

VI. ULUSAL AKCİĞER KANSERİ KONGRESİ

8 - 11 Mayıs 2014
Cornelia Diamond Otel, Antalya

www.ulusalakciger2014.org

EĞİTİM KİTABI VE BİLDİRİLER

**KONGRE SEKRETERİ**

Doç.Dr. İlğaz Doğusoy

E-Posta: ilgazdogusoy@gmail.com

**ORGANİZASYON SEKRETERYASI**

Serenas Uluslararası Turizm Kongre Organizasyon A.Ş.

Şerifali Mah. Pakdil Sok. No: 5

Yukarı Dudullu- Ümraniye / İstanbul

Tel : 0216 594 58 26

Faks : 0216 594 57 99

E-Posta : senem.okcu@serenas.com.tr

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ.....	5
EDİTÖRLER KURULU	6
<i>KONULAR</i>	
MAKALE YAZIMINDAKİ TEMEL İLKELER	7
<i>Ali Özdülger</i>	
EDİTÖRLER VE HAKEMLER YAZILARI NASIL DEĞERLENDİRİYOR?	8
<i>Akif Turna</i>	
SUNUMLARIMIZI ETKİNLEŞTİRMEK	11
<i>Göksel Altınışık</i>	
MALNUTRİSYON TANIMI, ÖNEMİ VE BESLENME DURUMUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ	13
<i>Derya Hopancı Bıçaklı</i>	
NÜTRİSYON DESTEĞİNDE TEMEL İLKELER	15
<i>Mehmet Uyar</i>	
ENTERAL NUTRİSYON VE ERİŞİM YOLLARI	17
<i>Mutlu Doğanay</i>	
PARENTERAL NUTRİSYON VE ERİŞİM YOLLARI	19
<i>Mutlu Doğanay</i>	
KEMORADYOTERAPİ UYGULANAN HASTALARDA NÜTRİSYON DESTEĞİ	20
<i>Diclehan Kılıç</i>	
KAŞEKSİ FİZYOpatolojisi	21
<i>Diclehan Kılıç</i>	
SENKRON AKCİĞER KARSİNOMU, OLGU SUNUMU	22
<i>Celalettin Kocatürk</i>	
TÜRKİYE AKCİĞER KANSERİ EPİDEMİYOLOJİSİ	23
<i>Ezgi Hacıkamiloğlu</i>	
KÜRESEL YETİŞKİN TÜTÜN ARAŞTIRMASI, 2012 TÜRKİYE SONUÇLARI	24
<i>Nazmi Bilir</i>	
SİĞARA İÇMEYENLERDE AKCİĞER KANSERİ	27
<i>Pınar Çelik</i>	
VOLUMETRİK DEĞERLENDİRME ve RADYASYON RİSKİ	29
<i>Nuri Tasalı</i>	
AKCİĞER KANSERLİ HASTALARDA PERİOPERATİF NUTRİSYON DESTEĞİ	31
<i>Celalettin Kocatürk</i>	
AKCİĞERİN NÖROENDOKRİN TÜMÖRLERİ	32
<i>Deniz Nart</i>	
KÜÇÜK HÜCRELİ AKCİĞER KANSERİNDE RADYOTERAPİ UYGULAMALARI	36
<i>Deniz Yalman</i>	
AKCİĞER NÖROENDOKRİN TÜMÖRLERİNDE SİSTEMİK TEDAVİ: AKCİĞER NÖROENDOKRİN TÜMÖRLERİ (ANT)	38
<i>Feyyaz Özdemir</i>	

İKİNCİ SERİ İŞİNLAMA: RADYOBİYOLOJİK VE TEKNOLOJİK TEMELİ	40
<i>Uğur Selek</i>	
ADJUVAN TEDAVİ KARARINI VE İLAÇ SEÇİMİNİ ETKİLEYECEK İPUÇLARI VAR MI?	41
<i>Deniz Yamaç</i>	
AKCİĞER KARSİNOMLARINDA PATOLOJİ TEDAVİYİ NASIL YÖNLENDİRİR?	42
<i>Büge Öz</i>	
METASTATİK KÜÇÜK HÜCRELİ AKCİĞER KANSERİNDE ZORLUKLAR VE GELECEK: SİSTEMİK TEDAVİDE GELİŞMELER	44
<i>Başak Oyan Uluç</i>	
ÖSOFAGUS KANSERİNDE 7. REVİZYON, ŞU ANKİ DURUM VE 8. REVİZYONA ETKİLERİ	46
<i>Atilla Eroğlu</i>	
ÖZOFAGUSUN SQUAMÖZ HÜCRELİ KANSERİNDE KEMOTERAPİ VEYA DEFINİTİF KEMORADYOTERAPİ	47
<i>Sezer Sağlam</i>	
HANGİ T4 HASTALIKTA CERRAHİ TEDAVİ	49
<i>Soner Gürsoy</i>	
CERRAHİ SONRASI YAŞAM KALİTESİNİ BOZAN DURUMLAR	52
<i>Ertan Aydın</i>	
MALİGN MEZOTELYOMA: HİSTOPATOLOJİK ÖZELLİKLER VE SON GELİŞMELER	53
<i>Serpil Dizbay Sak</i>	
HİPERTEMİK PLEVRAL KEMOTERAPİ	57
<i>Ahmet Feridun Işık</i>	
MEZOTELYOMADA SİSTEMİK TEDAVİNİN ROLÜ	59
<i>P. Fulden Yumuk</i>	
MEZOTELYOMADA RADYOTERAPİ: KİME, NE ZAMAN?	61
<i>Cem Önal</i>	
GÖĞÜS CERRAHİSİNDE ENERJİ CİHAZLARININ KULLANIMI	64
<i>Akif Turna</i>	
ROBOTİK CERRAHİ ENDİKASYONLARI	66
<i>Şükrü Dilege</i>	
TRAKEA TÜMÖRLERİ	68
<i>Adnan Sayar</i>	
MALİGN PLEVRAL EFFÜZYONLARA YAKLAŞIM	70
<i>Hüseyin Yıldırım</i>	
AKCİĞER KANSERLERİNDE GENETİK	71
<i>İsmail Savaş</i>	
SEÇİLMİŞ BİLDİRİLER	73
SÖZEL BİLDİRİLER	79
POSTER BİLDİRİLER	87
YAZAR DİZİNİ	229

ÖNSÖZ

Değerli Meslekdaşlarımız,

VI. Ulusal Akciğer Kanseri Kongresi, 8-11 Mayıs 2014 tarihleri arasında, Türk Akciğer Kanseri Derneği (TAKD) ve Türk Göğüs Cerrahisi Derneği (TGCD) tarafından, Antalya'da Cornelia Diamond Hotel'de düzenlenmektedir.

TAKD, göğüs hastalıkları, göğüs cerrahisi, radyasyon onkolojisi, tıbbi onkoloji, patoloji, nükleer tıp, radyoloji ve diğer akciğer kanseri/torasik onkoloji ile ilgili uzmanlık dallarını bir araya getirmeyi başarmış bir dernek olarak çalışmalarını sürdürmektedir. Bölge temsilcilikleri ve çalışma gruplarını oluşturarak ülkemiz içindeki etkinliğini arttırmayı planlamıştır. Ayrıca, önümüzdeki dönemde ülkemiz akciğer kanseri sağlık politikalarının oluşturulmasına katkıda bulunmayı amaçlamaktadır.

TGCD, göğüs cerrahisi alanında uzmanlık derneği olarak 1998 yılında kurulmuştur. Göğüs cerrahisi anabilim dalının gelişmesini sağlamak ve bu alanda çalışanlar arasında mesleki, bilimsel ve sosyal ilişkileri geliştirmek amacıyla faaliyetlerini sürdürmektedir.

Ulusal kongreler yeni bilgilerin paylaşıldığı, dostlukların hatırlandığı ve pekiştirildiği önemli aktivitelerdir. TAKD ve TGCD, kongre ve tıbbi dernekleri, bilginin ve gelişmelerin paylaşıldığı, aktarıldığı ortamlar yanında bilgi ve yeniliklerin hastalara ulaşmasındaki sorunların konuşulduğu, çözüm önerilerinin oluşturulduğu ortamlar olarak değerlendirmektedir.

Bu amaçla, VI. Ulusal Akciğer Kanseri Kongresi'ne farklı bir yaklaşım ile hazırlanmaktayız. Kongre tarihine kadar gerçekleştirilecek aktiviteler ile akciğer kanserinin temel sorunlarından önemli kısmına çözüm önerilerini oluşturmuş, önerilerini kamuoyu ve sağlık otoriteleri ile paylaşmış bir Ulusal Akciğer Kanseri Kongresi planlamaktayız.

Yeni bilgileri panel, konferans, karşıt görüş gibi alışlagelmiş sunum teknikleri yanında, izleyicilerinde tartışmaya katılabildiği interaktif oturumlar ile sunmaya çalıştık. Bildirilerinizin tartışılabilceği oturumları oluşturmakta başarılı olacağımızı umuyoruz. Bu yıl kongremize tematik bir anlam da yükledik. Kongrenin ana temasını, "Akciğer kanserinde doğru bilinen yanlışlar" olarak belirledik. Bunun ile, akciğer kanserinde halkımızı bilgilendirmeye çalışacağız.

İlk gününden son gününe kadar akciğer kanserli hastanın dertleri ile ilgilenen tüm hekimleri bir arada görebileceğiniz, tartışabileceğiniz, sağlıklı bir iletişim oluşturabileceğiniz VI. Ulusal Akciğer Kanseri Kongresi'nde, sizleri de aramızda görmekten büyük mutluluk duyacağımız belirtir, saygılarımızı sunarız.



Dr. Ufuk Yılmaz
Eşbaşkanlar



Dr. Levent Elbeyli
Eşbaşkanlar



Dr. Ilgaz Doğusoy
Kongre Sekreteri



Dr. Nil Molinas Mandel
Bilimsel Program Kurul Başkanı

EDİTÖRLER KURULU

EŞBAŞKANLAR

M. Ufuk YILMAZ

Levent ELBEYLİ

KONGRE SEKRETERİ

Ilgaz DOĞUSOY

BİLİMSEL PROGRAM KURUL BAŞKANI

Nil Molinas MANDEL

KONGRE DÜZENLEME KURULLARI

Türk Akciğer Kanseri Derneği

M. Ufuk YILMAZ
E. Rıza ÇETİNGÖZ
Esra KAYTAN SAĞLAM
Tuncay GÖKSEL
Levent ELBEYLİ
Ilgaz DOĞUSOY
Ayşim Büge ÖZ
Berksoy ŞAHİN
Burçak KARACA
Nil Molinas MANDEL

Türk Göğüs Cerrahisi Derneği

Ayten KAYI CANGIR
Nurettin KARAOĞLANOĞLU
Ilgaz DOĞUSOY
Levent ELBEYLİ
Onur GENÇ
Şeyda ÖRS KAYA
Fahri OĞUZKAYA
Celalettin KOCATÜRK
Salih TOPÇU

BİLİMSEL PROGRAM KURULU

Akif TURNA
Alper TOKER
Aydın YAVUZ
Ayten Kayı CANGIR
Başak Oyan ULUÇ
Bedrettin YILDIZELİ
Benan ÇAĞLAYAN
Bülent TUNÇÖZGÜR
Canan AKMAN
Celalettin KOCATÜRK
Deniz NART
Dilek ERNAM
Erdoğan ÇETİNKAYA

Feyyaz ÖZDEMİR
Gökhan DEMİR
Meral GÜLHAN
Nezih ÖZDEMİR
Nil Molinas MANDEL
Pınar FIRAT
Pınar SAİP
Recep SAVAŞ
Salih TOPÇU
Sedat KOCA
Turgut İŞİTMANGİL
Ufuk ABACIOĞLU
Yıldız GÜNEY

(isim sıralamasına göre dizinlenmiştir)

MAKALE YAZIMINDAKİ TEMEL İLKELER

Ali Özdülger

Yapılan bilimsel çalışmaların sonuçlarının anlam kazanabilmesi ancak bilim dünyasına katkıda bulunulması ve gelecek çalışmalara temel oluşturmaları ile mümkündür. Bu da ancak yayınlanabilmeleri ile gerçekleşebilir.

Edebi yazıların aksine, akademik yayınlar bilim dünyasının yıllar içinde geliştirip genel bir kabulle yürürlüğe koyduğu bazı yazım kuralları ve yazılı olmayan bazı eğilimler çerçevesinde kaleme alınmalıdır.

Her yıl yaklaşık altı milyon akademik eser yayınlanmaktadır. Yazıların önemli bir kısmının yayına kabul edilmediği göz önünde bulundurulursa dergi editörleri ve hakemleri tarafından değerlendirmeye alınan makale sayısının ne kadar fazla olduğu kolayca anlaşılabilir. Önemli bir iş yüküyle sonuçlanan bu durum editör ve hakemlerin hızlı karar vermesini zorunlu hale getirdiğinden, seçimler ilk aşamada büyük

ölçüde yazarların ilgili dergi yazım kurallarına gösterdikleri titizlik, yabancı dilin doğru kullanılması ve imla gibi ilk anda göze çarpan kriterler üzerinden yapılmakta ve maalesef yazıların bilimsel değer ve önemleri pek de fazla dikkate alınmamaktadır.

İlk elemeyi aşan pek çok bilimsel eser de yukarıda varlığından bahsedilen kurallara uymadıkları için reddedilmektedirler.

Özellikle yabancı dile hakimiyeti zayıf olan yazarlar için makale yazımının bir diğer zor tarafı, alıntı yaparken gösterilen özensizlik sonuçta ortaya çıkan istemeden yapılmış intihallerdir.

Kursun bu dersinde yukarıda bahsedilen sorunlar üzerinde durulacak ve çözüm önerileri sunulacaktır.

EDİTÖRLER VE HAKEMLER YAZILARI NASIL DEĞERLENDİRİYOR?

Akif Turna

Batı dünyasında, bilimsel yeni fikirler ve bilgileri üretme ve bunu dağıtma yolu olarak 350 yıldır var olan bilimsel dergi yayıncılığı, ülkemizde ancak Cumhuriyet yılları ile yavaş yavaş önem kazanmaya başladı. Ancak, 1990'lı yıllara kadar, hem yayınların internette bulunmayışı, hem, Bilkent kütüphanesi haricinde Türkiye'de yeterli sayıda bilimsel dergiye abone olan kuruluşun olmaması, hem, İngilizce'nin akademik dünyada dahi az bilinmesi, hem de çok az sayıda üniversitede bilimsel yayın yapmış olmanın bilimsel atama ve yükseltme kriterleri içinde bulunması nedeni ile bilimsel yayınların önemi düşük idi. Hatta, cerrahi toplulukta, bazen, yayın yapmış olmak, iyi cerrahi yapmanın karşılığı olarak bile değerlendirilebiliyordu. İyi ve güçlü çalışmalar yapılmış olsa bile, yurtdışındaki dergilerin ülkemize negatif bakışı nedeni ile, yayınların engellendiği, yayın yapanların doğruyu belirtmedikleri ise, yine, camiamızda ne yazık ki yayılmış olan söylentilerdendi.

Halbuki, doğru hipoteze sahip, kabul edilebilir bir metodoloji ile yazılmış, tekrarlanabilir sonuçları olan ve kurallara uygun ifade edilmiş bir yayın, tüm dünyada kabul görebilen bir olgudur ve her saygın bilimsel dergi, en iyi ve özgün bilimsel sonuçları olan bilimsel yazıları yayınlamak ister.

Bu nedenle, bir bilimsel yazıda, hipotezinin oluşturulmasından, yazımının bitmesine kadar geçen süreçte, belli kurallara uyulması durumunda kendine mümkün olan en iyi bilimsel dergide yer bulabilir.

Bir bilimsel yazının yolculuğu

Sorumlu yazar tarafından gönderilen yazı, öncelikle, genel şekil kontrollerinin yapılması için, derginin elektronik alt yapısını kurup yürüten firmanın ilgili kişisine ulaşır. Bu kişi genellikle hekim değildir ve yazıya sadece, genel kurallar açısından (Yazım şekli, dosyaların okunurluğu, dergi gönderim kurallarına uygunluk, dosyaların sayısı ve bütünlüğü vb) bakar ve Baş Editöre gönderir. Baş editör, yazının genel yapısına sadece göz atarak, yazıyı yazının ilgili olduğu İdari Editöre yönlendirir. İdari Editör ise, çoğu kez, sadece yazının konusuna genel olarak bakarak, yazıyı yardımcı editörlerden birine gönderir. Bazı dergilerde, idari editör, genel olarak dergiye yayın akışı ve bu yayınların ilgili danışmanlara yönlendirilmesinden sorumludur.

Yardımcı Editör, bu aşamada, bazı yazıları, eğer derginin amacına uygun değil ise, literatürde çok tekrarlanan olgu sunumlarından biri ise (Örneğin; kist hidatiğe benzeyen tümör, dev soliter fibröz tümör, perikarddan çıkan kistik higroma vb) bu aşamadan direkt olarak red edebilir. Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisine gönderilen sadece çoğu inoperabl hastaları ilgilendiren bir göğüs hastalıkları yazısı, travma dergisine gönderilen hiç bir olguya tüp torakostomi yapılmamış bir göğüs travması yazısı da ilk aşamada reddedilebilen yazılardandır. Bu neden ile, kabul edilmesi olasılığı olan olgu sunumları ancak şu 3 özellikten birini bulundurmalıdır: 1) Tamamen yeni bir tedavi şekli önermelidir. 2) Daha önce uluslararası literatür de dahil hiç bildirilmemiş bir olgu ya da hastalığı işaret etmelidir. 3) Tamamen yeni bir tedavi modalitesini önermelidir.

Yardımcı editör, yazıyı, o konu ile ilgili çalışmaları olan, bilimsel toplulukta o konu ile ilgilendiği bilinen ve belli bir süre ve kalitede değerlendirme yapacağı bilinen en az 3 en fazla 6 danışmana gönderir. Bu danışmanların, yazının gönderildiği merkezden olmamasına (ya da eskiden o merkezde çalışan bir kişi olmamasına), yazının konusuna temelden karşı olan bir kişi olmamasına ve mümkün olduğunca jeografik olarak farklı yerlerde çalışıyor olmasına dikkat eder. Bu aşama, editör ve editör yardımcılarının, hızlı ve düzgün ilerlemesini en çok istedikleri ve bunun için çabaladıkları aşamadır. Editör ve editör yardımcıları, bu değerlendirme aşamasının mümkün olduğunca hızla ve doğru olması için çaba gösterir.

Bilimsel dergiler, bir bakıma popüler dergi ve gazetelere benzer. Yayınlanacak yazıların, okuyucuya ek bilgiler getirmesi, daha önce yayınlanmamış bir bilgi olması ve okuyucuların dikkatini çekmesi istenir. Bu aşamada, danışmanın, en doğru, eleştirel ve sadece bilimsel bir değerlendirme yapması beklenir. Editör yardımcıları, aynı zamanda, temel olarak orijinal bir fikirden yola çıkan ancak, yazım hataları ve yaklaşımı nedeni ile gönderildiği hali ile yayınlanmaya uygun olamayacak makalelerin mümkün ise, danışmanların getireceği eleştiriler ve yerinde öneriler ile yayınlanabilir hale gelebilmesini de beklerler. Bu neden ile danışmanlık, her yönü ile nadir olarak başarılan bir görevdir.

Editör ve editör yardımcıları yazarlardan ne bekler

Editör ve editör yardımcıları gönderilen yazıların, öncelikle, gönderi biçimlerine (araştırma yazısı, olgu sunumu, editöre mektup, ilginç görüntüler, derleme vb) uygun olmasını bekler. Çok uzun yazılar, bir çıkarımı olmayan araştırma yazıları, sadece tedavi ettiği olguyu düz olarak anlatan olgu sunumları, ilginç bir olgu olsa da uygun şekilde tedavi edilmemiş, tedavi sürecinde çok fazla eleştirilebilecek yazıların hemen bu aşamada red edilmesi şaşırtıcı olmamalıdır. Yazıların, bir süredir dergide yayınlanmamış bir konudan olması, araştırma yazılarının randomize, mümkünse çift-kör olarak yapılmış olması, yazıların olgu sayılarının yüksek olması, yazıların, düz ve birbirini izleyen bir çok dağınık veri yerine, tablolar ile okunuşu çok daha etkin ve kolay hale getirilmiş tabloları içermesi ise, yazının bu ilk aşamadan onaylanarak geçmesini sağlayabilir. Çok kısa ve çok uzun yazıların bu aşamadan başarılı ile geçmeleri olasılığı çok yüksek değildir. Ayrıca, tamamen ilgilizce yazılmış bir yazıda çok fazla imla ve gramer hatası olması, bu aşamadan bir sonrakine geçme olasılığını azaltır. Bundan başka, derginin konusunun tamamen dışında bir yazı (Örneğin Göğüs ve Kalp Damar Cerrahisi Dergisi'ne gönderilen tüm yönleri ile anestezi ile ilgili olan bir yazı), bu aşamadan geri dönebilir.

Danışmanlar Yazarlardan Ne Bekler?

Öncelikle, danışmanlık, gönüllü olarak yapılan bir işlevidir. Danışmanlar, genellikle yoğun olan çalışma hayatlarının arasında kendilerine herhangi bir anda gönderilen yazıları değerlendirme nezaketini ve gönüllüğünü gösteren kişilerdir. Öncelikle, editör ve editör yardımcılarından, en azından belirli nitelikleri olan, dergide formatı bulunan yazıları değerlendirmeyi beklerler. Danışmanların ayrıca en çok önemsedikleri konu, yazının, kendi uzmanlık ve/veya ilgi alanları ile ilgili yazıları değerlendirebilmesidir. Unutmamalıdır ki, bazen bir yazıyı değerlendirmek, o yazıyı yazmaktan daha zor olabilir. Danışmanlar, bazen çok kötü bir bilimsel Türkçe ile ya da İngilizce kullanılmış yazılar ile deyim yerinde ise 'boğuşmak' zorunda kalabilmektedir. Danışmanlar, genellikle, problemleri olsa da yazıların mümkün ise, eleştiriler ile belli bir niteliğe getirilebilmesini sağlamaya çalışır. Yapılan eleştiriler, genel yaklaşımlar taşıdığı gibi, bazen danışmanların kendi bakış açılarını da yansıtan öznel öğeler de bulundurulabilir. Bu nedenle, danışmanların eleştirileri, yazarlar tarafından mümkün ise tam olarak yerine getirilmeye çalışılmalı, ancak, yazara tamamen aykırı geliyor ise, yazar tarafından yerine reddedilebilmektedir. Ancak, bu tip yaklaşımların, bir yazının değerlendirilme sürecinde çok az olması gerekir. Yazarların, bu aşamada, danışmanların belirttiği eleştirilere soğukkanlılık ve açıklılık ile yanıt vermesi beklenir. Tüm eleştiri, düzeltme, çıkarma ve ekleme önerileri mümkün ise yerine getirilmelidir. Eğer, eleştiriler, mevcut verilerden yeni istatistiksel değerlendirme veya dökümantasyonun yapılmasını gerektiriyor ise, bunlar da yerine getirilmelidir.

Danışmanların ve editör yardımcılarının bir araştırma yazısında olmasını bekledikleri özellikler şunlardır:

- 1) Makalenin, tüm çalışmanın önemli ve bilimsel olarak yeni sonucunu ya da sonuçlarını özetleyecek, makaleden elde edilen çıkarımı belirtecek net bir ismi olması
- 2) Makalenin tüm çalışmanın hipotezi, yöntemleri, bulguları, sonuçları ve çıkarım(lar)ını özetleyen dergi yazım kurallarına uygun bir özeti olması
- 3) Yazının başlangıç bölümü olarak 'Giriş'in, çalışmaya temel oluşturan bilgileri ayrıntısına girmeden özetleyen, makalenin sorguladığı hipotezi net olarak anlatan, ancak, çalışmanın sonuçlarını vermeyen, makalenin hipotezinin merakını uyandırabilecek bir girişinin bulunması.
- 4) Çalışmada kullanılan ve izlenen yöntemlerin kısa, ancak, açıklıkla, başka bir araştırmacı tarafından tam olarak 'tekrar edilebilecek' şekilde ifade edildiği 'Yöntemler' bölümü bulunması. Bu bölümde, çalışmada kullanılan istatistiksel yöntemlerin de tam olarak belirtilmesi gerekir.
- 5) Çalışmada elde edilen sonuçların, özellikle, okuyucu için önemli (tercihan pozitif) bulgularının verildiği 'Bulgular' bölümü. Bu bölümde, çalışmadan elde edilen verilerin arka arkaya sıralanması yerine, mümkün olduğunca, açık ifadeler, net tablolar ve varsa veriler arasındaki farkların net olarak belirtildiği bir yazım şekli benimsenmesi önerilir. Bulgular bölümünde, istatistiksel sonuçların p değerleri ve çalışmadaki anlamı ile birlikte yer alması (Örneğin; *kemoradyoterapi alan olguların ortalama 24.5 ± 3.5 ay olan sağkalımı, sadece cerrahi yapılan hastaların 15.6 ± 6.5 ay olan sağkalımlarına göre istatistiksel olarak ($p=0.001$) daha yüksek idi*) önerilir.
- 6) Danışmanlar, tartışma bölümünde şu özelliklerin olmasını arar:
 - a) Çalışmanın bulgularının kısaca özetlendiği bir bölüm
 - b) Yazarları, çalışmanın bulgularını araştırmaya yönelten ve çalışmadan önce bilinenler ve çalışmanın verilerinin bu sürece olan katkısı
 - c) Çalışmanın verilerinin daha önce literatürde yapılan çalışmaların bulguları ile karşılaştırılması ve elde edilen bulguların, literatürdeki veri ve yaklaşımlar ile uyumlu olduğu ve (varsa) uyumsuz olduğu noktalar.
 - d) Çalışmanın güçlü yönleri, literatürden farklı olarak yoneldiği yaklaşım ve elde ettiği yeni bulguların ifadesi
 - e) Çalışmanın zayıf olduğu yönler ve bu yönlerin neden bu şekilde kalıp düzeltilemediğinin kısa bir açıklaması
 - f) Gelecek çalışmalarda neler yapılabileceği, yapılan çalışmaların, gelecekteki muhtemel araştırmalara nasıl yön gösterebileceği. Varsa yazarların, yapılan bu çalışmadan sonra nasıl çalışmalar planladıkları.
 - g) Son olarak, çalışmanın, konu ile ilgili tüm uzmanlara önerilebilecek, ve çalışmadan elde edilmiş çıktısı.
- 7) Danışmanlar şu noktaların çalışmada 'bulunmamasını' bekler:
 - a) Çok uzun bir giriş
 - b) Çok dağınık ve uzun ya da çok kısa 'Yöntemler' bölümü. Çalışmaya konu olan denek ya da hastaların özelliklerinin gizlenmesi ya da çok kısa bahsedilmesi
 - c) İstatistiksel değerlendirmeleri olmayan sadece sayı ortalamaları ve genellemelerinden oluşan bulgular.

Aradaki farkın istatistiksel olarak önemi konusunda bilgi verilmemiş karmaşık, tablo içermeyen bulgu dokümantasyonu

- d) Karmaşık ve uzun, ya da giriş bölümündeki bilgileri tekrar eden bir tartışma bölümü. Tartışma bölümünde sık sık kullanılan 'inanıyoruz', 'böyle düşünüyoruz' ifadeleri.
- e) Literatüre yer verilmeyen ya da az verilen, çalışmanın verilerinin literatürde daha önceki veriler ile karşılaştırılmadığı ve/veya, çalışmadan çıkan en son sonucun belirtilmediği tartışma bölümü
- f) Yazıda, çok fazla kaynağın atıflanması ve/veya en yeni kaynağın yazının gönderildiği tarihten en az 5 yıldan daha eski olması. Kaynakların, derginin yazım kuralları gözetilmeden ya da çok farklı biçimler kullanılarak yazılması.
- g) Gönderilen tabloları çok karışık ve okunamaz, şekillerin ise, bulanık olması
- h) Gönderilen şekillerin başka kaynaklardan izin alınmadan kopyalanmış olması.

Günümüzde, saygın bilimsel dergilerin hemen tamamında, yayınlanacak yazılarda yer alan cümlelerin başka bir

yayından olduğu gibi alınıp alınmadığını denetleyen süreçler işletilmektedir. Bu süreçler, oldukça etkindir ve yer alan yazılardaki ifadelerin, başka makalelerden kopyalanmış olmamasına özellikle dikkat edilmektedir. Bu neden ile, yazarların, makalede yer alacak, tüm başka makale veya kaynaktan olan alıntılara tıf göstermesi ve bu atıflar için kullanılan cümlelerin (Türkçe ya da İngilizce) yazarın kendi özgün ifadelerini içermesine çok dikkat edilmelidir.

Ayrıca, baskı sürecine girildiğinde, yazılardaki son düzeltmeler ve baskıya hazırlık safhasında yazarların çok hızlı ve doğru bir şekilde yanıt vermeleri beklenmektedir. Bu beklenti, tüm dergilerin zamanında ve en doğru şekilde baskıdan çıkması için çok gereklidir ve bu süreçte yazarların ve özellikle sorumlu yazarın tam anlamı ile işbirliği gerekmektedir.

Unutmayın, hiç bir dergi, sadece siz göndermiş olduğunuz için, yazınızı kabul ya da direkt olarak red etmez.

Yazı yayınlandıktan sonra, literatüre bir katkıda bulunmuş olmanın mutluluğu ise, tüm uğraşlara değerlidir.

Bol yayınlı günler.

SUNUMLARIMIZI ETKİNLEŞTİRMEK

Göksel Altınışik

“Bilgi ile iki şey yapılabilir: Kullanmak ve başkalarına aktarmak” denmektedir. Kullanmayı hepimiz her günkü pratiğimizde defalarca yapıyoruz. Peki başkalarına aktarmak? Onun da çok farklı yöntemleri var. Bir doktor, her hastasına tanıyı açıklarken, tedavi önerilerini sıralarken bunu yapıyor örneğin. Her anne, yaşarla ilgili konularda çocuğunu bilgilendirirken ya da ona ödevinde yardım ederken bu aktarma işlevini yerine getiriyor. Öğretmenlerin işi zaten bu. Ancak, etkin bir biçimde yerine getirmenin farkı kolayca ortaya konabilir. Öğrenim yaşamımızın bir çok öğreticisini geriye dönük değerlendirirken bilgi düzeylerini ayrı bildiklerini aktarma becerilerini, heveslerini, etkinliklerini ayrı ele alıyoruz.

Etkin bir sunum için sunumu yapan kişinin, konunun, paylaşım ortamının ve dinleyenlerin etkisi vardır. Her bir etkeni ele almak ve neyin olumluya yönlendiğini, neyin engeller inşa ettiğini bilmek sunumlarımızı hazırlarken çok yardımcı olacaktır.

Konuşma için çağırıcı yapan kişi ya da kurumdan bazı ön bilgileri almak, hazırlığın etkin ve sonucun doyurucu olmasını sağlayacaktır. Bu sonuç, çağırıcı yapan, sunumu yapan ve dinleyenler için de geçerli olmalıdır. Hangi konuda ve hangi kapsamda bir konuşma yapmasının istendiğini net bir şekilde öğrenen kişi “Bu konuyu bir başkası değil de benim sunmam bir fark yaratabilir mi?” sorusunu kendisine yönelterek çağırıcı değerlendirmelidir. Hazırlanmak için yeterli zaman olup olmadığına, bu zamanın ayrı-ayrı ayrılamayacağına da kesinlikle dikkat edilmelidir.

Sunumu yapan kişi, kesinlikle ve kesinlikle konuya hakim olmalıdır. Bu hem hevesle yaklaşmasını sağlayacak, hem özgüvenli bir sunum sayesinde olumlu etki oluşturacak, hem de gelebilecek sorular karşısında gerginliğini azaltacaktır. Kendisi konunun bütününe hakim olurken yapacağı en büyük yanlış hepsini karşısında kine aktarmaya çalışmasıdır. İyi bir düzenleme yapmak bu nedenle önemlidir. Dinleyicilerinin kimler olacağını önceden öğrenmeli, hem özelliklerini hem kısıtlılık oluşturabilecek yönlerini öğrenmeli, hele de beklenti ve amaçları üzerine araştırma yapmalı, düşünmeli, sahip olduğu bilgiyi bu elekten geçirmelidir. Yaptığı hazırlığı, uygun görsel ve işitsel araçlarla sunmak için kalitesi, sorunsuz aktarılması kendi sorumluluğunda olmak üzere hazırlık yapmalıdır.

Ne kadar özel ve özenli bir hazırlık yapılmış olursa olsun, dinleyenlerin ilgisi çekilip de aktarılacak istenenlere yöneltilenmedikçe sunum hedeflenen sonuca ulaşamaz. Özellikle sunum, uzun zamanın ilgi alanından seçilmiş bir konuda yapılıyorsa, en yeni bilgileri de kapsayacak şekilde onca hazırlık da yapılmışken aktarılması planlanan her bir bilgi, ayrıntı o denli “biricik” olur ki sadeleştirme yapılması gerçek bir kararlılık gerektirir. Sunumu hazırlayan kişi, ortaya koyduğu amaca hizmet edecek bilgileri ayırıp diğerlerini sunumundan ayıklamalıdır. Dinleyicilerin ilgi alanlarıyla, aktarılacak bilginin olası kullanım alanlarıyla ilişkilendirilen

bilgiler daha çok ilgi çekecektir. Yaşamdan örnekler bu yönde yardım eder. “Dinleyicilerim kimler ve beni neden dinlesinler?” “Ben dinleyicilerimin yerinde olsam ne dinlemek isterdim?” “Bu konuda akıllara gelebilecek soruların başlıcaları nelerdir ve bu soruların en doyurucu yanıtları nelerdir?” gibi soruları temel alan bir hazırlığın etkin sunumun temelini oluşturacağı açıktır.

Hazırlığı tamamladıktan sonra eldeki seçilmiş bilgileri belli bir düzen içinde sunmak ayrı bir özen ister. Mantıksal bir sıra olmalıdır. Bunun için de bir “akış şeması” belirlenmesi önerilir. Yine önerilen, sunumun başında bu akış şemasının “sunum içeriğini” dinleyicilere aktarmak için kullanılmasıdır. Kendilerini neyin beklediğini, nasıl bir kapsam, hatta ne kadar sürede sunulacaksa, kavramayı artırmak için hangi yöntemler kullanılacaksa bunları baştan öğrenmek dinleyenlerin ilgisini çektiği gibi kaygılarını da azaltacaktır. Bu sırada sunumda yer alacak konu başlıkları ile ilgili merak uyandırmak da yararlı olur. Nasıl bir akış olacağı, hem sunulacak konuya, hem de sunumun amacına göre değişir. Karşılaştırmalı, zamansal sıralamalı bunlara örnektir. Etkili giriş, ana başlıklar halinde konunun, seçilen mantıksal akış düzeni içinde verilmesi, özetleme ve etkili bir bitiriş olarak ele alınabilecek bir genel şablon yardımcı olabilir.

Sunum yapılırken belli bir heyecanın varlığı baştan kabul edilip enerjik bir sunum yapabilmek için bundan yararlanılabilir. Duygular, bulaşıcıdır. Sunumu yapacak kişinin ilgi, heves ve dozunda heyecanını aktarması etkinlik için önemlidir. Kaygı ve telaş düzeyindeki heyecan ise “konuya hakim” “hevesle yaklaşan” “paylaşımaya hazır” “yetkin” izlenimlerini oluşturmada en büyük engellerden biridir. Üstüne bir de dağınık bir sunum, içerikte ne denli değerli bilgiler bulunsun da sunumun amacına ulaşmasını olanaksız kılar. Sunumu özgüvenle, planlandığı gibi gerçekleştirebilmenin en büyük güvencesi olabildiğince çok, süre tutarak, hatta sağlanabilirse geri bildirim verebilecek seçilmiş “pilot” dinleyiciler önünde provalar yapılmasıdır.

Paylaşımın gerçekleşeceği ortamın fiziksel koşulları da çok önemlidir. Baştan doğru salonlar ve sunumun tarzına uygun bir oturma düzeni seçilmeli, saptanan sorunların giderilmesi için de elden gelen yapılmalıdır. Düzeni belirlerken de sunum boyunca bütün dinleyicilerin görebileceği ve sunumu yapanın da hepsi ile iletişimi, özellikle göz temasını koruyabileceği bir seçim yapılmalıdır. Slaytlara dönük bir anlatım, hele de uygun biçimde hazırlanmamış, kalabalık düz yazılar şeklindeki slaytları okuma tarzındaki bir sunumun etkin olarak yürütmesi olanaksızdır. Sınıf düzeninde en arka sırada olanların duyacağı, göreceği, ilgiyle izlemeyi sürdüreceği bir sunum hedeflenmelidir. Katılımlı sunum için daha küçük gruplar, U düzeni benzeri özel yerleştirmeler seçilebilir.

Sohbet havasındaki bir konuşma, ses tonlamaları ile ilginin canlı tutulması, dinleyenlerin duyarlılıklarına ters düşmeyecek

anlatımların seçilmesi, sözlü aktarım yanında beden dili ve diğer sözsüz iletişim yöntemlerinin dikkate alınması dinleyicilerin konuşmayı izlemesini kolaylaştırır. En yoğun dikkat yöneltme, 10 dakika süre ile sınırlı olduğu için bu aralarla yeni başlangıçlar yapılması, örneklerle ya da konu ile ilgili bir mizah araçları ile ilginin yeniden toplanması önerilir. Sunum yapanın da dinleyenin de eğlendiği bir sunum çok ender konu başlıkları dışında olasıdır.

Dinleyenlerin kişisel özellikleri, o andaki ruh durumları, beklentileri de sunumun etkinliği üzerinde önemli rol oynar. Beklentileri karşılanan, sunum yapan kişi ile uyumlu hedefler belirleyerek dinlemiş ya da başlangıçta çizilen çerçeveyi doyurucu bulan bir grup insan karşısında yapılacak konuşma, sonunda her iki tarafın da doyum hissi ile ortamdan ayrılmasına yol açacaktır. Dinleyenler de sözsüz geri bildirimler gönderirler. İlgi ile dinlediklerini ya da ilgilerinin kaybolduğunu çok kolay gösterirler. Hele de göz temasını korumak konusunda özen gösteren bir konuşmacı, bu işaretleri kaçırmadan kendi anlatım şeklini, içeriğini, ses tonu ve konuşma şeklini ayarlayabilir. Dinleyenlerin soru sormasına izin vermek, sunum öncesi bilgi düzeylerini belirlemeye, konunun anlaşılıp anlaşılmadığını anlamaya, eksik kalan kısımların tamamlanmasına ve gelecek konuşmaları planlamaya olanak sağlar. Zaman zaman dinleyicilere yöneltilecek sorular da katılımlı bir sunum olarak “etkinlik” algısı yaratır. Akıllarında sorularla ayrılan dinleyiciler, özellikle de sayıları fazla ise, sunumdaki etkinlik algısını azaltacaktır. Katkılar ve sorular için ayrılan bölümünün iyi yönetilmesi, değerlendirilmesi gerekir.

Sunumu tamamlamadan önce özetleme yapılması önemlidir. Özet yapmanın da bir çok yöntemi olabilir. Dinleyici sayısına,

özelliklerine uygun bir yöntem belirlenmesi için mutlaka önceden düşünülmeli, hazırlık yapılmalıdır. Bazen yanıtı, sunumda aktarılacakla bulunabilecek bir soru sormak, sorun tanımlamak olabileceği gibi bazen son bir kaç slaytı konunun ana hatlarını, başlangıçta belirlenmiş hedefe uygun biçimde yeniden belirtmek seçilebilir. Özetlemenin yalnızca sunumun sonunda yapılması zorunluluğu yoktur. Akış içinde de yer yer farklı tarzlarda özet bilgi verilmesi, yinelemeler öğrenmeyi, uzak belleğe bilginin aktarılmasını sağlayacaktır.

Etkin olarak nitelenebilecek bir sunumda, son yazılı slaytı değiştiren konuşmacının “son slaytmış” demesinin yeri olmayacağı açıktır. Nasıl ki etkili, dikkati toplayıcı, buz kırıcı bir giriş tasarlanması, sunum hazırlığının bir parçasıysa son söylenecekler de akılda kalıcı bir son yaratacak nitelikte hazırlanmalı, hedeflenen duyguyu yükseltecek ve dinleyenlerin olabildiğince büyük çoğunluğunda bu duyguyu oluşturacak nitelikte olmalıdır.

Özetle; heves duyduğumuz ya da bu hevesi uyandırmak için gerekçeler bulduğumuz bir konuda, bütünüyle hakim olmamızı sağlayacak ve güncel bilgiyi içeren bir hazırlığın ardından, herşeyi kapsama hatasına düşmeden, dinleyicilerin özelliklerine uygun amaç belirleyip aktarılacak bilgileri bir düzen içine yerleştirerek, ilgiyi toplayacak bir başlangıçla, konuşma hızı, ses tonu, göz teması ve sözsüz iletişim yöntemlerini de kullanarak, yer yer yinelemeler ve sonunda özetlemeler yaptığımız, etkili bir bitişle tamamladığımız bir sunumu dinleyicilerimizi dinleyerek, eğlenip eğlendirerek gerçekleştirebilmemiz olasıdır.

Her konuşmacı, kendi tarzını oluşturarak özgünlüğünü ortaya koyacağı sunumlarında yalnızca “yaratıcılığı” ile sınırlıdır. Yeter ki “sunumu etkinleştirmek” kaygısını taşısin.

MALNUTRİSYON TANIMI, ÖNEMİ VE BESLENME DURUMUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ

Derya Hopancı Bıçaklı

Malnutrisyon vücut organ ve doku fonksiyonlarının devamlılığı için gerekli makro ve mikro besinlerin yetersiz, dengesiz ya da aşırı alınımı sonucunda oluşan ve tedavi edilmesi gereken bir klinik durumdur. Beslenme yetersizliğinin etkileri açık bir klinik bozukluk yaratmayan subklinik bir durumdan ölüme kadar değişebilir. Malnutrisyondaki hastaların daha uzun hastanede yattıkları ve mortalite oranının arttığı bildirilmiştir. 2008 yılındaki Avrupa verilerine göre Avrupa'da sağlıklı halkın %5-15'i, hastanede yatan hastaların %50'si, bakımevlerinde kalanların %60'ı çeşitli derecelerde malnutrisyonda veya risk altındadır.

Özellikle hastane ve bakımevlerindeki malnutrisyon önemli bir sorundur. Yaşlı hastalarda demans, immobilizasyon, diş problemleri, bakımla ilgili sorunlar, anoreksi gibi nedenler; onkoloji hastalarında ise hastalığın ve tedavinin oluşturduğu yan etkiler nedeniyle malnutrisyon prevalansı diğer hastalık gruplarına oranla daha yüksektir.

Malnutrisyon nedenleri genellikle multifaktöriyeldir. Gıda alımının azalması, besin ögesi emiliminin azalması ve ihtiyacın artmış olması tek başına veya birlikte malnutrisyona yol açarlar. Gelişmiş ülkelerde esas malnutrisyon nedeni hastalıklardır.

Erişkinlerde bireylerin beslenmelerini değerlendirmek için özelliklerine göre çeşitli yöntemler kullanılabilir. Beslenme değerlendirme yöntemleri pek çok faktörden etkilenmektedir, hepsi aynı derecede duyarlı ve spesifik değildir. İyi bir değerlendirme metodu subjektif ve objektif parametrelerin birleşmesinden oluşmalıdır. Nutrisyonel tarama testleri pratik, evrensel, güvenilir, geçerli, özgün ve duyarlı olmalıdır.

Ağırlık ölçümü malnutrisyonun varlığını saptamada en sık kullanılan genel parametrelerden birisidir. Kısa sürede gelişen değişiklikler sıvı dengesini, uzun süreli değişiklikler ise kompozisyonel değişiklikler hakkında bilgi vermemekle birlikte gerçek doku kitlesindeki net değişiklikleri yansıtabilir.

ESPEN hastanede yatan erişkin hastalar için Nutrisyonel Risk Taraması'nı (NRS 2002) önermektedir. Toplam skor 3 ve üzeri ise nutrisyonel desteğe başlanması gerektiği bildirilmektedir. ESPEN yaşlı bireyler için Mini Nutrisyonel Değerlendirme'yi (MNA) önermektedir. MNA yaşlılarda beslenme durumunu değerlendirmek için faydalı bir araçtır.

Uygulamada iki basamaklı tarama yöntemi uygulanır. MNA-kısa formu (MNA-SF) ile riskli tespit edilen bireylere, ek değerlendirme yapılması gerekir. MNA-SF'da alınan puan 11 veya altı ise, malnutrisyon olasıdır, değerlendirmeye devam edilmesi gerekir. MNA'nın ikinci bölümü de tamamlandığında 17'den düşük puanlar malnutrisyonu gösterir.

Amerikan Enteral Parenteral Beslenme Derneği (ASPEN), Subjektif global değerlendirme (SGA) yöntemini önermektedir. SGA tekniği ile hastanın beslenme durumunu değerlendirmek için medikal öykü ve fiziksel muayene kullanılır. Değerlendiricinin belli kriterlere göre hastayı değerlendirdikten sonra kendi subjektif bakış açısıyla malnutrisyonun ağırlığı hakkında karar vermesine dayanan bir yöntemdir.

Malnutrisyonu tanımak için yapılan beslenme değerlendirmesi; antropometri ve laboratuvar verilerinin incelenmesi, yeterli bir öykü ve iyi bir fizik muayeneyi temel alan bir süreçtir.

Hastanın iştahı ve kilo kaybı, gastrointestinal semptomları sorgulanmalıdır. Ayrıca hastanın gelir durumu, yaşam koşulları gibi sosyal; geçirdiği operasyonlar, mevcut kronik hastalıklar ve kullandığı ilaçlar gibi medikal; beslenme alışkanlıkları, gıda tüketimi ve gıda intoleransı gibi besinsel faktörler araştırılır. Hastanın yaşı, cinsi, varsa kilo kaybı miktarı ve ne kadar sürede kaybettiği belirlenmelidir. Tedavi planı, tahmini tedavi süresi ve olası yan etkiler (örneğin kemoterapi ve radyoterapi sırasında oluşan bulantı, kusma, mukozit gibi etmenler) ve hastanın beslenmesini nasıl etkileyeceği öngörülmelidir. Hastanın metabolik ihtiyaçlarını artırması açısından enfeksiyon, operasyon gibi etmenlerin varlığı değerlendirilmelidir. Sistemik olarak tam bir fizik muayene yapılmalıdır. Kas kaybı, hidrasyon durumu, ödem varlığı, cildin genel durumu, ağızdaki patolojiler ile yaralar ve fistüller değerlendirilmelidir.

Beslenme yetersizliğinin en iyi ve erken göstergesi kişinin enerji ve besin öğelerini alım düzeyinin; yani besin tüketiminin azalmasıdır. Hastanın beslenme durumunu belirlemede hasta veya yakınları tarafından tutulan besin tüketim günlükleri son derece önemlidir. 24 saatlik besin tüketimi yönteminde hatırlama veya kayıt tutma tekniği kullanılır. Bireye son 24 saat içinde veya daha fazla gün içinde tükettiği tüm besinler ve içecekler sorulur ve diyetisyen tarafından değerlendirilir.

Malnutrisyon ile ilişkili fiziksel ve mental fonksiyon bozuklukları hasta başında uygulanabilecek bazı yöntemlerle belirlenebilir. Kas gücü muayene eden kişi tarafından niteliksel veya el dinamometresi ile niceliksel olarak ölçülebilir. Hastanın egzersiz toleransı sorgulanır, gereğinde solunum fonksiyon testi uygulanabilir. Ayrıca duygudurum değerlendirilip değişiklikler izlenebilir.

Antropometrik ölçümler beslenme durumunun saptanmasında protein ve yağ deposunun göstergesi olması nedeniyle önem taşır. Antropometrik ölçümler standart değerlerle karşılaştırılmasında veya aynı hastanın gelişen ölçüm değişikliklerinin değerlendirilmesinde kullanılır. Beden kütle indeksi, triseps cilt kıvrım kalınlığı, üst orta kol çevresi, bel / kalça oranı kullanılan antropometrik yöntemlerden bazılarıdır.

Malnutrisyon tanısı için spesifik bir laboratuvar testi mevcut değildir. Kullanılan çoğu ölçüm akut faz reaktanı olduğu için yorumu güçtür. Albümin, prealbümin, transferrin, retinol bağlayıcı protein, C-reaktif protein bunların arasında yer almaktadır. Ayrıca nitrojen dengesi ve 24 saatlik idrar kreatinini yağsız vücut kütlesi ile ilgili fikir vermektedir.

Kaynaklar

1. T H Naber, T Schermer, A de Bree, K Nusteling, L Eggink, J W Kruijmel, et al. Prevalence of malnutrition in nonsurgical hospitalized patients and its association with disease complications. *Nutr Clin Prac* 2008;23(4):410-416.
2. Soeters PB, Reijven PL, van Bokhorst-de van der Schueren MA, Schols JM, Halfens RJ, Meijers JM, et al. A rational approach to nutritional assessment. *Clin Nutr*. 2008 Oct;27(5):706-16.
3. Barendregt K, Soeters PB, Allison SP, Kondrup J, Uyar M. Malnutrisyonun tanısı tarama ve değerlendirme. Sobotka L (ed), Kofralı G (Çeviri ed). *Klinik Nutrisyon Temel Kavramlar*. Üçüncü baskı. İstanbul: Logos Yayıncılık; 2004. p.11-8.
4. Guigoz Y, Vellas B, Garry P. Assessing the nutritional status of elderly: Mini nutritional assessment as part of Geriatric assessment (MNA). *Nutr Rev* 1996;54:S59-65.
5. Detsky A, McLaughlin J.R., Baker P.J, Johnston N, Whittaker S, Mendelson R, et al. What is Subjective Global Assessment of Nutritional Status? *J Parent And Ent Nutr* 1987;11(1):8-13.
6. ASPEN Board of directors. Guidelines for the use of parenteral enteral nutrition in adult and pediatric care. *J Parenter Enteral Nutr* 2002; 26: 9SA-12SA.

NÜTRİSYON DESTEĞİNDE TEMEL İLKELER

Mehmet Uyar

Vücut fonksiyonlarının optimal şekilde devamı, yeterli ve dengeli nütrisyon desteğinin sağlanmasına bağlıdır. Klinik nütrisyonunda temel ilke besin maddelerinin hastanın gereksinimleri doğrultusunda sunulmasıdır. Yetersiz destek malnütrisyonu neden olurken, aşırı nütrisyon da birçok olumsuz sonucun ortaya çıkmasına yol açar.

Vücudumuzda karbonhidrat depoları çok az olduğundan, uzun süreli açlık ve yetersiz beslenmeye bağlı olarak gelişen malnütrisyonunda vücudumuz enerji kaynağı olarak yağ dokusunu ve kas proteinlerini kullanır. Bunun amacı vücudun visseral proteinlerini korumaktır. Çünkü visseral proteinler organ fonksiyonları için gereklidir. Enerji için yağların mobilizasyonu yaşam çabası için önemli bir adaptasyondur. Malnütrisyonla birlikte iskelet kas kitlesi giderek azalır.

Enerji metabolizması ve gereksinimi

Yaşamın sürdürülebilmesi makrobesinlerin mitokondride okside olmaları sonucu açığa çıkan enerji ile mümkündür. Bu enerjinin yaklaşık %40-50'si ısıya dönüşerek kayba uğrarken diğer kısmı enerji gerektiren hücrel reaksiyonlar, vital organların çalışması ve fiziksel aktivite için kullanılır. Tüm bu faaliyetlerde harcanan enerjiye total enerji tüketimi (TET) adı verilir. Bazal enerji tüketimi (BET) ise, yaklaşık 12 saat gıda almayan, optimal çevresel koşullarda, fiziksel ve psişik aktivitede bulunmayan bireyin harcadığı enerji olarak tanımlanır. Yatak istirahatindeki bir kişinin harcadığı enerji miktarı ise istirahat enerji tüketimidir (İET) ve bazal enerji tüketiminin yaklaşık %10 fazlası olarak kabul edilir.

Enerji tüketimi; 1) İstirahat enerji tüketimi, 2) Fiziksel aktiviteye bağlı enerji tüketimi, 3) Nütrientlerin oluşturduğu termogenez ve 4) Stres faktörlerine bağlı enerji tüketimlerinin toplamına eşittir.

Enerji tüketimi, direkt olarak metabolik aktivite ile paralellik gösterir. Metabolik aktivite; yaş, cinsiyet, vücut yüzeyi, vücut ağırlığı, boy, ırk, çevresel faktörler, uyku ve uyanıklık, fiziksel aktivite, besinler, hormonal ve psişik faktörlerin etkisi ile değişir.

Temel besin maddelerinin oksidasyonları sonucu sağladıkları enerjiye kalorik değer adı verilir. Kalorik değerler yaklaşık olarak, karbonhidratlar ve proteinlerde 4, yağlarda ise 9 kcal/g'dır. Nütrientlerin metabolize olmaları sırasında oksijen kullanılırken, son ürün olarak CO₂ oluşur. Üretilen CO₂'in, tüketilen O₂'e oranına Solunum Katsayısı=Respiratory

Quotient (RQ) denir. Karbonhidrat, protein ve yağların RQ'ları sırası ile, 1.0, 0.8 ve 0.7'dir. Normal karışık beslenmede RQ yaklaşık 0.8 kabul edilir. Daha yüksek değerlerde karbonhidrat oksidasyonunun, daha düşük değerlerde ise yağ oksidasyonunun ağırlık kazandığı anlaşılır. Proteinden sağlanan enerji payının saptanabilmesi için RQ değeri, idrar azot tayinleri ile birlikte değerlendirilmelidir.

Normal diyetle beslenenlerde organizma için gereken enerjinin %40-45'i karbonhidratlardan, %40-45'i yağlardan, %10-20'si proteinlerden sağlanmaktadır. Beslenmenin kesildiği durumlarda, organizma bazı fizyolojik mekanizmaları devreye sokarak, hücrel yakıt ihtiyacını karşılar. Glikojen şeklinde depolanmış karbonhidratlar glikojenoliz ile glukoz moleküllerine parçalanırken, proteoliz ile serbestleşen amino asitler ve lipoliz sonucu adipöz dokudan mobilize olan trigliseridler kısmen direkt yakıt olarak kullanılır, kısmen de glukoneogenez yolu ile glukozla dönüşmek suretiyle enerji temin ederler. Bu mekanizmalarla sağlanan enerji sürekli değildir ve beslenme eksikliği süresinin uzamasına paralel olarak olumsuz etkiler de belirginleşir.

Enerji tüketiminin saptanmasında değişik yöntemlerden yararlanılır.

Direkt Kalorimetri: Metabolizma sonucu oluşan ısıнын ölçümü esasına dayanır. Oldukça doğru sonuçlar vermesine karşılık teknik yönden zorluğu, rutin uygulanmasını olanaksız hale getirir.

İndirekt Kalorimetri: Makronütrientlerin metabolize olmaları sırasında kullanılan O₂ ve metabolizmaları sonucunda oluşan CO₂'in ölçülmesi esasına dayanır. Ölçümler spontan soluyan hastalarda özel başlıklar (canopy), ventilatör desteğindeki hastalarda ise, hasta ile ventilatör devresi arasına monte edilmiş ölçüm aygıtları ile yapılır. İndirekt kalorimetri yöntemi metabolik monitör adı verilen özel bir cihaz ve birtakım sarf malzemeleri gerektirdiğinden oldukça pahalı bir yöntemdir. Henüz her hasta için rutin uygulamaya girememiştir. Enerji tüketiminin saptanmasında hata payı en az olan yöntem olduğu kabul edilmektedir.

Ampirik Formüller Yardımıyla ET Hesaplanması:

Enerji tüketimi ve gereksiniminin saptanmasında, çeşitli araştırmacıların geliştirdikleri eşitliklerden yararlanılması, hasta başı uygulamalarda en kolay yoldur. Bunlar arasında en sık kullanılanlar Harris-Benedict ve Schofield eşitlikleridir.

Bu denklemler bazal enerji tüketimini vermektedir. Bunun %10 fazlası İET olarak kabul edilir. Ayrıca aktüel enerji tüketiminin bulunabilmesi için bazı ilaveler yapılması gerekir ki bu ilavelere aktivite veya stres faktörü adı verilir. Ampirik formüller yardımıyla TET hesaplanmasında en büyük güçlük, hastanın patolojisi nedeniyle ortaya çıkan metabolik değişikliklerin İET üzerine eklenmesi veya gereğinde çıkarılmasında yaşanmaktadır. Değişik hastalık durumlarında enerji gereksinimindeki artışlar konusunda tam bir fikir birliği yoktur.

Protein metabolizması ve gereksinimi

Proteinler amino asitlerden oluşan makromoleküllerdir ve %16 oranında azot içerirler. Protein yıkımında, protein yapısında yer alan azot üre şeklinde atılır. Atılan azot miktarının bilinmesi direkt olarak yıkılan protein miktarını gösterir. Artık bileşiklerdeki 1 g azot, 6.25 gram proteinin degrade olduğunu gösterir. Azot ile protein arasındaki bu doğrudan ilişki nedeniyle, protein ya da amino asit yerine azot ifadesi eşanlamlı olarak kullanılır. Metabolizma sonucu oluşan azotlu bileşikler büyük ölçüde idrarla, az bir bölümü cilt ve gastrointestinal sistem yolu ile atılır.

Protein organizmada normal hücresel fonksiyonların devamı için gereklidir. Dokularda yapısal fonksiyonlarının dışında, hormonların, enzimlerin, sitokinlerin, mediyatörlerin yapısında yer alır. Vücut proteinleri sabit olmayıp, sürekli yıkım ve yenilenme ile dinamik bir denge içindedir. Sağlıklı erişkinlerde yıkılan ve sentez edilen protein miktarları eşittir.

Normal erişkinlerde günlük azot atılımı 8-10 g'dır. Bu da normal günlük gereksinim olan 0.5-1.0 g/kg proteine tekabül eder. Travma ve sepsis gibi katabolik durumlarda gereksinim 2 g/kg'a kadar çıkabilir. Protein gereksiniminin karşılanmasında en önemli nokta, protein veya amino asit verilmesi ile birlikte, yeterli miktarda enerjinin karbonhidrat ve lipidlerle sunulmasıdır. Azotlu maddelerden optimum yararlanılabilmesi için belirli oranlarda non-protein enerjinin sağlanması gerekir. Non-protein kalori/azot oranı, 150 kcal/1 g azot şeklindedir. İleri derecede katabolik şartlarda bu oran 120/1 ya da 100/1 olarak uygulanabilir.

Karbonhidrat metabolizması ile protein metabolizması arasında yakın bir ilişki bulunmaktadır. Starvasyonda ya da metabolik gereksinimlere uygun oranda kalori temin edilemediğinde, proteinlerin yıkımı hızlanır ve amino asitler glukoneogenez ile glukozla dönüştürülür. Proteinlerin bu şekilde yakıt olarak kullanılması özellikle iskelet kasında protein miktarının azalması ile sonuçlanır, diğer taraftan yeni protein sentezi yavaşlar.

Akut hastalık durumlarında protein metabolizması katabolizma ile karakterizedir. Elektif cerrahi girişimler gibi minör patolojilerde negatif azot dengesi, protein yıkımından ziyade protein sentez hızının azalması sonucudur. Kritik hastalarda ise akut faz protein sentezi hızlanmasına rağmen protein yıkımı daha belirgin şekilde artmıştır. Sepsis, politravma, majör yanık gibi metabolik stres hastalarında, negatif azot dengesini önlemek mümkün olamamaktadır.

Bu hastalarda nütrisyon desteğinin amacı yeterli enerji ve azot sağlanması ile negatif dengenin minimale indirilmesi olmalıdır.

Enerji temini

Vücudun mevcut hücresel kitlesi total kalori ihtiyacının belirlenmesinde temel faktördür. Total kalori ihtiyacı direkt olarak ölçülebilir veya hesaplanabilir. Enerji tüketimi ile hastaya sağlanan enerji desteğinin birbiriyle eşitlenmesinin sonucu iyileştirdiği yolundaki düşünceler hala tartışmalı olan bir konudur. Kalori desteği anabolik fonksiyonları sürdürecektir düzeyde olmalı, aşırı kalori yüklenmesinden kaçınılmalıdır. Hastanın genellikle bulunduğu kiloya göre 25-30 kcal/kg/gün şeklindeki kalori desteği hastaların çoğunda yeterli görünmektedir. Uygulanan her kcal için 1 ml suya ihtiyaç bulunmaktadır. Gereğinden fazla enerji verilmesi enerji tüketimini ve ventilasyon ihtiyacını artırır, ayrıca karaciğerde yağlanma, karaciğer fonksiyonlarında bozulma ve kolestatik sarılık oluşturabilir.

Karbonhidratlar: Vücudun hemen tüm hücrelerinde kullanılabilen glukoz evrensel bir enerji kaynağıdır. Metabolik stres altındaki bir hastaya glukoz vermenin normal protein sentez fonksiyonlarını da iyileştirdiği bilinmektedir. Vücutta yaşamı glukozla bağımlı olan hücreler olduğu göz önünde bulundurulmalıdır. Santral sinir sistemi günde 120-150 g glukozla ihtiyaç duyar. Bu total enerji tüketiminin %25'idir. Ayrıca böbrekler, kan hücreleri, lenfoid doku, kemik iliği ve hasarlı dokular da 40 g glukoz tüketir. Bu nedenle erişkin bir hastada günlük glukoz alımı 150-180 gramın altında olmamalıdır.

Yağ: Günlük total kalorinin %25-30'u yağlardan sağlanır. Esansiyel yağ asidi eksikliği oluşturmamak için total kalorinin en az %7'si omega-6 ve omega-3 gibi esansiyel yağ asitlerinden sağlanmalıdır. Günde 1 g/kg'lık lipid dozları iyi tolere edilir. Orta zincirli trigliseridler de kalori kaynağı olarak kullanılabilir.

Protein: Günlük total kalorinin %15-20'si protein veya amino asitlerden sağlanır. Tedaviye günde 1.0-1.5 g/kg/gün dozunda başlanır. Bu doz iyi bir monitorizasyon ile pozitif azot dengesi ve protein sentez fonksiyonlarını sürdürecektir şekilde modifiye edilir.

Mikronütrientler: Vitaminler ve eser elementler çeşitli enzimlerin aktivitesini sağlamada katalizör görevi üstlenir. Gereken günlük miktarlar hastanın klinik tablosu ve patolojisi ile büyük değişiklikler gösterdiğinden, her hastanın gereksinimlerinin özel olarak değerlendirilmesi ve sık laboratuvar analizleri ile kontrol edilmesi gerekir. Enteral nütrisyon solüsyonları kombine ürünler olduklarından hastaya verilebilen miktar günde 1500 ml'nin üzerinde olduğunda genellikle ek mikronütrient vermek gerekli değildir. Eser elementlerin kaybını arttıran bir durum varsa veya enteral nütrisyonun düşük volümlerde günlerce uygulanması gerekiyorsa mikronütrient takviyesi yapılmalıdır. Parenteral nütrisyonunda ise mikronütrientler ek preparatlar ile rutin olarak verilmelidir. Eser elementlerin ve vitaminlerin günlük gereksinimleri kesin olarak bilinmediğinden değişik kaynaklarda çok farklı değerlere rastlanmaktadır.

ENTERAL NUTRİSYON VE ERİŞİM YOLLARI

Mutlu Doğanay

Enteral nutrisyon(EN), düzgün çalışan sindirim sistemine sahip olduğu halde, normal yollarla ağızdan yeterli düzeyde beslenemeyen kişilerin beslenmesinin desteklenmesi, beslenmenin kişiler için daha kolay hale getirilmesidir. EN'un ana hedefi, cerrahi yada cerrahi olmayan girişimin sonuçlarını iyileştirmek, düzeltmek için malnutrisyonun önlenmesi yada tedavi edilmesi için oral enteral ürünler yada tüple beslenme yollarından birisinin seçilerek yapılmasıdır.

Yedi günden daha uzun bir süre oral alımın yetersiz kalacağı düşünülüyor ya da tahmin ediliyorsa ve hastanın malnutrisyonda olması, malnutrisyona girmesi öngörülüyorsa, EN endikasyonu oluşmuş anlamına gelmektedir. Cerrahi yapılan ya da cerrahi yapılmayan olgularda ESPEN (Avrupa Parenteral ve Enteral Nutrisyon Derneği), EN endikasyonlarını, 7 gün oral alamayacak ve 10 gün için tahmin edilen enerji tüketiminin %60'ından daha azını alacak olması şeklinde özetlemiştir. Sonuçları bozacak şekilde nutrisyonel risk tanımı, VKİ (Vücut Kitle İndeksi) 18,5 kg/m² (yaşlılarda 20) altında olması, SGD (Subjektif Global Değerlendirme) C kategorisi, NRS (Nutrisyon Risk Skoru) 3 ve altında olması, karaciğer ve böbrek yetersizliği olmaksızın serum albumin değerinin 30g/l altında olması ve son 6 ayda % 10'dan daha fazla kilo kaybı olarak tanımlanmıştır. Hasta gruplarına göre spesifik endikasyonlar ise; 3 gün içinde tam oral beslenme alması beklenmeyen yoğun bakım hastalarında kanıt C düzeyinde EN önerilirken, perioperatif ciddi nutrisyon riski olan elektif major cerrahilerden önce nutrisyon desteği cerrahinin geciktirilmesi söz konusu olsa bile hemen başlanması (7 günden fazla süre ile oral beslenemeyeceği ve önerilen günlük alımın % 60'ından fazlasını 10 günden uzun süre olarak alamayacağı öngörülen hastalar) kanıt A düzeyinde önerilmektedir.

İntestinal obstrüksiyon, iskemi, ciddi peritonit, bulantı-kusma, yüksek debili fistül, sindirim ve emilim bozuklukları EN'un gastrointestinal kontrendikasyonlarını oluşturmaktadır. Ancak son 2 klinik durum rölatif kontraendikasyon oluşturmaktadır. Diyabetik ketoasidoz, diyabetik ve hepatik koma metabolik, ağır akut kalp yetmezliği, şok dolaşımalsal kontrendikasyonları oluşturmaktadır.

EN, oral beslenme ürünleri ve enteral erişim yolları ile yapılabilmektedir. Aslında normal gıdalarla yapılan oral beslenme, malnutrisyonun önlenmesinde ve tedavisinde ilk seçenek olmalıdır. Oral alımın yetersizliğinde bu gıdalar, protein, yağ ve karbonhidrat ilavesi ile güçlendirilebilir. Bu güçlendirme proteinlerde toz, yağlarda krema, tereyağı, sıvı yağ, karbonhidratlarda maltodekstrinler, dekstroz ile yapılabilir. Oral beslenme ürünleri normal gıdalarla yapılan özel ve zenginleştirilmiş diyetlerde dahil olmak üzere,

yeterli oral alımın sağlanamadığı durumlarda kullanılmalıdır. Oral beslenme ürünlerinin türleri, sıvı-yarı katı, tozlar-sıvılar ve hastalığa özel ürünler olmak üzere 3 kategoride sınıflandırılmıştır. Birinci kategorideki ürünler, enerjiden, proteinden ya da her ikisinden zengin ürünler (standart) içermektedir. İkinci kategorideki ürünler ise, protein, yağ ve karbonhidrat ilavesi içeren ürünlerdir (modifiye standart ürünler). Sadece karbonhidrat içeren ürünler toz veya sıvı şeklinde iken sadece yağ ilavesi içeren sıvı formları vardır. Üçüncü kategoride, kanser, renal, pulmoner hastalıklara özel ürünler dışında, bağışıklığı güçlendirici, diyabet ve bası yaraları gibi durumlar da kullanılan ürün yelpazesi mevcuttur. Standart ürünlerde karbonhidrat %50-55, protein %15-20 ve yağlar % 30-35 oranında içeriklere sahiptir. Bu ürünlerde su oranı %85 oranındadır ve normal enerji yoğunluğu 1kcal/ml'dir. Bu desteklerin hastanın gereksinimlerini karşılayamadığı durumlarda ise tüple beslenme veya parenteral nutrisyona başlanmalıdır. Standart ürünlerin su içeriği azaltılarak ve yağ ilavesi ile ikinci kategorideki yüksek enerjili ürünler elde edilir ve enerji yoğunluğu 1,2 kcal/ml'den yüksektir. Hastalıklara spesifik ürünlerden, pulmoner ürünler bu hasta grubuna spesifik olarak tasarlanmıştır. Bu grup hastanın çoğunda karbondioksit retansiyonu vardır. Bu nedenle bu ürün grubunda solunum katsayısını (RQ) korumak ve karbondioksit oluşumunu azaltmak için total enerjinin daha yüksek yüzdesi yağlardan oluşur. Bağışıklığı güçlendirici formüller, nutrisyon durumundan bağımsız olarak, kanser nedeniyle yapılan baş-boyun cerrahisinde, major üst abdominal- özofagus cerrahisinde ve ciddi travma sonrasında kılavuzlarda kanıt A düzeyinde yer almaktadır.

Normal çalışan barsağı olduğu halde yeterli oral besin alamayan hastalarda yapay nutrisyon desteği düşünülmelidir. EN, parenteral nutrisyon kadar etkili, fakat daha ucuz ve fizyolojiktir. EN'a kararından sonra seçilecek erişim yolu ve kullanılacak medikal cihazlara karar vermek gerekir. Primer hastalık, enteral beslenme süresi, hasta tercihi, enteral erişim yolu kararını etkileyen parametrelerdir. Kısa süreli beslenmeler (30 günden az) için nazogastrik veya nazoenteral yol tercih edilir. Uzun süreli beslenmelerde tercih, gastrostomi yada jejunostomiden yana kullanılmalıdır. EN için tüpler polivinil, silikon ya da poliüretandan yapılmıştır. Silikon ve poliüretan tüpler daha az travmatik ve esnek olduğu için tercih edilir. Enteral yollar, sıklıkla endoskopik, radyolojik ve cerrahi olarak sağlanabilmektedir. En çok tercih edilen yöntem perkutan endoskopik gastrostomidir (PEG). Yöntemin kendine has, sıklıkla gözlenen enfeksiyon, kanama, intraperitoneal kaçak gibi komplikasyonları vardır. PEG işleminden 4 saat sonra beslenmeye başlanabilir.

Enteral beslenme solüsyonları, beslenme için yerleştirilen tüplerden, devamlı ya da aralıklı (bolus) şeklinde gönderilebilir. Bolus

beslenme daha fizyolojik olarak düşünülse bile, devamlı beslenme tercih edilmektedir. Bolus beslenmede ürün belli saat aralıklarında şırınga ile 30ml/dk hızını geçmeyecek şekilde uygulanmalıdır. Devamlı beslenmede süre 20 saat'e kadar uzamaktadır.

Enteral nutrisyonun uyum, tüp malpozisyonu, bulantı-kusma, diyare, enfeksiyon, metabolik ve aspirasyon gibi komplikasyonları vardır. Diyare yaygın görülen bir komplikasyondur. Sıklıkla nedeni beslenme ürününün yüksek hızda uygulamasından kaynaklanmaktadır. Ürünün veriliş hızı genellikle 120ml/saat'i aşmaz. Bunun dışında yoğun bakım hastalarında diyare nedeni olarak

sık karşılaştığımız gastrointestinal enfeksiyonlarında gözden kaçır-mamak gerekir. Mide boşalmasında gecikme nedeni olarak diğer sıklıkla karşılaştığımız semptom bulantı-kusmadır. EN'a başlamadan önce riskli hastalarda gastrik rezidü araştırması bu komplikasyonun önüne geçilmesinde önemli bir parametredir. Parenteral nutrisyona göre daha az olsada metabolik komplikasyonlar enteral nutrisyonda da görülebilmektedir. Tüple beslenme sendromu ve refeeding sendromu en ciddi, metabolik komplikasyonlardır. EN'un birçok komplikasyonu uygulama yanlışlıklarından kaynaklanır, bu komplikasyonlar uygun yaklaşım ve monitorizasyonla önlenabilir.

PARENTERAL NUTRİSYON VE ERİŞİM YOLLARI

Mutlu Doğanay

Parenteral nutrisyon (PN), enteral yolun kullanılmadığı ya da bu yol ile beslenmenin yetersiz kaldığı durumlarda hasta için gereken makro ya da mikro besin öğelerinin damar içine verilmesidir. Bu nedenle PN yapılacağı zaman venöz erişim yolu sağlanmalı ve uygun infüzyon tekniği kullanılmalıdır. Sonuçta PN endikasyonlarını, enteral yolun kullanılmadığı, protein ve enerji gereksiniminin tamamının enteral yolla verilemediği durumlar oluşturmaktadır. Gastrointestinal yetmezlikte tamamlama tedavisi (enteral nutrisyon (EN)+PN) ve barsak dinlenmesi için elektif PN, ana endikasyonları oluşturmaktadır.

PN için erişim yolları, periferik ve santral olmak üzere iki yoldan sağlanır. Periferik parenteral nutrisyon (PPN), periferik damarlar yoluyla sağlanırken, santral parenteral nutrisyon (SPN), genellikle internal juguler veya subklavian ven yoluyla sağlanır. Ek olarak, cilt altına yerleştirilen tünelli port kateterler, basilik yada sefalik ven kullanılarak yapılan cutt-down kateterler, çok tercih edilmese de kullanılabilir femoral ven veya hemodiyaliz kateterleri SPN için kullanılabilir.

PPN endikasyonlarını 7-10 günden kısa sürecek olan PN, santral venöz kateterizasyonun kontraendike ya da olanaksız oluşu ve kateter sepsisi, bakteriyemi oluşturmaktadır. PPN, için kullanılan erişim yolu tecrübe gerektirmemektedir. Ayrıca santral yol kateterizasyonu sırasında oluşabilecek komplikasyonlarla karşılaşma olasılığı olmayacaktır. Periferik yolda gelişen flebit gibi komplikasyonların erken fark edilmesi PPN'nün üstünlükleri arasında yer alır. SPN'un endikasyonlarını, 7-10 günden uzun süren parenteral nutrisyon oluşturmaktadır. Düşük hacimde, yüksek kalori verilebilmesi SPN'un en önemli üstünlüğü olarak bilinirken, PPN'da maalesef osmolarite problemi nedeniyle yeterli kalori verilememektedir. Bu nedenle PPN genellikle kısa süreli EN'ü tamamlayıcı enerji yolu olarak kullanılır.

Hastaya erişim yolu belirlendikten sonra, parenteral verilecek ürün saptanmalıdır. Total parenteral nutrisyon (TPN) solüsyonları, karbohidratlar, aminoasitler, yağ, elektrolitler, mineraller ve vitaminler de dahil olmak üzere tüm besinleri kapsarlar. Bunun sonucu olarak hipertoniktirler ve osmolalite-leri serumun 3-8 katıdır. Planlama, hastanın metabolik kapasitesine ve güncel gereksinimine göre ince ayrıntılarla yapılmalıdır. Besinler GİS'ten kısmen emilirler ve bazı besin öğelerinin emilimi (örn. eser elementler) hastaların gereksinimine göre barsakta düzenlenir. Besin öğelerini İV yolla alan hastalarda, barsaktan emilim kontrol edilemez, verilen tüm besin öğeleri

metabolize edilmek veya organizmadan atılmak zorundadır. PN'da aşırı beslenme kolaylıkla gelişebilir bu durum hastanın zararınadır. Organ yetmezliği veya travmalı olgularda besin öğelerinin metabolizması sağlıklı bireylerden farklı olabilir.

EN'un yeterli ve tam olarak yapılabilmesi, hemodinamik instabilite, hastalığın akut fazında, travmanın ve operasyonların erken döneminde (ebb fazı-yaralanmanın ilk 8-12 saati), şok durumunda, serum laktat düzeyi >3-4 mmol/L, hipoksi ($PaO_2 < 50$ mmHg) ve ağır asidozda ($pH < 7.2$; $PaCO_2 > 80$ mmHg) parenteral nutrisyonun kontraendikasyonlarını oluşturur.

Enerji gereksiniminin hesaplanmasında birçok yöntem tanımlanmıştır. Altın standart indirekt kalorimetre ölçümüdür. İndirekt kalorimetre cihazı her klinikte bulunmayabilir. Bunun yerine genellikle amprik denklemler (Harris-Benedict formülü, Schofield denklemi) ve ya basit hesaplama yöntemleri kullanılır. Formül ile hesaplamalarda bazal enerji gereksinimlerinin (BEE) yanında gerekli kalori gereksinimi; hastanın stres faktörlerinin derecesi, organ yetmezlikleri, ideal vücut ağırlığına göre düzenlenmelidir.

PN, ilk zamanlarda 3-5 şişeden oluşan çoklu şişe sistemleri ile sağlanırken, günümüzde bütün ürünlerin bir arada olduğu tekli torba sistemleri (All-in-One) ile sağlanmaktadır. Bu ürünler 2-3 odalı hazır endüstri ürünleri olabildiği gibi, hastanede yer alan dolum cihazları (compaunder) ile de sağlanabilmektedir. Hastanede yer alan dolum sistemleri ile hastaya spesifik gereksinimleri sağlayan ürün dolumları yapılabilmektedir. Her iki ürün grubunda da vitamin ve eser elementler gibi mikro besin öğelerinin, kullanımdan hemen önce karışıma ilavesi gerekmektedir. Endüstri ürünlerinde, sıvı elektrolit replasman tedavisi ayrıca planlanmalıdır.

PN komplikasyonları, mekanik, enfektif ve metabolik olmak üzere 3 ana gruba ayrılmaktadır. Mekanik komplikasyonlar genellikle kateterin yerleştirilmesi sırasında ortaya çıkan, sıklıkla kendini pnömotoraks şeklinde gösteren komplikasyondur. Enfektif komplikasyonlar çoğunlukla, katetere yada verilen sıvıların dolumu esnasındaki sterilizasyon koşullarının ihmal sonucu olmaktadır. Kateterin cilde giriş yerinin günlük pansumanı yapılmalı ve kateterin uzun süre kullanımından kaçınmak gereklidir. Metabolik komplikasyonları ise, akut dönemde hipo ya da hiperglisemi, sıvı-elektrolit bozuklukları, refeeding sendromu ve vitamin, eser element eksikliğine bağlı bulgular oluşturmaktadır. Kronik dönemde ise karacier yağlanması, akalküloz yada taşlı kolesistitdir. Parenteral nutrisyonun birçok komplikasyonu, hastaların sıkı izlemi ile teşhis edilerek gerekli önlemlerin alınmasını sağlar.

KEMORADYOTERAPİ UYGULANAN HASTALARDA NÜTRİSYON DESTEĞİ

Diclehan Kılıç

Kanser tedavisinde amaç minimum yan etki ile maksimum tümör kontrolü sağlanmasıdır. Bu da ancak tedavinin planlanan şekilde ara vermeden tamamlanması, yan etkilerden korunma, zamanında ve bilinçli destek tedavi ile hasta- hasta yakını ve sağlık çalışanları arasında tutarlı bir işbirliği ile mümkün olmaktadır.

Kanserli olguların yaklaşık %60'ında malnütrisyon veya riski teşhis anında mevcuttur. Bu hastaların %20'si primer hastalıklarından ziyade beslenme bozukluğunun yol açtığı sorunlar nedeniyle kaybedilmektedir. RT veya KRT öncesi dönemde hastaya ait zeminde yatan faktörler, kansere bağlı faktörler ve eski cerrahilere ait faktörlerin beslenmeyi bozduğu bilinmektedir. Tüm bunların üzerine KT ve RT'ye bağlı yan etkiler de eklenince oral alımda azalma, kilo kaybı ve malnütrisyon gittikçe daha da derinleşmekte ve müdahale edilmezse oluşan metabolik değişikliklerle birlikte kanser kaşeksisine kadar gitmektedir.

Radyoterapi için başvuran hastalarda yaptığımız bir çalışmada kilo kaybından bağımsız olarak tüm kanser tiplerinde %66 ve rektal kanserlerde %45 oranında anoreksiya saptanmıştır. Bir başka çalışmamızda ise radyoterapi öncesi %31 olan malnütrisyon oranının radyoterapi sonunda %43'e yükseldiği saptanmıştır. KRT'nin beslenme üzerine olumsuz etkisi en fazla baş- boyun kanserlerinde görülmüştür (%24'ten %88'e artmıştır). Bu çalışma sonrası yapılan bir diğer araştırmamızda KRT başlangıcında beslenmesi normal olan ve bozulma olduğunda ONS başlanılan hastalardaki tedavi toksisite sıklığı ve derecesi malnütrisyonu olması nedeniyle başından beri ONS uygulananlardan daha yüksek bulunmuştur.

Kanser hastalarına özgü beslenme hedefleri; yetersiz beslenmenin önlenmesi ve tedavi edilmesi, antitümöral

tedavinin etkilerini artırmak, antitümöral tedavinin yan etkilerini azaltmak ve yaşam kalitesini artırmaktır. Tüm kılavuzlarda önerilenler şöyledir;

- Kanser tanısı konulduğu andan itibaren hastanın beslenme durumunun sık değerlendirilmesi ve eksilmede destek verilmesi
- Hali hazırda yetersiz beslenme mevcutsa veya 7 günden daha fazla süre yetersiz beslenme olacağı öngörülüyorsa standart formülle, mümkünse enteral ve öncelikli olarak oral nütrisyonel destek uygulanması
- Enteral nütrisyon desteğinde verilecek miktarın her zaman hesaplanan gereksinimden gerçekleşen alım düşülerek belirlenmesi
- Malnütrisyon varlığında 10-14 günlük perioperatif nütrisyon cerrahi ertelense bile faydalıdır (perioperatif immünonütrisyon)
- Tüm tedavi ve sonrası izlem sürecinde yoğun diyet danışmanlığı ve gereğinde oral beslenme desteği verilmesi
- RT/ KT sırasında rutin EN endike değildir
- GI sistemin herhangi bir kısmını içeren RT uygulamalarında diyet danışmanlığı ve ONS önerilmektedir
- Ciddi lokal mukozit varlığında transnazal veya perkütan tüple besleme yapılabilir
- Kısa süreli PN akut GI toksisite durumunda kullanılabilir. Subakut veya kronik radyasyon enteropatisinde uzun süreli PN gerekebilir.
- RT mukozitinde PEG/PEJ tercih edilebilir.
- Sistemik inflamasyon durumunda medikasyon yapılmalıdır.

KT/ RT sırasında aktif diyet danışmanlığı uygulananlarda hasta toleransında artma, tedaviyi ara vermeden tamamlayabilme, radyoterapi sırasında malnütrisyonun önlenmesi ve tedavisi ile radyoterapi yan etkilerinin daha az oran ve şiddette olması sağlanabilmektedir.

KAŞEKSİ FİZYOPATOLOJİSİ

Diclehan Kılıç

Kanser her dokuda gelişebilen farklı klinikler yelpazesidir. Dünyadaki en sık görülen ölüm nedeni olması yanı sıra insidansı da her geçen gün artmaktadır. Teknolojideki tüm gelişmeler erken teşhis ve gelişen tedavi yöntemlerini gündeme getirmiştir. Klinikte artan kür ve sağkalım oranları olarak görülmektedir. Bu da hastalarda iyi yaşam kalitesi arzusunu uyandırmaktadır.

Kanser kaşeksisi halen tam çözülememiş bir fenomendir. Kansere cevaben vücudun tepkisi veya tükenmesidir. Multifaktöryeldir. Geleneksel nutrisyonel destekle düzelmeyen, yağ kaybı olarak ya da olmaksızın iskelet kas kitlesi kaybı olmasıdır. Azalmış besin alımı ve anormal metabolizma nedeniyle oluşan negatif protein-enerji dengesi mevcuttur.

Kanserde tükenme farklı kanser tiplerinde ve evrelerinde değişmekle birlikte %8-84 oranında görülmektedir. Strese vücudun fizyolojik bir adaptasyonudur. Acil kritik visceral organ fonksiyonları için iskelet kasının feda edilmesi olarak da tanımlanabilir. İskelet kasında gelişen güçsüzlük azalmış çalışma toleransı ve fonksiyonel kapasiteye neden olmaktadır. En sık görülen klinik tablo kilo kaybıdır (%10'dan fazla istemsiz kilo kaybı kanser hastasında prognostik öneme sahiptir). Kilo kaybı; enerji alımındaki azalma (anoreksiya nedeniyle), enerji harcamasındaki artış (istirahat enerji

harcamasında artış vb.) ve doku yıkımı- tükenmesine bağlıdır. Doku yıkımı; konakçı immün hücreden salgılanan proinflatuar sitokinler nedeniyle ve tümör hücrelerinden salgılanan lipid mobilize edici faktör ile proteoliz indükleyici faktör nedeniyle olmaktadır.

Kanser kaşeksisinde; akut faz cevabı ve hipermetabolizma görülmektedir. Karbohidrat, protein ve lipid metabolizmasında ciddi değişiklikler oluşmaktadır. Klinikte morbidite ve mortalite oranlarında artma, yaşam kalitesinde bozulma, kendinden memnuniyet duygusunda azalma ve günlük çalışma ve sosyal faaliyetlerine engel arak karşımıza çıkmaktadır. Kanserde tükenme; uzamış hospitalizasyon süreleri, planlanmamış hastane bakım hizmetleri, tekrarlanan doktor muayeneleri, tedavi komplikasyonlarında artma ve sağlık bakım giderlerinde abartılı artışa neden olmaktadır. Hastanın tedaviye toleransı azalmakta ve ayrıca tümörün tedaviye cevabında dolaylı bozulmalara yol açmaktadır.

Kanser kaşeksisi, prevalansı yüksek, yaşam kalitesi ve sağkalımı belirgin etkileyen klinik bir sendromdur. Toplum ve sağlık çalışanlarında farkındalığın artırılması yanı sıra onkolojik ekip işine nutrisyonel değerlendirme ve tedavi olarak entegre edilmesi gerekmektedir.

SENKRON AKCİĞER KARSİNOMU, OLGU SUNUMU

Celalettin Kocatürk

Akcığer kanserleri içinde, senkron akciğer kanseri (SAK) görülme oranı, tanısal metotlardaki ilerlemeler nedeniyle giderek artmaktadır. Bir hastada, tanı anında birden fazla akciğer kanseri ile karşılaşıldığında, tümörlerin histopatolojik tipi farklı ise, bağımsız tümörler olduklarını söylemek zor değildir. Ancak her iki tümörün histopatolojik tipi aynı ise; ya tümörlerden biri primer diğeri bu tümörün metastazıdır, ya da tümörler birbirlerinden bağımsız olarak gelişmiş SAK'dır.

Histopatolojik tiplerin aynı olması durumunda, histolojik, immün histokimyasal, moleküler ve genetik çalışmalarla tümörlerin birbirlerinden bağımsız olup olmadıkları araştırılabilir, ancak günümüzde hiçbir yöntem, bu ayrımı kesin olarak yapamamaktadır. Bu nedenle klinik kriterler dikkate alınarak hareket etmek uygundur. Bu amaçla Martini-Melamed ve Antaklı kriterleri kullanılabilir. Bu kriterlerin temelinde,

uzak metastaz ve ortak lenfatik yolaklarda tutulumun olmadığı gösterilmesi yatar. Bir'den fazla akciğer kanseri bulunduğu düşünülen ve küratif cerrahi tedavi planlanan hastalarda, invazif mediastinal evreleme ve ekstratorasik görüntüleme (kraniyal BT/MR ile birlikte tüm vücut PET-BT veya batin BT ve kemik sintigrafisi) önerilir.

Cerrahi tedavi öncesinde mediastinal tutulumun ve uzak metastazın olmadığı kanıtlanmalıdır. Senkron akciğer kanserli olgularda, cerrahi tedavi sonrasında beklenen sağkalım sonuçları tatminkardır. Her bir lezyonun, birbirinden ayrı tümörlermiş gibi rezeksiyonu önerilir. Rezeksiyon sonrasında küratif amaçlı verilen adjuvan kemoterapi, sağkalımı olumlu yönde etkilemektedir.

Bu sunumda bilateral senkron akciğer tümörü olup aynı zamanda mediastinal lenf bezi tutulumu olan bir hastaya yapılan cerrahi tedavi tartışılacaktır.

TÜRKİYE AKCİĞER KANSERİ EPİDEMİYOLOJİSİ

Ezgi Hacıkamiloğlu

Kanser hem dünyada hem de ülkemizde sebebi bilinen ölümler sıralamasında kardiyovasküler hastalıklardan sonra ikinci ölüm sebebi olması açısından önemli bir toplum sağlığı problemidir.

Dünyada ve Türkiye’de kanserin önemli bir kısmı önlenilebilen kanserlerdir. Özellikle ülke verilerimiz değerlendirildiğinde tütün ve obezite ile mücadele programımız kanser kontrolünün en önemli yapıtaşlarını oluşturmaktadır.

2009 verilerine göre, ülkemiz de ölüm nedenleri sırasında 2.sırada yer alan kanser hastalığının, hem dünyada hem de ülkemizde önümüzdeki yıllar içerisinde 1. Sıradaki ölüm nedeni olacağı düşünülmektedir. Türkiye kanser insidansı dünyadaki diğer ülkeler ile karşılaştırıldığında, ülkemizin halen kanser açısından hem kadınlarda hem de erkeklerde daha düşük bir hızda olduğu görülmektedir. Erkeklerde trakea, bronş ve akciğer kanseri (66,0/100000 kişide YSH), kadınlarda ise meme kanseri (40,6/100000 Kişide YSH) en sık görülen kanser türleridir.

Dünyada erkelerde en sık görülürken kanser prostat iken, bunu akciğer kanseri izlemektedir. Ülkemizde ise erkeklerde en sık görülen kadınlarda ise görülme sıklığına bakıldığında 5. Sırada yer alan kanser türü akciğer kanseridir.

Erkeklerde akciğer kanseri insidansı Türkiye’de yüz binde yaklaşık 69’larda olup dünya ortalaması ise yüz binde 30-35’lerde olup son yıllarda daha önce gözlenen artisan durağanlaştığı görülmektedir.

Akcığer kanserinin teşhisi genellikle geç olmakta ve hastaların büyük bir kısmı ileri evrede tanı almaktadır, bu nedenle de sağ kalımları da diğer kanserlere göre oldukça düşüktür. Hem büyük oranda önlenilebilir olması, hem görülme sıklığı, hem de ileri evrede tanı alma oranlarının yüksek olması dolayısıyla akciğer kanseri ve tütün ile ilgili konular ulusal sağlık politikalarımızda en önemli konular arasında yer almaktadır.

KÜRESEL YETİŞKİN TÜTÜN ARAŞTIRMASI, 2012 TÜRKİYE SONUÇLARI

Nazmi Bilir

Giriş

Sağlık Bakanlığı 1990'lerden bu yana toplumun önelebilir hastalıklardan korunması ve tütün kullanımı nedeniyle olan ölümlerin önlenmesi yönünde oldukça fazla uygulamalar yapmaktadır. Bu kapsamda 1996 yılında ilk tütün kontrolü yasası çıkarılmıştır ve 2008 yılında, kapsamı genişletilmek suretiyle yasa güçlendirilmiştir. Güçlü tütün kontrolü önlemlerinin yanı sıra Türkiye, 2004 yılından itibaren DSÖ Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi (DSÖ TKÇS)'nin "taraf" ülkelerinden birisi olmuştur.

Türkiye, tütün kontrolü salgının boyutlarını daha iyi tanımlamak ve ülkede uygulanan tütün kontrolü müdahalelerinin sonuçlarını değerlendirmek amacıyla 2008 yılında 15 yaş üzerindeki yetişkinlerde ülkeyi temsil eden bir örnekleme anket, örnek tasarımı ve veri analizinin standardize edildiği bir yöntemle KYTA yapılmıştır. Araştırmada Türkiye'de 16 milyon yetişkinin tütün kullandığı bulunmuştur. Türkiye, aynı yöntemi kullanarak 2012 yılında araştırmayı tekrar etmiştir; 2012 yılı araştırmasının sonuçları 2008 yılı sonuçları ile karşılaştırılmaktadır. Bu karşılaştırmanın sonuçları Türkiye'de 2008 ve 2012 yılları arasında önemli ilerleme olduğunu göstermektedir. Ayrıca, KYTA 2012 sonuçları Türkiye Hükümetine ve tütün kontrolü konusunda birlikte çalıştığı kuruluşlara ülkede milyonlarca kişinin yaşamını ve sağlığını korumak için temel bir araç olacaktır.

Yöntem

Türkiye'de KYTA 2012 yılında Mayıs ayında Sağlık Bakanlığı'nın koordinatörlüğünde yapılmıştır. Araştırma 15 ve üzeri yaştaki kişilerden oluşan ve ülkeyi temsil eden bir örnekte hane halkı çalışması olarak yapılmıştır. Araştırma TÜİK tarafından yürütülmüştür.

Çalışmada çok aşamalı coğrafi küme örnekleme yöntemi kullanılmış, ülke geneli için de yerleşim yeri ve erkek-kadın cinsiyetleri esasına göre başlıca göstergelere ilişkin bilgi toplanmıştır. Toplam olarak 11.536 hane örnek olarak belirlenmiş, her haneden "rastgele" (random) olarak bir kişi çalışmaya katılmıştır. Toplam olarak 9.851 kişiden bilgi toplanmıştır. Araştırmaya katılım %90,1 olmuştur. Bilgiler elektronik olarak netbook aracılığı ile toplanmıştır. Veri, 15 yaş üzerinde erkek ve kadınları temsil edecek şekilde ağırlandırılmıştır.

Temel bulgular

Tütün Kullanımı: Türkiye'de 2012 yılında toplam olarak 14,8 milyon kişi (%27,1) tütün ürünü kullanmaktadır. Tütün kullanım sıklığı erkeklerde (%41,5) kadınlara göre (%13,1) daha yüksektir. Tütün ürünü kullananlar içinde %23,8'lik bölüm her gün tütün kullanmaktadır (erkeklerde %37,3 ve kadınlarda %10,7). Tütün ürünü kullananların en büyük bölümü (%94,8) mamul sigara içmekte olup yetişkinlerin sadece %0,8 kadarı nargile kullanmaktadır.

Her gün sigara içen her 10 kişiden yedisi (%70,4) günde yarım paketten fazla (11 ve daha çok sayıda) sigara içmektedir; günde içilen ortalama sigara sayısı 19,2'dir. Sigara içenlerin yaklaşık yarısı (%42,1) da günün ilk sigarasını uyandıktan sonraki ilk 30 dakika içinde içmektedir.

Her gün sigara içenlerin sigara içmeye başladıkları yaş ortalaması 17,1 yıldır ve sigara içenlerin yarısından çoğu (%58,7) sigara satın almak için yasal yaş sınırı olan 18 yaşından önce sigara içmeye başlamışlardır. Kadınlar erkeklerle göre bir yıl geç olarak sigara içmeye başlamaktadır (kadınlar da 17,9 yaş ve erkeklerde 16,8 yaş).

Sigara Bırakma: Sigara içenlerin yaklaşık yarısı (%46,0) çalışmanın yapılmasından önceki 12 ay içinde sigarayı bırakmayı denemişlerdir. Son 12 ay içinde sigarayı bırakmayı deneyenler gerekçe olarak en çok sağlık sorununu (%63,4) belirtmişlerdir. Sigara fiyatı ise ancak kişilerin %5,3'ü tarafından gerekçe olarak ifade edilmiştir.

Sigara içen her on kişiden dördü (%40,8) son 12 ay içinde bir sağlık kuruluşuna gitmiştir. Sağlık kuruluşuna gidenlerin %51,4'üne sağlık personeli tarafından sigara içme durumu sorulmuştur. Sigara içme durumu sorulmuş olan beş kişiden dördüne (%83,5) sigarayı bırakması tavsiye edilmiştir.

Sigarayı bırakma girişiminde bulunanların %13,6'si ilaç tedavisi kullanırken %8,0'ı danışmanlık hizmetinden yararlanmıştır. Kişilerin büyük bölümü ise (%73,4) ise herhangi yardım almaksızın bırakma girişiminde bulunmuştur.

Yaklaşık olarak sigara içen her 10 kişiden altısı sigarayı bırakmayı düşünmektedir, ancak sadece %12,9'u görüşme yapıldığı tarihten sonraki bir ay içinde bırakmayı düşünmektedir. Sigara içenlerin yaklaşık %23'ü gelecek 12 ay içinde sigarayı bırakmayı düşünürken %19,7'lik bir grup bırakmayı düşünmekle birlikte belirli bir tarih söylememiştir.

Sigara Dumanından Pasif Etkilenim (SDPE): Toplam olarak çalışmaya katılan yetişkinlerin %15,6'sı işyerinde sigara dumanından pasif olarak etkilendiğini ifade etmiştir; bu kişilerin %12,3'ü sigara içmeyenlerdir. SDPE erkeklerde (%17,8) kadınlara (%9,6) göre, kırsal bölgede yaşayanlarda (%21,1) kentlerde yaşayanlara göre (%14,6) daha fazladır. Evlerde de SDPE sıklığı oldukça yüksektir; yetişkinlerin %38,3'ü son 30 gün içinde evde sigara dumanından pasif olarak etkilenmiştir. Sigara kullanmayanların %29,1'i evlerde sigara dumanından etkilenmektedir.

Kamu alanları, kafeler ve kahvehaneler sigara dumanından pasif etkilenimin daha fazla olduğu yerler olarak ifade edilmiştir. Görüşmenin yapılmasından önceki 30 gün içinde bazı kamusal mekanlara gitmiş olan yetişkinlerin %26,6'sı kafe ve kahvehanede, %12,9'u restoranda, %10,4'ü toplu taşıma araçlarında, %6,5'i resmi dairelerde ve %3,8'i de sağlık kuruluşlarında sigara dumanından pasif olarak etkilendiğini ifade etmiştir. Kafe ve kahvehanelerde SDPE erkeklerde kadınlara göre daha yüksektir.

Katılımcıların %29,1'i özel araçlarında sigara içilmesine izin verdiklerini, %26,4'ü de ayda en az bir kez özel araçta sigara dumanından pasif etkilendiğini belirtmiştir.

Ekonomi: Sigara içenlerin en büyük bölümü sigarayı dükkandan (%91,3) alırken çok az bir kısmı büfeden (%4,3), sokak satıcısından (%2,6) sokak satıcısından veya otomatik makinelerden (%0,2) almaktadır. Sigara içenler sigara satın almak için ayda ortalama olarak 146,1 TL harcamaktadır. Sigara içen erkekler kadınlara göre ayda 57,6 TL daha fazla sigara harcaması yapmaktadır (Erkekler 157,6 TL ve kadınlar 110,0 TL). En fazla tüketilen sigaranın 20 sigaralık bir paketinin fiyatı 5,7 TL dir.

Reklam, Tanıtım ve Sponsorluk: Sigara içen yetişkinlerin hemen tamamı (%93,4) görüşme yapılmadan önceki 30 gün içinde herhangi bir yerde sigara karşıtı mesaj fark etmiştir. Sigara karşıtı mesajın en fazla fark edildiği yer televizyon ve radyolardır (%92,0). Sigara karşıtı mesaj fark etme kentlerde yaşayanlarda (%44,9) kırsal bölgelerde yaşayanlara (%31,5) göre daha fazladır. Katılımcıların %6,3'ü televizyonda, %3,6'sı dükkânlarda, %2,1'i internette, %1,8'i dergilerde, %1,5'i afişlerde ve %1,1'i de bilboardlarda sigara reklamı gördüğünü söylemiştir. Aynı oranlarda yetişkin ve sigara içen (%77,1) video kliplerde sigaranın zararlarını anlatan hastaları gördüğünü ve yarısı da (%49,8) bu nedenle sigarayı bırakmayı düşündüğünü ifade etmiştir.

Türkiye'de sigara paketleri üzerine resimli uyarılar 2010 yılının Mayıs ayından itibaren basılmaktadır. Sigara içen yetişkinlerin büyük bölümü görüşme yapılma tarihinden önceki 30 gün içinde sigara paketleri üzerindeki uyarı mesajlarını (%93,4) ve paketler üzerindeki resimli uyarıları (%92,5) gördüğünü belirtmiştir. Sigara içen dört kişiden birisi (%27,0) "Sigara akciğer kanserine neden olur" mesajına ait resmi (normal ve hasta akciğer) sigarayı bırakma konusunda etkili olarak değerlendirmiştir. Bu resmi, %14,9'u ile "sigara içenler

erken ölür" ve %11,3 ile "gebelikte sigara içmek bebeğe zarar verir" mesajlarına ait resimler takip etmiştir. Sigara içenlerin yarısı (%53,0) paketler üzerindeki yazılı uyarılar nedeniyle, %48,5'i de resimli uyarılar nedeni ile sigarayı bırakmayı düşündüğünü ifade etmiştir.

Bilgi, Tutum ve Algılar: Yetişkinlerin hemen hepsi (%96,2) tütün kullanımının ciddi hastalıklara neden olduğu görüşündedir: Akciğer kanseri (%97,7), kalp krizi (%95,5) ve inme (%84,4). Benzer olarak, sigara içen (%94,7) ve içmeyenler (%96,8) başkasının dumanını solumanın da ciddi hastalıklara neden olacağına inanmaktadır.

Çalışmayan katılan her 10 yetişkinden dokuzu (%90,6) tütün ürünlerinin her türlü reklamının yasaklanmasını, %95,5'i de bütün kapalı yerlerde sigara içilmesinin yasaklanmasını desteklemektedir. On katılımcıdan yedisi (%72,5) vergilerin artırılmasını desteklemektedirler. Sigara içmeyenlerde vergi artışını destekleme %84,4 olup sigara içenlerde %40,3'dür.

Zaman içinde değişim

Türkiye dünyada KYTA'nı iki defa yapan iki ülkeden biridir. Aynı yöntem kullanılarak yapılan 2008 ve 2012 araştırmalarının sonuçları birbiriyle karşılaştırılabilir. İki araştırmanın sonuçlarının karşılaştırılması müdahalenin devam ettiği dört yıl içinde önemli değişiklikler olduğunu göstermektedir:

- Tütün kullanma sıklığı 2008 yılında %31,2 olup 2012 yılında %27,1'e düşmüştür; hem erkeklerde (%47,9'dan %41,5'e) hem de kadınlarda (%15,2'den %13,1'e) azalma olmuştur. Bu da tütün kullanma sıklığında %13,4'lük bir azalmaya karşılık gelmektedir (Erkeklerde azalma %13,5 ve kadınlarda %13,7). Aynı dönemde nargile kullanımında da önemli azalma olmuştur (%2,3'ten %0,8'e).
- Hergün sigara içmeye başlama yaşı bakımından önemli bir değişiklik olmamakla birlikte, 15 yaşından önce sigara içmeye başlayanların oranı 2008 yılındaki %19,6'den 2012 yılında %16,1 değerine düşmüştür.
- Bütün kamusal kapalı alanlarda sigara dumanından pasif etkilenim sıklığında anlamlı düzeyde azalma olmuştur; en belirgin azalma restoranlarda gözlenmiştir (2008 yılında %55,9, 2012 yılında %12,9).
- Resmi dairelerde, sağlık kuruluşlarında ve toplu taşıma araçlarında sigara dumanından pasif etkilenim bakımından erkek ve kadınlarda anlamlı azalma olduğu gözlenmektedir. Erkekler arasında değişim oranı restoranlarda %75,8, resmi dairelerde %45,9, sağlık kuruluşlarında %42,7 ve toplu taşıma araçlarında da %42,7'dir. Aynı ortamlarda kadınlardaki azalma sırası ile %78,4, %26,6, %29,8 ve %27,8 şeklindedir.
- Yasa kapsamında olmamakla birlikte evlerde de SDPE düzeyinde ciddi düzeyde azalma meydana gelmiştir; rölatif değişim %32,0 düzeyindedir.
- Sigara satın almak için aylık harcama önemli şekilde artmıştır; aylık harcama 2008 yılında asgari ücretin %12,7'si

düzeyindeyken 2012 yılında aylık sigara harcaması asgari ücretin %20,8'i düzeyine yükselmiştir.

- Yetişkinler arasında sigara karşıtı mesaj görme 2008 ve 2012 yılları arasında artmıştır; rölatif değişim %5,3 düzeyindedir. Artış en fazla televizyonda mesaj görme konusunda olmuştur (2008 yılında %85,5 iken 2012 yılında %91,4'e yükselmiştir).
- Sigara paketleri üzerindeki sağlık uyarılarını görme nedeniyle sigarayı bırakmayı düşünme 2008 ile 2012 yıllar

arasında anlamlı olarak artmıştır; rölatif değişim %14,4 düzeyindedir.

- Sigara dumanından pasif etkilenimin sağlı sorunlarına neden olduğu bilgisi bakımından önemli bir değişme olmamıştır; ancak bu konudaki bilgi düzeyi zaten çok yüksektir; (hem 2008 hem de 2012 yıllarında %96,0-97,8 düzeylerinde).

SİGARA İÇMEYENLERDE AKCİĞER KANSERİ

Pınar Çelik

Yaşamı boyunca 100 sigaradan daha az sayıda sigara içen kişi sigara içmeyen, yaşamı boyunca 100 sigaradan daha fazla içen ve 1 yıldan daha uzun süredir sigara içmeyen kişi sigarayı bırakmış, halen sigara içen ya da 1 yıldan daha az süredir sigarayı bırakmış olan kişi de sigara içici olarak tanımlanmaktadır.

