün bronş kanserli hastalarda evreleme için rutin yapılması gerektiğine inanıyoruz.

Anahtar Kelimeler: Bronş kanseri; mediastinoskopi

Türkiye Klinikleri J Med Sci 2007, 27:677-679

Abstract

Objective: Mediastinoscopy remains the gold standard for invasive staging of patients with lung cancer. Yet, its necessity in patients with T1N0M0 particularly with peripheral localization is being questioned. In the present study, we compared the pathology reports of cases with T1 non-small cell carcinoma (NSCLC) both after mediastinoscopy and thoracotomy, for the last 2 years and discussed the necessity of mediastinoscopy.

Material and Methods: We retrospectively reviewed the records of 21 clinically T1N0M0 patients, between June 2004 and June 2006. Of the 21 patients, 16 were males (76.1%) and 5 were females (23.9%). Their ages differed from 47 to 71 years (median 61.4 years). In all patients, radiological T1N0M0 was confirmed by bronchoscopy. Tissue samples were obtained by transthoracic fine needle biopsy in 8 and by bronchoscopy in 13 patients. All patients underwent videomediastinoscopy by standard cervical mediastinoscopy technique under general anesthesia.

Results: Mediastinoscopy revealed that 4 patients (19%) had ipsilateral lymph node involvement (N2 positive). All were from mediastinal lymph node station no. 4 of the ipsilateral side of the tumors. Of 2 patients who had no tissue diagnosis before mediastinoscopy, 1 was found to have N2 epidermoid lung cancer, which was diagnosed and staged by mediastinoscopy. Seventeen patients whose mediastinoscopies were negative underwent surgical resection. No mortality occurred and the morbidity rate was 0.04% (1 patient with hoarseness that lasted for a few days).

Conclusion: In our trial, mediastinoscopy was positive in 4 (19%) of 21 patients with clinical T1 NSCLC and without enlarged lymph nodes on computerized tomography. The number of patients in our trial is limited to compare the different histological cell types but owing to its low morbidity and mortality and its relative cost effectiveness we suggest that routine mediastinoscopy for invasive mediastinal staging should be performed for all patients with non-small cell carcinoma.

Key Words: Carcinoma, bronchogenic; mediastinoscopy

Geliş Tarihi/Received: 20.12.2006

Kabul Tarihi/Accepted: 30.03.2007

Bu çalışma, III. Ulusal Akciğer Kanseri Kongresi'nde bildirilerek sunulmuştur.

Yazışma Adresi/Correspondence: Dr. Leyla HASDIRAZ
Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Göğüs Cerrahisi ABD, KAYSERİ
lhasdiraz@erciyes.edu.tr

Copyright © 2007 by Türkiye Klinikleri

Türkiye Klinikleri J Med Sci 2007, 27

A akciğer kanseri, 20. yüzyılın başlarında önemli bir sağlık sorunu değilken, sanayileşme ve sigara içimine bağlı olarak giderek artmış ve günümüzde en çok ölüme sebep olan kanser türü olmuştur. Akciğer kanseri tedavisinde primer seçenek cerrahi rezeksiyondur. Ancak

cerrahi tedaviye karar vermek için, preoperatif doğru evreleme önemlidir. Preoperatif evrelemede mediastinoskopi halen altın standarttır. Buna rağmen, periferik T1 tümörü olan ve BT’de küçük aksı 1 cm’den büyük mediastinal lenf nodu görülmeyen olgularda mediastinoskopi tartışmalıdır. Biz, son 2 yıllık dönemde preoperatif olarak T1N0M0 olarak değerlendirilen bu hastalarımızdaki mediastinoskopi sonuçlarımızı inceledik.

