

## Trakea ve Ana Bronşların Adenoid Kistik Karsinomu

Ülkü Yazıcı, Salih Topçu, Tamer Altınok, Cüneyt Kurul, Aysin Alper, Erkin Sarıca, İrfan Taştepe

Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği, Ankara

### ÖZET

Adenoid kistik karsinom sıklıkla majör ve minör tükürük bezlerinden köken alan, yavaş ilerleyen bir tümördür. Tükürük bezi dışında meme, deri, uterus da görülebilir ancak pulmoner sistemde en sık görüldüğü yer trakea ve ana bronşlardır. Bu çalışmada 1988-2000 tarihleri arasında klinik olarak adenoid kistik karsinom (AKK) tanısı konularak izlenen 10 olgu geriye dönük olarak değerlendirildi. Olgularda ortalama yaş 46 (22-62) olup, 5'i erkek, 5'i kadındı. Lezyonların 5'i trakea, 2'si ana bronş, 3'ü lob bronşu lokalizasyonundaydı. İkişer olguya trakea rezeksiyonu, trakea rezeksiyonu + karinoplasti, sleeve sağ üst lobektomi ve sol pnömonektomi, birer olguya ise biyopsi + trakeostomi ve orta lobektomi yapıldı. Beş olguda kesit yüzeyinde mikroskopik pozitiflik saptandı.

Pulmoner sistemin nadir tümörlerinden olan AKK trakea ve ana bronş tutulumu ile hava yolu pasajını kısmen veya tamamen tıkayabilmekte ve olgular hatalı astım tanısı ile uzun süre izlenebilmektedir. Göğüs hastalıkları ve cerrahisi acilleri içinde yer alabilen AKK bu özelliğiyle dikkat çekicidir. Tedavisinde primer yaklaşım cerrahi olup anrezektabl tümörlerde primer radyoterapi veya Nd-YAG lazer sonrası radyoterapiyle yüz güldürücü sonuçlar alınmaktadır.

**Anahtar sözcükler:** adenoid kistik karsinom, trakea, bronş

*Toraks Dergisi, 2003;4(1):69-72*

### ABSTRACT

#### Adenoid Cystic Carcinoma of Trachea and Main Bronchus

Adenoid cystic carcinoma (ACC) is a tumor that occurs most commonly in major and minor salivary glands and progress slowly. It has also been described in the breast, skin, uterine cervix, upper aerodigestive tract and lung. Trachea and main bronchus are the localizations where it is most commonly seen in the respiratory system.

In this study, 10 cases that were clinically diagnosed and followed as ACC between 1988 and 2000 were evaluated retrospectively. There were 5 male and 5 female patients and the mean age was 46 years (22-62 years). Tumors were localized in trachea (5 cases), in main bronchus (2 cases), and in lobar bronchus (3 cases). Operative approachments were resection of trachea (2), tracheal resection + carinoplasty (2), right sleeve upper lobectomy (2), left pneumonectomy (2), biopsy + tracheostomy (1) and middle lobectomy (1). In five of the patients microscopically positive resection margin was established.

ACC is one of the rare tumors of the pulmonary system. Some patients with ACC could be treated for prolonged periods for an erroneous diagnosis of asthma because of the tracheal or main bronchial obstruction. Therefore, these patients may be admitted to the emergency department of chest disease and thoracic surgery. Surgery is the primary management of ACC. For the patients with unresectable tumors, primary radiotherapy (RT) or RT after Nd-YAG laser ablation may provide satisfactory results.

**Key words:** adenoid cystic carcinoma, trachea, bronchus

## GİRİŞ

Adenoid kistik karsinom (AKK) tüm primer akciğer kanserleri içinde %0.2 oranında görülür. En sık majör ve minör

tükürük bezlerinden köken alır. Meme, deri, uterus ve akciğer gibi organlarda ise daha ender görülür [1,2]. Pulmoner sistemde ise en sık trakea ve ana bronşlar tutulur. Genellikle santral lokalizasyonda olma eğilimi gösteren AKK, tanı aşamasında akciğer grafisinde gözden kaçabilmektedir. Sıklıkla semptomatik olduğunda tanımlanabilmektedir. Hava yolu pasajında kısmi veya tam tıkanıklık oluşturarak son derece ciddi, hayatı tehdit edici tablolara neden olabilir. Hatalı as-

