

Kolon Karsinomunun Endobronşiyal Metastazında Endoskopik Tedavi

Endoscopic Treatment in Endobronchial Metastasis from Colorectal Cancer: Case Report

Aydan MERTOĞLU,^a
Gazi GÜNDÜZ,^b
Yasemin YURT,^a
Rifat ÖZACAR,^c
Zekiye AYDOĞDU DİNÇ^d

^aGöğüs Hastalıkları Kliniği,
^dPatoloji Birimi,
İzmir Dr.Suat Seren Göğüs Hastalıkları
ve Cerrahisi Eğitim ve
Araştırma Hastanesi, İzmir
^bGöğüs Hastalıkları Kliniği,
Manisa Devlet Hastanesi, Manisa,
^cSerbest Hekim, İzmir

Geliş Tarihi/Received: 10.01.2013
Kabul Tarihi/Accepted: 13.05.2013

Yazışma Adresi/Correspondence:
Aydan MERTOĞLU
İzmir Dr.Suat Seren Göğüs Hastalıkları
ve Cerrahisi Eğitim ve
Araştırma Hastanesi,
Göğüs Hastalıkları Kliniği, İzmir,
TÜRKİYE/TURKEY
aydancakan@yahoo.com

ÖZET Toraks dışı malign solid tümörlerin endobronşiyal metastazları nadirdir. Endobronşiyal metastazların %12-26'sından kolon kanserleri sorumludur. Endobronşiyal metastaz varlığında hemoptizi, stridor ve dispne görülebilir. Endoskopik tedaviler semptomlarda düzelmeye neden olur fakat birçok seride prognoz kötüdür. Çalışmamızda 76 yaşında beş yıl önce kolon adenokarsinomu nedeniyle sol hemikolektomi operasyonu geçiren bir olgu sunuyoruz. Hasta acil servise öksürük ve giderek artan nefes darlığı yakınmasıyla kabul edildi. Toraks tomografisinde trakeada ve sol alt loba kitle lezyonu saptandı. Bronşiyal biyopsi kolon adenokarsinomu ile uyumlu raporlandı. İmmünohistokimyasal tetkik ile kolon kaynaklı adenokarsinom doğrulandı. Endobronşiyal tedavi ile solunumsal semptomlarda belirgin iyileşme sağladı.

Anahtar Kelimeler: Kolon tümörleri; bronkoskopi; argon plazma koagülasyonu; elektrocerrahi

ABSTRACT Endobronchial metastases secondary to extrapulmonary solid malignant tumors are rare. Colorectal cancers are responsible for 12-26% of endobronchial metastases. Hemoptysis, stridor, dyspnea may occur in cases with endobronchial metastases. Endoscopic treatment may result in symptomatic improvement but prognosis is generally poor in most series. We report an 75-year-old man with a history of a left hemicolectomy due to colon adenocarcinoma, five years ago. He was consulted in the emergency room for progressive dyspnea, cough. Lesion in the trachea and left lower lobe was found in chest CT. Bronchial biopsy showed an adenocarcinoma, compatible with colon adenocarcinoma. Immunohistochemistry confirmed the colonic origin of the tumor. Endobronchial therapy brought symptomatic relief in the case.

Key Words: Colonic neoplasms; bronchoscopy; argon plasma coagulation; electrosurgery

Türkiye Klinikleri J Case Rep 2013;21(3):114-9

Toraks dışı solid tümörlerin endobronşiyal metastaz (EBM)'leri nadirdir.¹ Solid tümörlü hastaların otopsi serilerinde EBM saptanma oranı %2'dir. En sıklıkla meme, kolon, böbrek, over ve baş boyun kanserlerinin endobronşiyal metastazları görülmektedir. Santral hava yolları sık tutulan lokalizasyonlar olduğundan bu olgularda acil tedavi gerekebilmektedir.¹⁻⁸

Kolorektal tümör tanısı ile EBM saptanması arasındaki sürenin genellikle uzun (~ 5 yıl) olduğundan bahsedilmektedir.¹ EBM gelişen olgularda endobronşiyal lokal tedavilerin solunumsal semptomlar üzerindeki palyatif etkilerinin başarılı olduğu ve yaşam kalitesini arttırdıkları görülmüştür.^{1,3}

Kolon kanserinin endobronşiyal metastazlarının nadir görülmesi ve endobronşiyal tedavinin etkinliği nedeniyle olgu sunulmuştur.

