

## Lober Karina Rezeksiyonu ve Rekonstrüksiyonu Yapılan Bir Karsinoid Tümör Olgusu

A Case of Carcinoid Tumor who Underwent Lobar Carina Resection and Reconstruction

Erdal Okur, Volkan Baysungur, Mertol Gökçe, Semih Halezeroğlu

Sağlık Bakanlığı Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 1.Göğüs Cerrahisi Kliniği, İstanbul, Türkiye

### ÖZET

Karsinoid tümörler bronşiyal sistemin düşük habis potansiyelli oluşumları olup tedavilerinde mümkün olduğunca akciğer parankimi korunarak, komplet cerrahi rezeksiyon yapılması önerilmektedir. Hastamızda sol bronşiyal sistem alt lob-üst lob bronşları ayırımında yerleşen bir tipik karsinoid tümör vardı. Hastaya parankim rezeksiyonu yapılmaksızın, yalnız tümörlü lobar karina komplet olarak çıkartıldı ve lobar karina rekonstrüksiyonu yapıldı. Literatürde sınırlı sayıda bildirilen lobar karina rezeksiyonu, teknik güçlüğüne rağmen uygun vakalarda başarıyla uygulanabilir.

(*Tur Toraks Der 2010; 11: 131-3*)

**Anahtar sözcükler:** Sleeve rezeksiyon, karina rezeksiyonu, bronşiyal karsinoid tümör

*Geliş Tarihi: 25. 12. 2007 Kabul Tarihi: 18. 06. 2008*

### ABSTRACT

Carcinoid tumors are low-grade malignant lesions of the bronchial system. Complete surgical resection is proposed, saving as much lung parenchyma as possible for treatment. Our patient had a typical carcinoid tumor located at the division of the left upper and lower lobar bronchus. We completely resected and reconstructed the lobar carina invaded by tumor without resecting any lung parenchyma. Although it is technically demanding, lobar carina resection, reported in a limited number of papers in the literature, can be successfully performed in appropriate cases, (*Tur Toraks Der 2010; 11: 131-3*)

**Key words:** Carcinoid tumor, reconstructive surgical procedures, bronchi

*Received: 25. 12. 2007 Accepted: 18. 06. 2008*

### GİRİŞ

Parankim koruyucu akciğer rezeksiyonları göğüs cerrahisinde yaklaşık yarım asırdır kullanılmaktadır [1]. Daha fazla parankim korumak amaçlı, onkolojik prensiplere bağlı kalmak koşuluyla, farklı alternatifler var olabilir ve denenmelidir. Literatürde de çok nadir bildirilen bir parankim koruyucu rezeksiyon yapılan olgumuzun sunulması amaçlandı.

### OLGU

Otuz sekiz yaşında erkek hasta nefes darlığı şikayeti ile başvurdu. Hastanın öyküsünde son 2 aydır artan nefes darlığı, son 1 haftadır öksürük şikayetlerinin olduğu öğrenildi. Hasta 50 paket/yıl sigara kullanmıştı. Yapılan fizik muayenesinde sol hemitoraksın solunuma daha az katıldığı, sol akciğer üst zonlarda solunum seslerinin azaldığı bulundu. Diğer sistem muayeneleri normaldi. Çekilen 2 yönlü akciğer grafisinde sol üst lob atelektazisi bulguları mevcuttu. Hastanın hemogram, rutin kan biyokimyası ve idrar tetkikleri normaldi. Hastaya yapılan toraks bilgisayarlı tomografisinde (BT) sol üst lob girişinin kitlesel lezyon ile tıkalı olduğu ve sol üst lobun atelektazik olduğu görüldü. Yapılan fiberoptik bronkoskopik (FOB) incelemesinde sol alt lob ile üst lob bronşları ayırımından (lobler karina) kaynaklanan, üst lob girişini tamamen kapayan

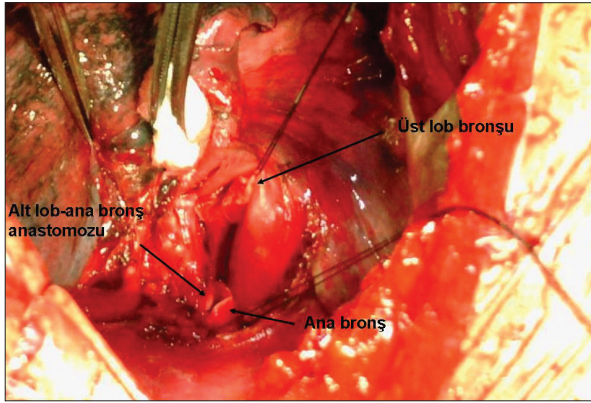
kitlesel lezyon görüldü (Şekil 1) ve bu kitleden biyopsiler alındı. Biyopsi patolojisi sonucu tipik karsinoid tümör ile uyumlu olarak raporlandı. Hastanın solunum fonksiyon testlerinde FEV<sub>1</sub> değeri %77, FVC değeri %81 idi. Bunun üzerine hastaya cerrahi rezeksiyon planlandı.