Yazışma adresi: Ülkü Yazıcı  
Bişkek caddesi No: 62 B Blok Daire: 10 Emek, Ankara  
Tel: (0312) 223 49 01  
Faks: (0312) 355 21 35  
E-posta: ulku\_yazici@yahoo.com

Tablo I. Olguların özellikleri ve yapılan operasyonlar						
Olgu no	Yaş Cinsiyet	Tümör Lokalizasyonu	Operasyon	Cerrahi Sınır	Postoperatif RT	Postoperatif İzlem
1	47, E	Orta trakea	Trakea rezeksiyonu	Negatif	Verildi	64. ay yaşıyor 5. kot metastazı(+) kot rezeksiyonu yapıldı
2	56, E	Sağ üst lob bronşu	Sleeve üst lobektomi	Negatif		15. gün ex. Bronkoarteriyel fistül sebebiyle
3	22, K	Distal trakea, karina	Karinoplasti, parsiyel trakea rezeksiyonu	Pozitif	Verildi	48. ay yaşıyor
4	51, K	Sol ana bronş	Sol pnömonektomi	Pozitif	Verildi	36. ay yaşıyor
5	51, K	Üst trakea	Biyopsi, trakeostomi	Pozitif	Verildi	36. ay yaşıyor
6	62, E	Orta lob bronşu	Orta lobektomi	Negatif	Verilmedi	84. ay yaşıyor. Hemoptizi (+) pnömonektomi yapıldı
7	55, E	Orta trakea	Trakea rezeksiyonu	Negatif	Verildi	32. ay yaşıyor
8	45, K	Alt trakea, karina	Karinoplasti, parsiyel trakea rezeksiyonu	Pozitif	Verildi	46. ay yaşıyor
9	33, K	Sol ana bronş	Sol pnömonektomi	Pozitif	Verildi	9. ay yaşıyor
10	36, E	Sağ üst lob bronşu	Sleeve üst lobektomi	Negatif	Verilmedi	50. ay yaşıyor

tım tanısıyla ve ilaç tedavisiyle izlenen AKK olguları mevcuttur. Dispne, hemoptizi ve öksürük en sık görülen semptomlardır [1]. Bu tür yakınmaları olan ve ilaç tedavisiyle düzelme sağlanamayan olgularda mutlaka AKK akla gelmeli ve ayırıcı tanı için tekrar değerlendirme yapılmalıdır. Küratif bir cerrahi rezeksiyon sonrası 5 yıllık sağkalım oranlarının %60-100 arasında olduğu bildirilen pulmoner AKK'li uygun olgular hızla cerrahi için hazırlanmalıdır.

## OLGULAR VE YÖNTEM

Ocak 1998-Aralık 2000 tarihleri arasında tanı konulan 10 AKK olgusu çalışmaya alındı. Olguların klinik, radyolojik ve histolojik bilgileri geriye dönük olarak değerlendirildi.

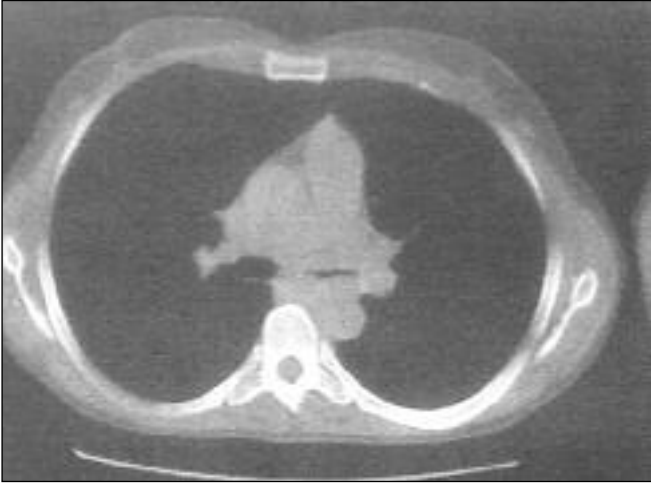
Yaşları 22 ile 62 arasında değişen hastaların 5'i erkek, 5'i kadındı ve ortalama yaş 46'ydı. En sık karşılaşılan semptomlar sırasıyla dispne (6), hemoptizi (4) ve göğüs ağrısıydı (3). Olguların ortak özellikleri Tablo I'de sunulmuştur.