Gereç ve Yöntemler

Haziran 2004-Haziran 2006 tarihleri arasında Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı’na başvuran 21 T1 hasta çalışma kapsamına alındı. Hastaların 16 (%76.1)’sı erkek, 5 (%23.9)’i kadındı. Yaşları 47-71 arasındaydı (ort. 61.4). Bu hastaların hiçbirinde toraks BT incelemesi ile mediastende patolojik boyutta lenf bezi görülmedi. Klinik ve radyolojik yöntemlerle M1 varlığı sorgulandı ve hastaların hepsi M0 kabul edildi. Bütün olgularda bronkoskopi ile radyolojik T1 doğrulandı. Bronkoskopide tümör veya indirekt tümör bulguları görülen 13 olguda histopatolojik örnek alındı. Diğer 8 olguda transtorasik iğne aspirasyon biyopsisi doku örneği için kullanıldı. Bu iki yöntemle tanı konamayan 2 olguda olası tümör düşünülerek yapılan torakotomiyle histopatolojik tanı kondu. Patolojik inceleme sonucu 14 epidermoid kanser, 6 adeno kanser, 1 büyük hücreli andiferansiye kanser sonucu geldi. Bütün hastalara genel anestezi altında standart servikal mediastinoskopi tekniği ile videomediastinoskopi uygulandı ve 2R, 2L, 4R, 4L ve 7 nolu istasyonlara bakılarak bulunan tüm lenf nodları eksize edildi. Mediastinoskopi sonucu tümör tutulumu gösterilemeyen 17 olgu cerrahi rezeksiyona alındı. Bütün olgular yapılacak işlem ile ilgili yazılı olarak bildirildi ve yazılı onam formu onaylatıldı.

Bulgular

Mediastinoskopi sonucu 4 olguda (%19) N2 pozitif bulundu. Bunların hepsi 4 nolu istasyondan alınan lenf beziydi. Bu 4 olgunun 2’sinde histopatoloji epidermoid karsinom, diğer 2’sinde adenokarsinom olarak bulundu. Mediastinoskopi öncesi doku tanısı konamamış 2 olgudan 1’inde N2

epidermoid kanser bulunarak tanı ve evreleme birlikte yapılmış oldu. Mediastinoskopi negatif olan 17 olgu cerrahi rezeksiyona gitti. Uygulanan rezeksiyon tipleri Tablo 1’de gösterilmiştir. Bunlardan, epidermoid kanser tanısı olan 1 olguda torakotomi sırasında N2 bulundu. (Yalancı negatiflik oranı %5) (Tablo 2). Koter ve spanç kompresyonu ile durdurulan küçük kanamalar dışında operatif morbidite görülmedi. Postoperatif olguların birinde geçici ses kısıklığı gözlemlendi. Başka bir morbidite veya mortalite yoktu.

Tartışma

Akciğer kanserinin küratif rezektabilitesini belirleyen en önemli prognostik faktör, mediastinal lenf bezlerinde metastaz varlığının belirlenmesidir. Lenf bezi metastazı BT, PET veya mediastinoskopi ile değerlendirilebilir. Klinik olarak metastazdan şüphelenilmeyen olguların bile, en az %10’unda PET veya mediastinoskopi ile pozitif N2 bulunabi-

Tablo 1. T1 bronş kanseri sebebiyle başvuran 21 hastanın mediastinoskopi sonucu negatif çıkan 17’sinde uygulanan rezeksiyon tipleri.

	Epidermoid karsinom	Adeno-karsinom	Büyük hücreli andiferansiye karsinom
Sol üst lobektomi	4	3	1
Sol alt lobektomi	1	1	-
Sağ üst lobektomi	5	4	1
Sağ orta lobektomi	1	-	1
Sağ üst bilobektomi	2	1	-
Sağ alt bilobektomi	2	1	1
Sol pnömonektomi*	2	2	-

* Fissür komşuluğu ve inkomplet fissür sebebiyle pnömonektomi yapılmıştır.

Tablo 2. 21 hastanın mediastinoskopi ve torakotomi sonuçları.

		Torakotomi	
		Pozitif	Negatif
Mediastinoskopi	Pozitif	(GP) 4	(YP) 0
	Negatif	(YN) 1	(GN) 16