OLGU SUNUMU

Yetmiş altı yaşında erkek hasta, bir aydır devam eden öksürük ve nefes darlığı yakınması ile kliniğimize başvurdu. Beş yıl önce kolonun iyi diferansiye adenokarsinomu nedeniyle sol hemikolektomi operasyonu geçirdiği ve ardından beş kür kemoterapi aldığı ve operasyondan üç yıl sonra sol akciğerde kitle lezyonu saptanarak metastazektomi operasyonu geçirdiği öğrenildi.

Olgunun fizik bakışında; Genel durum orta, hasta dispneik, stridor mevcut, solunum sayısı 25/dk, ateş; 36,8 C, nabız; 85/dk, kan basıncı; 130/70 mmHg, göğüs oskültasyonunda arkadan dinlemekle sol altta solunum sesleri azalmış ve yer yer kaba raller duyuldu. Laboratuvar bulgularında; hemoglobin; 11,4 g, hematokrit; %34,9, lökosit; 8400 mm³, sedimantasyon; 66mm/saat, oksijen saturasyonu oda havasında %75, oksijen L/dk alırken %89 idi, bunun dışındaki diğer rutin laboratuvar bulguları normal sınırlarda bulundu.

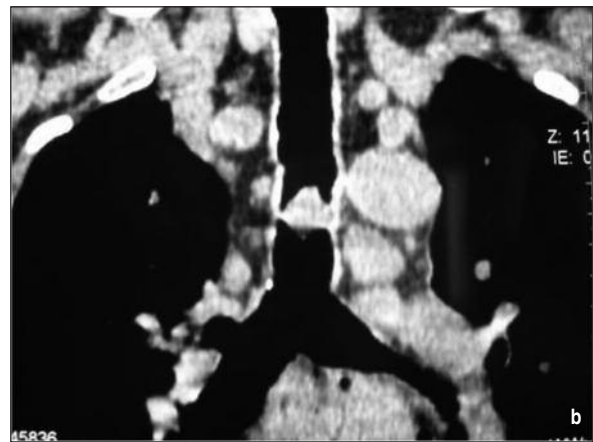
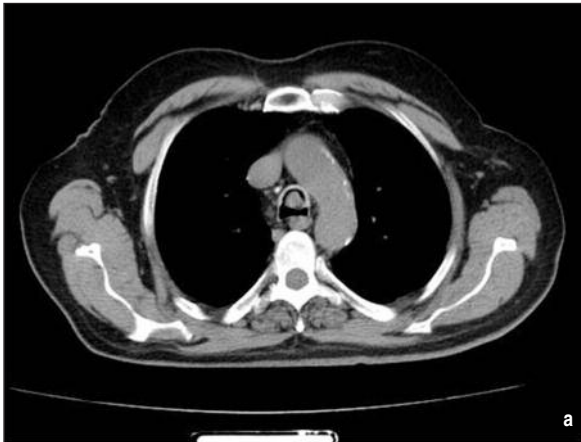
Olgunun akciğer grafisinde sol hiler bölgede 3x4 cm boyutlarında düzgün sınırlı infrahiler alana doğru uzanan homojene yakın lezyon ve sol alt zonda kalp sınırlarını silmeyen diyafragma sınırını silen ve sol kostofrenik sinüsü kapatan homojene yakın dansite artışı izlendi (Resim1). Toraks bilgi-

sayarlı tomografisi (BT)'nde trakea 1/3 alt kesiminde lümeni tama yakın daraltan lezyon ve sol alt lobta 5x4 cm boyutlarında kısmen düzgün sınırlı kitle lezyonu ve yanında yaklaşık 2 cm çapında metastazla uyumlu soliter nodüler lezyon izlendi (Resim 2a, b).