DSÖ verilerine göre akciğer kanserlerinin % 25'i sigara içmeyenlerde görülmektedir. Bu oran Güneydoğu Asya'da kadınlarda % 50 iken Batı toplumlarında erkeklerde % 2-6'dır. Asya'da ABD'den daha fazla, ABD'de Avrupa'dan daha fazla akciğer kanseri tanısı konmaktadır.

KHAK sigara içmeyenlerde çok nadirdir. KHDAK'leri içinde en sık görülen histolojik tip adenokarsinomdur. Sigara içmeyenlerde adenokarsinom skuamöz hücreli karsinomdan 3.4 kez daha sık görülmektedir.

Sigara içmeyenlerde sigara dışındaki risk faktörleri

Çevresel tütün dumanı maruziyeti (ETS)

ETS ve akciğer kanseri arasındaki ilişki kanıtlanmıştır. 1997 yılında yapılan metaanalizde pasif içiciliği olan çiftlerde maruziyet süresi ve partnerin içme miktarı ile kanser riski arasında doğrusal bir ilişki saptanmıştır. 192 ülkeden elde edilen retrospektif verilere göre yaklaşık 21 000 akciğer kanseri ölümünden pasif içicilik sorumlu tutulmuştur.

Mesleksel karsinogen maruziyeti

Solunum sistemi kanserleri en sık olarak meslek ile edilen kanserlerdir. Mesleksel karsinogenler içinde asbestoz, silika, radon, polisiklik aromatik hidrokarbonlar ve ağır metaller en iyi bilinenleridir. Bu karsinogen listesi sürekli değişmektedir. Son yıllarda yapılan bir analizde akciğer kanseri gelişiminde dizel motor egzozuna maruziyetin rolü desteklenmiştir.

Radon maruziyeti

Sigara içmeyenlerde diğer ölüm nedenleri dışlandığında 0, 100, 400 Bq/m³ radon konsantrasyonlarına maruziyette akciğer kanseri riski görece % 0.4, 0.5 ve 0.7 dir. Sigarayı bırakanlarda bu risk 25 kez daha fazladır.

Hormonal faktörler

Sigara içmeyen akciğer kanserli hastaların çoğunluğunun kadın olması hormonal faktörlerin rolü olabileceğini akla getirmektedir. Östrojen reseptörleri(ER) akciğer kanserli dokuda normal akciğer dokusundan daha fazla eksprese edilmektedir. Aksine progesteron reseptörleri de kanserli dokuda daha az eksprese edilmektedir. ER alfa daha kötü prognozla ilişkili iken ER beta adenokarsinomda daha sıklıkla izole edilmektedir. ER betanın deneysel çalışmalarda tm proliferasyonunda rolü olduğu desteklenmektedir. ER beta daha sık olarak kadınlarda ve sigara içmeyenlerde eksprese edilmektedir. ER beta eksprese eden hastalar daha yüksek oranda EGFR mutasyonu olan ve TKI'leri ile tedavi edildiklerinde daha iyi sağkalımı olan hastalardır. Postmenopozal HRT ve akciğer kanseri riski arasındaki ilişki hala tartışmalıdır.

Hava kirliliği

Bazı çalışmalarda hava kirliliğine maruz kalmanın akciğer kanseri riskinde bir artışa neden olduğu bildirilmiştir. Avrupa'da akciğer kanserlerinin % 1-3.6'sının hava kirliliği ilişkili olabileceği, sigara içmeyenlerde bu oranın %5-7 olabileceği tahmin edilmektedir.

Ev ortamındaki duman

Ev ortamındaki duman maruziyeti yemek yağı buharı, pişirme ve ısıtma amaçlı evde kullanılan kömürün yanması sonrası ortaya çıkan partikülleri içerir. Bu tip maruziyet özellikle Çin'de görülmektedir. İyi havalandırılmayan mutfaklarda bu tür yüksek ısıda yağ kullanımı PAH ve aldehydler gibi bilinen karsinogenleri içerir. Çin metaanalizinde sigara içmeyen kadınlarda OR 2.12 bulunmuştur.

Sosyoekonomik durum

2009 yılında yapılan metaanaliz düşük eğitim ve gelir düzeyleri ile akciğer kanseri ilişkisini ortaya koymuştur.

İnfeksiyon etkenleri

İnfeksiyon, inflamasyon ve kanser gelişimi arasında bir ilişki kurulmuştur. Kanserlerin % 25'inde viral etkenler saptanmıştır. Sigara içmeyenlerde baş boyun kanserlerinin özellikle kötü seyirli türünde human papilloma virus (HPV) iyi bilinen bir karsinojendir. Tb basilinin sigaradan bağımsız

olarak akciğer kanseri ile ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar vardır.

KOAH, kronik bronşit vb varlığı

Hastanın akciğer kanseri gelişiminde rolü olacağı düşünülen tüm tıbbi durumlar dikkate alınmaktadır. Sigara içmeyenlerle sınırlandırıldığında COPD, anfizem ve kronik bronşit için relativ risk anlamlı değildir. Ancak anamnezde pnömoni ve Tb hikayesi ile akciğer kanseri ilişkisi anlamlı bulunmuştur. Akciğer kanseri gibi solid kanserlerin gelişimi ile anamnezde organ transplantasyonu arasında bir ilişki kurulmuştur.

Diyet

Meyve tüketimi ve akciğer kanseri riski arasında ters bir ilişki saptanmıştır. Bu ilişkinin en kuvvetli olduğu kişiler

sigara içicilerdir. Son yapılan bir metaanalizde sigara içmeyenlerde alkol tüketimi ile akciğer kanseri riski arasında bir ilişki bulunamamıştır. DM akciğer kanseri için bağımsız bir risk faktörüdür. Aynı zamanda kısa sagkalım ve lokal rekürrens için de bir risk faktörü olarak düşünülmektedir.

Genetik yatkınlık

Akciğer kanseri gelişiminde genetik faktörlerin rolü olduğuna dair birçok veri bulunmaktadır. Akciğer kanserli hastaların sigara içen 1. derece akrabalarında kontrol grubunun yakınlarına göre akciğer kanserine yakalanma riski 2.5 kat artmaktadır.

VOLUMETRİK DEĞERLENDİRME ve RADYASYON RİSKİ

Nuri Tasalı

Kansere bağlı ölümler en sık akciğer kanseri nedeniyle olmaktadır. Akciğer kanserine yakalananlarda 5 yıllık sağ kalım süresi evre 1 tümörlerde ortalama %65 iken evre 3 tümörlerde %15 civarındadır. Bu bağlamda, tarama programları oturmuş diğer kanserlerde olduğu gibi akciğer kanseri taramasının da temel dayanak noktası erken teşhistir. Kanser taramasında temel amaç asemptomatik bireylerde erken teşhis ve tedavi ile hastalığa bağlı mortaliteyi azaltmaktır.

Düşük doz bilgisayarlı tomografi (BT) ile akciğer kanseri taraması sigara içen veya geçmişte uzun dönem sigara içmiş kişilerde şimdiye kadar akciğer kanserine özel mortaliteyi azalttığı ispatlanan tek metottur. Düşük dozu; tek kesitli spiral bilgisayarlı tomografiler de sağlayabilmekle birlikte daha çok yeni teknoloji çok kesitli bilgisayarlı tomografilerin bu amaçla kullanımı önerilmektedir. Akciğer nodülleri ile havanın oluşturduğu yüksek kontrast ile düşük dozlarda görece yüksek kalitede görüntüler elde etmek mümkündür. Düşük doz tanınımının seviyesi ve hangi parametreler ile düşük doz sağlanması konularında henüz fikir birliği söz konusu değildir. Yapılan son çalışmalar 2 mSv ve altındaki dozların bu konuda ortalama değerler olduğunu göstermektedir.

Volumetrik değerlendirme

Günümüzde soliter pulmoner nodüllerin takibinde sıklıkla 2005 yılında yayınlandıktan sonra yaygın olarak kabul gören ve 2013 yılında Naidich tarafından revize edilen Fleischner Society'nin tavsiyeleri kullanılmaktadır. Soliter olmayan nodüllerde ise onkolojik takip uzun boyut ölçümünü esas alan RECIST 1.1 kriterleri ile yapılmaktadır.

Son yıllarda akciğer nodüllerinin BT ile üç boyutlu volumetrik analizinin takipte çap veya boyut ölçümüne göre üstün olduğunu bildiren çalışmalar sıklıkla yayınlanmaktadır. Malign nodüllerin daha kısa hacimsel ikiye katlanma zamanları olduğundan (yaklaşık 30-500 gün) BT ile saptanan nodüllerin volumetrik takibinin önemi giderek artmaktadır. Bu sayede gereksiz operasyon ve biyopsi girişimlerinin önlenileceği bildirilmektedir. Öte yandan kemoterapi ve radyoterapi etkinliğinin irdelenmesinin de volüm analizleri ile daha sağlıklı yapılabileceği bildirilmektedir. Geliştirilen son teknoloji ile önceki yıllarda pratik olmadığı ve günlük pratikte kullanılması için geniş zaman gerektiren yazılımların bu limitasyonları büyük oranda azalmıştır. PACS (Picture

Archiving and Communicating Systems) yazılımlarına bütünleşmiş sistemlerin geliştirilmesi durumunda tümüyle ortadan kalkacağı düşünülmektedir.

Diğer taraftan büyük nodüllerin takibinde volüm ölçümlerinde yanlışların görece daha fazla olduğu bildirilmekte ve daha doğru sonuçlar elde edebilmek için volüm ölçümlerinin tümüyle aynı BT parametreleri olan tetkiklerde yapılması tavsiye edilmektedir. Volumetrik ölçümlerin aynı yazılımlar ile takip edilmesinin de önemi vurgulanmaktadır. Aksi durumda günümüzde otomatik /yarı otomatik nodül volüm saptama yetisi olan programların farklı rekonstrüksiyon filtrelerinde dahi farklı sonuçlar verebileceği bildirilmektedir. Mevcut yazılımlar otomatik olarak volüm ölçümü yapmanın yanı sıra önceki tetkiklerdeki lezyonu da tespit ederek aradaki gün farkına göre nodülün katlanma zamanını anında hesaplamaktadır. Volüm ölçümleri 5-10 mm arasında çapı olan nodüllerde doğrulanmış olup yaklaşık 50-500 mm³ volüme karşılık gelmektedir. Volümde %25 değişim olması anlamlı kabul edilmekle birlikte esas kırılma noktasının nodül volümünün öngörülen 2 katına çıkma süresinin 400 gün olduğu bildirilmektedir. Böylelikle bilinen 2 yıllık takip modelinin 1,5 aylara düşürülebileceği düşünülmektedir. Yanlış pozitif sonuçları önlemek amacıyla 400 günden kısa zamanı kırılma noktası olarak belirlemek adenokarsinomların özellikle lepidik komponentli formlarının atlanması tehlikesini beraberinde getirebilmektedir. Diğer yandan buzlu cam yoğunluğunda olan nodüller için 2 yıldan uzun takip süresi önerilmekle birlikte volümetri de çok anlamlı bulunmamaktadır. Yoğunluk ölçümlerinin volüm ile birlikte yapıldığı çalışmalar ümit vericidir.

Radyasyon dozu

BT teknolojisi ortalama her birkaç yılda yepyeni cihazların kullanımı sunulması ile hızla değişmektedir.

Günümüzde BT ile alınan kişi başına doz tüm radyolojik incelemeler ile alınan dozların Avrupa ülkelerinde ortalama %50'sini Amerika Birleşik devletlerinde %60'ını oluşturmaktadır. Bu sebeple yeni teknoloji cihazlarda radyasyon dozu özellikle yeni geliştirilen imaj oluşturma / rekonstrüksiyon teknikleri ile azaltılmaya çalışılmaktadır. Bu amaçla hemen tüm üreticiler farklı ticari isimler ile tanımladıkları iteratif (tekrarlanan) rekonstrüksiyon metodlarını kullanmaktadır (Tablo 1).

Tablo 1. Çeşitli üreticilerin farklı iteratif rekonstrüksiyon algoritmaları

İstatistiksel iteratif optimizasyon		
AIDR 3D	Adaptive Iterative Dose Reconstruction 3D	Toshiba
AIDR 3D	Adaptive Statistical Dose Reconstruction 3D	GE healthcare
IDOSE	kısaltma değil ürün adı	Philips
SAFIRE	Sinogram Affirmed Iterative Reconstruction	Siemens Medical
Model tabanlı iteratif optimizasyon		
IMR	Iterative Model Reconstruction	Philips
Veo	kısaltma değil ürün adı	GE Healthcare

Rekonstrüksiyon algoritmalarının yanında BT tetkikleri sırasında ortaya çıkan radyasyonun dozu, tüp akımına ve voltajına, çekim süresine, taranacak alan ile kesit kalınlığına ve adımlama “pitch” değerine bağlıdır.

BT’de hasta dozunu tanımlamak için kullanılan efektif doz; DLP (dose length product) ve CTDI (CT dose index) ve organ çevirim faktörleri ile hesaplanmaktadır. Günümüz cihazlarında DLP ve CTDI otomatik olarak hesaplanabilmekte ve gelişmiş merkezlerde PACS yazılımlarına ayrı bir

Tablo 2. Randomize kontrollü çalışmalarda düşük doz BT parametreleri

Çalışma	Dedektör	Tüp Akımı	Pitch	Efektif Doz
ELCAP	≥ 4	≤ 40 mA	1,5	1-2 mSv
NLST	> 16	40-80 mA	belirtilmemiş	1,5mSv
NELSON	16	20 mA	<2	<2 mSv

imaj olarak gönderilebilmektedir. 2006 yılında ülkemizde yapılan ve üniversiteleri kapsayan anket çalışmasında düşük doz ile yapılan BT tetkiklerinin farklı merkezlerde çok değişken olduğunu gösterilmiştir. Yazarlar tarafından genellikle özel endikasyonlara ve hastalara özgü oturmuş protokoller olmamasına bağlı olarak yorumlanan bu farklılığın, yıllar içinde giderek azalacağı tahmin edilmektedir. Öte yandan akciğer kanser taramasının öncü randomize kontrollü çalışmaları 2mSv ve altında dozlarla yapılmaktadır (Tablo2). Bu doz standart toraks BT dozunun çok altındadır. Görüntü kalitesi korunarak her geçen gün daha azaltılan doz miktarının fayda -zarar ilişkisi kabul edilebilir seviyelere ulaşmaktadır. Ülkemizde de Türk Akciğer Kanseri Derneği’nin çabalarıyla hayata geçirilmeye çalışılan tarama çalışmasının düşük doz BT ile yapılması planlanmaktadır.

Kaynaklar

- MacMahon H, Austin JH, Gamsu GM, Herold CJ, Jett JR, Naidich DP, Patz EF et al. Guidelines for management of small pulmonary nodules detected on CT scans: A statement from the Fleischner Society. Radiology 237: 395-400.2005
- The National Lung Screening Trial Research Team. Reduced Lung-Cancer Mortality with Low-Dose Computed Tomography Screening. N Engl J Med 365(5):395-409, 2011.
- Marten K, Auer F, Schmidt S, et al. Inadequacy of manual measurements compared to automated CT volumetry in assessment of treatment response of pulmonary metastases using RECIST criteria. Eur Radiol 2006;16:781-790.
- Van Klaveren RJ, Oudkerk M, Prokop M, et al. Management of lung nodules detected by volume ct scanning. N Engl J Med 2009;361:2221-2229.
- Naidich DP, Bankier AA, MacMahon H, Schaefer-Prokop CM, Pistolesi M, Goo JM et al. Management of subsolid pulmonary nodules detected at CT: A statement from the Fleischner Society. Radiology 266: 304-317, 2013
- Karabulut N, Arıyürek M. Düşük doz BT: üniversite hastanelerindeki stratejiler ve pratik uygulamalar Diagn Interv Radiol 2006; 12:3-8
- Ko JP, Berman EJ, Kaur M, Babb JS ve ark. Pulmonary Nodules: Growth Rate Assessment in Patients by Using Serial CT and Three-dimensional Volumetry. Radiology, 2012, Vol.262: 662-671
- Lederlin M, Revel MP, Khalil A, Ferretti G, Milleron B, Laurent F. Management Strategy of pulmonary nodule 2013 Diagn Interv Imaging. 2013 Nov;94(11):1081-94

AKCİĞER KANSERLİ HASTALARDA PERİOPERATİF NUTRİSYON DESTEĞİ

Celalettin Kocatürk

Kanserli hastalarda malnütrisyon sık görülen bir durumdur. Malnütrisyonun şiddeti kanserin tipine, yerine ve evresine bağlı olarak değişiklik gösterir. Akciğer kanserinde hastaların %50'ye varan oranda kilo kaybı ve malnütrisyon riski olduğu bildirilmektedir.

Malnütrisyon riski olan hastalarda gerek perioperatif gerekse erken ve geç postoperatif dönemde komplikasyon riski yüksektir. Yara iyileşmesi ile ilgili sorunlar ve bronkoplevral fistül başta olmak üzere çok sayıda morbidite gelişebilir. Ayrıca hastane yatış süresi ve maliyetler için bağımsız bir risk faktörü olduğu gösterilmiştir.

Hastalarda kronik hastalıkla ilişkili iştahsızlık, kilo kaybı ve anoreksi, gelişme riski yüksektir. Sıklıkla erken doyma hissi ve tat alma bozuklukları da mevcuttur. Sistemik enflamasyon yanıtı ile ilgili olarak, istirahatteki enerji tüketimi artmıştır. Tüm bunlar hastalarda malnütrisyon gelişimini hızlandırmaktadır. Bu nedenle akciğer kanseri hastalarının beslenme durumunun değerlendirilmesine tanı aşamasında başlanmalıdır.

Cerrahi uygulanacak olan hastalarda, perioperatif bakımın önemli noktaları: preoperatif dönemde uzun süreli açlıktan kaçınmak, gerekiyorsa enteral destekte bulunmak, cerrahi tedavi sonrasında mümkün olan en kısa sürede oral

beslemeye başlamak, metabolik parametreleri kontrol altında tutmak, hastayı stresten uzak tutmak ve erken dönemde mobilizasyonu sağlamaktır.

Ciddi nütrisyon riski olan hastalarda (;son 6 ayda %10'dan fazla kilo kaybı, VKİ'nin 18.5 kg/m'den düşük olması, serum albumin seviyesinin 30 g/L'nin altında olması) cerrahinin ertelenmesi ve preoperatif enteral beslenme başlanması önerilir. Nütrisyon desteği, enerji ve kalori alımının yetersiz olduğu vakalarda besin ögesi alımını sağlamak ve arttırmak olanağını sunar. Postoperatif dönemde yeterli kalori alımını sağlayamayacağı öngörülen ya da önerilen günlük alımın %60'ından fazlasını 10 günden daha uzun süre alamayan hastalarda da nütrisyon desteği gereklidir. Cerrahi tedavi yapılan akciğer kanserli hastalarda; immünonütrisyon, arginin ve glutaminli ürünler ve vitaminlerin etkisi ile ilgili sıklıkla bilgi mevcuttur.

Sonuç olarak, akciğer kanserli hastalarda tanı aşamasından başlamak üzere her hastanın malnütrisyon riski açısından değerlendirilmesi, uygun hastalarda nutrisyonel destek sağlanması, gerekiyorsa operasyonun ertelenmesi, uzun süren perioperatif açlıktan kaçınılması ve mümkün olan en kısa sürede oral beslenmeye başlanması ile, daha düşük mortalite - morbidite ve daha uzun sağkalım sonuçları elde edilebilir.

AKCİĞERİN NÖROENDOKRİN TÜMÖRLERİ

Deniz Nart

Akciğerin nöroendokrin (NE) tümörleri, WHO sınıflamasında farklı morfolojik kategoriler altında olsalar da benzer morfolojik, yapısal, immunohistokimyasal ve moleküler özellikler göstermektedirler. Pulmoner NE tümörler, düşük gradeli tipik karsinoid (TK) tümör, intermediate gradeli atipik karsinoid (AK) tümör ve yüksek gradeli büyük hücreli nöroendokrin karsinom (BHNEK) ve küçük hücreli karsinomu (KHK) içeren bir spektrumdur. NE akciğer tümörleri tüm akciğer invaziv malignitelerinin yaklaşık %20-25'ini oluşturmaktadır. KHK ise %15-20 görülme oranıyla en sık görülen NE tümördür. Cerrahi serilerde BHNEK görülme oranı %3'dür. Karsinoid tümörler ise tüm invaziv akciğer tümörlerinin %1-2'sini oluşturmakta olup bunların yalnızca %10'u AK'dir. Yani AK'lerin gerçek prevalansı %0,1-0,2 civarındadır. Bu 4 ana NE tümör grubu ışık mikroskopik olarak değişen oranlarda nöroendokrin morfolojik bulgular gösterirler; organoid yuvalanma, palizatlanma, trabeküler patern, rozet benzeri yapılar... Ancak birbirinden ayıran en önemli bulgular **MİTOTİK AKTİVİTE** ve **NEKROZ**'dur.

NE tümör patolojisinde, özellikle pankreas ve gastro-intestinal NET'lerde Ki-67 prognostik faktör olarak kabul edilmektedir. Giderek artan klinik ve patolojik yaklaşımlarla, Ki-67 NE akciğer tümörlerinde de artık çalışılmaya başlanmıştır. Ancak, NE akciğer kanserli olguların tanı ve tedavisinde Ki-67'nin rolünün klinisyen ve patoloğlar tarafından daha iyi anlaşılması gerekmektedir.

Pulmoner nöroendokrin tümörlerin sınıflaması (WHO 2004)

Nöroendokrin hücre hiperplazisi ve tümörletler:

NE hücre hiperplazisi:

NE hücre hiperplazisi + fibrozis ± inflamasyon

NE hücre hiperplazisi, karsinoid tm ile birlikte

Diffüz idiyopatik NE hiperplazisi ± havayolu fibrozisi

Tümörlet

NE morfoloji gösteren tümörler:

Tipik Karsinoid tümör (TK)

Atipik Karsinoid (AK)

BHNEK

KHK

NE diferansiyasyon gösteren Küçük hc'li dışı karsinomlar

NE özellik taşıyan diğer tümörler: Pulmoner blastom, Primitiv NE tümör, Desmoplastik yuvarlak hücreli tümör, rabdoid fenotip gösteren karsinom, paraganglioma

Diffüz idiyopatik pulmoner nöroendokrin hücre hiperplazisi (DİPNEHH) ve tümörlet

Boyut olarak 0,5 cm'den küçük NE hücrelerin nodüler proliferasyonları **tümörlet** olarak isimlendirilmektedir. Bu lezyonlar tamamen insidental olarak, cerrahi rezeksiyon materyallerinde, inflamatuvar ve/veya fibrotik lezyonların komşuluğunda görülebilir.

Periferik hava yollarında yaygın NE hücre hiperplazisi ve/veya multipl tümörletler görülürse tanı **DİPNEHH** konulabilir. Bu hastaların bir kısmında bir veya daha fazla KT görülmesi, bu lezyonların KT için **preinvaziv lezyon** olduğunu desteklemektedir. Ancak be lezyonlar, inflamasyon/fibrozis eşliğinde görülen NE hücre hiperplazileri ve KT'lerin %75'inde çevre akciğer parankiminde izlenen lokal NE hücre proliferasyonlarıyla karıştırılmamalıdır.

DİPNEHH, eşlik eden bronşioler fibrozise bağlı havayolu obstrüksiyonuyla birliktelik gösteren intersitisyel akciğer hastalığı şeklinde kliniğe yansıyabilir veya multipl pulmoner nodüller nedeniyle metastatik kanserle karışabilir. Hastalar insidental olarak yakalanabilir yada hafif intersitisyel akciğer hastalığına bağlı yakınmalarla başvurabilir. İlk kez 1992 de Aguayo ve arkadaşları tarafından, şiddetli obstrüktif havayolu hastalığı ve dispnesi olan 6 olguda tanımlanmış. Bu olgularda izlenen havayolu fibrozisi NE hiperplaziye sekonder olarak kabul edilmektedir.

Tanım olarak " **DİPNEHH**, PNH'in, bronş veya bronşial epitele sınırlı, dağılmış tek hücreler, küçük nodüller (nöroendokrin cisim), veya lineer tarzda proliferasyonu. **Tümörlet** formundaki, lokal ekstralüminal proliferasyon veya **Karsinoid tümör** gelişimi de bu tanımın içindedir. Tutulmuş havayollarında intra- ve ekstralüminal fibrozis eşlik edebilir, ancak reaktif PNH hiperplazisi yoktur". DİPNEHH'de izlenen KT'ler genellikle periferik ve iğsi hücreli olma eğilimindedir. **TTF-1 pozitif olabilir.**

Karsinoid tümörler

WHO sınıflamasına göre "5 mm'den küçük boyuta sahip karsinoid tümör" dür. Mitotik aktivite ve nekroz yoktur. Bu tip NEH proliferasyonları küçük havayolları çevresinde görülür. BOYUT (5 mm), tipik karsinoid- tümörlet ayırıcı tanısındaki tek kriterdir. Tümörlet- TK ayırımını yapacak herhangi bir belirleyici olmamakla birlikte bir çalışmada, tümörletlerin MEN1 mutasyonu göstermemekle birlikte TK'lerde bu mutasyonun sıklıkla görüldüğü bildirilmiş. Tümörlet, sıklıkla rastlantısal olarak saptanır ve özellikle bronşektazi, fibrozis gibi kronik hastalıklara eşlik eder. Özellikle periferik KT'lere eşlik eden tümörletler multipl olma eğilimindedir. Histolojik olarak TK'lerle benzerlik gösterir, iğ hücreleri daha sık görülür.

Karsinoid tümörler

WHO sınıflamasında KT'ler tipik (TK) ve atipik (AK) olmak üzere, mitoz ve nekroz varlığına göre ikiye ayrılır. Klinik olarak, her iki tümör de cinsiyet olarak farklılık göstermez. AK, daha yaşlı grupta görülme eğilimi gösterir. TK'lerin %45'i, AK'lerin %60'ı sigara içicisidir. Periferik yerleşimli olanlar asemptomatik olabilir, santral yerleşimliler, stridor ve obstrüktif pnömoniye neden olur.

Hem TK hem de AK, benzer makroskopik ve mikroskopik bulgular gösterir. İyi sınırlı, sert, krem-sarı renkli tümörlerdir. AK'ler daha büyük olma eğilimindedirler. Her iki tümör de, klasik olarak, eozinofilik sitoplazmalı, ince granüller kromatin paterne sahip yuvarlak, poligonal hücrelerden oluşur. Sıklıkla nukleol görülmez. Nükleer atipi ve sellüler pleomorfizm daha çok AK'de görülür. Ancak bu bulgu, iki tümörü birbirinden ayırmada kullanılmaz. Berrak hücreler, onkositik sitoplazma, asinik hücre morfolojisi gibi nadir varyantlar izlenebilir. Ayrıca çok nadir olarak intrasitoplazmik melanin pigmenti görülebilir. İğsi hücreler kısmen daha sıktır ve periferik tümörlerde izlenir.

Her iki KT de, klasik olarak, vasküler stroma içinde organoid ve trabeküler bir büyüme paterni gösterir. Daha nadir görülen varyantlar; papiller, psödoglandüler, patern, belirgin rozet formasyonu, ve tiroid folliküllerine benzer, ortada eozinofilik materyal çevresinde tümör hücrelerinin folliküler dizilimi ile oluşan patern. Stromada kalsifikasyon, ossifikasyon, fibrozis ve nadiren amiloid izlenebilir.

WHO kriterlerine göre; AK tanısı, 2-10 mitoz/10 BB veya nekroz varlığı ile konur. Çoğu AK bu kriterlerin her ikisini de taşır. Ancak nadiren sadece nekroz görülür ama mitoz <2/10 BB. Bu olgular da AK olarak tanı konulmalıdır. Yine, bazı AK'ler >2/10 BB ancak nekroz görülmeyebilir. Nekroz tipik olarak fokal veya noktasaldır, genelde organoid yuvarların ortalarında bulunur. Mitotik aktivite ve nekroz fokal olabilir, bu nedenle tanı küçük biyopsilerde konulmamalıdır.

KT'ler tipik olarak pansitokeratin ve kromogranin, sinaptofizin ve CD56 gibi nöroendokrin belirleyicilerle kuvvetle boyanır. Bazı TK'lerde sustentaküler hücreler S100 ile

pozitif boyanır. TTF-1, TK'lerin 1/3'ünde, AK'lerin 1/2'sinde pozitif iken periferik KT'ler daha sık pozitiflik gösterir.

TK'lerin 5 ve 10 yıllık sürvisi %85-90'dır. Olguların %10-15'inde lenf nodu metastazı görülür. AK'lerin 5 yıllık sürvisi %60, 10 yıllık sürvi %35'dir. LNM olasılığı ise %40-50'dir. Tedavi cerrahidir. TK, kemoterapi ve radyoterapiye dirençlidir. AK için bu tedavi modalitelerinin değeri kesin değildir.

Büyük hücreli nöroendokrin karsinom (BHNEK)

BHNEK, 1991'de Travis tarafından tanımlanan yüksek gradeli küçük hücreli dışı bir NE karsinomdur. Büyük hücreli karsinomlarda NE fenotipinde 4 ana kategori vardır;

- 1- BHNEK- ışık mikroskop, İHK ve elektron mikroskop ile NE bulgular (+)
- 2- NE morfoloji gösteren BHK- ışık mikroskop ile NE morfoloji (+), EM ve İHK (-)
- 3- NE diferansiyasyon gösteren BHK- ışık mikroskopta NE morfoloji (-), İHK veya EM(+)
- 4- Klasik BHK- IM, İHK ve EM ile NE morfoloji ve diferansiyasyon (-)

Klinik olarak, BHNEK, "ağır sigara içicisi olan 5-6. Dekattaki erkek görülür. Cerrahi rezeksiyon materyallerinin yaklaşık %3'ünü oluşturur. Tümör, periferik (%84) ve üst loblarda (%63) görülme eğilimindedir. Radyolojik olarak karakteristik bulguları yoktur.

BHNEK tanı kriterleri;

- 1- NE morfoloji (organoid yuvalanma, palizatlanma, rozet benzeri yapılar)
- 2- Yüksek mitotik aktivite (>10 mitoz/10 BB- ortalama 60-80 mitoz)
- 3- Küçük hücreli dışı hücrelerin sitolojik bulguları (Büyük hücre, düşük N7S oranı, nukleol belirginliği, veziküler kromatin)
- 4- İHK (kromogranin, sinaptofizin veya CD56) veya elektron mikroskop ile NE diferansiyasyon

BHNEK tanısı küçük biyopsi veya sitolojiye dayanarak koymak güçtür. Çünkü NE patern küçük biyopsilerde morfolojik olarak görmek zordur veya İHK olarak NE diferansiyasyon gösterilemeyebilir. Bu nedenle BHNEK tanısı cerrahi materyalde konulmalıdır.

BHNEK'a adenokarsinom, SHK, dev hücreli karsinom ve/veya iğ hücreli karsinom eşlik edebilir. O zaman Kombine BHNEK olarak isimlendirilir. Eğer diğer komponent KHK ise kombine KHK ve BHNEK denir.

BHNEK tanısı koyabilmek için NE diferansiyasyon İHK veya elektron mikroskop ile demonstre edilmelidir. NE İHK belirleyiciler Kromogranin, sinaptofizin ve CD56 panel olarak uygulandığında en iyi sonuç alınır. Olguların %41-75'inde TTF-1 pozitifliği görülür. Ki-67 tümör hücrelerinin %50-100'ünde pozitiflik gösterir.

NE morfoloji gösteren büyük hücreli karsinom

Bazı BHK'lar NE morfolojiye sahiptir. Ancak İHK veya elektron mikroskop ile NE diferansiyasyon gösterilemez. Bu hastaları tanımlayan az sayıda yayınlanmış klinik data olmakla birlikte genelde bu hastalar BHNEK'a benzer bir gidiş göstermektedir.

NE Diferansiyasyon Gösteren KHDK (KHDK-NED): KHDK'ların yaklaşık %10-20'si İHK veya elektron mikroskop ile NE diferansiyasyon gösterir. Ancak ışık mikroskop ile bu ayırd edilemiyebilir. Bu durum, daha çok adenokarsinomlarda görülür. Ancak bu bulgunun prognoz veya kemoterapiye yanıt üzerine kesin etkisi gösterilebilmiş değil.

BHNEK'larda klinik gidiş kötü olup 5 yıllık yaşam süresi %15 ile 57 arasında değişmektedir. Diğer KHDKlar ile karşılaştırıldığında kötü ancak küçük hücreli karsinomlara göre daha iyidir. Son yıllarda yapılan çalışmalar, BHNEK'ların sisplatin bazlı kemoterapötik rejimlere KHK'larla benzer yanıt verdiği gösterilmiştir.

Küçük hücreli karsinom (KHK)

KHK, en sık görülen pulmoner NE karsinomdur. Son yıllarda KHK görülme sıklığı giderek düşmektedir. Sigara içiciliği ile çok yakın ilişkilidir. Ensik görülen semptomlar; halsizlik, öksürük, dispne, apati, kilo kaybı, ağrı ve hemoptizi. Radyolojik olarak mediasteni iten veya invaze eden büyük kitle yanı sıra mediastinal veya hiler lenfadenopatiler görülür. %10 olguda vena kava superior sendromu izlenir. KHK, olguların yalnızca %5'inden azında soliter pulmoner nodül olarak izlenir. Kemik, karaciğer, beyin, adrenal gibi ekstrasporasik lokalizasyonlara metastazlar, olguların çoğunda tanı anında görülür. Uygunsuz ADH hormon sendromu, otoimmün nöropati ve ensefalomiyelit gibi birçok paraneoplastik sendrom KHK hastalarında izlenir.

KHK için sınırlı ve yaygın stageleme sistemi önerilmektedir. Bu sisteme göre ilk tanı anında olguların üçte ikisi yaygın hastalığa sahiptir.

Genellikle ileri evre hastalık aşamasında ilk tanı konulduğu için, çoğu olguda küçük bronkoskopik biyopsi, ince iğne aspiratları, kor biyopsiler ve sitolojik materyal ile tanıya gidilir. Genellikle bu materyaller tanıya gidebilmek için yeterlidir. Periferik KHK'ların rezeksiyon materyallerinde 2-4 cm boyutlarında ten renkli nekrotik kesit yüzeyine sahiptir.

Tanı histolojik olarak ışık mikroskobuna dayalıdır. Tümör hücreleri yuvarlak, füziform şeklinde olup tabakalar ve yuvarlanmalar şeklindedir. Nekroz yoğun ve sıktır. Tümör hücreleri tipik olarak sitoplazması seçilemeyen yada dar sitoplazmalı ve ince granüler nükleer kromatin paterne sahiptir. Boyut olarak 3 lenfosit çapı kadardır. Nukleol genellikle yoktur. Mitotik aktivite oldukça yüksek olup 10 BB de 60-80 civarındadır. Ancak mitoz, küçük biyopsilerde görmek biraz güç olabilir. Adenokarsinom, SHK, BHK, dev hücreli veya iğ hücreli kaesinom ile birliktelik gösterebilir ve o zaman tanı 'Kombine KHK' olur. Bu tanı konulduğunda mutlaka eşlik

eden KHDK komponenti de belirtilmelidir. Cerrahi rezeksiyon materyallerinde kombine tümör görülme sıklığı %28 e kadar çıkabilir. Kombine KHK- BHK diyebilmek için en az %10 oranında dev veya büyük tümör hücrelerinin görülmesi gerekmektedir. Diğer komponentler için oran önemli değildir.

Patologlar için ezilme artefaktı ve cerrahi rezeksiyon materyalleri tan zorlukları yaratabilir. Ezilme artefaktı küçük transbronşiyal veya mediastinal biyopsi materyallerinde sıktır. Kronik inflamasyon, lenfoma, karsinoid veya KHDK'lar benzer görüntüyü yapabildikleri için ayırıcı tanıda mutlaka düşünülmelidir. Bu durumda İHK yararlıdır. Cerrahi rezeksiyon materyallerinde ise tümör hücreleri, daha iyi fiksasyon nedeniyle küçük biyopsilere oranla daha büyük görünürler. İHK panel tanı koymada yardımcı olmakla birlikte tanı için en önemlisi kaliteli bir hematoksilen eozin boyamadır. Tanıdaki en önemli problemler kalın kesitler ve kötü boyamalıdır. İHK olarak optimal panel ise pansitokeratin (noktasal boyanma paterni), CD56, kromogranin ve sinaptofizin, TTF-1 ve Ki-67'dir. Sitokeratin negatif ise lenfoma (CD45 ve CD20), PNET (CD99), melanom (S100) ekarte edilmelidir. KHK'ların yaklaşık %70-80'inde TTF-1 pozitifdir. Ki-67, %80-100 gibi çok yüksek oranlarda görüldüğünden KHK ile karsinoidlerin ayırıcı tanısında oldukça önemlidir. KHK olgularının yaklaşık %5'inde, pulmoner patologlar için bile, KHDK'dan ayırt etmek zor olabilir.

KHK'da prognoz son derece kötü olup 2,3,5 yıllık yaşam süreleri sırasıyla %12, %7 ve %5'tir. Kötü prognostik faktörler hastanın performansı, Cushing sendromu, sigaraya devam etme, uzak organ metastazlarıdır. KHK'da primer tedavi yaklaşımı etoposid yanı sıra sisplatin veya karboplatin eklenmiş kemoterapi şemasıdır. Limite hastalıklarda radyoterapi, kemoterapiye ekleniebilir. Bazı erken evre olgularda tedavi seçeneği olarak cerrahi seçilebilir.

Pulmoner NE tümörlerde moleküler değişiklikler

Klinik olarak KHK ve BHNEK'lar sigara içicilerde izlenirken, TK ve AK için böyle bir gereklilik söz konusu değildir. Histolojik olarak, TK ve AK tümörler NEH hiperplazisi ve DİPNEHH ile birliktelik gösterirken, BHNEK ve KHK'lar için prekanseröz lezyon söz konusu değildir. Ayrıca TK ve AK tümörler yüksek dereceli olan KHK ve BHNEK'lara ilerleme göstermezler. Ayrıca TK ve AK tümörlerin kombine formları yoktur. Bu bulgular nedeniyle tüm NE tümörlerin tek bir prekürsör hücreden çıktığı konusunda bazı soru işaretleri doğmaktadır. Ancak grade ilerledikçe mutasyonların progrese olması esas konsepti açıklıyor olabilir.

KT ve yüksek dereceli NE tümörler arasında moleküler düzeyde farklılıklar bulunmaktadır. 11. Kromozomun uzun kolundaki allelik delesyonlar (MEN 1 gen lokusu) karsinoid tümörlerde görülen en sık mutasyonlardır. Yüksek dereceli NE tümörlerle kıyas edildiğinde karsinoid tümörlerde RB

inaktivasyonu görülmez. Ama bu inaktivasyon, yüksek dereceli NE tümörlerin hemen hemen tamamında izlenir. Benzer bir şekilde p53 mutasyonu yüksek dereceli NE tümörlerde siktir. Onuki ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada, NE tümörlerde 3p, RB, 5q21,9p ve p53 teki heterozigosite kaybı araştırılmış ve KHK ve BHNEK'larda çok yüksek

oranlarda kayıp saptanmıştır. 5q21 deki heterozigozite kaybı, KHK'larda BHNEK'lara göre çok daha fazladır. P53'teki mutasyon ve heterozigozite kaybı da İHK olarak NE tümör spektrumunda net olarak görülmektedir. TK tümörlerde p53 mutasyonu izlenmezken, AK'lerde %25, BHNEK'larda %59, KHK'larda ise %71 oranında görülür.

Kaynaklar

1. Travis WD, Travis LB, Devesa SS. Lung cancer. *Cancer* 1995; 75: 191–202 [published erratum appears in *Cancer* 1995; 75: 2979].
2. Chen LC, Travis WD, Krug LM. Pulmonary neuroendocrine tumors: what (little) do we know? *J Natl Compr Canc Netw* 2006; 4: 623–630.
3. Travis WD, Brambilla E, Muir-Hermelink HK et al. Pathology and Genetics: Tumours of the Lung, Pleura, Thymus and Heart. Lyon: IARC 2004.
4. Pelosi G, Rindi G, Travis WD, et al. Ki-67 Antigen in lung neuroendocrine tumors. *J Thorac Oncol* 2014; 273–284.
5. Davies SJ, Gosney JR, Hansell DM et al. Diffuse idiopathic pulmonary neuroendocrine cell hyperplasia: an under-recognised spectrum of disease. *Thorax* 2007; 62: 248–252.
6. Asamura H, Kameya T, Matsuno Y et al. Neuroendocrine neoplasms of the lung: a prognostic spectrum. *J Clin Oncol* 2006; 24: 70–76.
7. McCaughan BC, Martini N, Bains MS. Bronchial carcinoids. Review of 124 cases. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1985; 89: 8–17.
8. Francia G, Davi MV, Montresor E et al. Long-term quiescence of ectopic Cushing's syndrome caused by pulmonary neuroendocrine tumor (typical carcinoid) and tumorlets: spontaneous remission or therapeutic effect of bromocriptine? *J Endocrinol Invest* 2006; 29: 358–362.
9. Sachithanandan N, Harle RA, Burgess JR. Bronchopulmonary carcinoid in multiple endocrine neoplasia type 1. *Cancer* 2005; 103: 509–515.
10. Travis WD, Giroux DJ, Chansky K et al. The IASLC Lung Cancer Staging Project: proposals for the inclusion of broncho-pulmonary carcinoid tumors in the forthcoming (seventh) edition of the TNM Classification for Lung Cancer. *J Thorac Oncol* 2008; 3: 1213–1223.
11. Travis WD, Rush W, Flieder DB et al. Survival analysis of 200 pulmonary neuroendocrine tumors with clarification of criteria for atypical carcinoid and its separation from typical carcinoid. *Am J Surg Pathol* 1998; 22: 934–944.
12. Travis WD, Linnoila RI, Tsokos MG et al. Neuroendocrine tumors of the lung with proposed criteria for large-cell neuroendocrine carcinoma. An ultrastructural, immunohistochemical, and flow cytometric study of 35 cases. *Am J Surg Pathol* 1991; 15: 529–553.
13. Iyoda A, Hiroshima K, Moriya Y et al. Pulmonary large cell neuroendocrine carcinoma demonstrates high proliferative activity. *Ann Thorac Surg* 2004; 77: 1891–1895.
14. Pelosi G, Rodriguez J, Viale G et al. Typical and atypical pulmonary carcinoid tumor overdiagnosed as small-cell carcinoma on biopsy specimens: a major pitfall in the management of lung cancer patients. *Am J Surg Pathol* 2005; 29: 179–187.
15. Thomas CF Jr, Tazelaar HD, Jett JR. Typical and atypical pulmonary carcinoids: outcome in patients presenting with regional lymph node involvement. *Chest* 2001; 119: 1143–1150.
16. Beasley MB, Thunnissen FB, Brambilla E et al. Pulmonary atypical carcinoid: predictors of survival in 106 cases. *Hum Pathol* 2000; 31: 1255–1265.
17. Pelosi G, Scarpa A, Puppa G et al. Alteration of the E-cadherin/b-catenin cell adhesion system is common in pulmonary neuroendocrine tumors and is an independent predictor of lymph node metastasis in atypical carcinoids. *Cancer*
18. Iyoda A, Hiroshima K, Baba M et al. Pulmonary large cell carcinomas with neuroendocrine features are high-grade neuroendocrine tumors. *Ann Thorac Surg* 2002; 73: 1049–1054.
19. Travis WD, Krug LM, Rusch V. Large cell neuroendocrine carcinoma. In Raghavan D, Brecher ML, Johnson DH et al. (eds), *Textbook of Uncommon Cancer*. Chichester: John Wiley & Sons, Ltd 2006; 298–306.
20. Iyoda A, Hiroshima K, Toyozaki T et al. Clinical characterization of pulmonary large cell neuroendocrine carcinoma and large cell carcinoma with neuroendocrine morphology. *Cancer* 2001; 91: 1992–2000.
21. Rossi G, Marchioni A, Milani M et al. TTF-1, cytokeratin 7, 34bE12, and CD56/NCAM immunostaining in the subclassification of large cell carcinomas of the lung. *Am J Clin Pathol* 2004; 122: 884–893.
22. Hiroshima K, Abe S, Ebihara Y et al. Cytological characteristics of pulmonary large cell neuroendocrine carcinoma. *Lung Cancer* 2005; 48: 331–337.
23. Folpe AL, Gown AM, Lamps LW et al. Thyroid transcription factor-1: immunohistochemical evaluation in pulmonary neuroendocrine tumors. *Mod Pathol* 1999; 12: 5–8.
24. Sturm N, Rossi G, Lantuejoul S et al. Expression of thyroid transcription factor-1 in the spectrum of neuroendocrine cell lung proliferations with special interest in carcinoids. *Hum Pathol* 2002; 33: 175–182.
25. Ionescu DN, Treaba D, Gilks CB et al. Nonsmall cell lung carcinoma with neuroendocrine differentiation—an entity of no clinical or prognostic significance. *Am J Surg Pathol* 2007; 31: 26–32.
26. Hiroshima K, Iyoda A, Shibuya K et al. Genetic alterations in early-stage pulmonary large cell neuroendocrine carcinoma. *Cancer* 2004; 100: 1190–1198.
27. Przygodzki RM, Finkelstein SD, Langer JC et al. Analysis of p53, K-ras-2, and C-raf-1 in pulmonary neuroendocrine tumors. Correlation with histological subtype and clinical outcome. *Am J Pathol* 1996; 148: 1531–1541.
28. Onuki N, Wistuba II, Travis WD et al. Genetic changes in the spectrum of neuroendocrine lung tumors. *Cancer* 1999; 85: 600–607.

KÜÇÜK HÜCRELİ AKCİĞER KANSERİNDE RADYOTERAPİ UYGULAMALARI

Deniz Yalman

Küçük hücreli akciğer kanserleri (KHAK) tüm akciğer kanserlerinin %15-20'sini oluşturmaktadır. Olguların çoğu tanı anında lenf nodu metastazı veya uzak metastazlarla karşımıza çıktığından çok ajanlı kemoterapi (KT) (sisplatin/karboplatin ve etoposid kombinasyonu) uygulamaları tedavinin en önemli parçasıdır. Olguların yaklaşık 1/3'i de sınırlı evre hastalıkla karşımıza çıkmakta, ancak yalnız KT ile hastalığın kontrolü sağlanamamaktadır. Randomize çalışmalarda torasik radyoterapinin (TRT) gerekliliği ortaya konmuş ve 1992 yılında sınırlı evre hastalıkta KT'ye eklenen TRT'nin rolünü araştıran iki meta-analiz yayınlanmıştır. Pignon ve ark.'nın meta-analizinde yalnız KT ile 3 yıllık sağkalım oranı %8,9 iken KT'ye TRT eklenmesiyle bu oranın %14,3'e yükseldiği ($p=0,001$) bildirilmiştir⁽¹⁾. Warde ve Payne'in meta-analizinde de KT'ye TRT eklenmesiyle 2 yıllık sağkalımda %5,4'lük mutlak artışın ($p<0,001$) yanı sıra lokal başarısızlık oranının da azaldığı (yalnız KT ile lokal başarısızlık %77, TRT eklenmesiyle %52; $p<0,0001$) gösterilmiştir⁽²⁾. Bu meta-analizlerin yayınlanmasından sonra sınırlı evre KHAK'nda KT+TRT standart tedavi olarak kabul edilmiştir.

Kombine model tedavide TRT'nin zamanlaması konusunda yapılan randomize çalışmalarda erken dönemde uygulanan TRT'nin önemi vurgulanmıştır^(3,4). Fried ve ark.'nın meta-analizinde erken TRT (KT'nin başlamasından sonra 9 hafta içinde) ile 2 yıllık genel sağkalımda %5,2'lik artış elde edilmiştir ($p=0,03$)⁽⁵⁾. De Ruysscher ve ark.'nın meta-analizinde herhangi bir tedavinin başlanmasıyla TRT'nin bitimine kadar geçen sürenin sağkalımı etkileyen en önemli faktör olduğu, 2 ve 5 yıllık genel sağkalımın erken TRT kolunda daha iyi olduğu ($p=0,02$), yalnız TRT'yle eşzamanlı sisp-latin bazlı KT içeren çalışmalar ele alındığında KT'nin ilk 30 günü içinde uygulanan TRT ile 5 yıllık genel sağkalımın daha iyi olduğu ($p=0,02$) ve toplam RT süresi 30 günden az olanlarda istatistiksel anlamlılığın daha belirgin ($p=0,007$) olduğu bildirilmiştir⁽⁶⁾. Performansı iyi, uygun olgularda TRT'ye ilk KT kürüyle başlanması önerilmektedir.

TRT'nin dozu konusunda yapılan çalışmalar yüksek biyolojik etkin dozların kullanılmasını desteklemektedir. Daha az fraksiyonda uygulanan daha yüksek RT dozlarıyla toksisitede artış olmakla birlikte genel sağkalımda da artış olduğu ortaya konmuştur. Turrisi ve ark.'nın randomize faz

3 çalışmasında (Intergroup Trial 0096) hiperfraksiyone RT kolunda (günde 2 kez 1.5 Gy) ortanca sağkalım daha uzun (23 ay x 19 ay), 5 yıllık genel sağkalım daha yüksek (%26 x %16; $p=0,04$), lokal başarısızlık daha az (%36 x %52; $p=0,06$), ancak tedavinin yan etkisi olan derece 3 özofajit daha fazla (%27 x %11; $p<0,001$) bulunmuştur⁽⁷⁾. Pechoux ve ark.'nın meta-analizinde hiperfraksiyone ve/veya akselere RT'nin uygulandığı Intergroup 0096 çalışması ile "The North Central Cancer Treatment Group" 89-20-52 çalışmasının bireysel hasta verileri değerlendirilmiş ve günde iki kez uygulanan TRT'nin 5 yıllık sağkalımda %5'lik avantaj sağladığı ($p=0,08$) belirtilmiştir⁽⁸⁾. En uygun doz ve fraksiyasyon yaklaşımı henüz kesinleşmemiş olup bu konudaki prospektif randomize çalışmalar (CALGB 30610, RTOG 0538, NCT00632853, CONVERT) devam etmektedir.

Yaygın evre hastalıkta TRT'nin rolü daha tartışmalıdır. Bu olgular genellikle tek başına KT ile tedavi edilmektedir. Ancak KT sonrası performansı iyi, ekstratorasik tümörü KT'ye tam yanıt vermiş seçilmiş olgularda konsolidatif TRT intratorasik başarısızlık riskini azaltıp sağkalımı arttırır. Jeremic ve ark.'nın prospektif randomize çalışmasında yaygın evre hastalıkta KT sonrası ekstratorasik yayılımda tam, intratorasik hastalıkta tam veya tama yakın yanıt alınan olgulara TRT (54 Gy/36 fraksiyon) eklenip eklenmemesi araştırılmıştır⁽⁹⁾. Uzak metastazlarında tam yanıt alınan olgulara ayrıca profilaktik kranyal ışınlama (PKI) da uygulanmıştır. TRT uygulanan olgularda ortanca sağkalım daha uzun (17 ay x 11 ay), 5 yıllık sağkalım oranı daha yüksektir (%9,1 x %3,7; $p=0,041$). Yaygın evre hastalıkta TRT'nin yerini daha iyi belirlemek için yapılan prospektif randomize çalışmalar (RTOG 0937, CREST) devam etmektedir.

KHAK'li olguların %20'sinde tanı anında, %50-60'ında hastalığın seyri sırasında beyin metastazı tespit edilmektedir. Randomize çalışmalarda başlangıç tedavisine yanıtı takiben uygulanan profilaktik kranyal ışınlamanın (PKI) beyin metastazlarının insidensini azalttığı gösterilmiştir. Aupérin ve ark.'nın 987 hastayı içeren meta-analizinde PKI ile 3 yıllık genel sağkalım oranında %5,4'lük (%20,7 x %15,3; $p=0,01$), hastalıksız sağkalımda %8,8'lik mutlak ($p<0,001$) artış, beyin metastazlarının kümülatif insidensinde azalma (%59 x %33; $p<0,001$) olduğu, erken dönemde ve yüksek doz PKI uygulandığında beyin metastazı riskinde daha fazla azalma

eğilimi olduğu ortaya konmuştur⁽¹⁰⁾. Patel ve ark.'nın sınırlı evre KHAK'lı 7995 hastayı içeren geniş retrospektif serisinde (SEER veritabanı) PKI uygulananlarda 5 yıllık sağkalım oranının daha yüksek olduğu (%19 x %11; p<0,001) ve çok değişkenli analizde PKI'nın sağkalımı belirleyen bir faktör olduğu rapor edilmiştir⁽¹¹⁾.

Yaygın hastalıkta PKI'nın rolü "European Organization for the Research and Treatment of Cancer" (EORTC) grubunun çalışmasında araştırılmıştır. Yaygın evre hastalığı olan 286 olgu 4-6 kür KT sonrası PKI ve izlem kollarına randomize edilmişler, PKI'da biyolojik etkin dozu 25-39 Gy arasında değişen 6 farklı doz-fraksiyonasyon rejimi kullanılmıştır⁽¹²⁾. PKI uygulanan grupta bir yıllık beyin metastazı riski daha düşük (%14,6 x %40,4; HR: 0,27; p<0,001), bir yıllık sağkalım daha yüksek (%27,1 x %13,3; p=0,003) bulunmuştur.

PKI'da en uygun doz ve fraksiyonasyonu belirlemek için yapılan çok merkezli çalışmada sınırlı evre hastalığı olan, KT+TRT sonrası tam yanıt alınan 720 olgu standart doz PKI (25 Gy/10 fx) ile yüksek doz PKI (36 Gy/2 Gy, 18

fx veya 36 Gy/1,5 Gy günde 2 kez, 24 fx) kollarına randomize edilmişlerdir⁽¹³⁾. İki yıllık beyin metastazı insidensi yönünden standart doz ile yüksek doz arasında anlamlı fark yok iken (%29 x %23; p=0,18) standart doz grubunda 2 yıllık genel sağkalım daha yüksek (%42 vs %37; p=0,05) ve 2 yıllık relaps insidensi daha düşük (%40 vs %48; p=0,02) bulunmuştur. Bu çalışmaya alınan hastaların hayat kalitesi değerlendirmesinde yüksek doz kolunda PKI'dan 12 ay sonra nörotoksisitede artış gözlenmiştir⁽¹⁴⁾. Tüm bu veriler ışığında başlangıç tedavisine tam veya kısmi yanıt veren sınırlı veya yaygın evre KHAK'lı olgulara 10 fraksiyonda 25 Gy PKI uygulanması standart olarak kabul edilmiştir. PKI için en uygun zaman konusunda elimizde yeterli veri olmamakla birlikte planlanan KT bittikten sonra uygulanması önerilmektedir.

KHAK'inde RT ayrıca ağırlı kemik metastazları, omurilik basısı, beyin metastazları, vena cava superior sendromu, primer tümöre bağlı dispne, hemoptizi, öksürük, ağrı, disfaji, obstrüktif ateletaksi gibi semptomların palyasyonu amacıyla da uygulanmaktadır.

Kaynaklar

1. Pignon JP, Arriagada R, Ihde DC, et al. A meta-analysis of thoracic radiotherapy for small-cell lung cancer. *N Engl J Med* 1992;327(23):1618-24.
2. Warde P, Payne D. Does thoracic irradiation improve survival and local control in limited-stage small-cell carcinoma of the lung? A meta-analysis. *J Clin Oncol* 1992;10(6):890-5.
3. Murray N, Coy P, Pater JL, et al. Importance of timing for thoracic irradiation in the combined modality treatment of limited-stage small-cell lung cancer. *J Clin Oncol* 1993;11:336-44.
4. Jeremic B, Shibamoto Y, Acimovic L, Milisavljevic S. Initial versus delayed accelerated hyperfractionated radiation therapy and concurrent chemotherapy in limited small-cell lung cancer: A randomized study. *J Clin Oncol* 1997;15:893-900.
5. Fried D, Morris DE, Poole C et al. Systematic review evaluating the timing of thoracic radiation therapy in combined modality therapy for limited-stage small-cell lung cancer. *J Clin Oncol* 2004;22:4837-45.
6. De Ruyscher D, Pils-Johannesma M, Vansteenkiste J, et al. Systematic review and meta-analysis of randomised, controlled trials of the timing of chest radiotherapy in patients with limited-stage, small-cell lung cancer. *Ann Oncol* 2006;17:543-52.
7. Turrisi AT, Kim K, Blum R, et al. Twice-daily compared with once-daily thoracic radiotherapy in limited small-cell lung cancer treated concurrently with cisplatin and etoposide. *N Engl J Med* 1999;340:265-71.
8. Le Pechoux C, Mauguen A, Schild SE, et al. Accelerated or hyperfractionated radiotherapy (RT) versus conventional RT in nonmetastatic lung cancer (LC): individual patient data (IPD) meta-analysis from 2279 patients. *J Thorac Oncol* 2010;5(suppl 1):S73.
9. Jeremic B, Shibamoto Y, Nikolic N, et al. Role of radiation therapy in the combined-modality treatment of patients with extensive disease small-cell lung cancer: a randomized study. *J Clin Oncol* 1999;17(7):2092-99.
10. Auperin A, Arriagada R, Pignon JP, et al. Prophylactic cranial irradiation for patients with small-cell lung cancer in complete remission. Prophylactic Cranial Irradiation Overview Collaborative Group. *N Engl J Med* 1999;341(7):476-84.
11. Patel S, Macdonald OK, Suntharalingham M. Evaluation of the use of prophylactic cranial irradiation in small cell lung cancer. *Cancer* 2009;115(4):842-50.
12. Slotman B, Faivre-Finn C, Kramer G, et al. EORTC Radiation Oncology Group and Lung Cancer Group. Prophylactic cranial irradiation in extensive small-cell lung cancer. *N Engl J Med* 2007;357(7):664-72.
13. Le Pechoux C, Dunant A, Senan S, et al. Prophylactic Cranial Irradiation (PCI) Collaborative Group. Standard-dose versus high-dose prophylactic cranial irradiation (PCI) in patients with limited-stage small-cell lung cancer in complete remission after chemotherapy and thoracic radiotherapy (PCI 99-01, EORTC 22003-08004, RTOG 0212, and IFCT 99-01): a randomised clinical trial. *Lancet Oncol* 2009;10(5):467-74.
14. Wolfson AH, Bae K, Komaki R, et al. Primary analysis of a phase II randomized trial Radiation Therapy Oncology Group (RTOG) 0212: impact of different total doses and schedules of prophylactic cranial irradiation on chronic neurotoxicity and quality of life for patients with limited-disease small-cell lung cancer. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2011;81(1):77-84.

AKCİĞER NÖROENDOKRİN TÜMÖRLERİNDE SİSTEMİK TEDAVİ: AKCİĞER NÖROENDOKRİN TÜMÖRLERİ (ANT)

Feyyaz Özdemir

ANT'leri geniş bir hastalık yelpazesini kapsamaktadır. 2004 DSÖ kriterlerine göre, ANT'leri şu şekilde sınıflandırılmıştır.

- 1) Yüksek dereceli nöroendokrin karsinomalar. KHAK (Küçük Hücreli Akciğer Kanseri) ve BHNEK (Büyük Hücreli Nöroendokrin Karsinom)
- 2) Orta dereceli nöroendokrin karsinomalar (atipik karsinoidler)
- 3) Düşük dereceli nöroendokrin tümörler (tipik karsinoidler)

Tipik karsinoidler iyi diferansiye olmuş iyi prognozlu nöroendokrin tümörlerken, KHAK (Küçük Hücreli Akciğer Kanseri) ve BHNEK (Büyük Hücreli Nöroendokrin Karsinom) kötü prognozlu ve kötü diferansiye tümörlerdir. Atipik karsinoidler ara prognoza sahip olup düşük oranda nöroendokrin kanserlere diferansiye olurlar. Çoğu karsinoid gastrointestinal sistemden kaynak almasına karşın (%68), akciğerde de (%25) ortaya çıkabilirler. Karsinoidler nadir tümörlerdir, ama SEER analizi insidanslarının arttığını göstermektedir.

Düşük ve orta dereceli nöroendokrin tümörlerde tedavi

evre I, II, yada IIIA düşük dereceli yada orta dereceli ANT'li (tipik yada atipik karsinoidler) hastalarda cerrahi önerilir. Cerrahi rezeksiyondan sonra, atipik karsinoidli hastalarda 5 ve 10 yıllık sağkalım oranları %70-50 ve %60 iken, tipik karsinoidlerde 5 yıllık ve 10 yıllık sağkalım oranları %90'dan fazladır. Lenf nodu tutulumu varlığı, uzun dönemdeki sağkalımı hem tipik hem de atipik karsinoidlerde düşürür. Eğer cerrahi mümkün değilse, evre III tipik karsinoidlerde eksternal-beam radyoterapi önerilir, ve evre III atipik karsinoidlerde kemoterapi/radyoterapi önerilir. Yanıt oranları düşük ve standart sistemik tedavi olmamasına rağmen, unrezektabl ve ilerlemiş hastalığı olanlarda sistemik tedavi (cisplatin/etoposide, temozolomide, sunitinib, everolimus) uygulanabilir. Pozitif oktreotid taramaları yada karsinoid sendrom semptomları olan bazı seçilmiş hastalarda, Octreotide önerilebilir.

Yüksek dereceli nöroendokrin karsinomlarda sistemik tedavi

Kemoterapi, KHAK olan tüm hastalarda uygun bir tedavi yaklaşımıdır. Sınırlı Evre KHAK ve iyi PS (0-2) hastalarında önerilen tedavi kemoterapi ve eşzamanlı torakal radyoterapiden oluşur. Seçilmiş hastalarda, radyoterapi semptomları azaltmada kullanılabilir olmasına rağmen, yaygın evre hastalığı olanlarda kemoterapi tek başına yeterli bir tedavi olarak önerilir. Yaygın Evre hastalığı ve beyin metastazı olan hastalarda, hastanın nörolojik belirtileri olup olmadığına bakılarak, tüm beyin radyoterapi öncesi yada sonrasında kemoterapi verilebilir.

Etoposide ve Cisplatin (EP) kombinasyon kemoterapi rejimlerinden en sık kullanılanıdır. EP ve eşzamanlı torakal radyoterapi, şu anda Sınırlı Evre hastalıkta önerilen terapidir. Torakal radyoterapili kombinasyonda kullandığımız EP, özefajit, pulmoner toksisite ve hematolojik toksisite riskinin artmasına neden olur. Miyeloid büyüme faktörlerinin kullanımı, eşzamanlı kemoradyoterapi uygulanan hastalarda önerilmez. Klinik pratikte, Carboplatin sıklıkla emezis, nöropati ve nefropati riskini düşürmek için Cisplatin yerine kullanılır. Bununla beraber Carboplatin kullanımı, miyelosupresyon açısından daha büyük risk taşır. Küçük deneme gruplarında, KHAK olan hastalarda Cisplatin ve Carboplatin'in benzer etkileri olduğu ileri sürülmüştür. 4 randomize çalışmanın meta analizinde KHAK hastalarında Cisplatin bazlı ve Carboplatin bazlı rejimleri karşılaştırıldı. Bu meta analizdeki 663 hastanın, %32'si Sınırlı Evre hastalık ve %68'i Yaygın Evre hastalıklı hastalardan oluşmaktaydı. Alınan yanıtta anlamlı bir fark gözlemlendi (%67 - %66). Progresyonsuz sağkalım (5.5 ay - 5.3 ay), ve genel sağkalım (9.6 ay- 9.4 ay) benzer bulundu.

İlk çalışmalarının yapıldığı Uzakdoğuda çok üstün sonuçlar alınmasına karşın yaygın evre hastalıkta, Amerika da 2 büyük faz III çalışmasında EP ile irinotecan - cisplatin kombinasyonları arasında yanıt oranı ve genel sağkalım arasında belirgin bir fark bulunamamıştır.

Standart 2'li ilaç rejimlerine üçüncü bir ajanın eklenmesi de dahil olmak üzere Yaygın Evre KHAK standart tedavisi ile elde edilmiş olan sonuçları geliştirmek için çaba gösteren pekçok strateji değerlendirilmiştir. 2 çalışmada, ifosfamidin

EP'ye eklenmesinin yaygın evre hastalığı olanlarda sınırlı bir sağkalım avantajı sağladığı gösterilmiştir. Ancak hematolojik toksisiteyi artırdığı gözlenmiştir. Standart tedavide kullanılan 4 ila 6 kür ve ötesindeki kemoterapiler sağkalım artışı yapmadan kümülatif toksisiteyi artırmaktadır.

KHAK hastalarındaki yüksek doz tedavinin rolü tartışmalıdır. Yüksek doz alan hastalar, aynı ajanlarla verilen geleneksel dozlar alan hastalarla karşılaştırıldığında yüksek tam ve kısmi yanıt oranları, ile medyan sağkalım sürelerinde sınırlı uzama gözlemlenmiştir. Bununla birlikte, doz yoğun kemoterapilerin kullanıldığı randomize çalışmalarda yanıt oranı ve sağkalımda bir artış gösterilememiştir.

KHAK'nde antianjiyojenik tedavinin yararları değerlendirilmeye başlanmıştır. Sınırlı evre KHAK'li hastalarda bevacizumab'ı takiben eşzamanlı radyoterapi ile irinotecan, carboplatin ve bevacizumab faz II çalışması, kabul edilemez toksisiteler (trakeoözefageal fistüller) oluşması nedeniyle erkenden sonlandırılmıştır. Yaygın evre KHAK'de, iki platinyum tabanlı kemoterapi + bevacizumab faz II çalışması umut verici yanıt ve sağkalım sonuçları vermiş olup randomize faz III çalışması devam etmektedir.

KHAK, başlangıç tedavisine çok duyarlı olmasına rağmen, çoğu hastalarda nüks görülür. Eğer 3 aydan daha az bir interval varsa (refrakter yada dirençli hastalıklarda), çoğu ajan ve rejimlere yanıt zayıftır (<10%). Eğer 3 aydan fazla geçmişse (duyarlı hastalık), beklenen yanıt oranları yaklaşık olarak %25'tir. Faz II çalışmalara dayanarak, paclitaxel, docetaxel, topotecan, vinorelbine, gemcitabine, ifosfamide, temozolomide, ve oral etoposide in kullanılabileceği gösterilmiştir. Temozolomidin özellikle beyin metastazı olan ve metile metilguanin-DNA metiltransferaz (MGMT)'ı olan KHAK hastalarında yararlı olabileceği bildirilmektedir.

Randomize faz III çalışmasında tekli ajan intravenöz topotecan CAV kombinasyon rejimiyle karşılaştırıldı. Her iki kolda da benzer yanıt oranları ve sağkalım sonuçları bildirilmiş olup intravenöz topotecan daha az toksisiteye neden

olmuştur. Diğer bir faz III çalışmasında, oral topotecan destek tedavisiyle (26 vs 14 hafta) karşılaştırıldığında genel sağkalımı artırmıştır. Tekli ajan topotecan, ilk kemoterapiye yanıt veren ama sonra 2-3 ay sonra ilerleme gözlemlenen KHAK'li hastaların devam tedavisinde FDA tarafından onaylanmıştır.

Pek çok klinisyen intravenöz topotecanın 5 günlük 1.5mg/m² standart rejimiyle yaygın toksisite gözlemlenmiş olup, çalışmalarda düşük dozda düşük toksisiteyle etkili olduğu gözlenmiştir. Amrubicin, nükseden ve refraktör KHAK hastalarındaki aktif ilaçtır. Ama buna rağmen, grade 3-4 toksisite, primer nötropeni sıklıkla, ve faz III çalışmasında amuricibinin ikinci basamak tedavide topotecanla kıyaslandığında genel sağkalım farkı yaratmadığı görülmüştür.

İkinci basamak kemoterapinin optimal süresi ve kümülatif toksisitenin sıklıkla yanıt veren hastalardaki sınırlayıcı etkisine rağmen tam olarak belirlenmiş değildir. Bu nedenden dolayı, devam kemoterapisi en iyi yanıt, hastalığın ilerlemesi, ya da kabul edilemez toksisite gelişmesinden 2 siklus sonrasına kadar verilmelidir.

Kaynaklar

1. NCCN Guideline, version 2,2014
2. Parsons A, Daley A, Begh R, Aveyard P. Influence of smoking lung cancer or with other large cell carcinomas? J Thorac Oncol cessation after diagnosis of early stage lung cancer on prognosis: 2011;6:1050-1058.
3. Travis W, Brambilla E, Müller-Hermelink H. World Health neuroendocrine tumours. J Clin Pathol 2013.
4. Bajetta E, Catena L, Procopio G, et al. Is the new WHO carcinoid tumors in the forthcoming (seventh) edition of the TNM classification of neuroendocrine tumours useful for selecting an Classification for Lung Cancer. J Thorac Oncol 2008;3:1213-1223. appropriate treatment? Ann Oncol 2005;16:1374-1380
5. Yao JC, Hassan M, Phan A, et al. One hundred years after patients affected by pulmonary carcinoid at the Istituto Nazionale "carcinoid": epidemiology of and prognostic factors for neuroendocrine Tumori of Milan: a retrospective analysis. J Thorac Dis 2010;2:16-20. tumors in 35,825 cases in the United States. J Clin Oncol

İKİNCİ SERİ IŞINLAMA: RADYOBİYOLOJİK VE TEKNOLOJİK TEMELİ

Uğur Selek

Daha önce radyoterapi uygulanmış olgularda yeni gelişen ve radyoterapi alan içi ya da kenarında bulunan geç nüks veya ikinci primer tümörler için giderek artan bir ikinci seri ışınlama isteği ve gerekliliği doğmaktadır. Kabul edilebilir ikinci seri tedavi kararı verilirken normal dokuların (cilt, mukoza, bağırsak, akciğer, spinal kord, beyin, kalp, mesane, böbrek vs) uzun dönemde radyasyon etkilerinden ne oranda kurtuldukları ve ciddi toksisite eşiğinin ne olduğu en çok belirleyici konu olmaktadır. Kar zarar kurgusunu farklı tedavi bölgeleri için hesaplarken, ikinci seri ışınlama için rasyonelin ne olduğuna karar vermek, beklenti ve planlama dengesini hastalarımızla birlikte gerçekçi bir şekilde kurmak önemlidir.

Klinik ve preklinik veriler genellikle hızlı ve akut yanıt veren dokuların radyasyonun etkilerinden aylar içinde kurtulduğunu ve ikinci seri bir radyoterapi toleransı açısından akut toksistenin belirgin problem oluşturmadıklarını göstermektedir. Ancak geç toksisite açısından bakıldığında farklı dokuların değişken yenilenme kapasitelerinin iyi tartılması gerektiği bilinmelidir; kalp, mesane ve böbrek gibi neredeyse uzun dönemde hiç yenilenme göstermeyen organlara bağlı geç toksistenin yanında; ilk maruz kalınan doz, ikinci tedaviye kadar geçen süre, ışınlama yaşı, vb değişkenlere bağlı olarak oransal olarak farklılıklar gösterebilir de cilt, mukoza, akciğer, spinal kord subklinik radyasyon hasarını belli oranda onarabilmektedir. Ayrıca geç normal doku hasarının progresif olabileceği hesaba katılmalı ve fibroz yanında bozulmuş kan dolaşımının uzun dönemde nekroz riskini tetikleyebileceği bilinmelidir.

Optimal tedavi şemasını belirlemek, retrospektif ve heterojen seriler dışında prospektif serilerin olmaması nedeniyle henüz mümkün değildir. Radyobiyojik olarak özellikle subletal hasar onarımı açısından fraksiyasyonun önemli olabildiği gözetilmiş ve yıllar içinde özellikle hiperfraksiyone şemalar ikinci seri ışınlamalarda en çok tercih edilen yaklaşım olarak yer tutmuştur, son yıllarda ise gelişen teknolojinin yardımıyla sınırlı bölgelere hipofraksiyone uygulamalar gündemdedir. Hasta ve tedavi bölgesi dışında, uygulanacak toplam doz, fraksiyon dozu, ilk seri radyoterapidaki hacim, kemoterapi gibi diğer tedavilerin eşlik edip etmeyeceği, yeni

tedavi hacmi içindeki organlar alternatif tedavi opsiyonları konusunda kişiselleştirilmiş bir yaklaşım gerektirmektedir.

Güncel radyoterapide, teknolojinin gelişmesine ve ilerlemesine paralel olarak ikinci seri ışınlama için teknik yeteneklerimiz de gelişmiştir, en önemli kazanımlarımız görüntü klavuzluğunda ve yoğunluk ayarlı radyoterapi olarak özetlenebilir. Üç boyutlu konformal radyoterapiyle elde edilemeyecek, organ ve tümör uzanımlarına daha duyarlı ve esnek bir doz dağılımı, kritik organların eşik radyasyon dozlarının altında tutulmasıyla birlikte, hedef alan içinde birden fazla doz yoğunluğu aynı anda sağlanarak uygulanabilmektedir. Yoğunluğu ayarlanmış ark radyoterapi de güncel kullanımımıza girmiştir. Yine teknolojik gelişmeler paralelinde, stereotaktik radyoterapi, görüntü klavuzluğunda radyoterapinin tüm vücutta hedefe dönük odaklanmış uygulanabilmesi de yeteneklerimize eklenmiştir. Keskin sınırlarla tedavi uygulaması gerektiren doz dağılımlarını sağladığımızda, mutlak gereklilik, her gün doğru hedefi aynı tekrarlanabilirlikle ışınlatabildiğimizden görüntü klavuzluğunda radyoterapi ile emin olmaktır. Tümörün daha iyi hedeflenmesinin yanında, yumuşak doku görüntülenmesi avantajı ile tümör ve normal dokular arasındaki zamana bağlı değişiklikler belirlenebilmektedir. Günümüzde etkin ve güvenli bir ikinci seri radyoterapi uygulaması için geçerli bir görüntü klavuzluğunda radyoterapi desteği esastır. Çünkü, ancak görüntü klavuzluğunda radyoterapi desteği ile ışınlama sınırlarından emin olunarak normal dokuların güvenliği sağlanabilmektedir.

İkinci seri radyoterapi ile amaçlanan, hedef bölgeye etkin doz uygulanırken, sağlıklı dokuların zarar görebileceği radyasyon eşik değerleri aşılmadan fonksiyonlarının devamının sağlanmasıdır. İlk seri radyoterapi sırasında çevre kritik organların aldığı dozlar ikinci seri uygulamada hedef tümöre verebileceğimiz dozda belirleyicidir. Amaç, hedef tümörlü bölgede dozu güvenli bir şekilde uygularken, sağlıklı dokuların aldığı dozu olabildiğince azaltmaktır. Bilinmesi gereken her ikinci seri ışınlama radyoterapi planı için bir toksisite riski olduğu ve en iyi planın gerçek tedavi amacımızla uyuşan kar zarar dengesini gözeterek en düşük biyolojik bedelle ve en düşük olası toksisite riski ile sağlanması gerektiğidir.

ADJUVAN TEDAVİ KARARINI VE İLAÇ SEÇİMİNİ ETKİLEYECEK İPUÇLARI VAR MI?

Deniz Yamaç

Akciğer kanseri tanısı alan hastaların %30'u opere edilebilmektedir ve adjuvan tedavi verilmesine adaydır. Küçük hücreli dışı akciğer karsinomlarında kemoterapinin rolünü araştıran metaanaliz sonucuna göre adjuvan kemoterapinin 5 yıldaki mutlak sağkalım katkısı %5 kadardır (1,2). Adjuvan tedavide bugün için sisplatin bazlı tedaviler opere edilmiş evre IB - IIIA hastalar için standarttır. Evre IB hastalarda ≥ 4 cm olan tümörlerde yarar beklenmektedir (3,4). Randomize çalışmalara göre histolojik özellikten bağımsız olarak en geçerli rejim sisplatin ve vinorelbin kombinasyonudur. Karboplatin, sisplatin yan etkilerinden korunması gereken hastalarda ve yaşlılarda bir seçenektir. Adjuvan tedavi 75 yaş altında, PS 0-1 olan, postop komplikasyonu olmayan hastalarda ve cerrahiden sonra 2 ay içinde verilmelidir.

Bugün için hedefe yönelik tedavilerin adjuvan katkısı gösterilememiştir. Ancak belirli bir tedaviye göre hayatta kalma süresini öngören prediktif belirteçler üzerinde çalışmalar sürmektedir. Bu belirteçler arasında DNA tamir genleri olan, ERCC1 (excision repair cross complementation group 1), BRCA1 bulunmaktadır. Metastatik hastalıkta yararları gösterilmiş anti-anjiyenik ajanlar ve epidermal büyüme faktörü tirozin kinaz inhibitörleri (EGFR TKI) ile adjuvan çalışmalar sürmektedir (5,6,7).

Kaynaklar

1. Pignon JP, Tribodet H, Scagliotti GV, Douillard JY, Shepherd FA, Stephens RJ, et al. Lung adjuvant cisplatin evaluation: a pooled analysis by the LACE Collaborative Group. *J Clin Oncol*. 2008;26:3552–3559
2. Arriagada R, Auperin A, Burdett S, Higgins JP, Johnson DH, Le Chevalier T, et al. Adjuvant chemotherapy, with or without postoperative radiotherapy, in operable non-small-cell lung cancer: two meta-analyses of individual patient data. *Lancet*. 2010;375:1267–1277
3. Strauss GM, Herndon JE, Maddaus MA, Johnstone DW, Johnson EA, Harpole DH, et al. Adjuvant paclitaxel plus carboplatin compared with observation in stage IB non-small-cell lung cancer: CALGB 9633 with the Cancer and Leukemia Group B, Radiation Therapy Oncology Group, and North Central Cancer Treatment Group Study Groups. *J Clin Oncol*. 2008;26:5043–5051
4. Vincent MD, Butts C, Seymour L, Ding K, Graham B, Twumasi-Ankrah P, et al. Updated survival analysis of JBR.10: A randomized phase III trial of vinorelbine/cisplatin versus observation in completely resected stage IB and II non-small cell lung cancer (NSCLC) (asbtr 7501). *J Clin Oncol (Meeting Abstracts)*. 2009;27
5. Wakelee HA, Dahlberg SE, Keller SM, Gandara DR, Graziano SL, Leighl NB, et al. Interim report of on-study demographics and toxicity from E1505, a phase III randomized trial of adjuvant (adj) chemotherapy (chemo) with or without bevacizumab (B) for completely resected early-stage non-small cell lung cancer (NSCLC) (abstract 7013). *J Clin Oncol (Meeting Abstracts)*. 2011;29:
6. Richardson F, Richardson K, Young D, Sennello R, Horan J, Davies A, et al. O28.01 select biomarker analyses of completely resected NSCLC tumors from enrolled patients in an adjuvant erlotinib (Tarceva) clinical trial (RADIANT). Presented at: 14th World Conference on Lung Cancer. 2011 July 6;(Amsterdam, Netherlands)
7. Tada H, Takeda K, Nakagawa K, Okamoto I, Mitsudomi T, Ichinose Y, et al. Vinorelbine plus cisplatin versus gefitinib in resected non-small cell lung cancer harboring activating EGFR mutation (WJOG6410L) (abstract TPS7110). *J Clin Oncol (Meeting Abstracts)*. 2012;30:

AKCİĞER KARSİNOMLARINDA PATOLOJİ TEDAVİYİ NASIL YÖNLENDİRİR?

Büge Öz

Akciğer kanseri hastalarının büyük çoğunluğu ileri evrede tanı aldığından küçük biyopsi örnekleri ya da sitolojik materyalle tanıya gidilmektedir. Bu nedenle tanının konulması için kullanılacak patolojik örnekler sınırlı miktardadır. Bu örnekleri değerlendirecek olan patoloğun görev son yıllarda değişmiştir. Küçük miktardaki materyali en ekonomik şekilde kullanarak tanı koymaya çalışmak daha sonraki tedavi seçimi için gereken molekül testler için saklamak çok önemlidir.

Öncelikle yapılacak iş, primer Akciğer karsinomu ise Küçük hücreli ve küçük hücreli dışı karsinom ayrımı yapmak ardından Küçük Hücreli Dışı Akciğer Karsinomlarında (KHDAK) alt tiplendirme yapmaya çalışmaktır. Bugün için hedefe yönelik tedavi seçimi için özellikle de adenokarsinom ve skuamöz hücreli karsinom ayrımını yapabilmeye çalışılmalıdır. Rutin tedavi seçeneklerinde hedefe yönelik tedavi seçiminde Adenokarsinomlarda yaklaşık %15 oranında saptanan EGFR mutasyonları ve % 3-7 oranında saptanan ALK translokasyonlarının araştırması gereklidir. Yakın gelecekte Skuamöz Hücreli Karsinomlar içinde hedefe yönelik tedavi seçenekleri rutin uygulamada yerini alacak gibi görünmektedir. Bunun için tanı sitolojik materyal ile konuluyorsa hücre bloğu oluşturacak kadar miktarda doku edinilmesini amaçlamak oldukça önemlidir.

Doku takibi yapılacak diğer biyopsi materyallerinde de blok içindeki dokuları fazla kesitler alarak ya da gereğinden fazla immunhistokimya uygulayarak tüketmekten kaçınmak patologların görevi olmalıdır. Bu nedenle KHDAK'larda tanıyı kesinleştirmek amaçlı immunhistokimya uygulamasında ilk seçenek nükleer pozitiflik veren iki primer antikor (tercihan TTF-1 ve p63) ve gerekli görüldüğünde de diğer iki sitoplazmik pozitif olan primer antikor uygulaması ile tamamlanmalıdır. Dokunun daha sonra uygulanacak molekül yöntemler için saklanması çok önemlidir.

Aşağıdaki Tablo 1'de klinik uygulamalar sonucu alınan biyopsi örneklerinde biyopsi tekrarlarına gerek kalmayacak şekilde ilk biyopside yeterli miktar tümör hücresi elde edebilmek için önerilen biyopsi sayısı ve bu yöntemlerle her girişimde elde edilmesi beklenen tümör hücre oranları verilmektedir.

Moleküler analizlerin uygulanabilmesi için dokulardaki DNA ve gerektiğinde RNA'nın maksimum düzeyde kaliteli bir şekilde korunmasını sağlamaktır. Bunun için alınan doku örneğinin vakit geçirmeden mümkünse ilk saat içinde uygun fiksasyona koymak çok önemlidir. Fiksasyon için en sık kullanılan solüsyon %10 tamponlu Formaldehit 'tir. Ayrıca fiksasyon süresi de çok önemlidir. Küçük doku örnekleri için bu süre 6-12 saat ve rezeksiyon materyallerinden tümör örneklemede ise 8-18 saat olmalıdır. 24 saati aşan fiksasyonlar da ayrıca kalitesiz DNA elde edilmesine neden olabilir (= Aşırı-fiksasyon). Diğer fiksasyonlar arasında yer alan bouin fiksasyonu ve civa bazlı fiksasyonlar DNA ve RNA'nın korunmasında ciddi kayıplara neden olduklarından önerilmemektedir. Fiksasyonun ayrıca +4 derece ile oda ısısı arasında olmasına dikkat dilmelidir. Aşırı soğuk ya da sıcakta fikse etmek de dokuyu bozabilir.

Bir önemli sorun kemik dokulardan alınan biyopsi örneklerinde ortaya çıkmaktadır. Kemik dokunun patolojik işlem sırasında önce dekalsifiye edilmesi için asit ile işlem görmesidir. Hem DNA izolasyonu temelli moleküler çalışmalar hem de AKL mutasyon araştırması için standart olan Floresan İnsitu Hibridizasyon (FISH) tekniği için ciddi sorun oluşturmaktadır. Bu gibi biyopsilerde belki de fiksasyon işleminden önce dokulara lam dokundurarak asitten etkilenmemiş tümör hücresi elde etmeye çalışmak yerinde olacaktır.

Parafin blok kesitlerinden ya da sitolojik lamalar üzerinden tümör alanlarının ya da hücrelerinin seçilerek özellikle bu alanlardan elde edilen kesit ya da kazımalara yöntemlerin uygulanması da yanlış pozitif veya yanlış negatif sonuç elde

Tablo 1. Tanısal materyalin hacmi ile biyopsi teknikleri arasındaki ilişki

	21-g Aspirasyon iğnesi	19-g Aspirasyon iğnesi	Tranbronşiyal biyopsi	BT –rehberliğinde iğne biyopsisi
Biyopsi başına düşen hücre	≥ 100	≥ 150	≥ 300	≥ 500
Yapılması önerilen biyopsi sayısı	4-5	4	4-5	2-3

edilmesini minimuma indirmek için çok önemlidir. Bunun için makro-diseksiyon uygulaması patoloğlar için oldukça sık başvurulan bir yöntemdir. Daha da hassas çalışmalar için lazer mikrodiseksiyon yöntemi uygulanabilir ancak bu hem pahalı hem de oldukça zaman harcama gerektiren bir yöntemdir.

Moleküler yöntemler

Bugünkü uygulamalarda Non-skumöz tipte KHDAK'larında hedefe yönelik tedaviler için hastanın tümörünün EGFR mutasyon durumu belirlemek negatifse ALK mutasyonu olup olmadığını tayin etmek kabul gören uygulamalardır. Ayrıca direkt bir hedef tedavi seçeneği sunmasa da, K-ras mutasyonunun araştırılması da bu uygulamalara eklenebilir.

EGFR ve K-ras mutasyonu DNA bazlı Polimeraz zincir Reaksiyonları temelli yöntemlerle araştırılmalıdır. EGFR mutasyonu için EGFR geninin 18,19,20 ve 21. Ekzonunun araştırılması gerekmektedir. BU DNA bazlı araştırmalar için iki temel metodolojiden bahsedilebilir. Birincisi bu ekzonlara ait daha önce tanımlanmış ve ayrıca bilinmeyenleri de saptayabilen yöntemler (Sanger dizileme) ve diğer yol ise daha önce tanımlanmış bilinen mutasyonları ortaya koyabilen (Amplifikasyon refrakter mutasyon sistemleri- allel spesifik) yöntemlerdir. Hangi hasta için hangi yöntemin uygulanacağını belirlemek patoloğun görevidir. İkinci önemli nokta da doku ya da sitolojik materyaldeki tümör oranını göz önüne alarak testlerin sensitivite ve spesifitesine göre hangi testin yapılacağını belirlemektir.

Parafin blok kesitlerinden ya da sitolojik lamalar üzerinden tümör alanlarının ya da hücrelerinin seçilerek özellikle bu alanlardan elde edilen kesit ya da kazımalara yöntemlerin uygulanması da yanlış pozitif veya yanlış negatif sonuç elde edilmesini minimuma indirmek için çok önemlidir. Bunun için makro-diseksiyon uygulaması patoloğlar için oldukça sık başvurulan bir yöntemdir. Daha da hassas çalışmalar için lazer mikrodiseksiyon yöntemi uygulanabilir ancak bu hem pahalı hem de oldukça zaman harcama gerektiren bir yöntemdir.

Materyaldeki tümör oranına göre uygulanacak yöntemin seçimi çok önemlidir. Yeterli (tümör oranının % 50 civarında olduğu materyallerde) EGFR mutasyon araştırması ya da K-RAS için Sanger dizileme ucuz ve bilinen ve henüz tanımlanmamış mutasyonları ortaya koyduğu için yaygın kullanılır. Ancak uzun zamanda sonlanır ve deneyim gerektirir.

KHDAK'larında diğer bir moleküler test prediktif değer olarak ayrıca ALK translokasyonunun araştırılmasıdır.. Bu mutasyon hemen daima EGFR ve K-RAS mutasyonu negatif olan hastalarda saptanmaktadır, diğer bir deyişle EGFR mutasyonu, KRS mutasyonu ve ALK translokasyonu birbirlerini dışlayan mutasyonlardır. ALK mutasyonu en sık EML-4 ile translokasyon şeklinde izlenir. Ancak bu mutasyonların ve nadir görülen diğer ALK mutasyonlarını araştırma yöntemi olarak Amerikan İlaç Araştırmaları Birliği'nden (FDA) FISH yöntemi ile araştırılması ve ortaya konmuş olması standartı getirilmiştir. Bugün ise Patolojik uygulamalarda daha kolay ve yaygın olan immunhistokimyasal incelemelerle birlikte FISH uygulaması gündemdedir. ALK mutasyonu, ilk olarak daha duyarlı olduğu ispatlanan 5A4 veya D5F3 klonları içeren uygun konsantrasyonda primer antikorlar ile immunhistokimyasal çalışma ile değerlendirilebilir . Eğer pozitiflik var ise ister zayıf (1 +) isterse daha yoğun pozitif (2+ ve 3+) olsun bu sonuç Akciğer kansinmaları için üretilmiş ALK mutasyonunu inceleyen bir FISH probu ile değerlendirmeye devam edilir.

Sonuç olarak KHDAK'larının patolojik değerlendirilmesinde bugünün rutin uygulamalarında yerini almış, prediktif değer olan moleküler incelemeler yapılmaktadır. En başında da belirtildiği gibi ne yazık ki çoğu ileri evrede yakalanan bu hastalar için olabildiğince kısa sürede tanı konulup tedaviye başlamanın çok büyük önemi olduğu aşikardır. Biz patoloğların bu sürece en önemli katkısı dokuları olabildiğince en kısa sürede işleme sokup, sadece gerekenleri uygulayarak kısa süre içerisinde sonuç vermek olmalıdır. Bu süreçle ilgili Avrupa Akciğer kanseri çalışma grubunun süre önerisi 10-15 iş günü olması gerekliliğidir.

METASTATİK KÜÇÜK HÜCRELİ AKCİĞER KANSERİNDE ZORLUKLAR VE GELECEK: SİSTEMİK TEDAVİDE GELİŞMELER

Başak Oyan Uluç

Son 10 yıllık dönemde küçük hücreli dışı akciğer kanseri (KHDAK)'nin tek bir hastalık olmadığı, farklı histolojik ve moleküler alttiplerden oluştuğu ve bu alttiplerin belirlenmesinin tedavi kararında önemli olduğu anlaşılmıştır.

KHDAK tedavisindeki gelişmeler kısaca özetlenecek olursa, 3 ana kavram değişikliğinden bahsedilebilir. Birincisi, daha önce tedavi seçiminde önemi olmadığı düşünülen histolojik alttiplerin önemli olduğu anlaşılmıştır. Beş yıl öncesine kadar akciğer kanseri tedavisinde küçük hücreli ve küçük hücreli-dışı ayrımı yapmak tedavinin belirlenmesi için yeterli iken, pemetreksetin kullanılmaya başlanması ile KHDAK'de histolojik alttipin tedavi seçiminde önemli olduğu ve hastaların en azında skuamöz ve skuamöz-olmayan şeklinde iki gruba ayrılması gerektiği ortaya çıkmıştır.⁴ İkinci olarak, KHDAK'in moleküler patogenezinin anlaşılmasına başlanması ile çok sayıda moleküler alttip tanımlanmış ve bu moleküler alttiplerin hedeflenebileceği görülmüştür. KHDAK'de, özellikle de adenokarsinom alttipinde, her geçen gün yeni moleküler mutasyonlar saptanmakta ve bu mutasyonları hedefleyen ajanların kullanılması ile yanıt ve sağkalım sürelerinde dramatik artışlar sağlanmaktadır. Günümüz için tedavi kararında en önemli moleküler faktörler epidermal büyüme faktör reseptörü (EGFR) mutasyonu ve ALK translokasyonu olsa da, diğer moleküler altgrupları hedefleyen tedavilerin klinik pratiğe girmesi ile tedavi öncesi moleküler analizin önemi daha da artacaktır. Histoloji ve moleküler alttipler birbiri ile ilişkilidir, her histolojik tipte beklenen moleküler değişiklikler farklıdır. Son olarak, birinci basamak tedavi sonrası progresse olmayan hastalara idame tedavi verilmesinin sağkalımı artırdığının görülmesi sebebiyle, idame tedavi bir standart olarak kılavuzlara girmiştir.

Metastatik KHDAK'de artık standart hale gelen **“kişiyi ve tümör genotipine özel”** tedavi yaklaşımı şu şekilde özetlenebilir:

Birinci basamak tedavi

Histolojik alttipin (skuamöz, adenokarsinom, vb) belirlenmesi ve moleküler analizlerin yapılabilmesi için tanı sırasında yeterli doku alınması çok önemlidir. EGFR mutasyonu ve ALK translokasyonu adenokarsinom histolojisi olan tüm hastalara bakılmalıdır.

Birinci basamak tedavide EGFR mutasyonu saptananlara EGFR tirozin kinaz inhibitörü (TKI) olan erlotinib veya gefitinib, ALK translokasyonu saptananlara crizotinib verilmelidir. Tedavinin hemen başlanmasının gerektiği bazı durumlarda, genotiplendirme sonuçları gelene kadar tedaviye kemoterapi ile başlanabilir. Bu durumda, genotip test sonuçları gelince yeniden değerlendirilme yapılmalıdır. EGFR mutasyonu/ALK translokasyonu saptanması durumunda, hastanın kemoterapi toleransı ve kemoterapi yanıtı değerlendirilmelidir. Kemoterapiyi iyi tolere eden ve progresyon gelişmeyen hastalarda kemoterapi 4 küre tamamlanmalı ve hedefe yönelik ajan daha sonraki tedavide kullanılmalıdır. Fakat, kemoterapi-nin kesilerek hedefe yönelik ajana geçilmesi de bir alternatiftir.

Birinci basamak tedavide EGFR mutasyonu veya ALK translokasyonu olmayan hastalara sitotoksik kemoterapi ± hedefe yönelik monoklonal antikorlar verilmektedir. Kullanılabilecek monoklonal antikorlar bevacizumab ve setuximabdır. Setuximab ile ilgili yapılmış 2 randomize klinik çalışmanın birinde 1 aylık genel sağkalım yararı görülmüş, diğerinde ise fark saptanmamıştır. Bu sebeple kılavuzlarda setuximab kullanımı rutin olarak önerilmemektedir. Sitotoksik tedavinin seçiminde ve bevacizumab kullanımı kararında tümör histolojisi, özellikle skuamöz/non-skuamöz ayrımı önemlidir.

- Pemetrekset, skuamöz hücreli karsinomda kullanılmamalıdır.
- Bevacizumab, skuamöz hücreli karsinomda kanama riskini artıracığı için verilmemelidir. Ayrıca santral tümörü olanlarda, tedavi öncesi ciddi hemoptizi olanlarda bevacizumabın hayati risk yaratabilecek düzeyde kanamaya yol açabileceği bilinmelidir.
- Günümüz için ERCC1, RRM1, TS, BRCA-1 gibi moleküler faktörlere bakarak sitotoksik kemoterapinin seçilmesinin standart yaklaşıma üstünlüğünü yoktur.

EGFR mutasyonu olmayan/bilinmeyen hastalarda birinci basamakta EGFR TKI'lar kesinlikle kullanılmamalıdır.

Yaşlı veya performans durumu iyi olmayan hastalara kemoterapi verilmesinin sağkalım faydası vardır. Verilebildiği durumlarda kombine rejimler tek ajan kemoterapiye tercih edilmelidir. Bu hastalara EGFR mutasyonu yoksa veya bilinmiyorsa birinci basamak tedavide EGFR TKI verilmesi önerilmemektedir.

İdame tedavi

Birinci basamak tedavi sonrası progresyon göstermeyen hastalara idame tedavisi verilmesi genel sağkalımı artırmaktadır. İki idame stratejisi vardır:

- Uzatma idamesi: Birinci basamakta kullanılan ilaçlardan bir veya ikisinin devam edilmesi şeklindedir. Kemoterapi ile birlikte bevacizumab/setuksimab almış hastalarda 4-6 kür sonrası kemoterapi kesilerek bevacizumab/setuksimab devam edilebilir. Birinci basamakta pemetrexed ve platin almış olan hastalara 4-6 kür sonrası pemetrexed ile idame yapılabilir.
- Değişim idamesi: Birinci basamak tedavi sonrası progresyon gelişmeden farklı bir ajana geçilmesi şeklinde uygulanan idame tedavisidir. Bu yaklaşımda sağkalım yararı göstermiş iki ajan pemetrexed (skuamöz hücreli karsinom dışındakilere) veya erlotinibdir. Erlotinib tüm moleküler altgruplarda sağkalım faydası göstermiş olsa da, yararı en iyi predikte eden faktörün EGFR mutasyonu olduğu unutulmamalıdır.

İkinci basamak tedavi

İkinci basamak tedavide önerilen standart tedaviler, dozetaksel, pemetrekset ve erlotinibdir. Tedavi kararı hastanın birinci basamakta ve idamede aldığı ilaçlara göre verilir.

- EGFR mutasyonu olan hastalara daha önce almamışlarsa erlotinib verilmelidir.
- ALK translokasyonu olan hastalara daha önce almamışlarsa, crizotinib verilmelidir.
- EGFR mutasyonu olup daha önce EGFR TKİ almış olan veya ALK translokasyonu olup birinci basamakta crizotinib almış olan hastalarda, progresyon sonrası standart tedavi kemoterapidir.
- EGFR mutasyonu olmayan veya bilinmeyen hastalarda kemoterapi verilmesi, EGFR TKİ verilmesine üstündür.

Metastatik KHDAK'de histoloji ve moleküler özelliklere bakılarak "kişiye ve tümör genotipine özel tedavi" uygulaması ile yaşam süresinde önemli artış sağlanmıştır. İleri evre KHDAK'de beklenen medyan yaşam süresi destek tedavi ile 3-4 ay, eski kemoterapi rejimleri ile 6-8 ay, güncel ikili kombinasyonlar (platin ve 3. jenerasyon ajanlar) ile 8-10 ay iken; ikili kombinasyonlara bevacizumab eklenmesi veya histolojiye göre tedavi seçimi ile 12 aya, birinci basamak sonrası idame tedavi verilmesi ile 14-16 aya ve EGFR mutasyonu veya ALK füzyon geni olanlara hedefli tedaviler verilmesi ile 28 ayın üzerine çıkmıştır.

Kaynaklar

1. Lilenbaum RC. Overview of the treatment of advanced non-small cell lung cancer. In: Jett JR, Ross ME, eds. UpToDate. Waltham, MA; 2013.
2. Oyan Uluç, B. "Metastatik küçük hücreli dışı akciğer kanserinde histoloji ve moleküler veriler eşliğinde güncel tedavi", Türkiye Klinikleri J Med Oncol-Special Topics 6(4); 54-70 (2013).

ÖSOFAGUS KANSERİNDE 7. REVİZYON, ŞU ANKİ DURUM VE 8. REVİZYONA ETKİLERİ

Atilla Eroğlu

Tüm malignitelerde olduğu gibi özofagus kanserinde de tedavinin planlanması, prognozun öngörülebilmesi, tedavinin etkinliğinin değerlendirilebilmesi için evreleme gereklidir. Özofagus kanserinde en başarılı ve en uzun sağ kalıma sahip olgular, erken evrede yakalanmış ve cerrahi tedavi uygulanmış olgulardır. Evreleme, cerrahinin hastaya herhangi bir katkı sağlamayacağı olguların tespit edilmesi ve morbidite-mortalitenin azalmasını sağlayacaktır. Son yıllardaki teknolojik gelişim ve PET-CT kullanımı, metastatik olguların tespiti ve doğru evreleme yapmamızda büyük katkı sağlamıştır.

Pierre Denoix 1953 yılında ilk TNM tanımlamasını yapmıştır. Klinik olarak en kullanışlı evreleme sistemi TNM evrelemesi olup, 1968 yılında International Union Against Cancer (UICC) ve American Joint Committee on Cancer (AJCC) tarafından kabul edilmiştir. AJCC ve UICC özofagus kanserinde ilk TNM evrelemesini 1977 yılında yayınlamıştır. Her 6-8 yılda bir revize edilmiştir.

7. Evrelemede Squamoz Hücreli Karsinom (SCC) ile Adenokarsinom farklı evrelendirilmiştir.

- Az diferansiye tümörler adenokarsinom evresini yükseltmiştir.
- Lokalizasyon SCC için etkili olmuştur.
- SCC’de T2 ve T3 arasında önemli sağkalım farkı olmadığı ortaya konulmuştur.
- Evre 1b ve IIa: T2-3N0M0 G1 olgularda, tümör lokalizasyonu alt uç olan tümörler Evre 1b, üst ve orta olanlar Evre IIa olarak tanımlanmıştır.
- Evre IIa ve IIb de; T2-3N0M0 G2-3 olgularda, tümör lokalizasyonu alt uç olan tümörler Evre IIa, üst ve orta olanlar Evre IIb olarak tanımlanmıştır.
- Derecelendirme (Grade) SCC ve Adenokarsinomda TNM aynı olmasına karşın, Evre Ia ve Ib (T1N0M0), Evre Ib ve IIa (T2-3N0M0) arasındaki farkı ortaya koymuştur. Kötü diferansiye tümörlerin prognozunun kötü olduğu aşikârdır. Histolojik derecelendirmede kötü diferansiye tümörlerin evreyi yükselttiği, erken evrelerde anlamlı olduğu ortaya konulmuştur.
- Önceki evrelemelerde olmayan non-anatomik kriterler: Tümörün histo-patolojik tipi, histo-patolojik tipin grade’i, tümörün lokalizasyonu bu evrelemede belirleyici oldu.

- Tis; yüksek grade’li displazi olarak tanımlandı.
- T4, T4a ve T4b şeklinde ayrılarak, rezektabl ve unrezektabl tümör ayrımı yapıldı.
- Altıncı evrelemede N değerlendirmesinde pozitif lenf nodu sayısının bir önemi yoktu. Yeni evrelemede tutulan lenf nodu sayısına göre yeniden N tanımlaması yapıldı.
- Önceki evrelemelerde M1a ve M1b şeklinde ayrılmış ve M1a; Bölgesel lenf nodu metastazı olması tümörü ileri evrelere taşımıştı. Yeni evrelemede bu değiştirilerek, uzak metastaz var/yok olarak değiştirilmiş ve sonuçta tümör evresinin düşmesine neden olmuştur.
- Özofago-gastrik bileşkenin 5 cm altı ve üstünde yerleşmiş tümörler, “Özofago-gastrik bileşke tümörleri” olarak tanımlanarak daha önceden mide tümörleri içinde yer alan bu tümörler, özofagus kanserleri başlığı altında incelendi.
- Tümör lokalizasyonu sadece SCC evre Ib, IIa ve IIb arasında etkili olmuştur.
- Evre I ve III alt gruplamaya gidildi. Evre III; IIIa, IIIb ve IIIc şeklinde 3 ayrı başlıkta incelenmiştir. Önceki evrelemede yer alan Evre IVa, evre III’e kaydırılmıştır.

Reid ve arkadaşlarının 2011 yılında yaptığı çalışmada opere edilen ve TNM-6’ya göre evreledirilen 202 hasta, TNM-7’ye göre tekrar evrelendirilmiş ve sağ kalıma katkısı araştırılmıştır. %11,9 olguda evrede değişiklik, %9,9 olguda evrede düşme, %2,0 olguda evrede yükselme olmuştur. Beş yıllık sağkalımlar evre 1,2,3 için TNM-6’da %78, %46, %18, TNM-7’de %62, %51, %18 bulunmuştur. Tekdeğişkenli analizler histolojik tip ve grade, metastatik lenf nodu sayısı, evre gruplarının hepsinin sağkalımla ilişkili olduğunu ortaya çıkarmıştır. Multideğişken analizlerde TNM-7’nin önemli ölçüde sağkalımla ilişkili olduğu sonucuna varılmıştır.

Sonuç olarak histolojik tip, derecelendirme, lenf nodu sayısı, lokalizasyon, T4 ve M’in yeniden tanımlanması, TNM-7’yi daha tanımlayıcı, homojen, özofagus kanserlerinin daha alt evrelere çekilmesine ve sağkalıma katkı sağlamasına neden olmuştur. Lenf nodu sayısı ve metastaz yaptığı bölgelerle ilgili tartışmalar devam etmekte olup bununla ilgili 8. evrelemede değişiklikler beklenmektedir.

ÖZOFAGUSUN SQUAMÖZ HÜCRELİ KANSERİNDE KEMOTERAPİ VEYA DEFINİTİF KEMORADYOTERAPİ

Sezer Sağlam

Özofagus kanserleri, kanser alanındaki gelişmelere rağmen istenilen bir başarı düzeyini yakalayamamıştır. Bundaki değerlendirmede radyoterapi ve cerrahi tekniklerindeki gelişmeler olumlu yönde olmuş fakat, kemoterapinin yapılan çalışmalarla ek bir katkı verememesi veya daha etkin bir rejimin bulunmamasıdır.

İnsidans

Görülme sıklığı artmaktadır. İnsaların median yaş ortalamasının artması, coğrafi özellikler nedeniyle önümüzdeki yıllarda bu sıklık artacaktır (1).

Batı toplumunda gastroözofageal adenokarsinomlarda özofagus kanserlerine dahil edilmektedir. Bu aslında mide kanseri grubuna girdiği için burada sadece squamöz (yassı epitel) hücreli kanserlere ait tedaviler alınacaktır.