Duyarlılık 4/5 = %80

Özgüllük 16/16 = %100

leceği bildirilmektedir.¹ PET yüksek maliyetinde etkisiyle ülkemizde henüz çok yaygın kullanılmamaktadır. Sadece PET uygulayarak negatif gelen olguların torakotomiye alındığı çalışmalarda %2-8 oranında N2 pozitif bulunmuştur.² Yine PET ve mediastinoskopiye karşılaştıran bir çalışmada PET'in negatif olduğu olguların %11.7'sinde mediastinoskopi ile N2 veya N3 bulunmuştur.³ Klinik ve patolojik evre arasındaki bu fark cerrahları doku tanısı alma yoluna itmiştir. Bu sebeple PET ve transbronşiyal iğne biyopsisi birlikte uygulanmış ve %95 oranında malign lenfadenopatiji belirleyerek mediastinoskopi gereksinimini azaltabileceği gösterilmiştir.⁴ Mediastinoskopide yalancı pozitiflik oranı 0 iken, yalancı negatiflik oranı, subkarinal bölgede yüksek (%6), paratrakeal bölgelerde ise %1-2 gibi oldukça düşüktür.⁵ Bu nedenle özellikle paratrakeal lenf nodlarının değerlendirilmesinde mediastinoskopi oldukça etkindir. Bizim serimizde, subkarinal lenf nodu tutulumu mediastinoskopi ile tespit edilemeyen 1 olgu vardır ve bizim serimizde mediastinoskopi işleminin seçiciliği %80, duyarlılığı %100 bulunmuştur. Olgu sayımızın az olmasına rağmen bu oran literatürle uyumlu bulunmuştur. Bazı çalışmalarda, klinik evre 1 tümörlerde PET ve BT sonrası yapılan mediastinoskopinin ilave faydasının çok az olduğu vurgulansada, halen lenf bezi metastazlarının değerlendirmesinde mediastinoskopi altın standarttır.⁶ Çünkü mediastinoskopinin, hem düşük maliyeti hem paratrakeal lenf nodlarında %98 hassasiyeti varken, total morbiditesi %2, hayatı tehdit eden komplikasyonları %0.3, mortalitesi ise 0'a yakındır.⁷ Santral yerleşimli tümörler T1 olduğunda bile (özellikle adenokarsinom ise) %50 lenf nodu tutulumuyla birlikte ve patolojik mediastinal evreleme yapılmalıdır.⁸ Ancak periferik T1N0M0 tümörlerde mediastinoskopi tartışmalıdır. Bu durumda lenf nodu metastaz %5-15 arasında olabileceği bildirilmektedir.¹ Ancak epidermoid kanser-

lerde bu oran daha az bulunabilir. Bizim serimizde, periferik T1 tümörü olan ve BT negatif olgularda yapılan mediastinoskopi ile 4/21 (%19) gibi azımsanmayacak bir oranda pozitif sonuç bulunmuştur. Her ne kadar serideki olguların kısıtlı olması sebebiyle histopatolojik doku tiplerinin karşılaştırmalı analizleri yapılamamış olsa bile, oldukça düşük mortalite ve morbidite oranları ve göreceli olarak düşük maliyeti nedeni ile biz mediastinoskopinin bütün bronş kanserli hastalarda evreleme için rutin yapılması gerektiğine inanıyoruz.

KAYNAKLAR

1. Reed CE, Silvestri GA. Diagnosis and staging of lung cancer. In: Shields TW, Locicero III J, Ponn RB, Rusch VW, eds. General Thoracic Surgery. 8th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005. p.1534-47.
2. Kernstine KH, McLaughlin KA, Menda Y, Rossi NP, Kahn DJ, Bushnell DL, et al. Can FDG-PET reduce the need for mediastinoscopy in potentially resectable nonsmall cell lung cancer? *Ann Thorac Surg* 2002;73:394-401.
3. Gonzalez-Stawinski GV, Lemaire A, Merchant F, O'Halloran E, Coleman RE, Harpole DH, et al. A comparative analysis of positron emission tomography and mediastinoscopy in staging non-small cell lung cancer. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2003;126:1900-5.
4. Bernasconi M, Chhajed PN, Gambazzi F, Bubendorf L, Rasch H, Kneifel S, et al. Combined transbronchial needle aspiration and positron emission tomography for mediastinal staging of NSCLC. *Eur Respir J* 2006;27:889-94.
5. Funatsu T, Matsubara Y, Hatakenaka R, Kosaba S, Yasuda Y, Ikeda S. The role of mediastinoscopic biopsy in preoperative assessment of lung cancer. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1992;104:1688-95.
6. Meyers BF, Haddad F, Siegel BA, Zoole JB, Battafarano RJ, Veeramachaneni N, et al. Cost-effectiveness of routine mediastinoscopy in computed tomography- and positron emission tomography-screened patients with stage I lung cancer. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2006;131:822-9.
7. Ginsberg RJ. Evaluation of the mediastinum by invasive techniques. *Surg Clin North Am* 1987;67:1025-35.
8. Ketchedjian A, Daly BD, Fernando HC, Florin L, Hunter CJ, Morelli DM, et al. Location as an important predictor of lymph node involvement for pulmonary adenocarcinoma. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2006;132:544-8.