Olguda saptanan dispne, oksijen saturasyonu düşüklüğü ve toraks BT'de görülen trakeayı tama yakın obstrükte etmiş lezyon nedeniyle aydınlatılmış onam alınarak lümeni açmak amacıyla rijid bronkoskopi planlandı. Olguya rijid bronkoskopi girildiğinde trakea 1/3 alt kesiminde lümenini tama

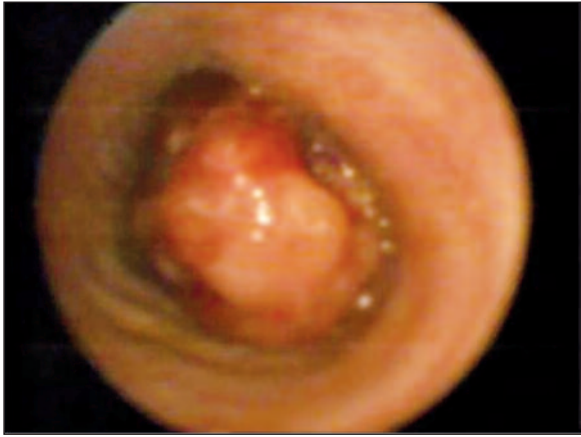


RESİM 1: Akciğer grafisinde sol hiler bölgede 3x4 cm boyutlarında düzgün sınırlı infrahiler alana uzanan homojen lezyon ve sol alt zonda kalp sınırlarını silmeyen sol kostofrenik sinüsü kapatan homojene yakın dansite artışı izleniyor.



RESİM 2: Toraks BT'de a. koranal, b.sagittal kesitlerde trakea 1/3 alt kesiminde lümeni tama yakın daraltan lezyon izleniyor.

yakın tıkayan, kısmen düzgün yüzeyle yer yer lobulasyon gösteren lezyon izlendi (Resim 3). Biyopsi işlemi sonrası argon plazma koagülasyonu (APC) /elektrokoter (EC) ile desobstrüksiyon işlemi yapıldı. Lümeninde %100 açıklık sağlandı (Resim 4). Daha sonra fiberoptik bronkoskop ile diğer bronş sistemi incelendi. Toraks BT'de herhangi bir lezyon izlenmeyen sol üst lob bronşunda lümeni tama yakın tıkayan beyaz vegetan tümöral lezyon görüldü (Resim 5). APC ve EC ile bu lezyona da desobstrüksiyon işlemi yapıldı ve tam açıklık sağlandı (Resim 6), sol alt lobda endobronşiyal lezyon iz-



RESİM 3: Rigid bronkoskopiye trakeadaki lezyonun görünümü.

(Renkli hali için Bkz. <http://www.turkiyeklinikleri.com/journal/turkiye-klinikleri-journal-of-case-reports/1300-0284/tr-index.html>)



RESİM 4: Biyopsi işlemi sonrası trakea lümeni.

(Renkli hali için Bkz. <http://www.turkiyeklinikleri.com/journal/turkiye-klinikleri-journal-of-case-reports/1300-0284/tr-index.html>)



RESİM 5: Sol üst lob bronşunda lümeni tama yakın tıkayan beyaz vegetan tümöral lezyon.

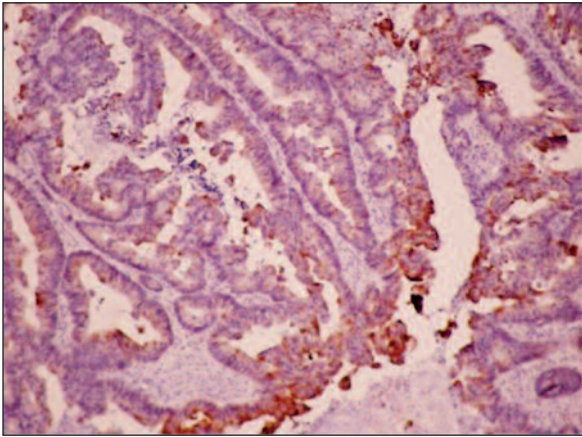
(Renkli hali için Bkz. <http://www.turkiyeklinikleri.com/journal/turkiye-klinikleri-journal-of-case-reports/1300-0284/tr-index.html>)



RESİM 6: APC ve EC ile desobstrüksiyon sonrası sol üst lob bronşu görünümü.

(Renkli hali için Bkz. <http://www.turkiyeklinikleri.com/journal/turkiye-klinikleri-journal-of-case-reports/1300-0284/tr-index.html>)

lenmedi. Her iki biyopsinin immünohistokimyasal patolojik incelemesi kolon adenokarsinom metastazi ile uyumlu rapor edildi (Resim 7). Hastada işleme bağlı herhangi bir komplikasyon gelişmedi. Klinik olarak nefes darlığı azalan ve oda havasında



RESİM 7: Alınan biyopsinin patolojisinde tümör dokusunda, glandüler yapıları oluşturan atipik hücrelerde sitoplazmik CK20 pozitifliği (CK 20x200).

