

Akciğer Kanserli Olgularımızın Histopatolojik Tiplerine Göre Bronkoskopik Özellikleri

M.Atilla Uysal, M.Akif Özgül, Pınar Yıldız, Z.Senem Elibol, Esra Ertan, Figen Kadakal, Veysel Yılmaz
Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi 4. Klinik Şefliği

Özet

Akciğer kanserlerinin bronkoskopik incelenmesinde tümörün lokalizasyonu, histolojik tipi, tümörün histopatolojik özelliklerine göre farklılık göstermektedir. Biz de bu çalışmada bronkoskopik olarak akciğer kanserlerinin histolojik tipine göre bronş ağacında yerleşimlerini ve tümörün özelliklerini incelemeyi amaçladık. Kliniğimizde 2001- 2003 tarihleri arasında yatan, histopatolojik olarak tanı alan 144 hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Endobronşiyal lezyonlar Ikeda' nın tanımına göre değerlendirildi. Hastaların tümü erkek olup, yaş ortalaması 60±11 (17-85) idi. Tümörlerin % 44,5'ü epidermoid, % 27'si adenokanser, % 21,5'i küçük hücreli karsinom ve % 6,5'u diğer histolojik tipler olarak sınıflandırıldı. Sonuç olarak hücre tipine göre fark gözetmeksizin tüm akciğer kanserlerinin özellikle üst lobları tercih ettiği, küçük hücreli akciğer kanserlerinde diğer hücre tiplerine göre bronkoskopik olarak daha sık mukozal infiltrasyon şeklinde görüldüğü tespit edildi.

Akciğer Arşivi: 2005; 6: 54-57

Anahtar Kelimeler: Bronkoskopi, akciğer kanseri, lokalizasyon

Summary

Bronchoscopic Features of the Lung Cancer in our Clinic-According to Histopathological Types

The bronchoscopic examination of the lung cancer, the location of the tumor varies due to the histopathological types and the features of the tumor. We aimed to examine the localization of lung cancers on bronchial tree according to their histological types and the features of the tumor. 144 patients hospitalized between 2001 and 2003 have been evaluated retrospectively. Endobronchial lesions have been examined according to Ikeda's definition. All of the patients were male with age of mean 60±11 (17-85).44.5% of tumors were classified as epidermoid whereas 27% as adenocancer, 21,5 % as small cell lung cancer and 6,5% as histological features. As a result, without any cell type discrimination, it was concluded that all lung cancers specifically choose upper lobes and that small cell lung cancers bronchoscopic views seem more mucosal infiltration than other types.

Archives of Lung: 2005; 6: 54-57

Key Words: Fiberoptic bronchoscopy, lung cancer, location

Giriş

1960'lı yıllarda fiberoptik bronkoskopinin kullanılmaya başlanması ile akciğer kanserlerinin tanısında büyük ilerlemeler kaydedilmiştir. Akciğer kanserlerinin tanısında trakeobronşiyal ağacın endoskopik olarak incelenmesi oldukça değerli bir tanı yöntemidir (1). Akciğer kanserlerinin bronkoskopik incelenmesinde, kanserin histopatolojik tipine göre lokalizasyon ve tümör özellikleri bakımından farklılıklar gösterdiği daha önceki çalışmalarda bildirilmiştir (2, 3). Biz de bu çalışmada akciğer kanserlerinin histopatolojik tipine göre bronş ağacında yerleşimleri ve tümörün özelliklerini inceledik

Gereç ve Yöntem

Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahi Merkezi 4. erkek kliniğinde 2001- 2003 tarihleri arasında yatan, histopatolojik olarak tanı alan 144 hasta retrospektif olarak incelendi. Hastaların fizik muayene bulguları, akciğer radyogramı, toraks bilgisayarlı tomografisi ve bronkoskopik incelemeleri değerlendirildi. Bronkoskopi, fiberoptik bronkoskop (Olympus BF-30) kullanılarak transnasal yoldan yapıldı ve bronkoskopik bulgular deneyimli iki bronkoskopist tarafından değerlendirildi. Tümörlerin histopatolojik tipleri ve bronş ağacındaki yerleşimleri tespit edildi. Endobronşiyal lezyonlar Ikeda' nın tanımına göre