Tüm olguların posteroanterior (PA) ve lateral akciğer grafisi ve acil başvuran bir olgu dışında toraks bilgisayarlı tomografisi (BT) alındı. Lezyonun santral lokalizasyonlu olma eğilimi nedeniyle PA akciğer grafisi tanıda sıklıkla yardımcı olamamaktadır. Burada 2 olgunun PA akciğer grafisinde lezyonlar saptanabiliyordu. Bunlardan, 56 yaşındaki erkek hastada, sağ üst zonda düzensiz konturlu 1.5x2 cm çapında kitle lezyonu, 47 yaşındaki erkek hastada ise trakea 1/3 orta bölü-

münde, lümende daralma görünümü veren kitle lezyonu izleniyordu. Toraks BT ise lezyonun yeri ve yapılacak cerrahinin belirlenmesinde oldukça değerli bilgiler sunmaktadır. Hastaların BT sonuçları incelendiğinde 2 olguda sol ana bronş (Resim 1), 2 olguda 1/3 orta trakea, 1 olguda vokal kord altına yerleşmiş, trakeaya bası yapan (Resim 2), 2 olguda sağ üst lob bronşu (Resim 3), 1 olguda orta lob, 2 olguda distal trakea ve karina lokalizasyonunda kitle görünümü saptandı.

Olguların tamamına preoperatif bronkoskopi yapılarak cerrahi girişimin şekli net olarak belirlendi. Yedi olgudan bronkoskopik biyopsi alındı. Diğer 3 olgunun 1'i acil koşullarda operasyona alındığı için sadece bronkoskopik olarak değerlendirilmiş, 2 olguda ise hemoraji gelişmesi üzerine biyopsi alınamamıştı. Klinik yaklaşım, bronkoskopik biyopsiyle preoperatif tanı konularak cerrahi girişim uygulamaktı, ancak, sadece 5 olguda preoperatif tanı konulabildi. Tüm hastalara operasyon esnasında frozen çalışılmış, cerrahi sınır tutulumu olup olmadığı ve N2 varlığı değerlendirilmiştir. Uzun dönemli izlemede prognostik özellik taşımadığı belirtilen cerrahi sınır pozitifliği ve N2 varlığı cerrahi girişim sırasında agresif bir yaklaşım uygulanmamasına neden olmuştur.

Distal trakeada kısmi sağ ana bronşta tam tıkanıklığı olan, ciddi solunum sıkıntısı ve deri altı amfizemiyle kliniğimize getirilen 22 yaşındaki kadın hasta, acil koşullarda operasyona alınmış ve kısmi trakea, sağ ana bronş ve karina rezeksiyo-



**Resim 1.** Sol pnömonektomi yapılan hastaya ait toraks BT görünümü.



**Resim 2.** Biyopsi ve kalıcı trakeostomi yapılan hastaya ait toraks BT görünümü.



**Resim 3.** Sleeve sağ üst lobektomi yapılan hastaya ait toraks BT görünümü.

nuyla birlikte karinoplasti ve lenf nodu diseksiyonu uygulanmıştır.

Trakea yerleşimi olan 5 olgudan 2'si alt 1/3, 2'si orta 1/3, 1'i üst 1/3'lük trakea lokalizasyonundaydı. Bir servikal (coller) insizyon, 4 sağ torakotomi yapıldı. Trakea rezeksiyonlarında 3-5 cm arasında değişen trakea parçası çıkarılmış ve anastomoz bölgesinde 3.0 vikril kullanılarak tek tek dikiş yöntemiyle uç uca anastomoz yapılmış ve bu bölge interkostal adale, plevra veya perikardiyal yağ dokusu kullanılarak desteklenmiştir.