(Renkli hali için Bkz. <http://www.turkiyeklinikleri.com/journal/turkiye-klinikleri-journal-of-case-reports/1300-0284/tr-index.html>)

kan gazı oksijen değerleri düzelen olgu medikal onkoloji ile konsülte edilerek kemoterapi yapılmak üzere taburcu edildi.

TARTIŞMA

Kolorektal kanserlerin akciğer metastazları sık görülmekle beraber endobronşiyal metastazları nadirdir. Parankimal akciğer metastazlı olgularda endobronşiyal lezyon gelişme oranı %18-42 arasında değişmektedir.^{2,3,7} Ancak akciğer metastazlı olgularda bronkoskopi rutin önerilen bir işlem olmadığından EBM'lerin gerçek görülme sıklığının tam olarak bilinmediği düşünülmektedir.^{3,6} Olgumuza 1,5 yıl kadar önce parankimal metastaz saptanarak metastazektomi uygulanmış ve o dönemde bronkoskopisinde endobronşiyal lezyon saptanmamıştır.

Endobronşiyal metastazların en sık görüldüğü yerler trakea, ana bronşlar ve lobar bronşlardır. Bu nedenle bu olgularda acil tedavi gerekebilme ve endobronşiyal sıcak tedavi yöntemleri (APC, EC, Laser) çabuk etkileri nedeniyle tercih edilmektedir.^{1,3,9-13}

Bronkoskopik olarak lezyonlar polipoid, saplı veya infiltratif görünümde olabilmektedir.^{3,7} Olgumuzun trakeada polipoid, sol üst lobta ise vegetan görünümde lezyonları mevcut idi.

EBM'ler ile primer akciğer kanserinin semptom ve bulguları benzerdir. En sık rastlanan semptomlar dispne, öksürük ve hemoptizidir. Atektazi

en sık rastlanan radyolojik bulgudur.^{1,2,3,5,7} Ancak asemptomatik ve normal akciğer grafisi olan olgular da tanımlanmıştır.^{2,8}

Bronkoskopik görünümleri de benzer olduğundan EBM'lerde primer akciğer kanseri ile ayırıcı tanı ancak biyopsilerin immünohistokimyasal incelenmesi ile konulmaktadır.^{2,3,5} Olgumuz bir aydır devam eden öksürük, nefes darlığı yakınmaları ile başvurmuş, yapılan bronkoskopisinde trakea tama yakın tıkalı olduğundan tanısal biyopsi işlemi sonrası rijid bronkoskopi ile palyatif amaçlı endobronşiyal tedavi uygulanmıştır.

Endobronşiyal metastazların; bronşa direkt metastaz ile veya parankimal lezyonlardan bronşiyal invazyon ile veya hiler/mediastinal metastatik lenf bezlerinin bronş invazyonu ile veya periferik lezyonun proksimal bronşlara ilerlemesi ile oluştuğu düşünülmektedir. En nadir görüleni direkt metastazlardır ve genellikle lenfanjitis karsinomatosa ile birlikte.² Olgumuz daha önceden parankimal metastazı olan operasyon materyalinde cerrahi sınırı salim, hiler lenf nodu reaktif saptanan bir olgu olmakla birlikte, endobronşiyal metastazının parankimal ya da yeni gelişen hiler/aortikopulmoner lenf nodlarından bronşiyal invazyon sonucu gelişmiş olabileceği düşünülmüştür.

EBM'ler sık olarak yaygın hastalıkla beraber saptandığından bu olgularda prognozun kötü olduğundan (ortalama 1-2 yıl) bahseden yayınlar olmakla beraber negatif prognostik etkileri tartışmalıdır.^{1,2,4,6,7} EBM saptandıktan sonraki ortalama sağkalım; 14-18,9 ay olarak rapor edilmiştir.^{2,3,6,8}

Hiler/mediastinal metastatik lenf bezlerinin bronşiyal invazyonu yoluyla EBM gelişmiş olgularda sağkalımın daha kısa olduğu bildirilmiştir.² Ancak sağkalım üzerinde diğer organ metastazları varlığının, hastanın klinik performansının ve eşlik eden hastalıklarının da etkili olacağı aşikârdır. Olgumuz endobronşiyal metastaz saptandıktan yaklaşık altı ay sonra yaygın akciğer parankim metastazına bağlı solunum yetmezliği ile kaybedilmiştir.