Ülkemizde de tütün ve sıcak çay tüketimi ile ilgili olarak sıklığı oldukça fazla ve Doğu Anadolu bölgesinde sıktır. Erken evre sayısı oldukça azdır (2).

Evreleme

AJCC 7'ye göre önemli değişiklik T4a'nın rezektabil, T4b'nin unrezektabil olarak kabul edilmesidir.

Bölgesel lenf nodları ise; paraözofageal, servikal veya çöliak lenf nodları olarak ayrılmıştır (3).

Nükleer tıp

PET-CT bize %15-20 hastanın metastatik olduğunu tarif edebilmektedir. Preoperatif tümör volümünün hesaplanmasında ayrıca önemli bir rolü olabilmektedir (4).

Uzak metastaz açısından total vücut MR'ı da uygun bir tercih olabilir.

Tedavi

T1-2/N0 özofageal kanserlerde indüksiyon tedavisi düşünülmeyen cerrahi için uygun olgulardır. Bu erken evrede bile cerrahi mortalite istenmeyen ölçülerdedir. Bu evrelerde lokal tedavilerde denenebilir ama metastaz oranı nedeniyle genellikle uygun değildirler.

Hastaların 1/3'ü ileri evredir. 5 yıllık sağkalım %20 civarındadır.

Van Hagen'in son çalışması indüksiyon kemoetrapisi sonrası cerrahinin sadece cerrahi ile olan karşılaştırmasında indüksiyon kemoterapi daha üstün çıkmıştır (5).

Bu çalışma dizaynının en önemli eksikliği sadece cerrahi olan kolda adjuvan kemoterapinin olmamasıdır. Aynı sorunun Kore Mide çalışmasında yaşanmış ve adjuvan kola kemoterapi eklenmemiştir. Sonra yapılan diğer Kore çalışması CLASSIC çalışmasında ise adjuvan kemoterapinin katkısı mide tümörleri için ikili kemoterapötik ajanın yolu anlaşılmıştır (6). Özofagus kanserlerinde şu anda radyoterapi tek başına cerrahi öncesi önerilmemektedir (7,8). Hiperfraksiyone radyoterapi ile 5 yıllık sağkalım %40'a kadar sağkalım verebilmektedir (9).

Etkili bir kemoterapötik kombinasyon cerrahiye mutlaka katkı sağlayacaktır.

Baş boyun kanserlerinde de 3'lü (dosetaksel, 5-FU, Cisplatin) ajan etkili olmuş, ikili ajanlar artık terk edilmiştir. İleride üçlü kemoterapinin katkı vereceğini umut etmekteyiz.

Metastatik hastalık

Özofagus kanseri biyolojik karakteri ile baş-boyun kanserlerine benzemektedir. EGFR gen amplifikasyonunun baş-boyun tümörleri sonrasında vücutta en çok ifade edildiği yer özofagus tümörleridir ancak %7 oranındadır. İlginç olan squamöz hücreli kanserin %11 oranında Her-2 amplifikasyon göstermesi ve midenin adenokarsinomun aksine kötü prognostik özelliğe sahip olmasıdır (10). EGFR reseptör inhibitörü ilaçlar (cetuximab) ne yazık ki baş boyun kadar etkili bir tedavi gösterememiştir. Bunun muhtemel en önemli nedeni özofagusun, baş-boyun kanserlerine oranla daha metastatik gitmesi; diğer tümörlerin ise lokal ileri gitmesi ve EGFR gen amplifikasyonunun düşüklüğüdür. Burada klinik olarak yayılım şekli farklılık göstermektedir.

Adjuvan tedavi

NCCN adjuvan tedaviyi önermemektedir ama iyi yönetilmiş bir çalışma yoktur.

R1 ve R2 rezeksiyonda önerilebilir.

Kaynaklar

1. Siegel R, Naishadham D, Jemal A. Cancer statistics, 2012. *CA Cancer J Clin* 2012;62:10-29.
2. Eser S1, Yakut C, Özdemir R et al. Cancer incidence rates in Turkey in 2006: a detailed registry based estimation. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2010;11:1731-9.
3. Rice TW, Blackstone EH, Rusch VW. 7th Edition of the AJCC Cancer Staging Manual: esophagus and esophagogastric Junction. *Ann Surg Oncol* 2010;17:1721-4.
4. Soydal C, Yüksel C, Küçük NÖ, et al. Prognostic Value of Metabolic Tumor Volume Measured by 18F-FDG PET/CT in Esophageal Cancer Patients. *Mol Imaging Radionucl Ther*. 2014; 23:12-5
5. van Hagen P, Hulshof MC, van Lanschot JJ, et al. Preoperative chemoradiotherapy for esophageal or junctional cancer. *N Engl J Med* 2012;366:2074-84
6. Bang YJ, Kim YW, Yang HK, et al. Adjuvant capecitabine and oxaliplatin for gastric cancer after D2 gastrectomy (CLASSIC): a phase 3 open-label, randomised controlled trial. *Lancet*. 2012;379:315-21
7. Ajani JA, Barthel JS, Bentrem DJ, et al. Esophageal and esophagogastric junction cancers. *J Natl Compr Canc Netw* 2011;9:830-87
8. Arnott SJ, Duncan W, Gignoux M, et al. Preoperative radiotherapy for esophageal carcinoma. *Cochrane Database Syst Rev* 2005;(4):CD001799.
9. Saglam S, Arifoglu A, Saglam EK, et al. Neoadjuvant hyperfractionated-accelerated radiotherapy with concomitant chemotherapy in esophageal cancer: phase II study. *J Gastrointest Oncol*. 2013;4:380-7.
10. Kato H, Arao T, Matsumoto K, et al. Gene amplification of EGFR, HER2, FGFR2 and MET in esophageal squamous cell carcinoma. *Int J Oncol*. 2013 ;42:1151-8

HANGİ T4 HASTALIKTA CERRAHİ TEDAVİ

Soner Gürsoy

Küçük hücreli dışı akciğer kanseri (KHDAK)'nin tedavinin planlanması ve prognozun belirlenmesi açısından TNM sistemine göre evrenmesi gereklidir. Erken evrelerde yapılan cerrahi, %75'lere varan oranda sağkalıma sahip iken bu oran, lokal ileri evre T4 tümörlerde %5-10'lara düşmektedir (1-4). Heterojen bir grup olan T4 tümörler için genellikle hastaların büyük bir bölümünde cerrahiye içermeyen kemoterapi veya radyoterapi prosedürleri önerilmekteydi (4-6). Ancak son yıllarda özellikle faz II çalışmalar, evre IIIA içinde yer alan uzak metastazı olmayan lokal ileri ve/veya büyük damar invazyonu bulunan hastalarda cerrahiye de içeren multimodal tedavi ile sonuçların iyileştiği bildirmektedir (7-9).

Uluslararası Akciğer Kanseri Derneği (UICC) tarafından yeniden düzenlenen (2009), 7. evreleme sisteminde *T4 tümör; Herhangi bir büyüklükte, kalp, mediastinal yağlı doku, ana vasküler damarlar, trakea, rekürren laringeal sinir, özefagus, vertebra ve karina gibi yapılardan herhangi birini invaze eden tümör ve/veya tümörle aynı hemitoraksda farklı lobda tümöral nodül ve/veya nodüller bulunması şeklinde tanımlanmakta ve lenf nodu yayılımı ile ilişkili olarak da evre IIIA veya IIIB de yer almaktadır (10)*. Lokal ileri evre hastalık içinde yer alan T4 tümörlerin preoperatif dönemde komplet rezeksiyon açısından değerlendirilmesi önemlidir. Bu tümörlerde lokalizasyon önemlidir. Rutinde kullanılan postero-anterior akciğer grafileri ve bilgisayarlı tomografilere ek olarak, özellikle karınaya uzaklık veya karina tutulumlarında endobronşiyal yayılımı saptamak, rezeksiyon sınırını belirleyebilmek için bronkoskopik değerlendirme de gerekmektedir. Mediastinal yapıların atrium, aorta, superior vena kava (SVK), intraperikardiyal pulmoner arterlerin ve vertebraanın değerlendirilmesinde toraks bilgisayarlı tomografisi (BT) yanında manyetik rezonans görüntüleme (MRG), pulmoner anjiyografi de kullanılabilir. Mediastinal nodal tutulum ve tümörün yaygınlığını belirlemek açısından 18-FDG pozitron emisyon tomografi (PET-BT) verileri de faydalı olabilmektedir (11). Öte yandan, spesifik organ tutulumlarını belirlemek açısından, ekokardiografi, transözefageal ekokardiografi, endoskopik ultrasonografi, özefagoskopi ve frenik sinirin skopi ile değerlendirilmesi önerilmektedir (12).

T4 tümörlerin büyük bir kısmında, sistemik metastaz sıklığının fazla olması ve komplet rezeksiyon oranlarının

düşük olması nedeni ile cerrahi tedavi olasılığı oldukça iyi değerlendirilmelidir. Preoperatif değerlendirme teknikleri ve cerrahi yöntemlerdeki gelişmelere rağmen, karina, sol atrium, SVK ve pulmoner arter gibi organların sınırlı invazyonlarına sahip hastalar komplet rezeksiyon şansını elde edebilmektedir (12,13). İndüksiyon tedavileri sonrasında (Kemoterapi ve/veya radyoterapi ve kombinasyonları) eklenen rezektif cerrahi uygulamaların sağkalımı uzattığını bildiren çalışmalar sonrasında, bu grup hastalarda, deneyimli merkezlerde yapılacak olan multimodal ve multidisipliner uygulamaların komplet rezeksiyon ve uzun sağkalım için gerekli olduğu ortaya konmuştur (7,14). Süperior sulcus tümörleri her ne kadar özel bir T3 tümör sınıfında değerlendirilmekteyse de vasküler, vertebral ve plexus tutulumları nedeni ile T4 hastalık oluşturabilmektedir. Torasik üst girişi dolduran ve özellikle anterior yerleşimli lezyonlarda, Dartaville tarafından önerilen anterior yaklaşımla komplet rezeksiyon ve %30'lar civarında bildirilen sağ kalım, bu hastalarda kemoradyoterapi sonrası cerrahi girişim uygulanma sıklığını artırmıştır. Diğer hastalarda torakotomi tercihi tamamen cerrahın hastaya yapacağı rezeksiyonun şekline ve işleme göre değişmektedir. Trakea, karina rezeksiyonu ve rekonstrüksiyonu planlanan hastalarda sıklıkla cerrahi yaklaşım olarak; servikal koller insizyon, koller insizyon ve üst median sternotomi, sol posterolateral torakotomi, median sternotomi, sağ posterolateral torakotomi uygulanmaktadır (15).

Vasküler tutulumlarda merkezlerin olanakları ve tecrübesi rezeksiyon endikasyonlarını genişletebilir. Komplet rezeksiyon amaçlı vasküler yapı ve etraf doku rezeksiyon ve rekonstrüksiyonları ile lokal kontrol ve R0 rezeksiyon sağlanabilir. Superior vena kava, perikard içi ve sol atrium rezeksiyonları, aorta müdahaleleri kardiopulmoner by-pass destekli veya desteksiz yapılabilir. Ancak bu derece santral lezyonların lokal invazif davranışları nedeniyle, cerrahi karar alınmadan önce sağkalım oranları ve R0 rezeksiyon şansları iyi değerlendirilmelidir. Komplet rezeksiyon şansı olmayan lezyonlara tümör yükünü azaltmaya yönelik operasyonların sağkalım açısından avantaj oluşturmadığı bilinmelidir. Superior vena kava tutulumu olan hastalarda tutulumun genişliğine bağlı olarak parsiyel rezeksiyon, segmental rezeksiyon ucuca anastomoz, greftli veya greftsiz rekonstrüksiyon uygulanmaktadır. Yine pulmoner arterin tutulum noktaları

ve atrium ile ilişkisine bağlı olarak kardiyopulmoner bypass'ın kullanılması gerekliliği de bildirilmiştir. Tümör invazyonlu aort rezeksiyon sayısı literatürde oldukça sınırlıdır. Aort'un 1 cm² ve altında adventisya invazyonu olan hastalarda sadece invaze olan duvarının rezeksiyonu ve greftleme, adventisyadan daha derin tutulumu olan olgularda ise parsiyel oklüzyon ile rezeksiyon ve greft ile onarım önerilmektedir.

T4 lokal invazyon gösteren N0,1 M0 hastalarda da cerrahi uygulanması sonucunda sonuçlar iyileşmektedir. ACCP guideline son versiyonunda da klinik T4N0,1 M0 olgularda özelleşmiş merkezlerde küratif rezeksiyon yapılması önerilmektedir. Trakeobronşial açığı, trakea alt ucu, karinanın tümör ile invazyonları, *genişletilmiş akciğer rezeksiyonları* olarak adlandırılan bir dizi komplet rezeksiyon ve rekonstrüksiyon esaslarına dayanan operatif tekniklerle güvenli bir şekilde rezeke edilebilmektedir. *Hastanın küçük hücreli dışı akciğer kanseri histopatolojisi ile birlikte, distal trakeadan itibaren 2 cm'den daha az invazyon göstermesi, N0-N1 hastalığa sahip olması ve subkarinal lokalizasyon dışında N2 hastalık olmaması, yine subkarinal lokalizasyon hariç olmak üzere mediastinoskopi negatif ve standart pnömonektomi sonrası pozitif cerrahi sınır olması bu operasyon teknikleri için gerekli endikasyonları oluşturmaktadır.* Çeşitli merkezlere göre farklılıklar göstermekle birlikte, perioperatif mortalite %7.5 ile %29, sağ kalım oranları ise %15-77 arasında değişmektedir.

Akciğer kanserli hastalarda ek malign natürlü nodülleri kategorize etmek ve evrelemek zordur. İkincil primer kanser veya primer tümör ile ilişkili ek bir nodül olup olmadığının multidisipliner yaklaşım ile belirlenmesi gereklidir. Göğüs hastalıkları, radyoloji, göğüs cerrahları ve patoloji departmanlarının ortak bir takım halinde çalışması zorunludur. Lezyonların senkron primer kanser oldukları saptanın ise yeterli rezervi olan hastalarda her tümörü bireysel olarak değerlendirmek en doğru yaklaşım olacaktır. *Mediastinal lenf bezi yayılımı ve/veya metastazın saptanması rezektif cerrahi için kontrendikasyon olarak değerlendirilmelidir.* ACCP guideline son versiyonunda, aynı lob yerleşimi söz konusu ise (T3 satellit) en tedavinin lobektomi olduğu önerilmiş, ancak diğer loblardaki nodüllerin tedavisi çok da iyi tanımlanamamıştır. İpsilateral farklı lob yerleşimlerinde ekstratorasik metastazların da iyi değerlendirilmesi özellikle PET/BT ve beyin MRI/BT incelemelerinin yapılması önerilmektedir. Uzak metastazları gösteren pulmoner nodül varlığı M1a olarak evrelenmektedir. İntraoperatif olarak farklı lobta sekonder tümör odağı saptandığında ise N2 olup olmaması önem kazanmakta ve N2 hastalık yok ve pulmoner rezerv yeterli ise her odağın rezeksiyonu önerilmektedir. Multipl lezyonu olan hastalarda, malignite şüphesi olan GGO (Ground glass opacity) mevcudiyetinde bile multifokal akciğer kanserinden söz edilebilir (MFLC). *MFLC kanıtlanmış ise küratif tedavi amaçlanmalı ve lezyonlar yapılabilir ise sublobar rezeksiyonlarla çıkarılmalıdır.*

Sağkalım analizi ve komplikasyonlar

Lenf nodu tutulumu (N0,1,2,3) ve R durumu (R0,1,2), sağkalımı belirleyen en önemli faktörler olarak öne çıkmaktadır. Yang ve arkadaşları, mediastinal invazyonu olan hastalarda iki, üç ve beş yıllık sağkalım oranlarını sırasıyla %51.2, %33.7 ve %22.7, R0, R1, R2 ve eksploratris torakotomi uygulanan hastaların sağkalım oranlarını ise sırasıyla 28, 19.2, 12 ve 5.3 ay olarak bildirmişlerdir (16). Pnömonektomi yapılmayan R0 gurubunda iki, üç ve beş yıllık sağkalım sırasıyla %70, %50.2 ve %34.4 bildirilmiştir. *Mediastinal büyük damar invazyonlarında bildirilen sağkalım oranları, diğer mediastinal yapılara invazyonlardan daha iyidir.* Bernard ve arkadaşlarının risk ve sağkalım analizi yaptıkları çalışmalarında, bir, iki ve üç yıllık sağkalım oranları sırasıyla %46, %31, %21 dir. Sol atrium, vertebra ve özefagus tutulumlarında ise prognoz daha kötü olduğunu bildirilmiştir (17). Wu ve arkadaşları, sol atrium ve ana pulmoner venin tutulumu nedeniyle rezeksiyon yapılan hastalarda bir, üç, ve beş yıllık sağkalımları sırasıyla; %71.7, %37.7, %22 olarak vermişler ve N2 lenfatik durumda ise 5 yıllık sağkalımı %0 olarak bildirilmiştir (18). Cerrahi ile ilişkili mortalite görülmemiş ama morbidite oranlarının %52.1 ve en sık nedeninde kardiyovasküler bozukluklar olduğunu rapor edilmiştir. Watanabe ve arkadaşları, aynı hemitoraks farklı lob metatazı olan 87 hastayı içeren çalışmalarında üç ve beş yıllık sağkalımları sırasıyla %48.3 ve %34.5 olduğunu bildirmişlerdir (19). Farklı T4 tutulumlarına göre üç yıllık sağkalım, mediastinal yağlı doku tutulumunda %36.1, mediastinal diğer organ tutulumlarında %36.2, aynı taraf farklı lob tutulumlarında %33 ve bildirilen mortalite oranı da %0.47 dir. Aynı araştırmacılar, N0 olgularda R0 rezeksiyonun en iyi sağkalıma sahip olduğunu bildirmişlerdir. *Tüm yayınların ortak vurgusu, T4 tümörlü hastalarda lenf nodu tutulumu ve tam olmayan rezeksiyon kötü prognoz nedeni olduğudur* (17,20,21). Evre IIIA da sınıflanan atrium ve büyük damarların invazyonlarının prognozu ise oldukça kötüdür ve olgular sıklıkla inoperabl olarak kabul edilirler. Vasküler sistem invazyonunda sistemik metastazlarında sık görülmesi nedeniyle hastaların birçoğu cerrahi dışı multimodal tedavi görürler. Ancak son dönemlerdeki faz II çalışmalarda, uzak metastazı olmayan lokal ileri evre ve büyük damar invazyonlu hastalarda multimodal tedavi ve eklenen cerrahi ile sonuçların iyileştiği bildirilmektedir (8,9). Büyük damar ve atrium invazyonlu hastalarda, bir önceki dekadlara göre tanı yöntemleri ve cerrahi tekniklerin gelişmesi ile atrium, vena kava, aort gibi büyük vasküler yapılar tümörle birlikte komplet çıkarılabilmektedir. Tümörün tamamen çıkarılması sağkalımı belirleyen en önemli prognostik faktörlerdendir. Aort ve SVK tutulumuna bağlı cerrahi yapılan hastalarda; aort cerrahisinde beş yıllık sağkalım %30.7 iken, SVK grubunda beş yıllık sağkalımı %11 olarak bildirilmiştir (22). Aort, SVK ve sol atrium rezeksiyonu yapılan hastaları içeren çalışmalarda ortalama beş yıllık sağkalım süreleri %20'ler civarındadır. Yıldızeli ve arkadaşlarının çalışmalarında ise,

superior sulkus, karina, SVK ve diğer mediastinal organların invazyonuna bağlı cerrahi yapılan hasta grubunda beş yıllık genel sağkalımın %38.4 olarak bildirilmiş, SVK rezeksiyonunda %29.4 ve mediastinal tutulumlarda %61.2'lik oranlar verilmiştir (12,23). Bu çalışmada yazarlar, sağkalım analizinde N0, N1 ve R0'ın N2, N3 ve R1'den daha iyi olduğunu da bildirmişlerdir. Shien ve arkadaşları (7), lokal ileri evre KHDAK'ı hastalara indüksiyon kemoterapisi sonrası cerrahi ve direk cerrahi uyguladıkları hastaları karşılaştırdıkları çalışmalarında üç ve beş yıllık sağkalımları indüksiyon kemoterapisi grubunda sırasıyla %83.8, %78.9 iken, direk cerrahi grubunda %66.8, %56.5 bulmuşlar ve lokal ileri evre KHDAK hastalarda indüksiyon kemoterapinin etkili olduğunu belirtmişlerdir. Lococo ve arkadaşları (14), indüksiyon terapisi (radyoterapi ve kemoterapi) sonrası cerrahi ve direk cerrahi yapılan T3, T4 hastaların uzun dönem sağkalım takiplerinde istatistiksel olarak bir fark olmadığı, R1 ve R2 rezeksiyonlarda ölüm oranının R0 rezeksiyona göre beş kat daha fazla olduğunu, fakat indüksiyon terapi grubunda lokal ve bölgesel nüks oranının direk cerrahi grubuna göre daha düşük olduğunu bildirmişlerdir.

Sonuç

T4 tümörlerin cerrahi rezeksiyonu ve tedavi protokolündeki rolü açısından, yerleşim yeri ve etraf yapılarına olana invazyonu tartışma konusu olmaktadır. Etraf yapıların lokal invazyonunun iyi prognozu gösterdiğini bildiren sınırlı sayıda çalışma yürütülmüş olmasına karşın, çok sayıdaki retrospektif çalışma da bu sonucu göstermektedir. Cerrahi tedavide, preoperatif evreleme, multimodal yaklaşım ve takım çalışması önemlidir. Komplet rezeksiyon ve lenf nodu tutulumu en önemli prognostik faktörlerdir. Uzak metastazı olmayan, N0-1 lenfatik durumlu, sınırlı invazyonu olan SVK, atrium ve intraperikardial pulmoner arter invazyonlarında beş yıllık sağkalım sonuçları (ortalama %20-30) diğer T4 tümörlere göre daha iyidir. Komplet rezeksiyon yapılamamış ve/veya N2-3 lenf durumlu hastalar ile özefagus ve vertebra invazyonu olan T4 hastalarda sağkalım sonuçlarının daha kötü olduğu bildirilmektedir. Neoadjuvan veya adjuvan tedavi sonuçları halen tam açıklık kazanmamış olup, sağkalıma etkileri de tartışılmaktadır. Ancak cerrahi ile kombine multimodal tedavi yapılmış yayın sayısı da halen yeterli düzeyde değildir. Pancoast tümörler hariç tutulduğunda, N0 ve N1 lenfatik duruma sahip T4 tümörlerde eğer komplet rezeksiyon yapılabilecek ise, cerrahi girişim uygun hastalara önerilmelidir.

Kaynaklar

1. Dominioni L, Imperatori A, Rovera F, Ochetti A, Torrigiotti G, Paolucci M. Stage I nonsmall cell lung carcinoma: analysis of survival and implications for screening. *Cancer*.2000;89:2334-44.
2. Wisnivesky JP, Halm EA. Sex differences in lung cancer survival: do tumors behave differently in elderly women? *J Clin Oncol*. 2007;25:1705-12.
3. Doddoli C, Rollet G, Thomas P, Ghez O, Seree Y, Giudicelli R, et al. Is lung cancer surgery justified in patients with direct mediastinal invasion. *Eur J Cardiothorac Surg* 2001;20:339-43.
4. Naruke T, Goya T, Tsuchiya R, Suemasu R. Prognosis and survival in resected lung carcinoma based on the new international staging system. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1988;96:440-47.
5. Pitchard RS, Anthony SP. Chemotherapy plus radiotherapy compared with radiotherapy alone in the treatment of locally advanced, unresectable non-small cell lung cancer: a metaanalysis. *Ann Intern Med* 1996; 125: 723-29.
6. Ginsberg RJ. Limits and perspectives of surgical resection for nonsmall cell lung cancer. *Lung cancer* 1991;7:35-39.
7. Shien K, Toyooka S, Kiura K, Matsuo K, Soh J, Yamane M, et al. Induction Chemoradiotherapy Followed by Surgical Resection for Clinical T3 or T4 Locally Advanced Non-Small Cell Lung Cancer. *Ann Surg Oncol* 2012;19:2685-92.
8. Rice TW, Blackstone EH. Radical resections for T4 lung cancer. *Surg Clin North Am*. 2002 Jun;82(3):573-87.
9. Lucchi M, Viti A, Melfi F, Ambrogi M, Givigliano F, Dini P, et al. IIIB-T4 non-small cell lung cancer: indications and results of surgical treatment. *J Cardiovasc Surg*. 2007;48:369-74.
10. Sobin LH, Gospodarowicz MK, Wittekind C (Eds). International Union Against Cancer (UICC) TNM Classification of Malignant Tumors, 7th Ed. New York, NY: Wiley-Liss, 2009.
11. Pfannenberger AC, Aschoff P, Brechtel K, Müller M, Bares R, Paulsen F, et al. Low dose non-enhanced CT versus Standard dose contrast-enhanced CT in combined PET/CT protocols for staging and therapy planning in non-small cell lung cancer. *Eur J Nucl Med Mol Imaging* 2007; 34: 36-44.
12. DiPerna CA, Wood DE. Surgical Management of T3 and T4 Lung Cancer. *Clin Cancer Res* 2005;11:5038s-5044s.
13. Pitz CC, Brutel de la Riviere A, van Swieten HA, Westermann CJ, Lammers JW, van den Bosch JM. Results of surgical treatment of T4 non-small cell lung cancer. *Eur J Cardiothorac Surg*. 2003;24:1013-8.
14. Lococo F, Cesario A, Margaritora S, Dall'Armi V, Nachira D, Cusumano G et al. Induction Therapy Followed by Surgery for T3-T4/N0 Non-Small Cell Lung Cancer: Long-Term Results. *Ann Thorac Surg* 2012;93:1633- 40.
15. Liu XY, Liu FY, Wang Z, Chen G, Gang Chen. Management and Surgical Resection for Tumors of the Trachea and Carina: Experience with 32 Patients. *World J Surg* 2009; 33:2593-98.
16. Yang HX, Hou X, Lin P, Rong TH, Yang H, Fu JH. Survival and Risk Factors of Surgically Treated Mediastinal Invasion T4 Non-Small Cell Lung Cancer. *Ann Thorac Surg* 2009;88:372-378
17. Bernard A, Bouchot O, Hagry O, Favre J.P. Risk analysis and long-term survival in patients undergoing resection of T4 lung cancer. *European Journal of Cardio-thoracic Surgery*. 2001; 20: 344-349
18. Wu L, Xu Z, Zhao X, Li J, Zhong L, Pang T, et al. Surgical Treatment of Lung Cancer Invading the Left Atrium or Base of the Pulmonary Vein. *World J Surg* 2009; 33:492-496.
19. Watanabe S, Asamura H, Miyaoka E, Okumura M, Yoshino I, Fujii Y, et al. Results of T4 Surgical Cases in the Japanese Lung Cancer Registry Study, Should Mediastinal Fat Tissue Invasion Really be Included in the T4 Category?. *J Thorac Oncol*. 2013;8: 759-765.
20. Ohta M, Hirabayashi H, Shiono H, Minami M, Maeda H, Takano H, et al. Surgical resection for lung cancer with infiltration of the thoracic aorta. *J Thorac Cardiovasc Surg*. 2005;129:804-8.
21. Doddoli C, Rollet G, Thomas P, Ghez O, Seree Y, Giudicelli R, et al. Is lung cancer surgery justified in patients with direct mediastinal invasion? *Eur J Cardiothorac Surg* 2001;20:339-43.
22. Misthos P, Papagiannakis G, Kokotsakis J, Lazopoulos G, Skouteli E, Lioulis A. Surgical management of lung cancer invading the aorta or the superior vena cava. *Lung Cancer* 2007; 56:223-7
23. Yildizeli B, Darveville P.G, Fadel E, Mussot S, Chapelier A. Results of Primary Surgery With T4 Non-Small Cell Lung Cancer During a 25-Year Period in a Single Center: The Benefit is Worth the Risk. *Ann Thorac Surg* 2008;86:1065-75.

CERRAHİ SONRASI YAŞAM KALİTESİNİ BOZAN DURUMLAR

Ertan Aydın

Sağlık; sadece hastalık ya da sakatlığın olmayışı değil, bireyin bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali iken yaşam kalitesi; içinde yaşadıkları kültür ve değerler sistemi bağlamında; amaçları, beklentileri, standartları ve kaygıları açısından bireylerin yaşamdaki pozisyonlarını algılaması olarak tanımlamaktadır. Yaşam kalitesi çalışmaları hastanın problemlerinin belirlenmesinde, tedavi önceliklerinin saptanmasında, girişimlerin yönlendirilmesinde, hastalık sürecinin izlenmesinde yarar sağlamaktadır.

Göğüs cerrahisi alanında anestezi ve cerrahi teknik ve teknolojilerindeki ilerlemeye rağmen, mortalite ve morbiditenin istenen düzeyde azalmaması, yeni cerrahi tekniklere olan gereksinimin artmasına yol açmıştır.

Göğüs cerrahisi sonrasını yaşam kalitesini bozan durumlar başlık olarak;

- Ağrı (post-torakotomi, omuz-kol, diğer)
- Yorgunluk, bitkinlik
- Mide bulantısı/kusma
- Uykusuzluk
- Kilo kaybı
- Kabızlık/daire
- Nefes darlığı
- Öksürük
- Hemoptizi

Yaşam kalitesinin sorgulanması hastalara tedavinin getireceği yarar ve zararları anlatır iken hem hasta hem de hekim için kolaylık sağlayacak bir araç olabilir. Bu nedenle, ameliyat sonrası yaşam kalitesini etkileyen faktörler doğru tanımlanmalı ve hastalara uzun dönemdeki yaşam kaliteleri hakkında bilgi verildikten sonra ameliyat planlanmalıdır.

MALİGN MEZOTELYOMA: HİSTOPATOLOJİK ÖZELLİKLER VE SON GELİŞMELER

Serpil Dizbay Sak

Malign mezotelyoma en sık olarak plevrada, daha az olarak da periton ve perikardda rastlanan nadir görülen bir tümördür. Ülkemizdeki coğrafi asbest ve erionit maruziyeti nedeniyle Türkiye’de patologlar ve klinisyenler tarafından nispeten iyi tanınan bir tümör olan mezotelyoma olgularının büyük kısmı plevrayı tutan, diffüz ve nodüler olarak kalınlaştıran, plevral effüzyona yol açan tümörler olarak karşımıza çıkar. Ancak mezotelyomanın her zaman klasik prezentasyonu ile ortaya çıkmayabileceği akılda bulundurulmalıdır. Mezotelyoma nadiren de olsa lenfadenopati, interstisyel akciğer hastalığı ya da lokalize lezyonlar şeklinde de karşımıza çıkabilir. Bu nedenle özellikle toraks patolojisinde, mezotelyoma ayırıcı tanıda her zaman akılda tutulması gereken bir antitedir.

I. Difüz malign mezotelyoma (DMM)

Farklı morfolojik özellikler göstermesi ve hem reaktif hem de neoplastik birçok lezyonu taklit edebilme yeteneğine sahip olması nedeniyle tanısı güçlüklerle konulan bir tümördür. “Malign mezotelyoma” terimi genellikle “difüz malign mezotelyoma” yerine kullanılmaktadır. Çok sayıda histolojik alt tip tanımlanmıştır. Histopatolog bu tiplerin varlığı ve özellikleri konusunda bilgiye sahip olmalıdır, ancak Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tümörlerin üç ana tip üzerinden sınıflandırılmasını önermektedir:

- a. epitelioid tip malign mezotelyoma (EDMM),
- b. (desmoplastik tip dahil olmak üzere) sarkomatoid tip malign mezotelyoma (SDMM),
- c. bifazik (mikst) tip malign mezotelyoma (BDMM).

Ia. Epitelioid difüz malign mezotelyoma

EDMM, epitelioid sitolojik özellikler gösteren bir DMM’dir. EDMM’lerin büyük bir kısmı tümör hücrelerinin reaktif mezotel hücrelerine benzediği iyi diferansiye hücrelerden oluşurlar, ancak anaplastik/pleomorfik formlar da görülür. EDMM’ler çok değişik morfolojik paternler sergilerler. Bazen bir patern hakim olsa da aynı tümör içerisinde genellikle farklı paternler gözlenir. Birçok EDMM’nin dikkat çeker bir sitolojik atipi göstermeksizin, belirgin nükleollü, veziküler nükleuslu, geniş eozinofilik sitoplazmalı ve mitotik aktivitenin sık izlenmediği tümör hücrelerinden oluştuğu gözlenir. Az diferansiye formlarında belirgin nükleollü, kaba

kromatinli nükleuslar ve sık mitoz içeren pleomorfik/anaplastik tümör hücreleri izlenir. Arada multinükleer tümör dev hücreleri gözlenebilir. Ancak bu tür tümörler daha az görülürler ve karsinomlardan ayırım genellikle sorun yaratır.

EDMM’lerin fibröz stroması hyalinize aselüler bir stromadan, oldukça selüler özellikte bir stromaya kadar değişken olabilir. Selüler stromalı tümörler bifazik tipte malign mezotelyomadan güçlüklerle ayırt edilebilirler. Stromada mikzoid değişiklik belirgin olabilir ve matriks içerisinde kümeler oluşturan epitelioid hücrelerin yığıldığı görülebilir. Bu tür tümörlerde matriks hyaluronik asitten zengindir ve Alcian blue ile hyaluronidaza duyarlı bir boyanma gösterir.

i. Tubülopapiller varyant: Tubülopapiller patern EDMM’nin en sık görülen histolojik paterni olmakla birlikte aynı zamanda plevraya metastaz yapan adenokarsinomlardan da ayırt edilmesi gereken en önemli klasik paternlerden birisidir. Tubülopapiller patern sıklıkla yarıklanmalar ve trabeküllerin de izlendiği göreceli olarak üniform görünümlü basıklaşmış, kübik veya poligonal hücrelerle döşeli küçük tubüler yapılar ve fibrovasküler stroma içeren papiller yapılardan oluşur. Psammom cisimcikleri olguların yaklaşık %5-10 kadarında izlenebilir.

ii. Adenomatoid (mikroglandüler) varyant: Adenomatoid patern; labirent benzeri yapılar, adenoid kistik veya taşlı yüzük hücresi görünümünde mikrokistik yapılar sergiler ancak nötral müsin ile boyanmaz. Adenomatoid paternde üniform görünümlü basıklaşmış kübik hücreler küçük gland benzeri yapıları döşerler. Adenomatoid patern bir EDMM’de genellikle diğer paternler ile birlikte görülmesine karşın, hakim patern olarak da izlenebilir. En önemli ayırıcı tanısı metastatik adenokarsinomdur.

iii. Solid iyi diferansiye varyant: EDMM’nin en sık görülen histolojik paternlerinden birisidir. Neoplastik hücreler yuvalanmalar, kordonlar veya tabakalanmalar meydana getiren ve reaktif mezotel hücrelerine benzeyen belirgin nükleollü, yuvarlak, veziküler nükleuslu, geniş eozinofilik sitoplazmalı hücrelerden oluşurlar. Mitoz genellikle belirgin değildir. Ödemli mikzoid stroma izlenebilir. Bu paternin ayırıcı tanısında karsinomlar yanı sıra benign reaktif mezotel hücre hiperplazisi de yer alır.

iv. Solid az diferansiye varyant: Solid az diferansiye patern veya pleomorfik patern genellikle monoton

tabakalanmalar oluşturan üniform nükleuslara sahip nisbeten diskoheziv poligonal-yuvarlak tümör hücrelerinden meydana gelir. Arada anaplastik ve/veya multinükleer tümör dev hücreleri bulunabilir. Nekroz daha sık izlenir. Ayırıcı tanıda lenfoma ve büyük hücreli karsinom yer alır.

v. Asiner (glandüler) varyant: Tümörün büyük kısmını oluşturan asiner veya gland benzeri yapılar tipiktir. Asiner veya gland benzeri yapıların lümenleri elonge görünümde olabileceği gibi dallanmalar da meydana getirebilir. Bu yapılar genellikle nisbeten üniform ve belirgin sitolojik atipi göstermeyen kübik hücrelerle döşelidir. En önemli ayırıcı tanısı metastatik adenokarsinomdur.

Ib. Sarkomatoid difüz malign mezotelyoma

SDMM yaklaşık %15-20 oranla DMM'ler içerisinde en az sıklıkta görülen tümördür. Fibrosarkoma benzer şekilde işi hücrelerin demetler veya difüz bir patern göstermesi ile karakterlidir. SDMM, EDMM ile karşılaştırıldığında daha fazla mitoz, nekroz ve sitolojik atipi içerir. Bazı SDMM'ler malign fibröz histiositomayı hatırlatır şekilde anaplastik hücreler ve dev hücreler içerirler. Nadir olarak SDMM olgularının osteosarkomatöz veya kondrosarkomatöz diferansiyasyon gösterdikleri bildirilmiştir. Bu tür olgular plevraya metastaz yapan osteosarkom ve kondrosarkomlardan ayırt edilmelidir.

SDMM'nin en önemli varyantları dezmoplastik ve lenfhistiositoid varyantlardır.

i. Dezmoplastik varyant: Bu patern tüm malign mezotelyomaların %5-10 kadarında görülmektedir. Storiform veya "paterni olmayan patern" şeklinde organizasyon gösteren atipik hücrelerle birbirinden ayrılan ve tümörün en az %50'sini oluşturan yoğun kollajen demetleri ile karakterlidir. Selüler ve storiform bir görünüm sergileyebileceği gibi hiposelüler ve kollajenden zengin bir patern de gösterebilir. Belirgin sitolojik atipi göstermeyen, nadir olarak mitoz içeren, hyalinize kollajen demetler arasında dağılan az sayıda işi hücreden oluşan tümör hücresi ile plevral plakta izlenen "sepet örgüsü" görünümü sergileyebilir. Dezmoplastik varyantta belirgin sarkomatöz odaklar izlenebilir ancak küçük biyopsi örneklerinde her zaman bu alanları görmek mümkün olmayabilir. Bu varyant fibröz plevrit/benign organize plevritte görülen reaktif fibrozisten ayırt edilmeli ve her iki antitenin de bir arada bulunabileceği akılda tutulmalıdır. Fibröz plevrit/benign organize plevrit ile dezmoplastik varyant ayırımında bazı tanısal kriterler kuvvetle maligniteyi düşündürmelidir. Bu kriterler arasında belirgin sarkomatoid alanlar, kollajen nekrozu ve uzak metastaz varlığı ile submezotelyal yağ dokusu, çizgili kas dokusu veya akciğere invazyon sayılabilir. İmmünohistokimyasal olarak sitokeratin boyanması yağ dokusu, çizgili kas dokusu veya akciğerde bu belirleyici ile boyanan işi hücrelerin gösterilmesi ile ortaya çıkartılan invazyon varlığının belirlenmesinde oldukça

yardımcı olur. Ancak kalınlaşmış bir plevrada sitokeratin boyanması tek başına bir yarar sağlamaz çünkü reaktif olaylarda da genellikle sitokeratin pozitif hücreler bulunur. Keratin ile boyanan hücrelerin benign patolojilerde yüzeye paralel düzenlenirken, mezotelyomada karışık olarak görülmesi tanıya yardımcıdır.

ii. Lenfhistiositoid varyant: SDMM'nin bir paterni olarak kabul edilen ve oldukça nadir görülen lenfhistiositoid patern arada eozinofillerin de eşlik ettiği yoğun difüz bir lenfoplazmositik infiltrasyon içerisinde diskoheziv, belirgin nükleollü, büyük atipik histiositoid görünümlü malign mezotel hücreleriyle karakterlidir.

Ic. Bifazik (mikst) difüz malign mezotelyoma

BDMM epitelioid ve sarkomatoid paternlerin bir arada görülmesi ile karakterlidir. DMM'lerin yaklaşık %30'unu oluşturur. BDMM tanısının verilmesi için gerekli kriter her bir histolojik tipin tümörün en az %10'unu oluşturmasıdır. Tümörün daha fazla sayıda örneklenmesi ile BDFMM tanısı da artış gösterir.

Id. Mezotelyomada derecelendirme

Mezotelyomada histolojik derecelendirme klasik olarak kullanılmamakla birlikte, yakın zamanda nükleer özellikleri dikkate alan üçlü bir derecelendirmenin prognozu ön görebileceği ortaya atılmıştır. Bu derecelendirmeye göre ortalama yaşam 23 ay ile 8 ay arasında değişmektedir.

Ie. Difüz malign mezotelyomada ayırıcı tanı ve yardımcı yöntemler

Malign mezotelyomada morfolojik özellikler tanımlanmış olmakla birlikte tanı histokimyasal, immünohistokimyasal yöntemlerin yardımı ile teyid edilmelidir. Ne yazık ki difüz malign mezotelyomayı karışabileceği diğer antitelerden ayırdedebilecek tek bir test ya da sabit bir panel mevcut değildir.

DMM ile ilgili immünohistokimyasal çalışmalar daha çok EDMM ile pulmoner adenokarsinomun ayırımında kullanılabilecek immünohistokimyasal belirleyiciler üzerine odaklanmıştır. Ancak DMM'de izlenebilecek değişik morfolojik özellikler dikkate alındığında tanısal açıdan problem yaratabilecek bir çok sorunlu alan bulunmaktadır. Bunlar şöyle özetlenebilir:

- DMM, adenokarsinoma ayırımı
- DMM, mezotelyal hiperplazi ayırımı
- DMM, fibrinöz plevrit ayırımı
- DMM, diğer tümörler (sarkom, lenfoma, malign melanoma vb.) ayırımı

i. DMM, adenokarsinoma ayırımı

Günümüzde DMM için ortaya konmuş spesifik bir immünohistokimyasal belirleyici bulunmamaktadır. Bu nedenle özellikle EDMM ile adenokarsinomun ayırımı için kullanılacak immünohistokimya paneli, DMM'nin boyanma gösterdiği "pozitif belirleyiciler" ile boyanma göstermediği

“negatif belirleyiciler”in her ikisini de içermelidir. Böylelikle “iki pozitif” ve “iki negatif” olmak üzere dört belirleyici içeren bir immünohistokimya panelinin EMM ile pulmoner adenokarsinomu ayırmada yeterli olacağı düşünülmektedir. Mezotelyoma belirleyicilerinin seçimi, bir laboratuvarında hangi mezotelyoma antikorlarının bulunduğu ve bunlardan hangileri ile en iyi boyanma sonuçlarının alındığına bağlı olarak değişkenlik gösterebilir.

EDMM’nin; kalretinin, sitokeratin 5/6, podoplanin (D2-40), mezotelin, Wilm’s tumor-1 (WT-1), epitelyal membran antijen (EMA), HBME-1, trombomodulin (CD141), CD44S, n-cadherin, e-cadherin ve vimentin gibi belirleyiciler ile %40-100 oranında değişken pozitiflik gösterdiği saptanmıştır. Kalretinin, sitokeratin 5/6 ve mezotelin ile %100 oranında boyanma izlenirken, WT-1 ve EMA ile %93 ve HBME-1 ile %85 oranında pozitiflik tespit edilmiştir. Kalretinin, “pozitif mezotelyoma belirleyicileri” arasında en iyi ve DMM tanısında en sık kullanılan belirleyicilerden birisidir. Kalretinin, EDMM’lerde genellikle kuvvetli ve difüz bir boyanma gösterir. Sitokeratin 5/6 ile ilgili dikkat edilmesi gereken nokta, DMM yanısıra pulmoner yassı hücreli karsinomların da sıklıkla bu antikor ile pozitiflik göstermeleridir.

Belirleyicilerin sensitivite ve spesifisiteyi göz önünde bulundurulduğunda; kalretinin, sitokeratin 5/6, podoplanin ve WT-1 en iyi “pozitif mezotelyoma belirleyicileri” ve CEA, MOC-31, Ber-EP4, BG-8 ve B72.3 ise en iyi “negatif mezotelyoma belirleyicileri” olarak kabul edilebilirler. Pulmoner adenokarsinomlar için yüksek spesifisiteyi bulunan TTF-1 ve Napsin A da plevral mezotelyomada negatif belirleyici olarak panele dahil edilmelidir ancak pulmoner adenokarsinomların yaklaşık dörtte birinin bunları ekspres etmediği akılda tutulmalıdır.

ii. DMM, mezotelyal hiperplazi ayırımı

Benign mezotel proliferasyonlarının malign olanlardan ayırt edilmesini kesin olarak sağlayan bir immünohistokimyasal belirleyici bulunmamaktadır. Bu amaçla kullanılabilecek panellerde EMA, p53, desmin, glukoz transporter 1 (GLUT-1) ve insulin-benzeri büyüme faktörü II messenger RNA-bağlayıcı protein 3 (IMP3) öne çıkmaktadır.

Epitelyal mezotel proliferasyonlarında EMA pozitifliğinin malignite bulgusu olduğu ileri sürülmüştür. Birçok EMM’nin EMA ile kuvvetli membranöz pozitiflik gösterdiği doğru olmasına karşın, bu belirleyici ile reaktif epitelyal mezotel proliferasyonlarında da membranöz boyanma. Bunun aksine tüm DMM’ler EMA ile pozitiflik göstermemektedir. Literatürde mezotelyal lezyonlarda p53 boyanmasının malignite bulgusu olduğu ileri sürülmektedir. Malign mezotel proliferasyonlarında p53 boyanmasına daha sık rastlanıldığı bildirilmiş olmasına karşın, malign lezyonlar her zaman p53 ile boyanma göstermemektedir. Ayrıca benign reaksiyonların da p53 ile pozitiflik gösterebildikleri ortaya konmuştur. Desmin antikorunun reaktif mezotelyal hiperplazide

yüksek oranda ve kuvvetli, neoplastik mezotelde ise düşük oranda ekspresyon gösterdiği bildirilmiştir. GLUT-1 pozitif olduğunda mezotelyoma lelinde delil olarak kabul edilir. Sensitivitesi %54 spesitivitesi ise % 98 olarak bildirilmiştir. Onkofetal protein IMP3 mezotelyomaların %73 kadarında pozitif bulunmuştur. Reaktif proliferasyonlarda ise negatif olduğu ileri sürülmektedir.

Sonuç olarak EMA-pozitif (kuvvetli), p53-pozitif, IMP3 pozitif, GLUT-1 pozitif ve desmin negatif bir immünoprofilin dikkatli bir şekilde yorumlanmasıyla mezotelyal malignite tanısı desteklenebilir. Kuşku olgularda “atipik mezotelyal hiperplazi” tanımının kullanılması önerilir.

iii. DMM, fibrinöz plevrit ayırımı

SDMM’ler tipik olarak geniş spektrumlu sitokeratinlerle boyanma gösterirler. Bu nedenle keratin pozitifliğinin mezotelyal maligniteyi gösterdiğine dair yaygın bir inanç bulunmasına karşın bu tam olarak doğru değildir. Keratin boyanması kesin olarak negatif olduğunda yararlı olabilir çünkü keratin-negatif bir işi hücre proliferasyonunun DMM olma olasılığı neredeyse yok gibidir. Ancak keratin pozitifliği durumunda, bunun yaygınlığı, keratin pozitif hücrelerin oryantasyonu ve invaziv nitelikte olup olmadığı dikkate alınmalıdır. Ayrıca bazı SDMM olguları kalretinin ile reaktivite gösterebilirler. Podoplaninin de bu amaçla kullanılabileceği öne sürülmektedir.

iv. DMM, diğer tümörler ayırımı

Malign mezotelyoma plevradan başlayan yada buraya metastaz yapan hemen tüm tümörlerin ayırıcı tanısına girebilir. Bu tümörler morfolojik özelliklerine göre şöyle sıralanabilir.

İşsi hücreli tümörler: Plevranın işsi hücreli tümörlerinin ayırıcı tanısında SDMM oldukça önemli bir yer tutar. SDMM öncelikle işsi hücreli karsinomlar (örneğin sarkomatoid değişiklik gösteren metastatik renal hücreli karsinom) ve primer veya metastatik yumuşak doku sarkomları, metastatik melanomun işsi hücreli varyantı, primer ve sekonder plevral timomalar, benign ve malign soliter fibröz tümörler, schwannom ve malign periferik sinir kılıfı tümörleri, desmoid tümör, kalsifiye fibröz tümör gibi plevranın işsi hücreli tümörleri ile nodüler plevral plak ve fibröz plevrit gibi non-neoplastik lezyonlarından ayırt edilmelidir. Tümörün büyüme paterni, diferansiyasyon derecesi, yapısal ve sitolojik özelliklerinde gözlenen farklılıklar ayırıcı tanıda yardımcı olsalar da plevranın işsi hücreli tümörlerini sadece histolojik özelliklerine göre ayırt etmek mümkün değildir. İmmünohistokimyasal inceleme tüm olgulara çözüm getiremeye de bazı olgularda ayırıcı tanı veya tümör tipinin belirlenmesi açısından oldukça önem taşır. Bazı olgularda kesin tanının konulmasında ultrastrüktürel ve moleküler analizler gerekebilir.

Plevranın primer tümörlerinden soliter fibröz tümör ile ayırıcı tanı gerekebilir. Yarıklar tarzında boşlukların içerisinde bulunan az sayıda hücrenin kalın kollajen demetleri ile ayrılması sonucu ortaya çıkan görünüm soliter fibröz

tümörde “patern oluşturmayan patern” olarak tanımlanan karakteristik hiposelüler görünümü oluşturur. Soliter fibröz tümörün SDMM’den ayırımında immünohistokimyasal inceleme oldukça yardımcı olur. Soliter fibröz tümör tipik olarak CD34, CD99, bcl-2 ve vimentin ile pozitiflik gösterirken, sitokeratin ile boyanmaz.

Epitelioid histolojik patern gösteren tümörler: EMM’nin ayırıcı tanıları arasında metastatik karsinom, metastatik malign melanom, epitelioid angiosarkom, adenomatoid tümör, timoma ve epitelioid sinovyal sarkom yer alır.

Bifazik büyüme paterni gösteren tümörler: Hem iğsi hücreler hem de epitelioid hücrelerden oluşan bifazik patern bifazik sinovyal sarkom, timoma, dezmoplastik küçük yuvarlak hücreli tümör, plöropulmoner blastom ve bazı metastatik tümörlerde görülebilmektedir.

Küçük mavi hücreli tümörler: Dar sitoplazmaya sahip hücrelerden oluşan neoplaziler genellikle “küçük mavi hücreler” içeren neoplaziler olarak isimlendirilirler. Küçük mavi hücreler; küçük hücreli karsinom, lenfoma, bazı melanomlar ve plevraya metastaz yapan diğer küçük mavi hücreli tümörlerde izlenirler. Bu özellikteki tümörler malign mezotelyomanın küçük hücreli varyantı ile ayırımında problem yaratırlar. İmmünohistokimyasal olarak küçük hücreli karsinomun nöroendokrin belirleyicilerle ve lenfomanın ise CD45 ile boyanma göstermesi bu tümörleri kolaylıkla malign mezotelyomanın küçük hücreli varyantından ayırır. Bu kategoride malign mezotelyoma ayrıca plöropulmoner blastom, dezmoplastik küçük yuvarlak hücreli tümör, sinovyal sarkomun küçük hücreli az diferansiye varyantı ve torakopulmoner bölgenin primitif nöroektodermal tümörü (Askin tümörü)/Ewing sarkomundan da ayırt edilmelidir.

Özet olarak DMM’da ihtiyaç duyulan ayırıcı tanı paneli tümörün lokalizasyonu ve olgunun özelliklerini dikkate alarak en az iki pozitif belirleyici yanı sıra negatif belirleyicileri de içerecek şekilde düzenlenmelidir.

v. Malign mezotelyomada moleküler özellikler

Mezotelyomada son dönemde en çok üzerinde durulan değişikliklerden biri siklin bağımlı kinaz inhibitörü 2A (CDKN2A), CDKN2B ve metiltioadenozin fosforilazı (MTAP) içeren 9p21 loküsünde homozigot delesyondur. Çeşitli çalışmalar p16/CDKN2A delesyonlarını plevral mezotelyomaların %80 kadarında göstermiştir. Bu nedenle malign mezotelyoma ile benign mezotelyal proliferasyonların ayırımında çok yararlıdır. Ancak bu yöntem mezotelyomayı diğer malign tümörlerden ayırma da kullanılamaz.

II. Lokalize malign mezotelyoma

Lokalize malign mezotelyoma (LMM) makroskopik veya mikroskopik olarak difüz plevral yayılım göstermeyen, makroskopik olarak lokalize nodüler bir lezyon gibi görünen ancak DMM’nin mikroskopik, immünohistokimyasal ve ultrastrüktürel özelliklerini gösteren oldukça nadir bir tümördür. Makroskopik olarak iyi sınırlı nodüler tümörler olan LMM’ler viseral veya parietal plevra ile ilişkili olabilecekleri gibi, saplı veya sapsız olabilirler ve komşuluğundaki akciğere uzanım gösterebilirler.

DFMM ile aynı histolojik özellikleri gösterirler ve epitelioid varyant hakim olsa da sarkomatoid veya bifazik paternler de sergileyebilirler. DMM ile aynı immünohistokimyasal boyanma paternleri gösterirler. Bazı LMM’lerin cerrahi eksizeyon ile tedavi edildikleri bildirilmiştir. Nüks eden tümörler sarkomlar gibi metastaz yapabilirler ve plevral yüzey boyunca yayılmazlar. LMM’nin prognozu konvansiyonel DMM’ye göre daha iyidir.

Kaynaklar

1. Allen TC. Recognition of histopathologic patterns of diffuse malignant mesothelioma in differential diagnosis of pleural biopsies. Arch Pathol Lab Med 2005;129:1415-20.
2. Allen TC, Cagle PT, Churg A, et al. Localized malignant mesothelioma. Am J Surg Pathol 2005;29:866-73.
3. Attanoos RL, Gibbs AR. Pathology of malignant mesothelioma. Histopathol 1997;30:403-18.
4. Churg A, Roggli V, Galateau-Salle F, et al. Tumours of the pleura: mesothelial tumours. In: Travis WD, Brambilla E, Müller-Hermelink HK, Harris CC, eds. Pathology and genetics of tumours of the lung, pleura, thymus and heart. II. series. Lyon: International Agency for Research on Cancer Press; 2004. p.126-36.
5. Corson J. Pathology of mesothelioma. Thorac Surg Clin 2004;14:447-60.
6. Crotty TB, Myers JL, Katzenstein AA et al. Localized malignant mesothelioma. A clinicopathologic and flow cytometric study. Am J Surg Pathol 1994;18:357-63.
7. Husain AN, Colby T, Ordóñez N et al. Guidelines for Pathologic Diagnosis of Malignant Mesothelioma 2012 Update of the Consensus Statement from the International Mesothelioma Interest Group. Arch Pathol Lab Med 2013;137:647-67.
8. Larsen BT, Klein JRH, Hornychova H, Diffuse Intrapulmonary Malignant Mesothelioma Masquerading as Interstitial Lung Disease: A Distinctive Variant of Mesothelioma. Am J Surg Pathol 2013;37:1555-64.
9. Ordóñez NG. The immunohistochemical diagnosis of mesothelioma. A comparative study of epithelioid mesothelioma and lung adenocarcinoma. Am J Surg Pathol 2003;27:1031-51.
10. Ordóñez NG. Application of immunohistochemistry in the diagnosis of epithelioid mesothelioma: a review and update. Human Pathology 2013;44:1-19.

HİPERTERMİK PLEVRAL KEMOTERAPİ

Ahmet Feridun Işık

Hipertermik perfüzyon kemoterapisi (HİPEK), uzun yıllardır değişik kanser türlerinde uygulanmaktadır. Özellikle karaciğer ve peritonun hipertermik perfüzyonu çeşitli kanserlerde uygulanmıştır. Kolon ve over kanserine bağlı peritonitis karsinomatozada cerrahi gereklilik sınırlarını genişletmiş ve birincil tümörün çıkarılmasını yaygınlaştırmıştır [1-3]. Tanı konduğunda veya takip sırasında saptanan periton tutulumu artık ameliyat edilmeme gerekliliği değildir.

Plevrada da Sugarbaker, Richards, Shigemura, De Bree ve Giovanni gibi araştırmacılar, plevral kanserlerde (Birincil veya ikincil) hipertermik tedaviyi uygulamışlar ve sonuçlarını açıklamışlardır [4-9]. Uygulamanın tek ve net bir gerekliliği yoktur. Shigemura ve arkadaşları, küçük hücre dışı akciğer kanserli ve plevra yayımlı 5 hastanın dahil edildiği bir çalışmada, plevra içi hipertermik perfüzyon kemoterapisini plöroponöminektomi ile birlikte kullanarak ortalama 19 aylık sağ kalım elde etmişler. Makalelerinin yazım tarihinde bir hasta dışında tüm hastalarının yaşadığını ve en uzun sağ kalım 32 ay olduğunu bildirmişlerdir [4]. Önce torakoskopik olarak hipertermik kemoterapiyi uygulamışlar, daha sonra ikinci bir ameliyatla plöroponöminektomiye gerçekleştirmişlerdir. Matsuzaki de çalışmasında akciğer çıkarması ve hipertermik perfüzyon uygulanan akciğer kanseri ve plevra karsinomatozisi olan olgularda ortalama 20 aylık bir sağ kalım süresi elde ettiğini bildirmiştir. Her ne kadar istatistiki olarak anlamlı çıkmasa da, aynı çalışmada bileşik tedavinin yapılmadığı hastaların ise ortalama 6 ay yaşadığı saptanmıştır [5]. Hipertermik perfüzyon tedavisinin kullanıldığı tek ikincil plevra tümörü akciğer kanseri değildir. Timoma veya timik kanser sıçramasına bağlı plevra tutulumunda da cerrahi ile birlikte kullanılmış ve umut verici sonuçlar elde edilmiştir [7].

Malign plevral mezotelyomanın tedavisinde tek başına cerrahi veya kemoterapinin bir işe yaramadığı artık netleşmiştir [10-16]. Hatta radyoterapinin de eklendiği durumlarda bile sağ kalım ve hastalıksız dönemler itibarıyla tatmin edici sonuçlar yoktur [14-16]. Plevranın başka sistem kanserleri tarafından tutulumu ise daha kötü bir sağ kalıma sahiptir. Akciğer, meme, kolon, prostat veya başka bir kanserin plevrayı tutması ister komşuluk isterse hematogen yolla olsun, hastalığın tedavisi ve seyrinde hekimleri umutsuzluğa

itmektedir. Doğal olarak yapılması düşünülen işlemler neredeyse tamamen rahatlatmaya yönelik olmaktadır [17].

Mezotelyomanın tedavisinde günümüzde, multimodal tedavi yaklaşımı gerekliliği hemen tüm hekimlerin hem fikir olduğu bir konudur. Cerrahi, kemoterapi, radyoterapi, immunoterapi, gen tedavisi ve fotodinamik tedavi seçenekleri değişik araştırmacılar tarafından deneysel ve klinik düzeyde çalışılmış ve önerilmiştir [10-16,18]. Mezotelyoma, biyolojik davranışı açısından diğer solid tümörlere benzemektedir. Bu tip kanser hücrelerinde proteaz eksikliği nedeniyle plevra önemli bir sınırlayıcı engel olarak hastalığın yerel kalmasını sağlamaktadır [12]. Torasentez veya tüp torakotomi ile bu engel bozulmadıkça uzun süre hastalık sınırlı kalmaktadır. Bu özelliği aslında tedavisinde bizlere ip uçları da vermektedir. Zira, mezotelyomalı hastaların %85'inde uzak organ metastazı saptanamamaktadır. Bu da hastaların genel durumunu bozanın yerel tutulumlar nedeniyle aksayan kalp-akciğer sorunlarının ölüme yol açtığı düşüncesini doğurmaktadır.

HİPEK'in etkisi iki türlü ortaya çıkmaktadır. Birincisi, yüksek ısının tümör hücrelerindeki yıkıcı etkisi, ikincisi de yüksek ısının da yardımıyla verilen kemoterapik ajanın kanser hücresine girişimini artırmaktır. Genellikle Cisplatin veya türevleri kullanılsa da başka kemoterapik ilaçlar da tek başına veya ek olarak tedavi protokollarına girmişlerdir. Değişik çalışmalarda cisplatinin dozu 50 mg/M2 den 400 mg/M2'ye kadar geniş bir spekturumda uygulanmıştır [4-9,19,20]. Toksik doz ve farmakokinetik araştırmalarındaki uygulamalar 250 mg/M2'yi geçmemektedir [6]. Matsuzaki ve arkadaşları HİPEK'in kanser hücreleri üzerindeki etkisi saptamak amacıyla yaptıkları çalışmada, tümör hücrelerinin ilk 24 saatte apoptoza gittiğini göstermişlerdir [8]. Aynı çalışmada sağ kalım değerlendirmelerinde, ortalama sağ kalımın 30 ay olduğu saptanmıştır. Çalışmaya alınan 6 hastanın 5'inin evre III, birinin de evre IV olduğu düşünülürse yakalanan sağ kalımın ne kadar önemli olduğu anlaşılabacaktır.

Tıbbi yazına bakıldığında HİPEK'in uygulamasında değişik protokoller görülmektedir. Bu da bize uygulamanın henüz emekleme aşamasında olduğunu ve kesin bir şemaya sahip olmadığını gösterir. Zaten mezotelyomanın veya plevral kanserlerin tedavisinde de üzerinde uzlaşma sağlamış standart bir tedavi yöntemi yoktur. Zira kimi çalışmalarda

plöropnömonektominin sağ kalımı uzattığı bildirilmişse de, azımsanmayacak sayıda çalışmada da akciğeri koruyucu cerrahinin önemine vurgu yapılmaktadır. Bağışıklık tedavisi, gen tedavisi ve fotodinamik tedavi gibi seçenekler ne yazık ki günlük klinik uygulamadan henüz çok uzaktadırlar. Oysa HIPEK, 20 yılı aşkın süredir plevrada olmasa bile diğer bölge veya organ kanserlerinde uygulanmaktadır. Sonuçlarının da umut verici olduğu söylenebilir.

Uygulama yöntemi

Hipertermik intraplevral perfüzyon kemoterapisi uygulaması genel anestezi altında cerrahi işlemi takiben yapılır. Zaten bu tedavinin etkili olabilmesi için öncelikle kanseri küçültücü (sitoreduktif) cerrahinin yapılması esastır. Hastalar endotrakeal çift lümen ile entübe edildikten sonra operasyon yerine göre sağ veya sol yan yatar pozisyonunda yatırılır ve posterolateral torakotomi kesisi ile 5. interkostal aralıktan toraksa girilir.

Ekstraplevral disseksiyon ile parietal plevra düşürülür ve daha sonra plevral mesafeye girilir. Burada amaç, cerrahinin olabilirliğinin test edilmesidir. Çünkü kimi hastada plevrayı

toraks duvarından ayırmak mümkün olmayabilir. Parietal ve medyastinal plevra olabildiğince blok olarak soyulur ve çıkarılır. Diyafragmatik plevra için bazen daha aşağı bir seviyeden yeni bir cilt kesisi yapmadan kolaylaştırıcı torakotomi yapılır. Diyafragmatik plevra mümkün olduğunca soyularak çıkarılır. Eğer tümör geniş bir alanı soyulamayacak kadar tutmuş ise diyafragma rezeksiyonu yapılan işlemlere eklenir ve gerekirse perikard ile birlikte çıkarılarak yapay yama konulur. Eğer visseral plevrada da tutulum varsa yine özekdokuyu korumak esası ile visseral plörektomi de yapılabilir. Cerrahi işlem bittikten sonra kapamaya geçilir ve katlar anatomik planda kapatılır. Ancak sıvı ve hava drenajı için iki adet göğüs tüpü konur. Bu tüpler aynı zamanda ameliyat sonrası erken dönemde yapılacak olan hipertermik kemoterapi için de kullanılır. Kullanılan cihazlar temel olarak perfüze edici ilkesi ile çalışır. Kardiyopulmoner bypass cihazından farklı dolaşan sıvının oksijenasyonu değil istenen sıcaklığa çıkarılmasını sağlamaktır. Kliniğimizde kullanılan cihazların ikisi de İtalyan menşeli cihazlardır (Rand- Medolla/İtalya ve Menfis BioMedica-Medolla/İtalya).

Kaynaklar

1. Sugarbaker PH. Intrapertoneal chemotherapy and cytoreductive surgery for the prevention and treatment of peritoneal carcinomatosis and sarcomatosis. *Semin Surg Oncol* 1998; 14: 254-261
2. van der Vange N, van Goethem AR, Zoetmulder FA, Kaag MM, van de Vaart PJ, ten Bokkel Huinink WW, Beijnen JH. Extensive cytoreductive surgery combined with intra-operative intraperitoneal perfusion with cisplatin under hyperthermic conditions in patients with ovarian cancer: A feasibility pilot. *Eur J Surg Oncol* 2000; 26: 663-668.
3. Elias D, Blot F, El Otmany A, Antoun S, Lasser P, Boige V, Rougier P, Ducreux M. Curative treatment of peritoneal carcinomatosis arising from colorectal cancer by complete resection and intraperitoneal chemotherapy. *Cancer*. 2001 ;92: 71-76
4. Shigemura N, Akashi A, Ohta M, Matsuda H. Combined surgery of intrapleural perfusion hyperthermic chemotherapy and panpleuropneumectomy for lung cancer with advanced pleural spread: a pilot study. *Interact Cardiovasc Thorac Surg* 2003; 2: 671-675.
5. Matsuzaki Y, Shibata K, Yoshioka M. Intrapleural perfusion hyperthermo-chemotherapy for malignant pleural dissemination and effusion. *Ann Thorac Surg* 1995; 59: 127-31
6. Ratto GB, Civalieri D, Esposito M, Spessa E, Alloiso A, de Cian F, Vannozzi MO. Pleural space perfusion with cisplatin in the multimodality treatment of malignant mesothelioma: A feasibility and pharmacokinetic study. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1999; 117: 759-765.
7. De Bree E, Van Ruth S, Baas P, Rutgers EJTh, van Zandwijk N, Witkamp AJ, Zoetmulder FA. Cytoreductive surgery and intraoperative hyperthermic intrathoracic chemotherapy in patients with malignant pleural mesothelioma or pleural metastases of thymoma. *Chest* 2002; 121: 480-487
8. Matsuzaki Y, Tomita M, Shimizu T, Hara M, Ayabe T, Onitsuka T. Induction of apoptosis by intrapleural perfusion hyperthermo-chemotherapy for malignant pleural mesothelioma. *Ann Thorac Cardiovasc Surg* 2008; 14: 161-165.
9. Richards WG, Zellos L, Bueno R, Jaklitsch MT, Janne PA, Chirieac LR, Yeap BY, Dekkers RJ, Hartigan PM, Capalbo L, Sugarbaker DJ. Phase I to II study of pleurectomy/decortication and intraoperative intracavitary hyperthermic cisplatin lavage for mesothelioma. *J Clin Oncol* 2006; 24: 1561-1567.
10. Sugarbaker DJ, Garcia JP. Multimodality for malignant pleural mesothelioma. *Chest* 1992; 112: 272-275.
11. Grondin SC, Sugarbaker DJ. Pleuropneumectomy in the treatment of malignant pleural mesothelioma. *Chest* 1999; 116: 450-454.
12. Butchart EG. Contemporary management of malignant pleural mesothelioma. *The Oncologist* 1999; 4: 488-500.
13. Rusch VW, Venkatraman ES. Important prognostic factors in patients with malignant pleural mesothelioma managed surgically. *Ann Thorac Surg* 1999; 68: 1799-1804
14. Schipper PH, Nichols FC, Thomse KM, Deschamps C, Cassivi SD, Allen MS, Pairelero PC. Malignant pleural mesothelioma: Surgical management in 285 patients. *Ann Thorac Surg* 2008; 85: 257-264
15. Borasio P, Berutti A, Bille A, Lausi P, Levra MG, Giardino R, Ardisson F. Malignant pleural mesothelioma: clinicopathologic and survival characteristics in a consecutive of 394 patients. *Eur J Cardiothorac Surg* 2008; 33: 302-313
16. Yan TD, Boyer M, Tin MM, Sim J, Kennedy C, Mclean J, Bannon PG, McCaughan BC. Prognostic features of long-term survivors after surgical management of malignant pleural mesothelioma. *Ann Thorac Surg* 2009; 87: 1552-1556
17. Laisaar T, Palmiste V, Vooder T, Umbleja T. Life expectancy of patients with malignant pleural effusion treated with video-assisted thoracoscopic talc pleurodesis. *Interact Cardiovasc Thorac Surg* 2006; 5: 302-310.
18. Matzi V, Maier A, Woltsche M, Smolle-Jüttner FM. *Interact Cardiovasc Thorac Surg* 2004; 3: 52-56
19. De Bree E, van Ruth S, Schotborgh CE, Baas P, Zoetmulder FA. Limited cardiotoxicity after extensive thoracic surgery and intraoperative hyperthermic intrathoracic chemotherapy with doxorubicin and cisplatin. *Annals of Surgical Oncology* 2007; 14: 3019-3026.
20. Shigemura N, Akashi A, Nakagiri T, Hazama K, Ohta M, Matsuda H. Pleural perfusion thermo-chemotherapy under VATS: a new less invasive modality for advanced lung cancer with pleural spread. *Ann Thorac Surg* 2004; 77: 1016-1021.

MEZOTELYOMADA SİSTEMİK TEDAVİNİN ROLÜ

P. Fulden Yumuk

Malin plevral mezotelyoma (MPM) nispeten nadir ama ölümcül tümörlerdendir. Tedavi planlanmasında tüm tedavi yaklaşımlarından birlikte faydalanmak gerekir. Bu nedenle uygun hastalarda cerrahi, kemoterapi ve radyoterapi değişen sıralamalarla kullanılmaktadır. Buna trimodal veya multimodal tedavi denilmektedir. Multimodal tedavi sürecinde hasta seçimi son derece önemlidir. Klinik evre I–III hastalığı, epiteloid veya karma histolojisi, performans durumu 0–1, trimodal tedavi planına medikal ve psikolojik olarak uygun olan ve bu konuda deneyimli merkezlerde görülen hastalar seçilmelidir. Hastalara yapılacak tedavi sıralaması baştan planlanmalı ve buna uyulmaya çalışılmalıdır.

Neo-adjuvan kemoterapi MPM'nın tedavisinde radikal cerrahi öncesi uygulanan kemoterapidir ve 2000'li yıllardan sonra MPM literatüründe görülmeye başlanılmıştır. Tedaviye yanıtı olmayan hastaların belirlenmesinde önemlidir. Hastalığın biyolojisi ve prognozu hakkında bilgi verir. Bu yaklaşımda ağır bir cerrahi sonrası ortaya çıkabilecek kemoterapiye uyumsuzluk sorunu ortadan kalkar ve hastalar tam doz tedavilerini alabilirler.

Neo-adjuvan kemoterapi uygulamalarının yer aldığı çalışmalarda hastaların %80–95'inin kabul edilebilir toksisite oranları ile 3 veya 4 kür kemoterapiyi tamamladığı, %30–40'ında objektif cevap elde edildiği, sonrasında yaklaşık olarak %70–75'inde ekstraplevral pnömonektomi ve %50–65'ine de radyoterapi uygulanabildiği, böylece hastaların %32–67'sinin multimodal tedaviyi tamamlayabildiği görülmektedir (1). Çalışmalarda neo-adjuvan kemoterapi sırasında %9'a kadar progresyon görülmüştür. Genellikle bu hastalarda ortalama sağkalım 14–25,5 ay arasındadır.

Kemoterapinin neo-adjuvan veya adjuvan olarak verilmesinin birbirine üstünlüğünü direkt kıyaslayan randomize bir çalışma yoktur. Retrospektif ve prospektif serilerin sonuçlarına bakıldığında aralarında bir fark olmadığı düşünülmektedir (1).

Neo-adjuvan kemoterapi uygulamasında dikkat edilecek noktalar:

- Tüm hastalar toksisite ve progresyon açısından dikkatle izlenmelidir.
- Neo-adjuvan kemoterapi klinik progresyon veya ciddi toksisite görülmediği sürece 2–3 kür uygulanmalıdır.

- Sisplatin-pemetreksed (veya gemesitabin) tercih edilen rejimdir.
- Karboplatin sisplatine nazaran daha iyi tolere edilir, tedavi sonrasında asteni ve performans durumu kötüleşmesi oranları düşüktür.
- Son kemoterapiden 2 hafta sonra kemoterapi öncesi yapılan tetkik ile yeniden tedaviye cevap değerlendirilmelidir.
- Preoperatif kardiyopulmoner değerlendirme yapılmalıdır.
- Hasta kemoterapiden 2–6 hafta sonra opere edilmelidir.
- Patolojik lenf nodu pozitifliği sağkalımı etkileyen önemli bir kötü prognostik faktördür.

Adjuvan kemoterapi uygulamasında dikkat edilecek noktalar:

- Cerrahi sonrasında – hafta içinde adjuvan kemoterapiye başlanması idealdir.
- Cerrahinin tipi hastanın performans durumunu etkileyen önemli faktörlerden biridir.
- Tolere eden hastalarda genellikle 4 kür kemoterapi verilir.
- İlaç seçimi neo-adjuvan tedavide olduğu gibidir.

Yaygın veya nüks hastalıkta ise esas tedavi kemoterapidir. İlk seçimde sisplatin ve bir antifolat olan pemetreksed kombinasyonu MPM'da standart kemoterapi rejimidir (2). Yapılan faz 3 randomize çalışmada sisplatin–pemetreksed kombinasyonu ile sadece sisplatin kıyaslanmış ve kombinasyon kolundaki hastaların daha uzun süre yaşadığı (12,1 ay vs 9,3 ay) görülmüştür. Progresyonsuz yaşam süresi de daha iyidir (5,7 ay vs 3,9 ay) ve daha yüksek objektif yanıt oranı (%41,3 vs %16,7) gösterilmiştir. Ne kadar yapılan çalışmada istatistiksel anlamlılığı yakalamasa da raltitreksed içeren kombinasyonla da pemetreksede yakın sağkalım sürelerine (11,4 ay) ulaşıldığı görülmüştür (3). Neo-adjuvan, adjuvan ve primer kemoterapi uygulamalarında bu kombinasyonlar kullanılmaktadır. Alternatif olarak sisplatin– gemesitabin veya sisplatin–vinorelbin de kullanılabilecek diğer kemoterapi şemalarıdır. Bu ajanlar genellikle faz 2 çalışmalarının sonuçlarına bakılarak önerilmektedir (4–7). Sisplatine bağlı yan etkilerin azaltılması amacı ile sisplatin yerine karboplatin (AUC 5) kullanılması halinde cevap oranları azalmasına rağmen yaşam sürelerinde belirgin bir değişiklik görülmemiştir (8–12). Pemetreksed ve karboplatin ilaç kombinasyonu yaşlı hastalarda da (70 yaş üstü) benzer etkinliğe sahiptir (13). Kemoterapiye tanıyı takiben erken dönemde başlanmalıdır.

ve toplam 4-6 kür genellikle yeterlidir (2,14). İlk seçim kemoterapi sonrasında idame tedavisinin yeri konusu tartışmalıdır ve yeterli sayıda hasta içeren randomize klinik çalışmaya ihtiyaç vardır (15). İmmünomodülatör ajanlar, hedef yönelik tedaviler ve aşıların klinik çalışma protokolleri dışında kullanılması uygun değildir.

Yapılan çalışmalarda MPM'lı hastaların %30-70'inin ikinci sıra kemoterapi aldıkları görülmektedir (16-18). İkinci sıra tedaviden fayda gören vakalar olmakla birlikte net bir sonuca varılamamıştır. İlk seçim kemoterapi sonrasında progrese olan ve daha önce pemetreksed tedavisi almayan hastalarda ikinci sıra pemetreksed ile en iyi destek tedavisi bir faz III çalışmada karşılaştırılmıştır. Pemetreksed kolunda daha yüksek yanıt oranları, daha uzun progresyonsuz

sağkalım süresi olmasına rağmen medyan genel sağkalım farkı bulunmamıştır (19). İkinci seçimde gemesitabin kullanılan az hasta sayılı çalışmada ise objektif yanıt oranları %20'den düşük, progresyonsuz sağkalım 3 aydan kısa ve genel sağkalım OYS 10 aydır (14). İkinci ve üçüncü seçimde vinorelbin verilen hastalarda da sonuçlar benzerdir (11-12,20). Hedefe yönelik ilaçların (sorafenib, sunitinib, cediranib, erlotinib, everolimus) sonuçları da olumlu değildir (21-22).

Özetle ilk seçimde pemetrexed-platin kullanan ve 12 aydan daha uzun süre progresyonu olmayan hastalarda ikinci seride pemetrexed ($\pm$ platin), daha kısa bir sürede progrese olduysa gemesitabin veya vinorelbin denenebilir.

MPM tedavisinde yeni ajanlar ve yaklaşımlar denenmektedir ve çalışma sonuçları beklenmektedir.

Kaynaklar

1. Cao C, Tian D, Manganas C, Matthews P, Yan TD. Systematic review of trimodality therapy for patients with malignant pleural mesothelioma. *Ann Cardiothorac Surg* 2012;1(4):428-37.
2. Vogelzang NJ, Rusthoven JJ, Symanowski J, et al. Phase III study of pemetrexed in combination with cisplatin versus cisplatin alone in patients with malignant pleural mesothelioma. *J Clin Oncol* 2003;21:2636-44.
3. van Meerbeeck JP, Gaafar R, Manegold C, et al. Randomized phase III study of cisplatin with or without raltitrexed in patients with malignant pleural mesothelioma: an intergroup study of the European Organisation for Research and Treatment of Cancer Lung Cancer Group and the National Cancer Institute of Canada. *J Clin Oncol* 2005;23:6881-9.
4. Castagneto B, Zai S, Dongiovanni D, Muzio A, Bretti S, Numico G, Botta M, Sinaccio G. Cisplatin and gemcitabine in malignant pleural mesothelioma: a phase II study. *Am J Clin Oncol* 2005;28:223-6.
5. van Haarst JM, Baas P, Manegold Ch, Schouwink JH, Burgers JA, de Bruin HG, Mooi WJ, van Klaveren RJ, de Jonge MJ, van Meerbeeck JP. Multicentre phase II study of gemcitabine and cisplatin in malignant pleural mesothelioma. *Br J Cancer* 2002;86:342-5.
6. Byrne MJ, Davidson JA, Musk AW, Dewar J, van Hazel G, Buck M, de Klerk NH, Robinson BW. Cisplatin and gemcitabine treatment for malignant mesothelioma: a phase II study. *J Clin Oncol* 1999;17:25-30.
7. Kalmadi SR, Rankin C, Kraut MJ, Jacobs AD, Petrylak DP, Adelstein DJ, Keohan ML, Taub RN, Borden EC. Gemcitabine and cisplatin in unresectable malignant mesothelioma of the pleura: a phase II study of the Southwest Oncology Group (SWOG 9810). *Lung Cancer* 2008;60:259-63.
8. Ceresoli GL, Zucali PA, Favaretto AG, et al. Phase II study of pemetrexed plus carboplatin in malignant pleural mesothelioma. *J Clin Oncol* 2006; 24:1443-8.
9. Santoro A, O'Brien M, Stahel RA, et al. Pemetrexed plus cisplatin or pemetrexed plus carboplatin for chemonaive patients with malignant pleural mesothelioma: Results of the International Expanded Access Program. *J Thorac Oncol* 2008;3:756-3.
10. Scherpereel A, Astoul P, Baas P, Berghmans T, Clayson H, de Vuyst P, Dienemann H, Galateau-Salle F, Hennequin C, Hillerdal G, Le Péchoux C, Mutti L, Pairon JC, Stahel R, van Houtte P, van Meerbeeck J, Waller D, Weder W; European Respiratory Society/ European Society of Thoracic Surgeons Task Force. Guidelines of the European Respiratory Society and the European Society of Thoracic Surgeons for the management of malignant pleural mesothelioma. *Eur Respir J* 2010;35:479-95.
11. Remon J, Lianes P, Martínez S, Velasco M, Querol R, Zanui M. Malignant mesothelioma: new insights into a rare disease. *Cancer Treat Rev* 2013;39:584-91.
12. Nowak AK. Chemotherapy for malignant pleural mesothelioma: a review of current management and a look to the future. *Ann Cardiothorac Surg* 2012;1:508-15.
13. Ceresoli GL, Castagneto B, Zucali PA, Favaretto A, Mencoboni M, Grossi F, Cortinovis D, Del Conte G, Ceribelli A, Bearz A, Salamina S, De Vincenzo F, Cappuzzo F, Marangolo M, Torri V, Santoro A. Pemetrexed plus carboplatin in elderly patients with malignant pleural mesothelioma: combined analysis of two phase II trials. *Br J Cancer* 2008;99:51-6.
14. O'Brien MER, Watkins D, Ryan C, et al. A randomised trial in malignant mesothelioma (M) of early (E) versus delayed (D) chemotherapy in symptomatically stable patients: the MED trial. *Ann Oncol* 2006;17:270-5.
15. van den Bogaert DP, Pouw EM, van Wijhe G, et al. Pemetrexed maintenance therapy in patients with malignant pleural mesothelioma. *J Thorac Oncol* 2006;1:25-30.
16. Manegold C, Symanowski J, Gatzemeier U, et al. Second-line (post-study) chemotherapy received by patients treated in the phase III trial of pemetrexed plus cisplatin versus cisplatin alone in malignant pleural mesothelioma. *Ann Oncol* 2005;16:923-7.
17. Zucali PA, Simonelli M, Michetti G, et al. Second-line chemotherapy in malignant pleural mesothelioma: Results of a retrospective multicenter survey. *Lung Cancer* 2012;75:360-7.
18. Ceresoli GL, Zucali PA, De Vincenzo F, et al. Retreatment with pemetrexed-based chemotherapy in patients with malignant pleural mesothelioma. *Lung Cancer* 2011;72:73-7.
19. Jassem J, Ramlau R, Santoro A, et al. Phase III trial of pemetrexed plus best supportive care compared with best supportive care in previously treated patients with advanced malignant pleural mesothelioma. *J Clin Oncol* 2008;26:1698-704.
20. Ceresoli GL. Second line chemotherapy in mesothelioma. What is the best evidence? *J Thorac Oncol* 2013;8:S98-9.
21. Garland LL, Ou SH, Moon J, et al. SWOG 0722: A phase II study of mTOR inhibitor everolimus (RAD001) in malignant pleural mesothelioma (MPM). *J Clin Oncol* 2012;30: suppl, abstr 7083.
22. Ceresoli GL, Zucali PA. Anti-angiogenic therapies for malignant pleural mesothelioma. *Expert Opin Investig Drugs* 2012;21:833-44.

MEZOTELYOMADA RADYOTERAPİ: KİME, NE ZAMAN?

Cem Önal

Mezotelyoma, vücut boşluklarının mezotelyal yüzeylerinden kaynaklanan nadir bir tümördür. Plevra, periton, perikard ve tunika vajinalisten kaynaklanabilmektedir. En sık görülen formu ise malign plevral mezotelyoma (MPM) dır.

MPM'nın tedavi seçenekleri arasında cerrahi, radyoterapi ve sistemik kemoterapi (KT) bulunmaktadır. Ancak radikal tedavi oldukça nadir hastalarda uygulanabilmektedir. Radikal küratif yaklaşım olan trimodaliter tedavi cerrahi, RT ve KT ile oluşmaktadır.

Radyoterapi

MPM'da RT uygulamaları 3 ana başlık altında toplanabilir:

1. Radikal RT
2. Profilaktik RT
3. Palyatif RT

Radikal radyoterapi

Küratif yaklaşım olan trimodaliter tedavi yaklaşık 30 yıldan beri uygulanan ve küçük hasta serileri ile sonuçlar raporlanmıştır. 80'li yılların başlarında yapılan bir çalışmada cerrahi, RT ve doksorubisin bazlı KT ile tedavi edilen hastalarda 2 yıl süresince relaps gözlenmemiştir [1]. Bir diğer çalışmada ise, plörektomi sonrasında pleva içerisine I^{125} ve P^{32} ile implantasyon ve adjuvan eksternal RT uygulanan hastalarda 2-yıllık sağkalım oranı %13 olarak bulunmuştur [2]. Yüksek doz RT'nin erken evre hastalıkta da akciğerde kalıcı hasar yarattığı da bu serilerde bildirilmiştir. Maasilta ve ark. [3] RT'den bir yıl sonra, RT alan akciğerde tamamen sönmenin olabileceğini bildirmiştir. Aynı çalışmada da, değişik RT şemaları ile daha iyi sonuç elde edilememiştir.

Ekstraplevral pnömonektomi sonrası adjuvan RT

Ekstraplevral pnömonektomi (EPP) ilk kez Sugarbaker ve ark. [4] nın yaptığı çalışmayla gündeme gelmiştir. Bu çalışmada 120 hastada EPP sonrası 5-yıllık sağkalım oranları %22 olarak raporlanmıştır. EPP sonrası adjuvan RT'nin etkinliğini gösteren randomize çalışma bulunmamaktadır. Ancak 54 Gy RT ile lokal kontrol oranlarında belirgin artış raporlanmıştır [5]. 25 hastalı bir seride de hemitoraksa 30 Gy, mediastene 40 Gy ve tm bölgesine de 54 Gy RT uygulanan hastalarda daha iyi lokal kontrol elde edilmiştir.

Yoğunluk ayarlıklı RT (IMRT)

IMRT tekniği ile hastalara toksisiteyi arttırmadan daha yüksek dozlar rahatlıkla uygulanabilmektedir. IMRT ile yapılan çalışmalarda, bu tekniğin hem küratif hem de palyatif amaçlı kullanımının güvenilir olduğu bildirilmiştir [6, 7]. MD Anderson kliniğinin serisinde, EPP yapılan 100 hastadan 63'ne adjuvan RT uygulanmış [8]. Tedavi alanı içerisinde nüks 3 hastada, lokorejyonel nüks 8 hastada gözlenirken, 33 hastada sistemik relaps gelişmiştir. Ancak erken mortalite oranları yüksek olarak bulunmuştur; 23 hasta 6 ay içerisinde kaybedilmiştir. Bu çalışmada akciğerin 20 Gy ve üzeri aldığı hacmin (V20) RT toksisitesi için önemli bir faktör olduğu da bildirilmiştir. Allen ve ark. [9] yaptığı çalışmada ise 54 Gy RT uygulanan 13 hastanın 6'sı radyasyon pnömonisine bağlı olarak kaybedilmiştir. Retrospektif serilerde de IMRT uygulamasının konvansiyonel RT'ye üstünlüğü bildirilmiştir. Buduhan ve ark. IMRT ile tedavi edilen hastalarda lokal nüks oranlarını %14 olarak raporlarken, konvansiyonel RT ile tedavi edilen hastalarda lokal nüks oranları %42 olarak bildirmiştir. Ayrıca 50.4 Gy uygulanan hastalarda medyan V20 değeri %7 olarak bulunurken, tedaviye bağlı mortalite de bildirilmemiştir. Kristensen ve ark. [10] EPP, kemoterapi ve 50 Gy IMRT ile tedavi edilen 26 hastanın 4'nde radyasyon pnömonisine bağlı ölüm bildirmiştir. Bu çalışmada medyan V20 değeri %14 olarak bulunurken, radyasyon pnömonisine bağlı kaybedilen hastaların medyan V10 değerleri daha yüksek olarak bulunmuştur.

Birçok çalışmada IMRT ile karaciğer, kalp ve böbrek dozlarında belirgin düşme gösterilirken, akciğer dozları ile ilgili çalışma sonuçları çelişkilidir. Konvansiyonel planlamada karşı akciğer ve böbrek dozlarında daha az radyasyon dozu verilirken, sol taraf ışınlamasında karaciğer, sağ taraf ışınlamasında da kalp daha iyi korunabilmektedir. Bu nedenle EPP sonrası uygulamada IMRT'nin belirgin üstünlüğü prospektif ve retrospektif çalışmalarda gösterilememekle birlikte, IMRT'nin sadece iyi takip edilen vakalarda ve faz I çalışmalarda uygulanması önerilmektedir.

Trimodaliter yaklaşım ile ilgili prospektif çalışmalar

EPP sonrası adjuvan RT'nin etkinliğini gösteren randomize çalışma bulunmamaktadır. Benzer şekilde de IMRT'nin kullanımı prospektif çalışmalarda analiz edilmemiştir.

Tablo 1. Trimodaliter tedavi ile ilgili prospektif çalışmalar

Çalışma	Hasta sayısı	Tedaviyi bitiren hasta sayısı	Medyan sağkalım	Tedaviye bağlı ölüm
Flores ve ark.	54	32	20 ay	2
Pagan ve ark.	21	8	19 ay	0
Rea ve ark.	21	15	25.5 ay	0
Weder ve ark.	61	36	19.8 ay	1
Batirel ve ark.	20	12	16 ay	1
Van Schill ve ark.	59	37	18.3 ay	5
Krug ve ark.	77	40	16.8 ay	3

Tablo 2. Profilaktik RT ile ilgili randomize çalışmalar.

Çalışma	Hasta sayısı	RT dozu (Gy/fraksiyon)	Lokal nüks (%) (RT almayan)	Lokal nüks (%) (RT alan)
Boutin ve ark.	40	21/3	20	0
Bydder ve ark.	58	10/1	10	7
O'Rurke ve ark.	56	21/3	12	13

Literatürde trimodaliter tedavinin kullanıldığı 7 çalışma bulunmakla birlikte, bu çalışmaların tümünde konvansiyonel RT kullanılmıştır [11-16] (Tablo 1).

Eldeki kanıtlara göre, operabilite oranı az da olsa, operabl olan, erken evrede, lenf nodu metastazı olmayan, epitelioid alt grupta olan ve tam rezeke edilen hastalarda uzun yaşam süresi beklenmektedir. Ancak bu hastalar preoperatif tam olarak değerlendirilememektedir, bu nedenle bu hastalara morbidite oranı oldukça yüksek olan trimodaliter tedaviler de uygulanmaktadır. Trimodaliter tedavidekemoterapi ve RT'nin katkısının ne kadar olduğu tam olarak bilinmemektedir.

Plörektomi/dekortikasyon sonrası adjuvan RT

EPP sonrası görülen başarısızlık sonrası, birçok merkezlerde plörektomi/dekortikasyon (P/D) tercih edilmektedir. 123 hastanın P/D sonrası adjuvan RT ile tedavi edildiği bir çalışmada medyan sağkalım süresi 13 ay olarak raporlanırken, sadece 2 hastada tedaviye bağlı ölüm gözlenmiştir [17]. Luckraz ve ark. [18] P/D, kemoterapi ve RT ile tedavi edilen 24 hastada medyan sağkalım süresini 26 ay olarak rapor etmiştir. EPP ve P/D'ı karşılaştıran randomize çalışma gereksinimi olsa da, EPP sonrası morbidite ve mortalite oranlarının yüksek olması nedeniyle günümüzde birçok merkezde P/D tercih edilen cerrahi yaklaşımdır.

Profilaktik radyoterapi

Cerrahi sırasında konulan dren bölgesi ve insizyon skarının profilaktik RT'si ilk kez 1995'de yapılan bir çalışmada gündeme gelmiştir [19]. Bu çalışmada 20 hastada 38 bölgeye profilaktik RT yapılmış ve hiçbir hastada rekürrens gözlenmemiştir. Prospektif çalışmaların birinde profilaktik

RT'nin lokal kontrolü arttırdığı gözlenirken, iki çalışmada ise RT'nin herhangi bir katkısı gözlenmemiştir [20-22] (Tablo 2). Ancak RT'nin katkısının olmadığı 2 çalışmadan birinde RT fraksiyon dozu 10 Gy'dir. Ayrıca RT almayan kolda lokal nüks oranları diğer çalışmalara göre oldukça düşüktür.

Palyatif radyoterapi

Palyatif amaçlı RT'nin etkinliği birçok retrospektif ve prospektif çalışmalarda gösterilmiştir. Metastatik hastalıkta veya ağrı palyasyonu amacıyla 30 Gy'lik palyatif RT ile %50 – 65 arasında yanıt gözlenmiştir.

Özellikle son evre hastalıkta, opiatlar, steroidler, anti-konvülzan ilaçlara ve lokal anesteziye yanıt alınmayan durumlarda RT etkili bir tedavi seçeneğidir. Ancak palyatif RT sırasında geniş alanlar ışınladığından dolayı, RT'nin morbiditesi beklenenden daha yüksek olabilmektedir.

Özet

Mezotelyomada RT'nin etkinliği ve rutin kullanımı tam olarak belirlenmemiştir. Ancak erken evrede EPP veya P/D sonrası adjuvan RT'nin olduğu trimodaliter tedavi ile etkinlik gösterilmiştir. Skar ve dren bölgesinin profilaktik RT'nin etkinliği gösterilse de, randomize çalışmalarda bu yaklaşımın etkisiz olduğu gösterilmiştir. Ancak bu yaklaşımın etkinliği gösterebilmek amacıyla daha fazla hasta sayılı ve standart doz fraksinyasyonunun kullanıldığı çalışmalar gerekmektedir. Palyasyon amaçlı RT'nin etkinliği gösterilse de, bu modalitenin etkinliği yeni tedavi tekniklerinin kullanıldığı prospektif çalışmalarda da gösterilmelidir.

Kaynaklar

1. Gordon W, Jr., Antman KH, Greenberger JS, Weichselbaum RR, Chaffey JT. Radiation therapy in the management of patients with mesothelioma. *International journal of radiation oncology, biology, physics.* 1982;8(1):19-25.
2. Hilaris BS, Nori D, Kwong E, Kutcher GJ, Martini N. Pleurectomy and intraoperative brachytherapy and postoperative radiation in the treatment of malignant pleural mesothelioma. *International journal of radiation oncology, biology, physics.* 1984;10(3):325-31.
3. Maasilta P. Deterioration in lung function following hemithorax irradiation for pleural mesothelioma. *International journal of radiation oncology, biology, physics.* 1991;20(3):433-8.
4. Sugarbaker DJ, Garcia JP, Richards WG, Harpole DH, Jr., Healy-Baldini E, DeCamp MM, Jr., et al. Extrapleural pneumonectomy in the multimodality therapy of malignant pleural mesothelioma. Results in 120 consecutive patients. *Annals of surgery.* 1996;224(3):288-94; discussion 94-6.
5. Aziz T, Jilaihawi A, Prakash D. The management of malignant pleural mesothelioma; single centre experience in 10 years. *European journal of cardio-thoracic surgery : official journal of the European Association for Cardio-thoracic Surgery.* 2002;22(2):298-305.
6. Forster KM, Smythe WR, Starkschall G, Liao Z, Takanaka T, Kelly JF, et al. Intensity-modulated radiotherapy following extrapleural pneumonectomy for the treatment of malignant mesothelioma: clinical implementation. *International journal of radiation oncology, biology, physics.* 2003;55(3):606-16.
7. Munter MW, Nill S, Thilmann C, Hof H, Hoss A, Haring P, et al. Stereotactic intensity-modulated radiation therapy (IMRT) and inverse treatment planning for advanced pleural mesothelioma. Feasibility and initial results. *Strahlentherapie und Onkologie : Organ der Deutschen Röntgengesellschaft [et al].* 2003;179(8):535-41.
8. Rice DC, Smythe WR, Liao Z, Guerrero T, Chang JY, McAleer MF, et al. Dose-dependent pulmonary toxicity after postoperative intensity-modulated radiotherapy for malignant pleural mesothelioma. *International journal of radiation oncology, biology, physics.* 2007;69(2):350-7.
9. Allen AM, Czerminska M, Janne PA, Sugarbaker DJ, Bueno R, Harris JR, et al. Fatal pneumonitis associated with intensity-modulated radiation therapy for mesothelioma. *International journal of radiation oncology, biology, physics.* 2006;65(3):640-5.
10. Kristensen CA, Notttrup TJ, Berthelsen AK, Kjaer-Kristoffersen F, Ravn J, Sorensen JB, et al. Pulmonary toxicity following IMRT after extrapleural pneumonectomy for malignant pleural mesothelioma. *Radiotherapy and oncology : journal of the European Society for Therapeutic Radiology and Oncology.* 2009;92(1):96-9.
11. Batirel HF, Metintas M, Caglar HB, Yildizeli B, Lacin T, Bostanci K, et al. Trimodality treatment of malignant pleural mesothelioma. *Journal of thoracic oncology : official publication of the International Association for the Study of Lung Cancer.* 2008;3(5):499-504.
12. Flores RM, Krug LM, Rosenzweig KE, Venkatraman E, Vincent A, Heelan R, et al. Induction chemotherapy, extrapleural pneumonectomy, and postoperative high-dose radiotherapy for locally advanced malignant pleural mesothelioma: a phase II trial. *Journal of thoracic oncology : official publication of the International Association for the Study of Lung Cancer.* 2006;1(4):289-95.
13. Krug LM, Pass HI, Rusch VW, Kindler HL, Sugarbaker DJ, Rosenzweig KE, et al. Multicenter phase II trial of neoadjuvant pemetrexed plus cisplatin followed by extrapleural pneumonectomy and radiation for malignant pleural mesothelioma. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology.* 2009;27(18):3007-13.
14. Pagan V, Ceron L, Paccagnella A, Pizzi G. 5-year prospective results of trimodality treatment for malignant pleural mesothelioma. *The Journal of cardiovascular surgery.* 2006;47(5):595-601.
15. Rea F, Marulli G, Bortolotti L, Breda C, Favaretto AG, Loreggian L, et al. Induction chemotherapy, extrapleural pneumonectomy (EPP) and adjuvant hemi-thoracic radiation in malignant pleural mesothelioma (MPM): Feasibility and results. *Lung cancer.* 2007;57(1):89-95.
16. Weder W, Stahel RA, Bernhard J, Bodis S, Vogt P, Ballabeni P, et al. Multicenter trial of neo-adjuvant chemotherapy followed by extrapleural pneumonectomy in malignant pleural mesothelioma. *Annals of oncology : official journal of the European Society for Medical Oncology / ESMO.* 2007;18(7):1196-202.
17. Gupta V, Mychalczak B, Krug L, Flores R, Bains M, Rusch VW, et al. Hemithoracic radiation therapy after pleurectomy/decortication for malignant pleural mesothelioma. *International journal of radiation oncology, biology, physics.* 2005;63(4):1045-52.
18. Luckraz H, Rahman M, Patel N, Szafrank A, Gibbs AR, Butchart EG. Three decades of experience in the surgical multi-modality management of pleural mesothelioma. *European journal of cardio-thoracic surgery: official journal of the European Association for Cardio-thoracic Surgery.* 2010;37(3):552-6.
19. Low EM, Khoury GG, Matthews AW, Neville E. Prevention of tumour seeding following thoracoscopy in mesothelioma by prophylactic radiotherapy. *Clinical oncology.* 1995;7(5):317-8.
20. Boutin C, Rey F, Viallat JR. Prevention of malignant seeding after invasive diagnostic procedures in patients with pleural mesothelioma. A randomized trial of local radiotherapy. *Chest.* 1995;108(3):754-8.
21. Bydder S, Phillips M, Joseph DJ, Cameron F, Spry NA, DeMelker Y, et al. A randomised trial of single-dose radiotherapy to prevent procedure tract metastasis by malignant mesothelioma. *British journal of cancer.* 2004;91(1):9-10.
22. O'Rourke N, Garcia JC, Paul J, Lawless C, McMenemin R, Hill J. A randomised controlled trial of intervention site radiotherapy in malignant pleural mesothelioma. *Radiotherapy and oncology: journal of the European Society for Therapeutic Radiology and Oncology.* 2007;84(1):18-22.

GÖĞÜS CERRAHİSİNDE ENERJİ CİHAZLARININ KULLANIMI

Akif Turna

Göğüs Cerrahisi ameliyatlarında son 50 yılda, diğer tüm tıp branşlarında olduğu gibi, bir çok teknolojik gelişmenin ürünlerinin kullanılmaya başladı. Bu teknolojik ürünler, başlıca, stapler'lar, kamera ve görüntüleme sistemleri, radyolojik sistemler, robot-yardımlı cihazlar, lazer cihazları, kanama ve hava kaçağı kontrolünü amaçlayan ürünler, işaretleme sistemleri ve enerji cihazlarıdır.

Enerji cihazları, birden fazla mekanizma ile çalışan, gücünü elektrikten alıp, genellikle, ses dalgaları, çeşitli elektromanyetik mekanizmalar ya da ısı yöntemleri ile diseksiyon ve mühürleme yapan ya da bunu yapmaya yardım eden cihazlardır.

Tüm bu cihazların aslında, ilk uygulaması elektriğin cerrahideki ilk kullanımlarından 'elektrokoter' cihazlarıdır. Bu cihazlar, oldukça hızlı, etkin ve kollateral doku hasarını az tutmak kaydı ile diseksiyon ve hemostazı sağlamaktadır. Ayrıca, günümüzdeki elektrokoter cihazlarında, uygulanan elektrik akımının amplitüd, voltaj ve frekansını ayarlayarak, değişik dokuları değişik şekillerde kesmek, koagüle etmek ya da hemostaz sağlamak mümkündür. Bu sistemleri, çalışma mekanizmalarına göre farklı gruplara ayırmak mümkündür:

1) Elektrokoter Cihazları: Elektrik akımının dokuya bir metal uç yardımı ile farklı frekans, ve gerilimde uygulanması prensibi ile çalışır. Vücuddaki her dokunun geçirgenliği, elektrik iyonlarını belli bir anda bulundurma (kapasitans) ve elektrik akımına karşı direnç (empedans) değerleri farklıdır. Bu neden ile, fibrotik ya da içinde su bulunduran dokulara uygulanacak uygun gerilim, ve frekans ile, dokuda oluşan ısı enerji, dokunun keskin bir şekilde kopmasına (kesme) ya da dokunun ve damarların kaynatarak yapışmasına (koagülasyon) yol açar. Bu da doku diseksiyonu ve kanayan küçük damarların kapatılmasında yararlıdır. Ancak, bu cihazların kullanımı sırasında, özellikle sıvı içeriklerinden dolayı, dokuda oluşan ısı, kesilmesi istenmeyen dokuya da yayılarak 'yan hasarlara' yol açabilir. Bu bazen, pulmoner arter ya da ven gibi dokularda hasara ve kanamalara yol açması anlamına gelebilmektedir. Kollateral doku hasarını aza indirmek için bipolar elektrokoter kullanılabilir.

2) Bipolar Elektrokoter Cihazları: Yukarıda bahsedilen fiziksel prensipler ile, elektrik uygulanan dokunun kaynaması ve yan (kollateral) ısı hasarı oluşturmaları mümkündür. Bunu aza indirmek için üretilmiş bipolar koter cihazlarında,

oluşan ısı, koter cihazının iki ucu arasında daha yoğun olarak oluşur ve etrafa daha az yayılır. Bipolar koter cihazları, özellikle, vertebra ve dolayısı ile medulla spinalise yakın yapılan diseksiyonlarda tercih edilebilir. Bir dezavantaj olarak, genellikle küçük bir doku parçasını yakarak koagülasyon ya da kesme sağlayabilir. Yakılması ya da kesilmesi istenen dokunun empedansını ölçüp, buna göre uygulayacağı elektrik akımını ve frekansını değiştirerek uygulayan daha akıllı bipolar cihazlar da bulunmaktadır.

3) Ultrasonik Kesiciler: Bu cihazlar, uçlarında elektrik enerjisi uygulandıklarında belli bir frekansta fiziksel olarak titreşen (piezoelektrik) uçlar bulundurur. Cihazın iki ucu arasında alınan dokuya farklı frekansta uygulanan titreşim ile doku yalnızca kesilebilir ya da hem koagüle edilip, hem de aynı anda kesilebilir. Bu cihazların avantajları, etrafa çok az bir ısı yayarak işlevlerini yapmalarıdır. Ayrıca, uyguladıkları kesi, oldukça keskin ve kollateral 'ısı-dışı hasar' da daha az olarak gerçekleşir. Dezavantajı ise, hem koagülasyonu hem de kesimi aynı anda yaptıkları için, tam olarak dokunun mühürlendiğinden emin olunan bir anın olmaması ve işlemin diğer enerji cihazlarına göre görece daha uzun sürmesidir. Ayrıca, bazı başka enerji cihazlarının sağlayabildiği kalın uçlar (dokunun daha hızlı kesilmesini sağlayabilen) ultrasonik kesicilerde yoktur. Ultrasonik kesiciler, özellikle, damarlı ya da damarsız yapışıklıklar için uygundur. Hem açık cerrahide hem de videotorakoskopik ameliyatlarda kullanılabilir.