A: Direkt bulgular: 1. Tümör (kitle, kitle nekroz), 2. İnfiltrasyon (mukoza düzensizliği, eritem, damarlanmada artış) B: İndirekt bulgular: bronşlarda daralma, dıştan bası, ödem, mukozal kalınlaşma olarak tanımlandı.(4). Tanı; biyopsi, iğne aspirasyonu (İ.A) ve lavajın sitopatolojik olarak incelenmesiyle konuldu. Bronkoskopide endobronşiyal patolojiler direkt ve indirekt bulgular olarak kaydedildi. Birden çok lokalizasyonda patoloji saptanan hastalarda her bir lokalizasyon ayrı ayrı değerlendirmeye alındı. Tümörün histopatolojik tanısı ile bronkoskopik lokalizasyonu ve özellikleri arasındaki ilişki incelendi. İstatistiksel analiz olarak ki-kare testi kullanıldı. $p < 0,05$ anlamlı olarak kabul edildi.

Sonuçlar

Hastaların tümü erkek olup, yaş ortalaması, sigara içme durumu, içilen sigara miktarı ve tümörlerin histopatolojik özellikleri Tablo I de gösterilmiştir.

Radyolojik özelliklerine göre tümörlerin yerleşimi Tablo II de gösterilmiştir.

Bronkoskopik görünümüne göre değerlendirdiğimizde epidermoid karsinom tanısını koyduğumuz 64 hastamızın 55'inde bronkoskopik anormallik tespit edilmiştir. 144 hastanın 103'ünde (% 71) endobronşiyal lezyon

tespit ettik. Tümörlerin endobronşiyal yerleşimleri Tablo III'de gösterilmiştir.

Adenokanserlerde ise toplam 16 olguda endobronşiyal patoloji tespit edilmiştir.

Küçük hücreli akciğer kanserleri incelendiğinde, toplam 25 vakada endobronşiyal patoloji saptanmıştır. Hastaların endoskopik bulgularına göre lezyonların özellikleri Tablo IV'de gösterilmiştir.

Akciğer kanserlerinin bronkoskopik olarak yerleşimleri üst loblarda özellikle epidermoid akciğer kanserinde fazla olmasına rağmen istatistiksel olarak fark anlamlı bulunmamıştır ($p > 0,05$). Akciğer kanserlerinde direkt bulgular ile indirekt bulgular arasında fark anlamlı bulunmadı ($p = 0,073$).

Görülen direkt ve indirekt lezyonlar aynı hastanın bronş ağacında birden fazla olabildiğinden toplam sayı hasta sayısından daha fazla görülmektedir.

Tartışma

Akciğer kanserleri, biyolojik davranışı birbirinden oldukça farklı olduğundan başlıca küçük hücreli ve küçük hücre dışı akciğer kanseri olarak ikiye ayrılmaktadır. Tüm bronkojenik akciğer kanserlerinin yaklaşık % 20'sini küçük hücreli akciğer kanseri, kalan % 80' ini ise küçük

Tablo I: Hastaların demografik ve histopatolojik özellikleri

	Hasta sayısı ve oranı (%)	Yaş(Ortalama± Standart Sapma)	Sigara İçme Oranı: N:(%)	İçilen Sigara (paketyl) (Ortalama±Standart Sapma)
Epidermoid karsinom	64 (44,5)	63±10	64 (100)	38±10,5
Adenokarsinom	39 (27)	58±10	34 (87)	31,5±14,7
Küçük hücreli karsinom	31 (21,5)	56±11	28 (90)	35,17±10,40
Küçük hücre dışı karsinom	4 (2,7)	69±7	3 (75)	41,6±2,8
Büyük hücreli karsinom	2 (1,3)	60±5	2 (100)	37,5±10,6
Karsinoid tm.	2 (1,3)	24±9	1 (50)	14
Atipik karsinoid	1 (0,6)	63	1 (100)	40
Adenoid kistik karsinom	1 (0,6)	58	1 (100)	30
Toplam	144	60±11	130	35,6±11,9

Tablo II: Radyolojik özelliklerine göre tümörlerin yerleşimi

	Epidermoid	Adenokanser	Küçük Hücreli	Diğer	Toplam
Sağ	33 (%51,5)	28 (% 71,7)	18 (% 58)	6 (% 60)	85 (% 59)
Sol	28 (% 43,7)	11 (% 28,3)	11 (%35,4)	3 (% 30)	53 (% 36,8)
Bilateral	3 (% 4,8)	0	2 (% 7)	1 (%10)	6 (% 4,2)
Toplam	64	39	31	10	144