EBM'lerin tedavisi ve yönetimi primer tümörün histolojisine, biyolojik davranışına, başka me-

tastazların varlığına ve hastanın performansına göre değişmektedir. Bu nedenle tedavi hasta bazında planlanmalıdır.² Trakeal obstrüksiyonların varlığında acil tedavi elde mevcut tekniklere ve hekimin tecrübesine göre değerlendirilmelidir.¹²

APC ve EC, etkilerinin hemen görülmesi nedeniyle, büyük hava yollarını tıkayan benign ve malign lezyonlarda lazer tedavisine alternatif olarak gösterilen, tüm dünyada kullanılan, kabul görmüş endobronşiyal tedavi yöntemleridir. Lazere göre ucuz ve klinik kullanımları daha basit olan bu yöntemlerin komplikasyon oranları da lazere göre daha düşüktür. APC doku ile temas etmeden iyonize akım akışı sağlayarak etki gösterirken, elektrokoter de prob ile doku arasında direkt temas gerekmektedir. Bu iki yöntem tümörün mekanik olarak çıkarılmasına imkân tanıyan sıcak tekniklerdendir. APC hava yolunu tıkayan tümörün mekanik olarak çıkarılmasına imkân verirken koagülasyonu da sağlayarak kanamayı oldukça azaltması nedeniyle acil rekanalizasyon için ilk yaklaşım olarak kabul edilmektedir. Trakeal ve karinal tutulumlarda endobronşiyal sıcak tedavi yöntemleri çabuk etkileri nedeniyle asfiksiyi önlemede de etkin bulunmaktadır.^{3,13-23} Olgumuzda trakeal lezyona bağlı asfiksiyi önlemek üzere endobronşiyal APC/EC ile anında etki sağlanarak başarılı olunmuştur.

EBM saptandığında tedavi çoğu kez palyatif olmakla beraber, bu durum hiçbir olgunun cerrahi adayı olmadığı anlamına gelmemektedir. Acil olmayan durumlarda, teknik olarak mümkün ise cerrahi tedavi yapılabilmekte ve iyi bir sağkalım elde edilebilmektedir.^{2,3,7}

Multimetastatik hastalıkta radyoterapi, kemo-terapi ve endoskopik lokal tedaviler semptomların düzelmesi bakımından tek başına veya kombine olarak hasta bazlı değerlendirme yapılarak kullanılabilir. Endobronşiyal tedavilerin radyo/kemo-terapi öncesi yapılması tercih edilmektedir. Tedavi sonrası nüks görülebilmektedir.^{1,3,6,8} Nüks gelişen olgularda asfiksi ya da solunum yetmezliği gibi acil durumlar oluşmadan elektif şartlarda endobronşiyal tedavi yapılmasını sağlamak için bronkoskopik takip öneren araştırmacılar da mevcuttur.³