4) 'Akıllı' Elektrokoterler: Günümüzdeki yeni nesil elektrokoter benzeri prensipler ile çalışan enerji cihazları ise, bağlı oldukları bilgisayarlı sistemler yardımı ile, uygulandıkları dokuyu istendiği şekilde en iyi şekilde koagüle etmek ya da dokuyu veya damarı kapatıp, içerdikleri bıçak ile de kesmek için kullanılabilir. Bunun, için, cihaz, öncelikle işlemin uygulanması istenen dokunun direncini ve empedansını küçük bir elektrik akımı göndererek ölçmektedir. Böylece, hem dokunun su ve katı madde içeriği anlaşıl-makta, hem de dokunun ısıl yöntemle koagüle edilmesi için gerekli olan rezonans frekansı ve gerilim belirlenmektedir. Hatta bu işlem, bazı cihazlarda, kesme işlemi sırasında dahi sürekli yapılmaktadır. Cihaz, kesme ya da koagülasyona göre en iyi belirlediği elektrik akımını uygularken, bir taraftan da yan doku hasarını en aza indirmek için bazı marka cihazlarda, elektrokoter cihazının çenelerinin dışına ısının en az

şekilde geçmesini sağlamak amacı ile ısıyı izole eden seramik benzeri polimerler kullanılmaktadır. Kesme ya da koagülasyon işleminin durumunu cerraha haber veren bu yeni nesil cihazlar, bir taraftan da sahip oldukları keskin bıçak sistemi ile iyi doku diseksiyonu yapılmasını sağlayabilmektedir. Bu cihazlardan bazıları ise, bir çok çalışmayı dayanak alarak 7 mm'ye kadar olan damarların mühürlenip güvenli bir şekilde kesilebileceği güvencesini vermektedir. Bu nedenle, özellikle videotorakoskopik rezeksiyonlarda, damar ve dokuların diseksiyonunda yaygın olarak kullanılabilirler.

5) Lazer cihazları: Enerji cihazları içinde ayrı bir grupta incelenebilecek lazer cihazları, uygulandığı dokuyu genellikle hemen koagüle edip, ardından buharlaştırma özelliğine sahiptir. Göğüs cerrahisinde genelde metastaz cerrahisinde

olmak üzere genellikle parenkim kesi veya lezyon ablasyonunda kullanılabilmektedir. Ticari olarak bir çok dalga boyunda ışık üreten çok çeşitli cihazlar bulunmaktadır. Bu sistemlerin damarların mühürlenmesi ya da kesilmesinde kullanılması önerilmemektedir. Çoğunun 'yan doku' hasarları yüksektir.

6) Argon Plazma: Bildiğimiz genel fizik bilgilerinin aksine aslında maddenin 4 hali vardır: Gaz, sıvı, katı ve plazma hali. Argon gazı, belirli fiziksel şartlarda elektriksel düzenlemelerin de yardımı ile plazma haline gelebilir ve uygun bir tüpün içinden, doku ablasyonu ve koagülasyonu için kullanılabilir. Göğüs cerrahisinde, argon plazmanın uygulanması, genellikle sadece endobronşial lezyonlarda ve masif hemoptizili hastalarda söz konusudur ve kısıtlıdır.

ROBOTİK CERRAHİ ENDİKASYONLARI

Şükrü Dilege

Göğüs duvarına ait neredeyse tüm kasların kesildiği posterolateral torakotomi insizyonu son yirmi yılda büyük oranda yerini, bazı kaynaklarca “anahtar deliği” cerrahisi olarak isimlendirilen video yardımcı torakoskopik cerrahiye (VATS) bırakmıştır [1]. Ameliyat sonrası dönemde eskiye göre daha hızlı iyileşen, daha az ağrı çeken ve daha az hastanede kalan hastalar sayesinde bu minimal invaziv yöntem, yeni kuşak cerrahlarca da sıkça tercih edilir hale gelmiştir. Bir yandan da 10 kat büyüten optiği, 540 derece hareketli kolları, tremor filter edebilen yazılımı ve üç boyutlu görüntü sistemiyle robotik teknolojiye geçiş yapılmıştı (2).

Robotik cerrahi ilk kez Guy-Bernard Cadiere ve ekibi tarafından 1998’de gündeme girmiştir(3). Sindirim sistemi cerrahisi ile başlayan kullanım, prostat bezine yönelik operasyonlarla poplaritesini arttırmıştır. Ticari kayıtlara bakıldığında Amerika Birleşik Devletlerinde yaklaşık 1500 adet da Vinci robotik sistemin satıldığı görülmektedir [4]. Robotun 1998’de toplam prostatektomi ameliyatlarının ancak %5’inde ve 2010 ‘da %85’inde kullanıldığına bakılırsa, göğüs cerrahisi bu teknolojinin daha emekleme safhasında yer almaktadır.

Göğüs cerrahisinde robotik teknoloji

Japon doktor Okada’nın 2000’de ses kontrollü robotu ve retraktör kolunu video yardımcı göğüs cerrahisinde kullanmasını takiben(5), Melfi ve arkadaşları 2002’de 12 hastadan oluşan ilk serilerini sunmuşlardır (6). İlk uygulamalarını yapan merkezler, robotu göğüs boşluğu içindeki lenf bezlerini çıkarmak, vasküler yapıların etraftan serbestleştirilmesi ve çıkarılacak akciğer lobuna ait bronşun hazırlanması için kullanmış, sonrasında robotu kenara alarak herhangi bir ekartör kullanmadan interkostal aralıktan girerek video yardımcı lobektomiye tamamlamışlardır. Bunlar hibrid girişimler olarak tanımlanmıştır. Bu uygulamaları takiben robotun tüm ameliyat boyunca görüntü sağlayarak, cerrahın ameliyathane içinde bir konsolda oturarak robotik kolları uzaktan yönettiği ve ekartör konmamış mini açıklıktan lobektominin tamamlandığı stile geçilmiştir. Bu sırada hasta başında ikinci bir cerrah asistan olarak gerekli müdahaleleri gerçekleştirmektedir.

Sisteme ait parçaların ameliyathanedeki konumu, robot kollarının ve kameranın yerleştirileceği interkostal aralıklar,

kollara adapte edilecek cerrahi aletlerin nitelikleri olgular ve deneyim arttıkça yıllar içinde standardize olmuştur. Özellikle 100 ameliyat sınırını aşan kliniklerin yayınlarında görüldüğü üzere, ameliyat öncesi kemoterapi, radyoterapi almanın ve hatta parsiyel kot rezeksiyonu yapmak gereksiniminin bile kontraendike olmayacağı belirtilmiştir [7,8]. Cerfolio ve arkadaşları, tümör boyutunun 9-10 cm olmasının, havayoluna bronkoplastik işlem gereksiniminin ve göğüs duvarı rezeksiyonunun bile robot kullanımına engel teşkil etmediğini ifade etmişlerdir [7]. Bunun yanında göğüs duvarına robot kollarını ve kamerayı adapte edip, asistan portundan sokulan stapler ve endokliplerle pulmoner rezeksiyonu tamamlayarak, lobektomi piyesini endobag içinde hiç torakotomi yapmadan dışarı almayı Ninan ve Dylewski tarif etmiştir [9]. Subkostal transdiyafragmatik insizyonla plevral kaviteye ulaşmışlardır. Biz pratikte diyafragmayı intakt bırakmanın önemine inanarak ve ekartör koymadan, sadece asistan portunu 4 cm ye genişletip rezeksiyon piyesini endobag içinde dışarı alınmasının daha uygun olduğuna inanıyoruz [10].

Akciğerle birlikte özofagusu dönük girişimlerin de aynı yıllarda başladığı görülmektedir. Nissen, Dor ve Toupet fundoplikasyonları ve Heller miyotomisi yayınlarına bakıldığında, robotik cerrahinin, VATS ve laparoskopik yöntemlerle karşılaştırılması sonucunda daha az kan kaybı ve mukozal bütünlüğünün daha yüksek oranda korunduğu bildirilmiştir (11,12,13).

Özofajektomide robotik cerrahinin farklı şekillerde kullanıldığı görülmektedir. İntratorasik robotik mobilizasyon yapıp, anastomozu servikal alanda tamamlayan ekipler olduğu gibi, laparoskopik mide hazırlayıp toraks içinde robotik anastomoz yapan ekiplerde bulunmaktadır(14). Kernstine ve arkadaşları, özofagus kanseri nedeniyle total robotik özofajektomi yaptıkları serilerinde uzun ameliyat süreleri ve major komplikasyonları bildirirken(15); bunun yanında Luketich ve arkadaşlarının non-robotik daha geniş kapsamlı serisinde major ve minor komplikasyonların sırasıyla %32 ve %55 olarak görülmesiyle aslında robot kullanımının dahada artması gerektiği konusunda motivasyon sağlamıştır(16).

Mediastende en sık yapılan işlemse robotik timus cerrahisi olarak göze çarpmaktadır. Hangi taraf yaklaşımıyla yapılacağı klinikler arasında farklılık göstermektedir. Fakat Masaoka 1-2 evrede timomada bile güvenle uygulanabileceği bildirilmiştir (17,18).

Robotun özellikleri

FDA (U.S.Food and Drug Administration; Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi)'nin onay verdiği ilk cihaz 1994 yılında AESOP (Automated Endoscopic System for Optimal Positioning) isimli ses aktivasyonu ile kontrol edilen bir kamera ve alet tutucuydu. Devamında ZEUS; ilerleyen zamanda yerini neredeyse rakipsiz/alternatifsiz kalan da Vinci™ robotik sistemine bıraktı. Intuitive Surgical firması tarafından üretilen, geliştirilen bu sistemde usta –çırak ilişkisi içinde olgunlaştırılan, çırağın hasta başında steril şartlarda hazır bulunduğu, ustanın “*cerrah konsolunda*” (kontrol ünitesinde) oturarak telemanipülatif düzeneğin kumanda kolları sayesinde, robotun kollarını ve kamerayı yöneterek cerrahi müdahaleyi yaptığı bir düzen oluşturuldu. Çırak, robotun 2-3 kol ve kameradan oluşan “*cerrahi ünitesini*” hemşire yardımıyla hastanın vücudunda önceden belirlenmiş noktalar üzerine yerleştirdikten sonra usta ameliyata başlamaktadır. Kollara adapte edilen cerrahi aletler, Endowrist™ yani makaralardan oluşturulmuş bir el bileği şeklinde çalışan düzenekle hareket ettirilmektedir. Robot kollarına adapte edilemeyen bir donanım gereksinimi olduğunda çırak, asistan portundan bu müdahaleyi minimal invaziv ameliyatlara için rutin kullanılan gereçlerle tamamlamaktadır. “*Görüntü sistemi*”, monitörlere HD (high definition) kalitesinde aktarım yapmaktan başka, 3 boyut hissini vermek üzere aynı ışık kaynağına bağlı iki ayrı

optik gözden görüntü taşımaktadır. Bunun yanında sistem ayna görüntüsü etkisini ortadan kaldırarak, hareketleri ölçeklendirerek ve tremoru filtre ederek cerrahlara ciddi kolaylıklar sağlamaktadır. Eğitim hastanelerinde ustanın, çırağa eğitim amacı ile robotu kullanma şansı tanınması için 2. konsolda sisteme adapte edilebilmektedir. Multidisipliner kullanılacak robotik sistemlerde girişim yapılacak bölge esastır ve örnekteki yerleşim toraksa yönelik bir canlandırmadır.

Robotik teknolojinin, 3 boyutlu görselliği, 5400 hareket kabiliyeti olan bilek gibi kolları, titremeyi filtre edici özelliği ve çevre dokulara en az hasarı vererek gerçekleştirebildiğimiz diseksiyon hassasiyeti en önemli avantajları olmuştur. Peribronşial lenf bezlerinin rahatlıkla diseke edilebilmesi, mediastinal yağlı planlarda hem diseksiyon hem koterizasyonun aynı anda yapılabilmesi ve çıkarılan lenf bezi sayısının açık cerrahiden farksız oluşu, onkolojik prensiplerden taviz vermeden çalışmayı mümkün kılmıştır. Bunun yanında teknolojinin hastane için yüksek maliyeti, taktik geri bildirimi olmaması (uygulanan basıncın ancak kanama olarak geri dönmesi), halen robot kollarına stapler adapte edilememesi, deneyim azlığı sebebiyle nisbeten açık ameliyatlardan daha uzun sürmesi gibi dezavantajları mevcuttur. Hasta güvenliğinin artmasının tüm ekibin kapsamlı eğitimden geçmesinden ve eğitimin hemen ardından ilk 1-2 ay içinde vakalara başlamakla sağlanabileceğini düşünüyoruz.

Kaynaklar

1. Litynski GS. Endoscopic surgery: the history, the pioneers. World J Surg. 1999 Aug;23:745-53.
2. Rassweiler J, Binder J, Frede T. Robotic and telesurgery: will they change our future? Curr Opin Urol. 2001 May;11(3):309-20
3. Himpens J, Leman G, Cadiere GB. Telesurgical laparoscopic cholecystectomy. Surg Endosc. 1998 Aug;12(8):1091
4. Barbash GI, Glied SA. New technology and health care costs--the case of robot - assisted surgery. N Engl J Med 2010;363:8.
5. Okada S, Tanaba Y, Sugawara H. Thoracoscopic major lung resection for primary lung cancer by a single surgeon with a voice-controlled robot and an instrument retraction system. J Thorac Cardiovasc Surg 2000;120:414-5.
6. Melfi FM, Menconi GF, Mariani AM, Angeletti CA. Early experience with robotic technology for thoracoscopic surgery. Eur J Cardiothoracic Surg 2002;21:864-8.
7. Cerfolio RJ, Bryant AS, Minnich D. Starting a robotic program in General Thoracic Surgery: Why, how and lessons learned. Ann Thorac Surg 2011;91:1729-37.
8. Gharagozloo F, Margolis M, Tempesta B, Strother E, Najam F. Robot-assisted lobectomy for early-stage lung cancer: report of 100 consecutive cases. Ann Thorac Surg 2009;88:380-4.
9. Ninan M, Dylewski MR. Total port-access robot-assisted pulmonary lobectomy without utility thoracotomy. Eur J Cardiothorac Surg 2010;38:231-232.
10. Bayrak Y, Dilege Ş. Erken evre akciğer kanserinde robotik lobektomi. Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi. 2013 Ocak;21:229-231.
11. Horgan S, Galvani C, Gorodner MV. Robotic-assisted Heller myotomy versus laparoscopic Heller myotomy for the treatment of esophageal achalasia: Multicenter study. J Gastrointestinal Surg 2005;9:1020-9; discussion 1029-30.
12. Melvin WS, Dundun JM, Talamini M, Horgan S. Computer enhanced robotic telesurgery minimizes esophageal perforation during Heller myotomy. Surgery 2005;138:553-8; discussion 558-9.
13. Cadiere GB, Himpens J, Vertruyen M. Evaluation of telesurgical (robotic) Nissen fundoplication. Surg Endosc 2001;15:918-23.
14. Cerfolio RJ, Bryant AS, Hawn MT. Technical aspects and early results of robotic esophagectomy with chest anastomosis J Thorac Cardiovasc Surg. 2013;145:90-6.
15. Kernstine KH, Dearmond DT, Shamoun DM, Campos JH. The first series of completely robotic esophagectomies with three-field lymphadenectomy: initial experience. Surg Endosc. 2007;21:2285-92.
16. Luketich JD, Alvelo-Rivera M, Buenaventura PO. Minimally invasive esophagectomy: outcomes in 222 patients. Ann Surg 2003;238:486-94.
17. Marulli G, Rea F, Melfi F, Schmid TA, Ismail M, Fanucchi O, Augustin F, Swierzy M, Di Chiara F, Mussi A, Rueckert JC. Robot-aided thoracoscopic thymectomy for early-stage thymoma: a multicenter European study. J Thorac Cardiovasc Surg. 2012;144:1125-30.
18. Marulli G, Schiavon M, Perissinotto E, Bugana A, Di Chiara F, Rebusso A, Rea F. Surgical and neurologic outcomes after robotic thymectomy in 100 consecutive patients with myasthenia gravis. J Thorac Cardiovasc Surg. 2013;145:730-5.

TRAKEA TÜMÖRLERİ

Adnan Sayar

Trakea tümörleri çok nadirdir ve tüm malignansiler arasında %1'den az görülmektedir. 1973 ile 2004 yılları arası dönemi kapsayan National Cancer Institute Surveillance, Epidemiology and End Results (NCI SEER) analizine göre; trakeanın primer kanserleri her yıl 1 milyon insanda 2.6 yeni vaka olarak görülmektedir. Bu süre zarfında raporlanan olgu sayısı 578'dir. Primer tümörleri çok nadir görüldüğünden Dünya Sağlık Örgütü tarafından kabul edilmiş bir sınıflama ve evrelemesi de yoktur.

%80'i malign olan trakea tümörleri arasında en sık saptanan histolojik tip skuamöz hücreli karsinomadır. Bunu adenoid kistik karsinom takip etmektedir (Tablo 1). Primer trakea tümörlerine ek olarak tiroid, özofagus, larinks ve akciğer gibi etraf doku kaynaklı tümörlerin trakeaya invazyonu ile sekonder trakea tümörleri de görülebilmektedir.

Trakea tümörleri nadir görülmesine rağmen, genellikle sinsi başlangıçlı olması tanıda gecikmeye yol açmakta ve bu durum tedavi edilebilir hastalıkların bile tedavisini zorlaştırmakta ve hastalığı ölümcül yapmaktadır. Bu nedenle erken tanı genel sağkalımı etkileyen en önemli faktördür.

Sigara trakea tümörleri ile ilişkili en önemli risk faktörüdür. Çoğu sporadik ortaya çıkmaktadır. Bazı çalışmalarda %40 olgunun ya önceden veya aynı anda ya da sonradan orofarinks, larinks veya akciğer kanseri öyküsü olduğu gösterilmiştir. Erkeklerde kadınlara göre 3 kat daha fazla görülür iken pik yaptığı zaman 5. ve 6. dekadlardır.

İyi huylu tümörler trakea içinde mevcut olan dokuların herhangi birinden ortaya çıkabilir. Malign tümörler ise, muhtemelen akciğer kanserlerine benzer bir karsinogenezi izlemektedir.

Tipik olarak, trakea tümörleri yavaş büyürler. İyi huylu neoplazmalar uzunluğu 2 cm'den kısa düz, yuvarlak kitle olma eğilimindedir. Malign tümörler, özellikle skuamöz hücreli karsinom, ekzofitik veya ülseratif olabilmektedir. Primer trakea tümörleri ekzofitik veya ülseratif, lokalize veya longitudinal olarak yayılan veya multiple skatriziyel alanlar olarak gelişebilir. Alt trakea ve karina seviyesine daha fazla yerleşirler.

Primer trakea tümörlerinin prezentasyonu çok farklı şekillerde olabilmektedir. Sıklıkla sinsi bir hastalık olup belirtiler üst hava yollarının tıkanması veya hava yolu açıklığının

belli bir seviyenin altına düşmesi sonrası başlamaktadır. Dispne en sık karşılaşılan semptomdur. Bunu öksürük, hemoptizi, stridor izlemektedir. Bu semptomlar sıklıkla yanlış yorumlanmakta ve bu durum tanının geçikmesine sebep olmaktadır. Ses kısıklığı veya yutma güçlüğü gibi komşu yapıların tutulumuna bağlı belirtiler daha az görülmekte olsa da mevcut olduklarında hastalığın progrese olduğunu düşündürmelidir. İlk semptom sıklıkla aktivite sonrası nefes darlığıdır. Ancak akut solunum sıkıntısı havayolu tamamen

Tablo 1. Trakeanın Primer Tümörleri

<i>Benign Lezyonlar</i>	<i>Malign Lezyonlar</i>
Skuamöz papilloma	Adenokarsinoma
Pleomorfik adenoma	Adenoskuamöz karsinoma
Granular hücreli tumor (Myeloblastoma)	Küçük hücreli karsinoma
Glomus tümörü	Bazaloid skuamöz hücreli karsinoma
Fibroma	Btipik karsinoid
Fibroz histiyositoma	Malign fibroz histiyositoma
Lipoma	Melanoma
Leiomyoma	Kondrosarkoma
Hamartoma	Spindle hücreli sarkom
Kondroma	Rabdomyosarkom
Kondroblastoma	Fibrosarkom
Schwannoma	Leiomyosarkom
Nörofibroma	Kaposi's sarkom
Paraganglioma	Lenfoma
Hemanjiyoma	Lenfoepitelial karsinoma
Hemanjiyoendoteliyoma	Anjiyosarkoma
Vasküler malformasyonlar	
Intermediate Malign Lezyonlar	
Karsinoid	
Mukoepidermoid	
Pleksiform nörofibroma	
Pseudosarkoma	
Plazmastoma	
Asinik hücreli karsinoma	

tıkanmadığı için nadirdir. Hırıltılı öksürük ve tıkanıklığa bağlı olarak balgam izlenebilir.

Düz akciğer grafilerinde parankim alanları normal izlendiği için tanı geçirmektedir. Bu yüzden uzun süre astım nedeni ile tedavi ve takip edilen hastalar mevcuttur. Yayınlanan bir çalışmada hastaların üçte birinde tanının belirtiler ortaya çıktıktan 3 ay sonra konduğu belirtilmiştir. Hemoptizisi olan hastalar ise şanslı grubu oluşturmakta ve erken teşhis edilebilmektedir. Çünkü akciğer grafisi normal olup hemoptizisi olan hastalarda ileri inceleme (BT veya bronkoscopi) yapılmaktadır.

Trakea tümörlerinin tedavisi için çeşitli seçenekler bulunmaktadır. Bazı tedaviler kür sağlamak için ve bazıları ise belirtilerin azaltılması hedeflenerek uygulanmaktadır. Tümörün çok büyük olması, etraf dokulara invazyon olması veya vücudun diğer alanlarına yayılmış olması cerrahi rezeksiyon ve rekonstrüksiyon için kontrendikasyon oluşturmaktadır. Bazı cerrahi ve cerrahi olmayan tedaviler şunlardır:

Rezeksiyon ve rekonstrüksiyon, endobronşial teavi, trakeobronşial stent, laser terapi, fotodinamik tedavi.

Trakeanın uç-uca anostomozu rekonstrüksiyon için en ideal metottur. Yayınlanan çalışmalarda 2 santimlik alanın (4 trakeal halka) ek bir serbestleştirme manevrası olmadan çıkarılabileceği ifade edilmektedir. Grillo servikomediastinal yaklaşık 1000-1200 g gerilmeyle, boyun 15-35 derece fleksiyonda yaklaşık 4.5 santimlik rezeksiyonun mümkün olduğunu bildirmiştir. Yeterli mobilizasyon sağlanamadığında servikal fleksiyon, sağ hiler, sol bronş, suprahoid laringeal serbestleştirme veya perikarda "U" benzeri insizyon gibi farklı mobilizasyon teknikleri ile anastomoz hattında gerginlik olmadan rekonstrüksiyon uygulanabilmektedir. Bu mobilizasyon teknikleri ile anastomoz hattında gerginlik en aza indirilebilmektedir, çünkü anastomoz hattının sağlamlığı için en önemli risk faktörü anastomoz hattındaki gerginliktir. Rekonstrüksiyon için farklı sütür teknikleri kullanılmaktadır. Burada önemli olan cerrahın anastomoz için en sık kullandığı tekniği kullanmasıdır.

MALİGN PLEVRAL EFFÜZYONLARA YAKLAŞIM

Hüseyin Yıldırım

Malign plevral sıvılar (MPS), malign hücrelerin plevral sıvıda bulunması ya da malign hücrelerin perkütanöz plevral biyopsi, torakoskopi, torakotomi ya da otopsi ile elde edilen plevral dokuda gösterilmesi ile tanımlanır. MPS'ya sahip hastaların beklenen yaşam süresi altta yatan kanserin tipi ve evresine bağlı olarak ortalama 3-12 aydır.

Günümüzde erkeklerde akciğer kanseri, kadınlarda meme kanseri plevra metastazlarının en sık nedenlerini oluştururlar. Her iki kanser türü tüm malign plevral sıvıların %55-60'ını oluşturur. Lenfomalar, gastrointestinal ve genitoüriner sistem tümörleri malign plevral sıvıların %25'inin nedeni olarak bulunmuştur. Tüm tanısal yaklaşımlara rağmen malign plevral sıvıların %7-15'inde primer odak bulunamaz. Malign

mezotelyoma artan insidansına paralel olarak son yıllarda malign plevral sıvıların önemli bir nedeni olarak karşımıza çıkmaktadır.

MPS'larda tedavi seçeneği hastanın semptomları, genel sağlık ve fonksiyonel durumu, tümörün tipi ile uygulanan primer tedaviye verilen cevap, beklenen yaşam süresi ve akciğerin ekspansiyon olup olmaması gibi çeşitli faktörler değerlendirilerek belirlenir. Küçük hücreli akciğer kanserleri, lenfoma ve meme kanserleri kemoterapiye iyi yanıt vermekle birlikte hastalığın seyrinde ortaya çıkan plevral sıvı genellikle müdahale gerektirir. MPS'de tedavi seçenekleri semptomu olmayan vakalarda gözlem, basit tekrarlanan torasentezler, göğüs tüpü veya torakoskopi esnasında sklerozan ajan uygulamaları ve kalıcı plevral kateterlerdir.

AKCİĞER KANSERLERİNDE GENETİK

İsmail Savaş

Akciğer kanseri tüm dünyada 1.6 milyon yeni olgu sayısı ile tüm kanserlerin %13'ünü oluşturmaktadır. Aynı yılda 1.4 milyon insan bu hastalıktan ölmüştür, tüm kanser ölümlerinin %18'ini oluşturmaktadır. Akciğer kanserinin %80'i küçük hücre dışı akciğer kanseridir ve bunların da %65'i lokal ileri veya metastatik hastalıktır. 1970'li yıllarda kemoterapinin tedaviye girmesi 1990'larda daha gelişmiş etkin ajanların ortaya çıkması ve cerrahi, radyoterapi teknikleriyle ortalama sağkalım 8 ay uzatılabilmektedir. 2002 yılından sonra sağkalım plato çizmiştir.

Genel olarak kanser patogenezinin ve biyolojisinin anlaşılması, Akciğer kanserlerinin durumunu saptama konusunda da çok yardımcı olmaktadır. Akciğer kanserlerinin moleküler ve genetik temelleri oldukça kompleksdir. Bu kompleks durumun açık bir şekilde ortaya konması tanı ve tedavide ilerlemeye, sonuç olarak hastalarda daha uzun sağkalım elde etmeye yol açacaktır.

Akciğer kanserlerinde genetik bir kaç başlıkta incelenebilir. Genetik bir yatkınlık ve geçiş olması yönünde çalışmalar

vardır. Geniş epidemiyolojik çalışmalar sigara ilişkisini ortaya koymak la beraber, akciğer kanserinde bazı ailesel geçiş özellikleri tanımlanmıştır.

Akciğer kanserinde genetik, hastalığın oluş mekanizmalarının irdelenmesi ayrı bir başlık olarak değerlendirilebilir. Sigara içen veya çevresel maruziyet altındaki bireylerin metabolik fenotipik özellikleri karsinogenezisde rol oynamaktadır.

Diğer önemli bir başlık moleküler biyolojik değişimlerin genetik temelleridir. Onkogen ürünlerinin dengesi ve hücre içindeki değişimleri hücrelerde genomik değişikliklere ve kansere neden olmaktadır. Son yıllarda en önemli genomik değişiklikler Asyalı hastalarda asyalı olmayanlardan daha sık görülen epidermal growth factor receptor (EGFR) mutasyonu ve echinoderm microtubule protein benzeri 4 anaplastik lymphoma kinase (EML4-ALK) düzenlenmesidir. Bu genetik değişikliklerin etkilediği proteinlerin hedeflenmesi hastalarda prognozu iyileştirmektedir.

Seçilmiş Bildiriler

0-01

Eksternal radyoterapide doz hızı değişiminin akciğer dokusu üzerine etkisi

Pervin Hürmüz¹, Hüseyin Kıvanç¹, Abdülmecit Canbolat¹, Güler Yavaş², Deniz Yüce³, Sevgen Ç Önder⁴, Mustafa F Sargon⁵, Ferah Yıldız¹

¹Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyasyon Onkolojisi Anabilim Dalı, Ankara

²Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyasyon Onkolojisi Anabilim Dalı, Konya

³Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Preventif Onkoloji Anabilim Dalı, Ankara

⁴Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Ankara

⁵Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anatomi Anabilim Dalı, Ankara

Amaç: Eksternal radyoterapide (RT) kullanıma giren yeni cihazlarda doz hızları artırılarak tedavi süresinin kısaltılması hedeflenmektedir. Bu çalışmanın amacı artırılmış doz hızının akciğer dokusu üzerine etkisini incelemektir.

Gereç-Yöntem: Çalışmaya 48 adet 7-8 haftalık Wistar türü dişi sıçan dahil edilerek 3 farklı gruba ayrıldı. Birinci grup (Gr1) kontrol grubu olarak isimlendirildi ve bu gruptaki hayvanlara aktif ışınlama yapılmadı. Diğer iki gruptaki sıçanların her iki akciğerine tek doz 12 Gy genel anestezi altında 6 MV foton demetleri kullanılarak uygulandı. İkinci grupta (Gr2) hayvanlar 300 monitör ünit (MU)/dakika, üçüncü gruptaki hayvanlar (Gr3) da 600 MU/dakika hızında ışınladı. Her gruptan hayvanlar 6. ve 16. haftalarda yüksek doz anestezi uygulandıktan sonra servikal dislokasyonla kurban edildi. Sıçanların akciğer örnekleri ışık mikroskopisinde (IM) ve elektron mikroskopisinde (EM) değerlendirildi.

Bulgular: IM incelemede 6 ve 16. haftalar karşılaştırıldığında Gr2'de perivasküler fibrozis (p=0.018), interstisyel fibrozis (p=0.002), total enflemasyon (p=0.040) ve total fibrozis (p=0.003) skorlarında artış saptandı. Zamanla birlikte Gr3'te de perivasküler fibrozis (p=0.001), interstisyel fibrozis (p=0.002) ve total fibrozis (p=0.029) skorlarında artış saptandı. Altıncı haftada yapılan incelemede, Gr3'te Gr2'ye göre interstisyel kalınlaşma (p=0.039) ve total enflemasyon skorlarında (p=0.035) anlamlı olarak artış gözlemlendi. 16. haftada Gr3'te perivasküler fibrozis ve interstisyel fibroziste anlamlı artış saptanırken Gr2 ve Gr3 arasında enflemasyon skoru açısından fark bulunamadı. EM değerlendirmede Gr2 ve Gr3'te 6. haftada alveolar epitelde vakuoller gözlemlendi. Gr3'te ek olarak hafif fibrozis saptandı. 16. haftada her iki grupta vakuollerin boyut ve sayısında artış saptanırken Gr3'te ek olarak belirgin fibrozis ve şiddetli interstisyel ödem bulundu (Tablo1)

Yorum: Günümüzde modern teknolojiyle doz hızı artırılarak tedavi süresi kısaltılabilmektedir. Doz hızının artmasının akciğerdeki en belirgin etkisi fibroziste artış olmasıdır. Bu etkiye özellikle yüksek fraksiyon dozlarının kullanıldığı tedavilerde dikkat edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: doz hızı, akciğer kanseri, fibrozis

Tablo 1

	Grup 1	Grup 2	Grup 3
6. hafta	- Normal	- Vakuoller	- Vakuoller - Hafif fibrozis
16. hafta	- Yaşlılarına benzer	- 6. haftaya göre daha fazla ve büyük vakuoller	- 6. haftaya göre daha büyük vakuoller - Belirgin fibrozis - Şiddetli interstisyel ödem

Elektron mikroskopide izlenen akciğer dokusundaki değişiklikler

0-02

Göğüs cerrahisinde postoperatif komplikasyonları belirlemede yeni bir parametre "Goddard Sınıflaması"

Tevfik İlker Akçam, Şeyda Örs Kaya, Onur Akçay, Özgür Samancılar, Kenan Can Ceylan, Serpil Sevinç

Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi, İzmir

Amaç: Torasik Cerrahide operasyon öncesi değerlendirme hastaların operasyon sonrası durumlarının tahmininde ve hasta izleminde çok büyük önem teşkil etmektedir. Yapılan solunum fonksiyon testleri, egzersiz, diffüzyon ve sintigrafik taramalar hastaların operasyon sonrası kalacak akciğer rezervleri ile ilgili çok önemli bilgiler vermektedir. Ancak oluşabilecek komplikasyonlar ile ilgili kesin yorum yapılamamaktadır. Bu amaçla amfizemli hastaların radyolojik sınıflamasında kullanılan "Goddard Sınıflaması" (GodS) akciğer rezeksiyonu uygulanmış hastalarda değerlendirmeye alındı. Böylelikle operasyon sonrası olası komplikasyonlara yönelik GodS'un alternatif bir preoperatif değerlendirme olup olmayacağını araştırıldı.

Yöntem: Ocak 2011 ile ekim 2013 arasında primer akciğer karsinomu nedeniyle anatomik akciğer rezeksiyonu uygulanan 297 hasta içinden 104 hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Homojen bir grup elde etmek amacıyla pnömonektomi yapılan, göğüs duvarı rezeksiyonu uygulanan, neoadjuvan tedavi alan veya bronkoplastik rezeksiyon uygulanan hastalar çalışma dışı bırakıldı. Bu 104 hasta GodS'a göre gruplara ayrıldı. GodS'un diğer değişkenler ile istatistiksel ilişkisi araştırıldı.

Bulgular: Yüz erkek, dördü kadın hastaların yaş ortalaması 61.25 (±8.49) idi. 51 hasta skuamöz hücreli karsinom, 46 hasta adenokarsinom, 7 hasta ise büyük hücreli nöroendokrin tümör tanısı almış idi. 104 hasta GodS'a göre skorlandığında G0:10, G1:28, G2:42, G3:22, G4:2 hasta olmak üzere bir dağılım olduğu görüldü. Ortalama dren çekilme günü 9.79 (±7.28) olarak saptanırken, GodS arttıkça ortalama dren çekim gününün giderek uzadığı [G0: 5,6 ±1,72 (3-21) gün, G1: 6,5 ±0,67 (3-15) gün, G2: 10,93 ± 1,24 (4-48) gün, G3: 13,64 ±1,68 (4-34) gün, G4: 10,5 ±3,5 (7-14) gün p:0.002] istatistiksel olarak gösterildi. Postoperatif komplikasyon gelişen 35 hasta incelendiğinde GodS'u yüksek olan hastaların olası bir komplikasyona maruz kalma oranının arttığı saptandı (p<0.05). Hastaların FEV1 yüzdeleri ile GodS karşılaştırılmasında ise GodS'u artan hastaların FEV1 değerlerinin düştüğü görülmekle beraber istatistiksel bir anlamlılık görülmedi (p=0.182). GodS 2 ve 3 olan hastaların sigara kullanım sürelerinin diğer gruplara göre daha uzun olduğu da diğer bir sonuç olarak göze çarpmaktaydı.

Sonuç: Bu bulgular eşliğinde "Goddard"ın amfizemli hastalar için tanımladığı bu radyolojik skorlamanın göğüs cerrahisi hastalarının pre-operatif değerlendirmesinde ve post-operatif izleminde yol gösterici bir parametre olabileceği görülmüş olmaktadır. Çalışmamızda ayrıca hastaların FEV1 değerleri azaldıkça komplikasyon oranının arttığı görülmüş ancak bu bulgu istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Anahtar Kelimeler: Akciğer Rezeksiyonu, Goddard Sınıflaması

0-03

KÜÇÜK HÜCRELİ DIŞI AKCİĞER KANSERİ NEDENİYLE REZEKSİYON UYGULANAN HASTALARIN KLİNİK VE PATOLOJİK T DURUMLARININ KARŞILAŞTIRMALI SONUÇLARI

Elvin Hamzayev¹, Gökhan Kocaman¹, Mehmet Ali Sakallı¹, Yusuf Kahya¹, Cabir Yüksel¹, Serkan Enön¹, Murat Özkan¹, Atilla Elhan², Ayça Karabörk³, Ayten Kayı Cangır¹, Rifat Murat Akal¹

¹Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Ankara

²Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyoistatistik Anabilim Dalı, Ankara

³Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Ankara

Giriş: Evre I ve II küçük hücreli dışı akciğer kanserinde (KHDAK) en etkin tedavi yöntemi cerrahi rezeksiyondur. Evre III ve IV tümörlerde ise T ve N durumlarına göre cerrahi tedavinin yeri ve zamanlaması değişkendir. Bu nedenle preoperatif T ve N durumunun belirlenmesi tedavi yönteminin planlanmasında oldukça önemlidir. Bu çalışmada, preoperatif dönemde belirlenen klinik T evresi ile postoperatif histopatolojik inceleme sonunda belirlenen patolojik T evresi karşılaştırılarak T migrasyonlarının değerlendirilmesi ve klinik T evrelemesinin güvenilirliğinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Hastalar ve Yöntem: Kliniğimizde 1994-2003 ve 2008-2012 tarihleri arasında opere edilen 1649 KHDAK'lı hastanın verileri retrospektif olarak incelenmiştir. Preoperatif radyolojik değerlendirme ile belirlenen klinik T ve postoperatif histopatolojik inceleme ile belirlenen patolojik T evrelerine ulaşılabilen 1291 hasta çalışmaya dahil edilmiştir.

Bulgular: Hastaların 1161(%89,9)'i, erkek, 130 (%10,1)'u kadın olup yaş ortalaması 59,4(24-84)'tü. Hastaların 1182 (%91,6) 'sine anatomik rezeksiyon, 109 (%8,4)'una anatomik olmayan rezeksiyon uygulandı. Preoperatif klinik T ve postoperatif patolojik T evreleri karşılaştırıldığında doğru T evreleme oranları sırasıyla; T1a'da %48,1; T1b'de %36,8; T2a'da % 50,7; T2b'de % 39,5; T3'de % 61,6; T4'te ise % 21,7 idi (Tablo 1). Bu dağılım istatistiksel olarak anlamlıydı (p<0,05).

Sonuç: Çalışma sonuçlarına göre, ameliyat edilen hastaların büyük çoğunluğunun (%35,3) T2a evresinde olduğu görülmüştür. Klinik T ve patolojik T evreleri karşılaştırıldığında en yüksek doğru evreleme oranının (% 61,6) T3'te elde edildiği en düşük doğruluk oranının ise T4'de (% 21,7) idi. Klinik T4 hastaların çoğunun daha küçük T'ye migrasyon gösterdiği izlendi. T4 hastalarının büyük kısmının inoperabl olduğu genel algısı göz önüne alındığında, radyolojik olarak T4 evresinde olan hastaların cerrahi açıdan daha dikkatli değerlendirilmesi gerektiği, özellikle büyük damar ve özofagus invazyonu raporlanan hastalarda radyolojik bulguların yanıltıcı olabileceği ve bu hasta grubunda cerrahi eksplorasyonun daha doğru sonuçlar verebileceği görülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Akciğer kanseri, evreleme, tümör boyutu

Tablo 1: kT ve pT evre migrasyon oranları

Klinik T	Patolojik T						Toplam n(%)
	T1a n(%)	T1b n(%)	T2a n(%)	T2b n(%)	T3 n(%)	T4 n(%)	
T1a	76 (48,1)	38 (24,1)	23 (14,6)	6 (3,8)	7 (4,4)	8 (5,1)	158 (12,2)
T1b	30 (13,2)	84 (36,8)	95 (41,7)	5 (2,2)	11 (4,8)	3 (1,3)	228 (17,7)
T2a	15 (3,3)	48 (10,5)	231 (50,7)	74 (16,2)	69 (15,1)	19 (4,2)	456 (35,3)
T2b	4 (2)	8 (4)	35 (17,5)	79 (39,5)	67 (33,5)	7 (3,5)	200 (15,5)
T3	2 (1)	7 (3,4)	26 (12,8)	33 (16,3)	125 (61,6)	10 (4,9)	203 (15,7)
T4	4 (8,7)	4 (8,7)	9 (19,6)	6 (13)	13 (28,3)	10 (21,7)	46 (3,6)

0-04

EVRE III KÜÇÜK HÜCRELİ DIŞI AKCİĞER KANSERİNDE NEOADJUVAN TRİMODALİTE TEDAVİ SONUÇLARI: PROSPEKTİF ÇALIŞMA

Ebru Tuncay¹, Berker Özkan², Esra Kaytan Sağlam³, Alper Tokar², Yeşim Eralp⁴, Adnan Aydın⁴, Cüneyt Türkmen⁵, Dilek Yılmazbayhan⁶, Ethem Nezihe Oral³, Ahmet Kizir³

¹İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyasyon Onkolojisi Kliniği, İstanbul

²İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, İstanbul

³İstanbul Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü, Radyasyon Onkolojisi Anabilim Dalı, İstanbul

⁴İstanbul Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü, Medikal Onkoloji Bilim Dalı, İstanbul

⁵İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Nükleer Tıp Anabilim Dalı, İstanbul

⁶İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Evre III küçük hücreli dışı akciğer kanseri (KHDAK) tanılı hastalarda en etkin tedavi algoritması halen araştırılmaktadır. Çalışmamızda prospektif olarak bu hasta grubuna tam doz RT ve eş zamanlı KT sonrasında cerrahi planlanmış olup kabul edilebilir toksisite oranları ile birlikte daha yüksek patolojik cevap elde etmek ve tedavinin sağkalıma etkisini gözlemlemek amaçlanmıştır.

Materyal-Metod: İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı ve İ.Ü. Onkoloji Enstitüsü ortak çalışmasına; Aralık 2009 - Haziran 2012 tarihleri arasında evre III KHDAK tanısıyla başvuran 38 hasta dahil edilmiştir. Neoadjuvan tedavi olarak 60 Gy RT ve eş zamanlı 2 kür sisplatin (50 mg/m²) ve etopositten (50 mg/m²) oluşan kemoterapi protokolü uygulanmış olup neoadjuvan tedavileri tamamlanan hastalara tedavinin tamamlanmasından itibaren 4. hafta içerisinde PET-BT ve toraks BT çekilmiş olup multidisipliner ekip tarafından tekrar değerlendirilerek cerrahi yapılmıştır.

Bulgular: Multidisipliner ekip tarafından değerlendirilen 38 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışmaya dahil edilen 38 hastanın 30'u opere edilmiştir. Hastaların 36'sı erkek, 2'si kadın ve cerrahi uygulandığı sıradaki medyan yaş 55'tir (45-68). RT toksisitesine bağlı 4 hastada (%10,5) tedaviye ara verilmiştir. Medyan ara verilen süre 4,5 (2-9) gündür. Neoadjuvan kemoterapi 2 hastada komorbid hastalıkları nedeni ile, 1 hastada böbrek toksisitesi gelişmesi nedeni ile tam doz verilememiştir. Hematolojik toksisite nedeniyle 3 hastada (%7,8) KT'ye ara verilmesi gerekmiştir. Çalışmamızda medyan takip süresi 29 (4-44) aydır. Neoadjuvan tedavinin tamamlanmasından itibaren cerrahiye kadar geçen süre ortalama 55,2 (20-110) gündür. Hastaların 22'sinde (%73,3) N2 hastalık nedeni ile neoadjuvan tedavi uygulanırken 8 hastaya (%26,7) T4 hastalık nedeni ile neoadjuvan tedavi verilmiştir. Tüm hastalara tedavi öncesi mediastinal lenf nodu disseksiyonu yapılmıştır. Opere edilen hastaların postoperatif dönemde hastanede yatış süresi 6-31 gün (medyan 9 gün), servis yatış süresi 1-24 gün (medyan 8,5 gün)

olarak hesaplandı. Toplam 8 hastada (%27) yoğun bakım endikasyonu konurken yoğun bakımda kalış süresi 1-30 gün (medyan 1 gün) arasında değişmekteydi. Çalışma grubumuzda postoperatif dönemde mortalite oranı %3,3 olarak belirlenmiştir. Tedavi sonrası patolojik tam cevap (canlı tümör hücrelerinin görülmemesi) %27 hastada saptanmıştır. N2 hastalık nedeniyle neoadjuvan tedavi alan ve cerrahi uygulanan 22 hastanın 14'ünde (%63,6) mediastinal lenf nodlarında tam cevap saptanmıştır. Neoadjuvan tedavi sonrası cerrahi uygulanan hastaların 27'sinde (%90) T evresinde gerileme saptanırken, 3'ünde (%10) stabil yanıt alınmıştır. Tüm grubun 2 yıllık sağkalım oranı %80'dir.

Sonuç: Sonuç olarak yüksek doz RT sonrası pulmoner rezeksiyon deneyimli merkezlerde uygulandığı takdirde güvenli bir işlemdir. Neoadjuvan 45 Gy RT ile kıyaslandığında yüksek doz preoperatif RT dozu ile daha iyi patolojik cevaplar elde edilmekte, patolojik tam cevap oranları artmaktadır. Evre IIIA KHDAK'nde neoadjuvan 60 Gy ve üzerinde RT ve eş zamanlı KT uygulaması umut vadeden bir konu olup ve yüksek hasta sayıları ile çok merkezli randomize çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: neoadjuvan tedavi, küçük hücreli dışı akciğer ca, evre III

0-05

MALİGN MEZOTELYOMA TEDAVİSİNDE DEĞİŞEN TEDAVİ TRENDLERİNİN SAĞKALIMA ETKİSİ

Tunç Laçin, Nezir Onur Ermerak, Zeynep Bilgi, Hakan Ömercikoğlu, Çağatay Çetinkaya, Bihter Sayan, Korkut Bostancı, Bedrettin Yıldızeli, Mustafa Yüksel, Hasan Fevzi Batirel

Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, İstanbul

Giriş: Malign mezotelyoma tüm dünyada ve ülkemizde artan sıklıkta görülen nadir bir tümördür. Asbest maruziyeti sonrası (çevresel ve iş kaynaklı) hastalığın ortaya çıkması için gereken süre uzun olduğu için ülkemizin mezotelyoma yükü bilinmemektedir. Son dekadda birçok çalışma uygun hastalarda cerrahi tedaviye eklenen sistemik tedavinin sağkalımı arttırdığını göstermiştir. Bu çalışmanın amacı son 14 yıl içinde kliniğimizde uyguladığımız tedavi değişikliklerinin sağkalıma etkisini incelemektir.

Metod: Kliniğimizde 2001 ile 2014 yılları arasında malign mezotelyoma tanısı alan 145 hastaya çeşitli tedavi yöntemleri uygulanmıştır. Cerrahi tedavi uygulanacak hastaların seçimi için standart olarak toraks BT, toraks MR, PETBT ve SFT uygulandı. Radyolojik olarak ekstenzif hastalık şüphesi duyulan hastalarda definitif cerrahi öncesi evreleme için mediastinoskopi, kontralateral VATS ve laparoskopi kullanıldı. 2001 ile 2010 yılları arasında tedavi protokolü olarak ekstraplevral pnömonektomiye ek olarak postoperatif radyoterapi (insizyonlara profilaktik ve yüksek doz hemitorasik/IMRT) ve postoperatif kemoterapi (Gemsitabin/pemetrexed, cisplatin) uygulanırken (Grup 1), 2010 yılından sonra tedavi protokolünü radikal plevrektomiye ek olarak postoperatif kemoterapi ve profilaktik radyoterapi olarak (Grup 2) değiştirdik.

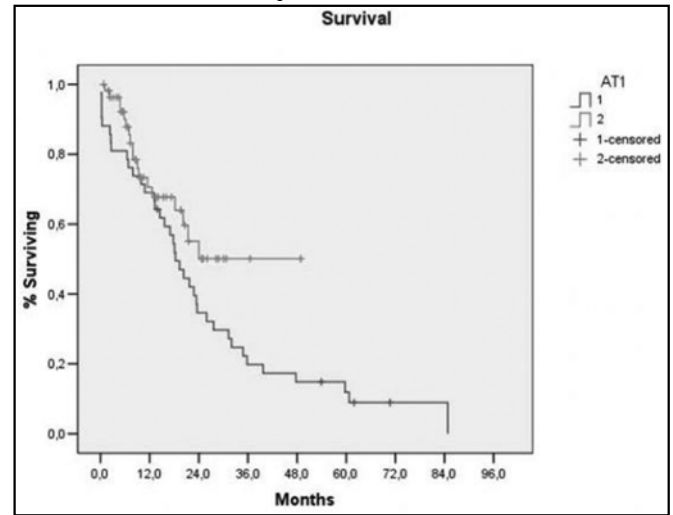
Sonuçlar: 145 hasta içinden 2004 ile 2013 yılları arasında opere ettiğimiz ve sağkalım verilerine ulaşabildiğimiz 98 hasta incelendi. 42 hastaya ekstraplevral pnömonektomi, 46 hastaya ise plörektomi (27 parsiyel, 10 radikal, 9 total plevrektomi) uygulandı. Geri kalan 10 hastaya ise palyatif cerrahi girişim uygulandı. Ortanca sağkalım 21.4 ay iken 2- ve 5-yıllık sağkalım %41 ve %17

idi. Grup1 de ortanca sağkalım 18.3 ay iken Grup 2 de ortanca sağkalıma henüz ulaşamamıştır ancak sağkalım avantajı vardır ($p=0.047$). Cinsiyet ile sağkalım arasındaki ilişki incelendiğinde kadınlarda ortalama sağkalım 27.6 ay iken erkeklerde 18.3 ay idi ($p=0.16$). Histolojik olarak değerlendirildiğinde ise epitelioid mezotelyomada ($n=80$) ortalama sağkalım 23.4 ay iken diğer histoloji tiplerin (sarkomatoid $n=4$ ve mikst, $n=14$) ortalama sağkalımı 14.5 ay idi ($p=0.034$). 98 hastadan öngörülen tedaviyi tamamlayan 72 hastanın ortalama sağkalımı 27.6 aydır.

Tartışma: Malign mezotelyomada cerrahi ve sistemik tedavi kombinasyonu ortalama sağkalımı arttırmaktadır. Cerrahi tedavide ana prensip gros tümör rezeksiyonudur. Plörektomi grubu, ekstraplevral pnömonektomi grubuna göre relatif sağkalım avantajı vardır ($p=0.047$). Uzun dönem sağkalım avantajı epitelyal mezotelyoma ve bayan hasta grubunda görülmektedir.

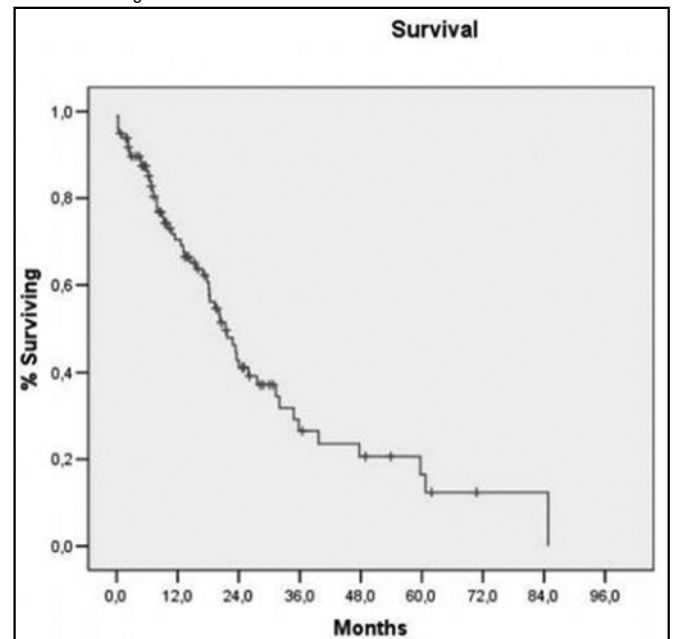
Anahtar Kelimeler: Mezotelyoma, radikal plörektomi, sağkalım

2010 öncesi ve 2010 sonrası sağkalım analizi



Resim 1. Değişen tedavi şekline bağlı olarak değişen sağkalım

98 hastanın sağkalım analizi



Resim 2. 2004 - 2013 yılları arasında sağkalım verilerine ulaşılan 98 hastanın sağkalım analizi

0-06

MALİGN HASTALIKLARDA ENDOBRONŞİYAL ULTRASON REHBERLİĞİNDE TRANSBRONŞİYAL İĞNE ASPIRASYONUNUN (EBUS-TBİA) CERRAHİ GİRİŞİM İLE DOĞRULANMIŞ TANISAL DEĞERİ

Ozan Usluer, Soner Gürsoy, Ahmet Üçvet, Şeyda Örs Kaya

Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği, İzmir

Amaç: Endobronşiyal ultrason rehberliğinde transbronşiyal iğne aspirasyonu (EBUS-TBİA), mediastinal ve hiler lenf bezlerinin tanı ve evrelemede minimal invaziv bir yöntem olarak kabul edilmektedir. Bu çalışmanın amacı, EBUS-TBİA'nun ardından cerrahi girişim uygulanmış primer maligniteli hastalarda, bu işlemin tanısallık değerini ortaya koymaktır.

Yöntem: Nisan 2011 ile Şubat 2014 yılları arasında EBUS-TBİA uygulanan ve histopatolojik inceleme sonucu reaktif lenf bezi saptanan 81 olgunun tanısallık doğrulaması cerrahi girişim ile yapıldı. Tüm olgulara midazolam, propofol ve fentanil ile sedasyon uygulandı.

Bulgular: EBUS-TBİA'nun uygulandığı hastaların 72'si (%89) küçük hücreli dışı akciğer kanseri (6 olguya neoadjuvan tedavi uygulanmış) olup 9'u (%11) ekstrapulmoner malignite idi. Toplam 81 EBUS-TBİA işlemi; 574 aspirasyon (her bir hasta için ortalama 7, 1-12 aralığında) 233 lenf bezine (her bir hasta için ortalama 3.5, 1-6 aralığında) uygulandı. Duyarlılık, özgüllük, pozitif öngörü değeri, negatif öngörü değeri, pozitif öngörü değeri ve doğruluk oranları sırasıyla %92,4, %100, %100, %87.7 ve %95,1 idi. EBUS-TBİA işlemine bağlı mortalite gözlenmedi.

Sonuç: Bu çalışmada, cerrahi ile doğrulanmış endobronşiyal ultrason rehberliğinde transbronşiyal iğne aspirasyonunun (EBUS-TBİA), mediastinal ve hiler lenf bezi değerlendirilmesinde güvenli ve tanısallık doğruluğu yüksek bir yöntem olduğu gösterilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Endobronşiyal ultrason, transbronşiyal iğne aspirasyonu, mediastinal ve hiler lenf bezi

Sözel Bildiriler

0-07

AKCİĞER METASTAZLARINDA CONE BEAM BT KILAVUZLUĞUNDA PERKÜTAN ABLASYON

Saim Yılmaz¹, Necdet Öz², Gökhan Asal³, Metin Çevener⁴, Ayşe Kargı⁵, Mustafa Özdoğan⁶, Akin Yıldız⁶

¹Akdeniz İntegratif Onkoloji Grubu, Medstar Onkoloji Hastanesi, Radyoloji Bölümü/ Girişimsel Radyoloji Ünitesi, Antalya

²Akdeniz İntegratif Onkoloji Grubu, Medstar Onkoloji Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Bölümü, Antalya

³Akdeniz İntegratif Onkoloji Grubu, Medstar Onkoloji Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Bölümü, Antalya

⁴Akdeniz İntegratif Onkoloji Grubu, Medstar Onkoloji Hastanesi, Radyoloji Bölümü, Antalya

⁵Akdeniz İntegratif Onkoloji Grubu, Medstar Onkoloji Hastanesi, Tıbbi Onkoloji Bölümü, Antalya

⁶Akdeniz İntegratif Onkoloji Grubu, Medstar Onkoloji Hastanesi, Nükleer Tıp Bölümü, Antalya

Amaç: Akciğerdeki oligometastazların tedavisinde perkütan ablasyon gün geçtikçe önemi artan ve daha sık kullanılan bir yöntemdir. Bu amaçla en sık kullanılan ablasyon yöntemleri radyofrekans (RF) ve mikrodalgadır (MD). Son yıllarda kriyoablasyon (KA) da gittikçe artan oranda uygulanmaktadır. Akciğer malignitelerinde perkütan ablasyon en sık standart bilgisayarlı tomografi (BT) kılavuzluğunda yapılmaktadır. Yakın zamanda, BT-floroskopi ve cone beam BT gibi gelişmiş görüntüleme yöntemleri hem perkütan akciğer biyopsilerinde hem de perkütan ablasyonda daha sık kullanılmaya başlanmıştır. Cone beam BT nin en önemli avantajları akciğeri, hedef lezyonu ve ablasyon iğnesini aynı anda birbirine dik 3 planda görüntülemesi ve hastanın çevresindeki geniş alanın girişimi kolaylaştırmasıdır. Bu çalışmadaki amacımız, 2 yıllık süre içinde akciğer metastazlarında RF, MD ve KA yöntemleriyle 88 hastada 102 lezyona yaptığımız perkütan ablasyon sonuçlarımızı sunmaktır.

Yöntem-Gereçler: Mart 2012-Mart 2014 tarihleri arasında, akciğerlerinde çeşitli primer tümörlere ait metastazları olan 88 hastaya ait bulgular retrospektif olarak incelendi. Bu hastalarda en uzun çapları 5mm-61mm arasında değişen 1-8 adet metastaz bulunmaktaydı. Tüm hastalarda lokal anestezi altında cone beam BT kılavuzluğunda ablasyon iğneleri lezyonların merkezine yerleştirildi. İki cm den büyük lezyonlarda ya ikinci bir ablasyon iğnesi kullanıldı, ya da aynı iğne sırayla lezyonun değişik kısımlarına yerleştirilerek ablasyon yapıldı. Serimizde 29 hastada 35 lezyon RF ile, 56 hastada 63 lezyon MD ile ve 3 hastada 5 lezyon KA ile toplamda 90 seansta tedavi edildi. RF ve MD sırasında lokal anesteziye ilaveten propofol ile derin sedasyon yapıldı, KA da ise sadece lokal anestezi verildi.

Bulgular: Tüm hastalarda iğneler lezyonlara sorunsuz olarak yerleştirildi. Ablasyon işlemi sırasında RF uygulanan hastalarda ağrı dışında problem oluşmadı. MD uygulanan hastalarda işlem sırasında ağrı dışında 4 hastada şiddetli öksürük, 2 hastada hemoptizi gelişti. İşlem sonrasında RF ve MD yapılan hastalarda değişik derecelerde analjezik tedavi gerektiren ağrı oldu. KA yapılan hastalarda ise işlem sırasında ve sonrasında ağrı gelişmedi. Uygulanan 90 seansın 86 sında hastalar 4-5 saatlik gözlemden sonra taburcu edildi. Dört seansta ise hastalar çeşitli komplikasyonlar nedeniyle hastanede tutuldu. Ablasyonlardan sonra RF yapılan 1 hastada tedavi gerektiren pnömotoraks gelişti, kontrol yapılabilen hastaların %60 ında lokal nüks izlendi. MD yapılan 56

hastanın 10 unda pnömotoraks, plevral sıvı, akciğer enfeksiyonu, ciltaltı amfizemi ve bronkoplevral fistül gibi majör komplikasyonlar görüldü. Komplikasyonların fazlalığı nedeniyle MD ablasyon süresi sonraki hastalarda kademeli olarak %75 azaltıldı ve yaklaşık 1 dakikaya düşürüldü. Bu şekilde MD ablasyon yapılan son 11 hastada majör komplikasyon görülmeydi. MD ablasyonu sonrası takip edilebilen hastaların sadece %10 ında lokal nüks görüldü. KA yapılan 3 hastada ise komplikasyon görülmeydi ancak uzun dönem takip sonuçları henüz alınamadı.

Sonuçlar: Çalışmamız sonucunda akciğer metastazlarında perkütan ablasyon yöntemleri arasında belirgin farklılıklar saptadık. RF ablasyonu emniyetli ancak daha az etkili, MD ablasyonu ise çok etkili ancak komplikasyon oranı daha yüksek bulundu. Erken dönem bulgularımız MD ablasyon süresinin azaltılmasıyla komplikasyon oranının çok azaldığını buna karşılık etkinliğin aynı kaldığını göstermiştir. KA ise, deneyimimiz sınırlı olmakla birlikte, hastaların hiç ağrı duymaması ve komplikasyon olmaması nedeniyle oldukça umut verici bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Akciğer, Ablasyon, Metastaz



Resim 1. Akciğer metastazında perkütan ablasyon iğnesinin lezyon içerisindeki sagittal Cone Beam BT görüntüsü

0-08

EVRE 3A (PATOLOJİK N2) KÜÇÜK HÜCRELİ DIŞI AKCİĞER KANSERLİ HASTALARDA SAĞKALIM VE PROGNOSTİK FAKTÖRLER; CERRAHİ TEDAVİ UYGULANMIŞ 189 HASTANIN ANALİZİ

Hüseyin Melek¹, Adalet Demir², Ahmet Sami Bayram¹, Berker Özkan², Gamze Çetinkaya¹, Murat Kapdağlı², Mehmet Muharrem Erol¹, Türkan Evrensel³, Süreyya Sarıhan⁴, Alper Tokar², Cengiz Gebitekin¹

¹Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Bursa

²İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, İstanbul

³Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Onkoloji Anabilim Dalı, Bursa

⁴Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyasyon Onkolojisi Anabilim Dalı, Bursa

Amaç: Küçük hücreli dışı akciğer kanseri (KHDAK), Evre 3A hastalıkta gerek preoperatif saptanan N2; gerekse intraoperatif saptanan süpriz N2 hastalarda cerrahi tedavinin yeri tartışmalıdır. Biz bu çalışmada cerrahi tedavi uygulanmış ve patolojik olarak mediastinal lenf nodu metastazı saptanmış (pN2) hastaların sağkalım ve prognostik faktörlerinin gösterilmesini amaçladık.

Yöntem: İki ayrı merkezde 2001 - 2013 tarihleri arasında KHDAK tanısı ile cerrahi tedavi uygulanan tüm hastalar retrospektif olarak incelendi. Preoperatif mediastinal metastaz varlığından şüphelenilen yada teyit edilen hastalara neoadjuvan tedavi uygulanırken metastaz saptanmayan hastalara doğrudan komplet akciğer rezeksiyonu ve lenf nodu diseksiyonu uygulandı. Patolojik N2 olduğu tespit edilen 189 hasta çalışmaya dahil edildi. Preoperatif patolojik olarak N2 olduğu tespit edilmiş ve neoadjuvan tedavi alan hastalardan cerrahi tedavi ile N0 olduğu gösterilen hastalar Grup I (Nodal downstage, n=65), cerrahi tedavi ile N2 'nin devam ettiği gösterilen hastalar Grup II (persistan N2, n=49) ve preoperatif N2 tespit edilemeyen ve cerrahi tedavi ile N2 tespit edilen hastalar Grup III(Sürpriz N2, n=75) olmak üzere 3 grup oluşturuldu. Hastaların sağ kalım oranları, prognozu etkileyen faktörler Kaplan-Meier yöntemiyle, log-rank testi veya Cox göreceli riskler modeli kullanılarak analiz edildi ve gruplar karşılaştırıldı.

Bulgular: Hastaların 162'si erkek; ortalama yaş 57,5 (30-78), tümör histopatolojik tipi 107 hastada skuamöz hücreli karsinom, 70 hastada adenokarsinom, 12 hastada diğer KHDAK idi. Neoadjuvan tedavi 45 hastaya kemoterapi, 69 hastaya kemo-radyoterapi olmak üzere toplam 114 hastaya verildi. Altmış üç hastaya pnömonektomi, 126 hastaya lobektomi uygulandı. Lenf nodu metastazı 65 hastada paratrakeal, 53 hastada subkarinal, 41 hastada aortapulmoner istasyonlarda saptanırken 20 hastada multiple istasyonda lenf nodu metastazı mevcuttu. Beş yıllık sağ kalım Grup III'te %49, Grup I'de %45 iken Grup II'de %30 olarak tespit edildi (p=0,02). Multiple N2 lerin 5 yıllık sağkalım oranı %28 idi.

Sonuç: Klinik N0 iken torakotomi ile sürpriz N2 tespit edilen ve neoadjuvan tedavi sonrası nodal downstage sağlanan hastalarda cerrahi tedavi sonrası kabul edilebilir iyi bir sağkalım elde edilmiştir. Multiple N2 saptanan ve neoadjuvan tedavi sonrası persistan N2 olan hastalarda cerrahi tedaviye rağmen sağkalım kötüdür.

Anahtar Kelimeler: küçük hücreli dışı akciğer kanseri, neoadjuvan tedavi, mediastinal lenf nodu metastazı

0-09

KÜÇÜK HÜCRELİ DIŞI AKCİĞER KANSERİNİN N EVRELEMESİNDE KLİNİK VE RADYOLOJİK DEĞERLENDİRME YÖNTEMLERİNİN ETKİNLİĞİ

Erhan Bulut¹, Çiğdem Gonca¹, Mehmet Ali Sakallı¹, Elif Duman¹, Murat Şahin¹, Gökhan Kocaman¹, Elvin Hamzayev¹, Murat Özkan¹, Elgin Özkan², Ayten Kayı Cangır¹, Hasan Şevket Kavukçu¹

¹Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Ankara

²Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nükleer Tıp Anabilim Dalı, Ankara

Giriş: N2 hastalık, küçük hücreli dışı akciğer kanseri (KHDAK)'nin evrelemesinde tedavi planında ve sağ kalımın ön görülmesinde en önemli prognostik etkenlerdendir. Bu nedenle klinik N2 evrelemesinin yüksek doğruluk ile saptanması çok önemlidir. Bu çalışmada Toraks BT'de mediastinal lenf nodu (MLN) kısa çapı 10 mm'den büyük olan hastalardan PET-BT negatif olan ya/ya da invaziv evreleme ile N2 olmadığı düşünülen ve multidisipliner konseyde değerlendirilerek cerrahi tedavi uygulanan hastaların sonuçları analiz edilmiştir.

Hastalar ve Yöntem: AÜTF Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı'nda 1994-2003 ve 2008-2012 tarihlerinde göğüs cerrahisi, radyoloji, nükleer tıp uzmanlarının katıldığı multidisipliner konseyde değerlendirilen 1649 hasta KHDAK tanısı ile opere

edilmiştir. Toraks BT'de patolojik boyutlu MLN (rN2) saptanan ve PET-BT negatif olan ya/ya da invaziv evrelemede N2 negatif olduğu düşünülerek opere edilen (n:191) hasta çalışmaya dahil edildi. Hastalar sırasıyla multidedektör Toraks BT ve PET-BT rutin kullanıma başladığı yıllar göz önünde tutularak 3 gruba (Grup I; 1994-2003, grup II; 2008-2010 ve grup III; 2011-2012) ayrıldı. Üç grup hastaların patolojik N durumları istatistiksel olarak analiz edildi.

Sonuç: Çalışmaya dahil edilen 191 rN2 hastanın gruplara göre dağılımı; Grup I:147, GrupII:21 ve Grup III:23 hastaydı. Patolojik N2 (pN2) dağılımı ise gruplara göre sırasıyla 42 (%28,6); 6 (%28,6) ve 1 (%4,3) olarak saptandı ve bu dağılım istatistiksel olarak anlamlıydı (p<0,001).

Yorum: KHDAK'de N2 hastalığının dışlanması ideal tek bir yöntem yoktur ancak multidisipliner konseyde değerlendirilme, invaziv evreleme ve PET-BT'nin negatifliği literatür bilgileri ve serimizin sonuçları göz önünde tutulduğunda başarılı bir yaklaşımdır. Bu yaklaşım ile rN2 hastaların %74,3 (n:142) hastaya komplet rezeksiyon şansı sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: akciğer kanseri, lenf nodu, evreleme

0-10

AKCİĞER KANSERLİ HASTALARDA FİBULİN-2 GENİNİN ARAŞTIRILMASI

Mukaddes Avsar¹, Seda Kılıç¹, Özge Şükrüoğlu¹, Demet Akdeniz¹, Buğra Tunçer¹, Rümeysa Çiftçi², Nergis Dağoğlu², Aysel Ahmedova², Makbule Tambaş², Sezai Vatansever², Hülya Yazıcı¹

¹İstanbul Üniversitesi, Onkoloji Enstitüsü, Temel Onkoloji Anabilim Dalı, Kanser Genetiği Bilim Dalı, İstanbul

²İstanbul Üniversitesi, Onkoloji Enstitüsü, Klinik Onkoloji Anabilim Dalı, İstanbul

Akcığer kanseri, dünyada en yaygın görülen kanser türlerinden biridir. Hastaların %70'e yakını tanı koyulduğu anda lokal ileri veya metastatik hastalığa sahiptirler. Akcığer kanserli hastalarda sıklıkla beyin metastazı (%20-40) ile kemik metastazına (%30-40) rastlanmaktadır. Fibulin-2, Ekstraselüler Matriks (ECM) proteini niteliği taşıyan, yedi üyeli fibulin familyasına ait bir proteindir. Fibulin-2'nin epidermal büyüme faktör benzeri domainleri çok sayıda kalsiyum bağlayan bölgeler içermektedir. ECM proteinlerinden tip IV kollagen, fibronektin, fibrinogen, fibrillin, laminin, agrekan ve versikan ile etkileşime girmektedir. Bu etkileşimlerin kanser gelişiminde oldukça önemli olduğuna inanılmaktadır. Fibulinlerin kanser hücreleri için hem tümör baskılayıcı hem de onkogenik aktiviteye sahip olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur. Bu çalışmada, akciğer kanserli hastalarda FBLN2 gen ifade düzeyinin incelenmesi ve FBLN2 geninin, akciğer kanserinde farklı metastatik odakların gelişimindeki rolünün belirlenmesi amaçlanmıştır. Çalışmamızda farklı metastatik odaklara sahip toplam 106 akciğer kanserli hastanın periferik kan lenfositleri ve plazma örnekleri ile 8 hastanın parafin doku materyalleri kullanıldı. Elde edilen veriler, hasta grupları ile yaş cinsiyet ve ırk açısından eşleştirilmiş 27 sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırıldı. Hasta numunelerinden elde ettiğimiz cDNA'lar FBLN2 hedef geni ve HPRT1 referans genine özgü hazırlanan primerler kullanılarak gerçek-zamanlı PZR yöntemiyle çoğaltıldı ve FBLN2 gen ifadesi sağlıklı kontrollerle karşılaştırılarak değerlendirme yapıldı. Periferik kan lenfosit cDNA'larında incelenen FBLN2 gen ifade düzeyi, sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırıldığında, akciğer kanserli hastaların farklı metastatik gruplarının tamamında

yaklaşık 2 kat azaldığı saptandı. Bu bulgulara göre sağlıklı kontroller ile her bir hasta alt grubu tek tek karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p < 0,05$). Ancak akciğer kanserli hasta grupları kendi aralarında değerlendirildiğinde istatistiksel açıdan anlamlı bir fark görülmedi ($p > 0,05$). Hastaların parafin dokularında yapılan incelemelerde ise, periferik kan lenfositlerinde görülen azalan ifade düzeyinin aksine, 50 kat artış olduğu gözlemlendi. Fibulin-2 gen ekspresyonunun tümör dokusunda dramatik artışına karşın periferik kan lenfositlerindeki düşüşünün söz konusu genin çevresindeki diğer moleküllerle etkileşime girdiğini ve bu yolla metastatik potansiyeli uyardığını düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: Akciğer kanseri, Fibulin-2 (FBLN2), Gen anlatımı

0-11

MALIGN PLEVRAL MEZOTELYOMADA EVRELEME SAĞKALIMI ÖNGÖRÜYOR MU?

Yusuf Kahya¹, Pervin Hürmüz², Çiğdem Gonca¹, Deniz Yüce³, Serpil Dizbay Sak⁴, Ayten Kayı Cangır¹

¹Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Ankara

²Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyasyon Onkolojisi Anabilim Dalı, Ankara

³Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Preventif Onkoloji Anabilim Dalı, Ankara

⁴Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Ankara

Giriş: Malign plevral mezotelyoma (MPM) kötü prognozlu bir hastalık olmasına karşın multimodal tedavi yapılan hastaların bir bölümünde uzun süre sağkalım elde etmek olasıdır. Bu çalışmada MPM tanılı hastalarda uzun sağkalımlı hastaları Uluslararası Mezotelyoma İlgili Grup (IMIG)'ün evrelemesi ile öngörme değerlendirilmiştir.

Hastalar ve Yöntem: Ankara Üniversitesi Göğüs Cerrahisi AD'ında Kasım 1994 ve Temmuz 2013 tarihleri arasında MPM tanısı alan 340 hasta IMIG evreleme sistemine göre retrospektif olarak değerlendirilmiştir.

Sonuç: Hastaların %63'ü (n:215) erkek, %37'si (n:125) kadındı. Yaş ortalaması 55,4 (min:26-max:88 yaş) idi. Daha çok izlenen histopatolojik alt tip epitelial (%70) tipti. IMIG evreleme sistemine göre hastaların T dağılımı, T1 %8,1; T1a %21,8; T1b %18,8; T2 %27,1; T3 %15,1; T4 %9,1 ve N dağılımı ise N0 %86,2; N1 %4,3; N2 %6,1; N3 %3,4'dü. Evre dağılımı ise %39,4 Evre 1, %22,6 Evre 2, %18,6 Evre 3 ve %15,4 Evre 4 hastalığı. Median sağkalım, T1+T2'de 20 ay, T3+T4'de 12 aydı ve anlamlı fark saptanmadı ($p=0,179$). Median sağkalım N0 olgularda 19 ay iken N1+2+3'de 12 aydı ve fark anlamlı değildi ($p=0,601$). Median sağkalım evre 1+2'de 19 ay iken evre 3+4'de 17 ay olup anlamlı fark yoktu ($p=0,299$). Olguların %83'üne cerrahi girişim uygulandı. En sık görülen komplikasyon ampiyem (%6) ve yara yeri enfeksiyonuyken (%6) hastaların %80'inde morbidite gelişmedi. 3 vakada mortalite rapor edildi. Cerrahi grupta 5 yıllık sağkalım majör cerrahi yapılan hastalarda %14 iken, palyatif cerrahi yapılanlarda %5'ti ($p=0,09$).

Tartışma: MPM'de IMIG evrelemesi hem klinik evrelemede tedavinin planlanmasında hem de patolojik evrelemede adjuvan tedavi planında ve sağkalımın öngörülmesi yetersizdir. Majör cerrahi yapılan hastalar daha uzun sağkalıma sahiptir. Bu hastaların daha net belirlenmesi için MPM' da yeni evreleme gereksinimi söz konusudur.

Anahtar Kelimeler: Mezotelyoma, evreleme

0-12

OPERE OLAN KÜÇÜK HÜCRELİ DIŞI AKCİĞER KANSERLİ OLGULARI EN ÇOK NASIL YAŞATABİLİRİZ? BİR KLİNİK STRATEJİ ÖNERİSİ VE PROGNOSTİK FAKTÖRLER

Akif Turna, Osman Yakşı, Elvin Hekimoğlu, Ezel Erşen, Ahmet Demirkaya, Nurlan Alizade, Kamil Kaynak

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, İstanbul

Giriş: Küçük hücreli akciğer kanserli olgularda en iyi tedavi uygun olgularda yapılan cerrahi rezeksiyon ile elde edilir. Evre IA ila IIIA arasındaki olguların tedavi edileceği genel kabul gören bir yaklaşım olmasına karşın, her göğüs cerrahisi biriminin komplikasyon, mortalite ve sağkalım sonuçları farklı olabilmektedir. Biz de kendi hastalara uzun sağkalımlar sağladığımız olgularımızı irdeleyerek, uzun sağkalım elde etmede etkili faktörleri irdelemeyi amaçladık.

Hastalar ve Yöntemler: Kliniğimizde Ocak 2007 ila Aralık 2012 arasında opere edilmiş ve en az 1 yıl sağkalım takibi yapılmış 60'ı bayan (%17.1) toplam 350 olgu irdelendi. Olgularımızın hemen tümünde uzak metastaz taraması, solunum fonksiyon testi dahil fizyolojik değerlendirmeler, hemen hemen tüm olgulara mediastinoskopi ya da video-yardımlı videomediastinoskopik lenfadenektomi yapıldı. Uygun olan olgularda videotorakoskopik anatomik rezeksiyonlar uygulandı. Hastaların çoğuna yoğun bakım yatışı yapılmadı. Olgulara ameliyat sonrası etkin analjezik, erken mobilizasyon ve erken taburculuk prensipleri uygulandı. Olguların 311'i (%88.8) takip edildi. Sağkalımlar Kaplan-Meier testi ile hesaplandı. Prognostik faktörlerde log-rank ve Cox çok değişkenli analizi kullanıldı.

Bulgular: Toplam 350 olguya, 227 (%64.8) lobektomi, 84 (%24.0) pnömonektomi, 14 (%4.0) bilobektomi, 5 (%1.4) segmentektomi ve 19 (%5.4) wedge rezeksiyon yapıldı. Toplam olarak 44 olguda rezeksiyon (%11.4) videotorakoskopik olarak yapıldı. On olgu (%2.9) ameliyat sonrasında ilk 1 ayda kaybedildi. Minör dahil tüm komplikasyonlar 83 olguda (%23.7) gelişti. Tüm olgularda 5 yıllık sağkalım %62.2, ortalama sağkalım 88,8 ay (%95'lik güvenilirlik aralığı:77.8-99.7 ay) olarak bulundu. Sağkalıma olumlu etki eden faktörler, N0 olması ($p=0.04$), düşük T faktörü ($p=0.03$), VAMLA yapılması ($p=0.001$), perinöral invazyon ($p<0.0001$), yoğun bakımda yatırılmama ($p=0.02$) ve ileri yaş (>70) ($p=0.03$) olarak saptandı. Düşük FEV1, düşük FVC, lenfatik invazyon, damar invazyonu, nekroz, göğüs duvarı rezeksiyonu, cinsiyet, PET SUV değeri, N0'a karşılık N1, VATS yapılması istatistiksel olarak anlamlı olarak bulunmadı. VATS yapılan olgularda ise, ameliyat sonrası komplikasyon daha az olarak kaydedildi ($p=0.01$).

Tartışma ve Sonuç: Küçük hücreli dışı akciğer kanserli olguların cerrahisi sonrası çok iyi sağkalım elde edilmesi standart olarak kabul edilen ve rehberlerde yer alan uygulamalara da ek olarak belli bir klinik yaklaşım ile mümkündür. Bu yaklaşımda, rutin mediastinoskopi uygulanması, VAMLA yapılması, sadece ameliyat öncesi N0-1 olguların opere edilmesi, yoğun bakım yatışının çok gerekli durumlar dışında tercih edilmemesi, uygun olgularda VATS lobektomi yapılması önerilir.

Anahtar Kelimeler: akciğer kanseri, mortalite, sağkalım

0-13

EVRELEME PET-BT İLE YAPILAN AKCİĞER KANSERİ RADYOTERAPİ PLANLAMASINDA DEFORMABİL HEDEF HACİM (GTV) KONTURLAMASI GEREKLİ MİDİR?

Şefika Arzu Ergen¹, Didem Çolpan Öksüz¹, Gökhan Özuynuk¹, Zeynep Bol¹, Songül Karaçam¹, Alev Bakır², Fazilet Öner Dinçbaş¹

¹İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Radyasyon Onkolojisi Anabilim Dalı, İstanbul

²İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: PET/BT günümüzde akciğer kanserlerinin hem evrelemesinde hem de radyoterapi planlamasında hedef hacmin (GTV) daha doğru tanımlanmasında standart olarak kullanılan bir fonksiyonel görüntüleme yöntemidir. Evreleme PET/BT'si sırasında hasta görüntüleri yumuşak konkav yatakta ve kollar yanda çekilirken, radyoterapi planlama grafipleri sert ve düz yatakta, kollar yukarıda T-board kullanılarak yapılmaktadır. Her iki yöntemle alınan görüntülerin üst üste çakıştırılması (füzyon) sırasında yatak özelliklerinin farklı olması ve kolların aynı konumda olmaması dolayısıyla görüntüler ve GTV'ler arasında farklılıklar ortaya çıkmaktadır. Görüntü farklılığını ortadan kaldırmak için planlama BT'si ile PET/BT görüntülerinin füzyonunda deformabil model kullanımı gündeme gelmiştir. Bu çalışmada planlama BT'si ile rijit PET/BT görüntü füzyonu ve deformabil füzyon modeli kullanılarak yapılan eşleştirmelerde GTV'deki koordinat farkları ve hacim değişiklikleri araştırılmıştır.

Materyal-Metod: 10 küçük hücreli dışı akciğer kanserli olgunun PET/BT görüntüleri ile planlama BT görüntüleri Velocity Al 2.8.1 versiyon yazılımına yüklendi. Çalışmanın ilk basamağında planlama BT'sinde hedef volüm konturlamaları aynı radyasyon onkoloğu tarafından manuel olarak yapıldı. Daha sonra tüm olgularda önce rijid, sonra deformabil füzyon modeli kullanılarak görüntü eşleştirilmesi yapıldı. Rijid füzyon öncesi görüntü eşleştirmesinde apeks, sternum, kitlenin bulunduğu seviyedeki vertebalar ile trakea referans nokta olarak belirlendi. Ardından rijid ve deformabil füzyonlar gerçekleştirildi ve x, y, z koordinatlarındaki yer değiştirmeler kaydedildi. Rijid ve deformabil füzyonlarda ise konturlama SUV Max değerinin %40+5'i seçilerek otomatik olarak yapıldı. Olguların görüntülerine ait x,y,z koordinatlarındaki yer değiştirmeler ve volüm farklılıkları paired samples T test kullanılarak karşılaştırıldı.

Bulgular: Rijid ve deformabil füzyonlarda x,y,z koordinatlarındaki yer değiştirmeler kıyaslandığında üç eksen de anlamlı farklılık bulunmadı. Manuel ve füzyonla otomatik olarak konturlanan GTV'ler volüm (cc.) olarak karşılaştırıldığında, GTV'nin hem rijid (p=0,014) hem de deformabil füzyonda (p=0,011) manuel konturlamaya göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha küçük olduğu görüldü. Rijid ve deformabil füzyon arasında ise anlamlı bir farka rastlanmadı. (p=0,158).

Sonuç: Akciğer tümörlerinin radyoterapi planlamasında GTV'nin PET/BT görüntülerinin füzyonuyla yapılması GTV'nin daha doğru ve küçük konturlanmasını sağlamaktadır. Rijid ve deformabil füzyon yapılması arasında GTV tanımlaması açısından anlamlı bir fark bulunmamasından dolayı planlama sırasında deformabil füzyonun yeri tartışmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Akciğer Kanseri, Radyoterapi, PET/BT

0-14

TİMİK EPİTELYAL TÜMÖRLERDE EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DENEYİMİ

Fatma Sert¹, Deniz Yalman¹, Nazan Özsan², Kutsal Turhan³, Serdar Özkök¹

¹Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyasyon Onkolojisi Anabilim Dalı, İzmir

²Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, İzmir

³Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, İzmir

Amaç: Timik epitelyal tümörler (TET) oldukça nadir olup 40 yaş üstü erişkin mediasten tümörlerinin %20'sini oluşturlar. Çoğunluğu timoma histolojisinde olup primer tedavisi cerrahidir. Adjuvan radyoterapi (RT) ve/veya kemoterapi (KT) uygulanması patolojik evreye göre değişmektedir. Çalışmanın amacı TET'lerde tedavi ve hastalık ile ilişkili prognostik faktörleri tanımlamak ve değerlendirmektir.

Gereç-Yöntem: Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyasyon Onkolojisi ve Göğüs Cerrahisi Anabilim Dallarında 1993-2012 yılları arasında tedavi görmüş 61 hasta retrospektif olarak değerlendirilmiştir. Tüm olgular toraks bilgisayarlı tomografisi ve/veya manyetik rezonans görüntüleme ve 2006 sonrası tanı alanlar pozitron emisyon tomografisi ile evrelendirilmiştir. Adjuvan RT; cerrahi sınır negatif veya yakın ise toplam 45-50 Gy, mikroskobik kalıntı (R1) varsa 54 Gy, makroskobik kalıntı (R2) varsa veya irrezekebl ise 60-66 Gy dozunda lineer hızlandırıcı cihazıyla uygulanmıştır. Hastaların tüm özellikleri "SPSS 16.0 for Windows" programıyla değerlendirilmiş, p değerinin 0.05'in altında olması, istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. Sağkalım eğrileri Kaplan-Meier yöntemiyle elde edilmiş ve gruplar arası karşılaştırmalar "log-rank" analiziyle yapılmıştır. Değişkenlerin her birinin bağımsız prognostik önemini ortaya çıkarmak amacıyla çok değişkenli analiz "Cox Proportional Hazard" modeli kullanılarak ve "backward stepwise logistic regression" yöntemiyle yapılmıştır.

Bulgular: Hastaların %47,5'i (n:29) kadın, %52,5'i(n:32) erkek olup ortalama yaş 47 (15-75)'dir. Myastenia gravis %60,7 hastaya eşlik ederken; paraneoplastik sendrom %45,9 oranında izlenmiştir. Otuzaltı (%59,0) hastaya R0, 15 (%24,6) hastaya R1, 7 (%11,5) hastaya R2 rezeksiyon uygulanmış, 3 (%4,9) hastadan sadece biyopsi alınmıştır. Patolojilerinde 46'sı (%76,7) timoma ve 15'i (%23,3) timik karsinom olarak rapor edilmiştir. RT 52 (%85,2) hastaya uygulanmıştır (43 hastaya adjuvan olarak, 5 hastaya preoperatif, 2 hastaya nüks tedavisi olarak, 1 hastaya palyatif amaçla, 1 hastaya hem preoperatif hem de postoperatif olarak). Ortanca takip süresi 72 aydır (3-168 ay). On yıllık lokal yinemesiz sağkalım, hastalıksız sağkalım ve genel sağkalım oranları timoma için sırasıyla %95, %92 ve %92; timik karsinom için %82, %68 ve %75'dir. Tek değişkenli analizde; genel sağkalımı anlamlı etkileyen prognostik faktörler paraneoplastik sendrom varlığı (p:0,008), myastenia gravis bulunması (p:0,001), evre (p:0,000), tümör çapının >6cm olması (p:0,003), rezeksiyon tipi (p:0,000), kapsül invazyonu olması (p:0,049), plevra invazyonunun varlığı (p:0,032); lokal kontrolü etkileyenler tümör çapının >6cm olması (p:0,034) ve rezeksiyon tipi (p:0,000); uzak metastazı etkileyenler hastalığın evresi (p:0,049), patolojisi (p:0,012) ve plevra invazyonu (p:0,009) olmasıdır. Çok değişkenli analizde ise genel sağkalımı anlamlı etkileyen prognostik faktörler paraneoplastik sendrom varlığı (p:0,049) ve rezeksiyon tipi (p:0,013); lokal kontrolü etkileyen faktör rezeksiyon tipi (p:0,000) iken, uzak

metastazı etkileyen faktörler evre (p:0,000) ve tümörün patolojisi (p:0,000) olarak bulunmuştur.

Sonuç: TET'lerde genel sağkalımı ve lokal kontrolü etkileyen en önemli faktör rezeksiyon genişliğidir. TET'lerin yönetiminde

multidisipliner yaklaşımı gerekli olup TET'lerin biyolojik davranışlarını ve sistemik tedavi seçeneklerini daha iyi anlayabilmek için moleküler ve genetik çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Radyoterapi, Timik epitelyal tümör, Timik karsinom

Poster Bildiriler

P-001

KÜÇÜK HÜCRELİ DIŞI AKCİĞER KANSERİNDE İZOLE AORTİKOPULMONER LENF NODU METASTAZININ SAĞKALIMA ETKİSİ

Serdar Özkan¹, Ülkü Yazıcı², Ertan Aydın², Muhammet Ali Beyoğlu², Merve Şengül², Nurettin Karaoğlu³

¹Siirt Devlet Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Servisi, Siirt

²Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği, Ankara

³Dişkapi Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi, Ankara

Amaç: KHDAA'de subkarinal LN hariç izole N2 LN tutulumlarının sağkalım üzerine olan etkileri hakkında çok fazla çalışma mevcut değildir. Çalışmamızda özellikle sol üst lob tümörlerinde izole aortikopulmoner LN metastazı ve diğer N1 ve N2 LN tutulumlarının sağkalım süresi üzerine olan etkilerinin incelenmesi amaçlandı.

Yöntem: KHDAA nedeniyle opere edilen ve postoperatif patolojik inceleme sonucu lenf nodu metastazı tespit edilen 111 olgu retrospektif olarak incelendi. Komplet rezeksiyon ve mediastinal lenf nodu diseksiyonu uygulanan ve postoperatif mediastinal LN metastazı tespit edilen olgular cinsiyet, tümör histopatolojisi, metastatik lenf nodu istasyonlarının lokalizasyonu, tek ya da multi istasyon lenf nodu metastazı, rezeksiyon türü, tümör evresi ve tümörün sol üst lob yerleşimli olması gibi prognostik faktörlerin sağkalıma etkisi açısından araştırıldı.

Bulgular: Ortalama 21,41 ay takip edilen olguların 13'ü hayatını kaybetti. Genel sağkalım analizinde cinsiyet, tümör histolojisi, tümör evresi ve multi N2 hastalığın sağkalım sürelerine anlamlı etkisi saptandı. Sol üst lob tümörlerinde hiçbir prognostik faktörün sağkalım üzerine olumsuz etkisi belirlenmedi. İzole aortikopulmoner LN metastazının diğer N2 hastalıklardan farklı olarak sağkalımı etkilemediği tespit edildi.

Sonuç: Sol üst lob yerleşimli KHDAA olgularında izole aortikopulmoner LN tutulumunun sağkalım üzerinde diğer N2 istasyonlardan farklı olarak olumsuz etkisi söz konusu değildir. Aortikopulmoner LN tutulumunun diğer lenf nodu istasyonlarına göre daha iyi sağkalıma sahip olduğu bu konuda yapılmış tüm araştırmalarda belirgin bir tutarlılıkla tespit edilmiştir. Bu nedenle bu tür olgular inoperabl olarak görülmemeli, uygun hastalar komplet rezeksiyon için mutlaka değerlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: akciğer kanseri, aortikopulmoner, lenf nodu

P-002

AKCİĞER KANSERLİ HASTALARDA ÜST LOBEKTOMİ SONRASI PEZZER DRENLE POLİETİLEN GÖĞÜS TÜPÜNÜN KARŞILAŞTIRILMASI: PROSPEKTİF RANDOMİZE BİR ÇALIŞMA

Cansel Atinkaya Öztürk, Volkan Baysungur, Elçin Ersöz, Murat Kavas
Süreyyapaşa Eğitim Araştırma Hastanesi, İstanbul

Amaç: Akciğer kanserli hastalarda özellikle üst lobektomi sonrası apikal rezidüel hava boşluğu ve uzamış hava kaçağı sorunlarıyla sık karşılaşılmaktadır. Bu çalışmanın amacı apekte yerleştirilen pezzet drenin polietilen göğüs tüpüne göre

postoperative rezidü boşluğa ve uzamış hava kaçağına yönelik etkisinin karşılaştırılmasıdır.

Yöntem: 2011 ve 2013 yılları arasında toplam akciğer kanseri nedeniyle üst lobektomi yapılan 50 hasta (ortalama yaşları 48.3 yıl, 47 E, 3 K) bu çalışmada yer aldı. Rezidü boşluk, akciğer grafisinde apekten 3 cm ve daha fazla hava boşluğu olan ve uzamış hava kaçağı ise üç günden fazla süren kaçak olarak tanımlandı. Gruplar rasgele olarak seçildi. Apekte pezzet drenli hastalar grup 1 (n=25) ve polietilen göğüs tüplü hastalar ise grup 2 (n=25) olarak ayrıldı. Gruplar peroperatif ve postoperatif rezidü hava boşluğu, komplikasyon, hastanede kalış süresi, göğüs tüpü kalış süresi, yaş, cinsiyet, torakotomi tarafı olmak üzere karşılaştırıldı.

Bulgular: Peroperatif hava boşluğu (p=0.92) ve komplikasyon yönünden (p=0.15) iki grup arasında fark bulunmadı. Bununla beraber apikal polietilen tüp uygulananlarda daha fazla postoperatif apikal rezidü boşluk gözlemlendi (p=0.04). Pezzet drenli hastalarda kalış süresi 3 gün (min 2 max 8 gün) iken polietilen göğüs tüpünün hastada kalış süresi 5 gün (min 3 max 10 gün) olarak belirlendi (p=0.02). 23 hastada KOAH mevcuttu. Grup 2'deki KOAH'lı hastada uzamış hava kaçağı grup 1'deki KOAH'lı hastalara göre anlamlı olarak daha uzun süreli (p=0.04). Pezzet drenli hava kaçağı 4 günden daha az gözlenmesi (p=0.03), hastanede kalış süresinin daha kısa olması (p=0.01) anlamlı bulundu. İleri yaşta hastalarda (60 yaşından daha fazla olmak) (p=0.029) ve sağ torakotomi (p=0.01) uygulananlarda apikal rezidü hava boşluğu daha fazla gözlemlendi. Grup 2' de komplikasyon olarak sadece iki hastada sağ üst lobektomi sonrası ampiyem ve pnömoni gelişimi gözlemlendi.

Sonuç: Pezzet dren apikal rezidü hava boşluğu ve uzamış hava kaçağını önlemede ve bunlarla ilişkili olarak komplikasyonları azaltmada polietilen göğüs tüpüne göre üstündür. Pezzet dren güvenli, basit, kozmetik ve ucuz bir yöntemdir.

Anahtar Kelimeler: Pezzet dren, apikal rezidü boşluk, uzamış hava kaçağı

P-003

SUISİT AMAÇLI BOYUN BÖLGESİNE TİNER ENJEKSİYONU İLE GELİŞEN AKUT DESENDAN MEDİASTİNİT; OLGU SUNUMU

Ülkü Yazıcı¹, Ertan Aydın¹, Ömer Bayır², Barış Hekimoğlu¹, Nurettin Karaoğlu³, Gülezer Saylam², Mehmet Hakan Korkmaz²

¹Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Merkezi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği, Ankara

²Dişkapi Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kulak Burun Boğaz Kliniği, Ankara

³Dişkapi Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi, Ankara

Giriş: Akut Desendan Mediastinit (ADM) mediastinal organ ve mediastinal bağ dokusunun ciddi bir enfeksiyonu olup yüksek morbidite ve mortalite oranları ile seyreden bir klinik tablodur. Sıklıkla orofarengeal, odontojenik, servikofasyal veya servikal travmaya bağlı gelişen enfeksiyonların sonrasında gelişir. Olgumuz yağ bazlı boyaların incelttilmesinde kullanılan organik çözücü özelliği olan Tiner'in yumuşak dokuya enjeksiyonu sonrasında meydana gelen hızlı ve ilerleyici doku nekrozu ile karakterize ADM tablosudur.

Materyal-Metod: 23 yaşında bayan hasta suisit amaçlı oral yoldan parasetamol ve parasetamol, klorfeniramin maleat, fenilefrin hidroklorür alarak sol servikal bölgesine tiner enjekte etmiş olarak bir sağlık kuruluşuna başvurmuş. Kliniğimize tiner

enjeksiyonuna bağlı gelişen ADM ön tanısı ile kabul edildi. Bilgisayarlı boyun ve akciğer tomografisinde servikal bölgede özellikle sol tarafta belirgin olan hava artefaktları, mediastinal genişleme, hava sıvı seviyelenmeleri ve lokulasyon gösteren koleksiyon alanları tespit edildi. Acil ameliyata alınarak servikal drenaj ve katater yerleştirilmesi, bilateral minitorakotomi, mediastinal debridman, plöromediastinal iştirak, drenaj uygulandı. 24 saatte 3000 cc serum fizyolojik ile mediastinal irrigasyon, geniş spektrumlu antibiyotik tedavisi, total parenteral nutrisyon başlandı. Postoperatif 3. Gün elektif trakeostomi açıldı. Günlük boyun ultrasonografik değerlendirme yapıldı. Klinik takiplerinde boyun bölgesindeki ödem, ve bası Bulgularında artış tespit edildi. Bilgisayarlı tomografi Bulgularında servikal vasküler yapılarda kollaps, cilt altı dokuda yaygın hava artefaktı ve nekroz alanlarında belirgin artış izlenmesi üzerine servikal fasyatomi, debridman, drenaj, sağ retorakotomi, mediastinal redebridman, irrigasyon operasyonları yapıldı. Olgumuz kliniğimize kabulünün 40. Gününde şifa ile taburcu oldu.

Sonuç: Boyaların viskozitesinin azaltılmasında kullanılan bir katkı maddesi olan tinerin yapısında bulunan toluenin, lipofilik özelliğinden dolayı hücre duvarının lipid yapısını ve miyelin kılıfını etkilemektedir. Tiner, toluen, benzen ve ksilen gibi organik çözücü özellikteki kimyasalların vücut metabolizması üzerinde oldukça zararlı etkileri vardır. Literatür incelemesi yapıldığında suisit amaçlı tinerin plevral mesafeye, kas içine enjeksiyonu ile ilgili az sayıda bildirilmiş olgular mevcuttur. Fakat boyun bölgesine enjeksiyon sonrası ADM gelişen bir olgu bilgimiz dahilinde mevcut değildir. Yüksek mortalite oranları ile seyreden ADM tablosunun tiner gibi organik bir çözücünün etkisi ile meydana gelmiş olması tablonun ciddiyetini arttıran ilave bir etkindir. Acil ve gerekli cerrahi ve medikal yaklaşımların tümünün vakit kaybedilmeden yapıldığı olgumuzda şifa ile taburculuğun sağlanmış olması sebebiyle son derece özellikli olup konu ile ilgili tedavi yaklaşımlarımızı paylaşmak istedik.

Anahtar Kelimeler: Mediastinit, Tiner

Bilgisayarlı akciğer tomografisi



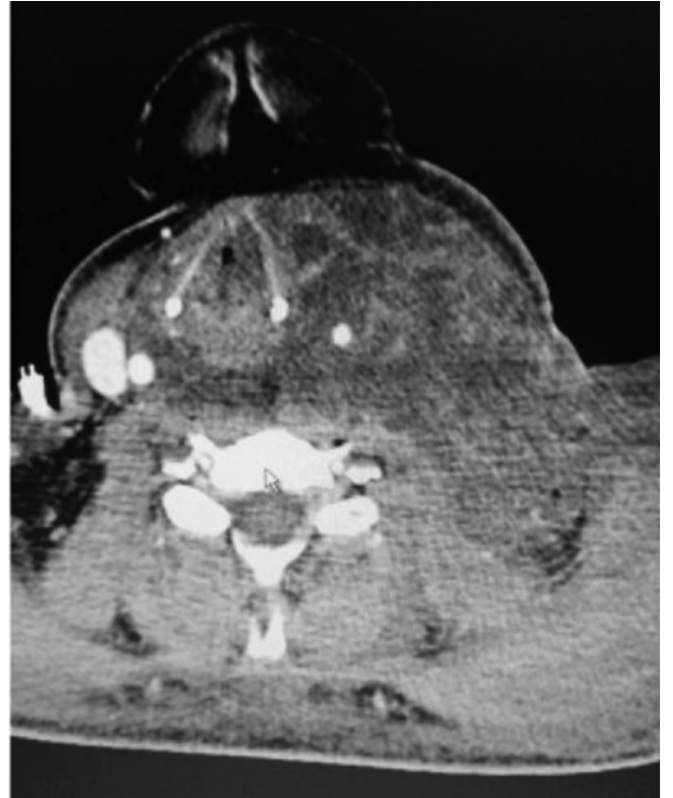
Resim 1. Mediastinal genişleme, hava artefaktı, lokulasyon gösyeren koleksiyon alanları

Boyun bölgesinin intraoperatif görünümü



Resim 2. Boyun bölgesindeki nekroz alanlarına ait görünüm

Boyun Bölgesinin BT görünümü



Resim 3. Yaygın hava artefaktı, ödem ve bası Bulguları

P-004

KARDİYOPULMONER BYPASS KULLANIMI İLE EŞ ZAMANLI YAPILAN PRİMER AKCİĞER KANSERİ OPERASYONLARI

Erkan Kaba¹, Kemal Ayalp², Elena Uyumaz², Özkan Demirhan¹, Alper Toker²

¹TC İstanbul Bilim Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, İstanbul

²Grup Florence Nightingale Hastaneleri, İstanbul

Giriş: Primer akciğer kanseri cerrahi tedavisinde kardiyopulmoner bypass kullanımı iki sebeple gerekebilir: 1- Eş zamanlı kardiyak patolojiyi düzeltmek amacıyla, 2- Teknik olarak akciğer rezeksiyonu yapabilmek amacıyla. Bu çalışmanın amacı primer akciğer kanser rezeksiyonu sırasında kardiyopulmoner bypass'a girilen hastalarda perioperatif ve postoperatif sonuçları araştırmaktır.

Metod: Eylül 2011 – Eylül 2013 tarihleri arasında 6 hastaya akciğer rezeksiyonu sırasında kardiyopulmoner bypass kullanıldı (2 hastada akciğer operasyonunu gerçekleştirmek, 4 hastada kardiyak patolojiyi eş zamanlı olarak düzeltmek amacıyla). Hastaların dosyaları retrospektif olarak incelendi.

Bulgular: Ortalama yaş 59 (51-63) olup, hastaların 1 i bayan, 5 i erkek idi. Hastaların 2'sine pnömonektomi, 2'sine lobektomi, 2'sine wedge rezeksiyon uygulandı. 2 hasta neoadjuvan tedavi almış idi. Patolojik evreleri teknik sebeplerle yapılan hastalarda pT4N0M0 ve pT4N2M0 olarak bulundu. Kardiyak sebeplerle yapılan hastaların hepsi pT1-3N0-1M0 idi. Postoperatif yoğun bakım süreleri ortalama 1,1 (1-3) gün olan hastaların, ortalama hastane yatış süresi 6 (5-8) gün olarak bulundu. Postoperatif takipte bir hasta 16. ayda kaybedildi. Diğer hastalar halen sağ ve ortalama 18 ayda ve nüksüz yaşamlarına devam etmektedirler. Kaybedilen tek hasta inen aorta replasmanı yapılan ve N2 (5 nolu) lenf nodu pozitif bulunan hasta idi. Bu hastaların dışında 2 hastaya kardiyopulmoner bypass'a girmek için gerekli hazırlık yapılmış olmasına rağmen bypass a girilmeden rezeksiyonları tamamlanamamıştır.

Sonuç: Primer akciğer kanseri cerrahisinde teknik veya kardiyak patoloji sebebiyle iyi seçilmiş hastalarda kardiyopulmoner bypass uygulamaları, konvansiyonel operasyonlardan daha yüksek olmayan operatif morbidite ile uygulanabilir. Bu çalışma, primer akciğer kanseri hastalarında kardiyopulmoner bypass'ın sağkalım üzerine olumsuz etkisi olmayabileceğini düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: Akciğer Kanseri, Kardiyopulmoner bypass

P-005

PRİMER AKCİĞER KANSER CERRAHİSİNDE OPERASYON TEKNİĞİ SEÇİMİ

Erkan Kaba¹, Kemal Ayalp², Özkan Demirhan¹, Elena Uyumaz², Alper Toker²

¹TC İstanbul Bilim Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, İstanbul

²Grup Florence Nightingale Hastaneleri, İstanbul

Giriş: Primer akciğer kanseri cerrahi tedavisinde, teknolojik gelişmelere paralel olarak operasyon yöntemlerinin de yıllar içinde değişiklik göstermesi beklenebilir. Bu çalışmanın amacı primer akciğer kanseri rezeksiyonu sırasında kullanılan operasyon tekniklerinin dağılımını araştırmaktır.

Metod: Mart 2010 – Ocak 2014 tarihleri arasında 106 hastaya primer akciğer kanseri tanısıyla rezeksiyon uygulandı. Hastaların verileri retrospektif olarak tarandı.

Bulgular: Ortalama yaş 57 (38-86) olup, hastaların 72'si erkek, 34'ü kadın idi. Hastaların 34 'üne video torakoskopik cerrahi, 34'üne robotik cerrahi, 38'ine torakotomi ile akciğer kanseri cerrahisi uygulanmıştır. Hastaların %64,2'si kapalı yöntemlerle, %35,8 'i açık cerrahi ile opere oldu. Yetmişbeş hastaya lobektomi, 13 hastaya segmentektomi, 6 hastaya pnömonektomi, 12 hastaya extended rezeksiyon yapıldı.

Sonuç: Primer akciğer kanseri cerrahisinde kapalı tekniklerle yapılan rezeksiyonların, açık cerrahi prosedürlerle yapılan rezeksiyonlardan neredeyse iki katı bir oranda olduğu görülmüştür. Akciğer kanseri cerrahisinde bir yöntem değişimi süreci yaşanmaktadır ve önümüzdeki yıllarda bu değişimin daha çarpıcı olması beklenmektedir.

Anahtar Kelimeler: Primer Akciğer Kanseri, Robotik Cerrahi, Vats

P-006

ROBOTİK CERRAHİ TEKNOLOJİSİNİN TORAKS CERRAHİSİNDE KULLANIMI

Alper Toker¹, Kemal Ayalp¹, Erkan Kaba², Elena Uyumaz¹, Özkan Demirhan²

¹Grup Florence Nightingale Hastaneleri, İstanbul

²TC İstanbul Bilim Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, İstanbul

Giriş: Robotik cerrahi teknolojisinin toraks cerrahisinde kullanımı henüz emekleme aşamasındadır. Bu çalışmada robotik cerrahi teknolojisinin toraks cerrahisinde kullanımında erken dönem sonuçlarını ortaya koymak amaçlanmıştır.

Metod: Ekim 2011 - Ocak 2014 tarihleri arasında 70 hastaya robotik teknoloji kullanılarak toraks cerrahisi uygulandı. Hastaların dosyaları retrospektif olarak tarandı.