Sol lateral torakotomi yapılan hastanın endobronşiyal lezyonu sol lobar karina düzeyinde palpe edildi. Öncelikle

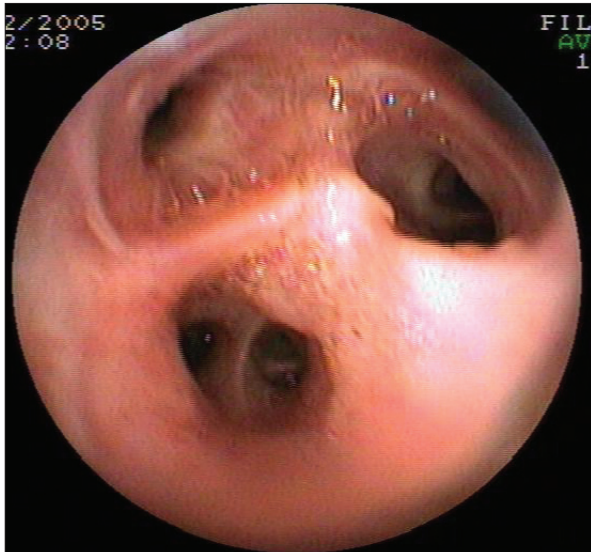


**Şekil 1.** FOB incelemesinde sol alt lob üst lob bronşları ayırımındaki kitlenin görüntüsü

sol sleeve üst lobektomi yapılması düşünülen hastanın sol ana bronş distali ve alt lob bronşu girişleri kesildi. Palpasyonda tümörün üst lob içine uzanmadığı, lobar karina seviyesinde olduğu fark edildi. Sol üst lob bronşu lingular segment bronşu ayırımından hemen önce kesildi. Tümörün tümüyle lobar karina içinde kaldığı ve sınırların makroskopik temiz olduğu görüldü. Çıkarılan spesimen cerrahi sınırların selim olduğundan emin olmak için frozen patolojiye gönderildi. Üst lob bronşu içinde gönderilen kateter ile irrigasyon yapıldı ve yoğun sekresyonlar aspire edildi. Sol ana bronş distali, alt lob bronşu 4/0 vicryl ile üçlü anastomoz yapıldı (Şekil 2). Daha sonra üst lob bronşu buraya anastomoz edilerek yeni lobar karina yaratıldı. Frozen patoloji sonucu rezeksiyon sınırlarının temiz olduğu bildirildi. Akciğerler havalandırıldığında alt lob ve üst lobun iyi havalandığı ve anastomozdan kaçak olmadığı görüldü. Ameliyat sonrası dönemi sorunsuz geçiren hasta postoperatif 6. gün taburcu edildi. Hastanın ameliyat sonrası 6. ayında yapılan kontrol FOB incelemesinde anastomozun sorunsuz olduğu izlendi (Şekil 3). Halen 2 yılında olan hastanın yapılan kontrollerinde nüks veya komplikasyon görülmedi.



Şekil 2. Lober karina rezeksiyonu sonrası anastomoz



Şekil 3. Ameliyat sonrası FOB incelemesinde rekonstrükte edilmiş lobar karenanın görüntüsü

## TARTIŞMA

Paulson ve Shaw yaklaşık 50 yıl önce ilk bronkoplastik rezeksiyonları tanımlamışlardı [2]. Günümüzde gerek lobar bronşlardan ana bronşa veya trakeal karinaya ulaşan tümörler için yapılan sleeve lobektomi veya sleeve pnömonektomiler gerekse endobronşiyal yerleşen tümörlerde parenkim rezeksiyonu yapılmaksızın yapılan izole bronş veya trakeal karina rezeksiyonları sıklıkla kullanılmaktadır [3-6]. Bu ameliyatların onkolojik sonuçlarının da daha büyük rezeksiyonlardan farklı olmadığı gösterilmiştir [7]. Gerek bronş kanserleri olsun, gerek ise karsinoid gibi düşük habis potansiyelli tümörler olsun bronkoplastik işlemler yapılırken cerrahi sınırların temiz olması bir zorunluluktur. Ameliyat öncesi yapılan FOB incelemesi ve ameliyat bulgularına göre mümkün olduğunca çok akciğer parankimi korunacak şekilde bronkoplastik işlem yapılabilir.