Tablo V: Ülkemizde yapılan çalışmalarda akciğer kanserlerinin dağılımı

	Özyurt ve arkadaşları (%)	Yıldızbayhan (%)	Bülbül ve arkadaşları (%)
Epidermoid	54	57	60
Adenokarsinom	18	27	16
Küçük hücreli karsinom	34	13	39

hücre dışı akciğer kanserleri oluşturmaktadır. Küçük hücre dışı akciğer kanserlerinin % 30'unu epidermoid akciğer kanseri, bronkoalveoler akciğer kanserini de içeren adenokanserler % 30,7' sini, büyük hücreli veya indiferansiye akciğer kanserleri % 9,4'ünü ve diğer hücre tipleri ise küçük bir oranı oluşturmaktadır (1).

Buccheri ve arkadaşları 782 akciğer kanserli olguda yaptıkları çalışmada epidermoid akciğer kanserini % 69, adenokanser % 5, küçük hücreli akciğer kanserini % 8, büyük hücreli akciğer kanserini % 4 ve diğer kanserli olguları % 12 olarak bulmuşlardır.

Younes ve arkadaşları prospektif olarak yaptıkları 737 hastalık çalışmada epidermoid akciğer kanserlerini % 51,8, adenokanserleri % 43,1 indiferansiye büyük hücreli kanserleri % 5,1 olarak bulmuşlardır (2).

Ülkemizde yapılan çalışmalarda akciğer kanserleri histopatolojik dağılımına göre incelendiğinde epidermoid kanser %54-60, adenokanser % 16-27, küçük hücreli akciğer kanseri % 13-39 olarak bildirilmiştir (Tablo V).

Biz de bu çalışmada akciğer kanseri tanısı konmuş 144 hastayı retrospektif olarak gözden geçirdik. Hastaların % 44,5' inde epidermoid karsinom, % 27'sinde adenokarsinom, % 21,5' inde küçük hücreli karsinom, % 2,7'

sinde sınıflandırılmayan küçük hücre dışı karsinom, % 1,3' ünde büyük hücreli karsinom, % 1,3'ünde tipik karsinoid, % 0,6' sında atipik karsinoid ve % 0,6' sında adenoid kistik karsinom tespit ettik.

Akciğer kanserleri histopatolojik tanılarına göre akciğerin farklı bölgelerine yerleşim gösterme eğilimindedir. Örneğin epidermoid akciğer kanserleri santral yerleşim gösterirken, adenokanserler periferik yerleşim gösterirler (1, 2).

Fiberoptik bronkoskopi akciğer kanserinin preoperatif tanısında ve evrelendirilmesinde son derece önemli bir yere sahiptir. İlk kez Killian tarafından kullanıma sunulmuş ve Ikeda tarafından geliştirilerek bugün göğüs hastalıkları dünyasında sık kullanılan bir inceleme metodu olmuştur (6).

Bu konuda yapılmış olan en geniş serilerden Buccheri ve arkadaşları, 1045 hastadan oluşan serilerinde 80 (% 7) hastada sol ana bronşta, 20 (% 1,9) hastada trakeada, 149 hastada sağ üst lobda, 96 (% 14)'sında sağ orta lobda, 37 (% 3,5)'sinde sağ alt lobda, 149 (% 14)'unda sol üst lobda, 154 (% 14,7)'ünde sol segmenter yada subsegmenter bronşta, 71 (% 6,7)'inde sağ ana bronşta, 139 (% 13)'unda sağ segmenter yada subsegmenter

Tablo III: Endobronşiyal lezyon tespit edilen hastaların histopatolojik özellikleri ve endobronşiyal lokalizasyonu

	Epidermoid (n=55)	Adenokanser (n=16)	Küçük hücreli (n=25)	Diğer (n=7)	Toplam (n= 103)
Trakea	4	2	4	0	10
Karina	0	0	4	0	4
Sağ	36	15	19		67
Ana bronş	7	0	4		11
Üst lob	13	10	5		28
İntermedier Bronş	5	4	3		12
Orta lob	4	1	3		8
Alt lob	7	0	4		11
Sol	27	7	15		50
Ana bronş	8	1	1	1	11
Üst lob	15	3	9		27
Alt lob	4	3	5		12
Bilateral	3				