Bulgular: Ortalama yaş 49,1 (7-87) olup hastaların 22 ' si kadın 48 'i erkek idi. Hastaların 55 ine anatomik akciğer rezeksiyonu (31 lobektomi, 22 segmentektomi, 2 pnömonektomi) uygulandı. Onbeş hastaya (3 wedge rezeksiyon, 2 timektomi, 1 timotimektomi, 1 dekortikasyon, 2 bronkojenik kist eksizyonu, 2 mediastinal lenf nodu örneklemesi, 2 metastaz enükleasyonu, 2 büllektomi) ameliyatları yapıldı. Primer akciğer kanseri operasyonları arasında 4 hasta neoadjuvan tedavi almıştı. Ortalama konsol süresi 110 (45-188) dakika olarak tespit edildi. Toplam 4 hastada açık operasyona geçme ihtiyacı oldu. Açık operasyona geçme sebebi 1 hastada trakeal yarananma, 2 hastada kanama, 1 hastada tek akciğer anestezisi sağlanamaması idi. 30 günlük postoperatif süreçte 1 hasta taburcu olduktan sonra lenfoblastik lösemi tedavisinde iken tedavi komplikasyonu ile kaybedildi.

Sonuç: Robotik akciğer cerrahisi toraks cerrahisinde geniş bir spektrumda kullanılabilir. Bu sonuçlar video torakoskopik cerrahi ile eş değer bir kullanım alanı olduğunu göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Robotik Cerrahi, Toraks Cerrahisi

P-007

PRİMER AKCİĞER KANSERİNİN TEDAVİSİNDE ROBOTİK STEREOTAKTİK RADYOCERRAHİ: HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ DENEYİMİ

Pervin Hürmüz, Mustafa Cengiz, Faruk Zorlu, Ahmetcan Çağlar,
Gökhan Özyiğit, Ferah Yıldız, Murat Gürkaynak, Fadıl Akyol

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyasyon Onkolojisi Anabilim Dalı, Ankara

Amaç: Primer akciğer kanseri tanısıyla robotik radyocerrahi uygulanan hastalarımızdaki tedavi sonuçlarını değerlendirmek amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem: Temmuz 2007 ve Eylül 2013 tarihleri arasında toplam 180 hastanın akciğer lezyonların yönelik stereotaktik radyocerrahi uygulanmıştır. Bu hastalardan primer akciğer kanseri tanısıyla, ilk kez radyocerrahi uygulanan 50'si bu retrospektif çalışmada değerlendirilmiştir. Hastalar metastatik olmayan primer akciğer kanseri tanılı olgular olup cerrahiye uygun olmadıkları veya cerrahiye kabul etmedikleri için bölümümüze refere edilmişlerdir. Robotik radyocerrahi CyberKnife (Accuray Inc., Sunnyvale, CA) cihazı ile solunum senkronizasyonu ile uygulanmıştır. Hastalarda 3 işaretleyici (fidüsiyel) yerleştirilerek 3-5 fraksiyonda medyan 50 Gy (40-60 Gy) tedavi uygulanmıştır.

Bulgular: Medyan yaşı 71.5 (39-91 yaş) olan olguların 43'ü erkektir. En sık görülen histopatoloji (%42) skuamoz hücreli kanserdir. Altı hasta neoadjuvan kemoterapi almıştır. GTV hacmi medyan 21 cm³tür (4-160 cm³). Tüm hastalar için tedavi dozlarına ek olarak akciğer V5-V10-V20 değerleri, spinal kord kalp, özefagus, ana bronş ve brakial pleksus yapılarının aldığı ortalama ve maksimum dozlar hesaplanmıştır. Tedavi sonrası 3. ay kontrolünde sadece iki (%5) olguda progresyon görülmüştür. Medyan 18 aylık (1-76 ay) izlemde 39 (%75) olguda lokal kontrol sağlanmıştır. Vakalarımızın 11'inde (%25) izlemde progresyon izlenmiştir. İki ve 5 yıllık genel sağkalım oranları sırasıyla %68 ve %46 olarak bulunmuştur. Hastalar tedaviyi iyi tolere etmiş, bir hasta abondan kanama nedeniyle tedavi sonrası 2. haftada kaybedilmiştir. Geç toksisite olarak bir olguda 8. ayda kıkırdak nekrozu ve bir olguda 3. ayda medikal tedavi gerektiren pnömoni gelişmiştir.

Sonuç: Primer akciğer kanseri tedavisinde robotik radyocerrahi etkili bir tedavi seçeneğidir. Morbiditesi nispeten düşük olmakla beraber tümör yerleşimine bağlı önemli toksisitelerin gelişebileceği akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Akciğer kanseri, stereotaktik vücut radyoterapisi

P-008

REMİSYONDA OLAN KÜÇÜK HÜCRELİ DIŞI AKCİĞER KANSERİNDE OLDUKÇA NADİR GÖRÜLEN İZOLE DALAK METASTAZI

Süleyman Temiz¹, Kazım Uygun², Görkem Aksu³, Zafer Utan⁴,
Sevtap Gümüştaş⁵, Ömür Çarıkçı⁶, Selen Alponat⁷

¹Kocaeli Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Medikal Onkoloji Bilim Dalı, Kocaeli

²Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Medikal Onkoloji Bilim Dalı, Kocaeli

³Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Radyasyon Onkoloji Anabilim Dalı, Kocaeli

⁴Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Kocaeli

⁵Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Kocaeli

⁶İstanbul Life-Med Tıp Merkezi, Nükleer Tıp Anabilim Dalı, İstanbul

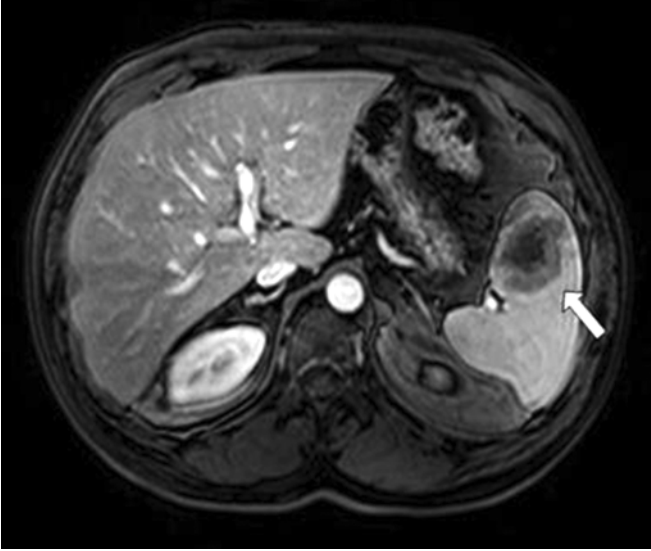
⁷Kocaeli Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Anabilim Dalı, Kocaeli

Giriş: Dalağın metastatik tümörleri oldukça nadirdir ve genellikle hastalığın ilerlemiş dönemlerinde görülür. Dalağın izole metastazları daha da nadirdir ve tıbbi literatürde az sayıda vaka sunumu olarak bildirilmiştir. Dalak metastazları genellikle asemptomatiktir, ancak karın ağrısı, yorgunluk gibi spesifik olmayan semptomlara da neden olabilir. Burada primer tümörü kontrol altında iken, rutin görüntülemelerinde izole dalak metastazı saptanan ve splenektomi uygulanan akciğer adenokarsinomu olgusu sunulmuştur.

Olgu: Göğüs ağrısı, öksürük şikayetleri olan 44 yaşındaki erkek hastanın toraks bilgisayarlı tomografisinde, sağ akciğer üst lob apikalde 25x17mm kitle saptanmış. PET-CT'de lenf nodu tutulumu ve uzak organ metastazı saptanmayan hastaya sağ üst lobektomi ve lenf nodu diseksiyonu yapılmış. Histopatolojik inceleme evre I (tümör çapı 2,5cm, 18 adet lenf nodunda tutulum yok) küçük hücreli dışı akciğer adenokarsinomu olarak raporlanmış ve tedavisiz takibe alınmış. Tanıdan bir yıl sonra, şikayeti olmaksızın, kontrol amaçlı çekilen batın manyetik rezonans görüntülemesinde (MR), dalak üst-orta kesim anteriorunda 5,5x4x5,5cm boyutlu, heterojen iç yapıda, kapsül dışına taşma göstermeyen, malign özellikte solid kitle lezyon saptandı (Resim 1). Yeniden evreleme amaçlı çekilen PET-CT'de dalaktaki lezyonda belirgin FDG (SUVmaks:19,5) tutulumu saptandı, ancak dalak dışında malignite lehine bulgu görülmedi (Resim 2). Hastaya splenektomi yapıldı ve histopatolojik incelemede TTF-1 boyası ile pozitif boyanan adenokarsinom hücreleri görüldü (Resim 3).

Sonuç: Dalak metastazı oldukça nadirdir, genellikle ilerlemiş melanomda, meme ve akciğer kanserlerinde görülür. İzole dalak metastazı ise çok daha nadirdir ve genellikle otopsi serilerinde bildirilmiştir. Primer akciğer tümörü rezektabl olan veya primer cerrahi sonrası ortaya çıkan izole dalak metastazında splenektomi tedavi seçeneği olarak düşünülmelidir. Primer tümörü kontrol altında olan kanserli vakalarda özellikle sol yan ağrısı, sol üst kadranda ağrısı veya izah edilemeyen halsizlik ve yorgunluk semptomları dalak metastazını akla getirilmeli, gerekli incelemeler yapılmalı ve izole dalak metastazı saptanırsa splenektomi önerilmelidir.

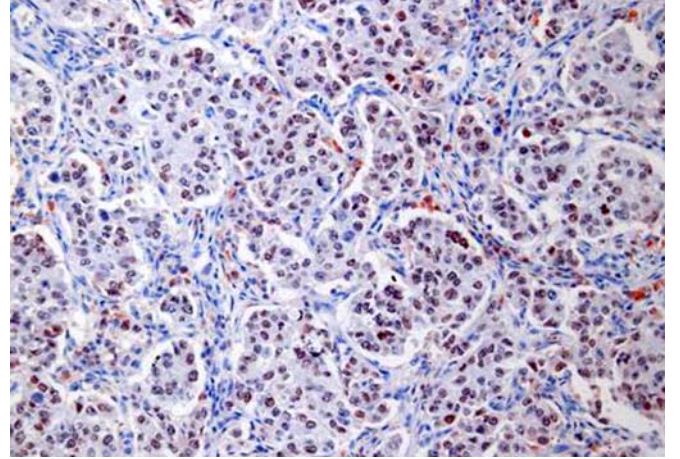
Anahtar Kelimeler: akciğer kanseri, dalak metastazı, splenektomi



Resim 1. Kontrastlı T1 ağırlıklı MR görüntülemesinde dalakta periferik kontrast tutan santral nekrotik kitle.



Resim 2. Dalakta yoğun FDG tutan solid kitle dışında malignite lehine bulgu saptanmayan PET-CT görüntülemesi



Resim 3. TTF-1 boyası ile pozitif boyanan adenokarsinom hücreleri (x200)

P-009

POSTENTÜBASYON VE POSTTRAKEOSTOMİ TRAKEAL STENOZ: RİJİT BRONKOSKOPİ İLE TEDAVİ EDİLEN 30 HASTA

Şule Gül, Erdoğan Çetinkaya, Mehmet Akif Özgül, Atayla Gençoğlu, Hilal Onaran

Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları, İstanbul

Giriş: Benign trakeal stenozların en sık nedeni, trakeal entübasyon ya da trakeostomi sonrasında görülen trakeal stenozlardır. Bu hastalığın tedavisinde dünya çapında halen bir standartizasyon yoktur ve tedavi seçimi tartışmalıdır.

Amaç: Öncelikle bronkoskopik yöntemler ile tedavi ettiğimiz postentübasyon (PETS) ve posttrakeostomi trakeal stenoz (PTTS) tanılı hastalarımızın verilerini ve tedavi sonuçlarımızı paylaşmayı hedefledik.

Metod: Temmuz 2009 ile Eylül 2012 yılları arasında Yedikule Göğüs hastalıkları ve Göğüs cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi bronkoloji bölümünde servisimizce tedavi edilen benign trakeal stenozlu 30 hastanın dosyası retrospektif olarak incelendi. Ocak 2013'e kadar olan takipleri değerlendirildi.

Sonuçlar: 23 PETS, 7 PTTS olgumuzun ortalama yaşı PETS grubunda 50,9, PTTS grubunda 47,3'dü. Trakeostomi sonrasında stenoz gelişme zamanı $8,75 \pm 8,9$ hafta, entübasyon sonrası ise $9,6 \pm 7,8$ haftaydı. Her iki grupta da en sık gözlenen stenoz tipi kompleks stenozdu (PETS grubunda %56, PTTS grubunda %57,5). Web-like stenoz, PETS grubunda %39,13, PTTS grubunda %42,5 görüldü. Uygulanan rijit bronkoskopi sayısı PETS grubunda 45 (1,93/hasta), PTTS grubunda 11'di (1,57/hasta). PTTS grubunda tüm hastalara, PETS grubunda %66,5 hastaya stent takıldı. Tedavi sonrası PETS grubunda 13 hastada (%56,5) komplikasyon görüldü, en sık restenoz izlendi. PTTS grubunda 5 hastada (%71,4) komplikasyon gözlemlendi ve en sık görülen granülasyon gelişimiydi. Tedavi sonrası takibimizde (ortalama PETS grubunda 13,9 ay, PTTS grubunda 23 ay), PETS grubunda, %32(7) hastada kür elde edildi, %32(7) hasta stentli, %23(5) hasta exitus (komorbiditelerden dolayı) ve %13(3) hasta cerrahiye verildi. PTTS grubunda %43 (3) hastada kür elde edildi, %28 (2)

hasta stentli ve %29 (2) hastaya komplikasyonlar sonrası trakeostomi açıldı.

Sonuç: Trakeal stenoz tedavisinde multidisipliner yaklaşım ve hasta seçimi için iyi bir algoritma uygulanarak öncelikle endoskopik yaklaşımlar denenebilir. Yine de daha fazla hastanın katıldığı prospektif randomize çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: rijit bronkoskopi, trakeal stenoz

P-010

SENKRON AKCİĞER KANSERLİ HASTALARIMIZDA MORBİDİTE VE MORTALİTE SONUÇLARI

Cansel Atinkaya Öztürk, Elçin Ersöz, Volkan Baysungur, Çağatay Tezel, Hakan Kırıl, İrfan Yalçınkaya

Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

Amaç: Literatürlerde geniş farklılıklar olsa da ortalama %2 oranında senkronöz akciğer kanserli hastayla karşılaşılır. Senkron akciğer tümörlerinde uygulanacak tedavi ve yaklaşım şekli netlik kazanmamıştır. Bu çalışmada nadir görülen bu tümörlerde cerrahi olarak rezeke edilen senkron akciğer kanserli hastalarımızda cerrahi yaklaşım, morbidite ve mortalite oranlarını inceledik.

Materyal-Metod: 2009-2013 yılları arasında retrospektif olarak küçük hücreli dışı senkron akciğer kanserli hastalar çalışmaya alındı. Toplam 13 hastadan 5'inde patolojilerinde eksik bilgilere ulaşıldığından 5 hasta çalışma dışı bırakıldı. Sekiz hastanın morbidite ve mortalitesi değerlendirildi. Hastaların SFT değerleri normal sınırlarda idi. Tüm hastalara PET-CT çekildi ve tümüne mediastinoskopi uygulandı. Daha geniş rezeksiyon uygulanması gereken ve/veya tanısı olmayan tarafa öncelik verildi.

Bulgular: Sekiz erkek hastanın ort yaşları 64'dü (min 51-max:81). Üç hastaya sol, beş hastaya ise sağ rezeksiyon uygulandı. Hastaların ilk operasyonları; üçüne sol üst lobektomi, birine sağ üst lobektomi, birine sağ sleeve üst lobektomi, birine sağ sleeve bilobektomi superior, birine sağ alt lobektomi, birine ise sağ üst lob wedge rezeksiyon şeklindedir. İlk operasyon evreleri üç hastada EIA, bir T1bNx, üç EIIA, bir EIIIA'dır. İkinci operasyon tipleri ve evreleri Tablo 1'de görülmektedir. Bir hastada postoperatif aritmi, bir hastada UHK, bir hastada AMI ve solunum yetmezliği gözlemlendi (n=3). İki hastada 15 ve 18. gün exitus, bir hastada ise kemoterapiden 40 gün sonra pnömoniye bağlı eksitus gözlemlendi (n=3) (Tablo 1). Yaşayanlar arasındaki ortalama yaşam süresi 23 ay idi (min 3-max 36 ay).

Sonuç: Her ne kadar hasta sayımız az olsa da senkron akciğer tümörlü hastalarda her iki akciğer tümörün sıklıkla erken evre saptanmasından dolayı her iki tarafa iki ayrı primer akciğer kanseri gibi davranılması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Senkron akciğer kanseri, küçük hücreli dışı akciğer kanseri

Tablo 1: Senkron KHDAK'li hastaların özellikleri

Yaş	İlk operasyon	İkinci Operasyon +/-	1 ve 2. materyallerin histopatolojileri +/-	İlk operasyon evre	İkinci Operasyon Evre	Mortalite	Sağkalım (ay)
60	Sol üst lobektomi	Sağ üst lob wedge	Adenoca-aymı	EIA	T1bNx		36
61	Sol üst lobektomi	Sağ orta lobektomi	Adenoca-aymı	EIIa	EIIb		36
74	Sağ sleeve üst lobektomi	Sol sleeve üst lobektomi	YHC-aymı	EIIa	EIIb	İkinci operasyon 15. gün hastane mortalitesi	
54	Sağ üst lobektomi	Sol üst lobektomi	YHC-aymı	EIA	EIIaR1		21
51	Sağ alt lobektomi	Sol üst lobektomi	Adenoca-aymı	EIA	EIIb		16
69	Sağ üst lob wedge	Sol stereotaktik	Adenoca-aymı	T1bNx	-		3
59	Sağ sleeve bilobektomi superior	-	Adenoca-?	EIIIA R1	-	Kemo terapiden 40 gün sonra	
81	Sol üst lobektomi	-	YHC-?	EIIa	-	Hastane mortalitesi 18. gün	

P-011

AKCİĞER REZEKSİYONU YAPILAN HASTALARDA BODE İNDEKSİNİN POSTOPERATİF KOMPLİKASYONLARI BELİRLEMEDEKİ ROLÜNÜN SAPTANMASI

Hasan Ersöz¹, Nezi Özdemir², Sevgi Özalevli³, Ali Karakılıç², Volkan Karaçam²

¹İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği, İzmir

²İzmir Dokuz Eylül Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, İzmir

³İzmir Dokuz Eylül Üniversitesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksekokulu, İzmir

Amaç: Akciğer kanserli hastaların çoğunluğuna kronik obstruktif akciğer hastalığının eşlik ettiği kanıtlanmıştır. Ancak akciğer rezeksiyonu öncesinde, bu duruma özgün olarak yapılan değerlendirmeler yetersizdir.

Çalışmamız; kronik obstruktif akciğer hastalığında kabul edilmiş prognostik faktör olan BODE indeksinin; kronik obstruktif akciğer hastalığının eşlik ettiği, akciğer rezeksiyonu yapılacak akciğer kanserli hastalar için postoperatif komplikasyonları ve yatış süreciyle ilişkili parametreleri öngörebileceği düşünülerek planlandı.

Yöntem: Çalışmaya; akciğer rezeksiyonu uygulanacak olan üçü kadın, 33 hasta dâhil edildi. Hastalara preoperatif dönemde spirometre, merdiven çıkma testi yapıldı ve BODE indeksi hesaplandı. Merdiven çıkma testi sonucunda, standart bir formül ile en yüksek oksijen tüketimi hesaplandı.

Bulgular: Hastalar, BODE indeksine göre; Grup 0 (n=8), Grup 1 (n=14), Grup 2 (n=7) ve Grup 3 (n=4) olmak üzere dört gruba ayrıldı.

Hastaların demografik ve klinik özellikleri, egzersiz kapasiteleri ve yapılan operasyonlar açısından gruplar arasında anlamlı fark yoktu (p>0.05). BODE indeksinin, hastaların tüm spirometrik değerleriyle (r=-0.36/-0.58), sekresyon retansiyonu, solunum yetmezliği ve akciğerle ilişkisi olmayan ek komplikasyonlar ile (r=0.49/0.50), postoperatif ekstübasyon, yoğun bakımda kalış, hastanede kalış süreleri ve ek oksijen desteği ihtiyacıyla (r=0.34/0.40) anlamlı derecede korele olduğu saptandı (p<0.05). En yüksek oksijen tüketim değerinin ise tüm bu parametrelerle ilişkisi olmadığı bulundu (p>0.05).

Sonuç: Akciğer rezeksiyonu endikasyonu olan, hava yolu obstruksiyonunun eşlik ettiği hastalarda BODE indeksinin postoperatif komplikasyonları öngörebilmesi nedeniyle önemli bir parametre olduğunu ve pratikte rutin olarak kullanılması gerektiğini önermekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Akciğer Rezeksiyonu, BODE İndeksi, Preoperatif Değerlendirme

P-012

KÜÇÜK HÜCRELİ AKCİĞER KANSERİ'NDE BAŞLANGIÇ VE TEDAVİ SONRASI POZİTRON EMİSYON TOMOGRAFİ BULGULARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Güler Özgül¹, Ümran Toru², Mehmet Akif Özgül³, Murat Acat⁴, Ekrem Cengiz Seyhan⁵, Ali Nihat Annakkaya⁶, Safiye Özkan⁷, Erdoğan Çetinkaya³

¹Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, İstanbul

²Dumlupınar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Kütahya

³Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları 3A Kliniği, İstanbul

⁴Karabük Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Karabük

⁵Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

⁶Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Düzce

⁷İstanbul Üniversitesi, Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, İstanbul

Amaç: Küçük hücreli ve küçük hücreli dışı akciğer kanserlerinin evrelemesi, tedaviye yanıtın belirlenmesi, takipte nüks araştırılması ve yeniden evreleme akciğer kanserlerindeki başlıca Pozitron Emisyon Tomografisi-Bilgisayarlı Tomografi (PET-BT) endikasyonlarıdır. Biz bu çalışmada küçük Hücreli Akciğer Kanseri (KHAK) olgularında başlangıç PET-BT Bulgularıyla tedavi sonrası 3 ay ara ile çekilen kontrol PET-BT Bulgularının değerlendirilmesini amaçladık.

Yöntem: Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi 3A Kliniği'nde tanı konup tedavi sürecinde PET-BT takipleri yapılan ardışık 54 KHAK olgusu çalışmaya dahil oldu ve veriler retrospektif olarak değerlendirildi.

Bulgular: Yaş ortalamaları 57 olan 2 kadın, 52 erkek toplam 54 KHAK hastası çalışmaya dahil oldu. Sadece kemoterapi (KT) alan grup ile (n=37) kemoradyoterapi (KTRT) kombinasyonu alan grup (n=17) karşılaştırıldığında yaş, kitle çapı, başlangıç maksimum standart tutulum değeri (SUVmax) ortalamaları arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmadı. KT ve KTRT alan grupların karşılaştırılmasında tedavi sonrası 3., 6. ve 9. ay kontrollerinde PET-BT tutulum ve nüks oranları arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmadı. Yaş, kitle çapı ve SUVmax değerleri arasında korelasyon saptanmadı. Tedavi sonrası kontrollerde PET-BT tutulumu olan ve olmayan olguların yaş, kitle çapı ve başlangıç SUVmax ortalamaları arasında anlamlı fark saptanmadı.

Sonuç: KHAK olgularında tedavi öncesi ve sonrası PET-BT SUVmax değerleri ile tedavi sonuçları arasında ilişki saptanmamıştır.

Anahtar Kelimeler: Akciğer kanseri, tedavi

P-013

AKCİĞER KANSERLERİNDE FARKLI TEDAVİ PLANLAMA PARAMETRELERİNİN CİLT DOZUNA ETKİSİNİN DOZİMETRİK OLARAK DEĞERLENDİRİLMESİ

Murat Köylü, Deniz Yalman, Hakan Eren, Aslıhan Uzun, Nezahat Olacak, Serdar Özkök

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyasyon Onkolojisi Anabilim Dalı, İzmir

Giriş: X-ışınları derine yerleşmiş tümörlerin tedavisinde etkili bir şekilde kullanılmakla birlikte cilt yüzeyinin alt kısmında yüksek dozların depolanmasına sebep olmaktadır. Cilt dozları genelde ihmal edilebilir derecededir, ancak fotonların saçıcı materyaller

ile etkileşim sonuçları da göz ardı edilmemelidir. Bu saçılmalar hava, kolimatör jawları, hasta cildi ile etkileşimlerden meydana gelmekte, ortaya çıkan düşük miktarda radyasyon yüzey dozu ve "build-up" dozunu artırır. Farklı parametrelerin bu dozları nasıl etkilediğini bilmek önemlidir. Bu çalışmada akciğer kanseri tanı hastalar için yapılan tedavi planlarındaki farklı "wedge" açıları ve değişen alan boyutlarının cilt dozuna etkisi antropomorfik fantom kullanılarak araştırılmıştır.

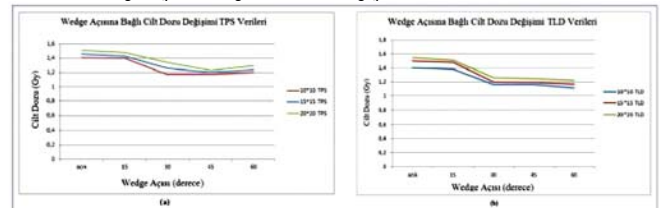
Gereç: Antropomorfik fantomun BT görüntüleri alınarak "Precise Plan" tedavi planlama sistemine aktarılmıştır. Fantom üzerinde farklı "wedge" açıları (15, 30, 45, 60 derece) ve farklı alan boyutları (10*10 cm, 15*15 cm, 20*20 cm) kullanılarak 10 cm derinlik için izosentrik ön-arka saha tedavi planları 2 Gy/fx dozu için yapılmıştır. Yapılan tedavi planlarına ait cilt dozu verileri tedavi planlama sisteminde (TPS) belirlenmiştir. Yapılan aynı planlarla antropomorfik fantom cilt yüzeyine termoluminesans dozimetreler (TLD) yerleştirilerek tedavi cihazında ışınlanmıştır. Her plan için alan merkezinde üç TLD kullanılarak doz ölçümleri yapılmıştır. Işınlanan TLD dozları "Harshaw" marka TLD okuyucusu kullanılarak belirlenmiştir.

Bulgular: Fantom TLD ölçümleri ve TPS ile elde edilen cilt dozları aşağıda gösterilmektedir (Tablo). Cilt dozunun "wedge" açısı ve alan boyutuna bağlı değişimini gösteren, TPS ve TLD doz ölçümlerine ait grafikler aşağıda verilmektedir (Grafik-1 ve Grafik-2).

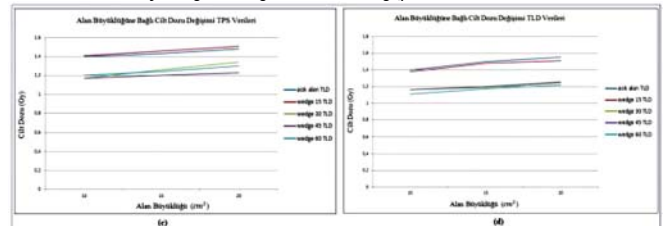
Sonuçlar: Açık alan cilt dozu alan boyutu arttıkça yükselmektedir (Grafik-2). "Wedge" kullanılan planların cilt dozu açık alanların cilt dozundan daha düşüktür (Grafik-2). "Wedge" kullanılan planlardaki cilt dozu alan boyutu arttıkça yükselmektedir (Grafik-2). Kullanılan tüm alan boyutları için cilt dozları "wedge" açısının artmasıyla düşmektedir (Grafik-1). Tedavi planlama sistemi doz değerleri ve TLD doz ölçümlerinin birbirleriyle uyumlu olduğu ve "wedge" kullanımıyla cilt dozunda beklenmedik artışlar olmayacağı görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Akciğer kanseri radyoterapisi, Antropomorfik fantom TLD ölçümleri, Cilt dozu

Grafik-1: Wedge Açısına Bağlı Cilt Dozu Değişimi



Grafik-2: Alan Büyüklüğüne Bağlı Cilt Dozu Değişimi



Tablo 1: TPS ve TLD Ölçümleri ile Elde Edilen Cilt Dozları

Wedge Açısı	Ölçüm Yöntemi	10x10	15x15	20x20
Açık Alan	TLD	1,40	1,50	1,55
	TPS	1,41	1,46	1,51
	Fark(%)	-7,1	-2,1	-4
15 °	TLD	1,38	1,48	1,51
	TPS	1,40	1,43	1,48
	Fark(%)	-1,4	3,5	2
30°	TLD	1,16	1,20	1,26
	TPS	1,17	1,26	1,34
	Fark(%)	-0,9	-4,8	-6
45 °	TLD	1,16	1,19	1,25
	TPS	1,17	1,20	1,23
	Fark(%)	-0,9	-0,8	1,6
60 °	TLD	1,11	1,17	1,22
	TPS	1,20	1,24	1,30
	Fark(%)	-7,5	-5,6	-6,2

P-014

KÜÇÜK HÜCRELİ VE KÜÇÜK HÜCRELİDİŞİ AKCİĞER KANSERİNDE SİSTEMİK KEMOTERAPİ UYGULAMALARI

Selda Oflaz¹, Hakan Şat Bozcuk², Hasan Şenol Coşkun³, Hasan Mutlu⁴

¹Selda Oflaz Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı, Antalya

²Hakan Şat Bozcuk Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı, Antalya

³Hasan Şenol Coşkun Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı, Antalya

⁴Hasan Mutlu Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı, Antalya

Amaç: Akciğer kanserli hastalarımızda sistemik kemoterapi uygulamalarının değerlendirilmesi ve bazı demografik özelliklerin tespiti

Giriş: Akciğer kanseri, kadınlarda ve erkeklerde en sık görülen ve en fazla ölüme yol açan kanserlerin başında yer almaktadır. Hastaların yaklaşık %80'i tanı sırasında inoperabl evrede olup 5 yıllık ortalama sağ kalım süresi %5-10 olarak bildirilmektedir. Akciğer kanseri, tedavi ve prognoz açısından küçük hücreli ve küçük hücreli dışı akciğer kanseri olarak sınıflandırılır. Küçük hücreli akciğer kanseri primer olarak kemoterapi ve/veya radyoterapi ile tedavi edilirken, küçük hücreli dışı akciğer kanserinin seçkin tedavisi cerrahidir.

Materyal Yöntem: Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Tıbbi Onkoloji kliniğine bağlı kemoterapi ünitesinde 8 hafta (1.10.2013-1.12.2013)süresince sistemik kemoterapi alan akciğer kanserli hastalarımız kayıt altına alınarak, hastaların tedavi protokolleri, yaş, cinsiyet, sigara öyküsü, kanser tipleri, kaydedildi.

Toplamda 264 hasta tarandı. Günde ortalama 7 akciğer kanserli hasta incelendi. Bu hastaların birinci basamak ve ikinci basamak tedavi protokolleri karşılaştırılarak kaydedildi.

Sonuç: 264 hastanın %77 KHDAK olarak bulundu. Hastaların %89 u erkek, %79 hasta devamlı sigara içicisi olarak kaydedildi. KHDAK birinci sırada verilen tedaviler arasında %46 lık bir oranla paklitaksel/karboplatin rejimi en çok verilen tedavi olarak bulundu. İkinci sıra tedavi de ise Pemetreksed %61 ile, üçüncü sıra tedavi de ise navelbin %56 ile en çok verilen tedavi seçeneği olarak bulundu. KHAK ise birinci sıra tedavi de cisplatin/etoposid %79 ile, ikinci sıra tedavi de ise ifosfomid/mesna/irinotekan kombinasyonu %82 ile en çok tercih edilen tedavi şekli olarak karşımıza çıkmaktadır.

Anahtar Kelimeler: küçük hücreli akciğer kanseri, küçük hücreli dışı akciğer kanseri

P-015

KOMORBİD HASTALIKLI İLERİ EVRE KÜÇÜK HÜCRELİ DİŞİ AKCİĞER KANSERLİ HASTALARDA GÜNLÜK SİSPLATİNLİ KEMORADYOTERAPİ SONUÇLARI

Huriye Şenay Kızıltan, Ali Hikmet Eriş, Alparslan Mayadağlı

Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, Hastanesi Radyasyon Onkolojisi, İstanbul

Amaç: Komorbid hastalıklı ileri evre akciğer kanserli hastalara ya sadece palyatif radyoterapi yapılabilen, veya destek tedavisi uygulanmaktadır. Bu nedenle yaşam oranları düşüktür. Hastalık ileri evrede ise yaşam oranları daha da düşmektedir. Bu çalışmada günlük sisplatinli bir rejim tercih edilmesinin sebebi hastaların ECOG performanslarının kötü olması nedeniyledir. Hastaların kemoterapi ve radyoterapiyi tolere edemediği noktada tedavinin sonlandırılması hedeflenmiştir.

Giriş: Akciğer kanserinde hastaların %70'i ileri evrededir. Bu nedenle hastaların ancak %30'una küratif tedavi yapılabilir (1). İlerlemiş evrede kemoterapi yapılan hastalarda median yaşamda 1-3 aylık bir avantaj görülürken, yaşam kalitesinde bir değişiklik görülmemektedir. (2). Ciddi komorbiditesi olan hastalarda T1 hastalıkta dahi 5 yıllık yaşam oranlarında %31 azalma bildirilmiştir. Komorbid hastalıklı ileri evre akciğer kanserli hastalarda genellikle palyatif radyoterapi veya destek tedavisi uygulanmaktadır (3). 6.ECOG performans skoru 2 olan hastalarda standart kemoterapilerle median yaşam 4.1 ay, grade 3-4 hematolojik toksisite %50 üzerindedir. Tedaviye alınan cevap oranı %14'dür. Komorbid hastalıklı NSCLC akciğer kanserinde ECOG Performans skoru 1-2 olanlarda standart tedaviler uygulanabilirken, 3-4 arası skorlu hastalar genellikle tedavisiz bırakılmaktadır.

Yöntem: Bezmialem Üniversitesi Radyasyon Onkolojisi Anabilimdalında 2011-2013 yılları arasında Non Small Cell Lung cancer tanısı almış, inoperatif Evre IIIB ve IV, komorbid hastalıklı 10 erkek hasta retrospektif olarak irdelenmiştir. Hastaların ECOG performans skorları 3-4 arasındadır. Sisplatin günlük olarak 6mg/m2, haftada 5 gün radyoterapi ile eşzamanlı olarak uygulanmıştır. Günlük 180-200cGy fraksiyonla, en düşük 54Gy ve en yüksek 63Gy radyoterapi verilmiştir. Adaptif radyoterapi yapılmış, tümörü 8cm üzerinde olanlarda haftada bir yeni planlama yapılarak küçülen tümör volümüne göre alan küçültülmüştü. Diğer hastalarda da 15 gün ara ile tümör volümü kontrol edilmiş, tümörü küçülenlerde volüm küçültülmüştü. Radyoterapi süresince Sisplatin 6mg/m2 olarak en az uygulananda 11 gün, en çok uygulanan hastada 17 gün verilebilmiştir.

Sonuçlar: 10 hastadan 3'ünde primer tümör bölgesinde tam cevap elde edilmiştir. Bu hastalardan ikisi evre IV idi. Grade II ösofajit %20, grade II hematolojik toksisite %30 bulundu. Median yaşam 7 ay, en az yaşayan 1 ay, en çok yaşayan 36 ay yaşamış ve halen de sağlıklıdır.

Tartışma: Günlük cisplatin içeren kemoterapi rejimleri geçmişte az sayıda çalışmada uygulanmış, günümüzde de uygulanmakla beraber bu konudaki yayın sayısı henüz azdır Median yaşam 7 ay olup literatürdeki diğer yayınlarla karşılaştırıldığında komorbid hastalığı olmayan gruplarla dahi benzer bulunmuştur (7, 8). Toksisitenin düşük, cevap oranlarının ve hastalardaki yaşam kalitesinin yüksek olması ise çalışmanın olumlu taraflarıdır.

Tedavi edilemeyecek durumdaki Komorbid hastalıklı akciğer kanseri olgularında günlük ve düşük dozlu tedavilerin etkili olabileceğine dair ışık tutabilecek nitelikte bir çalışmadır.

Anahtar Kelimeler: günlük sisplatin akciğer

Tablo 1: Tedavi sonu cevap ve yaşam oranları

Hasta sayısı (n)	%cevap ortalama	Progresyon (%)	Tam cevap (%)	Median yaşam (Ay)	3 yıl yaşam (%)
n=10	78	10	30	7	10

Tedavi sonu cevap ve yaşam oranları incelendiğinde ortalama %78 cevap alınmış ve 3 yıllık %10 yaşam elde edilmiştir.

P-016

PRIMUM NON NOCERE? 80 YAŞ ÜSTÜ HASTALARDA AKCİĞER REZEKSİYONU

Aysun Mısırlıoğlu, Serdar Evman, Serda Kanbur, Mine Demir, Talha Doğruyol, Levent Alpay, Hakan Kırıl, Volkan Baysungur

Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi, İstanbul

Amaç: Küçük hücreli dışı akciğer karsinomu nedeniyle anastomik akciğer rezeksiyonu yapılan 80 yaş üstü hastalarımızda postoperatif mortalite ve morbiditeyi değerlendirmek.

Hastalar ve Metod: 2007-2012 yılları arasında akciğer rezeksiyonu yapılan 38 hastanın dosyaları retrospektif olarak incelendi. Sağkalım durumu bilgisine T.C. İç İşleri Bakanlığı, Nüfus Müdürlüğü verilerinden ulaşıldı. Hastalar yaş, cinsiyet, patolojik tanı, preoperatif ASA (American Society of Anesthesiologists) skoru, rezeksiyon tipi, tümör evresi, komplikasyon ve sürvi oranı açısından incelendi.

Bulgular: Otuzaltı (94.7%) hasta erkek, 2 (5.3%) hasta kadındı; ortalama yaş 80'di (80-88). Yirmüç hastada ASA skoru 1, 11 hastada 2, 4 hastada 3 idi. Histopatolojik tanı olarak 24 (63.2%) hastada skuamöz hücreli karsinom, 11 (28.9%) hastada adenokarsinom, 1 (2.6%) hastada pleomorfik karsinom, 1 (2.6%) hastada bronkoalveoler karsinom ve 1 (2.6%) hastada da büyük hücreli karsinom saptandı. (Tablo 1) Bir hastaya videotorakoskopik rezeksiyon yapılırken, geri kalan hastalara konvansiyonel posterolateral torakotomiyle rezeksiyon yapıldı. Yirmisekiz hastaya lobektomi, 3 hastaya bilobektomi, 1 hastaya sleeve üst lobektomi, 6 hastaya da pnömonektomi yapıldı. Toplam 24 (%63.2) hastada postoperatif komplikasyon gelişti, en sık görülen komplikasyon uzamış hava kaçağıydı (%7.9). (Tablo 2, Tablo 3) Otuz günlük mortalite %10.4 olarak saptandı. Beş yıllık sağkalım oranı %44.7, ortalama sağkalım zamanı 33 ay olarak hesaplandı.

Sonuç: Küçük hücreli dışı akciğer karsinomu nedeniyle akciğer rezeksiyonu yapılan 80 yaş üstü hastalarda 5 yıllık sağkalım oranı faydalı olmasına rağmen; postoperatif komplikasyon oranı, hastanede yatış süresi ve mortalite yüksek bulunmuştur. Bu hastalara preoperatif değerlendirme yapılırken kar-zarar hesaplaması çok dikkatli yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Akciğer rezeksiyonu, mortalite, komplikasyon

Tablo 1. Evreler

IA	10 (%26.3)
IB	12 (%31.6)
IIA	6 (%15.8)
IIB	5 (%13.2)
IIIA	5 (%13.2)

Tablo 2. Komplikasyonlar

Revizyon gerektiren hemoraji	5
Uzamış hava kaçağı	3
Aritmi	3
Pnömoni	2
Atelektazi	2
Sekresyon retansiyonu	2
Solunum yetmezliği	1
Miyokard enfarktüsü	1
Senkop	1
Kardiyak arrest	1
Tüp torakostomi gerektiren plörezi	1
Ampiyem	1
Pulmoner emboli	1

Tablo 3. ASA Skoru-Komplikasyon ilişkisi

	ASA 1	ASA 2	ASA3	TOPLAM
Postoperatif Komplikasyon Yok	8	3	3	14
Var	15 (%65)	8 (%73)	1 (%25)	24 (%63)
Toplam	23	11	4	38

P-017

TİMOMALARIN TEDAVİSİNDE RADYOTERAPİ SONUÇLARIMIZ

Melis Gültekin, Gülnihan Eren, Fadıl Akyol, Mustafa Cengiz, Pervin Hümmüz, Gözde Yazıcı, Gökhan Özyiğit, Ferah Yıldız, Murat Gürkaynak, Faruk Zorlu
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyasyon Onkolojisi Anabilim Dalı, Ankara

Amaç: Timik tümör tanısı ile küratif tedavi uygulanan olgularda tedavi sonuçlarının ve sağkalıma etkili prognostik faktörlerin değerlendirilmesi.

Gereç-Yöntem: Anabilim Dalımızda Ocak 1994 ile Temmuz 2013 tarihleri arasında küratif radyoterapi (RT) uygulanan 56 hastanın dosyası retrospektif olarak değerlendirilmiştir. Olguların 30'u (%54) erkek ve 26'sı (%46) kadındır. Ortanca yaş 48 yıldır (aralık, 12-78 yıl). Hasta ve tümör özellikleri Tablo 1'de verilmiştir. Yirmi dört (%43) olguda eşlik eden myastenia gravis mevcuttur. Sekiz olguda (%14) timik karsinom saptanmıştır. Unrezekeable hastalık nedeniyle 3 (%5) olguya definitif RT ve 50 (%89) olguya cerrahi sonrası adjuvan RT uygulanmıştır. Üç (%5) olgu ise cerrahi sonrası rekürrens (38. ay, 67. ay ve 106. ay) gelişmesi nedeniyle RT'ye yönlendirilmiştir. Bu olguların 1'ine unrezekeable hastalık nedeniyle definitif RT ve 2'sine ikinci cerrahi sonrası adjuvan RT uygulanmıştır. Cerrahi yapılan olguların 27'sine (%48) R0, 20'sine (%36) R1 ve 5'ine (%9) R2 rezeksiyon yapılmıştır. İki (%4) olguya

neoadjuvan ve 13 (%23) olguya adjuvan kemoterapi verilmiştir. Toplam RT dozu ortalama 54 Gy'dir (aralık, 45-65 Gy).

Bulgular: Ortanca takip süresi 67 aydır (aralık, 6-240 ay). Son kontrolde olguların 40'ı (%71) hastalıksız hayatta ve 3'ü (%5) hastalıklı hayattadır. On iki (%22) olgu hastalık nedeniyle ve 1 (%2) olgu ise hastalık dışı nedenle kaybedilmiştir. Beş ve 10 yıllık genel sağkalım (GS) %88 ve %65, progresyonsuz sağkalım (PS) ise %76 ve %69'dur. Tek değişkenli analizde yaş (<50 vs. ≥50 yıl), histolojik alt tip ve rezeksiyon tipi 5 yıllık GS için anlamlı prognostik faktör olarak bulunmuştur. PS'a etkili faktörler ise histolojik alt tip ve rezeksiyon tipidir. Cinsiyet, evre, tümör boyutu (<5 cm, 5-10 cm ve >10 cm), RT dozu (<54 vs. ≥54 Gy) ve myastenia gravis varlığı açısından sağkalım farkı saptanmamıştır.

Sonuç: Yaşlı, rezeksiyon yapılamayan ve timik karsinomlu olgularda sağkalım oranları düşüktür. Timomaların nadir görülen tümörler olması nedeniyle çok merkezli prospektif çalışmalara gereksinim vardır.

Anahtar Kelimeler: Timoma; radyoterapi

Tablo 1. Hasta özellikleri, prognostik faktörler ve sağkalım

Prognostik Faktörler	Hasta Sayısı	%	5-y GS (%)	p	5-y PS (%)	p
Cinsiyet				0.405		0.212
Kadın	26	46	91		78	
Erkek	30	54	85		74	
Yaş (yıl)				0.035		0.162
<50	30	54	90		83	
≥50	26	46	84		65	
Evre				0.253		0.458
I	2	4	100		100	
IIA	14	25	92		86	
IIB	17	30	92		86	
III	12	21	83		58	
IVA	7	13	83		83	
IVB	4	7	50		50	
WHO Sınıflaması				<0.001		<0.001
Tip A: İgisi hücreli	2	4	100		100	
Tip B1: Lenfositik zengin	12	21	91		91	
Tip B2: Kortikal tip	15	27	80		57	
Tip B3: Epitelial tip	10	18	88		100	
AB: Mikst tip	7	12	75		100	
C: Timik karsinom	8	14	69		37	
Bilinmeyen	2	4	50		50	
Rezeksiyon Tipi				<0.001		<0.001
R0	27	52	91		83	
R1	20	38	92		87	
R2	5	10	60		40	

P-018

ÖZOFAGUS KANSERİNDE MİNİMAL İNVAZİV ÖZOFAJEKTOMİ: İLK 15 OLGULUK DENEYİM

Atilla Eroğlu, Yener Aydın, Bayram Altuntaş, Ali Bilal Ulaş, Coşkun Dahrarlı
Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Erzurum

Amaç: Özofagus kanserinde en başarılı ve en uzun sağ kalıma sahip olgular, erken evrede yakalanmış ve cerrahi tedavi uygulanmış olgulardır. Açık cerrahi rezeksiyon laparotomi ve torakotomi ile uygulanan morbidite ve mortalitesi yüksek işlemler olduğundan son yıllarda minimal invaziv cerrahiye ciddi bir yönelme görülmektedir. Kliniğimizde laparoskopik-torakoskopik özofajektomi uyguladığımız olgulara ait verileri ve tecrübemizi sunmak istedik.

Yöntem: Ekim 2013 ile Mart 2014 tarihleri arasında kliniğimizde laparoskopik-torakoskopik özofajektomi ve lenf nodu diseksiyonu uyguladığımız özofagus kanserli ilk 15 olgumuza ait veriler prospektif bir şekilde incelendi.

Bulgular: Olguların 9'u erkek ve 6'sı bayan olup ortalama yaş 56,3 idi. Olguların ikisi neoadjuvan tedavi almıştı. Ondört olguya laparoskopik mide iskeletizasyonu ve torakoskopik özofajektomi ile intratorasik özofagogastrik anastomoz yapılırken, servikal tümörlü bir olguya torakoskopik özofagus ve laparoskopik mide serbestleştirilmesi ile servikal bölgede faringo-gastrik anastomoz uygulandı. Ondört olguya iki bölge, bir olguya ise üç bölge lenf nodu diseksiyonu yapıldı. Tüm olgularda anastomoz sirküler stapler ile yapılırken, ortalama operasyon süresi 284 (210-420) dakika idi. Bir olguda anvil yerleştirilememesine bağlı minitorakotomi, bir olguda ise ileri hepatomegali ve yapışıklık nedeniyle mini laparotomi açıldı. Bir olguda postoperatif kanama nedeniyle reoperasyon gerekti. Hastanede ortalama kalış süresi 10.2 gün olup postoperatif anastomoz kaçağı ve mortalite gözlenmedi.

Sonuç: Minimal invaziv özofajektomi özofagus cerrahisi tecrübesi olan deneyimli cerrahlar tarafından yapıldığında özofagus kanseri tedavisinde açık cerrahiye göre mortalite ve morbiditesi daha düşük güvenli ve etkili bir tedavi metodudur.

Anahtar Kelimeler: cerrahi, minimal invaziv özofajektomi, özofagus kanseri

P-019

ENDOBRONŞİYAL ULTRASONOGRAFİ EŞLİĞİNDE İNCE İĞNE ASPIRASYON BİYOPSİSİ; İLK 2 YIL SONUÇLARI

Mehmet Ufuk Yılmaz¹, Serhat Erol¹, Sülün Ermete²,

Burcu Samanyolu Yalçın¹, Nur Yücel², Hakan Arık¹, Yasemin Özdoğan¹,

Asiye Özlem Özünlü³, Deniz Çatal³, Serap Yerli⁴, Aliye Ertekin⁴, Öztürk Şanlı⁴

¹Dr Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, İzmir

²Dr Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği, İzmir

³Dr Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anestezi Kliniği, İzmir

⁴Dr Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Bronkoloji Ünitesi, İzmir

Giriş: Endobronşiyal ultrasonografi eşliğinde ince iğne aspirasyon biyopsisi (EBUS-İİAB), akciğer kanser evrelemesi ve mediastinal lenf nodlarını tutan hastalıkların tanısında kullanılan bir yöntemdir.

Hasta ve Yöntem: Ekim-2011 ve ocak-2014 tarihleri arasında yapılan ve öğrenme döneminde içeren 82 olguya ait EBUS-İİAB sonuçları retrospektif olarak incelendi.

Sonuçlar: Yaşları 27 ile 79 arasında değişen, 66 (%80)'si erkek ve 16 (%20)'si kadın olguya EBUS-İİAB yapıldı. 52 (%63,5) olguya tanısal, 30 (%36,5) olguya akciğer kanseri evreleme amaçlı EBUS-İİAB uygulandı. Tanısal amaçlı yapılan işlemlerin 12 (12/52)'si, toraks dışı primer malignitenin metastaz araştırması amacı ile yapıldı. 50 (%61) olguda subkarinal (7) lenf nodu, 47 (%57,3) olguda sağ alt paratrakeal (4R) lenf nodu örneklendi. İki olguda, bronşiyal sisteme komşu primer tümöre ait kitleden örnekleme yapıldı. Otuzaltı (%43,9) olguda 1 lenf nodu, 29 (%35,4) olguda 2 lenf nodu ve 17 (%20,7) olguda 3 lenf nodu örneklendi.

Tanısal amaçlı EBUS yapılan olgular incelendiğinde, 37'sinde (%71) tanı konulurken, 9 (%17) olguya ek tetkikler ile tanı konuldu, 6 (%12) olgu ise takipten çıktığı için kesin sonuca ulaşılmadı. EBUS ile konulan tanı dağılımı 19 akciğer kanseri, 5 metastatik hastalık, 5 sarkoidoz, 2 tüberküloz, 6 olgu benign olarak raporlandı. 2 olguda meme kanseri, 1 olguda kolon kanseri, 2 olguda

larinks kanseri metastazı saptandı. EBUS-İİAB ile tanı alınmayan mediastinal lenf nod metastazı şüpheli bir olguya mide, bir olguya serviks kanseri metastazı tanısı kondu.

Akciğer kanserinin evrelemesi için EBUS yapılan 30 olgunun, 15 (%50)'inde mediastinal lenf nodlarında metastaz saptandı. Metastaz saptanmayan 15 olgunun 10'u opere edildi. Bu olguların 7 (%70)'sinde lenf nod metastazı saptanmazken, 3 (%30)'ünde lenf nod metastazı vardı. EBUS ile N2-3 negatif saptanan 5 olguda, çeşitli nedenlerle (takipten çıkma, hastanın cerrahiye kabul etmemesi) alınan sonuç doğrulanamadı. %60 prevelans ile hasta grubumuzda, duyarlılık %83, Özgüllük %100, pozitif kestirim değeri %100, negatif kestirim değeri %70, doğruluk %88 olarak değerlendirildi.

Sonuç: EBUS-İİAB, analiz yapılan hasta grubunun %71'inde tanıya ulaşılmasını sağlarken, mediastinal evrelemede %88 doğruluk sağladı.

Anahtar Kelimeler: Endobronşial ultrason, Mediasten, Akciğer kanser

P-020

DEV MORGAGNİ HERNİSİNİN LAPAROSKOPİK TAMİRİ

Atila Eroğlu, Bayram Altuntaş, Yener Aydın, Ali Bilal Ulaş, Coşkun Daharlı
Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Erzurum

Morgagni hernisi nadir olup tüm diyafragma hernilerinin %2'sinden azını oluşturur. Tedavisi cerrahi olup transtorasik veya transabdominal yolla yapılabilir. Minimal invaziv metotlardaki tecrübelerin artması ile laparoskopik veya torakoskopik olarak da Morgagni hernilerinin tedavisi mümkün hale gelmiştir. Laparoskopik tamir ettiğimiz dev bir Morgagni hernisi olgusunu literatür verileri eşliğinde tartışmak istedik.

67 yaşında bayan hasta nefes darlığı ve dispeptik şikayetlerle kliniğimize müracaat etti. Direkt grafileri ve toraks bilgisayarlı tomografisinde sağ hemitoraksta kalın barsak ansları ve omentum içeren Morgagni hernisi tespit edildi. Laparoskopik yaklaşımla herni kesesi rezeke edilerek herni ağzı emilmeyen sütürlerle primer tamir edildi. Postoperatif komplikasyon ve 6 aylık takibinde nüks gelişmedi.

Laparoskopik tamir yakın bir zamanda Morgagni hernisi için standart tedavi seçeneklerinden biri olacaktır. Tüm diafragmatik herniler için açık cerrahiye göre birçok avantajı olan, Göğüs Cerrahileri tarafından da belli bir öğrenme periyodu sonrasında kolay, etkili ve güvenli bir şekilde uygulanabilen bir tekniktir.

Anahtar Kelimeler: Morgagni hernisi, Laparoskopik cerrahi

P-021

OPERE N2 KÜÇÜK HÜCRELİ DIŞI AKCİĞER KANSERLERİNDE BEYİN METASTAZI SIKLIĞI

Didem Çolpan Öksüz¹, Şefika Arzu Ergen¹, Mürsel Düzova¹, Fazilet Öner Dinçbaş¹, Sedat Koca²

¹İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Radyasyon Onkolojisi Anabilim Dalı, İstanbul

²Bahçeşehir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyasyon Onkolojisi Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Küçük Hücreli Dışı Akciğer Kanserlerinde (KHDAK) profilaktik beyin radyoterapisinin tartışıldığı günümüzde, opere N2 KHDAK olgularında beyin metastazı sıklığı ve tedavi sonuçları değerlendirildi.

Materyal-Metod: 1979-2011 yılları arasında kliniğimizde postoperatif radyoterapi (RT) uygulanan ve tedavi sonunda takibi olan patolojik evre N2 olan 67 olgu retrospektif olarak incelendi. Olguların 59'u (%88) erkek olup medyan yaş 55'dir (33-75 yaş). Histopatolojik olarak; 94 olgu skuamöz hücreli, 23 olgu non-skuamöz hücreliydi. Operasyon tipleri incelendiğinde; 27 olguya lobektomi, 35 olguya pnömonektomi, 5 olguya bilobektomi uygulandığı görüldü. Olguların 45'i tek N2, diğerleri multipl N2 olarak tespit edildi. Cerrahi sınırı pozitif yada yakın olan 12 olguya ek doz ile toplam 60-66 Gy radyoterapi dozu verilirken, diğer olgulara 45-56 Gy verildi. Olguların 19'una ise adjuvan kemoterapi uygulandı.

Bulgular: Olguların medyan takip süresi 19 aydır (3-199 ay). 2 yıllık lokal kontrol, hastalısız ve hastalığa bağlı sağkalım oranları sırasıyla %66, %28, %46'dır. Tüm olguların 7'si hastalık dışı nedenlerden, 54'ü ise hastalığa bağlı kaybedilmiştir. Lokal nüks 24 (%35.8), bölgesel nüks 8 (%11.9), uzak metastaz 38 (%56.7) olguda tespit edilmiştir. En sık metastaz yerleri beyin (15 olgu) ve kemik (18 olgu). Beyin metastazı gelişen 8 olgu adenokarsinom, 7 olgu ise skuamöz hücreli karsinom histolojisindedir. Beyin metastazı görülme süresi median 8 aydır (2-68 ay). On olguya tüm beyin RT (30 Gy) yapılmıştır. Soliter beyin metastazı nedeniyle 2 olguya sadece stereotaktik radyoterapi, 4 olguya ise 20 Gy eksternal radyoterapi ile ek doz uygulanmıştır. Üç olguda ise genel durum bozukluğu nedeniyle radyoterapi uygulanamamıştır. Beyin metastazı gelişikten sonraki medyan sağkalım süresi soliter metastazı olanlarda 11 ay (7-20 ay), multipl metastazı olanlarda 7 aydır (1 – 20 ay). Beyin metastazı gelişen olgularda 2 yıllık sağkalım %20 iken, gelişmeyen olgularda bu oran %50 olarak tespit edilmiş ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p:0.038).

Sonuç: Opere N2 KHDAK'lı hastalarda beyin metastazı önemli oranda görülmektedir. Metastaz çıktıktan sonraki yaşam süresi literatür ile uyumludur.

Anahtar Kelimeler: Küçük hücreli dışı akciğer kanseri, Beyin metastazı

P-022

ANREZEKTABİL EVRE III KÜÇÜK HÜCRELİ DIŞI AKCİĞER KANSERİNDE EŞ ZAMANLI KEMORADYOTERAPİ; GÜNLÜK PRATİKTEKİ UYGULAMA SONUÇLARI

Mehmet Ufuk Yılmaz¹, Ülkü Yılmaz², Esra Korkmaz Kıraklı³, Şükran Ülger⁴, Yasemin Özdoğan¹, Nilgün Yılmaz Demirci⁵, Serhat Erol¹, İlker Özdoğan³, Burcu Şahin², Deniz Köksal⁶, Çimen Akçay³

¹Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları, İzmir

²Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları, Ankara

³Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyasyon Onkolojisi, İzmir

⁴Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyasyon Onkolojisi, Ankara

⁵Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları, Ankara

⁶Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs hastalıkları, Ankara

Giriş: Evre III, anrezektabil KHDAK'lı uygun hastalarda standart yaklaşım, eşzamanlı kemoradyoterapidir. Bu araştırmanın amacı, günlük pratik içinde uygulanan eşzamanlı kemoradyoterapi ile evre III olgularda elde edilen yaşam süresi sonuçlarını analiz etmektir.

Hasta ve Yöntem: 2008-2012 yılları arasında, histolojik tanı alan ve performans durumu iyi (ECOG 0-1) olan anrezektabil evre III KHDAK'lı 82 hastaya, iki ayrı merkezde eşzamanlı kemo-radyoterapi uygulandı. Kemoterapi [sisplatin (50 mg/m², IV, 1,8,29,36. günler) ve etoposid (50 mg/m², IV, 1-5, 29-33. günler)] ile birlikte torasik radyoterapi (TRT) başlandı. TRT, 1.8-2.0 Gy/5 gün/hafta, toplam 60-66 Gy /toplam uygulandı.

Sonuçlar: 82 hasta özellikleri; Ortanca yaş 57 (39-74), 79 (%96,3) hasta erkek, 43 (%52,5) olgu evre IIIB, 39 (%47,5) olgu evre IIIA, 62 (%75,6) olguda zayıflama yok, 47 (%57,3) olgu skuamöz hücreli kanser, 14 (%17,1) olgu adenokanser, 20 (%24,4) olgu KHDAK, 1 (%1,2) olgu büyük hücreli kanser, 41 (%50,0) olgu ECOG 0. Yanıt oranları; Olguların 15 (%18,2)'inde tam yanıt, 31 (%37,8)'inde kısmi yanıt ve 28 (%34,1)'inde stabil hastalık olarak saptandı. Hastaların, 41 (%50,0) ünde nüks gelişti. 19 (%23,2) olguda, ilk nüks yeri uzak organ olarak tespit edildi. Uzak organ metastazı, olguların %37'sinde beyindi.

Medyan toplam yaşam süresi 20 ay (%95 GA; 12,9-27,09 ay), 1-2-3-4 yıl yaşam şansı sırası ile; %67,1, %41,5, %27,9, %20,9 olarak saptandı. Medyan progresyonsuz yaşam süresi 9,0 ay (%95 GA; 6,51-11,48 ay), 1-2-3-4 yıl progresyonsuz yaşam süresi şansı sırası ile; %40,2, %23,2, %20,1, %16,1 olarak saptandı. En sık saptanan yan etki myelosupresyondur. Greyd 3-4 myelosupresyon oranları, lökosit için %41,5, nötrofil için %54,8, trombosit için %6,1, hemoglobin için %4,9 olarak bulundu. 7(%8,5) olguda febril nötropeni gelişti. Greyd 3 halsizlik 3 (%3,7) olguda, greyd 2-3 disfaji 7 (%8,5) olguda gelişti. 1 olguda spontan pnömotoraks gelişti Geç dönem yan etki olarak; 15(%19,2) olguda greyd 2-3 akciğer toksisitesi, 2(%2,5) olguda özofagus toksisitesi gelişti.. 2 hasta nötropenik ateş, 2 olgu abondan hemoptizi, 1 hasta renal yetmezlik nedeniyle tedavi sırasında öldü.

Sonuç: Ülkemizde iki merkezde uygulanan eşzamanlı kemo-radyoterapi, evre III anrezektabil KHAK tedavisinde iyi tolere edildi. Elde edilen ortalama ve uzun süreli yaşam şansları kabul edilebilir seviyelerdedir.

Anahtar Kelimeler: Akciğer kanseri, Küçük hücreli dışı, Tedavi

P-023

TANI ANINDA METASTATİK KÜÇÜK HÜCRELİ DIŞI AKCİĞER KANSERLİ VAKALARIMIZ VE ÖZELLİKLERİ

Pınar Kum, Berksoy Şahin

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kanser Kayıt Merkezi, Adana

Amaç: Çalışma tanı anında metastatik olan küçük hücreli dışı akciğer kanserli hastalarımızın özelliklerini saptamaktır.

Materyal-Metod: Çalışmaya kanser kayıt merkezimizde kaydı bulunan tanı anında metastatik küçük hücreli dışı akciğer kanseri tanılı 89 hasta dahil edilmiştir. Hastaların yaş, cinsiyet, histolojik tip, akciğer lokalizasyonu, metastaz yerleri değerlendirilmiş ve SPSS 15.0 istatistik paket programıyla analiz edilmiştir.

Bulgular: Hastaların 75 (%84,2)'i erkek, 14 (%15,8)'ü kadındı. Yaş ortalamaları 61 (32-86) idi. Histolojik alt tipleri 55(%61,8) adenokarsinom, 34 (38,2) skuamöz hücreli kanser olarak dağılmaktaydı. Tümörün akciğer loblarına lokalizasyonu tam bilinen 71 hasta bulunmakta histoloji ile lokalizasyon karşılaştırıldığında adenokarsinomların sağ akciğer loblarına, skuamöz hücreli kanserlerin ise sol akciğer loblarına yerleşim gösterdiği görülmüştür (p:0.047). Cinsiyet ve histolojik tip karşılaştırıldığında ise

erkeklerde skuamöz hücreli kanserlerin görülme durumunun adenokarsinoma göre daha fazla olduğu görülmüştür (p:0.033). Hastalığın metastaz yerleri kemik 41 (%46), sürrenal 21 (%23,5), karaciğer 17 (%19,1), beyin 15 (%16,8) olarak saptanmış, histoloji ve lokalizasyon metastaz yeri ile kıyaslandığında anlamlı fark saptanmamıştır(sırasıyla histoloji için; p:0.190,p:0.198, p:0.155, p:0.776, lokalizasyon için p:0.244, p:0.102,p:0.422, p:0.424)

Sonuç: Vakalarımızın çoğunluğunun adenokarsinom olduğu ve sağ akciğer loblarına yerleştiği, skuamöz hücreli kanserlerin sol akciğer loblarına yerleştiği görülmüştür. Akciğer tümörlerinin tanı anında metastaz yaptığı bölgenin en çok kemikler olduğu saptanmış ancak metastazın yeri ile histolojik alt tipi ve tümör yerleşimi ile ilişkili görülmemiştir.

Anahtar Kelimeler: histoloji, lokalizasyon, metastaz

Tablo 1. Histolojik Alt Tip ile Tümör Lokalizasyonu

Histolojik tip/ lokalizasyon	Sol Üst Lob	Sol Hiler	Sol Alt Lob	Sağ Üst lob	Sağ Hiler Lob	Sağ Alt Lob
Skuamöz Hücreli Karsinom	6 21,4%	3 10,7%	6 21,4%	6 21,4%	2 7,1%	5 17,9%
Adenokarsinom	5 11,6%	2 4,7%	2 4,7%	16 37,2%	8 18,6%	10 23,3%
Toplam(n:71)	11 15,5%	5 7,0%	8 11,3%	22 31,0%	10 14,1%	15 21,1%

[P-024]

SLEEVE REZEKSİYON MU BRONKOPLASTİ Mİ ?

Mehmet Muharrem Erol¹, Tayfun Kermenli¹, Hüseyin Melek¹, Ahmet Sami Bayram¹, Feyza Şen², Elif Ülker Akyıldız³, Cengiz Gebitekin¹

¹Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Bursa

²Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nükleer Tıp Anabilim Dalı, Bursa

³Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Bursa

Amaç: KHDAK hastalarında parankim koruyucu akciğer rezeksiyonu amacıyla sleeve rezeksiyon, bronkoplasti ve arteroplasti güvenle uygulanmaktadır. Ayrıca yüksek mortalite ve morbidite oranına sahip olan pnöminektomiye de alternatif bir cerrahi tekniktir. Bizim çalışmamızın amacı kliniğimizde sleeve lobektomi, bronkoplasti veya arteroplasti uygulanan hastalardaki morbidite, mortalite ve nüks oranlarını incelemektir.

Yöntem: 1999-2013 yılları arasında kliniğimizde Akciğer Kanseri nedeniyle sleeve lobektomi, bronkoplasti veya arteroplasti uygulanan 51 hasta incelendi. Olgulardan 45'i erkek, 6'sı kadın ve yaş ortalaması 53 idi (35-85). Sol taraftan opere edilen 26 hastadan; 19 hastaya üst lobektomi, 6 hastaya alt lobektomi ve 1 hastaya alt lobektomi ile lingula sleeve uygulandı. Sağ taraftan opere edilen 25 hastadan; 16 hastaya üst lobektomi, 8 hastaya bilobektomi superior, 1 hastaya bilobektomi inferior uygulandı (Tablo 1).

Bulgular: Opere edilen hastalarda cerrahi teknik olarak; 18 bronkoplasti, 13 bronşial sleeve, 9 arteroplasti, 4 sleeve lobektomi ve arteroplasti, 4 bronkoplasti ve arteroplasti, 3 arteriyel sleeve rezeksiyon uygulandı (Tablo 2).

Hastaların patolojik incelemelerinde 38 yassı epitel hücreli Ca, 7 adeno Ca, 1 adenoskuamöz Ca, 1 küçük hücreli akciğer Ca, 1 atipik karsinoid, 2 tipik karsinoid ve 1 olgu adenoid kistik karsinom olarak raporlandı (Tablo 3).

Sonuç: Hastaların ortalama yaşam süresi 41.76 ay oldu. 1 hasta postop 12.gün kardiyak arrest nedeniyle kaybedildi. 13 hasta 5 yıllık sağkalımı tamamladı. Postoperatif takiplerde 4 hastada nüks görüldü ve bronkoskopik biyopsi ile doğrulandı. Bu hastaların değerlendirmesinde cerrahiye uygun olmadığı düşünülerek hastalar onkolojik tedaviye yönlendirildi.

Akciğer kanserinde neoadjuvan tedavinin etkinliği ile birlikte hastaların cerrahi şansı yükselmektedir ayrıca parankim koruyucu cerrahinin ön plana çıkmasıyla sleeve rezeksiyonların yeri artmaya başlamıştır. Uygun teknik ve doğru hasta seçimi ile pnömenektomiye alternatif olarak kullanılmaktadır. Bizim serimisinde nüks saptanan olguların tamamı (4 olgu) sleeve rezeksiyon grubundan çıkmıştır. Sleeve rezeksiyon planlanan hastalarda bronkoplasti seçeneği mutlaka gözönünde bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Sleeve lobektomi, bronkoplasti, arteroplasti

Tablo 1. Cerrahi Teknik

Cerrahi teknik	n:51	%
Arteriyel sleeve	3	6
Bronşial sleeve	13	25
Bronkoplasti	18	35
Arteroplasti	9	18
Sleeve lobektomi + Arteroplasti	4	8
Bronkoplasti + Arteroplasti	4	8

Tablo 2.

Patolojik hücre tipi:	n:51	%
Yassı epitel Hücreli Ca.	38	74
Adeno Ca	7	14
Atipik karsinoid	1	2
Adenosquamöz	1	2
Küçük hücreli Ca.	1	2
Adenoid kistik karsinom	1	2
Tipik karsinoid	2	4

Tablo 3. Uygulanan Anatamik Rezeksiyon

Uygulanan Anatamik Rezeksiyon	n:51	%
Sol üst lobektomi	19	37
Sol alt lobektomi	6	12
Sol alt lobektomi + lingula sleeve	1	2
Sağ üst lobektomi	16	31
Bilobektomi superior	8	16
Bilobektomi inferior	1	2

P-025

SENKRON PRİMER AKCİĞER KANSERİNDE İKİ EVRELİ BİLATERAL VATS LOBEKTOMİ: OLGU SUNUMU

Muhammet Reha Çelik, Hakkı Ulutaş, Akın Kuzucu

İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Turgut Özal Tıp Merkezi Göğüs Cerrahisi, Malatya

Senkron primer akciğer kanseri nadir karşılaşılan bir durumdur ve metastatik hastalık ile ayırıcı tanısının yapılması zordur. Uygun vakalarda cerrahi en önemli tedavi seçeneğidir. Akciğer

kanserinin cerrahi tedavisinde anatomik rezeksiyonların uygulanması sağ kalım açısından önemlidir. Senkron primer akciğer kanseri nedeniyle iki evrelili bilateral video yardımlı torakoskopik (VATS) lobektomi uygulanan bir olgu sunulmuştur.

Göğüs ağrısı şikayeti ile başvuran 57 yaşında erkek hastanın bilgisayarlı tomografisinde sağ akciğer üst lobda 3 cm ve sol akciğer üst lobda 1 cm çaplarında bilateral soliter pulmoner nodüller saptandı. Radyolojik olarak patolojik boyutta lenf nodu izlenmemesi üzerine, tanı ve evreleme amacıyla sağ hemitoraksa VATS uygulandı. Lenf nodları tümör-negatif olan ve frozen section incelemesi yassı hücreli akciğer kanseri şeklinde rapor edilen hastaya VATS ile sağ üst lobektomi ve mediastinal lenf nodu diseksiyonu uygulandı. Postoperatif süreci sorunsuz seyreden hasta postoperatif 5. gün taburcu edildi. Uzun takip patoloji sonucu Evre IA (T1bN0M0) yassı hücreli karsinom olarak rapor edilen hasta yeniden yatırılarak VATS ile sol üst lob apikoposterior segmente wedge rezeksiyon uygulandı. Postoperatif 7. gün taburcu edilen hastanın patoloji raporu nekrotizan granülom zemininde adenokarsinom olarak rapor edildi. Bunun üzerine hastaya VATS ile tamamlayıcı sol üst lobektomi ve mediastinal lenf nodu diseksiyonu uygulandı. Postoperatif süreci aseptik plevral poş ve uzamış hava kaçağı ile komplike olan hasta postoperatif 25. gün taburcu edildi. Adjuvan tedavi almayan hasta 15. ayda hastalıksız takip edilmektedir.

Senkron akciğer kanserinde bilateral pulmoner rezeksiyonlar bildirilmiştir. Bildiğimiz kadarı ile literatürde bildirilen bu ilk bilateral VATS lobektomi olgusu, senkron akciğer kanserinde optimal tedavinin sağlanması yönünde umut vadetmektedir.

Anahtar Kelimeler: Senkron, VATS Lobektomi, Akciğer Kanseri

P-026

BİR HİZMET İÇİ EĞİTİM TECRÜBESİ; HEMŞİRELERİN TORAKS DRENİ TAKİP VE YÖNETİMİ YETERLİ Mİ?

Gamze Çetinkaya, Sibel Sümer, Hüseyin Melek, Sevdâ Çolakoğlu, Mehmet Muharrem Erol, Ahmet Sami Bayram, Cengiz Gebitekin

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Bursa

Amaç: Göğüs cerrahisi tarafından tedavi edilen ve toraks dreni olan hastaların takip ve bakım hizmetleri diğer hastalarla karşılaştırıldığında zorluk düzeyi yüksektir ve özel bilgi birikimi gerektirir. Ancak bu konuda yerli ve yabancı literatürde yeterli eğitim kaynağı bulunmamaktadır. Dokümantasyon eksikliği, yanlış uygulamalarla yüksek oranda karşılaşılmamasının en önemli sebeplerinden biridir. Kliniğimiz tarafından tespit edilen yanlış uygulamaların doğrultusunda gerçekleştirilen bu anket çalışmasıyla toraks dreni yönetimindeki bilgi eksikliklerinin vurgulanması, efektif hizmet içi eğitimle eksikliklerin giderilerek hizmet içi eğitimin gerekliliğine dikkat çekilmesi ve literatüre yeni bir kaynak kazandırılması amaçlanmaktadır.

Yöntem: Veriler anket yöntemi kullanılarak toplandı. Toplamda 18 soru ve iki bölümden oluşan anket, her bir hemşire ile yüz yüze görüşülerek 186 kişinin katılımıyla gerçekleştirildi. İlk bölümde yer alan 8 soru ile katılımcıların yaş, cinsiyet, mesleki tecrübeleri gibi kişisel özellikleri sorgulandı. İkinci bölümü oluşturan 10 soruda ise (bazıları resimli) hemşirelerin bilgi düzeyi değerlendirildi. Bilgi düzeyini belirleyen sorular; toraks dren şişesi hazırlanması, taşınması, drenaj takibi ve acil durumlar ile ilgiliydi. Her bir soru 10 puan olarak skorlanıp toplamda 100 puan (bilgi

skoru) üzerinden puanlandırıldı. Bilgi skoru (BS) 60 ve altında ise zayıf; 70-80 orta ve 90-100 yeterli bilgi düzeyi olarak sınıflandırıldı. İlk anketin tamamlanmasının ardından katılımcılara hizmet içi eğitim verildi. Bir ay sonra aynı anket kullanılarak hemşirelerin yeni BS'ları ve hizmet içi eğitimin etkinliği değerlendirildi. İstatistiksel analizler SPSS 17 kullanılarak yapıldı.

Bulgular: Hemşirelerin 20 (%10,8) si erkek, ortalama yaş 30,3 (19-54) idi. Katılımcıların %60'ı cerrahi dışı kliniklerde çalışmaktaydı. Ortalama BS 74,4 (30-100) puandı. Elli beş hemşirenin bilgi düzeyinin zayıf olduğu tespit edildi. Lisans ve üstü eğitim alan hemşire sayısı 142 idi. Otuz iki hemşire daha önce hiç toraks dreni takibi yapmamıştı. Göğüs ve kalp-damar cerrahisi ile çalışan hemşirelerin ortalama BS 94 iken; diğer hemşirelerin ortalama BS 70,5 idi. Bu sonuçlar doğrultusunda kardiyotorasik cerrahi hemşirelerinin göğüs tüpü takip ve yönetimi konusunda daha başarılı oldukları tespit edildi. Katılımcıların, eğitim düzeyi ve dren takip tecrübeleri karşılaştırıldığında BS'ları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı. En çok yanlış cevaplanan sorularda; hemşirelerin %44,6'sı cilt altı amfizemine yaklaşım ve %37'si dren şişesi hava tahliye deliğinin, hastalık bulaşma riskinin yüksek olduğu durumlar dahil; hiçbir koşulda kapatılmaması gerektiği hususunda yeteli bilgi düzeyine sahip değildi. Hizmet içi eğitim sonrası ortalama BS'nun 94 (70-100)'e yükseldiği ve katılımcıların %86'sının yeterli bilgi düzeyine ulaştığı saptandı. Zayıf bilgi düzeylerinin eğitimle giderildiği tespit edildi. Tüm sorularda eğitim sonrası doğru yanıt oranı istatistiksel olarak anlamlı ölçüde artarken; katılımcıların tamamı, toraks tüplü hasta transportu ve drenaj takibinin sorgulandığı sorulara doğru yanıt verdi.

Sonuç: Hemşirelerin göğüs tüpü drenaj sistemini yönetme konusunda orta düzeyde bilgi sahibi olduğu, efektif uygulanan hizmet içi eğitimle bilgilerinin artırılabilceği ve tespit edilen yanlış uygulamaların giderilebileceği bu çalışma ile ortaya konmuştur. Hizmet içi eğitimlerde, etkin tedavide önemli rol oynaması sebebiyle toraks tüpü takip ve yönetiminin öncelikli olarak yer alması sağlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: bilgi skoru, dren takibi, hizmet içi eğitim

P-027

KLİNİK/HİSTOPATOLOJİK N2 POZİTİFLİĞİ NEDENİYLE NEOADJUVAN TEDAVİ ALAN VE CERRAHİ TEDAVİ UYGULANAN KHD AK OLGULARIYLA, KLİNİK/HİSTOPATOLOJİK N0 OLUP TORAKOTOMİDE N2 POZİTİFLİĞİ SAPTANAN OLGULARIN SAĞKALIMLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Berker Özkan, Adalet Demir, Murat Kapdağı, Salih Duman, Berk Çimenoglu, Alper Tokar

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Küçük hücreli dışı akciğer karsinomlarında(KHDAK) en iyi lokal kontrol ve sağkalım sağlayan tedavi metodu cerrahi rezeksiyondur. Neoadjuvan kemoterapi ve radyoterapi yöntemleriyle lokal ileri evre hastalar cerrahi adayı haline getirilmeye çalışılmaktadır. Bu çalışmada preoperatif dönemde klinik/histopatolojik N2 pozitifliği nedeniyle neoadjuvan tedavi sonrası cerrahi uygulanan hastalar ile torakotomide N2 pozitifliği saptanan KHDAK hastalar sağkalım açısından karşılaştırıldı.

Yöntem: Eylül 2001-Aralık 2013 tarihleri arasında klinik veya histopatolojik N2 nedeniyle neoadjuvan tedavi almış 168

(%72) KHDAK olgu ile; torakotomide N2 pozitifliği rapor edilen 68 (%28) olgu olmak üzere toplam 236 hasta retrospektif olarak incelendi. Hastaların 70'ine (%30) pnömonektomi 166'sına (%70) lobektomi uygulandı. Postoperatif patolojik incelemede 11(%5) T0, 32 (%13) T1, 96 (%41) T2, 64 (%27) T3 ve 33 (%14) T4 hastalık rapor edildi. Postoperatif patolojik N durumu ise: 91'i (%39) N0, 44'ü (%19) N1 ve 101'i (%42) N2 idi.

Bulgular: Tüm olguların median sağkalımı 54 ± 7 ay, 5 yıllık %45 ve 10 yıllık sağkalım %38 idi. Neoadjuvan tedavi alan olguların 5 yıllık sağkalım oranı %46, torakotomide N2 pozitif olguların 5 yıllık sağkalım oranı ise %47 idi ($p=0.549$). Tek N2 pozitif olguların 5 yıllık sağkalım oranı %44.8; multipl N2 pozitif gelen olguların ise 5 yıllık sağkalım oranı %45.2 ($p=0.857$) saptandı. Lobektomi uygulanan olgularda 5 yıllık sağkalım %46, pnömonektomi uygulanan olgularda ise %41 bulundu ($p=0.188$). Neoadjuvan tedavi almış lobektomi uygulanmış olguların 5 yıllık sağkalım oranı %48.4; pnömonektomi uygulanmışlarıinki ise %40 ($p=0.199$) idi. Torakotomide N2 pozitif olgularda lobektomi uygulanmış olguların 5 yıllık sağkalım oranı %36; pnömonektomi uygulanmışlarıinki ise %44 ($p=0.786$) bulundu. Patolojik T faktörleri (T0-T1-T2-T3-T4) arasında istatistiksel anlamlı sağkalım farkı saptandı ($p=0.05$).

Sonuç: Klinik/histopatolojik N0 hastalarda torakotomide N2 hastalık saptandığında ilave edilen adjuvan onkolojik tedavilerle elde edilen sonuçlar, klinik/histopatolojik N2 pozitifliği nedeniyle neoadjuvan tedavi sonrası cerrahi uygulanan olgularda elde edilen sonuçlarla aynıdır. Klinik N0 veya mediastinoskopi negatif olup torakotomide bulunan N2 (occult N2) nin hastanın kayına bir sonuç değildir

Anahtar Kelimeler: Akciğer kanseri, neoadjuvan, N2

P-028

PEDİATRİK MYASTENİK HASTALARDA VİDEOTORAKOSKOPİK TIMEKTOMİ: 40 OLGUNUN ANALİZİ

Berker Özkan¹, Adalet Demir¹, Murat Kapdağı¹, Zerrin Sungur Ülke², Salih Duman¹, Berk Çimenoglu¹, Alper Tokar¹

¹İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, İstanbul

²İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Bu çalışmanın amacı myastenia gravisli çocuklarda videotorakoskopik timektomi deneyimimizi paylaşmak ve postoperatif periyot ile ilişkili faktörleri incelemektir.

Yöntem: Haziran 2002 – Nisan 2013 tarihleri arasında 40 pediatrik myastenia gravis hastasına sağ videotorakoskopik timektomi operasyonu uygulandı. Veriler prospektif data bankasına kaydedildi. Hastaların yaşı, cinsiyeti, hastalığın süresi, vücut kitle endeksi, kullandığı ilaçlar, operasyon süresi, komplikasyonlar, göğüs tüpü kalma süresi, hastanede kalma süresi ve ağrı düzeyi (Vizüel analog skala (VAS)) değerlendirildi.

Bulgular: Ortanca yaşı 14.8 $\pm$ 2.2 (11-18) olduğu 40 hastanın 27'si (%67.5) kız, 13'ü (%32.5) erkek hastalardan oluşmaktaydı. Yirmioç (%57.5) Osseman 2A, 11 (%27.5) Osseman 2B 6 (%15) Osseman 3 hasta mevcuttu. Otuz (%75) hastada elektromyografi pozitifliği ve 27 (%67) hastada asetilkolin reseptör antikoru pozitifliği saptanmıştı. Grubun kantitatif myastenia gravis skorlaması 11,5 ($\pm$ 5.3) saptandı. Hastaların

tamamı preoperatif dönemde pridostigmin bromür (Mestinon) kullanılmaktaydı ve ortalama doz 209 (+/- 112) mg idi. Onbir (%27.5) hasta kortikosteroid alırken 22 (%55) hastaya intravenöz immungloblin tedavisi uygulanmıştı. Toraks bilgisayarlı tomografileri incelendiğinde 9'u (%22.5) normal, 31'i timik hiperplazi ile uyumluydu. Myasteniden timektomi operasyonuna kadar geçen zaman ortalama 15.9 (+/- 28.9) aydı.

Vakaların tamamı sağ torakoskopi ile tamamlandı. Ortalama operasyon süresi 48.9 (+/- 31.3) dakikaydı. Bir myastenik kriz nedeniyle reentübasyon, 1 tüp torakostomi ile tedavi edilen hemotoraks ve 1 bronkoskopi gerektiren atelektazi olmak üzere toplam 3 hastada komplikasyon gelişti. Mortalite saptanmadı. Ortalama drenaj süresi 20.5 (+/-12.1) saattir. Vizüel skala ile ortalama ağrı seviyesi 2.3 (+/- 1.2) idi. Ortalama taburculuk süresi 1.8 (+/- 1.0) gündü.

Sonuç: Videotorakoskopik timektomi operasyonu myastenia gravisli pediatrik hastaların tedavisinde güvenle uygulanabilecek bir yöntemdir.

Anahtar Kelimeler: Pediatrik timektomi, myastenia gravis, VATS timektomi

P-029

TRAKEADA İLERİ DERECEDE DARLIK OLUŞTURAN KARSİNOİD TÜMÖR: OLGU SUNUMU

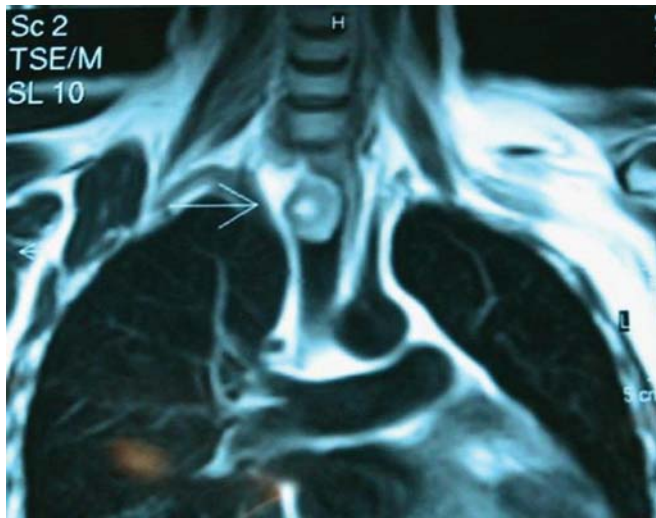
Sadık Yaldız¹, Demet Yaldız²

¹Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Manisa

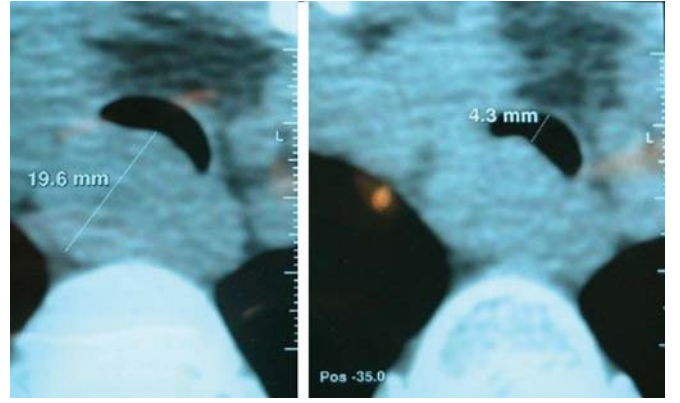
²Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Cerrahi Kliniği, İzmir

Bu çalışmada; 58 yaşında, ileri derecede stridor ile kliniğimize başvuran ve toraks bilgisayarlı tomografisi ile bronkoskopi sonrasında mid trakeada ileri derecede trakea stenozu oluşturan karsinoid tümörlü bir olgu sunulmaktadır. Olgumuza parsiyel sternotomi yolu ile trakea rezeksiyonu ve trakeanın uç uca anastomozu uygulandı. Trakeal rezeksiyon ile komplet olarak eksize edilen olguda üç yıllık takipde nüks saptanmadı. Bildirimizde, bu olgu dolayısıyla trakeada karsinoid tümörlerin ve trakea rezeksiyonunun gözden geçirilmesi amaçlanmıştır.

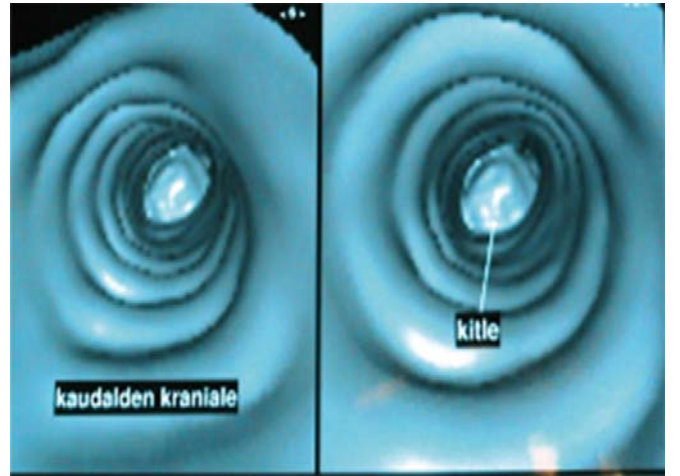
Anahtar Kelimeler: Karsinoid tümör, trakea



Resim 1. Sagittal MR da Trakeada kitle görülmektedir



Resim 2. Trakeal kitlenin boyutları



Resim 3. Sanal bronkoskopide kitlenin trakeayı tama yakın daralttığı izlenmektedir

P-030

PRİMER AKCİĞER KANSERİ VE SENKRON BEYİN METASTAZLI OLGULARDA CERRAHİ TEDAVİ: 4 OLGU NEDENİYLE

Hakan Kırıl, Cansel Atinkaya, Çağatay Tezel, Levent Alpay, Volkan Baysungur, İrfan Yalçınkaya

Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği, İstanbul

Amaç: Beyin metastazları Küçük hücreli dışı akciğer kanserli (KHDAK) hastaların %30-50 sinde görülmektedir. Hayat kalitesini bozan ve prognozu kötüleştiren bir durumdur. Bu hastalar genellikle beyin radyoterapisi ve sistemik kemoterapi ile tedavi edilirler. Bununla birlikte kranial cerrahi veya radyoterapi ve agresif akciğer rezeksiyonunun birlikte yapıldığı bazı vakalarda uzun dönemli sağ kalım elde edilebilir.

Yöntem: Kliniğimizde 2012-2014 yılları arasında opere edilen KHDAK'lı ve senkron beyin metastazlı 4 olgu retrospektif olarak değerlendirildi.

Bulgular: Olguların 3'ü erkek, 1'i kadın olup yaş ortalaması 53.5(41-63) idi. Beyinde soliter metastaz olan 3 olguda kranial cerrahi ve oligo metastaz olan bir olguda ise gama knife tedavisini takiben akciğer rezeksiyonları yapıldı. 3 olguda torakotomi ve 1 olguda ise Videoasiste torakoskopik cerrahi ile rezeksiyon

tamamlandı. 2 olguda sol alt lobektomi, 1 olguda sol üst lobektomi ve 1 olguda ise sol pnömonektomi yapıldı. Olguların 3'ünde adenokarsinom 1'inde ise squamous hücreli karsinom tespit edildi. Operatif morbidite ve mortalite saptanmadı. İki olgu postoperatif 3. ve 5. aylarında hastaliksız seyrederken, diğer 2 olgu postoperatif 12. ve 23. aylarda kaybedildi.

Sonuç: KHDAK'li ve senkron beyin metastazlı seçilmiş hastalarda kranial cerrahi veya radyoterapi ve agresif akciğer rezeksiyonu fayda sağlayabilir. Bu konuda yapılacak ileri prospektif randomize çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Akciğer rezeksiyonu, Beyin metastazı, Küçük hücreli dışı akciğer kanseri

P-031

GENİŞLETİLMİŞ REZEKSİYON UYGULANAN TİMOMA HASTALARINDA 5 YILLIK SAĞKALIM ANALİZİ

Suat Erus¹, Berker Özkan², Erkan Kaba³, Serhan Tanju⁴, Yeşim Eralp⁵, Adnan Aydın⁵, Esra Kaytan Sağlam⁵, Ahmet Kizir⁵, Alper Tokar²

¹Artvin Devlet Hastanesi Göğüs Cerrahisi Kliniği, Artvin

²İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, İstanbul

³İstanbul Bilim Üniversitesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, İstanbul

⁴VKV Amerikan Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği, İstanbul

⁵İstanbul Üniversitesi, Onkoloji Enstitüsü, İstanbul

Amaç: Çalışmamızın amacı kliniğimizde yapılan genişletilmiş timoma rezeksiyonlarının sonuçlarını ve indüksiyon tedavisinin mortalite ve morbidite üzerine etkilerini değerlendirmek.

Yöntem: Vena cava superior, aort, frenik sinir, diyafram ve anatomik akciğer rezeksiyonu olan hastalar extended rezeksiyon olarak kabul edildi. Prospektif timoma datamızdan retrospektif olarak 154 rezeksiyon uygulanmış hasta seçildi. Bunların içinden genişletilmiş rezeksiyon olan 70 hasta değerlendirildi ve minimum takip süresi 60 ay olan 35 hasta çalışmaya alındı. İndüksiyon tedavisi (İT), Masaoka evreleri, Miyasthenia Gravis (MG) varlığı, nüks ve sağkalım parametreleri analiz edildi.

Bulgular: Otuz beş hastaya genişletilmiş timoma rezeksiyonu uygulandı. Ortalama sağ kalım 75,6 aydı. On yedi hastaya İT uygulandı. İT uygulanan hastalardan 5 tanesi kemoradyoterapi gördü. Ortalama yaş İT alan grupta 44,28 (22-73), İT almayan grupta 50,76 (19-74) idi (p>0,05). MG sıklığı sırasıyla İT almayan ve İT alan grupta %88,9 - %0 (p<0,001); Patolojik B3 ve C sıklığı %27,8 - %64,7 (p:0,02); Masaoka evre IVa sıklığı %11,1 - %58,8 (p:0,003); operatif mortalite görülme sıklığı 1/18 (%5,6) - 4/17 (%23,5) (p>0,05) ve ortalama sağ kalım 86,17 ay - 64,41 ay (p>0,05) olarak saptandı. Üç hasta plevral nüks açısından tekrar opere edildi.

Sonuç: Her hangi bir sonuç çıkarmak açısından hasta sayımız yetersiz olsa da, İT almış hastalarda yüksek operatif mortalite ve uzun sağkalım dikkat çekmektedir. Ayrıca B3 ve C tip patolojilerde ve Masaoka evre IVa olan hastalarda İT anlamlı olarak fazla görülmektedir.

Anahtar Kelimeler: timoma, kemoterapi, radyoterapi

P-032

GÖĞÜS CERRAHİSİNDE ECMO (EXTRACORPOREAL MEMBRANE OXYGENATION) UYGULAMALARI

Mehmet Muharrem Erol¹, Tayfun Kermenli¹, İrem İris Kan², Hüseyin Melek¹, Ahmet Sami Bayram¹, Cengiz Gebitekin¹

¹Uludağ Üniversitesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Bursa

²Uludağ Üniversitesi, Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, Bursa

Giriş: Extracorporeal Membrane Oxygenation (ECMO) veya Nova - Lung Pasif; respiratuar ve kardiyak yetmezlik nedeniyle takip edilen hastalarda önemli bir destek haline gelmiştir. ARDS gelişen hastalarda ECMO desteğinin mortaliteyi azalttığı gösterilmiştir. Özellikle akciğer transplantasyonu gereken hastalarda bekleme sürecinde etkin olarak kullanılmaktadır. Ayrıca toraks operasyonlarında, karinal rezeksiyon ve rekonstrüksiyon uygulanan hastalarda per-op kullanıldığı da bildirilmiştir.

Materyal ve Metod: Biz bu çalışmamızda kliniğimizde 2011 - 2014 yılları arasında ECMO desteği uyguladığımız (nontransplant) hastalarımızı inceledik.

Bulgular: 6 hastaya ECMO, 1 hastaya ise Nova Lung (Pasif) uygulandı. Hastaların median yaş 49 (32-73), tamamı erkek idi ve ECMO ünitesinde kalma süresi ortalama 15 gün olarak gerçekleşti. Hastanede yatış süresi ortalama 27 gün oldu. Hastalarımızdan 2'si İnterstitiyel akciğer hastalığı (İAH), 3 hasta Akciğer Yassı Epitel Ca (YEHK), 1 hasta Mediasten Germ hücreli tümör tanısıyla takip edilmekteydi. 1 hastamıza da Alveolar proteinozis tanısıyla ECMO eşliğinde total akciğer lavajı yapıldı. Akciğer Ca nedeniyle takip edilen 2 hasta neoadjuvan kemoterapi (KT), Germ hücreli mediasten tümörü nedeniyle takip edilen diğer hasta ise Bleomisin içeren KT tedavisi almıştı. Hastalara ECMO desteği bilateral femoral veno - venöz olarak uygulandı. Nova - lung ise femoral artero - venöz olarak takıldı. 3 hasta extübe olup ECMO'dan ayrılırken diğer 4 hasta yandaş hastalıklar ve multi organ disfonksiyonu nedeniyle yaşamını yitirdi.

Sonuç: Solunum desteği ve akciğeri dinlendirmek amacıyla ECMO (Veno -Venöz) veya Nova - Lung (Artero - venöz) uygulaması önerilmektedir ve kataterler Femoral (Ven veya Arter) bölgeye yerleştirilerek işlem uygulanmaktadır. Ayrıca hastanın extübe olarak takip edilebilme imkanı vermesi de bir diğer avantajıdır. Ciddi komplikasyonları olmasına rağmen uygun endikasyon ve doğru hasta seçimi sonrası ECMO desteği hayat kurtarıcı bir seçenek olarak elimizde bulunmaktadır. ARDS gelişen Göğüs Cerrahisi hastalarında ECMO, tedavi seçeneği olarak mutlaka akılda bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: ECMO, ARDS (Akut respiratuar distress sendromu)

P-033

AÇIK PNÖMOTORAKSLAR

Tayfun Kermenli, Mehmet Muharrem Erol, Hüseyin Melek, Ahmet Sami Bayram, Cengiz Gebitekin

Uludağ Üniversitesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Bursa

Giriş: Travmatik pnömotoraks Göğüs Cerrahisi acilleri içerisinde önemli yer kaplamaktadır, ancak bu hastaların çok az bir bölümünde açık pnömotoraks mevcuttur. Toraks duvarında meydana gelen plevra ile ilişkili geniş bir yaralanma açık

pnömotoraksa neden olur. Bunun sonucunda intraplevral boşluktaki negatif basınç hızla nötralize olarak atmosfer basıncıyla eşit duruma gelir. Toraks duvarındaki defektin büyüklüğüne bağlı olarak solunum bozukluğu oluşur ve ciddi hipoksiye yol açar. Göğüs Cerrahisi acilleri arasında çok nadir görülmekle birlikte acil şartlarda tüp torakostomi ve sonrasında defektin ameliyathane şartlarında rekonstrüksiyonu ile tedavisi sağlanabilmektedir.

Olgu: Kliniğimizde açık pnömotoraks nedeniyle tüp torakostomiyi takiben cerrahi onarım uygulanan 3 hastayı sunmak istedik.

Olgu 1: 49 yaşında erkek, motorlu odun kesme testeresi ile yaralanma sonrası göğüs ön duvarında sağda 4. kostada midklavikular hat hizasında sternuma paralel cilt, cilt altı kas ve 4. kosta kesisi mevcuttu. Acil tüp torakostomi uygulandı ve ameliyathane koşullarında göğüs duvarı rekonstrüksiyonu yapıldı.

Olgu 2: 52 yaşında erkek, av tüfeği kurşunu (Domdom kurşunu) ile posterirden yaralanmıştı, 6. kostada parçalı kırık ve kas dokusu hasarı mevcuttu. Acil tüp torakostomi uygulanıp ameliyathaneye alındı. Sağ alt lobektomi ve göğüs duvarı rekonstrüksiyonu uygulandı

Olgu 3: 38 yaşında erkek hasta göğüs ön duvarından balta ile yaralanma sonrası acil serviste değerlendirildi. Hastanın sağ taraf göğüs ön duvarında sternuma paralel, sternumun 3 cm lateralinde, yaklaşık 13 cm uzunluğunda derin bir kesi mevcuttu. 4. ve 5. kosta tam kat, 6. kosta parsiyel kesilmişti. Hastaya acilde tüp torakostomi uygulandı, defekt primer kapatıldı ve hasta acil operasyona alındı. Akciğerde laserasyon alanları 3.0 vicryl ile onarıldı, 4. ve 5. interkostal arterlerden aktif kanama mevcuttu, kontrol edildi. 4 ve 5. kotlar 1 no vicryl ile sabitlendi, göğüs duvarı rekonstrüksiyonu yapıldı.

Sonuç: Açık pnömotoraksın tedavisindeki ana prensip her solunumda intraplevral boşluk ile atmosfer arasındaki hava geçişinin önlenmesidir. Bu amaçla hava geçişini önleyecek steril pet veya gaz ile defekt kapatılır. Takiben acil tüp torakostomi uygulanır. Periferde karşılaşıldığında hastaya tüp torakostomi uygulanmadan kesinlikle pansumanın dört tarafı kapatılmamalıdır, yaranın üç tarafı kapatılarak valf sistemi oluşturulmalı ve tansiyon pnömotoraks oluşumu önlenmelidir. Hastanın durumu stabil hale getirildikten sonra acil cerrahi explorasyon, akciğer parankimi için gerekli rezeksiyon ya da onarım ve göğüs duvarındaki defektin rekonstrüksiyonu yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Açık pnömotoraks, acil tüp torakostomi

P-034

CONE-BEAM BT KILAVUZLUĞUNDA KALIN İĞNE AKCİĞER BİYOPSİSİ; TEKNİKİMİZ VE 450 HASTADAKİ DENEYİMLERİMİZ

Saim Yılmaz¹, Necdet Öz², Gökhan Asal³, Metin Çevener¹, Ayşegül Kargı⁴, Mustafa Özdoğan⁴, Akın Yıldız⁵

¹Akdeniz İntegratif Onkoloji Gurubu, Medstar Onkoloji Hastanesi, Radyoloji Bölümü/
²Girişimsel Radyoloji Ünitesi, Antalya

³Akdeniz İntegratif Onkoloji Gurubu, Medstar Onkoloji Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Bölümü, Antalya

⁴Akdeniz İntegratif Onkoloji Gurubu, Medstar Onkoloji Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Bölümü, Antalya

⁵Akdeniz İntegratif Onkoloji Gurubu, Medstar Onkoloji Hastanesi, Medikal Onkoloji Bölümü, Antalya

⁶Akdeniz İntegratif Onkoloji Gurubu, Medstar Onkoloji Hastanesi, Nükleer Tıp Bölümü, Antalya

Amaç: Perkütan akciğer biyopsisi, genellikle bilgisayarlı tomografi (BT) kılavuzluğunda ince iğne aspirasyon biyopsisi şeklinde yapılmaktadır. Diğer taraftan, kalın iğne biyopsisi tanıda, tümör alt guruplarının belirlenmesinde ve genetik değerlendirmede ince iğne aspirasyon biyopsisine göre daha başarılıdır. Ayrıca Cone-Beam BT, multiplanar değerlendirmede daha iyi olması ve bilgisayarlı tomografi cihazındaki gantry'nin kısıtlılıklarını taşımaması nedeniyle konvansiyonel BT'den daha başarılıdır. Bu çalışmanın amacı, geniş bir hasta gurubunda, Cone-Beam BT kılavuzluğunda yapılan kalın iğne biyopsilerinin geçerlilik ve güvenilirliklerinin değerlendirilmesidir.

Yöntem: Nisan 2012 ile Aralık 2013 tarihleri arasında, 450 hastada bilgisayarlı tomografi veya Pozitron-Emisyon BT (PET/BT) ile saptanmış 462 akciğer kitlesine girişimsel radyoloji bölümünde Cone-Beam BT kılavuzluğunda perkütan yolla kalın iğne biyopsi işlemi yapılmıştır. Tüm hastalarda işlem öncesinde lezyonun yerinin belirlenmesi ve girişime kılavuzluk etmesi amacıyla anjiyografi ünitesinde Cone-Beam BT görüntüleri elde edilmiştir. Öncesinde PET/BT görüntüleri bulunan olgularda girişim iğnesi ile ilk girişte kitlenin solid olan ve nekroz içermeyen veya en aktif olan kısmına girilmesi planlanmıştır. Daha sonra standart steril şartlar altında, subkütan doku ve plevraya lokal anestezi uygulaması sonrasında 18G iğne ile perkütan yolla lezyona ulaşılmıştır. Lezyona ulaşımada Cone-Beam BT kılavuzluğunun sağladığı aksiyel, sagittal ve koronal BT kesitleri aynı anda kullanılmıştır. 20G'lik bir tam otomatik biyopsi iğnesi ile koaksiyel olarak kitle içerisine kadar ilerlenilmiş ve çok sayıda kalın iğne biyopsi örnekleri elde edilmiştir. Örnek doku alındıktan sonra üç planda yeniden elde edilen Cone Beam BT kesitleri ile işlem sırasında oluşabilecek olası komplikasyonlar kontrol edilmiştir. Biyopsi traktı daha sonra otolog kan pıhtısı ile kapatılmış ve işlem sonlandırılmıştır. Tüm hastalar işlem sonrasında standart olarak 2-4 saat gözlem altında tutulmuştur. Gözlem süresi sonrasında olgular, akciğer grafisi ile pnömotoraks ve diğer olası komplikasyonlar açısından kontrol edilerek taburcu edilmiştir. Minör komplikasyon olarak pnömotoraks gelişen olgularda pnömotoraks tedavisi yine Cone Beam BT eşliğinde işlem odasında yapılmıştır.

Bulgular: Tüm olgularda işlem teknik olarak başarılıydı. Minör komplikasyon olarak geçici hemoptizi (n=40), intraparakimal kanama (n=27), girişim gerektirmeyen pnömotoraks (n=27) ve ağrı (n=23) görülmüştür. Minör komplikasyon gelişen

olguların tamamında bu komplikasyonlar takipte kaybolmuştur. Majör komplikasyon olarak tedavi gerektiren pnömotoraks (n=33) ve bir gecelik yoğun bakım yatışı gerektiren atrial fibrilasyon (n=1) görülmüştür. Pnömotoraks tedavisi, basit iğne aspirasyonu (n=19), kateter yerleştirilmesi (n=11) ve cerrahi kapalı tüp drenajı (n=3) şeklinde yapılmıştır. Patolojik inceleme sonucunda 398 olguda malign lezyon, 40 olguda benign lezyon saptanırken, 24 olguda ise patoloji sonucu nondiyagnostik materyal olarak raporlanmıştır.