## BULGULAR

Rezeksiyon yapılan 9 olgunun 4'ünde kesit yüzeyinde (cerrahi sınır) mikroskopik pozitiflik saptandı. Bu olguların 2'si bronş yüzeyi, 2'si trakea yüzeyi pozitifliği idi. Bu olgu grubu-

nun 3'ünde N2 lenf nodu tutulumu mevcuttu. Postoperatif cerrahi sınır veya N2 pozitifliği aranmaksızın tüm olgular radyoterapi (RT) almak üzere ilgili merkezlere gönderildi. Ancak 7 olgunun RT aldığı belirlendi. Cerrahi sınır pozitifliği ve N2 tutulumu olan olguların tamamı RT aldı.

Postoperatif dönemde görülen komplikasyonlar 2 yara yeri enfeksiyonu, 1 uzamış hava kaçağı, 1 hemorajidir. Ancak izlemede ek herhangi bir müdahaleye gerek kalmadan bu komplikasyonlar tedavi edildi.

Sleeve sağ üst lobektomi yapılan hasta postoperatif 15. günde bronkoarteriyel fistül gelişmesi üzerine eksitus oldu. Orta lobektomi yapılan hastaya ilk ameliyattan 6 yıl sonra masif hemoptizi nedeniyle pnömonektomiye tamamlama operasyonu yapıldı. Trakea rezeksiyonu yapılan bir diğer hastada ise 2 yıl sonra 5. kot metastazı nedeniyle kot rezeksiyonu gerçekleştirildi.

Cerrahi sınır pozitifliğinin ve N2 tutulumunun uzun dönem sağkalımı etkilemediği belirtilmektedir. Bu seride perioperatif 1 mortalite dışında tüm olgular hayattadır. Üst trakea tutulumu olan ve anrezektabl bulunduğu için sadece biyopsi yapılabilen olgu, RT'den yarar görmüş ve izlemede herhangi bir sorunla karşılaşmamıştır. Cerrahi girişim yapılamayan olgularda RT'nin son derece iyi sonuçlar doğurduğu bildirilmektedir. Kesit yüzeyinin pozitif olduğu olgularda da iyi bir yaşam süresi elde edilmesi literatür bilgilerini desteklemektedir.

## TARTIŞMA

Adenoid kistik karsinom en sık majör ve minör tükürük bezlerinde görülür. Yavaş büyür. Akciğer kökenli olan AKK trakea ve majör bronşları sever [1,4]. En sık karşılaşılan semptomlar hemoptizi, öksürük ve dispnedir [1,5]. Bizim has-

ta grubumuz içinde de bu semptomlar en sık görülenlerdi. Trakea veya ana bronş obstrüksiyonu oluşturarak son derece ciddi, hayatı tehdit edici bir tabloya yol açabilmektedir [1]. Trakea rezeksiyonu ve karinoplasti yapılan 22 yaşındaki kadın hasta uzun süre hatalı astım tanısıyla izlenmiş olup, trakeayı kısmen, sağ ana bronşu tamamen tıkayan kitle nedeniyle ciddi solunum sıkıntısı, ciddi derialtı amfizemiyle acilen opere edilmiştir.

Sıklıkla santral lokalizasyonda görülür. Üst 1/3'lük trakea ve ana bronşlar en sık tutulur. Bizim olgularımızda 2 alt 1/3, 2 orta 1/3, 1 üst 1/3'lük trakea tutulumu gözlenmiştir.

Periferik ve küçük bronşlardan %10 oranında kaynaklanabilmektedir. Sağ apikal lokalizasyonda yerleşen ve Pancoast sendromuna neden olan bir AKK olgusu bildirilmektedir [6]. Makroskopik olarak pembe, polipoid veya annular tarzda olup, üzerini örten bronşiyal epitel sıklıkla sağlamdır [1]. Bu nedenle balgam sitolojisinin tanıdaki yeri sınırlıdır.

Tümör submukozal ve periferik infiltrasyon yapar ve makroskopik olarak görülen lezyonun proksimaline ve distaline sıklıkla uzanır. Buna bağlı olarak, rezeksiyon sonrası cerrahi sınır pozitifliği siktir [1,7,8]. Beş olguda kesit yüzeyinde mikroskopik pozitiflik saptanmış olup postoperatif RT uygulanmıştır ve halen semptomsuz olarak izlem altındadır. Bölgesel lenf nodu tutulumu %10 olup prognostik değildir [9].