Tablo IV: Endoskopik görünümüne göre lezyonların özellikleri

	Epidermoid akciğer kanseri (n=55)	Adenokanser (n=16)	Küçük Hücreli akciğer kanseri (n=25)	Diğer (n=7)	Toplam(%) (n= 103)
Direkt Bulgular	42	21	20	7	90
Kitle- kitle nekroz	27	10	5	5	47
İnfiltrasyon	15	11	15	2	43
İndirekt Bulgular	26	23	8	0	57
Daralma	15	0	2	0	17
Dıştan bası	8	16	0	0	24
Ödem	3	7	6	0	16

bronşta patoloji tespit etmişlerdir. Tümörlerin endobronşiyal olarak görünümünü değerlendirirken epidermoid ve küçük hücreli kanserlerin daha çok tümöral oluşum şeklinde olduğu, adenokanserlerin ise genellikle belirgin bir bronşiyal anormallik göstermeyip, infiltrasyon ve nonspesifik bulgular veya dış bası bulguları gösterdiği tespit edilmiştir. Santral lezyonların daha çok tümör özelliği gösterdiği, periferik lezyonların ise, daha çok dıştan bası şeklinde olduğunu göstermişlerdir.

Ülkemizde yapılan çalışmalarda, Özyurt ve arkadaşları %63 olguda endobronşiyal kitle, %34 olguda submukozal infiltrasyon, %4 olguda ise dış bası bulgularına rastlamışlardır (3). Çağlayan ve arkadaşları yaptıkları çalışmada, 248 hastanın 141'inde endobronşiyal kitle (% 57), 54'ünde submukozal infiltrasyon (% 22), 41'inde bronş duvarına dıştan bası (% 17) saptamışlardır (8).

Çalışmamızda epidermoid karsinomun istatistiksel olarak anlamlı olmasa da sağ bronş sisteminde daha fazla yerleştiği, küçük hücreli karsinomun da solda ve özellikle de sol üst lobda daha fazla lokalize olduğu tespit edilmiştir.

144 hastanın 103'ünde endobronşiyal lezyon (% 71) tespit edilmiştir. Bu hastaların 90 (% 87) inde direkt bulgu, 57'sinde (% 55) ise indirekt bulgu görülmüştür.

Sonuç olarak hücre tipi farkı gözetmeksizin tüm akciğer kanserlerinin özellikle üst lobları tercih ettiği ancak bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı, epidermoid

ve küçük hücreli akciğer kanserlerinde bronkoskopik olarak direkt bulguların daha sık görüldüğü, adenokanserlerde ise indirekt bulguların rölatif olarak daha sık olduğu bulunmuştur. Küçük hücreli akciğer kanserlerinin bronkoskopik görünümünün istatistiksel olarak anlamlı olmasa da diğer tiplerden daha fazla mukozal infiltrasyon şeklinde görüldüğü sonucuna varılmıştır.

Kaynaklar

1. Anthony J. Alberg, Jonathan MS. Epidemiology of Lung Cancer. Chest. 2003; 123(1) (Supplement):21S-49S.
2. Younes RN, Deutsch F, Badra C, Gross J. Nonsmall cell lung cancer: evaluation of 737 consecutive patients in a single institution Rev Hosp Clin Fac Med Sao Paulo. 2004; 59(3):119-27.
3. Özyurt H, Altın S, Tuncay E ve ark. FOB yapılan 1000 primer akciğer kanserli vakaların hücre tiplerine göre bronş ağacında yerleşimi. Solunum 1994; 17: 340-7.
4. Yıldızbayhan D, Kılıçaslan Z, Hacıhanefioğlu U ve ark. Opere 216 akciğer kanseri vakasında preoperatif tanı yöntemleri ve doğruluk oranlarının tartışılması. Solunum 1995; 19: 384-93.
5. Bülbül Y, Özlü T, Öztuna F ve ark. Akciğer kanserlerinin bronkoskopik haritası. Tüberküloz ve Toraks Dergisi 2002; 50(1): 34-7.
6. Richard A, Mathay. Clinics in Chest Medicine, WB Saunders Comp. 1993; 14(1): 55-98.
7. Buccheri G, Barberi P, Delfino MS. Diagnostic, morphologic and histopatologic correlation in bronchogenic carcinoma. A review of 1045 bronchoscopic examinations. Chest 1991; 99: 809-14.
8. Çağlayan B, Tümer Ö, Saygı A ve ark. Akciğer kanseri tanısında fiberoptik bronkoskopinin yeri. Solunum Hastalıkları 1997; 8(2): 267-75.