Hastamızda tümöral lezyon sol üst lob ile alt lob karinasında olup üst lob bronşunu kapamış ve üst lob atelektazisine neden olmuştu. Eğer hastamıza hiç bir bronkoplastik işlem yapılması mümkün olmasaydı veya bu konuda deneyimsiz olursa idi, komplet rezeksiyon için sol pnömonektomi yapılması gerekecekti. Biz hastamızda bronkoskopi ile üst lob bronşu içine giremediğimiz ve tümörün distalini göremediğimiz için, hastamıza muhtemelen sol sleeve üst lobektomi yapabileceğimiz kanaati ile ameliyata başlamıştık. Fakat lobar bronşların dikkatli diseksiyonu ve palpasyonu sonrası lobar karinadaki tümörün üst lob içine uzanmadığı, lingula ve üst divizyon ayırımının selim olduğu görüldü. Bu nedenle lobar karina rezeksiyonu ve üçlü bronş anastomozu yapılarak akciğer parenkimi tümüyle korundu.

Literatürde karina rezeksiyonları hemen tümüyle trakeal ana karina için tanımlanmıştır. Lobar karina rezeksiyonu çok sınırlı sayıda olup büyük seriler içinde bir veya birkaç olgu şeklindedir [8,9]. Lobar karina rezeksiyonu, ana karina rezeksiyonu ile kıyaslandığında ventilasyon zorluğu olmadığı için daha kolay bir işlem gibi görülmekle beraber çok daha küçük çaplı bronşlarla çalışıldığı için teknik açıdan daha zordur.

Karsinoid tümörlerde yapılan bronkoplastik rezeksiyonların uzun dönem sonuçlarının iyi olduğu, fakat yine de bu olguların lokal nüks ihtimali yönünden mutlaka takip edilmesi gerektiği bildirilmektedir [10]. Olgumuzda 6 ayda yapılan kontrol bronkoskopisinde anastomozun açık ve nüks olmadığı izlenmişti. Hastamız halen 3. yılında ve sorunsuzdur.

Sonuç olarak karsinoid gibi düşük malign potansiyelli tümörlerin tedavisinde cerrahi sınırların temiz olması koşuluyla mümkün olduğunca çok akciğer parankimi korunacak şekilde rezeksiyon yapılmalıdır. Lobar karina rezeksiyonu ve rekonstrüksiyonu teknik zorluğuna rağmen uygun olgularda mutlaka tercih edilmelidir.

## KAYNAKLAR

1. Thomas CP. Conservative resection of bronchial tree. J R Coll Surg Edinb 1956; 1: 169-86.
2. Paulson DL, Shaw RR. Bronchial anastomosis and bronchoplastic procedure in the interest of preservation of lung tissue. J Thorac Cardiovasc Surg 1955;29:238-59.

3. Terzi A, Lonardon A, Feil B, Spilimbergo I, Falezza G, Calabrò F. Bronchoplastic procedures for central carcinoid tumors: clinical experience. *Eur J Cardiothorac Surg* 2004;26:1196-9.
4. Aigner C, Lang G, Klepetko W. Sleeve pneumonectomy. *Semin Thorac Cardiovasc Surg* 2006;18:109-13.
5. Regnard JF, Perrotin C, Giovannetti R, et al. Resection for tumors with carinal involvement: technical aspects, results, and prognostic factors. *Ann Thorac Surg* 2005;80:1841-6.
6. Dinçer İS, Olgaç G, Demir A, ve ark. Bronşiyal karsinoid tümörlerde cerrahi tedavi sonrası uzun süreli izlem sonuçları. *Toraks Dergisi* 2002;3:279-83.
7. Yildizeli B, Fadel E, Mussot S, et al. Morbidity, mortality, and long-term survival after sleeve lobectomy for non-small cell lung cancer. *Eur J Cardiothorac Surg* 2007;31:95-102.
8. Lucchi M, Melfi F, Ribechini A, et al. Sleeve and wedge parenchyma-sparing bronchial resections in low-grade neoplasms of the bronchial airway. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2007;134:373-7.
9. Bueno R, Wain JC, Wright CD, et al. Bronchoplasty in the management of low-grade airway neoplasms and benign bronchial stenoses. *Ann Thorac Surg* 1996;62:824-9.
10. Schepens MA, Van Schil PE, Knaepen PJ, et al. Late results of sleeve resection for typical bronchial carcinoids. *Eur J Cardiothorac Surg* 1994;8:118-21.