Sonuç olarak; endobronşiyal tümörün acil rekanalizasyonu APC/EC gibi sıcak yöntemler kullanılarak yapılabilmektedir. Bu yöntemler rölatif olarak basit, hemen etkili, güvenli, tolere edilebilir ve tekrarlanabilir olmaları nedeniyle sıkça tercih edilmektedirler.^{9,10,11,13} Solunumsal semptomları bulunan kolorektal karsinomlu hastalarda endobronşiyal metastaz olasılığını akılda tutmalı, endobronşiyal palyatif tedavilerin başarısı hatırlanmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Bar-Gil Shitrit A, Shitrit D, Bakal I, Braverman D, Kramer MR. Endobronchial metastases from colon cancer without liver metastases: report of eight cases. *Dis Colon Rectum* 2007;50(7):1087-9.
2. Kiryu T, Hoshi H, Matsui E, Iwata H, Kokubo M, Shimokawa K, et al. Endotracheal/endobronchial metastases : clinicopathologic study with special reference to developmental modes. *Chest* 2001;119(3):768-75.
3. Fournel C, Bertoletti L, Nguyen B, Vergnon JM. Endobronchial metastases from colorectal cancers: natural history and role of interventional bronchoscopy. *Respiration* 2009;77(1):63-9.
4. Roviroso Casino A, Bellmunt J, Salud A, Vicente P, Maldonado J, Bodi R, et al. Endobronchial metastases in colorectal adenocarcinoma. *Tumori* 1992;78(4):270-3.
5. Charpidou A, Fotinou M, Alamara C, Kalkandi P, Tiniakou D, Alexopoulou K, et al. Report of two cases of endobronchial metastases secondary to colorectal cancer. *In Vivo* 2007;21(1):133-6.
6. Coriat R, Diaz O, de la Fouchardière C, Desseigne F, Négrier S. Endobronchial metastases from colorectal adenocarcinomas: clinical and endoscopic characteristics and patient prognosis. *Oncology* 2007;73(5-6):395-400.
7. Kim AW, Liptay MJ, Saclarides TJ, Warren WH. Endobronchial colorectal metastasis versus primary lung cancer: a tale of two sleeve right upper lobectomies. *Interact Cardiovasc Thorac Surg* 2009;9(2):379-81.
8. Sørensen JB. Endobronchial metastases from extrapulmonary solid tumors. *Acta Oncol* 2004;43(1):73-9.
9. Sezer M. [Bronchoscopic endobronchial treatment of lung cancer]. *Turkiye Klinikleri J Pulm Med-Special Topics* 2012;5(1):89-92.
10. Altın S. [The patient selection in interventional bronchoscopy]. *Turkiye Klinikleri Arch Lung* 2012;13(2):48-60.
11. Küpeli E, Karnak D. [Interventional bronchology in lung cancer]. *Turkiye Klinikleri J Thor Surg Special Topics* 2009;2(2):13-20.
12. Türkyılmaz A, Karaoğlanoğlu N. [Emergency treatment of tracheal obstruction]. *Turkiye Klinikleri J Surg Med Sci* 2006;2(29):66-72.
13. Erelel M. [Electrocootery and argon plasma coagulation]. *Turkiye Klinikleri J Pulm Med-Special Topics* 2012;5(1):55-9.
14. Sutedja TG, van Boxem TJ, Schramel FM, van Felius C, Postmus PE. Endobronchial electrocautery is an excellent alternative for Nd: YAG laser to treat airway tumors. *J Bronchol* 1997;4(2):101-5.

15. Morice RC, Ece T, Ece F, Keus L. Endobronchial argon plasma coagulation for treatment of hemoptysis and neoplastic airway obstruction. *Chest* 2001;119(3):781-7.
16. Reichle G, Freitag L, Kullmann HJ, Prenzel R, Macha HN, Farin G. [Argon plasma coagulation in bronchology: a new method--alternative or complementary?]. *Pneumologie* 2000;54 (11):508-16.
17. Zarić B, Vukašin Č, Milovančev A, Stojanović G, Balaban G. Endoscopic argon plasma coagulation for the management of solid, centrally located lung cancer. *Arch Oncol* 2007;15(3-4):94-6.
18. Capaccio P, Peri A, Fociani P, Ottaviani F. Flexible argon plasma coagulation treatment of obstructive tracheal metastatic melanoma. *Am J Otolaryngol* 2002;23(4):253-5.
19. Crosta C, Spaggiari L, De Stefano A, Fiori G, Ravizza D, Pastorino U. Endoscopic argon plasma coagulation for palliative treatment of malignant airway obstructions: early results in 47 cases. *Lung Cancer* 2001;33(1):75-80.
20. Sutedja G, van Kralingen K, Schramel FM, Postmus PE. Fiberoptic bronchoscopic electro-surgery under local anaesthesia for rapid palliation in patients with central airway malignancies: a preliminary report. *Thorax* 1994;49(12):1243-6.
21. Boxem Tv, Muller M, Venmans B, Postmus P, Sutedja T. Nd-YAG laser vs bronchoscopic electrocautery for palliation of symptomatic airway obstruction: a cost-effectiveness study. *Chest* 1999;116(4):1108-12.
22. Coulter TD, Mehta AC. The heat is on: impact of endobronchial electro-surgery on the need for Nd-YAG laser photoresection. *Chest* 2000;118(2):516-21.
23. Lee P, Kupeli E, Mehta AC. Therapeutic bronchoscopy in lung cancer. Laser therapy, electrocautery, brachytherapy, stents, and photodynamic therapy. *Clin Chest Med* 2002;23(1):241-56.