Cerrahi girişim primer tedavi şeklidir. Adjuvan RT önerilmektedir [10-14]. Cerrahinin uygulanmadığı anrezektal olgularda primer RT veya endoskopik Nd-YAG lazer tedavisi sonrası RT'nin tam remisyon sağladığını bildiren çalışmalar vardır [15]. Hiler ve mediastinal lenf nodu yayılımının olması, cerrahi sınır pozitifliği kötü prognostik özellikler değildir [1]. Uzun dönem sağkalımı etkilemediğinden agresif bir cerrahiden kaçınılması önerilmektedir. Bu seride N2 pozitifliği saptanan hastaların uzun dönem izlenmelerinde sorun yaşanmamıştır. Küratif bir cerrahi sonrası 5 yıllık sağkalım %60-100'dür [16]. Kemoterapi ve immünoterapinin tedavideki yeri gösterilememiştir.

Sonuç olarak AKK akciğerin nadir tümörlerindedir. Yaşlı büyür, hava yolu lümenini ve altındaki bronşiyal epiteli

lokal olarak invaze eder. Yanlış tanı ile hastalara uzun süre astım tedavisi uygulanabilmektedir. Ciddi hava yolu obstrüksiyonu oluşturarak göğüs hastalıkları acilleri içerisinde yer alabilen bu tümörün erken dönemde saptanması önemlidir. Primer tedavi cerrahi olup, anrezektal tümörlerde primer RT veya Nd-YAG lazer sonrası RT yüz güldürücü sonuçlar doğurmaktadır.

## KAYNAKLAR

1. Faber LP, James R, Warren HW. Benign and malignant tumors of the trachea In: Shields TW eds. General Thoracic Surgery. 4th ed. Malvern: Williams Wilkins Pr; 1994:832-43.
2. Moran CA, Suster S, Koss M. Primary adenoid cystic carcinoma of the lung. Cancer. 1994;73:1379-90.
3. Hiroaki N, Shizuka K, Kouichi K, et al. Adenoid cystic carcinoma of the trachea and main- stem bronchus. J Thorac Cardiovasc surg.1988;96:271-7.
4. Carter D, Eggleston IC, Tumours of the lower respiratory tract. AFIP Fasciole 1980;17:199-202.
5. Ranjan KS, Juan AP, Victor L. Adenoid cystic carcinoma of the trachea. SAJS 1996;34:191-2.
6. Inoue H, Iwashita A, Kanegae H, et al. Peripheral pulmonary adenoid cystic carcinoma with substantial submucosal extension to the proximal bronchus. Thorax 1991;46:147-8.
7. Sweeny WD, Thomas JM. Adenoid cystic carcinoma of the lung. Contemp Surg. 1986;28:97.
8. Mitani S. Studies on distribution and histological observation of mucus gland in the bronchial tree of adult human lung. Haigan 1974;14:21.
9. Regnard Jf, Fougier P, Levasseur P. Results and prognostic factors in resection of primary tracheal tumours. J Thorac Cardiovasc Surg. 1996;111:808-14.
10. Grillo HC, Mathise DJ, Primary Tracheal Tumours Treatment and results. Ann Thorac Surg.1990;49:69-77.
11. Fields Nj, Gilbert R, Emami BN, Primary tumours of trachea. Cancer 1989;63:2429-33.
12. Cheugh AYC. Radiotherapy for primary carcinoma of trachea. Radiother Oncol. 1989;14:279-85.
13. Mathisen DJ, Primary tracheal tumours management. Surg Oncol Clin North Am 1999;8:307.
14. Chow DC, Komaki R, Libshitz HI et al. Treatment of primary neoplasms of trachea Cancer 1993;71:2946-52.
15. Chao MW, Smith JG, Laidlaw C, et al. Results of treating primary tumors of the trachea with radiotherapy. Int J Radiat Oncol Biol Phys 1998;41:779-85.
16. Okahara M, Segawa Y, Takigawan, et al. Primary adenoid cystic carcinoma of the trachea effectively treated with the endoscopic Nd-Yag laser followed by radiation. Intern Med 1996;35:146-9.