Sonuç: Çalışmamız akciğer lezyonlarında Cone-Beam BT kılavuzluğunda biyopsinin güvenli ve geçerli olduğunu ortaya koymaktadır.

Anahtar Kelimeler: Akciğer, Biyopsi, Cone-Beam BT

P-035

HİPERHİDROZ CERRAHİ TEDAVİSİNİN KARDİOPULMONER VE YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ

Gürhan Öz¹, Gülay Özkeçeci², Seval Doğruk Kaçar³, Serdar Oruç⁴, Elif Doğan Bakı⁵, Kerem Şenol Coşkun⁶, Adem Gencer¹, Okan Solak¹

¹Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Afyon

²Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, Afyon

³Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Afyon

⁴Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Afyon

⁵Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anestezi ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Afyon

⁶Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı Afyon

Giriş: Hiperhidrozun en etkili tedavisi sempatik zincirin farklı yöntemlerle blokajıdır. Amacımız lokalize el-ayak terlemesi için endoskopik klip yöntemiyle sempatik blokaj uygulamasının kardiyopulmoner fonksiyonlar, yaşam kalitesi ve depresyon durumlarına etkisini incelemektir.

Yöntem-Gereçler: Çalışma prospektif olarak düzenlendi. Ocak 2013 -2014 tarihleri arasında ardışık 20 hastaya VATS eşliğinde klipsleme yöntemiyle bilateral çift torakar kullanılarak torakal 3 seviyesinde sempatik blokaj uygulandı. Terleme lokalizasyonları ve şiddeti operasyon öncesinde ve sonrasında skorlandı. Yaş, cinsiyet, vücut-kitle endeksi, vital Bulgular (istirahat TA; Nbz/dk, solunum sayısı/dk) kaydedildi. Preoperatif ve postoperatif olarak solunum fonksiyon ve kardiyak efor testleri yapıldı. Yaşam kalitesi SF 36 anketi ve depresyon eğilimleri Beck depresyon anketi ile değerlendirildi.

Bulgular: Hastaların 12'si erkek hastaydı. Hastaların yaş ortalaması 23.6 yıldı. BMI 21.58 kg/m² idi. Terleme birinde sadece el, 10'unda el-ayak, 7'sinde el-ayak koltuk altı ve 2'sinde el-koltuk altı bölgesindeydi. Operasyon öncesi ve sonrası nabız (P=0.045), sistolik arterial tansiyon (TA) (P=0.048) değerlerinde operasyon sonrası anlamlı düzeyde azalma saptandı. FEV1 değerinde(P=0.033), egzersiz sonrasındaki kalp hızında (P=0.021)ve egzersiz sonundaki sistolik kan basınçlarında (P=0.046) anlamlı düzeyde düşme saptandı. SF-36 ile değerlendirilen yaşam kalitesinin "sosyal fonksiyonlar" (P=0.044), "emosyonel rol güçlüğü" (P=0.001), "mental sağlık" ölçeklerinde anlamlı artış ve BECK depresyon ölçeğinde (P=0.007) anlamlı azalma gözlemlendi.

Sonuç: Hiperhidrozis yaşam kalitesini bozan ve depresyon eğilimi oluşturan önemli klinik durumdur. VATS eşliğinde yapılan torakal sempatektomi ameliyatı hastaların yaşam kalitesini

iyileştirmekte ve depresyondan çıkmalarına katkı sağlamaktadır. Ancak egzersiz esnasında kardiyak kompensasyonda düşmeye neden olmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Hiperhidroz, Vats, Sempatektomi

P-036

BENİGN BİR GÖĞÜS DUVARI TÜMÖRÜ OLAN ELASTOFİBROMA DORSİDE DENEYİMLERİMİZ

Burçin Çelik, Yasemin Bilgin Büyükkarabacak, Ayşen Taslak Şengül, Selçuk Gürz, Ahmet Başoğlu

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Samsun

Amaç: Elastofibroma dorsi (EFD), sıklıkla göğüs duvarının subskapüler bölgesinde görülen, kapsülsüz, yavaş büyüyen, fibröz dokunun elastin komponentinin proliferasyonu ile karakterize bir yumuşak doku tümörüdür. Bu çalışmada, kliniğimizde EFD tanısı ile cerrahi tedavi uygulanan hastaların literatür eşliğinde değerlendirilmesi amaçlandı.

Metod: Temmuz 2009 ile Mart 2014 tarihleri arasında kliniğimizde EFD nedeniyle ameliyat olan 17 hasta başvuru şikayetleri, görüntüleme yöntemleri, uygulanan cerrahi ve uzun dönem sonuçları açısından geriye dönük olarak değerlendirildi.

Bulgular: Cerrahi uygulanan hastaların tamamı kadın, yaş ortalaması 59 (39-76) yıldı. Başka bir cerrahi esnasında tespit edilen 3 hasta dışında tüm hastaların sırtta ağrı ve şişlik şikayetleri vardı. EFD 11 hastada sağ (%65), 1 hastada sol (%6) ve 5 hastada (%29) bilateral idi. BT ve MR tetkikleri ile toraks duvarı lezyonları tespit edilen hastalara cerrahi eksizyon uygulandı. Ortalama yatış süresi 5,7 gün, takip süresi 22,2 (1-56) ay olarak tespit edildi. İki hastada seroma gelişirken, sadece bir hastada 7 ay sonra nüks görüldü ve bu hasta tekrar ameliyat edildi.

Sonuç: Elastofibroma dorsi nadir bir göğüs duvarı tümörü olması ve fizik muayenede kolaylıkla gözden kaçabilmesi nedeniyle kronik sırt ağrısı bulunan hastalarda ayırıcı tanıda düşünülmeli, radyolojik olarak araştırılmalı ve bilateral olabileceği akılda tutulmalıdır. Tanı ve tedavisinde kitlenin total olarak eksizyonu yeterlidir.

Anahtar Kelimeler: benign, göğüs duvarı, tümör

P-037

POSTENTÜBASYON MEMBRANÖZ TRAKEA RÜPTÜRÜ TAMİRİNDE TRANSSEVİKAL TRANSTRAKEAL ENDOLÜMİNAL YAKLAŞIM: 2 OLGU SEBEBİYLE

Alper Toker, Adalet Demir, Berker Özkan, Murat Kapdağlı, Salih Duman, Berk Çimenoglu

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, İstanbul

Trakea yaralanmaları ölümcül yaralanmalardandır. Postentüasyon membranöz trakea rüptüründe takip edilebilecek olgular olduğu gibi tam kat ayrılma ve yırtığın uzunluğuna bağlı olarak acil cerrahi tedavi gerektiren durumlar ortaya çıkabilir. Hem servikal hemde torakal trakeayı içine alan ve karınaya kadar uzanan bu yaralanmalarda tamir için yaklaşım seçeneği çok sınırlıdır. Bu çalışmada entüasyon sırasında ortaya çıkan membranöz trakea tamirinin transservikal, transtrakeal ve endolüminal tamiri 2 olgu sebebiyle tartışılmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Trakea rüptürü, Transservikal Transtrakeal, Endolüminal

P-038

LOKAL İLERİ EVRE AKCİĞER KANSERLİ HASTALARDA SERUM SE, ZN VE CU DÜZEYLERİNİN RADYOTERAPİ TOKSİSİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ

Yasemin Benderli Cihan

Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyasyon Onkoloji, Kayseri

Amaç: Bu çalışmada, akciğer kanseri nedeniyle kemoradyoterapi uygulanan hastalarda serum Se, Zn ve Cu düzeylerinde sağlıklı kişilere göre bir fark olup olmadığını araştırmak ve tedavi öncesi ve sonrası bakılan serum eser elementler düzeylerinin radyoterapi ile ilgili toksisite üzerine etkilerini incelemektir.

Materyal-Metod: Bu prospektif çalışmaya akciğer kanseri nedeniyle kemoradyoterapi uygulanan 50 hasta ve kontrol grubu olarak herhangi bir sağlık sorunu bulunmayan 50 birey alındı. Kanserli hastaların radyoterapi öncesi ve sonrası olmak üzere iki defa, kontrol grubunun ise bir defa serum Cu, Zn ve Se düzeylerine bakıldı.

Bulgular: Akciğer kanserli hastaların ve sağlıklı bireylerin serum eser element düzeyleri karşılaştırıldığında, Zn düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu. Akciğer kanserli hastalarda radyoterapi öncesi ve sonrası ölçülen Cu ve Se düzeylerinde farklılık saptandı ($p < 0.000$ ve $p = 0.019$). Radyoterapi sırasında akut toksisite değerlendirmesinde, tedavi öncesi ve sonrası eser element düzeyleri kıyaslandığında Cu ve Zn için istatistiksel anlamlı farklılık görüldü.

Sonuç: Akciğer kanserli hastalarda tedavi öncesi serumda ölçülen Zn seviyesi sağlıklı bireylere göre düşük bulundu. Radyoterapi öncesi ve sonrası serumda ölçülen Cu ve Zn seviyelerinde önemli ölçüde azalma görüldü. Sonuçta radyoterapinin eser element dengemiz üzerinde de olumsuz etki yaptığı görüldü. Bu nedenle radyoterapi ve kemoradyoterapi uygularken, radyasyonun yan etkisini en aza indirebilmek amacıyla, tedavi öncesi ve sonrasında hastanın diyetine iz ve makro elementler yönünden uygun besinlerin eklenmesiyle veya risk faktörü görülen besinlerin azaltılmasıyla yapılabileceği gibi, dışarıdan hazır olarak satılan tamamlayıcılar (vitamin, mineraller) ile de sağlanabilir.

Anahtar Kelimeler: akciğer kanseri, eser element, prognoz

P-039

KÜÇÜK HÜCRELİ DIŞI AKCİĞER KANSERİNDE ESER ELEMENT SEVİYELERİNİN PROGNOSTİK ÖNEMİ VAR MI?

Yasemin Benderli Cihan

Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyasyon Onkoloji, Kayseri

Amaç: Bu çalışmanın amacı rezeke edilemeyen lokal ileri evre küçük hücreli dışı akciğer kanserli olgularda eser element düzeylerinin prognostik önemini belirlemektir.

Materyal-Metod: Bu prospektif çalışmaya, lokal ileri evre akciğer kanseri nedeniyle kemoradyoterapi uygulanan 70 hasta ve kontrol grubu olarak herhangi bir sağlık sorunu olmayan 85 birey alındı. Hastaların ve kontrol grubunun indüktif eşlemeli plazma-kütle spektrometre yöntemiyle saçta eser element düzeylerine bakıldı. Akciğer kanserli hastaların tedaviye cevapları ve

sağkalımları incelendi ve bu verilerle eser element düzeyleri arasındaki ilişki araştırıldı.

Bulgular: Akciğer kanserli grupta 70 olgu olup, ortalama yaş 58.01 ± 7.7 ; kontrol grubunda 85 sağlıklı kişi olup ortalama yaş 56.3 ± 9.03 idi. Her iki gruptaki element düzeyleri student's t-testi ile karşılaştırıldığında Al, As, Be, Ca, Cr, Hg, Li, Ni, Rh, Sb, Se, Sn, Ti ve Zn eser elementlerinde düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p < 0.05$). Akciğer kanserli hastaların genel sağkalım mean 16.3 ay, lokal kontrol 11.4 ay ve hastalısız sağkalım 11.1 ay olarak bulundu. Eşzamanlı kemoradyoterapi sonrası 7 (%10) hastada tam yanıt, 16 (22.9) hastada parsiyel yanıt, 18 (%25.7) hastada stabil hastalık ve 29 (%41.4) hastada ise progresyon saptandı. Tek ve çok değişkenli analizde hastalısız sağkalıma istatistiksel olarak anlamlı şekilde etki eden faktörler olarak Au ve Cu saptandı ($p = 0.017$, $p = 0.020$).

Sonuç: Akciğer kanserli hastaların vücutlarındaki ağır metal oranlarında artış olduğu görüldü. Cu ve Au'nun hastalısız sağkalım üzerine etkisinin olduğu görülürken diğer elementlerin sağkalım üzerinde etkisinin olmadığı görüldü.

Anahtar Kelimeler: akciğer kanseri, eser element, prognoz

P-040

MALİGN PLEVRAL MEZOTELYOMALI HASTALARDA NÖTROFİL/LENFOSİT (NLR), TROMBOSİT/LENFOSİT (PLR) ORANININ PROGNOZ İLE İLİŞKİSİ

Yasemin Benderli Cihan

Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyasyon Onkoloji, Kayseri

Amaç: Kanserli hastalarda NLR ve PLR oranının prognozla ilişkili olduğu gösterilmiştir. Bu çalışmanın amacı, malign plevral mezotelyomalı (MPM) hastalarda tedavi öncesi ölçülen beyaz küre (WBC), nötrofil, lenfosit, monosit, trombosit, bazofil, eozinofil, LDH, NLR ve PLR oranının prognoz ile ilişkili olup olmadığını araştırmaktır.

Materyal-Metod: 2005–2010 yılları arasında MPM tanısı ile tedavi ve takipleri yapılan 50 hastanın dosyaları retrospektif olarak incelendi. Olguların demografik ve klinik özellikleri, uygulanan tedaviler, tedaviye ait yanıt ve prognostik faktörler araştırıldı. Tedavi öncesi ölçülen kan parametrelerinin prognoz ile ilişkisi incelendi.

Bulgular: Çalışmaya 38 erkek, 12 kadın toplam 50 hasta dâhil edildi. Ortalama yaş 61.5 ± 9.4 (39–83) idi. Olguların %86'sı (43 olgu) ileri evre hastalık idi. Histopatolojik tiplerine bakıldığında çoğunluğu epitelial tip (%82) idi. Olguların 17'sine (%34) radyoterapi, 42'sine kemoterapi uygulandı. Birinci ve ikinci basamak kemoterapide en sık cisplatin+pemetrexed verildi. Tedavi sonrası değerlendirmede 4 olguda (%8) tam yanıt, 10 olguda (%20) parsiyel yanıt, 17 olguda (%34) stabil hastalık ve 19 olguda (%38) progresyon saptandı. Medyan takip süresi 10 aydı (10 gün–30 ay). Genel sağkalım medyan 20.7 ay ve progresyonsuz sağkalım medyan 10 ay olarak bulundu. Univariante ve multivariante analizde, genel sağkalıma istatistiksel olarak anlamlı şekilde etki eden faktörler olarak evre ($p: 0.035$), tedaviye cevap ($p: 0.009$), monosit sayısı ($p: 0.008$); hastalısız sağkalıma etki eden faktörler ise komorbidite ($p: 0.034$), tedaviye cevap ($p: 0.001$), NLR ($p: 0.008$) saptandı.

Sonuç: MPM'da beyaz küre <8.000, trombosit seviyesi <300.000, NPR ve PLR skoru düşük olanlarda genel ve hastalıklı sağkalım daha iyi bulundu.

Anahtar Kelimeler: Malign plevral mezotelyoma, NLR, PLR

P-041

İLERİ YAŞLI (75-89 YAŞ) KÜÇÜK HÜCRELİ DIŞI AKCİĞER KANSERLİ 80 HASTANIN RETROSPEKTİF DEĞERLENDİRİLMESİ

Şener Cihan¹, Nalan Akgül Babacan², Hatice Odabaşı³

¹Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıbbi Onkoloji Kliniği

²Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı

³Kartal Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıbbi Onkoloji Kliniği

Giriş: Dünya Sağlık Örgütü'nün yaş gruplamasında 75-89 yaşındaki insanlar ileri yaşı kişiler olarak tanımlanmaktadır. Hastalıkların erken teşhisi ve tedavi yöntemlerindeki gelişmelere paralel olarak günümüzde bu yaş grubundaki insan sayısı giderek artmaktadır. Bu olguya paralel olarak Onkoloji polikliniklerine gelen ileri yaşı gurubundaki insan sayısında da gün geçtikçe artış gözlenmektedir. Yaşla birlikte komorbidite sıklığı da artmaktadır. Bu yaş grubunda özellikle kanser hastalarına tedavi düzenlemekte zorluklar yaşanmaktadır. Kliniğimize başvurmuş ileri yaşı 80 hastanın verilerini retrospektif olarak değerlendirmek istedik.

Yöntem: 2006-2011 yılları arasında hastanemize başvurmış 80 hastanın dosyaları retrospektif olarak incelendi. Sağkalım analizinde Kaplan-Meier yöntemi ve sağkalımı etkileyen faktörler Ki-kare testi kullanılarak belirlendi.

Bulgular: Çalışmaya 80 hasta dahil edildi. Medyan yaş 76 (75-85) idi. Olguların sadece 2'si (%2.5) kadın idi. Hiçbir hastaya cerrahi girişim yapılmamıştı. Yassı hücreli karsinom 50 hasta (%62.5) tespit edilmişti. Hastaların 34'ü (%42.5) evre III, 46'sı (%47.5) evre IV hastalık düzeyindeydi. Hiçbir hastada evre I ve II hastalık tespit edilmedi. Metastatik hastalardan kemoterapi uygulananların sayısı 12 (%26) idi ve tümüne ikili kemoterapi rejimleri uygulanmıştı. Evre III hastalıkta kemoterapi alan hastaların sayısı ise 13 (%38.2) idi ve bu hastaların tümüne de ikili kemoterapi rejimleri uygulanmıştı. Konkomitan, ardışık ya da tek başına radyoterapi uygulanan hasta sayısı 23 (%67.7) idi. Medyan genel sağkalım 5 ay idi. Bir yıllık ve 2 yıllık genel sağkalım oranları ise sırası ile %11 ve %4 olarak bulundu. Genel sağkalımı etkileyen parametrelerden istatistiksel anlamlılığa ulaşanlar evre (p=0.004), anemi (p<0.001), metastatik hastalıkta kemoterapi almış olmak (p=0.014), ECOG (p<0.001), en az bir komorbiditeye sahip olmak (p<0.001) ve beyne metastaz olması (p<0.001) olarak bulundu. Metastatik ileri hastalıkta kemoterapi ve/veya radyoterapi uygulanmasının genel sağkalıma etkisi olmadığı görüldü. En uzun süreli genel sağkalım 33 ay idi. Bu hastanın karşı akciğer metastazı nedeni ile evre IV hastalık olarak takip edilmişti.

Tartışma: KHDAK'nde kemoterapini sağkalıma katkısı sınırlı olması nedeni ile bir çok hekim özellikle ileri yaşı hastalarda kemoterapi kararı vermekte zorlanmaktadır. Çalışmamızda elde edilen Bulgulara göre ileri yaşı hastalarda bile uygun seçim yapıldığında kemoterapiden fayda sağlanabileceği görülmüştür. Lokal ileri hastalıkta kemoterapi ve radyoterapinin sağkalım üzerinde etkisinin olmayışı randomize prospektif çalışmalar ile desteklenmelidir. Metastatik hastalıkta uygun hastalara kemoterapi verilmesi sağkalım üzerine olumlu etki sağlamıştır. Özellikle

anemi, ECOG ve bir komorbidite varlığı olumsuz faktörler olarak ön plana çıkmaktadır. Karşı akciğer metastazı diğer metastatik bölgelere göre daha iyi prognoza sahip olması nedeni ile daha agresif tedavi yaklaşımları gerektirebilir. Yaş tedavi kararında tek başına yeterli bir kriter değildir

Anahtar Kelimeler: Akciğer kanseri, ileri yaşlılık, kemoterapi

P-042

UZAK ORGANDAN AKCİĞERE OLAN METASTAZLARDA CERRAHİ YAKLAŞIM; REZEKTİF CERRAHİNİN SAĞKALIMA KATKISININ ANALİZİ

Esra Yamansavcı Şirzai, Ahmet Üçvet, Soner Gürsoy, Ozan Usluer

İzmir Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi, 1. Göğüs Cerrahi Kliniği

Amaç: Akciğerler, solid tümörlerin en sık metastaz yaptıkları bölgelerden biridir. Primer odak dışındaki uzak organ metastazları ilk planda sistemik yayılım algısı yaratabilmelerine karşın, akciğerler filtrasyon organı gibi düşünüldüğünde belli kurallar dahilinde yapılan metastazektomilerin sağkalım açısından yararlı olacağı aşıkardır.

Bu çalışmada, farklı histolojik tipteki uzak organlardan akciğere olan izole metastazların, rezeksiyonları sonrasında sağkalıma olan katkıları, kaynaklandıkları maligniteler de göz önüne alınarak araştırıldı.

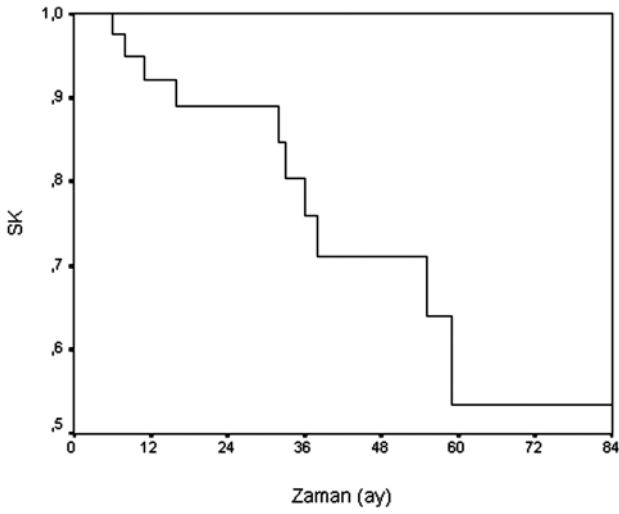
Çalışma planı: Ocak 2008- Aralık 2013 tarihleri arasında pulmoner metastazektomi uygulanan 42 hasta çalışmaya dahil edildi ve retrospektif olarak incelendi. Hastalar yaş, cinsiyet, primer tümör histolojisi, lezyon sayısı, rezeksiyon boyutları, mediasten lenf nodu tutulumu ve hastalıklı yaşam süresi yönünden incelendi. Metastazektomi sonrası beş yıllık sağkalım analizleri yapıldı.

Bulgular: Metastazektomi uygulanan hastaların 20'si erkek (%47,6), 22'si kadın (%52,4) ve yaş ortalamaları 56,3 ± 12,1 (33-80 arası) idi. Hastaların %23,8'i semptomatikti. Radyolojik değerlendirmede lezyon boyutları ortalama 2,3 ± 0,78 cm çapındaydı. Primer neoplazmin kontrol altında olduğu kolon, meme, ürogenital sistem, larinks, malign melanom, tiroid, pankreas tümörü ve sarkom metastazı için cerrahi tedavi uygulandı. Ortalama hastanede yatış süresi 5,69 ± 1,85 gündü. Postoperatif süreçte 2 hastada (%4,7) uzamış hava kaçağı görüldü. Operatif mortalite saptanmadı. Ortalama takip süresi 32,0 ± 21,6 ay, hesaplanan beş yıllık sağkalım oranı %53,4 idi (Tablo 1).

Sonuç: Bu çalışmada, pulmoner metastazlara yapılan parankim koruyucu esaslı cerrahi ile yapılan komplet rezeksiyonların güvenli ve efektif bir tedavi seçeneği olduğu saptanmıştır. Pulmoner metastazektomi kabul edilmiş kurallar dahilinde mortalite olmaksızın minimal morbidite ile uygulanabilmektedir. Ancak primer odakların çeşitliliği ve heterojenitesi nedeniyle surveye olan etkisi ve prognostik faktörlerin belirlenebimesi için daha geniş çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Akciğer metastazı, Metastazektomi, Sağkalım analizi

Tablo 1. Sağkalım Analizi Grafisi



P-043

OPERE KÜÇÜK HÜCRELİ DIŞI AKCİĞER KANSERLİ OLGULARDA, İPSİLATERAL MULTİ İSTASYON MEDIİSTİNAL LENF NODU METASTAZI İLE TEK İSTASYON LENF NODU METASTAZI BULUNANLARIN SAĞKALIMLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Onur Akçay, Şeyda Örs Kaya, Özgür Samancılar, Kenan Can Ceylan, Serpil Sevinç, Şaban Ünsal

Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2. Göğüs Cerrahi Kliniği, İzmir

Giriş-Amaç: Bu çalışmada, opere küçük hücreli dışı akciğer kanserli olgularda, ipsilateral multi istasyon mediastinal lenf nodu metastazı ile tek istasyon lenf nodu metastazı bulunanların sağkalımları arasında anlamlı fark olup olmadığı araştırılmaktadır.

Gereç-Yöntem: Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. Göğüs Cerrahi Kliniği'nde Ocak 2005-Aralık 2011 yılları arasında küçük hücreli dışı akciğer kanseri nedeni ile anatomik rezeksiyon uygulanmış hastalar retrospektif olarak incelendi. Ipsilateral multi istasyon mediastinal lenf nodu metastazı ile tek istasyon lenf nodu metastazı bulunan olguların sağkalımları karşılaştırıldı.

Bulgular: 801 hastadan mediastinal lenf nodu metastazı saptanan 111 hasta (%13,85) (94 erkek ve 17 kadın) çalışmaya alındı. Hastaların ortalama yaşı 58,93 ± 10,176'ydı. Tek istasyon lenf bezi metastazı olan hastaların beş yıllık sağkalımı %20,5 iken, multi istasyon lenf nodu metastazı olan hastalarda beş yıllık sağkalım bulunmamaktaydı p=(0,03).

Sonuçlar: Küçük hücreli dışı akciğer karsinomu olup tek istasyon ipsilateral mediastinal lenf nodu tutulumu olan hastalarda operasyon sonrası kabul edilebilir bir sağkalım elde edilmekte olup bu hastaların multimodal tedaviye aday olduğunu, ipsilateral multi istasyon lenf nodu metastazı olan hastalarda operasyondan çok diğer tedavi metodlarının daha ön planda düşünülmesi gerektiği kanaatindeyiz.

Anahtar Kelimeler: akciğer kanseri, mediastinal lenf nodu metastazı

P-044

TANI ANINDA EVRE IIIA KÜÇÜK HÜCRELİ DIŞI AKCİĞER KANSERLİ 90 HASTANIN RETROSPEKTİF DEĞERLENDİRİLMESİ

Şener Cihan¹, Nurgül Yaşar¹, Nalan Akgül Babacan², Hatice Odabaş³, Serkan Keskin¹, Cumhuriyet Demir¹

¹Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Onkoloji Kliniği

²Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı

³Kartal Lütfi Kırdar Eğitim ve araştırma Hastanesi, Tıbbi Onkoloji Kliniği

Giriş: Küçük hücreli dışı akciğer kanserinde (KHDAK) sağkalımı etkileyen en önemli parametrelerden biri hastalık evresidir. Üzerinde en çok tartışılan evre ise evre IIIA hastalığıdır. Ipsilateral mediastinal lenf nodu tutulumundan, tek başına T4 hastalığı kadar çok geniş bir yelpazeye kadar olan hastalık yaygınlığı evreleme için kullanılır. N2 hastalık bile kendi içinde mikroskobik, nonbulky ve bulky lenf nodu tutulumu olmak üzere alt sınıflara ayrılmaktadır. Aslında evre IIIA KHDAK kendi içinde de evrelere ayrılmaktadır demek pek de yanlış olmaz. Doğal olarak bu durum tedavi seçiminde de çeşitliliğe neden olmaktadır. Neoadjuvan kemoterapi, cerrahi, adjuvan kemoterapi ve radyoterapi hastalık düzeyinde uygulanabilecek tedavi seçenekleridir. Bu hastalık grubunda henüz standart bir tedavi yaklaşımı yoktur. Farklı merkezlerde aynı hastalığa farklı tedaviler uygulanabilmektedir. Bu farklılık merkezlerin deneyimlere göre şekillenmektedir. Bu çalışmamızda merkezimizde tedavi olmuş evre IIIA hastaların sağkalımlarına etkili faktörleri sunmaya çalıştık.

Yöntem: 2006-2011 yılları arasında hastanemize başvurmış ve takipleri exitus ile sonuçlanmış olan 90 hastanın dosyaları retrospektif olarak incelendi. Sağkalım analizinde Kaplan-Meier yöntemi ve sağkalımı etkileyen faktörler Ki-kare testi kullanılarak belirlendi.

Bulgular: Çalışmaya 90 hasta dahil edildi. Olguların klinik ve patolojik özellikleri tablo 1'de özetlenmiştir. Medyan hastalıksız sağkalım (DFS) 8 ay idi. Bir, 2 ve 3 yıllık DFS oranları sırası ile %32, %8 ve %3 olarak bulundu. Medyan genel sağkalım (OS) 14 ay idi. Bir, 3 ve 5 yıllık OS oranları sırası ile %58, %6 ve %1 olarak hesaplandı. En uzun sağkalım 66 ay ile başlangıç tedavisi gemicitabin/sisplatin (4 kür) kemoterapiyi takiben radyoterapi alan 61 yaşında bir hastaya aitti. DFS üzerine etkili olabilecek parametrelerden hiçbirinde istatistiksel anlamlılığa ulaşılmadı. OS üzerine etkili parametrelerden istatistiksel anlamlılığa ulaşanlar ise başlangıçta cerrahi uygulanmış olması (p=0.007), adjuvan kemoterapi almış olmak (p<0.001), erken nüks (p<0.001) ve metastatik süreçte kemoterapi almış olmak (p<0.001) olarak bulundu. Uygulanan kemoterapi rejimlerinden gemicitabin/sisplatin kombinasyonu sağkalım eğrisi daha iyi olmakla birlikte istatistiksel anlamlılık gösterilemedi. Genel sağkalım ve hastalıksız sağkalım üzerine etkili olabilecek parametrelerin p değerleri tablo 2'de verilmiştir.

Tartışma: Evre III KHDAK hastaları uygun bulunmaları taktirde cerrahiden oldukça fayda görmektedirler. Çalışmamız bu bilgiyi desteklemektedir. Adjuvan tedavilerden radyoterapi'nin etkisi çalışmamızda net olarak gösterilememiştir. Hasta dağılımının homojen olmaması ve uygulanan RT teknikleri ile açıklanabilir. Adjuvan tedavide kemoterapi'nin hem DFS hem de OS üzerinde etkili bulunması KHDAK'nde cerrahinin tek başına yeterli olmayıp sistemik tedavinin gerekliliğini göstermesi

açısından önemlidir. Metastatik süreçte uygun hastalara en azından bir seri kemoterapi uygulanmalıdır. Dört ve üzerinde uygulanan kemoterapinin sağkalım üzerine olumlu etkisi de göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Evre IIIA, tedavi, sağkalım

Tablo 1. Hasta Özellikleri

Ortanca yaş (min-max)	61 (41- 85)
Cinsiyet	6 (%6.7)
Kadın	84(%93.3)
Erkek	
Primer cerrahi	59 (%65.6)
Yok	13 (%14.4)
Lobektomi	18 (%20)
Pnömonektomi	
Histolojik Tip	24 (%26.7)
Adenokanser	55 (%61.1)
Skvamöz kanser	11 (%12.2)
Belirtilmemiş	
Adjuvan tedavi	25 (%32)
Sadece kemoterapi	34 (%43.6)
Kemoradyoterapi	19 (%24.4)
Sadece radyoterapi	
Adjuvan kemoterapi	27 (%50.9)
Gemsitabin/sisplatin	16 (%30.2)
Taxan/sisplatin	10 (%18.9)
Vinorelbin/sisplatin	
Metastaz/Nuks Bölgesi	17(%36.2)
Beyin	8(%17)
Kemik	19(%40.5)
Lokal Nuks	
Metastaz 1. basamak KT	29 (%61.7)
Var	18 (%38.3)
yok	

Tablo 2.Genel Sağkalım ve Progresyonsuz Sağkalım Üzerine Etkili Olabilecek Parametrelerin p Değerleri

Faktör	Progresyonsuz sağkalım p değeri	Genel sağkalım p değeri
Yaş	0.707	0.483
Cerrahi	0.204	0.007
Lobektomi	0.345	0.571
Pnömonektomi	0.287	0.192
Adjuvan kemoterapi	0.281	0.001
Adj gemsitabin/sisplatin	0.102	0.406
Adj KT kür sayısı	0.053	0.019
Adj kemoradyoterapi	0.679	0.061
AdjKT vs RT	0.281	0.001
Hastalısız sağkalım		<0.001
Beyin metastazı		0.082
Metastatik kemoterapi	0.546	< 0.001

P-045

MALİGN PLEVRAL EFUZYONLARDA TEDAVİ DENEYİMİMİZ

Refik Ülkü, Serdar Onat, Serdar Monis, Ahmet Sızlanan, Ali Bırak

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Diyarbakır

Amaç: Malign bir hastalığa bağlı olarak gelişen malign plevral sıvıların tedavisinde amaç, hastanın yaşam kalitesini artırmak ve palyasyon sağlamaktır. Tedavi hastalığa neden olan primer tümörün tipi, sıvının miktarı, semptom varlığı gibi birçok faktöre bağlı olarak değişir. Malign plevral efuzyon nedeniyle kliniğimiz tarafından takip edilen hastalarımızı sunmayı amaçladık.

Yöntem: 1 Ocak 2009 ile 1Şubat 2014 tarihleri arasında kliniğimiz tarafından müdahale edilen malign plevral efuzyonlu hastalar retrospektif olarak incelendi.

Bulgular: Bu süre içinde toplam 603 hasta değerlendirildi. 401 hasta sitolojik olarak malign kabul edilirken 202 hasta paramalign olarak kabul edildi. Hastaların büyük kısmı akciğer kanser tanılıydı (n:176).Diğer hasta grupları malign plevral mezotelyoma (n:128), gastrointestinal sistem tümörü (n:79), meme ca (n: 72), hematolojik patoloji (n:53) üriner sistem tümörü (n: 25) olarak tespit edildi. Bunun dışında farklı hasta gruplarından 70 hasta tedavi edildi. Torasentez yapılan tüm hastalardan 287 hastaya plöröken kateter, 243 hastaya tüp torakostomi uygulanırken, 73 hastaya videotorakoskopik müdahale yapıldı. Yirmi iki hastaya dekortikasyon yapıldı. Plörödez ajanları olarak talk (n:352), tetrasiklin (n:27) ve iyodopovidon (n:20) kullanıldı. Hastaların %75'inde tam iyileşme sağlanırken %10 hastada kısmi başarı sağlandı.

Sonuç: Malign plevral efuzyon tedavisinde temel hedef hastada semptomatik rahatlama sağlamak ve yaşam kalitesini arttırmak olduğundan en az invaziv, en kolay uygulanabilir, en az maliyetli ve en az morbiditeye sebep olan teknik seçilmelidir.

Anahtar Kelimeler: malign efuzyon, plorodezis

P-046

OPERE KÜÇÜK HÜCRELİ DIŞI AKCİĞER KANSERLİ OLGULARDA, SKİP METASTAZ DURUMUNDA SAĞKALIMLARIN KARŞILAŞTIRILMASI

Onur Akçay, Şeyda Örs Kaya, Özgür Samancılar, Kenan Can Ceylan, Serpil Sevinç, Şaban Ünsal

Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2. Göğüs Cerrahi Kliniği, İzmir

Giriş-Amaç: Bu çalışmada, opere küçük hücreli dışı akciğer kanserli olgularda, skip metastazı bulunan ve skip metastazı bulunmayan hastaların sağkalımları arasında anlamlı fark olup olmadığı araştırılmaktadır.

Gereç-Yöntem: Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. Göğüs Cerrahi Kliniği'nde Ocak 2005-Aralık 2011 yılları arasında küçük hücreli dışı akciğer kanseri nedeni ile anatomik rezeksiyon uygulanmış hastalar retrospektif olarak incelendi. Skip metastazı bulunan ve skip metastazı bulunmayan olguların sağkalımları karşılaştırıldı.

Bulgular: 801 hastadan mediastinal lenf nodu metastazı sap-tanan 111 hasta (%13,85) (94 erkek ve 17 kadın) çalışmaya alındı. Hastaların ortalama yaşı 58,93 + 10,176'ydı. Skip metastaz olan

hastalarda 5 yıllık sağkalımı %20, skip metastaz olmayan hastalarda 5 yıllık sağkalım %7,4 idi. İki grup arasında istatistiki olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p=0,084$). Tek istasyon ipsilateral mediastinal lenf nodu tutulumu olan hastalar ile multi istasyon lenf nodu metastazı olan hastalara göre daha sık skip metastaz olduğu saptandı ($p=0,014$).

Sonuçlar: Küçük hücreli dışı akciğer karsinomu olup skip metastazı olan grubun sağkalımı daha iyi olsa da istatistiki olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Daha doğru sonuçların oluşması için daha geniş seriler ile yapılacak çalışmaların daha uygun olacağını düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: akciğer kanseri, skip mediastinal lenf nodu metastazı

P-047

REZEKSİYON UYGULANAN 1432 KÜÇÜK HÜCRELİ DIŞI AKCİĞER KANSERİ HASTASININ YENİ TNM SINIFLANDIRMASINA GÖRE SAĞKALIM ANALİZİ

Levent Alpay¹, Tunç Laçın², Serdar Evman¹, Serda Kanbur¹, Hakan Kırıl¹, Mine Demir¹, Deniz Güner¹, Mustafa Vayvada¹, Serkan Bayram¹, Talha Doğruyol¹, Volkan Baysungur¹, İrfan Yalçınkaya¹

¹Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi, İstanbul

²Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi, İstanbul

Amaç: Küçük hücreli dışı akciğer kanseri (KHDAK) hastalarının definitif patoloji sonucundaki tümör (T) ve lenf nodu (N) evrelerine göre sağkalım oranları, Uluslararası Akciğer Kanseri Çalışma Grubu'nun (IASLC) 2009 yılında oluşturduğu yeni TNM sınıflandırmasını kullanarak analiz edilmiştir.

Metod: 2007-2013 yılları arasında KHDAK tanısı ile opere edilen 1432 hastanın dosyaları, çeşitli demografik özellikler yönünden geriye dönük olarak incelendi ve analiz edildi. Sağkalım verileri, olası bir bilgi kaybını en azda tutma amacı ile ilçe nüfus müdürlüğü ile koordineli çalışma ile elde edildi.

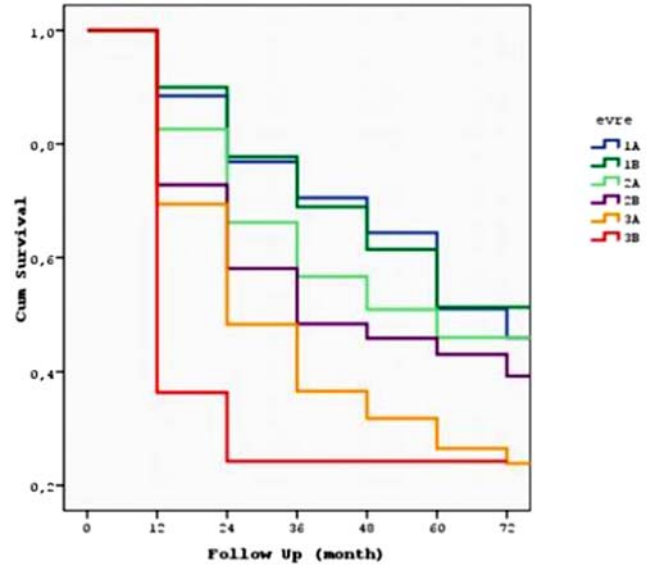
Sonuçlar: Çalışmamız 1306 erkek (%91.2) ve 126 kadın hastadan (%8.8) oluştu. 166 sağ pnömonektomi, 37 ekstended sağ pnömonektomi, 198 sol pnömonektomi, 23 ekstended sol pnömonektomi, 851 lobektomi, 147 ekstended lobektomi yapılmıştır. Lobektomilerin %9.4'ü (95/1008) VATS ile tamamlanmıştır. Genel mortalite oranı %5.4 (78/1432) iken pnömonektomilerde bu oran %5.2, lobektomilerde ise %4.2 olarak bulundu.

Morbidite açısından, bronkoplevral fistül ve kanama nedeniyle yapılan retorakotomi oranı %6,6 (94/1432) idi.

5 yıllık sağkalım oranları adenokanser (n=507), skuamöz hücreli kanser (n=828) ve diğer (adenoskuamöz, büyük hücreli; n=97)) histopatoloji grupları için sırası ile %42, %41 ve %43 olarak bulunmuştur ($P=0.258$). Kanser evrelerine göre sağkalım analizi sonucunda ise evre IA hasta grubu için %46 (n=338), IB için %51 (n=326), IIA için %46 (n=252), IIB için %39 (n=293), IIIA'da %24 (n=211) ve evre IIIB'de ise %8 (n=12) olarak hesaplanmıştır ($P<0.001$) (Resim 1).

Tartışma: Veri analizimiz sonucunda, evre I hasta grubumuz haricinde sağkalım verilerimiz güncel literatür verileri ile uyumlu bulunmuştur. Bu farklılığın, muhtemel hastalık dışı ölümlerden kaynaklandığı düşünülmüş olup, çok merkezli çalışmalar ile hasta sayısının artırılması sonucunda ülkemize ait daha kesin sonuçlar elde edilecektir.

Anahtar Kelimeler: Akciğer kanseri, cerrahi tedavi, sürvi analizi



Resim 1. Evrelere göre sağkalım grafiği

P-048

EVRE 3A KÜÇÜK HÜCRELİ DIŞI AKCİĞER KANSERİ ALT GRUPLARI ARASINDAKİ SAĞKALIM FARKLILIĞI

Levent Alpay, Serdar Evman, Serda Kanbur, Aysun Mısırlıoğlu, Hakan Kırıl, Mustafa Vayvada, Talha Doğruyol, Serkan Bayram, Ezgi Cesur, İlker Kolbaş, Volkan Baysungur, İrfan Yalçınkaya

Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi, İstanbul

Amaç: 2009 yılında yayımlanan Uluslararası Akciğer Kanseri Çalışma Grubu (IASLC) yeni küçük hücreli dışı akciğer kanseri (KHDAK) TNM sınıflandırmasına göre evre IIIA akciğer kanseri tanısı almış hastalarının, alt gruplara göre sağ kalım analizlerini değerlendirmektir.

Metod: KHDAK tanısı ile son 7 yıl içerisinde rezeksiyon uygulanan 1432 hastanın tümör evreleri, yeni TNM sınıflandırmasına göre değerlendirildi. Evre IIIA olduğu tespit edilen 211 hastanın verileri incelendi. Analizde kullanılan değişkenler yaş, cinsiyet, patolojik tip, T evresi ve N evresi, takip süreleri, mortalite oranlarıydı. Sağ kalım verileri, ilçe nüfus müdürlüğü ile koordineli çalışma sonrası tespit edildi.

Bulgular: Uluslararası Akciğer Kanseri Çalışma Grubunun (IASLC) 2009 yılında oluşturduğu yeni TNM sınıflandırmasına göre evre IIIA olan hastalar 6 alt grup altında incelenmiştir. Yaş ortalaması 51.8 (21-74) bulunan olguların %91.7'si erkek, %8.3'ü kadındı. Histopatolojik inceleme sonucu; olguların %54.1'ine skuamöz, %39.8'sine adeno, %5.9'una ise diğer tanılar konulmuştur.

Evre IIIA akciğer kanserli olgularımızda 74 (%35) pnömonektomi, 137 (%65) lobektomi yapıldı. 33 (%15,6) hasta neoadjuvan terapi sonrası opere edilmiş olup toplam 22 (%10,4) hastada 30-gün içinde mortalite gözlenmiştir.

Majör komplikasyon olarak 11 (%5.2) hastada bronkoplevral fistül, 14 (%6.6) hastada ise kanama nedeniyle yapılan retorakotomi gözlenmiştir ve neoadjuvan alanlar ile almayanlar arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($P=0,541$).

Tüm IIIA grubu hastaların kümülatif 3-yıllık sağkalım oranı %24 olarak hesaplanmıştır. Alt gruplar yönünden incelendiğinde, 3-yıllık sağkalım oranları T1N2 grubunda %26, T2N2 grubunda %31, T3N1 grubunda %37, T3N2 grubunda; %9, T4N0 grubunda; %48, T4N1 grubunda %29 bulundu ($P=0.021$). İstatistiksel analiz bu oran farklılığının özellikle T3N2 hastalardan kaynaklandığını ve bu alt grupta belirgin olarak düşük sağkalım olduğunu göstermiştir ($P<0.001$). Diğer gruplar arasında ise belirgin farklılık saptanmamıştır. Tek ve multiple N2 saptanan hastalardaki 3-yıllık sağkalım oranları sırasıyla %27 ve %8 olarak tespit edilmiştir ($P=0.006$).

Sonuç: 7. evreleme ve sınıflama sistemine göre değerlendirildiğinde, evre IIIA hasta grubunun çok heterojen bir grup olduğu ve kendi alt grupları arasında anlamlı sağkalım oranları olduğu tespit edilmiştir. Bir sonraki 8.TNM evrelemede bu farklılık göz önüne alınıp alt gruplar farklı evrelere ayrılması söz konusu olabilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Akciğer kanseri, cerrahi rezeksiyon, sağkalım

P-049

NADİR BİR OLGU: SENKRON KARSİNOİD TÜMÖR

Tayfun Kermenli, Mehmet Muharrem Erol, Hüseyin Melek, Ahmet Sami Bayram, Cengiz Gebitekin

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Bursa

Giriş: Küçük hücreli dışı akciğer kanserinde cerrahiye uygun hastalarda anatomik rezeksiyon ilk tercih olmalıdır. Akciğer rezeksiyonu uygulanan hastalarda postoperatif ağrı en önemli problemlerden biridir. Bu nedenle senkron tümörlerde bilateral torakotomi ile cerrahi uygulaması genellikle farklı seanslarda uygulanmaktadır.

Olgu: Biz bu çalışmamızda aynı seansta bilateral torakotomi ile opere ettiğimiz hastamızı sunmak istedik. 38 yaşında kadın hastanın öksürük şikayetiyle çekilen akciğer grafisi ve toraks BT'sinde her iki akciğerde kitle saptanması üzerine hastaya bronkoskopi yapıldı. Sağ orta lob lateral segment bronşundaki vegetan kitleden alınan biyopsisi karsinoid tümör olarak sonuçlandı. Hastanın çekilen PET-BT'sinde sağ akciğer orta lob lateral segment bronşu distalinde 3 cm çapında kitle (SUVmax:5,0) ve sol akciğer üst lob apikoposterior segmentte 3 cm uzun akslı (SUVmax:9,2) kitle mevcuttu. Mediastende tutulum gösteren lenf nodu yoktu.

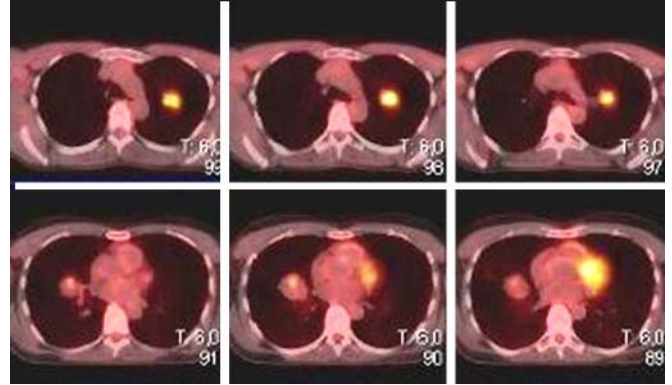
Bu sonuçlarla hastaya bilateral torakotomi ile aynı seansta cerrahi kararı alındı. Hastaya postoperatif ağrı kontrolü amacıyla epidural HKA (hasta kontrollü analjezi) takıldı. Sol lateral dekübit pozisyonunda sağ tam kas koruyucu torakotomiyle orta lobektomi ve mediasten lenf nodu diseksiyonu yapıldı. Hasta sağ lateral dekübit pozisyona alınarak sol tam kas koruyucu torakotomi uygulandı ve anatomik olarak sol üst divizyon rezeksiyonu ile mediastinal lenf nodu diseksiyonu yapıldı.

Hastanın postoperatif 5.gün sağ toraks tüpü, 7.gün de sol toraks tüpü çekildi ve 8.gün komplikasyonsuz olarak taburcu edildi. Operasyonda alınan materyallerinin patolojisi her iki akciğerdeki tümör de tipik karsinoid olarak raporlandı. Mediastinal lenf nodları negatif olarak sonuçlandı.

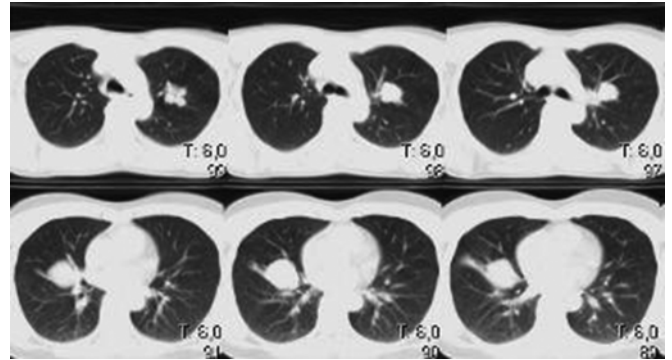
Sonuç: Karsinoid tümörler küçük hücreli dışı akciğer kanserinin az bir kısmını oluşturmaktadır. Onkolojik prensiplere uygun olarak yapılan cerrahi ile uzun sağkalım

sağlanabilmektedir. Senkron tümör saptanan hastalarda postoperatif ağrı kontrolü yeterli ve etkin olduğunda bilateral torakotomi tercih edilebilir. Ayrıca videotorakoskopik girişimler de ön planda bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: karsinoid tümör, bilateral torakotomi



Resim 1. PET görünüm



Resim 2. toraks BT görünüm

P-050

KÜÇÜK HÜCRELİ DİŞİ AKCİĞER KANSERİ NEDENİ İLE STANDART PNÖMONEKTOMİ YAPILAN HASTALARDA TÜP TORAKOSTOMİSİ UYGULANMASI GEREKLİ MİDİR?

Ömer Önal, Leyla Hasdıraz, Fahri Oğuzkaya

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Kayseri

Amaç: Küçük hücreli dışı akciğer kanseri nedeniyle standart pnömonektomi uygulanan hastalara tüp torakostomisi uygulanması birçok göğüs cerrahisi tarafından yaygın olarak kullanılan bir yöntem olmasına rağmen gerekliliği halen tartışmalıdır. Bu çalışmanın amacı standart pnömonektomi sonrası tüp torakostomisi uygulamadan takip ettiğimiz 109 hastanın sonuçlarını sunmaktır.

Yöntem: Ocak 2008 – Ocak 2013 yılları arasında küçük hücreli dışı akciğer kanseri nedeniyle standart pnömonektomi yapılan 109 hasta (102 erkek – 7 kadın) retrospektif olarak değerlendirildi. Olguların yaşları 42 – 80 arasındaydı (ortalama: 62,2). Sol pnömonektomi oranı 59 olguyla %56 idi. Bütün olgularda ana bronş, pulmoner arter, superior ve inferior pulmoner venler stapler ile kapatılarak kesildi ve mediastinal lenf nodu örneklemesi yapıldı. Sağ pnömonektomi yapılan olgularda ana bronş güdüğü parietal plevra flebi ile desteklendi.

Bütün olgularda kanama ve hava kaçağı kontrolü sonrasında göğüs tüpü konulmaksızın toraks kapatıldı. Hastaların tümü ameliyat masasında ekstube edildi ve göğüs cerrahisi yoğun bakım ünitesinde takibe alındı. Yoğun bakım ünitesinde en az 48 saat süresince ateş, nabız, kan basıncı, santral venöz basınç, oksijen saturasyonu ve idrar çıkışı saatlik olarak takip edildi. Ameliyat sonrası erken dönemde ve ameliyat günü akşamı yatakbaşı akciğer grafileri çekildi. Sonrasında günlük akciğer grafileri ile değerlendirildi.

Bulgular: Olguların hiçbirinde hızlı kan kolleksiyonuna bağlı müdahale ihtiyacı olmadı. Bir olguda gelişen hızlı kolleksiyonun şilotoraksa bağlı olduğu tespit edilip tüp torakostomisi uygulandı. 12 olguda postoperatif ilk gün hava kolleksiyonuna bağlı mediastinal şift, hipotansiyon, taşikardi, dispne izlendi. Bu olguların onunda bir kez torasentez yaparak 350 – 600 cc hava drene edilmesi klinik ve radyolojik düzelme için yeterli oldu. 2 olguda ise torasentezin tekrarı gerekti.

Tartışma: Pnömonektomi alanında biriken sıvının ani olarak boşaltılması karşı akciğerin hiper ekspansiyonuna yol açarak ölümcül seyredebilen postpnömonektomik pulmoner ödeme neden olabilir. Ayrıca kalbe venöz dönüşü bozarak kardiyak output azalması ve hipotansiyona yol açabilir. Buna karşın pnömonektomi alanında hızlı sıvı birikimi ise karşı tarafa mediastinal şifte yol açarak karşı akciğerde atelektazi, hipoventilasyon ve solunum yetmezliğine neden olabilir. Bu nedenle ameliyat sonrası erken dönemde pnömonektomi alanında sıvı ve hava birikiminin yönetimi hayati önem arz etmektedir. Tüp torakostomisi uygulanan hastalarda tüpün 4 saatte 1 dk açılarak serbest drenaja bırakılması ve tekrar klempelenmesi ve tüpün 1- 2 günde çıkarılması önerilmektedir. Bizim çalışmamızda bu iki günlük sürede hastanın saatlik olarak vitallerinin yakın takibi ve akciğer grafisi çekilerek hem plevral boşlukta biriken sıvının hem de mediastinal şifte sebep olabilecek havanın takip edilmesi mümkün olmaktadır. Serimizdeki 109 vakanın sadece bir tanesinde sol pnömonektomi sonrası 3. günde ipsilateral hızlı sıvı birikimi gelişen bir hastada yapılan torasentez ile şilotoraks tespit edilmiş ve tüp torakostomisi uygulanmıştır. Bu vaka haricinde acil tüp torakostomisi gerektiren mediastinal şifte sebep olan hava veya sıvı birikimi olmamıştır. Literatür bilgilerine bakıldığında iki derlemede (1-2), mediastinal stabilizasyon için torasentez ile drenajın yeterli olduğu belirtilmiştir. 408 pnömonektomi vakasının alındığı bir başka çalışmada(3) ise tüp torakostomisi ile drenajın gerekli olmadığını belirtmişlerdir. Bizim serimizde de 109 hastanın sadece 12 tanesinde torasentez ile drenaj gerekmiş ve hiçbir hastada acil tüp torakostomisi uygulanması gereken bir duruma rastlanmamıştır (Resim 1).

Sonuç: 1-Operasyon sonrası 24 saatlik dönemde yatakbaşında çekilen 2 adet akciğer grafisi ve sonrasında günlük akciğer grafisi çekilmesi olası komplikasyonları değerlendirmek için yeterli olduğu görülmüştür.

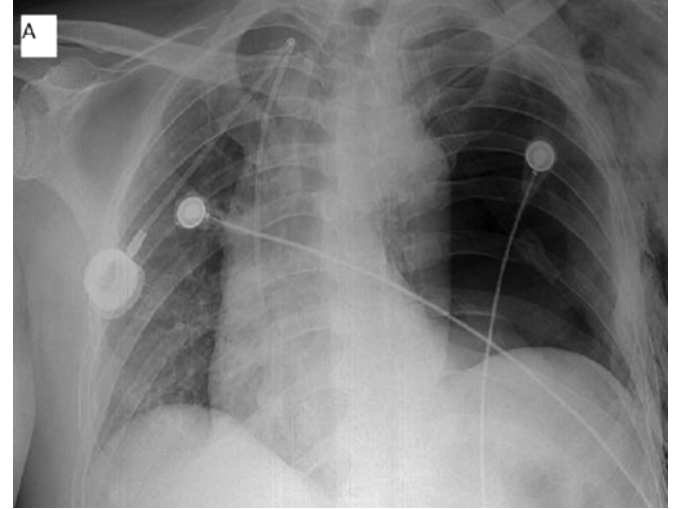
2- Hastanın yoğun bakım ünitesinde saatlik solunum sayısı ateş, kan basıncı, nabız, santral venöz basınç ve oksijen saturasyon monitorizasyonu yapılmalıdır. Hastada nefes darlığı, hipotansiyon, taşikardi ve santral venöz basınç artışı gelişmediği sürece torasentez ile plevral boşluğun drenajının gerekli olmadığı, akciğer grafisi ile tespit edilen mediastinal şiftin kendiliğinden gerilediği tespit edilmiştir.

3-Torasentez işlemi ucuna üçlü musluk takılı 50 cc lik enjektörle enjektöre alınan havanın rahat gelmediği tespit edilene kadar

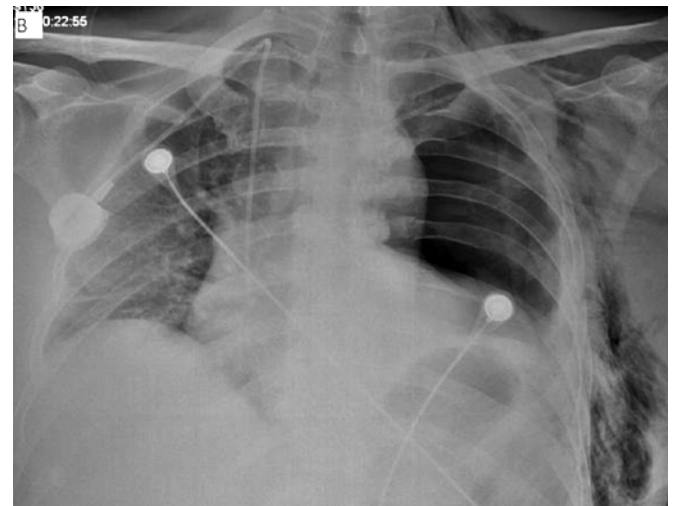
yapılması ve ortalama 500 cc (350 – 600 cc) hava drene edilmesi nin mediastinal şiftin ve hastanın kliniğinin düzelmesinde yeterli olduğu görülmüştür.

4-Pnömonektomi sonrası olası diğer vital komplikasyonların takibi için zaten yoğun bakım ünitesinde yakından izlenen hastaların tüp torakostomisi yapılmaksızın izlenmesi ilave bir zorluk getirmeyecektir. Pnömonektomi alanının erken dönem takibinde tüp torakostomisi uygulanmasının gerekli olmadığı kanaatindeyiz.

Anahtar Kelimeler: akciğer kanseri, pnömonektomi, tüp torakostomisi



Resim 1(A): Ameliyat sonrası erken dönemde çekilen akciğer grafisinde mediastinal şift görülüyor.



Resim 1(B): Torasentez ile 500 cc hava boşaltıldıktan sonra çekilen akciğer grafisinde mediastinal şiftin gerilediği görülüyor.

Tablo 1. Hasta özellikleri ve Bulgular.

	Sağ pnömonektomi (n:50)	Sol pnömonektomi (n:59)	Toplam (n: 109)
Yaş	45 – 74 (ort:60,5)	42 – 80 (ort:62,5)	42 – 80 (ort:62,2)
Erkek / Kadın	45 / 5	57 / 2	102 / 7
Tedavi gerektirmeyen Cilt altı amfizem	50 (%100)	59 (%100)	109 (%100)
Klinik bulgu vermeyen Mediastinal şift	15 (%30)	17 (%28,8)	32 (%29,4)
Torasentez gerektiren mediastinal şift	5 (%10)	7 (%11,8)	12 (%11)
Tüp torakostomisi gerektiren mediastinal şift	yok	yok	yok
Şilotoraks	yok	1 (%1,7)	1 (%0,9)
Reoperasyon gerektiren kanama	yok	yok	yok
Ampiyem	2 (%4)	1 (%1,7)	3 (%2,7)
Bronkoplevral fistül	2 (%4)	1 (%1,7)	3 (%2,7)
Hastanede yatış süresi (gün)	7- 22 (ort:7,6 gün)	7- 20 (ort: 7,5 gün)	7- 22 (ort: 7,55 gün)

P-051

PLEVRA MALİGNİTELERİNDE PARIETAL PLÖREKTOMİ VE HİPERTERMİK PERFÜZYON KEMOTERAPİSİ

Serpil Sevinç, Şeyda Örs Kaya, Kenan Can Ceylan, Özgür Samancılar, Şaban Ünsal, Rifat Özgür Bilen, Özgür Öztürk

İzmir Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir

Amaç: İntraplevral hipertermik perfüzyon kemoterapisi'nin (HİPEK), plevral kanserlerde (birincil veya ikincil) uygulamaları bildirilmiştir. Temel olarak malign mezotelyoma ve timoma veya timik kanserin plevra metastazlarında HİPEK uygulanmaktadır. HİPEK uyguladığımız olguların sunulmasını amaçladık.

Yöntem: Haziran 2010 – Ocak 2014 yılları arasında 3'ü kadın, 6'sı erkek olan toplam 9 olguya intraplevral HİPEK uygulandı. Yaş ortalaması 51,88 (yaş aralığı 34 – 60) idi. Olguların 7 si malign plevral mezotelyoma, biri meme kanserine bağlı malign plevral efüzyon, diğeri ise osteosarkomun akciğer ve plevra metastazı idi.

Bulgular: Tüm olgularda ortalama yaşam süresi 13 ay (2-45 ay) dı. 7 malign mezotelyomalı olgunun ortalama yaşam süresi 10.14 ay (2-26 ay). Olguların tümü epitelioid tip mezotelyoma olup, parietal plörektomi + dekortikasyon (P/D) operasyonu uygulandı. Meme kanserine bağlı malign plevra efüzyonu olan olguya P/D uygulandı. Olgular post-operatif 45'inci ayında olup, takibi devam etmektedir. Osteosarkom metastazı olan diğeri olguya ise ekstraplevral pnömonektomi uygulandı, hasta postoperatif 2. ayında ex oldu. Olguların özellikleri tablo 1 de gösterilmiştir.

Sonuç: HİPEK, 20 yılı aşkın süredir intraperitoneal uygulanmış olup, plevra sonuçlarının da umut verici olduğu söylenebilir.

Anahtar Kelimeler: hipertermik perfüzyon kemoterapisi, plevra maligniteleri

Tablo 1. HİPEK uygulanan olguların demografik ve klinik özellikleri

yaş cins R/L operasyon tarihi					tanı	hücre tipi	operasyon	evre	sağkalım	son durum	
1	ZK	49	K	L	06.2010	opere meme ca, plevra metastazı	malign plevra metastazı	P/D HİPEK	EVRE 4	45 ay	yaşıyor
2	FG	59	K	L	12.2011	MM	epiteloid tip	P/D HİPEK	T1bN0	22 ay	ex
3	ND	60	K	L	01.2012	MM	epiteloid tip	P/D HİPEK	T1aN0	26 ay	yaşıyor
4	HY	50	E	R	07.2013	MM	epiteloid tip	P/D HİPEK	T1bN0	8 ay	yaşıyor
5	MG	34	E	R	08.2013	MM	epiteloid tip	P/D HİPEK	T2N2	7 ay	yaşıyor
6	İA	49	E	R	11.2013	opere osteosarkom, akciğer metastazı	sarkom metastazı	EPP HİPEK	TXN0	2 ay	ex
7	KG	58	E	L	11.2013	MM	epiteloid tip	P/D HİPEK	T1bN0	3 ay	yaşıyor
8	BK	50	E	R	12.2013	MM	epiteloid tip	P/D HİPEK	T1aN0	3 ay	yaşıyor
9	İG	58	E	L	01.2014	MM	epiteloid tip	P/D HİPEK	T1aN0	2 ay	yaşıyor

R/L: sağ/sol hemitoraks, MM: malign mezotelyoma, P/D: plörektomi /dekortikasyon

R/L: sağ/sol hemitoraks, MM: malign mezotelyoma, P/D: plörektomi /dekortikasyon

P-052

KÜÇÜK HÜCRE DİŞİ AKCİĞER KARSİNOMUNDA EGFR MUTASYON ANALİZİ: TEK MERKEZ DENEYİMİ

Ahmet Şiyar Ekinci¹, Ömür Berna Öksüzöğlü², Kaan Helvacı², Onur Eşbah¹, Tahsin Özatlı², Öznur Bal², Ayşe Demirci², İbrahim Türker², Burçin Budakoğlu², Ayşe Gök Durnalı²

¹Diyarbakır Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Onkoloji Kliniği, Diyarbakır

²SB Dr. A. Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Onkoloji Kliniği

Giriş: Konvansiyonel kemoterapötikler ile anrezektabl lokal ileri ve metastatik küçük hücre dışı akciğer karsinomu (KHDAK) sağkalımında kısıtlı fayda sağlanmaktadır. EGFR mutasyonunu ve ALK gen rearanjmanını hedefleyen yeni oral ajanlar (krizotinib ve erlotinib) ile daha iyi yanıtlar ve uzun sağkalım elde edilebilmektedir. EGFR mutasyonu sigara durumu ve cinsiyet ile yakın ilişkili olmakla birlikte ciddi coğrafik ve etnik özellikler de göstermektedir. EGFR mutasyon sıklığı dünyada coğrafik değişkenlik göstermektedir. Biz de hastanemizde son 3 yılda EGFR mutasyon analizi yaptığımız 48 hastayı geriye dönük olarak inceledik.

Sonuçlar: Ankara A.Yurtaslan Onkoloji Eğitim Araştırma Hastanesi'nde takip edilen toplam 48 hastanın ortanca tanı yaşı 61 (aralık: 32-80) idi. Hastaların kadın/ erkek oranı 16/32 idi. Aktif sigara içen 15 hasta (%31), sigarayı bırakmış 11 hasta (%22) ve hiç sigara içmemiş 21 hasta (%43) mevcuttu. Tanı anında metastatik hasta sayısı 35 (%72) idi. Yedi hasta (%14) evre IIIB, 5 hasta (%10) evre IIIA idi, bir hasta ise evrenememişti. Hastalardan 38'i (%79) adenokarsinoma iken; 10 (%21) hastanın alt tipi belirlenememişti. Mutasyon saptanan hasta sayısı 19 (%39.6) idi.

Tartışma: EGFR mutasyonu literatürde %10 ile %50 arasında değişmektedir. Ülkemizde bilinen bir sıklık çalışması mevcut değildir. Bu çalışma retrospektif olması ve hastaların seçilip de yollanmış olma olasılığı nedeniyle tüm KHDAK hastalarındaki EGFR mutasyonu sıklığını yansıtmamaktadır Ayrıca hastaların

üçte biri kadındır, adenokarsinoma ve sigara içmemiş hasta oranı akciğer kanseri için yüksektir.

Anahtar Kelimeler: EGFR mutasyonu, küçük hücre dışı akciğer kanseri

P-053

ERİTROSİT DAĞILIM GENİŞLİĞİ (RDW) VE NÖTROFİL/LENFOSİT ORANININ (NLR) REZEKSİYON UYGULANAN KÜÇÜK HÜCRELİ DIŞI AKCİĞER KANSERLİ HASTALARDA MORTALİTE VE MORBİDİTEYE ETKİSİ

Serkan Uysal¹, Tuba Şahinoğlu¹, Ulaş Kumbasar², Metin Demircin¹, İlhan Paşaoğlu¹, Rıza Doğan¹

¹Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Ankara

²Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, Ankara

Amaç: Akciğer kanseri dünya genelinde en sık tanı alan ve en sık ölüme neden olan kanser türüdür. Erken evre küçük hücreli dışı akciğer kanserinin tedavisi cerrahidir. Tüm olguların %15-25'i operable'dır. Akciğer rezeksiyonu ve mediastinal lenf nodu diseksiyonu ile bu hastalarda kür elde edilebilmektedir. Tümöre yanıtta inflamasyonun önemi bilinmektedir. Dolaşımdaki eritrositlerin boyutlarının değişkenliğinin kantitatif ölçümü olan eritrosit dağılım genişliği (RDW) ve nötrofil/lenfosit oranı'nın (NLR) kronik inflamasyon belirteçlerinden olabileceğine dair literatürde bilgiler mevcuttur. RDW yüksekliği ile pulmoner hipertansiyon, koroner arter hastalığı ve miyokard enfarktüsü arasında güçlü bir ilişki mevcut olup RDW kardiyak hastalıklarda bağımsız risk faktörü olarak kabul edilmektedir. NLR kolorektal, gastrik, pankreas kanserleri gibi malignitelerde önemli bir prognostik gösterge olarak kabul edilmektedir. RDW ve NLR tam kan sayımında rutin olarak değerlendirilmektedir. Çalışmamız RDW ve NLR'nin küçük hücreli dışı akciğer kanseri (KHDAK) nedeni ile opere edilmiş hastalarda mortalite ve morbiditeye etkisini belirlemek amacıyla planlanmıştır.

Yöntem: Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı'nda Ocak 2002 – Aralık 2012 tarihleri arasında KHDAK nedeniyle cerrahi uygulanan hastalar retrospektif olarak incelenmiştir. Hastalara ait demografik veriler, laboratuvar parametreleri, tümör patolojisine ait özellikler, uygulanan cerrahi yöntemler, preoperatif hazırlık, postoperatif komplikasyonlar, sağkalım ve hastalıksız sağkalım verileri hasta dosyalarından ve nüfus kayıt sisteminden kaydedilmiştir. RDW ve NLR değerlerinin mortalite ve morbiditeye etkisi istatistiksel olarak incelenmiştir.

Bulgular: RDW değeri yüksekliği ile sağkalım arasında negatif bir ilişki mevcut olup istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p:0,019). RDW değeri yüksekliğinin hastalıksız sağkalımı olumsuz etkilediği görülmüştür (p:0,057). Kan nötrofil değeri arttıkça hem sağkalım (p:0,007) hem de hastalıksız sağkalım olasılığı azalmakta (p:0,009), lenfosit değeri arttıkça tam tersine sağkalım (p<0,001) ve hastalıksız sağkalım olasılığı (p<0,001) artmaktadır. NLR değeri arttıkça sağkalım ve hastalıksız sağkalım olasılığı azalmaktadır ve bu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0,001). RDW ve NLR'nin morbidite öngörüsünde prognostik belirteç olarak kullanılabileceğine dair kayda değer bir bulgu saptanmamış olsa da RDW ile postoperatif yatış süresi ve mekanik ventilasyon desteği arasında pozitif ilişki bulunmuştur.

Sonuç: RDW ve NLR değerleri sağkalım ve hastalıksız sağkalım öngörüsünde prognostik belirteç olarak kullanılabilir. En

önemli kullanım avantajları kolay, ucuz ve tekrarlanabilir parametreler olmalarıdır. Daha büyük serilerle ve prospektif çalışmalarla desteklendiğinde rutinde kullanılabilir.

Anahtar Kelimeler: Akciğer kanseri, Kırmızı hücre dağılım genişliği, nötrofil/lenfosit oranı

P-054

ÖZOFAGUS KANSERİNDE RADYAL REZEKSİYON SINIRI TUTULUMUNUN ÖNEMİ

Tunç Laçın, Nezir Onur Ermerak, Zeynep Bilgi, Hakan Ömercikoğlu, Çağatay Çetinkaya, Korkut Bostancı, Bedrettin Yıldızeli, Mustafa Yüksel, Hasan Fevzi Batırel

Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, İstanbul

Giriş: Özofagus kanserinde radyal rezeksiyon sınırı tutulumunun tanımı ve bu tutulumun sağkalım üzerine etkisi açık değildir. Bu çalışmanın amacı radyal rezeksiyon sınırında tümör negatifliğinin sağkalım yararını göstermektir.

Metod: Çalışmamızda Ocak 2004 ile Eylül 2013 yılları arasında özofagus kanseri nedeniyle rezeksiyon uygulanan hastaların prospektif olarak toplanan verilerini retrospektif olarak inceledik. Pozitif radyal sınır, mikroskopik tümörün radyal sınıra ≤ 1 mm mesafede olması olarak tanımlandı. Bu çalışmaya sadece pT3 ve pT4 hastalar dahil edildi. İstatistik analizi student t-testi ve Kaplan-Meier log rank analizi ile yapıldı.

Sonuçlar: Çalışma periyodunda toplam 72 hastaya özofagus rezeksiyonu uygulandı. 29 hasta pT3 veya pT4 olarak raporlandı. Hastaların %15,3 (11/72) ünde radyal sınır pozitif idi. Radyal sınırı pozitif olan hastalarda rezeke edilen lenf nodu sayısı $20,1 \pm 5,6$ iken radyal sınırı negatif olan hastalarda rezeke edilen lenf nodu sayısı $16,4 \pm 8,6$ idi (p=0,3). Radyal sınırı pozitif olanlar ile negatif olanlar arasında yapılan lenf nodu pozitifliği analizinde ($1,8 \pm 2,2$ vs $1,3 \pm 2$, p=0,5) ve 2-yıllık kanser spesifik sağkalım analizinde (%59 vs %52, p=0,9) anlamlı fark yoktu. Ancak sınır pozitifliği olan grup ile negatif grubun 2-yıllık toplam sağkalım oranları %76'ya %32 idi. Bunun nedeni postoperatif dönemde radyal sınır negatif grubun mortalitesinin daha yüksek olmasıdır (0/11 vs 3/18, p=0,048). Sınır negatif grupta 5-yıllık sağkalım %24 idi.

Tartışma: Lokal ileri evre özofagus kanseri rezeksiyonunda radyal sınır tutulumu sıklığı daha yüksektir. Çalışmamızda radyal sınırda (≤ 1 mm) tümör pozitifliği, toplam ve 2-yıllık sağkalımda anlamlı bir azalmaya yol açmadı. Radyal sınır pozitifliği (≤ 1 mm) ile lenf nodu pozitifliği arasında ilişki kurulamadı.

Anahtar Kelimeler: Özofagus kanseri, radyal sınır, sağkalım

Tablo 1. Radyal sınırı pozitif ve negatif olan hastaların verileri

	<= 1 mm	> 1 mm
Cinsiyet (E/K)	6/5	8/10
Yaş (yıl)	53.8	58.2
Cerrahi Metod		
Klasik 3 insizyon özofajektomi	6	14
Minimal invazif özofajektomi	5	4
T evresi		
T3	10	16
T4	1	2
Histoloji		
Skuamoz hücreli karsinom	10	15
Adenokarsinom	1	3
Kemoradyoterapi	1	11
Takip sırasında rekürrens	3	3

P-055

PNÖMOTORAKS TEDAVİSİNDE PLÖROKAN KATETERLERİN ETKİNLİĞİ

Serkan Özbay, Şerife Tuba Liman, Aslı Gül Akgül, Aykut Eliçora, Seymur Salih Mehmetoğlu, Hüseyin Fatih Sezer, Salih Topçu
Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı

Amaç: Son dönemlere kadar geniş çaplı göğüs tüpleri bütün plevral patolojileri kapsayan yaygın bir kullanım endikasyonuna sahip iken küçük çaplı kateterlerin kullanımına daha sınırlı bir eğilim vardı. Son yıllarda ise plörokan gibi küçük çaplı kateterler başta pnömotoraks olmak üzere plevral patolojilerin tedavisinde daha çok tercih edilmeye başlandı. Daha düşük komplikasyon riski, kolay taşınabilirlik, hastalar tarafından daha iyi tolere edilebilme, uygulama kolaylığı ve büyük çaplı göğüs tüplerine yakın başarı oranı gibi avantajları nedeniyle kullanım sıklığı artmaktadır. Burada pnömotoraks tanısı ile küçük çaplı kateter (10F) kullanarak tedavi ettiğimiz hastalarımızın sonuçlarının tartışılması planlanmıştır. Bu çalışmada sadece 10F kateter takılan hastaların sonuçları değerlendirilmiştir.

Yöntem: 2011-2014 yılları arasında pnömotoraks nedeniyle merkezimizde plörokan kateter takılarak tedavi edilen 154 hasta sunulmaktadır. Hastalarımızın 129'u erkek, 25'i kadındı. Yaşları 2 ile 85 yaşları arasında, median yaş 49'du. Hastaların 63'ü spontan pnömotoraks, 62'si iyatrojenik pnömotoraks, 14'ü travma, 9'u mikst spontan pnömotoraks ve 6 hasta postoperatif ekspansiyon kusuru nedeniyle 10F plörokan kateter takılarak tedavi edildi. Hastaların 91'inde sağ, 63'ünde sol pnömotoraks saptandı.

Bulgular: Plörokan kateterlerin ortalama kalış süresi 4.9 gündü. On altı hastaya takılan plörokan kateterlere ek olarak 2. bir göğüs tüpü takılması gerekti. On yedi hastaya ise uzamış hava kaçağı nedeniyle cerrahi tedavi uygulandı. Yüz iki hasta tedavi süresince göğüs cerrahisi servisinde yatırılarak takip edildi, 52 hasta ise dış servislere takip edildi. Komplikasyon gelişmeyen hasta serimizde plörokan başarısızlık oranı %10.3, cerrahi tedavi endikasyonu %11 olarak hesaplandı.

Sonuç: Kliniğimizde 2005 yılından beri opere olan hastalar haricinde geniş çaplı göğüs tüpü kullanılmamaktadır. Rutinde plevral patolojisi olan hastalarımızda 10F plörokan kateter veya

20F trokarlı kateterler takılmaktadır. Pnömotoraksli hastalarda da oldukça efektif bir şekilde 10F kateterler kullanılmaktadır. Literatürle uyumlu olarak pnömotoraks tedavisinde küçük çaplı kateterler bizim serimizde de yüksek başarı ve düşük komplikasyon oranı ile uygulanmıştır. Sağladığı tüm avantajlar göz önüne alındığında 10F plörokan kateterlerin pnömotoraks tedavisinde öncelikli olarak uygulanmasını öneriyoruz.

Anahtar Kelimeler: Pnömotoraks, Plörokan, etkinlik

P-057

BÜLLÖZ AKCİĞER HASTALIĞININ TEDAVİSİNDE VIDEO YARDIMLI TORAKOSKOPİK CERRAHİ, BEŞ YILLIK KLİNİK DENEYİM

Ebru Sayılır, Koray Aydoğdu, Funda İncekara, Erkmen Gülhan, Göktürk Fındık, Sadi Kaya

Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Büllöz akciğer hastalığında dispne, göğüs ağrısı şikayetleri olabildiği gibi asemptomatik de olabilirler. Hastalar çoğunlukla spontan pnömotoraks nedeniyle hastanın kliniğinin ani bozulması ile başvururlar.

Materyal-Metod: Bu çalışmada, 2009-2014 yılları arasında video yardımcı torakoskopik cerrahi (VATS) ile büllektomi uygulanan 74 hasta retrospektif olarak incelenmiştir. Hastaların 63 (%85)'ü erkek, 11 (%15)'i kadın, yaş ortalaması 30 (15-69) yıl idi. 41 hasta primer spontan pnömotoraks, 24 hasta nüks pnömotoraks, 1 hasta sekonder pnömotoraks ve 5 hasta pnömotoraks olmadan büllöz akciğer hastalığı nedeniyle kliniğimize yatırıldı. Bilgisayarlı tomografi operasyon öncesi tüm olgulara uygulandı. 67 hastada 3 port girişi, 4 hastada 2 port girişi ile VATS uygulanırken 3 hasta uniportal VATS ile opere edildi. 2 (%3) hastada operasyon sırasında plevral yapışıklıklar nedeniyle torakotomi kararı verildi. 63 hastaya wedge rezeksiyon, 5 hastaya akciğer hacim küçültücü cerrahi (LVRS) uygulandı. Ortalama hastanede kalış süresi 4 (1-16) gündü. Komplikasyon oranı %9'du. Altı (%8) hastada post-operatif nüks pnömotoraks gelişti.

Sonuç: Spontan pnömotoraksın cerrahi tedavisinin amacı akciğerin mümkün olduğu kadar çabuk ve tam ekspansiyonunu sağlayarak nüksleri önlemektir. Özellikle büllöz akciğer hastalarında pnömotoraks varlığında tedavi yetersizliği sonucu morbidite ve mortalite oranları yüksek olmaktadır. Torakoskopik büllektomi tecrübe gerektiren bir uygulamadır. Kozmetik avantaj, belirgin ağrı azalması, hastanede kalış ve iyileşme süresinin kısalmasıyla uygun olgularda tercih edilmesi gereken bir yöntemdir.

Anahtar Kelimeler: VATS, büllöz akciğer hastalığı, cerrahi

P-058

GÖĞÜS DUVARI İNVAZYONU YAPAN KÜÇÜK HÜCRELİ DIŞI AKCİĞER KANSERİNDE CERRAHİ TEDAVİ

Leyla Nesrin Acar, S. Ş Erkmen Gülhan, Muhammet Ali Beyoğlu, Ertan Aydın, Merve Şengül, Pınar Bıçakçıoğlu, Göktürk Fındık, Sadi Kaya, Ülkü Eren Yazıcı

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

Giriş: Akciğer kanserinde en etkili tedavi şekli cerrahidir. Cerrahi tedavinin başarısında en önemli kriter hastalığın evresidir.

Opere edilen akciğer kanserli hastaların %5-8'inde parietal plevra veya göğüs duvarı invazyonu saptanır. Primer tümörün komplet rezeksiyonu mümkün ise akciğer rezeksiyonu ile birlikte göğüs duvarının en blok rezeksiyonu, komplet rezeksiyonunun sağlanması için seçilecek tedavi şeklidir. Biz bu çalışmada, akciğer ve göğüs duvarı en blok rezeksiyonu yaptığımız küçük hücreli dışı akciğer kanseri (KHDAK) olan 59 olgumuzu sunduk.

Materyal Metod: Ocak 2009 ile Aralık 2013 arasında Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Cerrahisi Kliniğinde parietal plevra veya göğüs duvarı tutulumu nedeniyle, akciğer ve göğüs duvarı en blok rezeksiyonu yapılan 59 (KHDAK) olgu, retrospektif olarak incelendi. Hastaların cinsiyeti, yaşı, semptomları, tümörün histopatolojik tipi, uygulanan cerrahi işlem, morbidite ve mortalite oranları değerlendirildi. Hastalarımızın 3'ü kadın, 56'sı erkekti ve yaşlarının ortalaması 61.30 (40-76) idi. En sık görülen semptom göğüs ağrısı (%67.79) idi. Hastalarımızın 4'üne pnömonektomi, 55'ine lobektomi ile beraber toraks duvarı rezeksiyonu yapıldı. Postoperatif histopatolojide 29 adenokarsinom, 21 skuamöz hücreli karsinom, 5 büyük hücreli karsinom, 3 adenoskuamöz, 1 pleomorfik karsinom tanısı aldı. Nodal tutulum; N0 44, N1 6 ve N2 9 hastada saptandı. Olguların 24'ünde 2 kosta, 15'inde 3 kosta, 15'inde 1 kosta, 4'ünde 4 kosta ve 1'inde 5 kosta rezeksiyonu yapıldı. Morbidite, yara yeri enfeksiyonu, hemoraji, ekspansiyon güçlüğü, ampiyem ve ateletaksi idi. Postoperatif mortalite 1 olgumuzda görüldü.

Sonuç: Toraks duvarı rezeksiyonu gerektiren akciğer kanserli olgularda en blok rezeksiyon güvenle yapılabilir.

Anahtar Kelimeler: Göğüs duvarı invazyonu, pulmoner rezeksiyon, küçük hücreli dışı akciğer kanseri

P-059

KİST HİDATİK CERRAHİSİNDE GERMİSİD AJAN OLARAK ANKAFERDİN ETKİNLİĞİ

Bayram Metin¹, Neziha Yılmaz², Yunus Emre Bayhan³, Cahit Babür³, Yavuz Selim İntepe⁴, Ergin Arslan⁵

¹Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahi Anabilim Dalı, Yozgat

²Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları Anabilim Dalı, Yozgat

³Türk Halk Sağlığı Kurumu, Ankara

⁴Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Yozgat

⁵Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Yozgat

Giriş: Akciğer hidatik kistleri tanı konulunca tedavi edilmesi gereken bir hastalıktır. Akciğer kist hidatiginin tedavisinde temel prensip kist ve kist içeriğinin cerrahi olarak tümüyle çıkartılmasıdır. Cerrahi sırasında Kist sıvısında bulunabilecek skoleksler yeni kist oluşturabileceğinden intratorasik kontaminasyonu önlemek amacıyla kist etrafı germisid sıvı ile ıslatılmış kompresler ile korunur. Germisid madde olarak çoğunlukla hipertonic NaCl ve sulandırılmış betadin solüsyonları kullanılmaktadır. Biz çalışmamızda kanama durdurucu ajan olarak kullanılan ve bunun yanında antifungal, antibakteriyel etkinliği de bilinen Ankaferd ile diğer bazı germisidal ajanların kist hidatik üzerine etkinliğini karşılaştırmak istedik.

Materyal-Metod: Çalışmamızda ilimizde bulunan mezbahanelerden içerisinde sıvı halde kist bulunan akciğer ve karaciğer dokuları alındı. Dokudan alınan kist sıvısı içindeki kistlerin canlılığını belirlemek amacıyla her bir kistten alınan sıvıda %0,1 eosin

ile boyama yaparak mikroskopik inceleme yapılacak ve canlı protoskoleksler sayılarak viabiliteleri yüzde olarak kaydedildi. Canlılık oranını yüksek belirlediğimiz 10 ayrı kist sıvısından boyama yapılmadan geriye kalan kısmından 5 tane 5'er cc sıvı alındı. Bunların her biri de ayrı ayrı gruplandırılarak 1. Grupta; %20 Hipertonik NaCl, 2. Grupta; Betadinli solüsyon, 3. Grupta; Ankaferd ve 4. Grupta; distile su ile %20 konsantrasyonda (100 ml içinde 2gr andazol) sıvılaştırılmış Andazol dan 5'er cc uygulanarak 15 dakika beklendi. Tüm tüplerdeki karışımlarda protoskolekslerin 5, 10 ve 15. dakikalardaki canlılıkları tekrar %0,1 lik eosin ile boyanarak kontrol edildi. Sonuçta tüm gruplar üzerinde en yüksek germisidal etkinin ankaferd grubunda olduğu bunu sırası ile Hipertonik NaCl, Betadinli solüsyon grupları izledi. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görüldü.

Sonuç: Türk tıbbında özellikle kanama kontrolünde kullanılan bitkisel bir ekstrat olan Ankaferd'in kanama durdurucu etkisinin yanında antifungal, antibakteriyel, antineoplastik birçok etkinliği ispatlanmıştı. Fakat kist hidatik ile ilgili bir çalışma söz konusu değildi. Çalışmamız sonucunda kanama durdurucu bir ajan olarak kullanılan Ankaferd'in iyi bir germisidal ajan olduğu yönünde veriler elde edilmiş oldu.

Anahtar Kelimeler: Kist Hidatik, Ankaferd, Germisidal ajanlar

P-060

LOKAL İLERİ EVRE KÜÇÜK HÜCRELİ OLMAYAN AKCİĞER KANSERİNDE CONE BEAM TOMOGRAFI EŞLİĞİNDE İNTRA-ARTERYEL İNDÜKSİYON KEMOTERAPİ SONUÇLARI

Mustafa Özdoğan, Saim Yılmaz, Necdet Öz, Berrin Pehlivan, Akın Yıldız, Metin Çenever, Ayşegül Kargı, Önder Karıcı, Oğuz Çeri, Feride Kendiroğlu, Mürüvet Akın, İrfan Öğretmen

Medstar Kanser Merkezi

Radyoterapi tekniklerinde gelişmeler ve yeni sistemik tedavilere rağmen evre IIIA ve IIIB küçük hücreli olmayan akciğer kanserinin tedavisinde elde edilen başarılar memnuniyet verici değildir. Son yıllarda geliştirilen C kollu cone beam tomografi, intra-arteriyel kemoterapi uygulamalarına yeni bir soluk getirmiştir. Anjiyografi sırasında çekilen tomografi tümörün vasküler yapısını daha kapsamlı değerlendirmemizi sağlamış ve uygulanacak tedavinin tümör içine selektif olarak uygulamasına olanak sağlamıştır. Akciğer kanserinde intra-arteriyel tedaviler son yıllarda yeniden popülerite kazanmaya başlamış ve yapılan bir çalışmada tümör sisplatin konsantrasyonu ile sağkalım arasında doğrudan bir ilişki saptanmıştır. Bizde T4NxM0 veya TxN2-3M0 evresinde olan ve intra-arteriyel kemoterapi uyguladığımız hastalarımızı retrospektif olarak değerlendirdik.

İntra-arteriyel kemoterapi uygulanan, ortalanca yaşı 62 (53-77) olan biri kadın 9 erkek toplam 10 küçük hücreli olmayan lokal ileri evre akciğer kanserli hasta retrospektif olarak incelendi. Hastaların 5'i evre IIIA iken diğer 5 hasta IIIB evresinde olduğu saptandı. Hastalara toplam 28 seans intra-arteriyel kemoterapi uygulandığı gözlemlendi. Hastaların hepsine sisplatin 70 mg/m2, docetaxel 70 mg/m2 dozunda 21 günde bir uygulanırken, 2 hastada 1. kür sonrası febril nötropeni gelişmesi nedeniyle %10 doz azaltıldığı ve tedavi sonrası GCSF eklendiği gözlemlendi. Hastaların hepsinde grade 2 düzeyinde saç kaybı ve iki hastada görülen febril

nötropeni dışında grade 3-4 yan etki gözlenmediği, intra-arteryel tedavi prosedürüne bağlı yan etki gerek işlem sırasında gerekse işlem sonrasında olmadığı saptandı. Hastaların 4'ünde tümör yanıtı %75-100 oranında gözlenirken, 1 hastada yanıt %50-75 düzeyinde, 2 hastada ise %25-50 düzeyinde olduğu saptandı. 3 hastanın ise tedavileri devam etmekteydi. Tedavisi tamamlanan hastaların 5'ine R0 rezeksiyon yapıldı ve cerrahiye uygun bulunmayan 2 hastaya radyoterapi uygulandı. İntra-arteryel kemoterapi sonrası hiçbir hastada progresyon gözlenmedi, küratif tedavisi tamamlanan 7 hasta remisyondaydı. Median takip süresi 3 aydı (1-17 ay).

KHDAK evre IIIA-IIIB evresinde gerek cerrahi gerekse radyoterapi öncesi indüksiyon kemoterapi için cone beam tomografi eşliğinde intra-arteryel kemoterapi uygulamaları hastalara yeni bir ışık olabilir. İndüksiyon tedavide standart olabilecek dozların intra-arteryel yoldan uygulandığında daha tolerabl olmasının artı bir avantaj olduğunu gözlemekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Küçük Hücreli Olmayan Akciğer Kanseri İntraarteryel Kemoterapi



Resim 1. Cone beam tomografi eşliğinde İA tedavi planlama



Resim 2. İA tedavi öncesi sonrası seçilmiş hasta pet-ct görüntüleri

P-061

JEUNE SENDROMU'NDA YENİ BİR CERRAHİ TEKNİK

Uğur Temel¹, Sedat Ziyade², Basri Sezer³, Tuğrul Eren³, Sinan Uslu⁴, Ali Bülbül⁴

¹Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Cerrahisi, İstanbul

²Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, İstanbul

³Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ortopedi, İstanbul

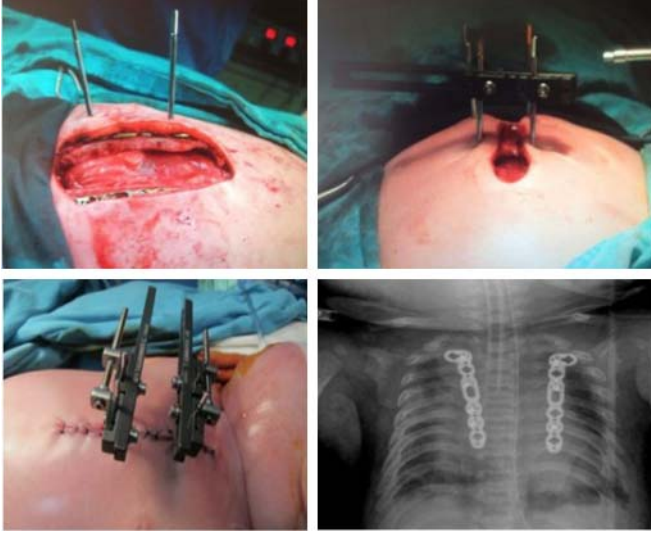
⁴Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Neonatoloji, İstanbul

Giriş: Jeune Sendromu nadir görülen bir iskelet displazisidir; dar toraks hacmini genişletmek için farklı teknikler geliştirilmeye çalışılmaktadır. Literatürde vertikal ve lateral torasik ekspansiyonu denenmiş ancak hastalar kaybedilmiştir. Strenoplasti ve kosta distraktörü kullanılan tek vaka olarak bildirilmiştir. Ulnar distraktör kullanılarak daha ölçülü ve daha milimetrik sternal genişleme sağlanmış olduğumuz yenidoğanı sunmaktayız.

Teknik: Miadında yenidoğan solunum sıkıntısı ile entübe edilerek mekanik ventilatöre bağlanmış olan hastaya Jeune sendromu tanısı ile operasyon planlandı. Preoperatif oksijen saturasyonu 82 pCO₂ 53mmHg değerleri ile operasyona alındı. Lateral torasik ekspansiyon denemelerinde hasta erken dönemde kaybedildiğinden sternoplasti ve kot distraktör uygulanması kararı alındı. Hastada ulnar distraktör kullanılarak sternotomi sonrası her iki sternum kanatlarına titanyum plaklar vidalandı. Bu plaklara, dik şekilde cilt yüzeyinden giren 4 adet fiksator yerleştirildi. Dikme fiksatorler iki adet distraktöre sabitlendi. Her iki distraktörün iki bacağı arası mesafe en dar hale çekildi. Sternum kanatları birbirine yaklaştırıldı. Cilt altı 3-0 vicryl sütür ile yaklaştırılırken cilt 3-0 prolen sütür ile primer kapatıldı. Cerrahi işleme son verildi. Postoperatif oksijen saturasyonu 92mmHg idi. Fiksatorler sternum açıklığında kallus dokusu gelişecek şekilde günde yaklaşık 1mm açılarak toraksın ekspansiyonu hedeflendi. Sternumda yaklaşık bir ayda toplamda 3cm kadar distraksiyon gerçekleştirildi. Mekanik ventilatör desteği eş zamanlı olarak kademeli azaltıldı. Onuncu haftada çıkarılan eksternal fiksatorü takiben olgunun mekanik ventilatörde izlemi postnatal 6.aya kadar devam etti. Sepsis ve yaygın vasküler tromboz nedeniyle hasta kaybedildi.

Tartışma: Jeune sendromu tanılı yenidoğanlarda dar toraks nedeni ile akciğer ekspansiyonu sağlanamaz ve sıklıkla hasta kaybedilir. Az sayıda olguda toraks genişletilerek akciğer ekspansiyonunu sağlayacak sternoplasti, kot distraksiyonu ve lateral toraks ekspansiyonu teknikleri rapor edilmiştir. Yenidoğanda mortalitesi yüksek bu hastalara uygulanacak eksternal fiksator distraksiyonu ile sternoplasti, mortaliteyi azaltarak hastalara yaşam şansı vermektedir.

Anahtar Kelimeler: Jeune Sendromu, sternoplasti



Resim1. Jeune Sendromlu olgunun peroperatif ve radyolojik görüntüleri

P-062

PANCOAST TÜMÖRLÜ OLGULARIN RETROSPEKTİF DEĞERLENDİRİLMESİ: KTÜ DENEYİMİ

Özlem Aynacı, Emine Canyılmaz, Aslı Şahbaz, Yahyahan Memiş, Gülşen Pınar Soydemir, Lasif Serdar, Zümrüt Bahat, Mustafa Kandaz, Adnan Yöney

Karadeniz Teknik Üniversitesi, Radyasyon Onkolojisi Anabilim Dalı

Amaç: 1998 – 2012 yılları arasında başvuran Pancoast tümörlü olguların özellikleri ve tedavi yöntemlerini incelemek; tedavi sonrası elde edilen lokal ve uzak kontrol sonuçları ile birlikte sağkalım sonuçlarını değerlendirmek.

Materyal-Metod: Kligimize; akciğer kanseri tanısı alan 1696 hastanın 23'ünü (%1.3) oluşturan Pancoast tümörlü hasta özellikleri ve sağkalım verileri açısından değerlendirilmiştir. 23 olgunun tamamı erkek olup, medyan yaş 56 (48-81)'dir. 12 hasta tümör evresi T3 (%52,2) iken, 11 olgu T4 (%47,8) evresindedir. 8 olguda lenf nodu metastazı olmayıp, 1 (%4,3) olgu N1, 13 (%56,5) olguda N2 ve 1 olguda ise N3 lenf nodu metastazı saptanmıştır. Olguların 3'ü (%13) evre IIB, 12'si (%52,2) evre IIIA, 8'i (%34,8) evre IIIB'dir. 16 (%69,6) olguda yerleşim sağ üst lobda iken 7 (%30,4) olguda sol üst lobdadır. Subklavyan arter ve ven invazyonu 4 (%17,4) olguda, vertebra invazyonu 8 (%34,8) olguda görülmüştür. 3 (%13) olguda hem vertebra hem de brakial plexus invazyonu mevcuttur. 17 (%73,9) olguda ise göğüs duvarı invazyonu tespit edilmiştir. Tanıya; olguların 17'sinde transtoraks ince iğne aspirasyon biyopsisi ile, 3 (%13)'ünde bronkoskopik biyopsi ile ve 2 (%8,7) olguda ise lobektomi ile ulaşılmıştır. Histopatolojik olarak 9 (%39,1) olguda epidermoid karsinom, 7 olguda (%30,4) adenokarsinom, 1 (%4,3) olguda küçük hücreli karsinom tespit edilmiştir. 5 (%21,7) olguda ise histopatolojik sınıflama yapılamayıp küçük hücreli dışı akciğer karsinomu olarak belirtilmiştir. Tedavi olarak; 4 (%17,4) olguya cerrahi işlem uygulanmış olup hepsine lobektomi yapılmıştır. 3 olguda komplet rezeksiyon yapılabılırken 1 olguya inkomplet rezeksiyon yapılmıştır. 1 (%4,3) olgu neoadjuvan kemoradyoterapi, ardından cerrahi ve ardından adjuvant kemoterapi almıştır. Olguların 11'inde radyoterapi ardından adjuvant kemoterapi alırken, 2 olgu cerrahi ardından postoperatif radyoterapi ve adjuvant kemoterapi almıştır. 8 olguya

sadece radyoterapi uygulanmıştır. Bu olgular dışında bir olgu da ise cerrahi ardından adjuvant kemoterapi yapılmıştır. Ortalama radyoterapi dozu medyan 63 (18- 66) Gy'dir. 2 olguya palyatif radyoterapi uygulanırken, 1 olgu tedaviyi tamamlayamamıştır.

Sonuçlar: Medyan izlem süresi 13,8 ±11,3 ay'dır. İzlem süresi içinde; lokal yinleme 5 hastada (%22) görülürken 7 hastada (%30) uzak metastaz görülmüştür. Beyin (%13) ve kemik (%13) en sık metastaz gözlenen yerlerdir. Genel sağkalım, medyan 17,1 ±3,19 ay, 1, 2 ve 5 yıllık sağkalım oranları sırasıyla %78, %26 ve %13'dür. T3 tümörlerde medyan sağkalım 16,5 (8,8 – 24,1) ay iken T4 tümörlerde medyan sağkalım ise 17,1 (10,5 – 23,6) aydır (p = 0,2). Lenf nodu metastazı yönünden değerlendirildiğinde N0 olgularda medyan sağkalım 13,8 (11,9 – 15,8) ay, N1 olgularda 37,03, N2 olgularda 19,5 (14,5 – 24,5) ve N3 olgularda 5,1 aydır (p = 0,18).

Tartışma: Günümüzde Pancoast tümörleri için önerilen multimodalite tedavi hasta grubumuzda sıklıkla yapılamadığı için elde edilen sonuçlar düşük olup gözlenen en sık metastaz yeri beyin ve kemiktir.

Anahtar Kelimeler: Pancoast Tümörü, Multimodalite tedaviler

P-063

KÜÇÜK HÜCRELİ DIŞI AKCİĞER KANSERİ TEDAVİSİNDE İNTRAPERİKARDİYAL PNÖMONEKTOMİ: CERRAHİ VE SAĞKALIM SONUÇLARI

Hüseyin Melek¹, Adalet Demir², Ahmet Sami Bayram¹, Berker Özkan², Gamze Çetinkaya¹, Murat Kapdağlı², Mehmet Muharrem Erol¹, Türkan Evrensel³, Süreyya Sarıhan⁴, Alper Tokar², Cengiz Gebitekin¹

¹Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Bursa

²İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, İstanbul

³Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Onkoloji Anabilim Dalı, Bursa

⁴Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyasyon Onkolojisi Anabilim Dalı, Bursa

Amaç: Küçük Hücreli Dışı Akciğer kanserinin (KHDAK) TNM evrelemede perikard tutulumu T3; intraperikardiyal vasküler invazyon ve atrium tutulumu T4 olarak evrelendirilmekte olup; sağkalım oranları düşüktür. Lokal ileri evre santral yerleşimli KHDAK'nin cerrahi tedavisinde komplet rezeksiyonun sağlanması için bazen intraperikardiyal pnömonektomi (İPP) yüksek cerrahi riske rağmen kaçınılmazdır. Biz bu çalışmada KHDAK tanılı, standart pnömonektomi(PN) uyguladığımız hastalar ile İPP uygulanan hastaların morbidite, mortalite ve uzun dönem sağkalım sonuçlarını karşılaştırmayı amaçladık.

Yöntem: Farklı iki akademik merkezde, 1995 ve 2013 yılları arasında KHDAK için PN uygulanan tüm hastalar retrospektif olarak incelendi. Kronik enfeksiyon, diğer maligniteler, tamamlama PN'ler, ekstended PN'ler, komplet rezeksiyon uygulanmayan ve uzak metastazı (beyin, adrenal gibi) olan hastalar çalışma dışı bırakıldı. Toplam 246 (19'u kadın, ortalama yaş 57,6 (30-82)) hasta çalışma grubumuzu oluşturdu. Standart PN yapılan 212(%80) hasta (grup 1) ve İPP uygulanan 34(%13) hasta (grup 2) ile iki grup oluşturularak, morbidite, mortalite ve sağkalım sonuçları karşılaştırıldı.

Bulgular: Tümör hücre tipi hastaların 179'unda squamöz hücreli karsinom, 42'sinde adenokarsinom idi. Hastanede ortalama yatış süresi 7 (1-25) gündü. Preoperatif neoadjuvan tedavi; 29'u kemo-radyoterapi olmak üzere 91 hastaya (grup 1=76 (%36), grup 2=15 (%44)) uygulandı. Grup 1'deki hastaların

91'ine (%43), ikinci gruptaki hastaların 16'sına (%47) sağ pnömonektomi yapıldı. Hastaların morbidite oranı %31,7 iken (grup 1: %31, grup 2: %35) bu hastalarda 90 günlük mortalite %4,9'du (grup 1: %5,6, grup 2: %0). Her iki grupta en sık görülen komplikasyon aritmi idi. Beş yıllık sağkalım grup 1'de %41 ve grup 2'de %66 idi. İki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (p=0.16).

Sonuç: Çalışmamız sonucunda; santral yerleşimli lokal ileri evre KHDAK hastalarda intraperikardiyal yaklaşımın mortalite ve morbiditeye anlamlı bir katkısının olmadığı tespit edilmiştir. Komplet rezeksiyonun sağlanabilmesi için intraperikardiyal pnömonektomi kabul edilebilir morbidite, mortalite ve yeterli sağkalım oranları ile uygulanabilmektedir.

Anahtar Kelimeler: KHDAK, intraperikardiyal pnömonektomi, mortalite-morbidite

P-064

TRAKEA VE ÖZOFAGUS PATOLOJİLERİNDE STENT İLE PALYATİF TEDAVİ

Ahmet Sami Bayram, Mehmet Ali Çolak, Mehmet Muharrem Erol, Hüseyin Melek, Cengiz Gebitekin

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Bursa

Trakea'nın ve Özofagus'un patolojilerinde stent uygulamaları konusunda ki tartışmalar hem endikasyon hemde zamanlama açısından halen sürmektedir. Doğru endikasyon ile konulan sentler hem palyatif hem de sağkalım açısından önemli katkılar sağlamaktadır.

Ocak 1996-Mart 2014 tarihleri arasında kliniğimizde Trakea ve özofagus patolojileri nedeniyle takip edilen ve 120 stent uygulanan 104 olgu geriye dönük olarak incelendi. Olgularımızdan 72(%69) si erkek ve yaş ortalaması 52.4(25-75) idi. Stentler 60 olguda trakea'ya 44 olguda ise özofagus'a yerleştirildi. Uygulanan sentlerden trakeaya uygulanan dört hasta ile özofagus'a uygulanan üç hastada sonuç alınmadı. Uygulamaların palyasyon başarısı %93(97/104) idi.

Sonuç olarak zamanlamanın ve endikasyonun uygun konulduğu olgularda stent uygulamaları ile hem Trakea hem de özofagus patolojilerinde çok iyi bir palyasyon sağlanmakla beraber yapılacak ek tedavilerin de başarı şansı arttırılmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Trakea, özofagus, stent

P-065

NEOAJUVAN TEDAVİ SONRASI PATOLOJİK TAM YANIT ALINAN HASTALARDA CERRAHİ STRATEJİ

Hüseyin Melek¹, Adalet Demir², Ahmet Sami Bayram¹, Berker Özkan², Gamze Çetinkaya¹, Murat Kapdağlı², Mehmet Muharrem Erol¹, Türkan Evrensel³, Süreyya Sarıhan⁴, Alper Tokar², Cengiz Gebitekin¹

¹Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Bursa

²İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, İstanbul

³Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Onkoloji Anabilim Dalı, Bursa

⁴Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyasyon Onkolojisi Anabilim Dalı, Bursa

Giriş: Neoadjuvan tedavi sonrası patolojik tam yanıt alınan hastalarda prognoz çok iyidir. Preoperatif görüntüleme yöntemleri ile tam yanıtın varlığını yüzde yüz doğrulukla tespit edebilmek mümkün değildir. Ancak intraoperatif frozen ile patolojik tam

yanıt olduğunun gösterilmesi durumunda cerrahi rezeksiyon gerekliliği tartışılabilir. Bu çalışmanın amacı neoadjuvan tedavi sonrası cerrahi tedavi uygulanmış patolojik tam yanıt olduğu tespit edilen hastalarda cerrahi ve uzun dönem sağ kalım sonuçlarını göstermektir.

Yöntem: Kliniğimizde 1996 ile 2013 yılları arasında neoadjuvan tedavi sonrası akciğer rezeksiyonu uygulanan 422 hasta dosyasını retrospektif olarak inceledik. Kemoradyoterapi uygulanan 169 (%40) hasta, yalnız kemoterapi uygulanan 253 hasta tespit ettik. Bu hastalar arasında cerrahi tedavi ile patoloji sonucu T0N0 (patolojik piyeste tümör hücresi saptanmamış; tam yanıt) saptanan 47 hasta çalışma grubumuzu oluşturdu. Hastaların morbidite, mortalite, uzun dönem sağkalım oranları ve bunları etkileyen faktörler araştırıldı.

Bulgular: Neoadjuvan tedavi alan tüm hastalarda patolojik tam yanıt oranı %11 olarak tespit edildi. Kemoradyoterapi uygulanan hastalarda bu oran %19 iken, yalnız kemoterapi uygulananlarda %6 idi (p<0,05). Çalışmaya dahil edilen hastaların ikisi kadın, ortalama yaş 57,5 (38-70) idi. Dokuz hastaya pnömonektomi, 36 hastaya lobektomi yapıldı. İntraoperatif incelemede pnömonektomi ile operable kabul edilen, lenf nodu diseksiyonu ve kitleden alınan örneklerde frozen sonucu tam yanıt olarak raporlanan iki hastada, kardiyopulmoner fonksiyonları ileri derece sınırlı olması sebebiyle eksplorasyonda kalınması uygun görüldü. Tümör histopatolojik tipi 29 hastada squamöz hücreli karsinom, 13 hastada adenokarsinomdu. Sırasıyla morbidite ve doksan günlük mortalite oranları %34 ve %2 olarak tespit edildi. Hastaların ortalama takip süresi 28 (0-170) ay, beş yıllık sağ kalım oranı %72 idi. Eksploratris torakotomi uygulanan iki hasta 35 ve 36. aylarında hayatta olup, kontrollerinde nüks ve metastaz saptanmadı.

Sonuç: Neoadjuvan tedavi sonrası patolojik tam yanıt alınan ve cerrahi tedavi uygulanan hastalarda prognoz çok iyidir. Fakat; geniş hasta serileri ile desteklenen çalışmalar mümkün olduğunda, cerrahi rezeksiyon için yüksek riskli kabul edilen hastaların intraoperatif tam yanıt olduğunun gösterilmesi halinde cerrahi rezeksiyondan kaçınılabileceğini düşünüyoruz.

Anahtar Kelimeler: neoadjuvan tedavi, tam yanıt, cerrahi strateji

P-066

TORAKSTA LOKALİZE PRİMİTİF NÖROEKTODERMAL TÜMÖRLER: ONBİR OLGUNUN ANALİZİ

Akif Turna¹, Elvin Hekimoğlu¹, Ezel Erşen¹, Ahmet Demirkaya¹, Osman Yakşı¹, Nurlan Alizade¹, Büge Öz², Sergülen Dervişoğlu², Kamil Kaynak¹

¹İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı

²İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı

Giriş: Göğüste yerleşmiş primitif nöroektodermal tümörler, agresif, cerrahi tedavisi zor ve nüks edebilen nadir tümörlerdir. Tedavisinde multidisipliner yaklaşım ile tatmin edici sağkalımlar elde edilebilir. Çalışmamızda, kliniğimizde tedavi edilmiş 8 olguyu irdeledik

Hastalar ve Yöntemler: Kliniğimizde Ocak 2007 ila Mart 2014 arasında opere edilmiş 3'ü bayan (%27.3) 11 olgu irdelendi. Ortalama yaş 26.0 idi (8-58 yaş arası). Olguların tümü multidisipliner yaklaşım ile tedavi edildi. Olgular, en az 2, en çok 75 ay takip edildi. Sağkalımları Kaplan-Meier metodu ile saptandı.

Bulgular: Opere edilen 11 olgunun hiç birinde mortalite gelişmedi. Olgulardan 5'ine (%45.5) ameliyat öncesi kemoterapi, 3'üne ise (%27.3), kemoradyoterapi uygulandı. Hastalarda kitle rezeksiyonu ile birlikte 2 ila 4 arasında kosta çıkarıldı. Olgulardan 7'si ameliyat sonrasında en az KT aldı, bir olgu KT alacak (Toplam %75) şekilde refere edildi. Dört olguda ise ameliyatın ardından kemoterapi ve radyoterapi uygulandı. Ameliyat öncesinde kemoradyoterapi uygulanan olgularda tama yakın onkolojik yanıt izlendi ve tam bir rezeksiyon yapılabildi. Olguların ortalama 60.1 ay yaşadıkları hesaplandı (%95 güvenilirlik aralığı: 35.2 ila 85.3 ay).

Sonuç: Toraksa yerleşimli PNET'li hastalarda ameliyat öncesi kemoradyoterapi, geniş kitle rezeksiyonu, kosta rezeksiyonu ve ameliyat sonrası kemoradyoterapi ile tedavi elde edilebilmekte ve hastalarda çok tatmin edici sağkalımlar sağlanabilmektedir. En uygun tedavinin belirlenmesi için ileri çalışmalara gerek bulunmaktadır.

Anahtar Kelimeler: PNET, rezeksiyon, kosta rezeksiyonu

P-067

NADİR BİR TERAPÖTİK BRONKOSKOPİ NEDENİ: KILLI TRAKEA

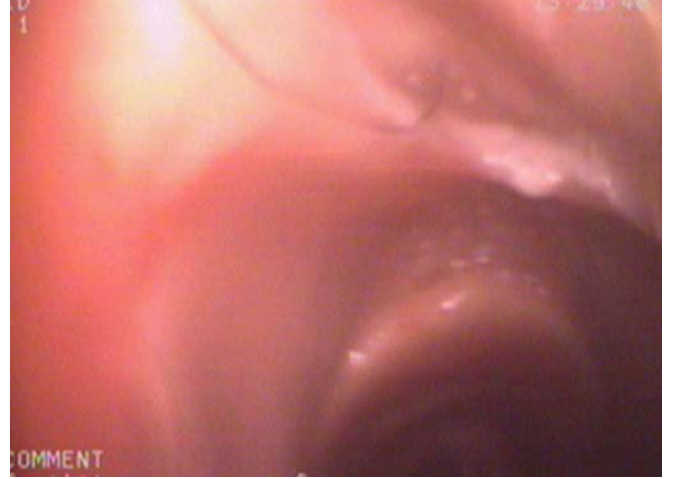
Celal Karlıkaya¹, Ahmet Selvi¹, Fatih Aydın²

¹Kemerburgaz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

²Kemerburgaz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji Bilim Dalı

Bilgimize göre literatürde kıllı trakea (hairy trachea) tanımı ilk değildir. 58 y, erkek hastaya malignite ön tanısı ile özofago-gastroduodenoskopi yapılmış. Bu sırada trakeadan larinkse doğru kıllar görülmesi üzerine bronkoloji laboratuvarına refere edilmişti. Hastanın öyküsünde larinks kanseri nedeniyle 4 yıl kadar önce parsiyel larinjektomi geçirdiği saptandı. Hasta operasyon sonrası zaman 6-12 ayda bir artan boğazda gıcıklanma ve öksürük nedeniyle kılları bronkskopik olarak aldığını, gitgide daha az çıktığını ve bronkskopi gereksinimleri arasındaki sürenin uzadığını ifade etti. KBB ile konsülte edilen hastanın larinkoskopisinde sağ supraglottik düzgün mukozal yüzeyle kabarıklık, sağda kord yerinde cilt flebi ve fleb üzerinde kıllar görüldü ve bronkskopik değerlendirme, eksizyon önerildi. Hastaya lokal anestezi ve sedasyon altında yapılan fiberoptik bronkskopide subglottik alandan başlayan ve kord vokallerden yukarı doğru uzanan 7-8 adet kıl görüldü (Resim 1). Kıllar derin ispirasyon ile trakeaya, öksürük ve ekspirium ile larinkse doğru hareket ediyordu. Aynı zamanda deri görünümü ve sebum odakları saptandı. Kıllar en küçük forceps ile diplerinden kolaylıkla koparılabildiler. Nadir bir olgu olması ve nadir bir terapötik bronkskopi nedeni ve şekli olması nedeniyle sunuldu.

Anahtar Kelimeler: Bronkskopi, trakea, kıl



Resim 1. Kıl köklerinin subglottik alandaki deri kısımdaki kaynağı



Resim 2. Kord vokallerden proksimal doğru uzamış kıllar

P-068

SES İLETİM HIZININ AKCİĞER HASTALIKLARININ TANISINDA KULLANILMASI

Şeyda Örs Kaya¹, Timuçin Alar², Hüseyin Candan³

¹Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi

²Çanakkale 18 Mart Üniversitesi

³Ege Üniversitesi

Amaç: Fizikte ses dalgalarına ait temel prensiplerden biri her maddede farklı hızlarda yayılmasıdır. Ses, havada ve gaz ortamlarında daha yavaş yayılırken, sıvı ve katılarda daha hızlı yayılmaktadır. Bu temel prensipten yola çıkarak ses iletim hızının akciğer hastalıklarında tanısal değeri araştırıldı.

Yöntem: Yöntem ultrasonografi gibi bir görüntüleme yöntemi olmayıp basit ve hızlı bir şekilde yalnız ses iletim hızı parametresi üzerine kurulmuştur. Kullanılan cihaz jeologlar ve inşaat mühendisleri tarafından materyal cinsi belirleme ve kalınlık ölçmede kullanılmaktadır. Çalışmada Matest ultrasonik tester adlı portabl cihaz kullanılarak ortalama 55 kHz frekansı ile göğüs ön ve arka duvarından probalar vasıtasıyla ses iletim hızı ölçüldü. Çalışmaya 24 sağlıklı ve 26 hasta birey katıldı. Hasta grubuna

pnömotorakslı ve çoğu malign olmak üzere plörezi hastaları dahil edildi. Deneklerin demografik verileri ve göğüs kafesinde sağ ve sol olmak üzere 3 bölgeden yapılan ses iletim hızları kaydedildi. Verilerin analizinde Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 21 programı kullanıldı.

Bulgular: 2.interkostal aralıktan (İKA) yapılan ölçümlerde sağlıklı bireylerde $1,29 \pm 0,18$

km/sn iken pnömotoraks grubunda $1,11 \pm 0,30$, plörezi grubunda $1,45 \pm 0,17$ olup p: 0,001 idi. 4.İKA'dan yapılan ölçümlerde sağlıklı bireylerde $1,34 \pm 0,19$ km/sn iken pnömotoraks grubunda $1,02 \pm 0,18$, plörezi grubunda $1,37 \pm 0,13$ olup p <0,001 idi. Sensitivite 92,3%, spesifite 95,8% olup tanısal değer %94 olarak saptandı. Sonuçlara etkili diğer faktörlerin ise denegin body mass indexi ve yaşı olduğu görüldü.

Sonuç: Sonuçları değerlendirdiğimizde sağlıklı, pnömotorakslı ve efüzyonlu deneklerin ses iletim hızlarında istatistik olarak anlamlı farklar olduğu ortaya çıkmıştır. Testin kolay uygulanabilmesi, özel bir eğitim gerektirmemesi, portabl olması, uygulanacak kişiler tarafından kabul edilebilirliği, radyasyon içermemesi, mali açıdan ucuz olması, hızlı sonuç vermesi üstünlükleridir. Yöntemimiz iyi bir tanısal testin sahip olması gereken yukarıda ki özelliklere sahiptir. Ses iletim hızı göğüs kafesine ait sık karşılaşılan pnömotoraks ve plörezi gibi iki önemli hastalık grubunun teşhisinde kullanılabilir bir yöntemdir. Özellikle %94 tanısal değer bir tanısal teste göre çok yüksektir.

Çalışmamız literatürde bir ilk çalışma olup, daha ileri çalışmalarla akciğer ödemi, amfizem, fibrozis gibi farklı hastalık gruplarında da tanısal değer taşıyabilecek bir yöntemdir. Bu ilk çalışmanın sonuçlarıyla yöntemin pnömotoraks ve plörezilerin tanı ve takibinde kullanılabilir olduğu kanısındayız.

Anahtar Kelimeler: ses iletim hızı

test cihazı



Resim 1. matest ultrasonik tester

P-069

AKCİĞER KANSERLİ HASTALARIMIZDAKİ VİTAMİN D DÜZEYLERİ

Düriye Öztürk¹, Mükremin Uysal², Görkem Kaya², Tülay Köken³

¹Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyasyon Onkolojisi Anabilim Dalı, Afyon

²Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı, Afyon

³Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyokimya Anabilim Dalı, Afyon

Giriş: Klinik ve epidemiyolojik çalışmalar vitamin D düşüklüğü ile kanser riski, mortalite ve prognoz arasında bir ilişki olduğunu göstermektedir. Bu nedenle kanser tanısı ile başvuran her hastanın vitamin D düzeyinin ölçülmesi önem arz edebilir. Biz burada akciğer kanserli hastalarda vitamin D düzeyi ile kemik metastazı ve sağ kalım ilişkisine bakıldı.

Metod: Polikliniğimize başvuran akciğer kanserli hastalarda tanı anında rutin vitamin D düzeyleri bakılan hastalar çalışmaya alındı. Böbrek ve karaciğer bozukluğu olan hastalar dışlandı. Bu hastalardaki vitamin D düzeyi değerleri ve kemik metastazı ile sağ kalım ilişkisine bakıldı. Vitamin D düzeyi <10ng/ml ise ciddi yetersiz, 10-29 ng/ml ise yetersiz, >30ng/ml ise yeterli olarak değerlendirildi.

Bulgular: Vitamin D düzeyi ölçülmüş toplam 98 akciğer kanser hastası değerlendirilmeye alındı. Hastaların ortalama yaşı 62 (38-88), kadın/erkek oranı 16/82 idi. Bulgular tablo 1'de özetlenmiş olup hastaların %82,6'sında vitamin D düzeyinin yetersiz, bunlardan %31,6'sının ciddi yetersiz (<10ng/ml) olduğu görüldü. D vitamin düzeyi yeterli olan hastalarda kemik metastazı daha az görüldüğü saptandı, ancak istatistik olarak anlamlı bulunmadı (%73 vs %63). Median genel sağkalım 18.7ay (1-32) bulundu. GSK ile vitamin D düzeyi arasında anlamlı ilişki bulunmadı.

Sonuç: Çalışmamızda vitamin D eksikliğinin yüksek bulunması dikkat çekicidir. Bu nedenle survi beklentisi fazla olan hastalarda rutin olarak vitamin D bakılması faydalı olabilir.

Anahtar Kelimeler: akciğer kanseri, vitamin d düzeyi

P-070

KÜÇÜK HÜCRELİ DIŞI AKCİĞER KANSERİNDE İNDÜKSİYON TEDAVİSİ SONRASI KOMPLET PATOLOJİK YANIT ALINAN HASTALARDA SAĞKALIM SONUÇLARI

Kenan Can Ceylan, Şeyda Örs Kaya, Onur Akçay, Özgür Samancılar, Serpil Sevinç, Şaban Ünsal

Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği, İzmir

Giriş-Amaç: Bu çalışmada, küçük hücreli dışı akciğer kanseri tanısı ile indüksiyon tedavisi sonrası anatomik akciğer rezeksiyonu uygulanmış hastaların sağkalımları ve indüksiyon tedavisinin avantajları ve dezavantajları araştırıldı.

Gereç-Yöntem: Kliniğimizde Ocak 2005- Mayıs 2013 tarihleri arasında küçük hücreli dışı akciğer kanseri tanısı ile indüksiyon tedavisi sonrası anatomik cerrahi rezeksiyon uygulanmış 180 hasta retrospektif olarak incelenerek histopatolojik T0 N0 M0 komplet yanıt alınan 30 olgu çalışmaya alındı.

Bulgular: İndüksiyon tedavisi sonrası akciğer rezeksiyonu uygulanmış ve patolojik olarak T0N0 saptanmış 30 hastanın 28'i

erkek 2'si kadındı. Yaş ortalaması 57,6+/-8,050 idi. Hastaların ortalama sağkalım 70,857+/-9,612 ay olup 5 yıllık sağkalım %56,3 idi. 1 hastada (%3,3) postoperatif mortalite gerçekleşti.

Sonuçlar: İndüksiyon tedavisi sonrası cerrahi tedavi uygulanan hastalarda komplet yanıtın uzun dönemli sağkalım sonuçları daha iyidir. Cerrahi tedavi düşük mortalite ve kabul edilebilir morbidite oranları ile bu hastalar için en uygun tedavi şekli olduğunu düşünmekteyiz. Bu konuda daha geniş serili çalışmalara ihtiyaç olduğunu düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: küçük hücreli dışı akciğer kanseri, indüksiyon tedavisi

P-071

GÖĞÜS DUVARI KONDROSARKOMLARINDA CERRAHİ TEDAVİ

Kenan Can Ceylan, Şeyda Örs Kaya, Tuba Acar, Özgür Samancılar

İzmir Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi

Amaç: Göğüs duvarı kondrosarkomları primermalign göğüs duvarı tümörleri içinde en sık görülen tümörlerdir. Kliniğimizde cerrahi olarak tedavi edilen olgularımızı sunmayı amaçladık.

Gereç-Yöntem: Kliniğimizde 2003-2014 yılları arasında opere edilen 9 kondrosarkom olgusu çalışmaya alındı. Hastalar yaş, cinsiyet, yakınma, klinik bulgu, radyoloji, operatif yöntemler ve postoperatif izlem açısından retrospektif olarak incelendi.

Bulgular: Toplam 9 olgumuzun 3'ü kadın 6'sı erkek, ortalama yaş 49,67 ±16,53 idi. Cerrahi işlem olarak 5 cm güvenlik sınırı ile tüm olgulara göğüs duvarı rezeksiyonu uygulandı. Rekonstrüksiyon ise 8 olguda gerekli görülerek veprostatik materyal ve titanyum barlarla uygulandı. Operatif mortalite gözlenmedi. Postoperatif dönemde adjuvan tedavi olgulara onkoloji kliniği tarafından uygulandı. Nüks gözlenen 2 olgu yeniden opere edildi. Postoperatif izlemde sağkalım 52,44± 42,06 ay, 20lguda eksizis izlendi.

Sonuç: Seçilmiş hastalarda radikal rezeksiyon uzun süreli sağkalım ve başarılı bir tedavinin anahtarıdır. Kondrosarkomda cerrahi tedavi kabul edilebilir mortalite ve morbidite ile yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: kondrosarkom, göğüs duvarı, malign

P-072

SINIRLI EVRE KÜÇÜK HÜCRELİ AKCİĞER KANSERİ OLGULARININ RETROSPEKTİF OLARAK DEĞERLENDİRİLMESİ

Özlem Aynacı, Emine Canyılmaz, Aslı Şahbaz, Yahyahan Memiş, Gülşen Pınar Soydemir, Lasif Serdar, Zümrüt Bahat, Mustafa Kandaz, Adnan Yöney

Karadeniz Teknik Üniversitesi, Radyasyon Onkolojisi Anabilim Dalı, Trabzon

Amaç: 1998 – 2012 yılları arasında kliniğimize başvuran sınırlı evre küçük hücreli akciğer kanseri olgularının tanı anındaki özelliklerini ile tedavi yöntemlerini incelemek ve genel sağkalım, uzak metastaz oranlarını değerlendirmek

Materyal-Metod: Kliniğimizde; 1998 ile 2012 tarihleri arasında başvuran 1696 akciğer kanseri tanılı olgulardan küçük hücreli akciğer kanseri tanılı 310 (%20,9) olgu arasında sınırlı evre olan 129 (%41,6) olgu hasta özellikleri sağkalım verileri açısından değerlendirilmiştir. Olguların 125 (%96,9)' i erkek olup, 4 (%3,1)' ü kadındır. Ortalama yaş 60,19 (31-78)'dur. 91 (%73,4)

olguya en sık bronkoskopik biyopsi ile tanı konulmuş olup tümör lokalizasyonu en sık 62 (%50) olguda mevcut olan üst lob bölgesindedir. 5 (%3,9) olgunun tümör lokalizasyonu bilgilerine ulaşılamamıştır. 129 olgu cerrahi açısından değerlendirildiğinde sadece 2 (%1,6) olguda uygulandığı görülmüştür. 1 (%50) olgu pnömonektomi 1 (%50) olgu lobektomi operasyonu geçirmiştir. Olguların 11 (%8,5)' i palyatif, 114 (%88,4)' ü küratif amaçlı radyoterapi tedavisi almış olup 3 (%2,3)' ü olgu radyoterapi tedavisi almamıştır. Radyoterapi tedavisi Haziran 2011 tarihine kadar, iki boyutlu tedavi tekniğiyle yapılırken Haziran 2011 sonrasında ise üç boyutlu ya da yoğunluk ayarlı tedavi olarak yapılmıştır. Ortalama radyoterapi dozu 47,22 Gy (8- 71) dır. Akut toksisite 90 (%69,8) olguda kaydedilmiş olup en sık olarak 35 (%57,3) olguda özefajit ve 9 (%14,7) olguda bulantı görülmüştür. Grade 1 toksisite 13 (%21,7) olguda, grade 2 toksisite 42 (%70,0) olguda ve 5 (%8,3) olguda ise grade 3 toksisite izlenmiştir. 9 (%6,9) olgu eşzamanlı kemoradyoterapi almış olup en sık olarak 7 olguda (%77,7) sisplatin+etoposid rejimi kullanılmıştır. 88 (%68,8) olguda profilaktik kranial ışınlama yapılırken 40 (%31,3) olguda uygulanmamıştır. 94 (%72,9) olgu lokal nüks açısından değerlendirilebilmiş olup 27(%28,7) olguda lokal nüks gelişmiştir. Olguların 34(%27,2)' ünde uzak metastaz izlenmiştir. Metastaz bölgeleri sıklıklarına göre sırasıyla 17 (%50)'si beyin, 9 (%26,4)' u kemik, 9 (%26,4)' u sürrenal, ve 4 (%11,7)'ü karaciğer bölgeleridir. Profilaktik kranial radyoterapi alan olgulardaki beyin metastazı görülme oranları, almayanlara göre anlamlı olarak düşük bulunmuştur (p=0.01).

Bulgular: Medyan izlem süresi 9.03 ±28.4 ay 'dır. Genel sağkalım ortalama 25,4 (19,5 -31,3) ay ve medyan 13,4 ± 2,002 aydır. 2, 5 ve 10 yıllık sağkalım oranları sırasıyla %30,7, %9 ve %5' dir. Hastalısız sağkalım ortalama 20,05 (14,2 -25,8) ay ve medyan 9,5 ± 0,5 aydır. 2, 5 ve 10 yıllık sağkalım oranları sırasıyla %18, %7ve %5' dir.

Sonuç: Küçük hücreli akciğer kanseri dermografik özellikleri ve uygulanan tedavi yöntemleri değerlendirildiğinde 2, 5 ve 10 yıllık genel sağkalım oranlarının literatür ile uyumlu olduğu görülmüştür. Sınırlı evre küçük hücreli akciğer kanserinde son zamanlarda kombine modalite tedaviler ön planda olmasına rağmen, bizim çalışmamızda tedavilerin çoğunluğu ardışık tedaviler şeklinde olup, elde edilen sağkalım sonuçları kombine tedavilerin değerlendirildiği çalışmalarda ortaya konan sağkalım sonuçlarına benzerdir. Profilaktik kranial radyoterapi uygulanan olgularda anlamlı olarak beyin metastazı oranları düşük tespit edildiğinden endikasyon durumunda mutlaka uygulanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: sınırlı evre küçük hücreli akciğer kanseri

P-073

TORAKAL SPİNAL DUMBBELL TÜMÖRDE TEK AŞAMALI CERRAHİ YAKLAŞIM; OLGU SUNUMU

Özgür Karakurt¹, Eren Ahmet Seçen², Mehmet Ali Eryazgan¹, Derya Karaoğlu², Ali Dalgıç², Bülent Koçer¹

¹Ankara Numune Eğitim Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahi Kliniği, Ankara

²Ankara Numune Eğitim Araştırma Hastanesi, Beyin Cerrahi Cerrahi Kliniği, Ankara

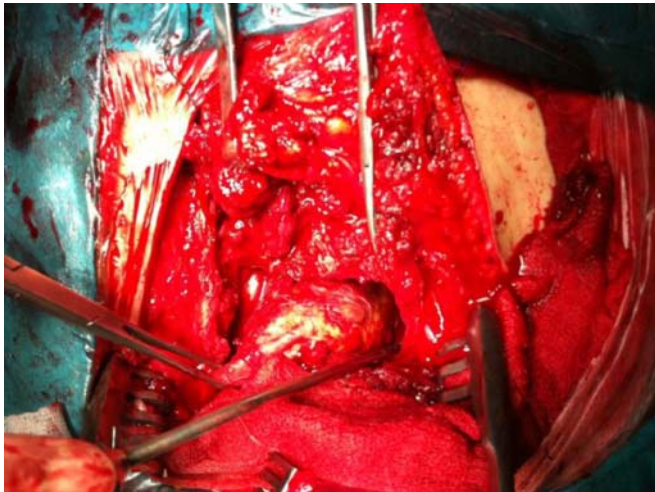
Posterior mediastinal tümörlerin küçük bir kısmı nöral foramene doğru büyüyerek spinal kordu basılabılır. Kum saati şeklinde büyüyüp hem spinal hem de torasik komponenti olan bu tümörlere tek başına posterior yaklaşımla rezeksiyon

uygulanabilirken özellikle büyük tümörlerde iki ayrı cerrahi girişim kabul görmüştür. Elli iki yaşında kadın hasta bacaklarında son 1 ayda giderek artan güçsüzlük ve uyuşma şikayetiyle hastanemize başvurdu. Hastaya çekilen torakal bilgisayarlı tomografide (BT) T8-9 sol nöral foramen ağzını ve sol resesi oblitere eden, spinal kanal dışında ekstraplevral yerleşimde boyutu 85x72x71 mm olarak ölçülen kitle lezyonu izlendi (Resim 1). T8-9 Laminektomi ve 9. kot yatağından posterior mediastinotomi ile kitlenin en-bloc eksiyonu yapıldı (Resim 2, 3). Patolojik inceleme sonucu schwannoma olarak rapor edildi. Cerrahi sonrası 3. gün hasta taburcu edilmiştir. Tek seansta ekstraplevral yaklaşımla prone pozisyonunda laminektomi ve posterior mediastinotomi ile büyük dumbbell tümörlerin rezeksiyonu başarıyla gerçekleştirilebilir.

Anahtar Kelimeler: Dumbbell tümör, Schwannoma



Resim 1. Torakal BT kesiti



Resim 2. Ameliyat görüntüsü



Resim 3. Rezeksiyon materyali

P-074

MEDİASTEN İNVAZYONU NEDENİYLE NEOADJUVAN TEDAVİ SONRASI REZEKSİYON UYGULANAN HASTALARDA SAĞKALIM

Tevfik İlker Akçam, Şeyda Örs Kaya, Onur Akçay, Kenan Can Ceylan, Özgür Samancılar, Serpil Sevinç

Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi, İzmir

Amaç: Akciğer karsinomlu hastaların ilk tanı anında yaklaşık %15-20'sinde sınırlı hastalık saptandığı göz önüne alındığında neo-adjuvan tedavinin önemi ortaya çıkmaktadır. Primer tümörün rezektabilite şansını arttırıcı bu yöntem ile rezektabilite zorluğu bulunan olgularda %50-80 rezektabilite sağlanmakta ve prognoz değerlerinde anlamlı yükselmeler elde edilebilmektedir. Bu çalışmada, mediasten invazyonu nedeniyle neo-adjuvan tedavi verilmiş ve sonrasında rezeksiyon uygulanmış hastaların sağkalımları araştırıldı.

Yöntem: Temmuz 2006 ile Ocak 2013 tarihleri arasında primer akciğer karsinomu tanısı alan ve mediastinal invazyon nedeniyle neo-adjuvan tedavi sonrası opere edilen 51 hasta retrospektif olarak değerlendirildi. 42 hasta sadece kemoterapi, yedi hasta kemo-radyoterapi, iki hasta ise sadece radyoterapi almıştı. Homojen bir grup elde etmek amacıyla mediastinal lenf adenopati nedeniyle neo-adjuvan tedavi verilmiş hastalar çalışmaya dahil edilmedi. Bu 51 hastanın sağkalım oranları araştırıldı.

Bulgular: Kırk altı erkek, beş kadın hastaların yaş ortalaması 58.71 (29-82 ± 9,2) idi. 38 hasta skuamöz hücreli karsinom, 10 hasta adenokarsinom, üç hasta ise büyük hücreli nöroendokrin tümör tanısı aldığı görülmekteydi. Hastaların 26'sı sağ taraf patolojiler sebebiyle opere edilirken 25'i sol taraf patolojiler nedeniyle opere edildi. 26 hastaya lobektomi, 20 hastaya pnömonektomi, beş hastaya ise sleeve rezeksiyonlar uygulandı. Hastaların ortalama sağkalım süreleri 38.05/ay olarak hesaplandı. "Kaplan-meier"e göre üç yıllık ortalama sağkalım: %47.1 olarak görülürken beş yıllık sağkalım %19.6 olarak görüldü.

Sonuç: Neo-adjuvan tedavi ile hastalık prognozunda artış olduğu bilinen bir durumdur. Ancak çok farklı sebeplerle neo-adjuvan tedavi verilebilmektedir. Neo-adjuvan tedavi verilme nedenleri ile ilgili izole gruplara yönelik yapılmış az sayıda çalışma

bulunmaktadır. Bu tür çalışmaların artması durumunda hedefe yönelik uygulanacak tedavilerin izole hasta gruplarında daha etkili olabileceği kanaatindeyiz.

Anahtar Kelimeler: akciğer karsinomu, neo-adjuvan tedavi, rezeksiyon

P-075

GÖĞÜS DUVARININ MALİGN YUMUŞAK DOKU TÜMÖRLERİNDE CERRAHİ TEDAVİ

Elvin Hekimoğlu¹, Kamil Kaynak¹, Akif Turna¹, Osman Yakşi¹, Ahmet Demirkaya¹, Ezel Erşen¹, Nurlan Alizade¹, Sergülen Dervişoğlu², Büge Öz²

¹Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı

²Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı

Giriş: Göğüs Duvarının malign yumuşak doku tümörleri, nadir görülen ve cerrahi tedavisi özellik gösteren tümörlerdir. Tümörler çok değişik kökenli olabilmekte, özellikle ameliyat öncesi ve sonrası önerilen tedaviler farklılıklar gösterebilmektedir.

Hastalar ve Yöntemler: Kliniğimizde Ocak 2006 ile Mart 2014 arasında opere edilen 22 göğüs duvarı yumuşak doku malignitesinin retrospektif analizi yapıldı. Tedavi, cerrahi rezeksiyonun mümkün olduğu metastaz bulunmayan mümkün olduğunca tüm hastalarda geniş tümörsüz cerrahi sınır olacak şekilde göğüs duvarı rezeksiyonu olarak yapıldı. Gerekli olan olgularda göğüs duvarı rekonstrüksiyonu ameliyata eklendi. Yaş aralığı 8-74, ortalama 45.2 yıl idi. PNET'li olgularda bu değer ise 24.8 yıl idi. Hastalar ortalama 17 ay (1-76 ay) takip edildi. Sağkalımlar Kaplan-Meier sağkalım analizi ile bulundu.

Bulgular: Opere edilen 22 hastadan 8 hasta primitif nöroektodermal tümör (PNET), diğer 14 hastada ise diğer yumuşak doku tümörleri idi. Genel olarak bakıldığında yaş aralığının 8 ile 74 olduğu görüldü. Hastaların 10'unun(%45) inin kadın, 12'sinin (%55) inin erkek olduğu izlendi, ancak PNET olan hastalarda erkek hasta ağırlığı mevcut idi(1 kadın hastaya karşılık 7 erkek hasta).PNET olgularında erkek cinsiyet daha fazla idi (p=0.02). Toplam 19 hastada(%86.4) rezeksiyon amacıyla torakotomi uygulanırken, 3 hastaya(%13.6) total veya parsiyel sternotomi yapıldı. Olgularda ameliyat sonrası mortalite izlenmedi.Tümör boyutu 2.3 cm ile 16 cm arasında idi(Ortalama: 10.4 cm). En sık rastlanan semptom göğüs duvarında kitle idi.Toplam 6 hastada (%27.3) tümör bölgesel olarak tekrarlardı. PNET (%36.4) dışında rastlanılan histolojik tümör tipleri kondrosarkom 3 olguda (%13.6), iki olguda leiomyosarkom (%9.1), iki olguda hemangioperistoma (%9.1), birer olguda epitelioid sarkom (%4.5), primer sinoviyal sarkom, foliküler dendritik hücreli sarkom ve desmoid tümör bulunmakta idi. Preoperatif dönemde 9 hastaya (%40.1) kemoterapi uygulanırken, 1 hastaya (%4.5) sadece radyoterapi uygulandı. İki hasta (%9.1) ise hem kemoterapi hem radyoterapi ile tedavi edildi. Olguların ortalama sağkalımları 69.4 ay olarak bulundu (%95 güvenilirlik aralığı: 58.9-79.8 ay).

Sonuç: Göğüs duvarının malign tümörler, özelliği olan görece nadir tümörlerdendir. Geniş cerrahi sınırları negatif olacak şekilde uygun cerrahi rezeksiyon ve onkolojik tedavi ile uzun sağkalım süreleri ve tam tedavi elde edilebilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Göğüs duvarı, Sarkom, primitif nöroektodermal tümör

P-076

AKCİĞER KANSERİNDE UNİPORTAL VIDEOTORAKOSKOPİK LOBEKTOMİ

Tunç Laçın, Korkut Bostancı, Bedrettin Yıldızeli, Hasan Fevzi Batirel, Mustafa Yüksel

Marmara Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, İstanbul

Giriş: Akciğer kanserinde videotorakoskopik anatomik lobektomi tekniği gelişiminde son yenilik lobektominin tek porttan yapılmasıdır. Açıldırılabilen staplerlerin kullanıma sunulması ve endoskopik el aletlerinin efektif kullanımı tek porttan lobektomi yapılmasını sağlamıştır. Bu sunumda kliniğimizde yapılan ilk uniportal lobektomi vakalarını sunmaktayız.

Metod: 69 yaşındaki erkek hastada sol alt lobda 16 mm kitle lezyon için uniportal sol alt lobektomi ve 51 yaşındaki erkek hastada lingulada 6.5 mm nodüler lezyon için uniportal lingulektomi yapıldı. Uniportal lobektomi hazırlığı standart bir videotorakoskopik lobektomi hazırlığı idi. Cerrahide standart el aletleri dışında endoskopik el aletleri, açıldırılabilen staplerler ve 30 derece torakoskop kullanıldı.

Sonuçlar: Operasyon süresi sol alt lobektomi için 150 dakika, lingulektomi için 110 dakika idi. Postop dönemde hastalar serviste takip edildi. Sol alt lobektomi yapılan hasta postop 21. saatte, lingulektomi yapılan hasta ise postop 4. gün taburcu edildi. Her iki hastada da postop anajizi kullanımı minimum düzeydeydi.

Tartışma: Halen torakoskopik lobektomi 3 veya 4 port insizyonundan yapılmaktadır. Tek port tekniğinde hedef dokuya direk görüş sağlanmaktadır. Torakoskop yerleştirilmesi için trokara ihtiyaç yoktur. Böylece interkostal sinir hasarı da gelişmemektedir. Postop dönemde rutin analjezik dışında ek analjeziye gerek olmamaktadır. Erken taburculuk tekniğin diğer bir artısıdır.

Anahtar Kelimeler: Videotorakoskopik lobektomi, uniportal, akciğer kanseri

P-077

İNOPERABL AKCİĞER KANSERİNDE HELİKAL TOMOTERAPİ İLE RADYOTERAPİ: 11 HASTANIN DEĞERLENDİRMESİ

Eda Küçüktülü¹, Ahmet Fatih Yürekli¹, Halit Çınarka², Mahmut Serdar Şişecioglu¹, Ercüment Cengiz³

¹Trabzon Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyasyon Onkolojisi Kliniği, Trabzon

²Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Rize

³Trabzon Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Medikal Onkoloji Kliniği, Trabzon

Giriş: İnoperabl akciğer kanserinde yoğunluk ayarlı radyoterapi ile yapılan çalışmalar oldukça azdır. Helikal tomoterapi ile de az sayıda dozimetrik çalışma varken klinik çalışma sadece bir tanedir. Yoğunluk ayarlı radyoterapi ile yapılan planlamaların 3 boyutlu konformal radyoterapi planlamalarına göre dozimetrik avantajlar sağladığı bilinmektedir. Bununla beraber yoğunluk ayarlı radyoterapide karşı taraf ve aynı taraf düşük doz alan sağlam akciğer volumü fazladır. Bazı çalışmalarda bu nedenle tedavi sonrası difüzyon kapasitesinin azaldığı gösterilmiştir. Helikal tomoterapi ile hemen hemen tüm akciğer dokusu düşük doz radyasyona maruz kalsa da oldukça düşük oranda yan etki ile hedef volumde yüksek dozlara çıkılabilmektedir. Bu durum da özellikle küçük hücreli dışı akciğer kanserinde tedavi yanıtını arttırmaktadır.

Materyal-Metod: Kliniğimizde akciğer kanseri tanısı ile helikal tomoterapi cihazında tedavi olan 11 hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Yaş ortalaması 61 olan hastaların tümüne eşzamanlı kemoradyoterapi verildi. 7 hasta skuamöz hücreli karsinom, 2 hasta adenokarsinom ve 2 hasta da küçük hücreli akciğer karsinomu idi. 6 hastaya eşzamanlı cisplatin + etoposid verilirken 4 hastaya taxol + karboplatin verildi. 1 hastaya da cisplatin + dose-taxel uygulandı. 5 hastanın kitlesi akciğer apekte, 5 hastanın orta lobda, 1 hastanın da alt lobda idi. Tüm hastalara planlama CT çekilirken akciğer board'u kullanıldı. İmmobilizasyon için posterior ve anterior vakum yatağı yapıldı. Tümör hareketine bağlı hedef volüm sapmalarını engellemek için apeks tümörlerinde 6 mm, orta ve alt lob tümörlerinde 13 mm ek marj verildi. Hastalara ortalama 60 Gy radyoterapi uygulandı. Tedaviler sırasında grad 3-4 toksisite görülmedi. Tedavi yanıtları PET-CT ile değerlendirildi.

Sonuç: Eşzamanlı kemoradyoterapi sonrası cevap değerlendirilmesi PET-CT ile yapıldı. 5 hastada tam yanıt, 6 hastada parsiyel yanıt elde edildi.

Tartışma: Helikal tomoterapi ile daha az yan etki ile hedef volüme yüksek dozlar verilebilir. Düşük doz alan akciğer volümünü azaltmak için de Tomoterapi'nin TomoDirect yazılımları ile çalışmalar devam etmektedir. Özellikle küçük hücreli dışı akciğer kanserinde doz arttırma çalışmalarına katkıda bulunmak adına daha yüksek sayılı hasta grupları ile değerlendirme yapılmalıdır. Eşzamanlı kemoradyoterapide özellikle mediasten ışınlamalarında özefajit nedeniyle tedaviye ara vermek gerekmektedir. Helikal tomoterapi ile yapılan tedavilerde özefajit oranlarının düşük olması da tedavi kalitesini arttırmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Akciğer Kanseri, Helikal Tomoterapi, Radyoterapi

P-078

CERRAHİ REZEKSİYON UYGULANAN KÜÇÜK HÜCRELİ DIŞI AKCİĞER KANSERLERİNDE HÜCRE TİPLERİNİN YILLARA GÖRE DAĞILIMINDAKİ DEĞİŞİM

Yusuf Kahya¹, Murat Şahin¹, Elif Duman¹, Erhan Bulut¹, Çiğdem Gonca¹, Cabir Yüksel¹, Serkan Enön¹, Can Ateş², Ayça Karabörk³, Ayten Kayı Cangir¹, Hakan Kutlay¹

¹Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Ankara

²Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyoistatistik Anabilim Dalı, Ankara

³Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Ankara

Amaç: Akciğer kanserinde hedefe yönelik ajanlar başta olmak üzere tüm tedavi protokolleri, giderek artan şekilde tümörün histopatolojik subtipi üzerine yoğunlaşmaktadır. Erkeklerde yassı hücreli karsinom (YHK) ve küçük hücreli karsinom oranları yakın dekadlarda düşerken, adenokarsinom (AK) insidansı ise artmıştır. Kadınlarda ise tüm akciğer kanser tipleri artış göstermektedir. Bu çalışmada KHDAK tanısıyla cerrahi rezeksiyon uygulanan hastaların hücre tiplerinin yıllar içinde nasıl değişiklik gösterdiği ve cinsiyet ile olan ilişkisinin ortaya konulması amaçlanmıştır.

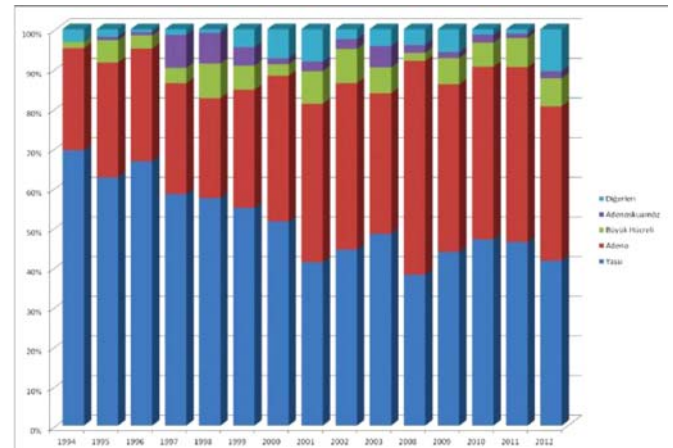
Materyal-Metod: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı'nda KHDAK tanısı ile 15 yıllık süre içinde (1994-2003 / 2008-2012) cerrahi rezeksiyon uygulanan 1649 hastanın verileri retrospektif olarak incelendi. Hastaların hücre tiplerinin dağılımı, cinsiyet ile olan ilişkisi ve yıllar içinde gösterdiği değişiklikler istatistiksel olarak analiz edildi.

Sonuçlar: Cerrahi rezeksiyon uygulanan 1649 hastanın 1474'ü erkek (%89,4) 175'i ise kadın (%10,6) idi. Tüm yıllar için

hücre tiplerinin %49,5'i YHK, %34,9'u AK, %5,5'u büyük hücreli karsinom, %2,9'u adenoskuamöz karsinom ve %3,6'sı diğer hücre tipleriydi. Bu dağılımlar sırasıyla erkek cinsiyet için %55; %32,4; %6; %3 ve %3,6 iken kadınlar için %19,3; %70,2; %3,7; %3,1 ve %3,7 idi. Erkeklerde YHK oranı 1994 yılında %70,5 iken bu oran 2012 yılında %47,4'e düşmüştü. Yine 1994 yılında sadece 1 kadın hastaya cerrahi uygulanmışken 2012'de 16 kadın hastayla en yüksek rakama ulaşmıştı. Tüm hastalar için 1994 yılında YHK oranı %69,4, AK oranı %25,8 olarak saptanırken, YHK tipi yıllar içinde giderek azalarak 2012'de %41,6'ya kadar gerilemiş AK oranı ise %38,9'lara çıkmıştır (Resim 1).

Tartışma: Akciğer kanseri görülme sıklığı erkeklerde yıllar içerisinde stabil seyrederken, hatta Kuzey Amerika, İskandinavya ve Avustralya gibi bölgelerde azalırken, kadınlardaki görülme sıklığı dünya genelinde artmaktadır. Ancak insidansdaki değişikliğin bir nedeni de histolojik tip dağılımındaki farklılıktır. Erkeklerde stabil kalan veya artan AK oranlarına karşılık YHK ve küçük hücreli kanser oranları düşme eğilimindedir. Kadınlarda ise AK'da daha belirgin olmak üzere tüm hücre tiplerinde artış görülmektedir. Serimizde de kadın hastaların sayısının ve her iki cinsten de AK hücre tipinin belirgin şekilde arttığı görülmektedir.

Anahtar Kelimeler: akciğer kanseri, hücre tipi



Resim 1. Hücre tiplerinin yıllara göre dağılım oranları (%)

P-079

AKCİĞERİN NADİR GÖRÜLEN KÜÇÜK HÜCRELİ DIŞI TÜMÖRÜ; LENFOEPİTELYOMA BENZERİ KARSİNOM

Mustafa Kuzucuoğlu, Yekta Altınur Karamustafaoğlu, Fazlı Yanık, Yener Yörük

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Edirne

Lenfopitelyoma Benzeri Karsinom (LBK), küçük hücreli dışı akciğer kanserlerinin alt grubunda yer alan sıklıkla nazofarenks yerleşimli, nadir görülen bir tümördür. İlk olarak 1987 yılında Begin ve ark. (1-3) tarafından tanımlanmıştır. Bizde kliniğimizde cerrahi uygulanan iki olguyu literatür eşliğinde irdeledik.

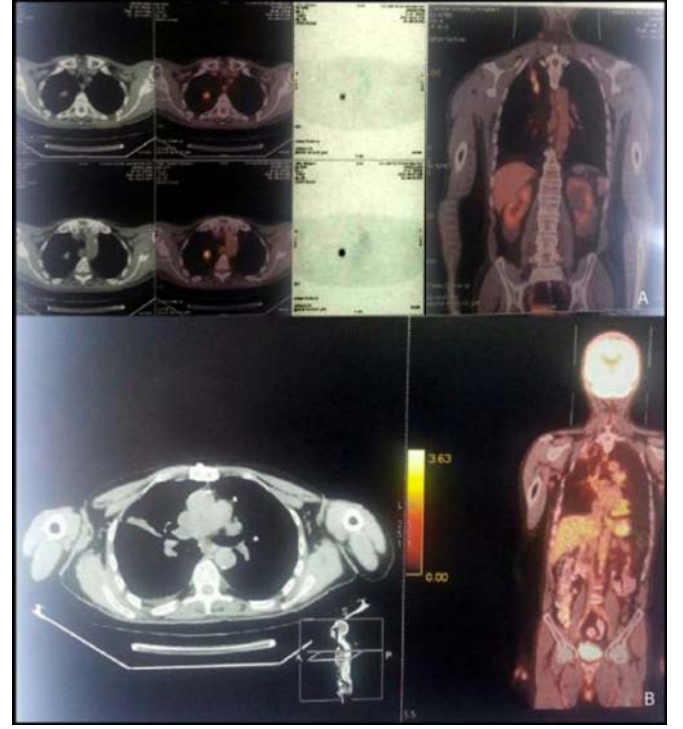
Olgu I: Altmış dört yaşında sigara içicisi, erkek hasta rutin kontrol sırasında çekilen akciğer grafisinde sağ üst zonda opasite saptanması üzerine hastanemize başvurmuş. Toraks bilgisayarlı tomografisinde (BT), sağ akciğer üst lob bronşu boyunca uzanan yaklaşık 2 cm genişliğinde yumuşak doku kitlesi ve mediastinal bölgede en büyüğü 11 mm olan birkaç adet lenf nodu tespit edildi

(Resim-1). Fiber optik bronkoskopide endobronşial lezyon görülmedi. Akciğer malign neoplazmı ön tanısıyla, evreleme amaçlı çekilen Bilgisayarlı Tomografi Entegrasyonlu Pozitron Emisyon Tomografisi (PET/BT)'de apekteki 4x1.5 cm'lik yumuşak doku kitlesinde SUVmax: 16,2, sağ hilusta 1 cm'lik lenf nodunda SUVmax: 3,2 ve sağ akciğer alt lob superior segmentteki subsantimetrik nodülde SUVmax: 0,9 olan tutulum saptandı (Resim-2A). Apeks yerleşimli kitle lezyonu malign, diğer lezyonlar öncelikle benign olarak raporlanması üzerine, sağ üst lobektomi ve mediastinal lenf nodu diseksiyonu uygulandı.

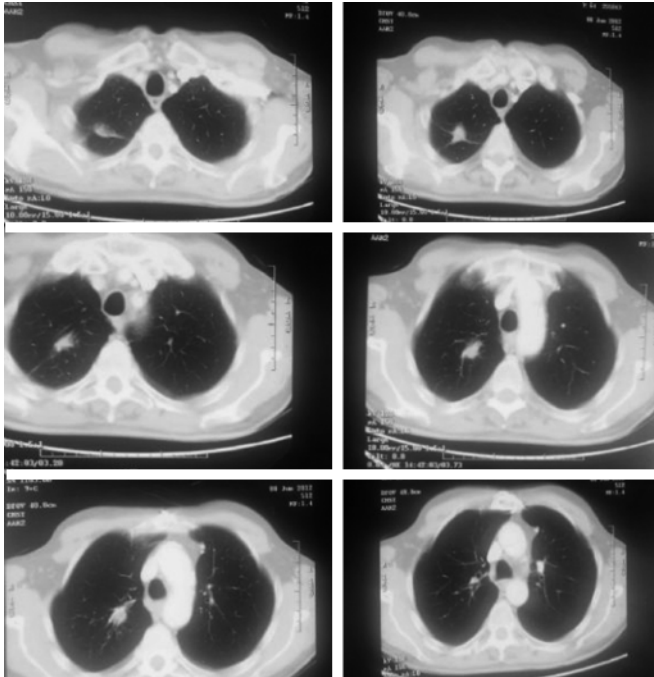
Olgu II: Altmış yaşında şikayeti olmayan, sigara içicisi erkek hasta, akciğer grafisinde sağ üst zonda şüpheli lezyon ve Toraks BT'de 3 cm'lik kitle saptanması üzerine kliniğimize başvurdu. PET/BT sağ akciğer üst lob anterior segmentte 48x57 mm boyutlarında SUVmax:18,5 olan malign lezyon olarak raporlandı. Bronkoskopisinde endobronşial lezyon saptanmadı. Transtoraksik ince iğne aspirasyon biyopsi sonucu inflamasyon olarak raporlandı. Radyolojik olarak malign düşünülen ancak, tanısı olmayan hastaya mediastinoskopi yapılarak 2, 4 ve 7 numaralı lenf nodları eksize edildi. Tüm lenf nodları reaktif hiperplazi olarak raporlandı. Bunun üzerine, hastaya sağ üst lobektomi ve mediastinal lenf nodu diseksiyonu uygulandı.

Patolojik incelemeler sonunda olgular "lenfoepitelyoma benzeri karsinom" olarak raporlandı.

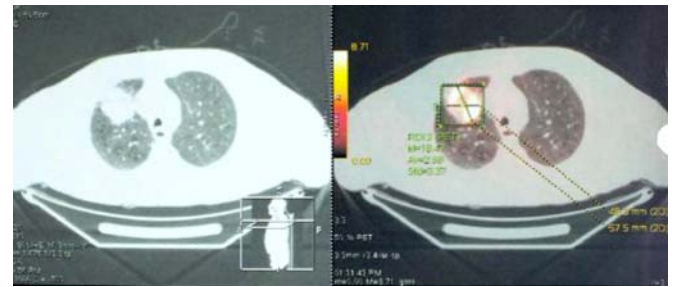
Anahtar Kelimeler: akciğer kanseri, lenfoepitelyal benzeri karsinom



Resim 2A-B



Resim 1



Resim 3

P-080

PLEVRA METASTAZLI RENAL HÜCRELİ KARSİNOM:OLGU SUNUMU

Özkan Demirhan¹, Işıl Uzel², Fatmanur K Çabuk³, Kamil Kaynak⁴

¹İstanbul Bilim Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, İstanbul

²İstanbul Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Hastanesi, İstanbul

³İstanbul Bilim Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, İstanbul

⁴İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, İstanbul

Giriş: Renal hücreli kanserde (RCC) akciğer metastazı yaygın olmasına rağmen izole plevra tutulumu nadir görülen bir durumdur. RCC nedeniyle nefrektomi uygulanmış olan ve takipleri esnasında izole plevra metastazı saptanan olgumuzu sunuyoruz.

Olgu: Sol böbrekte kitle nedeniyle nefrektomi yapılan 46 yaşındaki erkek hasta, renal hücreli karsinom tanısı koyulduktan sonra, takip amaçlı çekilen bilgisayarlı toraks tomografisinde sol akciğerde ekstraparankimal iki adet nodül görülmesi üzerine kliniğimize refere edildi. Hastaya eksploratris video – torakoskopik operasyon yapıldı. Sol hemitoraks lateralinde ekstraparankimal parietal plevra içinde iki adet nodüler yapı görüldü. Bu nodüller künt ve keskin diseksiyonlar ile çıkarıldı. Patolojik değerlendirme

sonucu berrak hücreli renal hücreli karsinom metastazı olarak raporlandı.

Sonuç: Renal hücreli karsinomun akciğer metastazı sık görülen bir durum olmasına rağmen, izole plevra metastazı nadiren bildirilmiştir. Bu nedenle RCC hastaları yakın takibe alınmalı ekstraplevral lezyonlar saptandığında, öncelikle bunların plevra metastazı olabileceği düşünülmelidir. Mümkünse metastazektomi gecikmeden uygulanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Renal hücreli karsinom, plevra, metastaz

P-081

AKCİĞERİN METASTATİK TÜMÖRLERİNDE METASTAZEKTOMİNİN SAĞKALIM ÜZERİNE ETKİSİNİ BELİRLEYEN PROGNOSTİK FAKTÖRLER

Mustafa Kuzucuoğlu¹, Yekta Altumur Karamustafaoğlu¹, Cenk Balta¹, Fazlı Yanık¹, Gönül Sağiroğlu², Yener Yörük¹

¹Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Edirne

²Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Edirne

Amaç: Günümüzde metastazektomi soliter, multiple ya da bilateral akciğer metastazlarında seçilmiş hasta grubunda sağkalımı artırdığı gösterilmiş bir cerrahi tedavi yöntemidir. Çalışmada akciğer metastazlarında, metastazektominin sağkalım üzerine etkisi ve etkili olan prognostik faktörler araştırıldı.

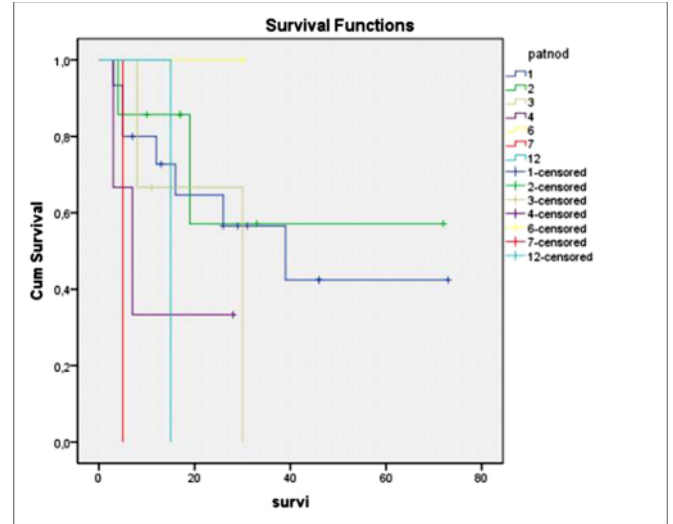
Materyal - Metod: Ocak 2006 – Aralık 2013 yılları arasında metastazektomi uygulanan sekonder akciğer tümörlü 22'si (%71) erkek, 9'u (%29) kadın, ortalama medyan yaşları 61 (19-78) olan 31 olgu retrospektif olarak değerlendirildi. Olgular yaş, cins, primer tümör, hastalıksız yaşam süresi, radyolojik ve patolojik cerrahi nodül sayısı, postoperatif ek tedavi ve nüks açısından değerlendirildi. Rezeksiyon uygulanan bu olgularda sağkalım ve sağkalımı etkileyen prognostik faktörler araştırıldı.

Bulgular: Altı (%19,4) olguda primer tümör sarkomken, 25'inde (%80,6) karsinomdu. Karsinom vakalarından 14'ü (%56) kolorektal, 8'i (%32) ürogenital, ikisi baş boyun ve biri meme kaynaklı tümörlerdi. Hastalıksız yaşam süreleri medyan 14 aydı (1-120 ay). Tüm olgulara torakotomi ile kama rezeksiyon uygulandı. Bilateral metastatik nodülleri olan olgularda 3-4 hafta ara ile ardışık torakotomiler uygulanarak 37 torakotomi ile toplam 75 metastatik lezyon kama rezeksiyon ile eksize edildi. Rezeksiyon uygulanan olguların 16'sında nüks gelişti. Karsinom ve sarkomlarda cerrahi öncesi hastalıksız geçen süre karşılaştırıldığında anlamlı fark saptanmazken; cerrahi sonrası tüm sarkom olgularında nüks izlendi. Karsinom olgularından ise 13'ünde (%52) nüks izlenmemişse de istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamadı. Opere edilen olguların 19'unda (%61,2) cerrahi sonrası ekstrapulmoner metastaz geliştiği görüldü. Olguların 26'sına postoperatif dönemde adjuvan tedavi uygulandı. Yaş, cins, çıkarılan nodül sayısı, tümör cinsi, neoadjuvan kemoterapi ya da radyoterapinin hiçbirinde sağkalım üzerine etkisi istatistiksel olarak anlamlı değildi. Anc ak 6 nodülün üzerindeki metastazektomilerin en kötü sürviye sahip olduğu görüldü. (Resim 1).3 yıl sağkalım %16 olarak belirlendi. Postoperatif olguların hiç birisinde morbidite ya da mortalite izlenmedi.

Sonuç: Primer tümörü kontrol altında olan akciğerin metastatik tümörlerinde sağkalımı etkileyen en önemli etken ideal pulmoner metastazektominin uygulanmasıdır. Sağkalım başarısını arttırmak için ideal pulmoner metastazektomi kadar sağkalımı

etkileyen parametrelerinde iyi değerlendirilmesi gerekmektedir. Ancak çalışma grubunun küçük olması nedeniyle, daha fazla olgu ve kontrol grupları içeren çalışmaların yapılması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: akciğer metastazı, metastazektomi, sağkalım



Resim 1. Çıkarılan nod sayıları ve sürvi ilişkisi grafiği

P-082

ERKEN EVRE AKCİĞER KANSERİNDE STEREOTAKTİK RADYOTERAPİ TEDAVİ SONUÇLARIMIZ

Naciye Özşeker¹, Şule Karabulut Gül¹, Ahmet Fatih Oruç¹, Mhriban Koçak², Hazan Özyurt¹, Duygu Gedik¹, Emriye Algül¹, Alpaslan Mayadağlı³

¹Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

²İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir

³Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, İstanbul

Amaç: Erken evre akciğer kanseri tanısı ile başvuran ve stereotaktik radyoterapi uyguladığımız hastaların tedavi sonuçlarını paylaşmayı amaçladık.

Gereç-Yöntem: Dr.Lütfi Kırdar Kartal Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Radyasyon Onkolojisi Kliniğine başvuran ve primer stereotaktik radyoterapi uygulanan 22 hasta değerlendirildi. Çalışmaya alınan 22 hastanın 1'i (%5) kadın, 21'i (%95) erkekti. Ortalama yaş 69 olup (55-85), 15 hasta ECOG 1 (%68), 7 hasta ECOG 2 (%32) performans statüsüne sahipti. 10 hasta T1N0 (%45,5), 10 hasta T2N0 (%45,5) VE 2 hasta T3N0 (%9) olarak evlenmişti. 18 hasta (%82) medikal inoperable olup 4 (%18) hasta radyoterapiyi tercih etmişlerdi. Tümör 3 hastada santral (%14) 19 hastada (%86) periferik yerleşimliydi. Tedavide CK robotik radyocerrahi sistemi kullanıldı. (Accuray, Sunnyvale, CA, ABD). Gross tedavi volümü tomografi imajları üzerine konturlandı. GTV 'ye 0.5cm marj verilerek klinik hedef volüm oluşturuldu. Planlanan tedavi volümü için ayrıca marj verilmedi. Hastalara 3 fraksiyonda ortalama %78 izodoz (70-86) kullanılarak, ortalama 41 Gray (30-54 Gray) radyoterapi uygulanmıştır. İzlem süresi ortalama 21 (2-51) aydır.

Bulgular: 1 yıllık genel sağkalım %71 olarak hesaplanmıştır. Tümör volümü doz ve ileri yaştan sağkalımda etkisi anlamsız olarak bulunmuştur. ECOG1 hastalarda sağkalım ECOG 2 hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı olarak uzun bulunmuştur. (p=0.01) Takiplerde 3 hastada lokal nüks gelişmiştir. 1 yıllık lokal kontrol oranı %84 'tür. Yaş, performans ve tümör boyutunun lokal

kontrolde etkisi istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur. Lokal kontrolde 30 Gy RT dozu uygulanan hastalar ile 45 Gy uygulanan hastalar arasında yüksek doz alanlar lehine anlamlı fark gösterilmiştir. (p=0.05)

Sonuç: Akciğer kanserinde erken evrede primer tedavi cerrahi olmakla birlikte medikal inoperable uygun hastalarda stereotaktik radyoterapi uygulanabilir etkin ve güvenli bir tedavi yöntemidir.

Anahtar Kelimeler: akciğer kanseri, stereotaktik radyoterapi

P-083

BENİGN METASTAZ YAPAN LEİYOMYOM

Salih Duman, Murat Kapdağı, Berk Çimenoglu, Berker Özkan, Adalet Demir, Alper Toker

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, İstanbul

Benign metastaz yapan leiomyom (BML) nadir olarak görülen bir patoloji olup sıklıkla leiomyom nedeni ile myomektomi/histerektomi geçirmiş olan genç bayanlarda yıllar sonra rastlantısal görülen pulmoner metastatik nodüller olarak karşımıza çıkar. Net bir tedavi konsensüsü oluşmamış olup parankim koruyucu cerrahi rezeksiyonlar, mümkün olmadığı durumlarda ise hormonal baskılayıcı tedaviler önerilir. Hastamız 42 yaşında, 2005 yılında myomektomi yapılmış ve 2012'de ki kontrolünde bilateral akciğer lezyonları ve batın ön duvarı kitle tesbit edildi. Hastaya hepsi ayrı seanslarda olmak üzere öncelikle batın ön duvarı kitlesi eksizyonu ardından akciğer lezyonları için sol üst lobektomi ve son olarak sağ üst lob anterior segmentektomi ve perop intravasküler komponent saptanarak arterotomi ile intravasküler tümör eksizyonu operasyonları uygulandı. Tüm piyeslerde patolojik inceleme Bulguları birbiri ile eşleşmekte idi ve patoloji malignite lehine sitopatolojik bulgu saptanmayarak BML olarak raporlandı. Sonuç olarak belirtilebileceğimiz, BML nadir de olsa pulmoner nodül ayrıcı tanısında hatırlanması gereken bir patolojidir ve cerrahi rezeksiyon uygun bir tedavi seçeneğidir.

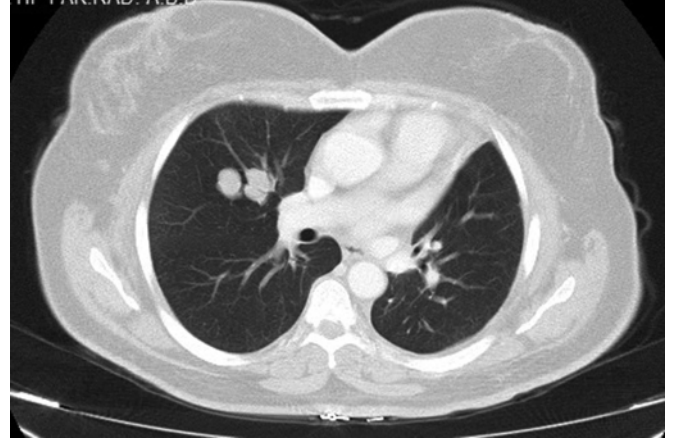
Anahtar Kelimeler: metastaz, leiomyom, akciğer

toraks BT



Resim 1. sol akciğer üst lobda parahiler 45 mm lezyon ile sağ akciğer üst lobda santral yerleşimli 15 mm ve 16 mm iki adet nodüler lezyon

Toraks BT



Resim 2. sol akciğer üst lobda parahiler 45 mm lezyon ile sağ akciğer üst lobda santral yerleşimli 15 mm ve 16 mm iki adet nodüler lezyon

P-084

KÜÇÜK HÜCRELİ- DIŞI AKCİĞER KARSİNOMUNDA CRİZOTİNİB DENEYİMİ: OLGU SUNUMU

Berna Öksüzoglu, Ahmet Şiyar Ekinci, İbrahim Türker

Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Onkoloji Kliniği

Giriş: Küçük hücreli dışı akciğer kanserlerinin yaklaşık %5'inde anaplastik lenfoma kinaz (ALK) gen rearanjmanı saptanmakta ve bu hastalar crizotinib tedavisinden fayda görmektedirler.

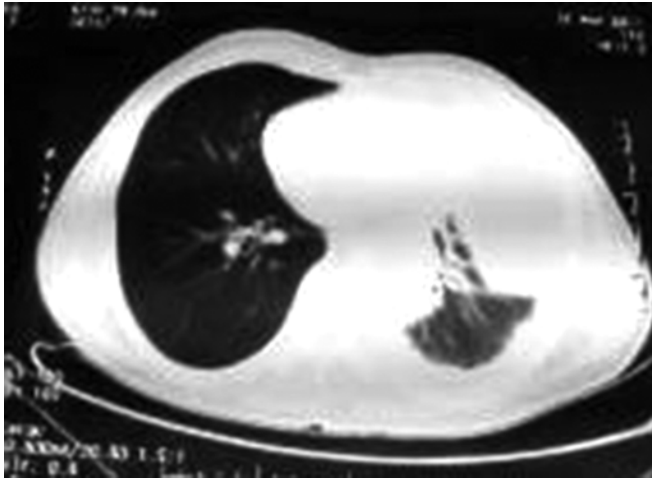
Olgu Sunumu: Otuz üç yaşında erkek nefes darlığı nedeniyle Ekim 2012 tarihinde hastanemize başvurdu. Hiç sigara içmeyen, kronik hastalığı ve ailede kanser öyküsü bulunmayan hastanın akciğer grafisinde solda infiltrasyon ve plevral effüzyon görülmesi üzerine video-assisted torakoskopik biyopsi (VATS) yapıldı ve alınan biyopsi ve plevral sıvı sitolojisi akciğer adenokarsinoma olarak raporlandı. Evreleme amaçlı çekilen Pozitron Emisyon Tomografisinde (PET); sol hemitoraksta 1,5 cm plevral kalınlaşma (SUV maks: 9.5), sol akc alt lobta 2.5 x3 cm lezyon (SUV maks: 14.8), sol hilusta sınırları sol atriumdan ve pulmoner venden ayrılamayan 4 cm lezyon (SUV maks: 9), subkarinal LN (SUV maks: 11.35), aortikopulmoner sol alt paratrakeal (SUV maks: 2.9), çölyak LN (SUV maks: 4.5) ve tiroide 1 cm'lik lezyon (SUV maks: 20) tutulum olarak saptandı. Hasta akciğer adenokarsinom, cT2cN2pM1a, Evre IV (malign plevral effüzyon) olarak evrelendi. ECOG performansı durumu 2 ve %8 ağırlık kaybı olan hasta ilk basamakta Kasım 2012 - Ocak 2013 arası 4 kür sisplatin- dosetaksel aldı. Primer kitlede progresyon olması üzerine bakılan EGFR mutasyonunun negatif raporlanması üzerine hastaya Şubat-Mayıs 2013 arası 4 kür tek ajan pemetrexed kemoterapisi uygulandı. İkinci basamak kemo-terapiyle de progresyon saptanması ve çalışılan ALK mutasyonu pozitif raporlanması üzerine Mayıs 2013 tarihinde crizotinib başlandı. Crizotinib öncesi hastanın analjezik tedavi ihtiyacında artış mevcuttu ve ECOG PS 3 idi. Torakal bilgisayarlı tomografi- de (BT), sol anterior duvar komşuluğunda 15x7 cm koleksiyon ve sol hemitoraks anterobazalde 7.5x6 cm yumuşak doku saptandı (Resim 1). Hastanın takibinde cilt reaksiyonu veya görme bozukluğu / değişikliği olmadı. İkinci ay kontrolünde şikayeti olmayan ve günlük ihtiyaçlarını karşılamaya başladığı öğrenilen hastanın

fizik muayenesinde ECOG PS 1 ve azalmış solunum sesleri dışında patolojiye rastlanmadı. Ağustos 2013 toraks BT.de sol hemitoraksta yaklaşık 2.5 cm ölçülen anterior ve lateral kesimde loküle görümlü plevral efüzyon, komşu akciğer parankiminde atelektazi, sol hemitorakta plevral yüzeylerde posterior kesimde belirginleşen kalınlaşma ile birlikte regresyon (şekil-2) saptandı. Hastada belirgin klinik ve radyolojik yanıt olduğundan halen tedavisine sorunsuz olarak devam etmektedir.

Sonuç: Hedef yönelik tedavilerin geliştirilmesi ile kişiye özel yaklaşım seçenekleri artmakta ve küçük hücreli akciğer kanserli hastaların yaşam süreleri uzamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Küçük Hücreli dışı akciğer kansinomu, hedefe yönelik tedavi, crizotinib

Tedavi Öncesi



Resim 1. Crizotinib başlamadan önceki toraks bt görüntüsü

Tedavinin 2.ayı



Resim 2. Crizotinib tedavisinin 2.ayındaki toraks bt görüntüsü

P-085

LANGERHANS HÜCRELİ HİSTİYOSİTOZ: İZOLE KOSTA TUTULUMU

Barış Hekimoğlu¹, Yücel Akkaş², Muhammet Ali Beyoğlu¹, Ertan Aydın¹, Ülkü Yazıcı¹

¹Ankara Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği, Ankara

²Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği, Ankara

Langerhans Hücreli Histiositoz (LHH), kemik iliği kökenli dendritik hücre yapısındaki histiyositlerin anormal proliferasyonu sonucu gelişir. Nedeni bilinmeyen bir hastalık grubu olup, Görülme sıklığı milyonda 0,5-5,4 arasındadır. Çocukluk çağında daha sık izlenmesine rağmen erişkin yaş grubunda nadir görülmektedir.

Aktif sigara kullanma hikayesi olan 28 yaşında kadın hasta,göğüs duvarında ağrı yakınması ile kliniğimize başvurdu. Bilgisayarlı Akciğer tomografisi (BT) ve Pozitron emisyon tomografisi (PET BT) ile değerlendirildi. Transtorasik iğne biyopsisi için uygun bulunmadı. 5. Kot parsiyel rezeksiyonu uygulanan hastanın postoperatif patoloji sonucu LHH olarak yorumlandı.

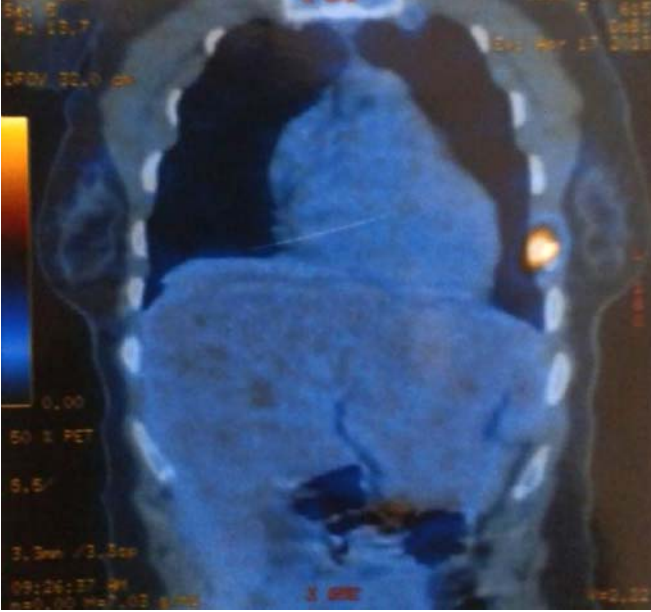
Sonuç olarak, LHH'un genç erişkin yaşlarda nadir olarak görüldüğü bildirilmiştir. Olgumuzda izole tipte kosta tutulumu yapan LHH'un görülmesi, genç erişkin yaşta göğüs ağrısı ve kosta hassasiyeti ile başvuran hastaları araştırırken travma dışı nedenlerinde göz önünde bulundurulması gerektiğinin güzel bir örneğidir.

Erişkin yaş grubunda izole kosta tutulumu ile seyreden pulmoner tutulumu bulunmayan olgumuzu literatür bilgileri eşliğinde sunmayı amaçladık.

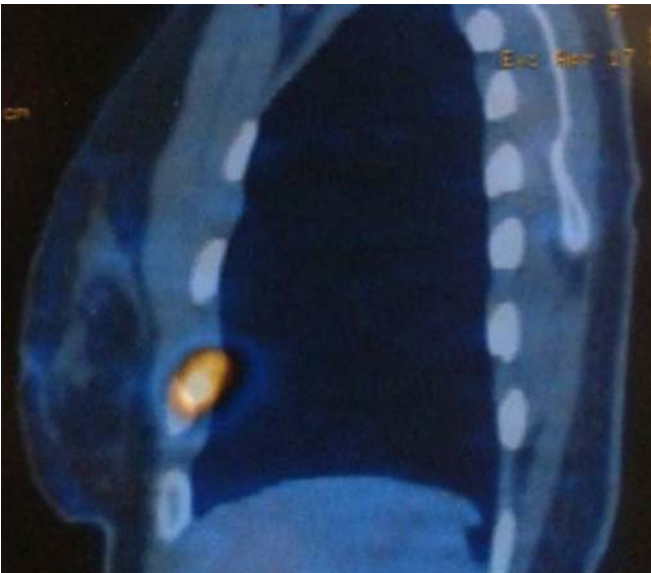
Anahtar Kelimeler: Erişkin yaş, Kosta tutulumu, Langerhans hücreli histiositoz



Resim 1. LHH Pet-Bt Görüntüsü-1



Resim 2. LHH Pet-Bt Görüntüsü-2



Resim 3. LHH Pet-Bt Görüntüsü-3

P-086

TEDAVİ SONRASI SUV_{MAX} VE SUV_{MAX} DEĞERİNDEKİ DEĞİŞİM DEFINİTİF KEMORADYOTERAPİ İLE TEDAVİ EDİLEN EVRE IIIB KÜÇÜK HÜCRELİ-DIŞI AKCİĞER KANSERLİ HASTALARDA SAĞKALIM SONUÇLARIYLA İLİŞKİLİDİR

Erkan Topkan, Berna Akkuş Yidirim, Ozan Cem Güler, Cem Parlak
Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyasyon onkolojisi Anabilim Dalı, Adana, Türkiye

Amaç: Bu çalışmada definitif eşzamanlı kemoradyoterapi (KRT) ile tedavi edilen evre IIIB küçük hücreli-dışı akciğer kanserli (KHDAK) hastalarda çekilen 18F-florodeoksiglukoz pozitron emisyon tomografisindeki (FDG-PET) tedavi öncesi ve sonrası "maksimum standardize uptake" (SUV_{max}) değerleri ve

SUV_{max} değerindeki tedavi sonrası değişimin prognostik önemi araştırılmıştır.

Materyal-Metod: Tedavi öncesi ve sonrası FDG-PET çekimi yapılmış olan ve definitif KRT ile tedavi edilen evre IIIB KHDAK tanılı 713 hastanın dosya bilgileri retrospektif olarak değerlendirilmiştir. Tedavi sonrası FDG-PET taramaları KRT sonrası medyan 13.5 hafta (12-18) sonra yapılmıştır. Hastalar 60-66 Gy (2 Gy/fr) 3B konformal torasik radyoterapi ile eşzamanlı olarak en az 1 kür platin-bazlı kemoterapi almışlardır. Hastalar ROC eğri analizinde belirlenen tedavi öncesi ve sonrası SUV_{max} değerleri ve SUV_{max} değişim yüzdelere $[1-(\text{tedavi öncesi } SUV_{max}/\text{Tedavi sonrası } SUV_{max})]$ göre gruplandırılmış ve genel sağkalım (GS) açısından karşılaştırılmıştır.

Bulgular: Çalışmada hastaların medyan yaşı 55 (29-70), %66.8'i erkek ve %6.7/%43.3'ü skuamöz hücreli/adenokanser histolojisine sahipti. Medyan 21.9 aylık takip sonunda, tüm grup için medyan ve 4-yıllık OS sırasıyla 23.6 ay (22.5-24.7) ve %24.3 idi. Medyan tedavi öncesi ve sonrası SUV_{max} değerleri ve SUV_{max} değişimi sırasıyla 13.4, 4.6 ve %65.7 idi. Tedavi öncesi SUV_{max} değeri ile sağkalım arasında bir ilişki yoktu ancak ROC analizinde belirlenen tedavi sonrası SUV_{max} ve SUV_{max} değişim eşik değeri 5.4 ve %63.6 olarak belirlendi. Hastalar bu değerlere göre gruplandırıldığında tek değişkenli analizlerde daha düşük tedavi sonrası SUV_{max} değeri (27.8'e 19.7 ay; $p=0.007$) ve daha yüksek SUV_{max} değişimi (29.6'ya 18.8 ay; $p<0.001$) OS ile ilişkili olarak bulunmuştur. Çok değişkenli analizlerde de her iki değer bağımsız prognostik değerlerini korumuşlardır (tedavi öncesi SUV_{max} ve SUV_{max} değişimi için sırasıyla $p=0.01$ ve $p<0.001$).

Sonuç: Düşük tedavi sonrası SUV_{max} değeri ve daha büyük SUV_{max} değişim yüzdesi daha uzun sağkalımla ilişkili bulunmuş olup KRT ile tedavi edilen evre IIIB KHDAK tanılı hastalarda diğer bilinen prognostik faktörlere ek olarak kullanılabilir. Ancak, günlük onkoloji pratiğinde kullanılmak üzere net bir eşik değeri tayini için ileri çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Evre IIIB Küçük Hücreli-Dışı Akciğer Kanseri, Metabolik Aktivite, Kemoradyoterapi

P-087

TÜP TORAKOSTOMİ UYGULANAN HASTALARDA PROFESYONEL FİZİYOTERAPİ ŞART MI?

Şamil Günay¹, İrfan Eser¹, Mahmut Özbey¹, Mehmet Açar¹, İbrahim Koruk², İbrahim Can Kürkçüoğlu¹

¹Harran Üniversitesi, Göğüs Cerrahisi, Şanlıurfa

²Harran Üniversitesi, Halk Sağlığı, Şanlıurfa

Malign plevral efüzyon, hemotoraks, pnömotoraks nedeniyle göğüs tüpü uygulanan 50 hastayı 2 gruba ayırdık. Hastalar yaş ve cinsiyet açısından aynı özellikte ve aynı hastalık grubundan seçildi. Birinci grubu 10'u kadın 15'i erkek 25 kişiden oluşmaktaydı ve yaş ortalamaları 23 dü (5-46). Bu hasta grubuna profesyonel bir fizyoterapistle günde 2 kez 20'er dakika diyafram solunumu, kotsal ekspansiyon egzersizleri, etkili öksürme ve postür egzersizleriyle kombine solunum egzersizleri uygulanmıştır. Hastaların operasyon sonrası 24. saat, fizyoterapi başlanmıştır. Fizyoterapiye başlamadan hemen önce kan gazlarına ve solunum fonksiyon testlerine bakıldı. Fizyoterapi devam ederken, operasyon sonrası 72. Saatte kan gazı ve solunum fonksiyon testleri tekrarlandı. İkinci grupta 9 kadın 16 erkek bulunurken, yaş ortalamaları 24 tü(6-45). Bu

gruba operasyon sonrası sadece kendilerinin yapabilecekleri solunum ekzersizleri olan efektif öksürme ve solunum ekzersiz topları verildi. Bu gruptaki hastalarında 24. ve 72. Saatlerde kan gazlarına ve solunum fonksiyon testlerine bakıldı. Hastaların kan gazındaki o₂, po₂, pco₂ ve ph verileri ile solunum fonksiyon testlerindeki fvc ve fev₁ değerleri istatistiksel olarak değerlendirildi. Her iki grubun 24. ve 72. Saat verileri grup içi olumlu yönde değişti (Tablo 1). Gruplar arası hiçbir değerde fark saptanamadı (tablo 2). Tüm bu veriler doğrultusunda göğüs tüpü uygulanan hastalarda profesyonel bir fizyoterapist ile solunum fizyoterapisinin gerekli olmadığı, bunun yerine hastanın kendisinin uygulayabileceği basit bir solunum egzersizinin aynı etkiyi gösterebileceği kanıtlandı.

Anahtar Kelimeler: Tüp Torakostomi, Solunum Fizyoterapisi

Tablo 1. Grup İçi P Değerleri

Grup	fevson - fevilk	fvcson - fvcilk	phson - philk	po2son - po2ilk	pco2son - pco2ilk	spo2son - spo2ilk
Grup 1 P Değerleri	,000	,000	,031	,000	,247	,000
Grup 2 P Değerleri	,000	,000	,165	,000	,943	,000

Tablo 2. Gruplar arası P Değerleri

	fevdg	fvcdg	phdg	po2dg	pco2dg	spodg
P Değerleri	,116	,290	,684	,691	,248	,479

P-088

NADİR BİR GÖĞÜS DUVAR TÜMÖRÜ: MİYOEPİTELYOMA

Serdar Onat¹, Refik Ülkü¹, Serdar Monis¹, Ahmet Sızlanan¹, Ulaş Alabalık², Ali Bırak¹

¹Dicle Üniversitesi, Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Diyarbakır

²Dicle Üniversitesi, Tıp Fakültesi Patoloji Ana Bilim Dalı, Diyarbakır

Olgu: 57 yaşında erkek hasta bir yıldır devam eden ve giderek büyüyen kitle nedeniyle Genel Cerrahi polikliniğine başvurmuş. Sağ da önde klavikulanın hemen altında ele gelen 5-6 cm çapında yüzeyi mobil fakat alt kısmı fiks kitle tespit edildi. PET- CT de pektoral kasa kadar uzanan kitlede suv max tutulumu 5.5 olarak tespit edildi. Ultrasonografi eşliğinde yapılan biopside öncelikli tanı miyoepitelyoma olarak düşünüldü. Geniş cilt ile beraber interkostal kaslara kadar inilerek geniş rezeksiyon yapıldı. Cilt defekti için plastik cerrahi tarafından greft transpozisyonu yapıldı. Perop çalışılan frozen patolojilerde cerrahi sınırlar temiz olarak raporlandı. Patoloji miyoepitelyoma olarak raporlandı.

Sonuç: Miyoepitelyal tümörler genelde tükrük bezlerinde görülmesine çok nadir olarak yumuşak dokularda da rastlanabilir. Genelde 40-50 li yaşlarda ve ekstremitelerde saptanır. Göğüs duvarında nadir görülmesi nedeniyle sunmayı amaçladık.

Anahtar Kelimeler: göğüs duvarı, miyoepitelyoma, yumuşak doku tümörü

P-089

İLERİ EVRE AKCİĞER KANSERİ: KEMOTERAPİYE NE KADAR DEVAM ETMELİYİZ?

Ufuk Yılmaz, Yasemin Özdoğan, Serhat Erol, Gülrü Polat,

Burcu Samanyolu Yalçın, Hakan Arık

İzmir Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Bölümü

Kırkdört yaşında kadın hasta kuru öksürük şikayeti ile başvurdu. Toraks bilgisayarlı tomografisinde (BT) sağ üst lobda kitle lezyonu izlendi. Tanı amaçlı yapılan bronkoskopisinde endobronşiyal lezyon saptanmaması üzerine BT eşliğinde transtorasik ince iğne aspirasyon biyopsisi yapıldı ve adenokarsinom tanısı kondu. Hastaya sağ bilobektomi superior ve mediastinal lenf nodu diseksiyonu uygulandı. Üst lobda ve orta lobda iki ayrı odakta tümör saptandı ve her iki tümörün patolojik alt tipi bronkoalveoler patern baskın iyi diferansiye adenokarsinom olarak belirlendi. Senkron tümörler TNM sınıflamasına göre T2N0M0 (Evre 1B) ve T1N0M0 (Evre 1A) olarak evrelenerek klinik izleme alındı. İzlemede yeni ortaya çıkan nodüllerin gelişmesi nedeniyle progresyon olarak değerlendirildi. Hastaya dört seri kemoterapi uygulandı (sisplatin-dosetaksel, tek ajan gemsitabin, tek ajan erlotinib, tek ajan vinorelbine) ancak yanıt alınamaması üzerine 5. seri pemetrekset başlandı. Klinik ve radyolojik yanıt alınması üzerine progresyona kadar toplam 37 kür uygulandı. Yanıt alınan ve tolere edebilen olgularda tedavinin uzatılması yararlı olabilir.

Anahtar Kelimeler: Akciğer kanseri, kemoterapi, progresyon

P-090

NADİR BİR GÖĞÜS DUVARI TÜMÖRÜ: HİBERNOMA

Fatih Candaş¹, Haluk Şaşmaz¹, Akın Yıldızhan¹, Rauf Görür¹,

Zafer Küçükodacı², Turgut Işıtmangil¹

¹GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Servisi, İstanbul

²GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Patoloji Servisi, İstanbul

Giriş: Hibernoma; kahverengi yağ dokusundan kaynaklanan ve nadir görülen iyi huylu bir tümördür. Sıklıkla mobil, sert ve yavaş büyüyen, ağrısız kitle olarak tanımlanır. Bilgisayarlı tomografide, lobule kontürlü ve heterojen kontrastlanma gösterdiğinden liposarkom ile karışabilmektedir. Makroskopik olarak enkapsüle, hipervaskülarize, açık kahverenginde olan hibernoma, mikroskopik olarak geniş multivakuoler hücrelerden oluşur. Tedavisinde cerrahi eksizyon ile kür sağlanan hibernomanın uzun dönem takiplerinde nüks saptanmamıştır (1).

Olgu: 30 yaşında erkek hasta, yaklaşık 2 yıldır sol yanında mevcut olan ve yavaş büyüyen, ağrısız kitle şikayetiyle polikliniğimize müracaat etti. Yapılan fizik muayenesinde sol hemitoraks duvarında, skapula inferiorunda yerleşmiş, mobil, ağrısız, yaklaşık 8x7x5 cm boyutlarında kitle saptandı. Bilgisayarlı toraks tomografisinde lobule kontürlü, heterojen dansitede kitle olarak raporlandı ve liposarkom ön tanısıyla ileri tetkik önerildi. Ultrason eşliğinde yapılan iğne biyopsisi sonrası hibernoma tanısı konuldu. Hastaya genel anestezi altında kitle eksizyonu uygulandı. İntraoperatif ileri derecede vaskülarize olduğu gözlenen kitlenin makroskopik görünümünde lobule kontürlü ve açık kahverenginde olduğu saptandı. Mikroskopik incelemede geniş multivakuolize hücrelerden kaynaklandığı görüldü.

Sonuç: Kahverengi yağ dokusundan kaynaklanan ve benign nadir bir tümör olan hibernoma, radyolojik olarak heterojen dansitede kontrastlanma gösterdiğinden liposarkom ile karışabilmektedir. Bu nedenle cerrahi öncesi uygulanacak biyopsi ile kesin tanı elde edilerek operasyon planlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Hibernoma, Göğüs Duvarı

P-091

KÜÇÜK HÜCRELİ AKCİĞER KANSERİNDE PARANEOPLASTİK BEYİN SAPI ENSEFALİTİNE BAĞLI GELİŞEN SOLUNUM DEPRESYONUNUN PLAZMAFEREZLE TEDAVİSİ

Çağlayan Geredeli¹, Faruk Çiçekci², Halit Karaca³

¹Konya Numune Hastanesi Tıbbi Onkoloji Bölümü

²Konya Numune Hastanesi Anestezi ve Reanimasyon Bölümü

³Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Bölümü

63 yaşında erkek hasta üç aydır devam eden nefes darlığı ve kilo kaybı şikayetiyle tetkik edilen hastada sağ akciğer hiler bölgede orta lob bronşunu tıkayan yaklaşık 9x6 cm çapında mediasten ve sağ pulmoner arteri invaze eden kitle lezyonu tespit edildi. Çekilen abdominal tomografide karaciğerde 2 adet metastazla uyumlu kitle tespit edildi. Bronkoskopi ile endobronşial kitleden yapılan biopsi sonucu küçük hücreli akciğer karsinomu olarak rapor edildi. Metastatik küçük hücreli akciğer karsinomu olarak kabul edilen hastaya palyatif sisplatin –etoposid kemoterapisi verildi. Kemoterapi başladıktan 3 gün sonra hastada aniden solunum depresyonu gelişti ve hasta entübe edildi. Hastanın şuuru açık ve koopere idi. Hastanın ekstremitelerinde herhangi bir motor ve his kaybı yoktu. Genel durumu iyi olan hastada sadece solunum depresyonu olup hasta konuşulanları rahatlıkla anlayabiliyor ve söylenenleri yapabiliyordu. Hastaya çekilen beyin ve servikal MRI sonuçlarında anormal bir bulguya rastlanmadı. Paraneoplastik sendrom panelinde anti hu negatif, anti ri negatif, anti yo negatif, anti Tr negatif, PNMA 2 negatif olarak rapor edildi. Hastaya çekilen EEG de beyin sapında tutan ensefalit ile uyumlu Bulgular tespit edildi. Hastada generalize bir ensefalit tablosunun olmaması ve şuurunun yerinde olması nedeniyle paraneoplastik beyin sapı ensefaliti düşünülerek plazmaferes yapıldı. 3 gün üst üste yapılan plazmaferes sonrasında hastanın spontan solunumu döndü ve hasta ekstübe edildi. Daha sonra palyatif kemoterapisine devam edilen hastanın 3 kür kemoterapisi sonrası parsiyel yanıtı olup 4. Kür sonrasında progresse olan hasta tedavinin 6. ayında ex oldu.

Her ne kadar paraneoplastik testler negatif çıksada EEG de beyin sapında tutan bir tablonun olması ve hastanın solunum depresyonunun plazmaferes ile düzelmesi küçük hücreli akciğer kanserli hastalarda paraneoplastik sendromların sık görüldüğü ve paraneoplastik testler negatif olsa bile plazmaferesin bu tip hastalarda faydalı olduğu unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: akciğer kanseri, plazmaferes

P-092

UZUN REMİSYONLA SEYREDEN BEYİN METASTAZEKTOMİLİ AKCİĞER ADENOSKUAMÖZ KARSİNOM OLGUSU

İbrahim Türker¹, Ercümen Cengiz², Savaş Karyağar³

¹Dr.Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Onkoloji Kliniği

²Trabzon Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Onkoloji Kliniği

³Trabzon Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nükleer Tıp Kliniği

Akciğer hücreli karsinomlarında adenokarsinom alt grubunda moleküler çalışmalarla birlikte tespit edilen ve ilaca duyarlı mutasyonlar bireyselleşmiş tedavi ile uzun sağkalımlara ulaşmamızı sağladı, ancak adeno-skuamöz alt gruptaki hastalara yaklaşımımızla ilgili bulunmaktadır.

Olgu: Olgu tanı anında 48 yaşında 50 paket-yıl sigara içicisi erkek hasta öksürük ve nefes darlığı yakınmaları ile hastaneye başvurdu. Özgeçmişinde sigara dışında özellik yoktu. Aile öyküsü mevcut değildi. Hastaya yapılan tetkiklerde akciğer sağ üst lobda 3 cm nodüler lezyon saptanması üzerine hastaya 28.04.2009 da sağ üst lobektomi uygulandı. Post operatif patoloji T2AN1, evre IIA adenoskuamöz karsinom olarak raporlandı. Hasta operasyon sonrasında 4 kür adjuvan sisplatin vinorelbin ve arada da carboplatin paklitaksel ile eş zamanlı radyoterapi aldı.Sonrasında nüksüz olarak izlenen hasta baş dönmesi ile başka bir merkeze başvurdu. Çekilen beyin MR'ında 2x2 cm tek metastatik lezyon saptanan hastaya dış merkezde metastazektomi uygulandı. Patoloji sonucu akciğer karsinomu metastazı ile uyumlu olarak geldi. Metastazektomi sonrasında kranial radyoterapi alan hastaya sonrasında 12.05.2011 de sisplatin gemsitabin tedavisi başlandı. Ara değerlendirmede parsiyel yanıt alınan hastada 5.kürde stabil yanıt elde edildi. Sisplatin daha fazla tolere edemeyen ve klinik olarak progresse olan hastaya tek ajan pemetrekset tedavisi endikasyon dışı özel izin alınarak başlandı. Hastada 4.ayda klinik ve radyolojik tam yanıt elde edildi. Hastanın adenoskuamöz patolojisi olması nedeniyle EGFR ve ALK mutasyonları çalışıldı. Ancak ilaca duyarlılıkla ilgili mutasyon saptanması. Tolerasyonu iyi olan ve herhangi bir yan etki gözlenmeyen hasta halen nüksüz olarak pemetrekset tedavisi ile izlenmektedir.

Akciğer küçük hücreli dışı karsinomunda birden fazla histopatolojik tip gösteren kanserlerin tedavisinde hangi alt tipin klinik olarak ön planda olduğunu tespit etmek ve ona uygun tedavi planı yapmak bazen zorlu olabilmektedir. Akciğer küçük hücreli dışı karsinomlarında bireyselleştirilmiş tedavi planlarımızda adenoskuamöz histoloji ayrı bir yere sahip olmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Akciğer adenoskuamöz karsinom, metastaz, pemetrekset

P-093

İLGİNÇ BİR YABANCI CİSİM OLGUSU

Yücel Akkas¹, Ülkü Eren Yazıcı², Ertan Aydın², Asuman Akın Türker²

¹Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği, Ankara

²Ankara Atatürk Göğüs Cerrahisi ve Göğüs Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği, Ankara

Amaç: Göğüs duvarı içindeki yabancı cisimler nadir görülürler ve tedavilerinde bir görüş birliği yoktur. Biz de herhangi bir travma ve yabancı cisim aspirasyonu öyküsü olmadan tesadüfen

saptanan metalik göğüs duvarı yabancı cismi olgusunu sunmak istedik.

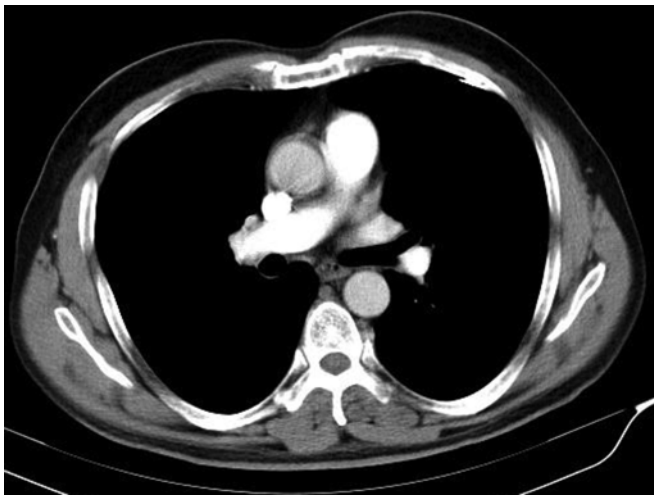
Olgu: Ellidört yaşında erkek hasta kliniğimize 2 aydır olan sol göğüs ağrısı şikayeti ile başvurdu. Hastanın hikayesinde travma ve yabancı cisim yutma veya aspirasyonu yoktu. Fizik muayenede göğüste yabancı cisim giriş deliğine ait skar yoktu. Radyolojik incelemede solda göğüs ön duvarda 4. kot altında metalik yabancı cisme ait radyopak görünüm mevcuttu ama hemopnömotoraks yoktu (Resim 1,2). Hastaya sol anterior torakotomi yapıldı ve sol 4. kot altında kota füzyon yapmış olan metal çivi parsiyel kot rezeksiyonu ile çıkarıldı (Resim 3). Hasta postoperatif 4. günde komplikasyon olmadan taburcu edildi.

Sonuç: Yabancı cisim öyküsü olmasa bile göğüs ağrısı ile gelen hastalarda göğüs duvarında yabancı cisim olabileceği de mutlaka düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: Göğüs duvarı, metalik yabancı cisim



Resim 1



Resim 2



Resim 3

P-094

POSTERİOR YAKLAŞIMLA İNTRA TORASİK SCHWANNOMA EKSİZYONU

Akın Yıldızhan¹, Hakan Şimşek², Fatih Candaş¹, Rauf Görür¹, Haluk Şaşmaz¹, Turgut Işıtmangil¹

¹GATA Haydarpaşa Asker Hastanesi Göğüs Cerrahi Servisi, İstanbul

²GATA Haydarpaşa Asker Hastanesi Beyin Cerrahisi Servisi, İstanbul

Hikayesi: Göğüs ağrısı şikayetiyle polikliniğimize müracaat eden hastamız şimdiye kadar birkaç kez göğüs ağrısı yaşadığını ancak bu ağrıların ağrı kesicilere cevap verdiğini ifade etmektedir. Hasta herhangi bir travma öyküsü tarif etmemektedir. Genel fizik muayenesi normal olarak tesbit edilmiştir.

Postero-anterior Akciğer grafisinde görülen lezyon üzerine hastaya Toraks Bilgisayarlı Tomografi tetkiki istendi (Resim 1). Kitlenin şüpe spinal kanal iştiraki nedeniyle Beyin cerrahisi konsültasyonu alındı ve Torak MRG planlandı (Resim 2,3).

Torakal Spinal Mr İnceleme: Sağ hemitoraks posteromedialinde, T4-5 düzeyinde sağ nöral foramen düzeyine uzanımı izlenen ve sağ T5 sinir kökü ile olan ilişkisi nedeniyle T5 sinir kılıfından orjinlendiği düşünülen, vertebra korpus ve komşuluğundaki kotlarda belirgin destrüksiyon oluşturmeyen, plevrayla geniş aç yapan ekstra plevral kitlesel lezyon izlendi.

Kitle eksizyonu sırasında oluşabilecek spinal sinir hasar şüphesi nedeniyle, Beyin cerrahisi ile ortaklaşa operasyon planlandı.

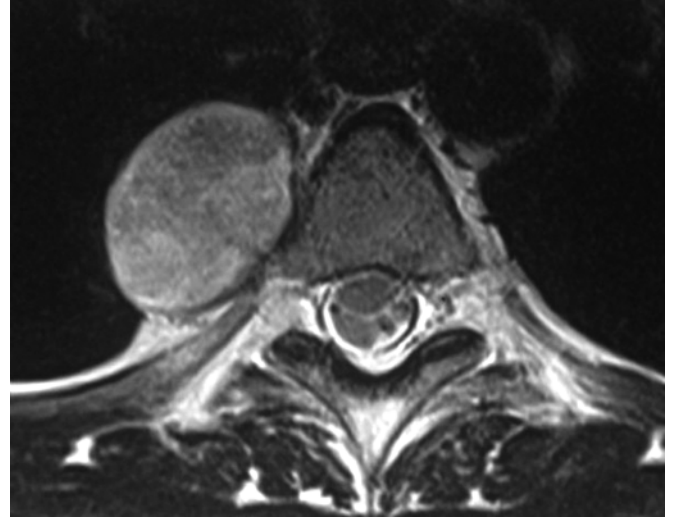
Hastaya Posterior girişimle; prone pozisyonunda operasyon yapıldı. Kas tabakası geçilerek 6. Kota parsiyel rezeksiyon uygulandı. Plevra intakt olarak transvers proses altına kadar ilerlendi. Transvers proses de eksize edildi. Kitle transvers prosesin alınan kısmının hemen altında belirlendi. Kitle mikroskopik olarak bipolar koter yardımıyla plevradan, vertebra korpusunda anterior longitudinal ligamandan disseke edilerek ayrıldı. Th 5-6 seviyesinden spinal sinirden ayrılan interkostal sinirin (ventral ramus) tümörün içine girdiği görüldü. Spinal kolana kadar diseke edilerek

ramus bağlanarak kesildi ve tümör serbestleştirildi. Yaklaşık 5x3 cm ebatlarında kitle total olarak çıkartıldı.

Postoperatif patolojis Ancient Schwannoma (dejeneratif değişiklikler gösteren) olarak raporlandı. Postoperatif dönemde hastanın herhangi bir sıkıntısı olmadı.

Tartışma: Spinal sinir schwannomları iyi huylu tümörler olup cerrahi müdahaleyle tümörün total çıkarılması tam şifa sağlar ancak subtotal cerrahilerde nüks görülebilir. Yapılacak cerrahi girişim planı ve açılacak tümörün lokalizasyonu ve ekstradural komponentin büyüklüğü ile ilişkilidir. Torakal bölgedeki sipinal sinirle ilişkili schwannomlarda çeşitli cerrahi yaklaşımlar uygulanabilmektedir. En güvenli girişim posterior yaklaşımla yapılan eksizyonlardır. Posterior yaklaşımlarda dura ya da omurga kanal içi tümörün daha rahat ve güvenle omurilikten ayrılabilmesi, ameliyat sonrası BOS sızıntısının daha az görülebilmesi ya da bu tür komplikasyonların direk tamirinin daha rahat olması, ameliyat sonrası mediasten ve akciğere ait enfeksiyon, ağrı ve pnömo-hemotoraks gibi komplikasyonların daha az olması bu yaklaşımı üstün kılmaktadır. Ancak sipinal sinir iştiraki olmayan diğer tümörlerde torakotomi ve kombine cerrahiler uygun olabilir.

Anahtar Kelimeler: Schwannoma, Eksizyon



Resim 3. Torakal Spinal Mr İnceleme görüntüsü

P-095

PRİMER MALİGN GÖĞÜS DUVARI TÜMÖRLERİNDE CERRAHİ TEDAVİ SONUÇLARIMIZ

Duygu Işık Ayhan, Fazlı Yanık, Yekta Altemur Karamustafaoğlu, Yener Yörük
Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahi Anabilim Dalı

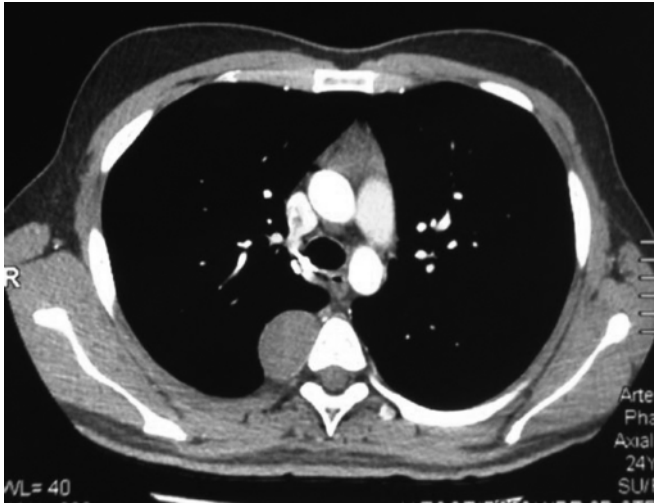
Amaç: Primer göğüs duvarı tümörleri, tüm malignitelerin %1-2'sini, toraks tümörlerinin ise %5'ini oluşturmakla birlikte %80'i histopatolojik olarak maligndir. Çalışmamızda 2007-2013 yılları arasında TUTF Göğüs Cerrahisi kliniğinde primer malign göğüs duvarı tümörü tanısıyla opere edilen 14 olgu retrospektif olarak değerlendirilmiştir.

Gereç Yöntem: Sekizi erkek, altısı kadın, ortalama yaşları 44,3(14-82) yıl olan 14 olgunun 8'inde (%57,2) tümör kemik dokulardan, 6'sında (%42,8) göğüs duvarı yumuşak dokularından kaynaklanmaktaydı. Olgular, yaş, cinsiyet, semptomlar, tümör yeri, tümör çapı, komplikasyon, nüks, tedavi şekilleri, yaşam süreleri, hastanede kalış süreleri, rekonstrüksiyonda kullanılan materyaller yönüyle değerlendirildi.

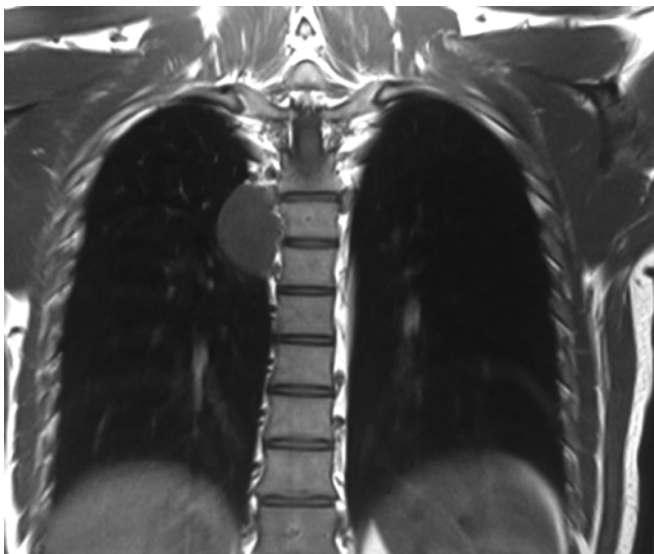
Bulgular: En sık başvuru şikayeti, 8 (%57) olguda şişlik ve 6 (%43) olguda idi. Rezeksiyon sonrası histopatolojik incelemede en sık sarkomlar (n=6, %42,8) görülmekle birlikte; onu sırasıyla mezankimal tümörler 4 (%28,6) olgu, schwannoma 2 (%14,3) olgu ve diğer tümörler (n=2, %14,3) izledi ve ortalama patolojik tümör çapı $10,87 \pm SD 3,9$ cm (4,5-20 cm) olarak tespit edildi. Yedi olguya kot rezeksiyonu, bir olguya sternum rezeksiyonu (iki olguya beraberinde akciğer wedge rezeksiyonu), 6 olguyada yumuşak doku rezeksiyonu uygulanırken, oluşan defekt dört olguda çeşitli materyallerle rekonstrükt edildi. Medyan sürvi $43 \text{ ay} \pm SD 36$ ay olarak bulundu. Erken dönem mortalite gözlenmezken, bir olguda yara yeri enfeksiyonu oluştu, vakumlu yara drenajı ile tedavi edildi. Neoadjuvan ya da adjuvan kemoradyoterapinin sağkalım ve nüks üzerine istatistiksel olarak anlamlı bulunamadı.

Sonuç: Göğüs duvarı tümörlerinde erken tanı önemlidir. Ameliyata uygun olan olgularda geniş rezeksiyon amaçlanmalıdır. Bazı tümör tiplerinde ise kemoterapi ve radyoterapi ile desteklenmesi başarıyı artırabilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Göğüs duvarı, göğüs duvarı malign tümörü, rekonstrüksiyon



Resim 1. Toraks Bilgisayar Tomografi Görüntüsü



Resim 2. Torakal Spinal Mr İnceleme görüntüsü

P-096

İLERİ EVRE AKCİĞER KANSERİNDE PALYASYON: ÖZOFAGUS STENTLERİ

Yekta Altumur Karamustafaoğlu, Duygu Işık Ayhan, Fazlı Yanık, Yener Yörük
Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahi Anabilim Dalı, Edirne

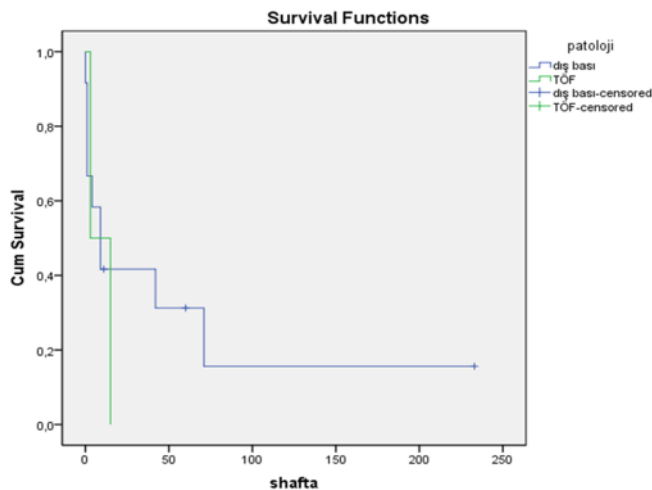
Amaç: İleri evre akciğer kanserinde malign disfaji rezeke edilemeyen bölgesel veya metastatik hastalıkla ilişkilidir. Görülme sıklığı %6-7 olup; bunların %1 inde trakeoözofageal fistül (TÖF) oluşabilmektedir. Çalışmamızda; akciğer kanserine bağlı malign disfaji ve TÖF bulunan olgularda, genişleyebilen metalik stentlerdeki deneyimimizi aktarmak istedik

Materyal ve Metod: Ağustos 2002 ve Şubat 2014 yılları arasında, ortalama yaşları $63,9 \pm 7$ (47-79), 37 (%93) erkek ve 3 (%7) kadın, 40 olguya malign disfaji ve TÖF nedeniyle, genişleyebilen metalik stent takıldı. Stentler kılavuz tel yada C kollu skopi cihazı eşliğinde yerleştirildi. Olguların 33'ü daha önceden kemo-radyoterapi almıştı. TÖF dokuz (%22,5) olguda mevcuttu.

Sonuçlar: Tüm hastalarda geçici ağrı dışında komplikasyon görülmedi. Olgular stent yerleşimini takiben bir saat içinde oral alıma başladılar. Disfaji tüm hastalarda düzeldi, bir olguya 5 ay, bir olguya 9 ay sonra disfajide progresyon olması üzerine gastrotomi açıldı. Trakeoözofageal fistüllü olgularda ortalama sürvi 9 ± 6 hafta (0-20,7, %95 güven aralığı), sadece dış bası nedeniyle stent takılanlarda ise; ortalama $53,9 \pm 26,7$ hafta (1,5 -106 hafta %95 güven aralığı) idi. Dış bası olanlarda sürvi, TÖF nedeniyle stent takılanlardan daha uzun olmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı değildi.

Tartışma: Genişleyebilen metal stentler malign disfaji ve TÖF de hayat kalitesini yükseltmekte, istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte sürviye olumlu katkıda bulunmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Akciğer malign neoplazmi, disfaji, özofagus stenti



Resim 1. Dış bası ve Trakeoözofageal fistül olan olguların Kaplan Meier ile sürvi grafiği

P-097

NADİR BİR AKCİĞER MALİGNİTESİ: PULMONER BLASTOM

Serda Kanbur, Talha Doğruyol, Serdar Evman, Elçin Ersöz, Mustafa Vayvada, Levent Alpaz, Volkan Baysungur, Çağatay Tezel

Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Bölümü, İstanbul

Amaç: Pulmoner blastom genellikle erişkinlerde görülen, immatür mezenkimal ve/veya epitelyal yapılar içeren, nadir görülen bir akciğer tümörüdür. Klinik olarak özellik göstermez ve tanısı computed tomography ve histopatolojik olarak konur. Tedavisinde en etkin yöntem cerrahi rezeksiyondur. Bu tümörün literatürde vaka sunumları şeklinde çok nadir görülmesi sebebiyle kendi vakamızı sunacağız.

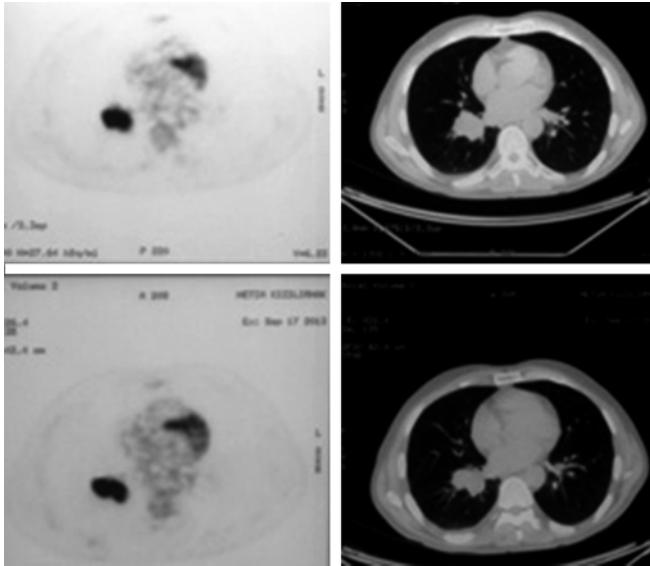
Olgu: Elliüç yaşında erkek hastada öksürük ve hemoptizi gelişmesi sebebiyle çekilen, P-A akciğer röntgeninde sağ akciğerde kitle görüldü. Özgeçmişinde 50paket/yl sigara anamnezi olan hastanın, solunum fonksiyon testleri ve laboratuvar değerleri normal sınırlardaydı. Hastaya çekilen toraks CT'de sağ akciğer alt lob superior segmentte 31x45mm kitle saptandı. Hastanın bronkoskopisinde sağ al lob bazal segmnetler girişinde kitle görüldü ve alınan biyopsi sonucu non-small cell ca olarak raporlandı (Resim 1). PET-CT'de kitlenin SUVmax değeri:13.1 ve diğer vücut bölgeleri normal olarak değerlendirildi (Resim 2). Hastanın kranial MR'ının da normal gelmesi üzerine hastaya sağ torakotomi ile sağ alt lobektomi ve mediastinal lenf nodu disseksiyonu yapıldı. Makroskopik olarak visseral plevradan dışarıya doğru nodüler lezyon oluşturan parankim içersinde bir bölümü kistik boşluk halinde 3x3x2,5 cm boyutlarında lezyon görülmüştür. İnferior interlober lenf nodu dışında, mediastinal ve hiler lenf nodlarında malign tümör metastazı saptanmadı. İmmünohistokimyasal olarak Vimentin (+), S-100, CK5/6(-), Desmin(-), PANC K(-), SMA (-), P 63 (-) ve Ki 67:%40 olarak raporlandı. Bu Bulgular ile bifazik pulmoner blastom olarak değerlendirildi. Postoperatif medikal problemi olmayan hasta postop 4. gün taburcu edildi. Hastaya 6 kür Cisplatin bazlı adjuvan kemoterapi yapıldı ve 4. ayında takipte.

Sonuç: Pulmoner tümörler içinde embriyonik orjinli tümörler az olarak görülmekle birlikte bu grubun içinde yer alan pulmoner blastom daha da nadir olarak görülmektedir. İlkel akciğer mezenkiminden köken alır ve tüm akciğer tümörlerini içinde 0.25 to 0.50%oranında görülmektedirler. Daha çok periferik yerleşim gösterir ve kötü prognoza sahiptirler.Bazı yazarlar tarafından bifazik ve monofazik olarak iki sınıfa ayrılmışlardır. Bifazikte neoplastik glandüler yapının yanında erişkin sarkomatöz ve ya embriyonik mezenkimal doku bir aradayken, monofazik tipte sadece embriyonik malign glandlar görülmektedir. Yaklaşık 25%-40%hastada asemptomatik seyrederken sık öksürük, hemoptizi ve göğüs ağrısı şikayeti yapmaktadırlar. Vakaların 82%'de sigara anamnezi vardır. Monofazik tipte prognoz daha iyi seyirlidir. Cerrahi rezeksiyon en etkili tedavi şekli iken adjuvan kemoterapi ve/veya radyoterapi uygulanmaktadır.1yıllık sürvi25%, 5 yıllık ise 16%'dır.

Anahtar Kelimeler: Pulmoner Blastom, Akciğer Tümörü, Torakotomi



Resim 1. Sağ alt lob superior segmentteki tümörün endobronşiyal görüntüsü



Resim 2. Hastanın Pozitron Emisyon Tomografisi görüntüsü

P-098

AKCİĞER KANSERİ ERKEN TANIDA PROTEOMİKLERİN YERİ

İsmail Ağababaoğlu¹, Ahmet Önen¹, Safiye Aktaş², Zekiye Sultan Altun²

¹Dokuz Eylül Üniversitesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, İzmir

²Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Temel Onkoloji Bölümü, İzmir

Amaç: Akciğer kanseri tüm yeni tanı almış kanser vakalarının %12.4'ünü, kansere bağlı mortalitenin %17.6'sını oluşturur ve tüm gelişmiş tedavi seçeneklerine rağmen 5 yıllık sağkalım %15'dir. Bu sağkalım evre 1 ve cerrahi ile tedavi edilmiş hastalarda %66 olmaktadır. Bu açıdan akciğer kanserinin semptomatik hale gelmeden tanı konarak cerrahi ile tam tedavisi ana strateji olmalıdır. Hastalığın sağkalımında halen kesin ve yaygın olarak başarılama-yan erken tanı son derece önemlidir. Bu nedenlerle; akciğer kanseri adenokarsinom ve skuamöz hücreli karsinom alt gruplarında MALDI TOF/TOF (matriks yardımcı lazer iyonizasyon) kütle

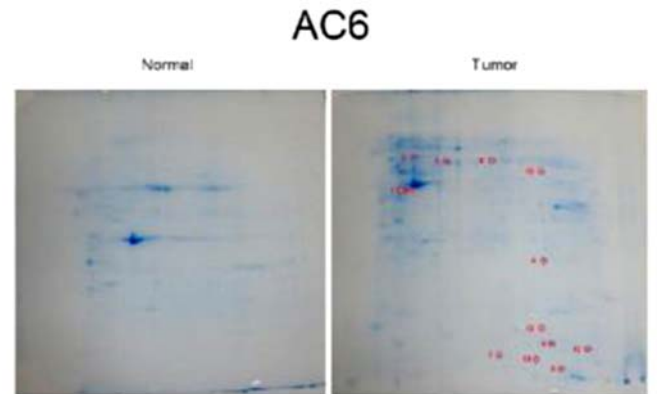
spektrometresi ile proteomik farklılıkları değerlendirerek, akciğer kanserinin erken tanısındaki önemi ve/veya rolü yorumlandı.

Yöntem: %83,3'ü (n=30) erkek, %16,7'si (n=6) kadın olmak üzere toplam 36 malign olgunun taze doku ve biyopsi örnekleri; erken evre ve geç evre akciğer kanseri örnekleri olarak 2 gruba ayrıldı ve her bir grup, 18 skuamöz hücreli karsinom (9 olgu erken evre, 9 olgu geç evre) ve 18 adenokarsinom (9 olgu erken evre, 9 olgu geç evre) alt gruplarından oluşturuldu. Malign olguların %41,7'si (n=15) Evre 1 iken, %7,3'ü (n=3) Evre 2, %44,4'ü (n=16) Evre 3 ve %5,6'sı (n=2) Evre 4'tür. Olguların %50,0'si (n=18) geç, %50,0'si (n=18) erken evre olarak sınıflanmıştır. Örnek olarak, cerrahi müdahale sonrasında hastanın tümörlü ve eşlenik normal bölgeden alınan taze dokuları kullanılmıştır. Her bir hastadaki protein değişimleri, normal dokusuna göre karşılaştırılarak protein ekspresyon düzeylerindeki farklılıklar belirlenmiştir. 2 boyutlu jel elektroforez ve MALDI TOF/TOF kütle spektrometresi analizi sonrası elde edilen sonuçlar Decodon 2 boyutlu jel analiz sistemi ile alt gruplar içerisindeki protein dan-site farklılıklarına göre tanımlanmıştır.

Bulgular: Adenokarsinom geç evre ve ileri evre alt gruplarında normal parankim dokusuna oranla tümör dokusunda 2 adet protein ekspresyonunda farklılık saptanmıştır (Tablo-1). Bunlardan HSP60 (ısı şok proteini 60) proteinindeki protein ekspresyon farklılığı istatistiki olarak anlamlı bulunmuştur. (p=0,0001) (1). Skuamöz hücreli karsinom erken evre ve geç evre alt gruplarında ise normal parankim dokusuna oranla tümör dokusunda 20 adet protein ekspresyonunda farklılık saptanmıştır (Tablo-2). Bunların içinden sadece annexin-2 proteini ekspresyon düzeyindeki artış istatistiki olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,002) (2). Adenokarsinom ve skuamöz hücreli karsinom alt gruplarının tümör dokularının erken ve geç evre protein ekspresyonlarında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Sonuç: Bu sonuçlar ışığında akciğer kanserinin erken tanısında adenokarsinom grubunda HSP60, skuamöz hücreli karsinom alt grubunda annexin 2 proteinin önemli bir biobelirteç olduğunu düşünmekteyiz. Ayrıca tanımlanan bu 2 proteinin prognozu, metastaz potansiyelini, tedaviye yanıtı değerlendirme ve adenokarsinom, skuamöz hücreli karsinom ayırıcı tanısı açısından önemli katkılar yapabilecek potansiyele sahip moleküller olabileceğini düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: annexin 2, hsp60, proteomik



Resim 1. 2 Boyutlu jel elektroforez

Tablo 1. Skuamöz hücreli karsinom alt grubunda saptanan hücre farklılıkları

1. Manganese superoxide dismutase (MnSOD)	P>0.05
2. Annexin A2 isoform 2	p=0.002
3. Alpha-enolase isoform 1	P>0.05
4. Muscle-specific enolase	P>0.05
5. Endoplasmin precursor	P>0.05
6. Heat shock protein gp96 precursor	P>0.05
7. Tumor rejection antigen (gp96) 1	P>0.05
8. Actin, cytoplasmic 1	P>0.05
9. Chain A, Human Serum Albumin In A Complex With Myristic Acid And Tri- Iodobenzoic Acid	P>0.05
10. Chain A, Crystal Structure Of Lipid-Free Human Apolipoprotein A-I	P>0.05
11. Vimentin	P>0.05
12. Carbonic anhydrase 1	P>0.05
13. Beta-globin	P>0.05
14. Myosin light chain 3	P>0.05
15. Actin, alpha skeletal muscle	P>0.05
16. Beta globin chain variant	P>0.05
17. Phospholipase C-alpha	P>0.05
18. 60 kDa heat shock protein, mitochondrial	P>0.05
19. Phospholipase C-alpha	P>0.05
20. 2-phosphopyruvate-hydratase alpha-enolase	P>0.05

Tablo 2. Adenokarsinom alt grubunda saptanan hücre farklılıkları

1. Beta-fibrinogen precursor, partial	P>0.05
2. Chaperonin (HSP60)	P=0.0001

P-099

AKCİĞER KANSERİ TEDAVİSİ SONRASI GELİŞEN AKUT BÖBREK YETMEZLİĞİ (ABY) OLGU SUNUMU

Dilara Sevim¹, Mustafa Bozkurt², Abdulkadir Ergen¹, Meryem Tahmaz¹, Mehmet Köse¹, Eyyüp Ayas¹, Gülnar Gülaçtı¹, Metin Yeğen¹

¹Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul

²Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Onkoloji, İstanbul

Giriş: Akciğer kanseri tedavisinde cerrahi yanında sitotoksik kemoterapi sık kullanılır. Kemoterapötik ilaçlar kür sağlamanın yanında yaygın yan etkileri sebebiyle dikkatle kullanılmalıdır. Kemoterapötikler farklı mekanizmalarla hücreye etki ederler. Alkilleyici ajanlar DNA zincirine bağlanarak DNA replikasyonunu engelleyip, hücreyi apoptozise zorlarlar. Bilinen alkilleyiciler platin grubu, siklofosfamid, melphalan gibi ilaçlardır.

Olgu: 71 yaşında erkek hasta idrar yaparken yanma, halsizlik şikayetleri ile başvurdu. Özgeçmişinde küçük hücre dışı akciğer kanseri (KHDAK), kemik metastazı, troidektomi, hipertansiyon, nefrolitiazisden opere, kronik böbrek yetmezliği öyküsü vardı. KHDAK sebebiyle karboplatin kullanımı sonrasında şikayetleri başlamış. Fizik muayenesinde özellik yoktu. Bir ay önceki kreatinin 1.89 mg/dl olan hastanın laboratuvar tetkiklerinde kreatinin 7.1 mg/dl, üre: 84 mg/dl, lökosit 11.000 (nötrofil hakimiyeti), tam idrar tahlilinde lökosit ++, eritrosit ++, protein ++ saptandı. Nefrolojiye danışıldı. cANCA, pANCA, anti-dsDNA, ANA, hepatit paneli, krioglobulin, C3, C4, ASO, RF, anti-GBM tetkiklerinde patoloji saptanmadı. Üriner ultrasonografisinde bilateral böbreklerde pelvikektazi saptanmadı. Postrenal obstrüksiyon saptanmadı. Bilateral böbrek boyutları azalmıştı. Mesane cidar

kalınlığı diffüz artmıştı. (sistit) Hastaya çıkardığı sıvı + 500 cc olacak şekilde sıvı verildi. Aldığı çıkardığı takibi ve kilo takibi yapıldı. Sistit için antibiyoterapiye başlandı. takiplerinde kreatinin değeri 2.7 mg/dl geriledi. Sıvısı yavaş yavaş kısıtlanan hastanın kreatinin değerlerinde yükselme olmadı.

Sonuç: Platin grubu antineoplastikler renal tübüler hücrelerde toksik etki yaparak ABY neden olabilir. Platin uygulanmasında hidrasyon, böbrek fonksiyon testlerinin takibi ve renal fonksiyon bozukluğu olan hastada doz ayarlaması yapılması esastır.

Anahtar Kelimeler: Akciğer kanseri, Akut böbrek yetmezliği, karboplatin

P-100

AKCİĞER KANSERLİ HASTALARDA İLK SEÇİM TEDAVİ SONRASI ERLOTİNİB TEDAVİSİNİN ETKİNLİĞİ VE YANIT ORANLARI

İbrahim Yıldız¹, Adnan Aydin²

¹Katip Çelebi Üniversitesi, İzmir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Onkoloji

²İstanbul Üniversitesi, Onkoloji Enstitüsü

Amaç: İlk seçim platin temelli kombine tedaviler sonrasında progrese olan ve EGFR durumu bilinmeyen KHDA kanserli hastalarda erlotinib tedavisinin klinik sonuçlarını değerlendirmek amaçlandı.

Metod: En az bir seri sitotoksik tedavi almış KHDA kanserli 109 hasta retrospektif olarak analiz edildi. PFS, OS ve yanıt oranları değerlendirildi.

Bulgular: 13 aylık takipte 60 ölüm olayı meydana geldi. Erlotinib tedavisinin ortanca tedavi süresi 15 hafta idi (aralık, 4–184). Ortanca yaş 57 idi (aralık, 24–80 yıl) ve çalışma örnekleminde 68 erkek (%62) ve 41 bayan (%38) içermektedir. EGFR mutasyonu 65 hastada bakıldı ve 11 (%17) hastada mutasyon varlığı saptandı. 8 hastada exon 19 delesyonu ve 3 hastada exon 21, L858R nokta mutasyonu bulundu. Ortanca OS ve PFS sırasıyla 8.5 ay (%95 confidence interval (CI), 2.58–14.37) ve 4.2 ay (%95 CI, 2.61–5.87) idi. Tedavi yanıtı 100 hastada değerlendirildi. 4 hasta izlem dışı kaldı, 5 hasta ise erlotinibe bağlı yan etki nedeniyle tedaviyi kesti. 2 hastada tam yanıt, 13 hastada parsiyel cevap alındı. Hastalık kontrol oranı %55 idi. En sık olarak papülopüstüller, raş, akne, deri kuruluğu gibi deri ilgili yan etkiler görüldü (34 hastada grade 2 ve daha fazla).

Sonuç: Çalışmamız tek merkezli, tek kollu ve retrospektif bir çalışma olmasına karşın, Bulgularımıza göre erlotinib tedavisi mutasyon durumu olmayan hastalarda da etkin olabilir.

Anahtar Kelimeler: Erlotinib, sağkalım

P-101

AKCİĞER KANSERİ VE KRİPTOJENİK ORGANİZE PNÖMONİ

Onur Bayrakçı, Ferudun Ahmet Işık, Maruf Şanlı, Mehmet Yunus Benli, Bülent Tunçözgür, Levent Elbeyli

Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Gaziantep

Giriş: Akciğer kanseri, dünya çapında her yıl ortaya çıkan 1,3 milyon yeni olgu ile yaygın bir hastalık olup birçok ülkede en başta gelen ölüm nedenlerindendir. Küçük hücreli dışı akciğer kanseri (KHDAK) bu olguların %75-80' ini oluşturmaktadır (1)

Kriptojenik organize pnömoni (KOP) terminolojik eşdeğerleri ve ve birbirine yakın terimleri ilgilendiren ayırıcı tanı özellikleri açısından zengin ve güncel bir konudur. KOP' de tanı histopatolojik olarak alveoler duktuslar ve alveollerde fibroblastlar, kollojen ve fibrinli eksüdanın oluşturduğu granülasyon dokusu tomurcuklarının görülmesi ile konmaktadır (Masson Cisimcikleri) (2). Her zaman bronşiollerin olaya katılması gerekli değildir. Altta yatan bir neden bulunamadığında ise "İdiopatik Bronchiolitis obliterans-organizing pneumonia (İdiopatik BOOP)" olarak adlandırılmak yerine "Kriptojenik Organize Pnömoni (KOP)" adını almaktadır. Kliniğimizde dış merkezli histopatolojik tanısı az diferansiye karsinom olarak raporlanan hastanın onkolojik tedavisi amacıyla alt tip tayini için biyopsi istenmişti. Lezyonların tamamen kaybolması nedeniyle ilginç bularak sunmayı amaçladık.

Olgu: 45 y E yaklaşık 2 aydır öksürük ve son 2 haftadır sırt ağrıları olan, sigara kullanmayan, özgeçmişte ek hastalığı ve tüberküloz öyküsü olmayan soygeçmişte akciğer kanseri öyküsü olan hastanın dış merkezde çekilen Toraks Bt de sol üst lob anterior segmentte 36x25 mm spiküle konturlu yumuşak doku dansiteli lezyon ve bilateral akciğer parankiminde dağınık yerleşimli en büyüğü 12x3 mm çapa ulaşan multibl parankimal nodüller (Resim 1), PET te sol üst lob anteriorda ortası nekroza bağlı hipometabolik alan içeren kitlede SUVmax:6,1bilateral akciğer parankiminde yaygın SUVmax:3,5 metastatik nodüller (Resim 2) olarak raporlanmış. Yapılan Fiberoptik bronkoskopide endobronşial lezyon yok, balgam ve bronkoalveoler lavaj benign olarak raporlanmış. Dış merkezli sol üst lob anteriordaki kitleden yapılan Tru Cut biyopsi patolojisi Az Diferansiye Karsinom olarak raporlanmış. Evre 4 AC Ca ön tanısıyla Onkolojik tedavisi için alt tip tayini istenilen hastanın preperatları GAÜNTF Patoloji Kliniğine konsülte edildi. Malignite ekarte edilememesi nedeniyle rebiyopsi önerilir olarak raporlandı. Daha sonra hastaya kliniğimiz tarafından Sağ Vats + Orta lob ve alt lob nodül (4 adet) wedge rezeksiyon yapıldı. Frozen kalıcı kesit olarak bildirildi. Postop takiplerinde herhangi bir problem izlenmeyen hasta patoloji sonucu ile tekrar değerlendirmek üzere taburcu edilmişti. Patoloji sonucu Kriptojenik Organize Pnömoni ile uyumlu olup malignite düşünülüyorsa rebiyopsi önerilir olarak raporlandı. Göğüs – Onkoloji Konseyinde değerlendirilen ve malignite düşünülen hastaya tekrar cerrahi kararı alındı. Nonspesifik antibiyotik tedavisi alan hastanın preop yapılan tetkiklerinde lezyonların tamamen kaybolduğu görüldü ve şifa ile taburcu edildi (Resim 3).

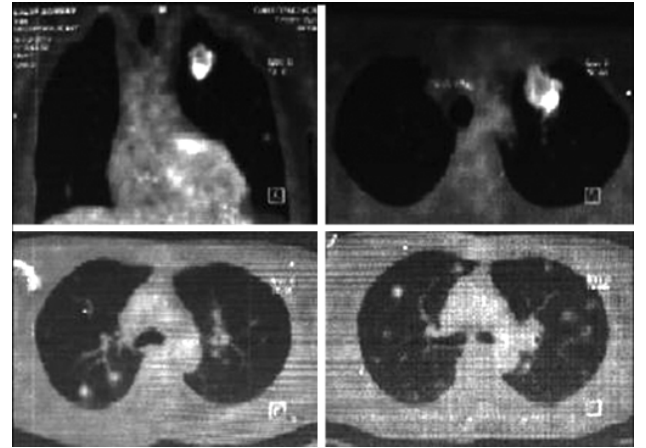
Sonuç: Akciğer kanseri, insidansın artması ve kansere bağlı ölümlerde birinci sırada yer alması nedeniyle, tüm dünyada ilk sırada onkolojik bir problem olarak görülmektedir (3). Akciğerdeki nodüller nadir olmayarak akciğer kanserlerinin bir bulgusu olabileceği için son derece önem taşımaktadırlar. FDG-PET ile malign-benign ayrımı açısından yüksek doğruluklu neticeler alınmakla birlikte FDG-PET' in duyarlılığı %83-100 (ort. %96), özgüllüğü ise %50-100 (ort. %73,5) bulunurken 3 cm' den daha küçük pulmoner nodüller (n=450) ele alındığında FDG-PET duyarlılığı ortalama %93,9 özgüllüğü ise ortalama %85,8 bulunmuştur (5). Bizim olgumuzda da yaygın FDG tutulumu izlenen lezyonların olması nedeniyle malignite ön planda düşünülmüş olup histopatolojik olarak organize pnömoni saptanmıştır. FDG-PET te pnömonide dahil olmak üzere birçok benign patolojilerde artmış tutulum izlenmekte olsada, bronkoalveoler kanser bronşial karsinoid gibi yavaş ilerleyen kanserlerde düşük düzeyde tutulum olabilir hatta

hiç FDG tutulumu olmayabilir (6). Radyolojik ve klinik olarak pek çok tabloyu taklit edebildiğinden dolayı ayırıcı tanıda KOP ve sekonder BOOP' a yer verilmesi gerektiğinin önemi anlaşılmakla birlikte bu lezyonlar periferik yerleşimli multifokal hava boşluğu konsolidasyonundan, buzlu cam görünümü ve nadiren diffüz bilateral infiltrasyon veya soliter fokal kitle lezyonu ile karşımıza çıkabileceğinden malignitenin ekarte edilmesi çok önemlidir. Sonuç olarak malignite şüphesi olan nodüllerde ve özellikle FDG-PET tutulumu izlenen tanısı olmayan lezyonlarda histopatolojik tanı gerekmektedir. Çünkü kansere bağlı ölümlerin %28' ini akciğer kanseri oluşturmakta ve olası erken evre akciğer kanserlerinde 5 yıllık sağkalım %2 lerden %60 lara ulaşmaktadır. İleri Evre Akciğer Ca ön tanısıyla histopatoloji belirlenme esnasında lezyonların tamamen kaybolması nedeniyle sunmayı klinik olarak anlamlı bulduk.

Anahtar Kelimeler: Akciğer Kanseri, Kriptojenik Organize Pnömoni



Resim 1. operasyon öncesi toraks Bt görüntüsü



Resim 2. operasyon öncesi Pet görüntüsü



Resim 3. lezyonların tamamen kaybolduğu görüntü örneği

P-102

AKCİĞER KANSERLİ HASTALARDA VENÖZ TROMBOEMBOLİZM SIKLIĞI

Muzaffer Sezer¹, Esra Sönmez Duman², Haluk Onat¹, Necdet Üskent¹

¹Anadolu Sağlık Merkezi Hastanesi, Tıbbi Onkoloji Bölümü

²Anadolu Sağlık Merkezi Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Bölümü

Amaç: Bu çalışmada venöz tromboembolizm (VTE) gelişen akciğer kanserli hastaların genel klinik özelliklerinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem: Kliniğimizde takip edilen tüm akciğer kanserli hastaların verileri retrospektif olarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Kliniğimizde Ocak 2009-Ocak 2014 tarihleri arasında verileri değerlendirilebilen toplam 480 akciğer kanserli hastanın 25 inde (%5) VTE gelişmiş olup bunların 8 (%32)i derin ven trombozu (DVT), 17 (%68)si pulmoner emboli (PE) dir. Olguların ortalama yaşı 60,16 ve sigara içimi ortalama 35,9 pk/yıl idi. Histolojik alt grup olarak 6 hasta küçük hücreli akciğer kanseri (KHAK), 19 hasta küçük hücreli dışı akciğer kanseri (KHDAK) olup bunların 6 sı yassı epitel hücreli, 13 ü adenokarsinomdu. VTE anında KHDAK hastaların 14 ü Evre IV, 4 ü Evre IIIb, 1 i Evre IIa, KHAK hastaların ise 2 si sınırlı hastalıkken 4 ü yaygın hastalık evresinde idi. Hastaların ortalama kemoterapi kür sayısı 3,45 idi. Olguların 3 ünde tanı anında VTE varken kemoterapi alan hastalarda akciğer kanseri tanısı ile VTE görülmesi arasında geçen süre ortalama 185 gün, en son kemoterapi – VTE arası ortalama 73 gündü. Hastaların VTE geliştiği dönemdeki kemoterapiye yanıtı bakıldığında 9 hastada parsiyel yanıt, 12 hastada progresyon, 1 hastada tam yanıt olduğu gözlemlendi.

Sonuç: Akciğer kanserli hastaların yaklaşık %5 inde tanıdan itibaren ilk 6 ay içinde VTE gelişmiş olup, VTE gelişimi hastalığın progresyon bulgusu olabilmektedir.

Anahtar Kelimeler: akciğer kanseri, venöz tromboembolizm

hastanın primer odak açısından akciğer kaynaklı olabileceği raporlandı.

Küçük hücreli akciğer kanserinin nadirde olsa metastatik akciğer kanserine benzer radyolojik görüntü verebileceğinin göz önünde bulundurulması gerekliliği için bu olgu sunumu yapıldı.

Anahtar Kelimeler: küçük hücreli akciğer kanseri, metataz, radyoloji



Resim 1. Bilgisayarlı Tomografi



Resim 2. PA Akciğer Grafi

P-103

RADYOLOJİK OLARAK METAZTAZI TAKLİT EDEN KÜÇÜK HÜCRELİ AKCİĞER KANSERİ: OLGU SUNUMU

Makbule Özlem Akbay, Dilek Ernam

Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Bölümü, İstanbul

Küçük hücreli akciğer kanseri hızlı seyir gösteren, erken dönemde metataz yapan, tedavi edilmez ise kısa sürede ölümle sonuçlanan bir hastalıktır. Tanı sırasında PA Akciğer grafi ve bilgisayarlı tomografide santral yerleşimli hiler veya perihiler kitleler şeklinde karşımıza çıkar.

37 yaşında erkek hasta, genel durum bozukluğu nefes darlığı şikayeti ile başvurdu. Hastanın çekilen PA AC grafisinde her iki akciğer de alt ve orta zonlarda birleşme eğilimi gösteren nodüler lezyonlar mevcuttu. Bilgisayarlı tomografide ise her iki ac de yaygın ve sınırları yer yer birbirinden ayırt edilemeyen en büyüğü 35 mm en küçüğü 28 mm çapa ulaşan nodüler lezyonlar tespit edildi. Hastaya fiberoptik bronkoskopi yapıldı. Normal endobronşial sistem tespit edildi. Hastaya tanı amaçlı sol supraklaviküler LAP biopsisi yapıldı. Biopsi sonucu küçük hücreli karsinom metatazı olarak raporlandı. Biopsi preparatına yapılan boyamalarda

P-104

SERVİKAL VİDEO-MEDİASTİNOSKOPİ YARDIMI İLE MEDİASTİNAL BRONKOJENİK KİST EKSIZYONU: OLGU SUNUMU

Ömer Önal, Leyla Hasdıraz, Fahri Oğuzkaya

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Kayseri

Amaç: Mediastinal kitlelerin yaklaşık %20 kadarını mediastinal kistler oluşturmaktadır (1). Bu kistlerin tedavisinde total cerrahi eksizyon önerilmektedir. Bu çalışmada servikal videome-diastinoskopi yardımı ile total olarak çıkardığımız bir bronkojenik kist olgusunu sunmayı amaçladık.

Olgu: Öksürük ve göğüs ağrısı şikâyetleri ile başvuran 44 yaşında erkek hastanın fizik muayene, kan sayımı, kan biyokimya ve solunum fonksiyon testleri normaldi. Toraks bilgisayarlı tomografisinde sağ paratrakeal alanda orta paratrakeal alanda 23 x 28 mm boyutlarında kistik dansitede, düzgün sınırlı lezyon tespit edildi. (Resim 1) Hastaya servikal video-mediastinoskopi uygulandı. Sağ alt paratrakeal alanda kistik lezyon görüldü. Kist etrafındaki yapışıklıklar dissekte edildi. Ponksiyon yapılarak 5 cc serohemorajik özellikte mayi aspire edildi. Böylece kistin basıncı düşürülerek total olarak çıkarıldı. (Resim 2) Mediastinoskopi esnasında patolojik görülen sağ 2 - 4, sol 4 ve subkarinal lenf nodları eksize edildi. Postoperatif komplikasyon gelişmeyen hasta ertesi gün taburcu edildi. Patoloji raporu bronkonkojenik kist olarak geldi. Lenf nodları reaktif antrakotik lenf nodları olarak rapor edildi. Postoperatif 2. ay kontrolünde fizik muayene ve radyolojik anormallik izlenmedi.

Tartışma: Bronkojenik kistlerin ince iğne aspirasyonu ile tedavisi daha az invaziv görülse de kist duvarı çıkarılmadığından sıvı birikimi devam etmekte ve rekürrens olmaktadır (1). Birçok cerrah kistin enfekte olarak daha ciddi yapışıklıklara yol açabileceği ve düşük de olsa malign potansiyeli olduğundan erken dönemde total eksizyonu önermektedir (1-2). Önceki yıllarda torakotomi veya sternotomi gibi teknikler kullanılırken minimal invaziv yöntemlerin gelişmesi ile günümüzde video yardımlı torakoskopik girişimler ön plandadır. Ancak Arslan ve ark (3) larının dikkat çektiği gibi video-mediastinoskopide tek lümen entübasyonun yeterli olması, hastaya verilen pozisyon gereği ameliyat sonrası ağrının daha az olması, kısa anestezi süresi, mediastene herhangi bir dren konulmasına gerek olmaması ve 24 saat içerisinde taburculuk ile hastane maliyetlerinin azaltılması gibi avantajları ile video-mediastinoskopi, video- torakoskopik cerrahiden üstün görülmektedir.

Sonuç: Video mediastinoskopi, mediastende yerleşen solid lezyonların örneklemesi veya çıkarılması için güvenle kullanıldığı gibi, kistik lezyonların çıkarılmasında da minimal morbidite ve kısa hospitalizasyon süresi ile tercih edilebilecek bir yöntemdir

Anahtar Kelimeler: mediastinal kist, video-mediastinoskopi



Resim 1. Toraks BT mediasten kesitinde v.azygos komşuluğunda kistik lezyon görülmektedir.



Resim 2. Operasyon sonrası total olarak çıkarılan kist görülmektedir.

P-105

NADİR BİR YABANCI CİSİM ASPIRASYONU SONRASI GELİŞEN BRONKOPLEVROKUTANÖZ FİSTÜL: HORDEUM MURINUM

Serda Kanbur, Talha Doğruyol, Serdar Evman, Elçin Ersöz, Mustafa Vayvada, Levent Alpay, Volkan Baysungur, Çağatay Tezel

Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi, İstanbul

Amaç: Latince adı Hordeum minirum olan otun aspirasyonu sonrası toraks duvarından fistülize olarak kendiliğinden ekstrüksiyonu literatürde çok nadir olarak bildirilmiştir. Yazımızda aspire edildikten beş ay sonra, tanı konulamadan takip edilen hastada, kendiliğinden torakal bölgeden çıkan otun klinik ve radyolojik Bulguları eşliğinde geçirdiği ilginç yolculuğu sunacağız.

Olgu: Onüç yaşında erkek hasta sağ torakal bölgede nefes almakla, artan ağrı nedeniyle başvurdu. Özgeçmişinde herhangi bir özellik olmayan hastanın fizik muayenesi doğal, laboratuvar testleri hafif CRP ve sedim yüksekliği dışında normaldi ancak, akciğer grafisinde sağ akciğer alt zonda, infiltrasyon görülmesi üzerine çekilen toraks CT'de sağ akciğer alt lob posterobazal segmentte posterior plevraya uzanan düzensiz sınırlı lezyon ve 4mm derinliğe ulaşan effüzyon izlenmekteydi (Resim 1). Ayrıca X,XI ve XII. Kostaların arasında ve posteriororda 35x50mm boyutlarında lezyonun inferiorundan başlayarak cilt altına doğru uzanan apse formasyonu mevcuttu. Hasta tüberküloz yönünden yapılan testler negatif olması üzerine anaerob ve pnömokok etkili antibiyoterapi başlandı. Kontrol muayenede sağ posterior aksiller hat, X. kot düzeyinden püü gelmesi üzerine, bu bölgeden biyopsi alınarak yabancı cisim şüphesi ile bronkoskopi yapıldı. Bronkoskopi normaldi ve biyopsi sonucu nonspesifik iltihap olarak raporlandı. Apse drenajı sağlanarak hasta takibe alındı. Kültürlerinde üreme olmadı. İlk şikâyetinden yaklaşık 4 ay sonra hasta, apse drenajının yapıldığı yerden, bir otun geldiğini belirterek bize başvurdu (Resim 2). Bunun üzerine etraf doku ile birlikte yabancı cisim eksize edilerek kontrol bronkoskopi yapıldı. Bronşial sistem normal olarak değerlendirildi. Hastanın cilt lezyonu zamanla kapan- dı, klinik ve radyolojik iyileşme görüldü.

Sonuç: Bebeklerde ve küçük çocuklarda daha sık görülmekle birlikte, yabancı cisim aspirasyonları her yaş grubunda görülebilir.

Ev kazalarına bağlı bebek ölümlerinin en sık sebebi yabancı cisim aspirasyonudur. Farklı çalışmalarda yabancı cisim aspire eden hastaların %79-96'sının 10 yaşın altında olduğu belirtilmiştir. Lifli bir ot olan Hordeum Murinum güçlü doku penetrasyonuna sahiptir ve yabancı cisim aspirasyonları arasında çok nadir görülür. Kırsal kesimlerde yaşayan çocuklarda daha sık bildirilmiştir. Hastalarda Öksürük, hemoptizi, dispne, pnömotoraks, ampiyem ve bronşektazi gibi Bulgular görülebilir. Bronşiyal sistemdeki organik yabancı cisimler inorganik yabancı cisimlere göre çok daha şiddetli bir inflamasyona yol açar. Sonuç olarak; pisipisi otu aspirasyonu nadir görülen bir yabancı cisim aspirasyonudur. Aspirasyon öyküsü olsun veya olmasın bronkoskopi ve akciğer grafisi incelemeleriyle tanı konulamayabilir.

Anahtar Kelimeler: Hordeum murinum, Yabancı cisim aspirasyonu, Bronkoplevrokutanöz fistül



Resim 1. Hastanın başvuru esnasındaki tomografisi



Resim 2. Cilde fistülize olan pisi pisi otu

P-106

KÜÇÜK HÜCRELİ DIŞI AKCİĞER KANSERLİ, EXITUS OLMUŞ 71 KADIN HASTANIN RETROSPEKTİF DEĞERLENDİRİLMESİ

Şener Cihan¹, Nurgül Yaşar¹, Nalan Akgül Babacan², Hatice Odabaş³, Serkan Keskin¹, Cumhur Demir¹

¹Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıbbi Onkoloji Kliniği

²Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı

³Kartal Lütfi Kırdar Eğitim ve araştırma Hastanesi, Tıbbi Onkoloji Kliniği

Giriş: Akciğer kanseri her iki cinste de oldukça sık görülen bir hastalıktır. Kansere bağlı ölüm oranı oldukça yüksektir. Kadınlarda sigara alışkanlığının son dekatlarda artması ile orantılı olarak akciğer kanseri sıklığı da artmıştır. Kadınlarda görülen akciğer kanseri sıklığı bölgesel farklılıklar göstermekle birlikte 1000 kişide 0.6-35.6 arasında değişmektedir. Adenokanser alt tipi daha fazla görünmekle birlikte son yıllarda yassı hücreli kanser tipi görülme sıklığında artış vardır. Tedavi yaklaşımı erkek hastalarla aynı olmakla birlikte etyolojik sebepler, histopatolojik tipler ve sağkalım oranlarında erkek hastalara göre farklılıklar gösterebilirler.

Yöntem: 2006-2011 yılları arasında hastanemize başvurmuş ve takipleri exitus ile sonuçlanmış olan 71 kadın hastanın dosyaları retrospektif olarak incelendi. Sağkalım analizleri Kaplan-Meier yöntemi ve sağkalımı etkileyen faktörler Ki-kare testi kullanılarak belirlendi.

Bulgular: Çalışmaya 71 hasta dahil edildi. Olguların klinik ve patolojik özellikleri tablo 1'de özetlenmiştir. Medyan hastalıksız sağkalım 8 ay, Medyan genel sağkalım 8ay, 1 ve 2 yıllık sağkalım oranları sırası ile %26 ve %4 idi. En kısa yaşam süresi 1 ay en uzun yaşam süresi ise 62 ay olarak tespit edildi. En uzun sağkalıma sahip olan hasta tanı anında evre I hastalığa sahipti. Lobektomi uygulanmıştı ve patolojik alt tipi adenokanser idi. Metastatik olduktan sonra bir süre erlotinib kullanmıştı. Genel sağkalımı etkileyen faktörler arasında hastalık evresi ($p<0.001$), metastaz bölgesi ($p=0.009$), cerrahi uygulanmış olmak ($p=0.008$), tanı anında Hb değerinin 10 mg/dl altında olması ($p=0.008$), metastatik süreçte kemoterapi almış olmak ($p=0.001$) ve hastalığın ilk 6 ay içinde tekrarlaması ($p<0.001$) öne çıkan faktörler olarak bulundu. Uygulanan kemoterapi rejimleri arasında sağkalım üzerine etkili anlamlı bir farklılık yoktu. Genel sağkalım ve hastalıksız sağkalım üzerine etkili olabilecek parametrelerin p değerleri tablo 2'de verilmiştir.

Tartışma: Kadınlarda, sigara içme alışkanlığı ile birlikte akciğer küçük hücreli dışı kanseri de artıyor görünmektedir. Hastalığın erken dönemde yakalanması ve cerrahi prosedürlerin uygulanabilmesi sağkalımı arttırıyor görünmektedir. Metastatik hastalarda kemoterapi faydası oldukça belirgin bulunmuştur. Ancak bu istatistiksel anlamlılığın sadece kemoterapi etkisine mi yoksa hastaların performansına da mı bağlı olduğu tartışmalıdır. En uzun sağkalıma sahip hastanın bir aşamada hedefe yönelik tedavi kullanmış olması akıldaki tutulmalıdır. Risk faktörleri, tedavi yaklaşımları ve sonuçlarının daha doğru değerlendirilebilmesi için daha fazla hasta içeren prospektif randomize çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Akciğer kanseri, Kadın hasta, Sağkalım

Tablo 1. Hasta Özellikleri

Ortanca yaş (min-max)	57 (28-76)
Cinsiyet	71 (%100)
Kadın	
Yaş	53 (%74.6)
< 65	18 (%25.4)
> 65	
Sigara	41 (%57.7)
Var	30 (%42.3)
Yok	
Cerrahi	5 (%7)
Lobektomi	2 (%2.8)
Pnöminektomi	64 (90.2)
Yok	
Histolojik Tip	49 (%69)
Adenokanser	16 (%22.5)
Skuamöz kanser	6 (%8.5)
Belirtilmemiş	
Tanıda Hemoglobin	54 (%76)
> 10 mg/dl	17 (%24)
< 10 mg/dl	
Akciğer Lateralizasyon	43 (%60.6)
Sağ	28 (%39.4)
Sol	
Evre	2 (%2.8)
1	3 (%4.2)
2	6 (%8.5)
3A	21 (%29.6)
3B	39 (%54.9)
4	
Metastaz Bölgesi	9 (%23.3)
Beyin	3 (%7.7)
Sürrrenal	7 (%17.9)
Kemik	3 (%7.7)
Karaciğer	5 (%12.8)
Karşı Akciğer	11 (%28.6)
Multipl Bölge	
Kemoterapi alan	7 (%9.9)
Adjuvan	18 (%25.5)
Lokal İleri	44 (%61.9)
Metastatik	
Kemoradyoterapi	19 (%26.8)
Sekansiyel	2 (%2.8)
Konkomitan	

Tablo 2. Genel sağkalım ve hastalıksız sağkalım üzerine etkili olabilecek parametrelerin p değerleri

Faktör	Hastalıksız sağkalım p değeri	Genel sağkalım p değeri
Sigara	0.821	0.166
Cerrahi		0.008
Patolojik alt tip	0.240	0.008
Tanıda Hb değeri	0.846	0.008
Akciğer lateralizasyon	0.453	0.242
Metastatik bölge		0.009
Beyin metastektomi		0.211
Evre	0.409	<0.001
Metastatik kemoterapi		0.001
Metastatik KT kür sayısı		0.237
Adjuvan kemoterapi	0.409	0.596
DFS <6 ay		<0.001

P-107

AKCİĞER KANSERLERİNDE MEDIİSTİNAL LENF NODLARININ DEĞERLENDİRİLMESİNDE POZİTRON EMİSYON TOMOGRAFİSİNİN ETKİNLİĞİ

Türkan Dübüş¹, Özkan Demirhan²

¹*İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Bölümü, İstanbul*

²*Bilim Üniversitesi, Florence Nightingale Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Bölümü, İstanbul*

Amaç: Akciğer malignitelerinde sağ kalımı etkileyen en önemli faktörlerden biri lenf nodu metastazıdır. Bu çalışmada, akciğer kanser tanısı konulan olgularda mediastinal lenf nodu olası metastazlarının değerlendirilmesinde pozitron emisyon tomografisinin (PET) etkinliği araştırıldı.

Gereç ve Yöntem: Aralık 2008–Ocak 2014 tarihleri arasında İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Cerrahisi Bölümü ve Bilim Üniversitesi Florence Nightingale Hastanesi Göğüs Cerrahisi Bölümü'ne başvuran toplam 112 olgu retrospektif olarak değerlendirildi. Olguların 87'si erkek, 25'i kadın olup yaş ortalamaları %62 idi. Tüm olgulara toraks bilgisayarlı tomografi (BT) ve PET çekildi. Olguların tamamına servikal mediastinoskopi uygulanırken ek olarak 8 olguya videotorakoskopi (VATS), 3 olguya sol anterior mediastinotomi, mediastinoskopi sonuçları negatif gelen 46 akciğer kanserli olguya torakotomi ile akciğer rezeksiyonu+ mediastinal lenf nodu örnekleme uygulandı.

Lenf nodlarının toraks BT' deki boyutları, PET'deki SUD-max değerleri, uygulanan cerrahi girişimlerle çıkarılan lenf nodlarının histopatolojik tanıları değerlendirildi.

Bulgular: Mediastinal lenf nodlarının değerlendirilmesinde PET'in duyarlılığı %69.8, özgüllüğü %84.8, pozitif prediktif değeri %52.1, negatif prediktif değeri %92.2 iken, aynı değerler toraks BT'de sırasıyla %29.8, %67.6, %41.9 ve %55.3 olarak hesaplandı. PET ile BT arasında duyarlılık açısından fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p<0.05).

Sonuç: Akciğer kanserlerinde cerrahi işlem öncesi BT ve PET'in ortak değerlendirilmesi ile mediastinal lenf nodlarına yönelik invaziv girişimlerin sayısı azaltılabilir. PET' de lenf nodu metastazı düşünülen istasyonların kesinlikle biyopsisi yapılarak neticelendirilmesi, ayrıca PET'in yalancı negatiflik oranının da yüksek olması dolayısıyla BT' de lenf nodu tespit edilen tüm akciğer kanser olgularının mediastinal lenf nodlarının histopatolojik olarak değerlendirilmesini önermekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Akciğer kanseri, lenf nodu, pozitron emisyon tomografisi

P-108

EŞ ZAMANLI ÜÇ PRİMER AKCİĞER KARSİNOMU OLGUSU

Yeliz Erol, Ayşe Gül Ergönül, Ali Özdi, Alpaslan Çakan, Ufuk Çağırıcı

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, İzmir

Amaç: Bir hastanın akciğerlerinde birden fazla odakta akciğer kanseri bulunması metastazı ya da multipl primer akciğer kanserini akla getirmektedir. Senkron akciğer kanserleri tüm multipl primer akciğer kanserli olguların %40'ını oluşturur ve sıklığı %0.1- 1.6'dır. Nadir görülmesi nedeniyle senkron akciğer tümörlü bu olguyu sunmayı amaçladık.

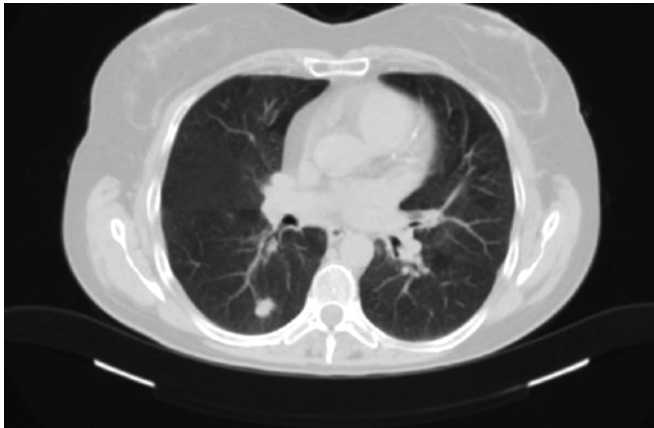
Olgu: Elli üç yaşında kadın hastanın göğüs bilgisayarlı tomografisinde en büyüğü sağ alt lob süperiorda 18 mm (Resim 1), sağ üst lob apikalde 13 mm (Resim 2), sol üst lobda 7mm (Resim 3) olmak üzere bilateral multipl parankimal nodüller saptandı. Sağ alt lobdaki nodüle yönelik transtorasik ince iğne aspirasyon biopsisi sonucu «invaziv müsinöz karsinom» olarak rapor edildi. Sol üst lobdaki lezyon videotorakoskopik wedge rezeksiyonla çıkarıldı ve tümörün patolojik incelemesi «primer lehine asiner baskın adenokarsinom» olarak rapor edildi. Soldaki lezyonun geniş wedge ile çıkarılması nedeniyle sağdaki lezyona yönelik cerrahi kararı alındı. Torakotomi ile sağ alt lobdaki ve sağ üst lobda saptanan lezyonlar geniş wedge rezeksiyonla çıkarıldı. Patolojik inceleme sonucu; sağ üst lob «asiner baskın adenokarsinom», sağ alt lob «invaziv müsinöz karsinom» olarak raporlandı.

Sonuç: PET-BT'de lenf nodu saptanmayan, peroperatif yapılan mediastinal lenf nodu örnekleri reaktif olarak bildirilen hasta-da 3 lezyon da primer tümör olarak kabul edildi.

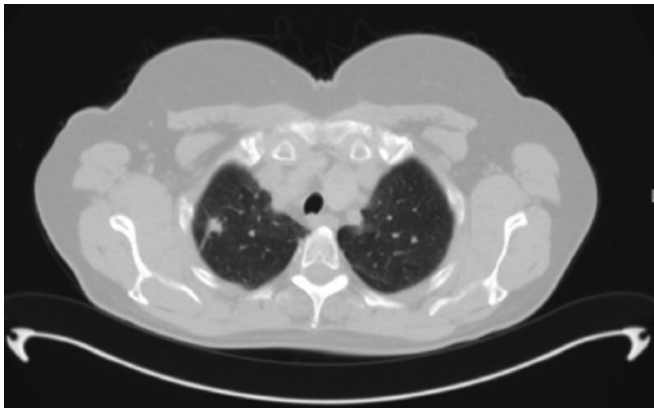
EGFR ve ALK inceleme sonucunda mutasyon ve delesyon saptanmadı. Göğüs Onkoloji Konseyi'de görüşülen hastaya 4 kür kemoterapi kararı alındı. 2. kür kemoterapisini alan hastanın takibi devam etmektedir.

Tartışma: Birden çok odakta akciğer kanseri bulunanlarda prognoz göz önüne alındığında, primer senkron akciğer kanseri olasılığı akıldaki tutularak, lezyonların her birinden biyopsi yapılması uygundur. Bu yaklaşım ile olgulara cerrahi tedavi şansı verilmekte ve medikal tedavi protokollerine göre daha uzun sağ kalım sağlanabilmektedir.

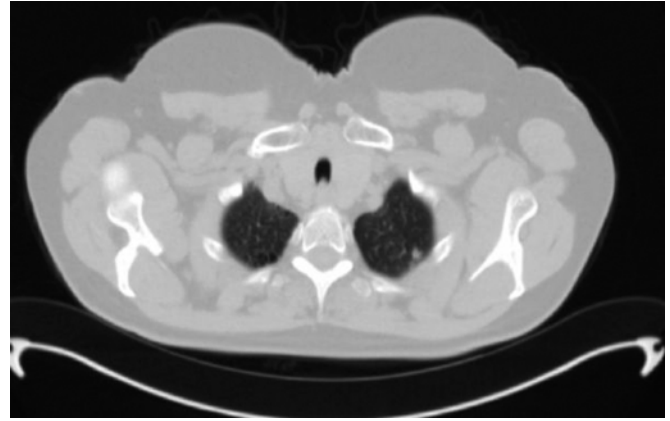
Anahtar Kelimeler: akciğer, kanser, senkron



Resim 1



Resim 2



Resim 3

P-109

AKCİĞER KANSERİ OLGUSUNDA PET/BT TARAMADA LENFATİK METASTAZI TAKLİT EDEN VENÖZ TROMBÜS

Pelin Altınok Süt¹, Ayşe Altınok², Aynur Özen³

¹Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyasyon Onkolojisi, İstanbul

²Medipol Üniversitesi, Radyasyon Onkolojisi, İstanbul

³Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nükleer Tıp, İstanbul

Giriş: Venöz tromboz birçok kanserin seyrinde, hiperkoagülopati, venöz staz veya damar duvarı hasarına bağlı olarak izlenebilen bir klinik durumdur. Tanısında ultrason (USG) en değerli yöntem olmakla beraber, klinik duruma bağlı olarak Bilgisayarlı Tomografi (BT) veya Magnetik Reonans (MR) da kullanılabilir. PET/BT aslında tümör evrelendirmesi, tedaviye yanıtın değerlendirilmesi ve takipte kullanılan bir yöntem olmasına rağmen, tümör trombüsünü venöz trombüsten ayırt etmede özellikle HCC'nin portal ven trombüsünde yararlı bulunmuştur. Burada boyun lenfatiklerinde patolojik FDG tutulumunu düşündüren venöz trombus olgusunu sunmaktayız.

Olgu: Ellidokuz yaşındaki erkek hastaya dış merkezde sol akciğerde apikal yerleşimli malign lezyon saptanarak 03.08.2008 tarihinde sol üst lobektomi yapılmış. Adenokarsinom tanısı alan 3.3 cm tümör, göğüs duvarına invaze imiş, ancak hastada lenfatik tutulum ve yapılan evrelemede uzak metastaz saptanmamış. Hasta ek tedavi almamış, altı ayda bir PET/BT ile takip edilmiş. Hastanemizde 22.09.2010 tarihinde yapılan PET/BT'de patolojik bir tutulum izlenmezken, 12.08.2011'de yapılan karşılaştırmalı PET/BT'de sol derin servikal, inferior juguler ve büyüğü 23 mm sol supraklavikuler bölgede metastaz açısından şüphe uyandıran hipermetabolik yeni gelişmiş lenf nodları görüldü. Hastanın fizik muayenesi normaldi. Biyopsi planlanarak yapılan USG'de bu lenf nodları tanımlanamadı. Kontrastlı boyun MR incelemede sol juguler zincir 1/3 distal kesimde supraklavikuler bölge ile birleştiği alana uzanan yaklaşık 4 cm'lik bir segmentte büyüğü 20 mm ölçülen ön planda patolojik lenf nodları ile uyumlu görünüm izlendi. Boyun ve toraks BT/anjyografisinde her iki common karotid arter bulbusu düzeyinden başlayarak internal karotid arter ve eksternal karotid arter proksimallerine doğru uzanan, internal karotid arter lümenlerinde anlamlı darlığa neden olmayan kal-sifik plak formasyonları ve sol eksternal juguler ven distalinde lümen içerisinde öncelikle yavaş akıma sekonder olduğu düşünülen düşük dansiteli görünüm izlendi. Sol eksternal juguler ven

seçilemedi. Pulmoner emboli görülmedi. Yapılan doppler USG'de sol vena jugularis internada parsiyel trombus materyali görüldü, akut trombus bulgusuna rastlanmadı. Kardiyovasküler cerrahi ile konsülte edildi ve hastaya asetil salisilik asid 300 mg/gün başlandı, dördüncü ayda 100 mg/gün dozuna düşüldü. Hastada nüks ve/veya metastatik hastalık bulgusu saptanmadığından onkolojik takibe devam edildi. Nisan 2012 ve Nisan 2013 tarihli PET/BT'lerde halen hastaliksız idi, daha önce izlenen trombus bulgusuna rastlanmadı.

Sonuç: PET/BT günümüzde kanserin evrelendirmesinde, tedaviye yanıtının değerlendirilmesinde ve hastalık nüksünün izlenmesinde sık başvurduğumuz tetkik yöntemlerinden biridir. Venöz trombusun tanısında başvuru olan klasik görüntüleme tetkiki olmamasına rağmen, eğer PET/BT ile venöz trombus tespit edilmişse trombusun rezolüsyona uğradığını gösterebilir.

Anahtar Kelimeler: venöz trombus, PET/BT, lenfatik metastaz



Resim 1. Sol akciğer alt lobda kistik nekrotik kitlesi olan 40 yaşında erkek hasta

P-110

ATİPİK KİST HİDATİK OLGULARIMIZIN GERİYE DÖNÜK İNCELENMESİ

Yücel Akkaş¹, Ülkü Eren Yazıcı², Ertan Aydın², Muhammet Ali Beyoğlu², Nurettin Karaoğlu³

¹Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği, Ankara

²Ankara Atatürk Göğüs Cerrahisi ve Göğüs Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği, Ankara

³Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği, Ankara

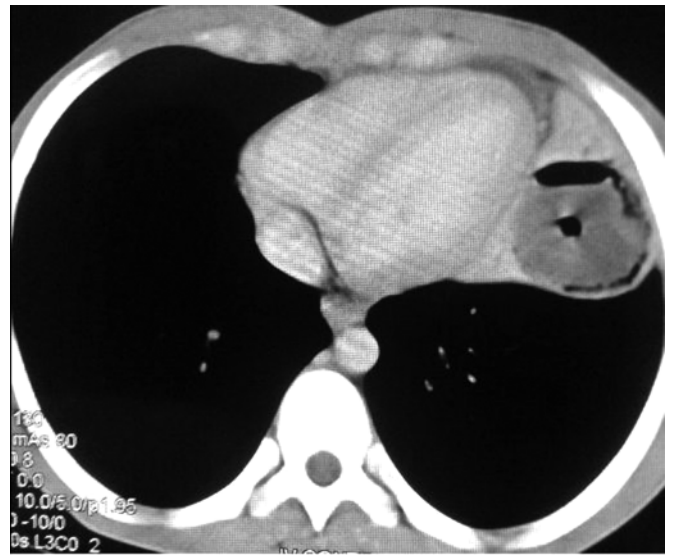
Amaç: Ülkemiz için kist hidatik hastalığı endemik bir hastalıktır. Atipik veya komplike olmuş akciğer kist hidatikleri klinik ve radyolojik olarak akciğerdeki diğer hastalıkları taklit edebilir (1,2). Biz de kliniğimizde klinik ve radyolojik olarak akciğer absesi ve akciğer kanserini taklit ettiği için 15 akciğer kist hidatiği olgusunu sunmak istedik.

Yöntem: Ankara Atatürk Göğüs Cerrahisi ve Göğüs Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Cerrahisi Kliniğinde 2008-2014 tarihleri arasında opere edilen 15 atipik akciğer kist hidatik olgusunun dosyaları geriye dönük olarak incelendi.

Bulgular: Hastaların yaş ortalaması 49.3 (17-63)'dü. Hastaların %53 (n=8)'ü erkekti. Hastaların %27 'sinde (n=4) göğüs ağrısı, %27 'sinde (n=4) hemoptizi, %33'ünde (n=5) öksürük, %13'ünde (n=2) üşüme ve titreme şikayetleri mevcuttu. Hastaların %40'ında lezyon sol tarafta idi. Hastaların %80'inde (n=12) toraks-CT'de kalın duvarlı kaviter lezyon, hiler kitle, kistik nekrotik solid kitle ve solid kitle şeklinde tümörü taklit eden, %20'sinde (n=3) ise ince duvarlı kaviter lezyon şeklinde abseyi taklit eden radyolojik görüntüler mevcuttu (Resim 1,2,3). Radyolojik ve klinik olarak akciğer kanserinin taklit eden 12 hastanın 5'ine PET-CT çekildi. PET'deki SUVmax tutulumları 2-7.8 arasındaydı. 1 hastaya lobektomi, 2 hastaya wedge rezeksiyon ve 12 hastaya da kistotomi+kapitonaj ameliyatı yapıldı. Tüm hastaların patoloji sonuçları kist hidatik olarak raporlandı.

Sonuç: Endemik bölgelerde akciğer kist hidatiğininin radyolojik ve klinik olarak akciğer kanseri ve akciğer absesini taklit edebileceği unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: Atipik akciğer kist hidatiği, kanser, abse



Resim 2. Sol akciğer alt lobda ince duvarlı kaviter lezyonu olan 17 yaşında erkek hasta



Resim 3. Sağ akciğerde kalın duvarlı kaviter lezyonu olan 62 yaşında bayan hasta

P-111

AKCİĞER KANSERİNDE IMRT VE 3D-CRT TEKNİKLERİNİN HEDEF TÜMÖR VOLÜM VE NORMAL DOKU VOLÜMLERİ İÇİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Manuchehr Salehi Garaveran, Cengiz Kurtman

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyasyon Onkolojisi Anabilim Dalı, Ankara

Küçük hücreli dışı akciğer kanseri (KHDACCA) vakalarında radyoterapi (RT) lokal kontrol için gerekli RT planlamasında hedef volüm ışınlanması kadar normal dokuların korunması önemlidir. IMRT ve 3D-CRT teknikleri konvansiyonel iki boyutlu radyoterapi (2D-RT) planlamalardan çok üstündür. RT tasarımı ve planı yapılırken farklı tedavi planları değerlendirilerek en optimal seçim yapılır. Sağ hiler bölgede 43x37 mm boyutta, sınırları vasküler yapılardan ayrılmayan, LAP-kitle ayrımı yapılamayan, sağ ana bronş ve bronkus intermediusta daralmış ve düzensiz, sağ alt lob bronş proksimali dar, sağ pratrekeal en az 23 mm çapta LAP olan KHDACCA vakası IMRT, 3DCRT ve IMRT+3D-CRT planlaması ile değerlendirilmiştir. Primer tümöre ve mediastinal bölgeye Faz I için 200 cGy/fr, 23 fr, 4600 cGy, Faz II için primer tümöre 200 cGy/fr, 7 fr, 1400 cGy, toplamda 6000 cGy doz (PTV60, Planning Target Volum 60 Gy) planlanmıştır. Her üç planlama için hedef tümör dokuda PTV60 mean ve V95 (Volum 95) dozları, total akciğer volümünün mean dozları benzerdir. Ancak 3D-CRT için total akciğer V20 (Volüm 20) değeri IMRT ve IMRT+3D-CRT ile mukayesede belirgin fazladır. Benzer şekilde, 3D-CRT için medullo spinalis (MS) maksimum dozu IMRT ve IMRT+3D-CRT uygulamasına göre belirgin fazladır.

3D-CRT ile PTV60 mean 62.5 Gy V95: 58.5 Gy

IMRT ile PTV60 mean 61.9 Gy V95: 58 Gy

IMRT+3D-CRT PTV60 mean 61.9 Gy V95: 58.9 Gy

3D-CRT ile Total akciğer mean 19.9 Gy V20: 44.9 Gy

IMRT ile Total akciğer mean 19.7 Gy V20: 32.5 Gy

IMRT+3D-CRT Total akciğer mean 19.4 Gy V20: 29.2 Gy

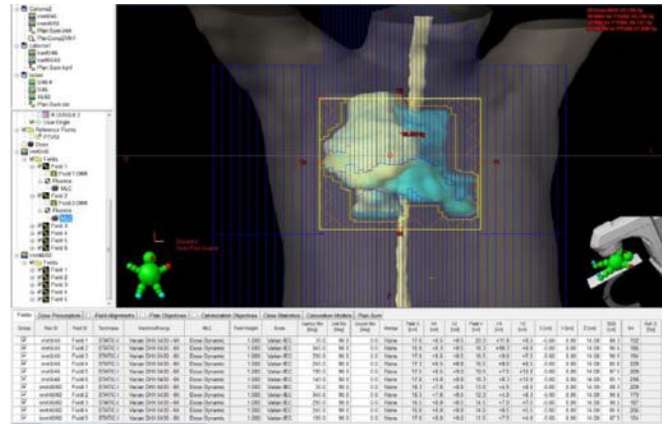
3D-CRT ile MS max 50.1 Gy

IMRT ile MS max 45.4 Gy

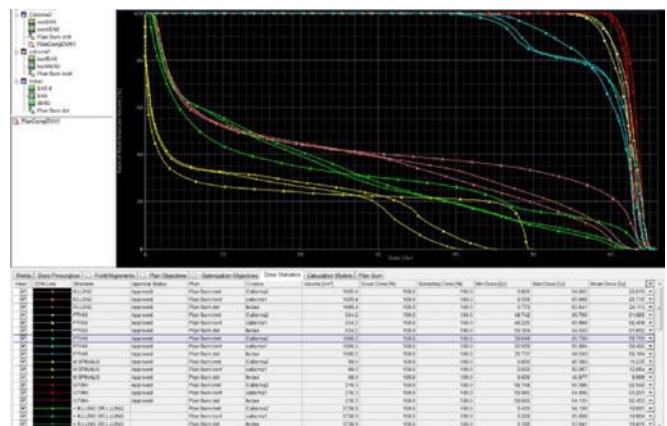
IMRT+3D-CRT MS max 40.9 Gy

PTV60 dozu diğer planlamalar ile aynı olması ve total akciğer ve MS dozlarının en az olması nedeniyle IMRT+3D-CRT tedavi planı en optimal olandır. Eksternal RT tasarımında IMRT tekniği 3D-CRT ve 2D-RT tekniğine belirgin daha üstün olması nedeniyle IMRT veya IMRT+3D-CRT tekniğinin birlikte yapılması tedavi etkinliği ve yan etkiler açısından dikkate alınmalıdır.

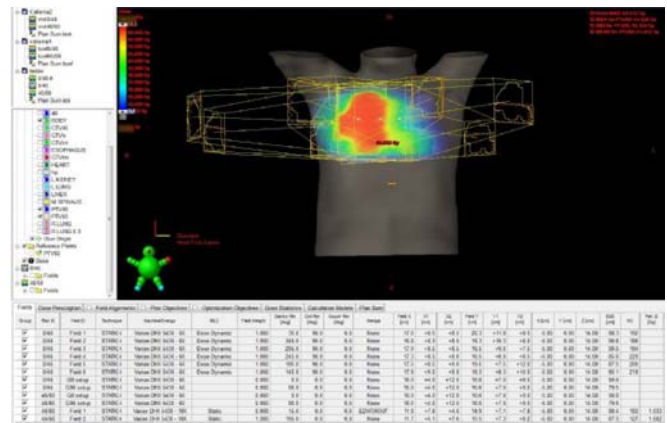
Anahtar Kelimeler: Akciğer kanser, IMRT, 3D-CRT



Resim 1. Alan ve hedef volümlerin görünümü



Resim 2. Doz volüm histogramı



Resim 3. Radyoterapi alanları

P-112

AKCİĞER TÜMÖRLERİNDE STEREOTAKTİK VÜCUT RADYOTERAPİSİ: ANKARA ONKOLOJİ HASTANESİ DENEYİMİ

Mehtap Çoskun, Yıldız Güney, Vahide Işıl Uğur, Taciser Demirkasimoğlu, Bülent Küçükplakçı

Ankara Onkoloji Hastanesi, Ankara

Amaç: Stereotaktik akciğer radyoterapisi (SRT) medikal inopere erken evre akciğer kanseri tedavisinde gittikçe artan

oranlarda kullanılmaktadır. SRT uygulaması sonrası rekürrens paternleri, lokal rekürrensi ve sağ kalımı etkileyen parametreler iyi tanımlanmış değildir. Amacımız hastanemizde CyberKnife ve Tomoterapi cihazları ile görüntü kılavuzluğunda akciğer SRT uygulamalarımızın değerlendirilmesi ile toksisite ve hastalık lokal kontrolü ile ilgili parametrelerin incelenmesi.

Hastalar ve Metod: Ankara Onkoloji Hastanesi'nde SRT uygulaması yapılmış hastalar hastane veri tabanında geriye dönük olarak belirlendi. SRT dozları kişiye ve tümör özelliklerine göre farklıydı. Fraksiyon sayısı tüm tedavilerde 3-5 arasında değişti. Tanıda ve takipte bilgisayarlı tomografi ve/veya pozitron-emisyon-tomografisi kullanıldı. İlk tümör rekürrensleri lokal, bölgesel ya da uzak olarak gruplandırıldı. İstatistiksel analizlerde SPSS versiyon 20.0 kullanıldı.

Bulgular: Nisan 2010 ve Şubat 2013 tarihleri arasında akciğer tümörüne yönelik SRT uygulanmış olan 35 hasta değerlendirmeye alındı. Medyan takip süresi 11 aydı (IQR, 8-17 ay). Medyan genel sağ kalım tahmini 21.5 aydı (%95 CI, 19-24 ay). Lokal progresyonsuz sağ kalım için medyan süre 13.5 aydı (%95 CI, 7.6-19.4 ay). Aktüaryal 1- ve 2-yıllık ilk lokal, bölgesel ve uzak metastaz oranları sırasıyla %80, %77, %88 ve %69, %65, %69' du. Aktüaryal lokal-bölgesel rekürrenssiz sağ kalım, progresyonsuz sağ kalım ve genel sağ kalım oranları 1- ve 2-yıl için sırasıyla %73, %60, %89 ve %61, %40, %44' dü. Takip süresi sonunda 25 hasta medyan 10 ay (IQR, 8-15 ay) takiple hayattaydı. SRT sonrası grad ≥ 3 toksisite 3 hastada (%9) gözlemlendi.

Yorumlar: Akciğer tümörlerinde SRT uygulaması kabul edilebilir toksisite oranları ile etkin lokal kontrol sağlamaktadır. Rekürrens paternleri genellikle alan dışıdır. Progresyon için risk faktörlerinin tespit edilmesi için uzun süreli takibe ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Akciğer kanseri, stereotaktik radyoterapi, cybernife

P-113

PRİMER PULMONER LENFOMA: OLGU SUNUMU

Esra Yamansavcı Şirzai¹, Tarık Yağcı¹, Soner Gürsoy¹, Ahmet Üçvet¹, Ozan Usluer¹, Sülün Ermete²

¹İzmir Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Bölümü

²İzmir Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi, Patoloji Bölümü

Akciğeri etkileyen lenfoproliferatif hastalıklar geniş bir klinik ve patolojik spektruma sahiptir. Tüm Hodgkin dışı lenfomaların %1'inden azını akciğer kökenli lenfomalar oluşturur. Akciğerin maligniteleri arasında ise non-Hodgkin lenfoma oldukça nadirdir. Bu lenfomaların spesifik olmayan ve farklı klinik özellikleri tanıda zorluklara neden olabilir.

40 yaşında erkek hasta, rutin iş yeri taramalarında postero-anterior grafide sağ alt zon infiltrasyonlar (Resim 1) saptanması nedeniyle ileri tetkik amacıyla yatırıldı. Toraks bilgisayarlı tomografisinde, sağ hilusta lobar bronş başlangıç kesimi ve çevresinde şüpheli yumuşak doku artışı tanımlandı (Resim 2). Bronkoskopik incelemesinde, endobronşial lezyon izlenmedi. Transbronşial ince iğne aspirasyon biyopsisi ve fırçalamayla elde edilen materyalin histopatolojik incelemesinde malignite bulgusuna rastlanmadı, çok sayıda yangı elemanları izlendi. PET/CT tetkikinde sağdaki santral lezyonda hiper metabolik odak saptandı. Bronş primer malignitesi ayırımının yapılabilmesi amacıyla hastaya

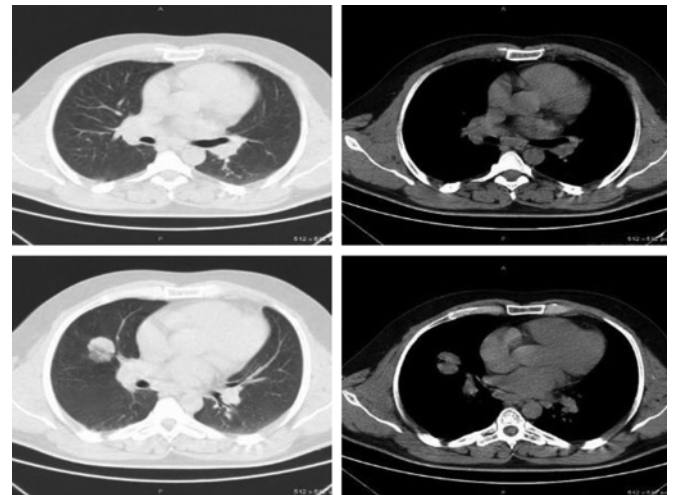
toraks BT eşliğinde transtorasik ince iğne aspirasyon biyopsisi yapıldı. Histopatolojik inceleme sonucunda hemorajik zeminde çok sayıda yangı elemanları izlendi, malign hücre saptanmadı. Bu bilgiler ışığında eksploratris toraktomi planlandı. Lezyon yerleşim yeri nedeniyle bilobektomi superior rezeksiyonu uygulandı. Postoperatif histopatolojik inceleme sonucu "Non-Hodgkin lenfoma (büyük hücreli) ile uyumlu" olarak raporlandı (Resim 3). Hematoloji bölümüne yönlendirilen hastada diğer sistem taramalarında başka bir lenfoma odağına rastlanmadı. Primer pulmoner lenfoma kabul edilerek kemoterapi tedavisi düzenlendi. Postoperatif izleminin 39. ayında olan hastanın takibi hastaliksiz olarak devam etmektedir.

Cerrahi girişim ile primer pulmoner non hodgkin lenfoma tanısı alan ve rezektif cerrahi sonrası kemoterapi ile kür sağlanan 40 yaşındaki erkek hasta nadir görülmesi nedeniyle literatür eşliğinde tartışıldı.

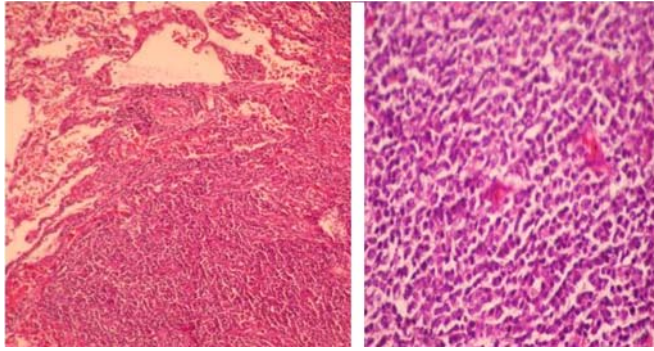
Anahtar Kelimeler: Akciğer neoplazileri, Primer pulmoner lenfoma, Non-Hodgkin lenfoma



Resim 1



Resim 2



Resim 3. Konjestif Akciğer Parankimine Doğru İnfiltrasyon Gösteren Diffüz Monoton Lenfosit Hücre İnfiltrasyonu (HE10), Nükleolusları Belirgin Lenfoid Hücreler (HE40)

P-114

AKCİĞER KANSERİ GÖRÜNÜMÜ VEREN BRONKOPULMONER ASPERGİLLOZİS OLGUSU

İsa Döngel¹, Hasan Ekrem Camaş¹, Hacı Ahmet Bircan², Raşit Akdeniz³, Sema Bircan³

¹Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Isparta

²Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Isparta

³Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Isparta

Giriş: Aspergillus'lar yeryüzünde yaygın olarak bulunan hifli mantarlardır; doğal yaşam ortamları toprak ve çürüyen bitki materyalidir. Atmosfere dağılan aspergillus konidyumları, havada en yüksek yoğunlukta bulunan mantarlardır, havada asılı kalabilir, toz ve diğer parçacıklarla taşınabilirler. Ortam çalışmalarında insanların solunumla günde en az birkaç yüz konidi aldıkları belirlenmiştir. Özellikle immün sistemi zayıflatan nedenlerde hastalık meydana getirebilmekte ve hastalığın seyrinde, gerek radyolojik gerek bronkoskopik olarak bronş kanseri ile karışan durumlar olabilmektedir. Bunun sebebi, çoğu kez gelişen mukus tıkaçlarının sebep olduğu hiler lenfadenopati veya kitle benzeri görüntülere bağlıdır [1-3]. Bu olguda da akciğer kanseri ön tanısı ile cerrahi uygulanan ve cerrahi sonrası histopatolojik tanı aspergillus olarak raporlanan hasta sunuldu.

Olgu: Yirmi dokuz yıl önce tüberküloz geçirme hikayesi olan, 59 yaşında bayan hasta, nefes darlığı ve göğüs ağrısı şikâyetleri nedeniyle ile göğüs hastalıkları tarafından yaptırılan tetkiklerinde sağ akciğer üst lob anterior segmente, mediastene komşu spiküler uzanım gösteren 41x45 mm boyutlarında bronşu çepre çevre saran lezyon tespit edilmesi üzerine (Resim1A,B), çektilen PET-BT'sinde sağ akciğer üst lob anterior segmentte yaklaşık 40 mm büyüklüğünde, ortası kistik çevresinde F-18 FDG tutulumu gözlenen (SUVmax:2.19) lezyon izlendi (Resim1C). Bronkoskopisinde sağ üst lob karinası hafif künttü, alınan forceps biyopsi sonucunda tanı gelmedi. Yapılan tru-cut biyopsi sonucu non-diagnostik gelmesi üzerine, hasta cerrahi planlanarak kliniğimize yatırıldı. Fizik muayenesinde genel durumu iyi, tansiyon arteriyel 130/ 60 mmHg, nabız:74, solunum sayısı: 17, dinlemekle bilateral solunum sesleri eşit alınıyordu. Laboratuvar değerleri normal sınırlarda, solunum fonksiyon testinde FEV1: 2.22(%106), FVC: 2.58(%103), FEV1/FVC: %88 idi. Hasta pre-operatif hazırlandı, sağ posterolateral tora-kotomi ile beşinci interkostal aralıktan, toraksa girildi. Öncelikle frozen çalışılması planlanıyordu, fakat kitlenin santral yerleşimli, sert kıvamda ve

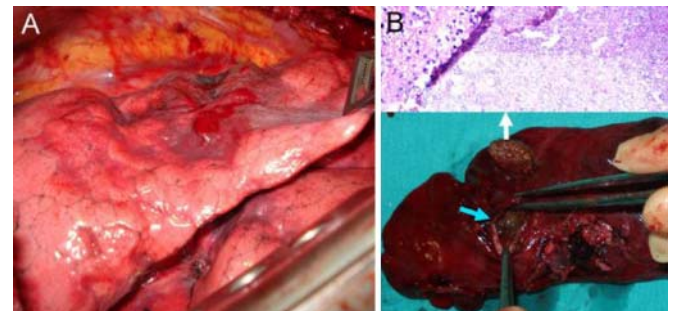
distalinde atelektazi yapmış olması nedeniyle sağ üst lo-bektomi ve mediastinal lenf nodu diseksiyonu yapıldı (Resim2A). Cerrahi sonrası spesmene yapılan insizyonda kitlenin sert fekalit benzeri görünümde olduğu gözlemlendi. Histopatolojik inceleme sonucu, bronş lümeninde hifaların gözlemlendiği, aspergillus ile uyumlu mantar topu olarak raporlandı (Resim2B). Aspergillus fumigatusa yönelik yaptırılan kan serolojik testi 23.10 kU/L (Referans aralığı: <0.10) patolojiyle uyumlu geldi. Hasta post-operatif beşinci gün taburcu edildi, takiplerinde problem gelişmedi.

Sonuç: Aspergillusun bilinen radyolojik görünümünün dışındaki görünümünde, özellikle geçirilmiş tüberküloz, astım veya immün sistemi zayıflatan hastalığı olan kişilerde, akciğer kanserlerinin ayırıcı tanısında aspergillus enfeksiyonuna bağlı bir patolojinde olabileceğinin düşünülmesi gerektiği kanaatindeyiz.

Anahtar Kelimeler: Akciğer kanseri; Bronkopulmoner aspergillozis; Tüberküloz



Resim 1A,B,C. Sağ akciğer üst lob anterior segmente, mediastene komşu spiküler uzanım gösteren 41x45 mm boyutlarında bronşu çepre çevre saran kitlesel lezyon.



Resim 2A,B. İntra-operatif sağ üst lobun, cerrahi spesmenin ve histopatolojik aspergillus hifalarının görünümü.

P-115

TANI ANINDA EVRE IV KÜÇÜK HÜCRELİ DIŞI AKCİĞER KANSERLİ 450 HASTANIN RETROSPEKTİF DEĞERLENDİRİLMESİ

Şener Cihan¹, Nurgül Yaşar¹, Nalan Akgül Babacan², Cumhuriyet Demir¹, Serkan Keskin¹

¹Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Onkoloji Kliniği

²Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı

Giriş: Küçük hücreli dışı akciğer kanserinde (KHDAK) sağkalımı etkileyen en önemli parametrelerden biri hastalık evresidir. Evre IV KHDAK olan hastaların 1 ve 3 yıllık sağkalım oranları sırası ile %12 ve %5 düzeyindedir. Adenokanser ve yassı hücreli kanserler en sık görülen KHDAK alt tipleridir. Etyolojik, prognostik ve tedavi farklılıkları gösterebilirler. Ancak metastatik aşamada her iki alt tipin de prognozları aynıdır. Son yıllarda histopatolojik alt tiplere göre KHDAK tedavisinde farklı yaklaşımlar geliştirilmiştir. Özellikle adenokanserli hastalarda

mutasyon analizlerine göre hedefe yönelik tedavilerin uygulanabilir olması ve anlamlı sağkalım sağlamaları önemli konulardır. EGFR, ALK ve ROS mutasyonları günümüzde ön plana çıkmıştır. Tüm bu gelişmelere rağmen kemoterapi seçenekleri günümüzde hala KHDAK tedavisinde önemli yer tutmaktadır. Bu çalışmada takipleri exitus ile sonuçlanmış 450 hastanın verileri değerlendirilmiştir.

Yöntem: 2006-2011 yılları arasında hastanemize başvurmış ve takipleri exitus ile sonuçlanmış olan 450 hastanın dosyaları retrospektif olarak incelendi. Sağkalım analizizi Kaplan-Meier yöntemi ve sağkalımı etkileyen faktörler Ki-kare testi kullanılarak belirlendi.

Bulgular: Çalışmaya 450 hasta dahil edildi. Olguların klinik ve patolojik özellikleri tablo 1'de özetlenmiştir. Medyan progresyonsuz sağkalım 4 ay, medyan genel sağkalım 6 ay, 1 ve 2 yıllık sağkalım oranları sırası ile %20 ve %4 idi. En kısa yaşam süresi 1 ay en uzun yaşam süresi ise 41 ay olarak tespit edildi. Adenokanserli 129 (%29) hastadan hiçbiri hedefe yönelik tedavi kullanmamıştı. Progresyonsuz sağkalımda 1. basamakta kullanılan taksanlı rejimlerin olumsuz etkisi gözlemlerken ($p=0.01$), Hb değerinin 10 mg/dl'den küçük olması ($p=0.091$) ve karşı akciğer metastazı ($p=0.122$) istatistiksel anlamlılığa en yakın parametrelerdi. Genel sağkalımı etkileyen faktörler arasında karşı akciğer metastazı, beyin metastazı, tanı anında Hb değeri ve kemoterapi alabilmiş olmak $p<0.001$ değeri ile istatistiksel olarak oldukça anlamlı parametreler olarak bulundu. Metastatik birinci basamakta 8 ayı kemoterapi rejimi uygulanmıştı. Taksanlı rejimlerin progresyonsuz sağkalım ($p=0.001$) ve genel sağkalım ($p=0.018$) üzerinde istatistiksel anlamlı olumsuz etkileri vardı. Genel sağkalım ve hastalıksız sağkalım üzerine etkili olabilecek parametrelerin p değerleri tablo 2'de verilmiştir.

Tartışma: Metastatik KHDAK'nde uygun hastalara en azından bir seri kemoterapi uygulanmalıdır. Çalışmamızda taksanlı rejimlerin sağkalım üzerinde diğer ajanlara göre daha az etkili bulunması retrospektif bir çalışma ve hasta dağılımının dengesiz olması ile açıklanabilir. Bu konu prospektif randomize çalışmalar ile değerlendirilmelidir. Karşı akciğer metastazı iyi prognoza sahip olup seçilmiş vakalarda küratif yaklaşım düşünülebilir. Beyin metastazı olumsuz prognostik faktör olmasına rağmen metastektomiden fayda görmektedirler. Patolojik değerlendirmede olguların büyük bir kısmının alt tiplendirmesinin yapılmamış olması önemli bir sorundur. Evre IV KHDAK öldürücü bir hastalık olup tedavide yeni gelişmelere açıktır ve bu konuda prospektif randomize çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Akciğer kanseri, evre IV, sağkalım

Tablo 1. Hasta özellikleri

Ortanca yaş (min-max)	60 (30-85)
Cinsiyet	40 (%8.9)
Kadın	410 (%91.1)
Erkek	
Yaş	317 (%70.4)
<65	133 (%29.6)
>65	
Sigara	425 (%94.4)
Var	25 (%5.6)
Yok	
Histolojik Tip	129 (%28.7)
Adenokanser	201 (%44.7)
Skuamöz kanser	110 (%24.6)
Belirtilmemiş	
Tanıda Hemogloblin	357 (%79.3)
>10 mg/dl	93 (%20.7)
<10 mg/dl	
Akciğer Lateralizasyon	267 (%59.3)
Sağ	183 (%40.7)
Sol	
Metastaz Bölgesi	85 (%18.9)
Beyin	29 (%6.5)
Sürrenal	101 (%22.5)
Kemik	24 (%5.3)
Kc	75 (%16.7)
Karşı ac	74 (%16.5)
Multipl (beyin dahil)	62 (%13.6)
Multipl (beyin hariç)	
Beyin metastektomi	12 (%7.5)
Var	147 (%92.5)
yok	
Kemoterapi	286 (%63.6)
Alan	164 (%36.4)
Almayan	
Kemoterapi kür sayısı	247 (%86.4)
1-4	39 (%3.6)
5 ve üstü	

Tablo 2. Genel Sağkalım ve progresyonsuz sağkalım üzerine etkili olabilecek parametrelerin p değerleri

Faktör	Progresyonsuz sağkalım p değeri	Genel sağkalım p değeri
Cinsiyet	0.349	0.213
Yaş	0.707	0.145
Sigara	0.204	0.727
Patolojik alt tip	0.334	0.008
Tanıda Hb değeri	0.091	<0.001
Akciğer lateralizasyon	0.818	0.025
Metastatik bölge	0.122	<0.001
Beyin metastazı	0.252	<0.001
Beyin metastektomi	0.623	0.061
Metastatik kemoterapi	0.546	<0.001
Metastatik KT kür sayısı	0.944	0.237
Taksanlı rejimler	<0.001	0.018
Gemcitabinli rejimler	0.046	0.155
Metastaz Radyoterapi	0.868	0.877

P-116

35 YAŞINDA LOKAL İLERİ AKCİĞER KARSİNOSARKOMU: BAŞARILI MULTİMODAL TEDAVİ ÖRNEĞİ

Tahsin Özatlı¹, Ahmet Şiyar Ekinci¹, Fatma Buğdaycı Başal¹, Öznur Bal¹, Ferit Aslan¹, Hüseyin Çakmak², Kaan Helvacı¹, Kübra Aydın¹, Umut Demirci¹, Ülkü Yalçıntaş Arslan¹, Ömür Berna Öksüzöğlü¹

¹Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı, Ankara 1-5,7-11

²Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Bilim Dalı, Ankara, 6

Giriş: Akciğer Karsinosarkom'u hem malign epitelyal hemde mezenkimal komponent içeren akciğerin nadir bir mikst tümörüdür. En sık epitelyal komponent skuamöz hücreli karsinom iken, en sık mezenkimal komponent kondrosarkom olduğu düşünülmektedir. Primer akciğer malignitelerinin %0,3'den sorumlu olan (1) çok nadir ve genel olarak çok kötü prognozlu (2,3). Genellikle erkeklerde, ileri yaşda ve ağır sigara içicilerinde daha yaygın olarak gözlenir. Cerrahi rezeksiyondan sonra iki yıllık sağkalım %10'dan daha azdır.

Biz burada genç yaş başlangıçlı lokal ileri bir akciğer karsinosarkom vakasında neoadjuvan İMA kemoterapisine radyolojik yanıt ile operabl hale gelen ve cerrahi rezeksiyon sonrası >2 yılı aşkın süredir hastalısız izlenen başarılı bir tedavi örneği sunduk

Vaka: 35 yaşında erkek hasta, şubat 2012'de öksürük ve sırt ağrısı ile başvurdu. Akciğer grafisi ve toraks BT'de şüpheli göğüs duvarı invazyonu ile sağ alt lobda plevraya uzanımı olan 4 cm kitle saptandı. Uygulanan tru-cut biopsi karsinosarkom olarak raporlandı (skuamöz hücreli karsinom ve malign mezenkimal tümör komponentleri içeren). Hastaya neoadjuvan 21 günde bir 3 kür İMA (İfosomid, Mesna ve Adriamisin) ile parsiyel radyolojik yanıt elde edildi. Takiben hastaya sağ orta lobektomi ile torakotomi uygulandı. Rezeksiyon spesmeninin histolojik incelemesinde skuamöz hücreli karsinom ve undiferansiye sarkom komponenti gözlemlendi. İmmunohistokimyasal olarak ck5/6, p63, vimentin ve aktin ile boyanma gözlemlendi. Postoperatif pT2aN0M0 Evre IB olarak evrelenen ve postoperatif 1 kür daha İMA kemoterapisi uygulanan hasta tanıdan itibaren >2 yılı aşkın süredir hastalısız olarak izlenmektedir.

Yorum: Akciğer karsinosarkomlarının genel olarak prognozu oldukça kötü, kemorafakter bir tümör olduğu düşünülmektedir. Bizim vakamız da olduğu gibi hastalığın prognozunu sarkom komponenti belirleyeceği düşünülerek, yumuşak doku sarkomlarında genel kabul gören tedaviler ile agresif cerrahinin kombine edildiği tedavilerin uygulanması ile akciğer karsinosarkomların da yüz güldüren sonuçlar edileceği gözardı edilmemelidir ve bu konuda ileri çalışma yapılması gerekir.

Anahtar Kelimeler: Nonsmall cell Akciğer karsinomu, akciğer karsinosarkom, neoadjuvan kemoterapi

P-117

PRİMER MALİGNİTESİ KONTROL ALTINDA OLAN AKCİĞER METASTAZLI OLGULAR

Seher Satar¹, Sema Canbakan¹, Tuğba Çiçek¹, Funda Demirağ²

¹Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

²Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Anabilim Dalı

Primer tümörler yeterli tedavi alsalar bile sıklıkla uzak organlara metastaz yapabilirler. Akciğer tüm kanser tipleri için 2. en sık metastaz yeridir. Otopsi çalışmalarında kanser nedeniyle ölenlerin yaklaşık üçte birinde (%20-50) akciğer metastazı olduğu gösterilmiştir.

Biz de kliniğimizden primer malignitesi uzun süre önce tedavi edilen ve lokal kontrol altında olarak değerlendirilen iki olguyu akciğer metastazları sebebiyle sunmayı planladık. İlk olgumuz 54 yaşında kadın hasta idi ve 2005 yılında mide kanseri nedeniyle opere edilmişti. Hasta 7 yıldır primer malignitesi açısından kontrol altında iken progresif dispne yakınması ile hastanemize başvurmuş ve akciğer grafisinde solda plevral effüzyon saptanmıştı. Hastaya Göğüs Cerrahisi tarafından yapılan plevra biyopsisinin patolojisi kronik plörit olarak sonuçlandı ve palyasyon amacıyla talk plörodez uygulandı. Takibinde bilateral plevral effüzyon gelişen hastaya kliniğimizde yatırılarak 2. defa sağdan plevra biyopsisi yapıldı ve hasta 'Gastrointestinal Sistem kökenli Adenokarsinom' olarak tanı aldı; ancak hiçbir tedaviyi kabul etmeyen hasta akciğer metastazı tanısından 1 ay sonra kaybedildi. İkinci vakamız ise meme kanseri nedeni ile 13 yıl önce opere edilen ve operasyon sonrasında da kemoterapi ve radyoterapi uygulanmış 63 yaşında kadın hasta idi. Hastanın son bir aydır olan öksürük ve sarı balgam yakınması mevcuttu. Hastanın çekilen akciğer grafisinde solda sıvı saptandı ve 3 defa alınan plevral sıvının patoloji sonuçları 'Malign Epitelial Tümör' olarak sonuçlandı. Primer/metastaz ayırımı yapmak üzere hastaya kliniğimizde plevra biyopsisi yapıldı ve meme kanserinin plevradaki karsinoma infiltrasyonu olarak rapor edildi. Takibinde istenilen PET-BT tetkikinde de mediastinal lenf nodları ve plevra dışında L1 vertebra korpusunda minimal fokal artmış metabolik aktivite tutulumu saptandı. Hasta primer malignitesine yönelik merkeze tedavisinin düzenlenmesi amacıyla yönlendirildi.

Sonuç olarak, akciğer en sık metastaz olan organlardan biridir. Yine tipik semptom kısıtlılığı ve tanı sonrası kötü prognoz sebebiyle de tüm kanser tanısı almış hastalar takiplerinde primer bölgenin dışında mutlaka akciğeri de kapsayacak şekilde uzak organ metastazları açısından da araştırılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Akciğer metastazı, lokal kontrol, primer tümör

P-118

İLERİ EVRE AKCİĞER ADENO CA OLGULARIMIZDA EGFR VE ALK MUTASYON ANALİZLERİ İLE KLİNİK ÖZELLİKLER VE TEDAVİ YANIT DEĞERLENDİRİLMESİ

Berna Kömürcüoğlu¹, Günseli Balcı¹, Nur Yücel¹, Ali Veral², Kadri Çırak¹, Aydan Mertoğlu¹, Enver Yalnız¹

¹İzmir Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

²Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Kliniği

Akcğer Adeno kanserlerinde “EGFR ve ALK mutasyon analizlerine” göre tedavi planlanması uluslararası tedavi rehberlerinde standart tedavi protokollerinde yerini almıştır. Ancak mutasyon analizlerinin dünyanın farklı bölgelerinde ve özellikle ırklarda farklılıklar gösterdiği bilinmektedir.

Hastanemizde adeno akciğer ca tanısı alan ve KRAS, EGFR ve ALK mutasyon analizleri yapılabilen 83 olgu retrospektif olarak değerlendirildi. Olguların yaş, cins, evre, uygulanan tedavi ve yaşam süresi analizleri ve mutasyon analiz sonuçları değerlendirildi. Mutasyon analizleri EGFR için Exon 18 Kodon 719, Exon 20 Kodon 768, Exon 20 Kodon 790, Exon 21 Kodon 858-861 mutasyon ve exon 19 delesyon analizi pyrosekans yöntemi, ALK analizi ALK-DNA FISH Probu ile “break apart” sinyaller araştırılarak çalışıldı. (3 olgudan 2 olguda ALK mutasyonu pozitif, 8 hastada EGFR pozitif (exon 18 mutasyonu ve exon 19 delesyonu), 3 hastada ise exon 20 mutasyonu, 13 hastada KRAS mutasyonu saptandı.

ALK mutasyonu saptanan olguların ikisinde; hiç sigara içmemiş, genç yaş, kadın ve evre 4 hastalık idi. EGFR mutasyonu izlenen 8 hastanın 6’sı kadındı, sigara öyküleri yoktu. KRAS mutasyonu saptanan olguların hepsinde sigara öyküsü mevcuttu.

Hastaların tedavi yanıt ve yaşam süresi analizleri kongrede sunulacaktır.

Adeno akciğer kanserde hedefe yönelik tedaviler, tedavi klavuzların da giderek daha ön sıralarda yerlerini almaktadırlar. EGFR ve ALK mutasyonlarında günümüze kadar olan çalışmalar özellikle sigara öyküsü olmayan, genç, kadın cinsiyeti (EGFR için) işaret etmektedir. Uygun hasta popülasyonunda yapılacak mutasyon analizleri tedavide yüz güldürücü sonuçlar bildirilmiştir.

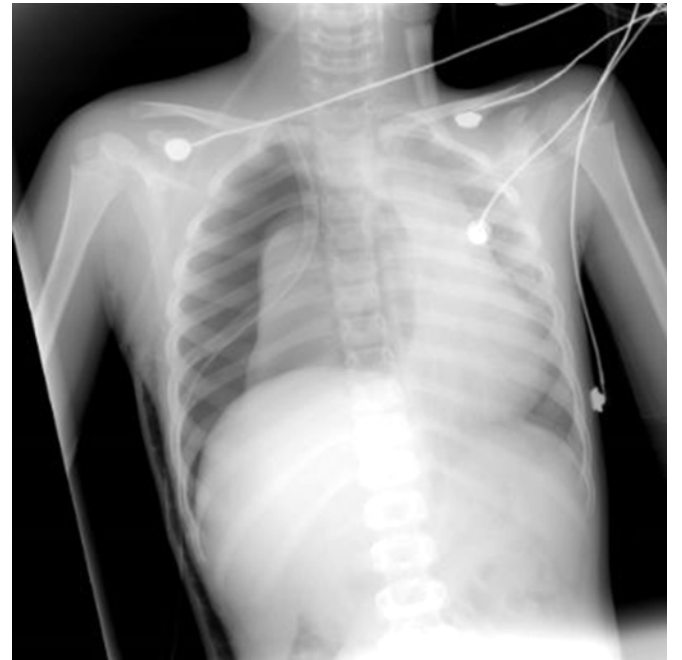
Anahtar Kelimeler: Akciğer adeno kanseri, EGFR mutasyon analizi, ALK mutasyonu

toraks bilgisayarlı tomografide fallen lung bulgusu görüldü. Bronş rüptürü şüphesi ile acil ameliyat alındı. Anterolateral torakotomi sonrasında, karinanın 2 cm distalinde sağ ana bronşun tama yakın rüptür gözlemlendi. Uç-uç anastomoz yapıldı. Postoperatif takiplerinde herhangi bir problemle karşılaşmadı. Üçüncü ve altıncı ayda yapılan kontrol fiberoptik bronkoskopide anastomoz hattında darlık görülmedi. Bu olguda, çocuklarda nadir görülen künt travmaya bağlı trakeobronşiyal rüptür tanısı ve tedavisi tartışıldı.

Anahtar Kelimeler: Trakeobronşiyal rüptür, künt travma



Resim 1. BT " fallen Lung"



Resim 2. PA akciğer grafi

P-119

GÖĞÜS CERRAHİSİNDE ALIŞILMAMIŞ BİR OLGU: ÇOCUKTA KÜNT GÖĞÜS TRAVMASI NEDENİYLE BRONŞ RÜPTÜRÜ

Serda Kanbur, Serdar Evman, Mustafa Vayvada, Çağatay Tezel, Cansel Atinkaya, Volkan Baysungur

Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği, İstanbul

Trakeobronşiyal rüptür künt göğüs travması sonrası çok nadir görülür. Özellikle çocuklarda yaşamı tehlikeye sokar 8 yaşında çocuk hasta traktör kazası sonrası acil kliniğimize başvurdu. Hastada ciddi solunum sıkıntısı ve siyanoz vardı. Fizik muayenesinde cilt altı amfizemi mevcuttu ve sağ akciğerde solunum sesleri azalmıştı. Akciğer grafisinde total pnömotoraks görüldü. Acil tüp torakostomi uygulandı. Masif hava kaçağı olan hastada

P-120

GÖĞÜS DUVARI PREZENTASYONU GÖSTEREN İKİ LENFOMA OLGU SUNUMU

Ali Cevat Kutluk, Merve Hatipoğlu, Süleyman Ceyhan, Yunus Seyrek, Levent Cansever, Celalettin İbrahim Kocatürk, Mehmet Ali Bedirhan
İstanbul Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi, İstanbul

Genellikle primer torasik neoplazm olmamasına rağmen lenfomalar mediasten, hilus ve akciğer parankim tutulumu göstermeye eğilimlidirler ve tanı konulduğunda sıklıkla toraks tutulumu gösterirler

Lenfomanın oldukça nadir prezentasyonu olan sternum ve göğüs ön duvarında yerleşimi olan 2 olgumuzu sunmayı amaçladık

Anahtar Kelimeler: göğüs duvarı, lenfoma



Resim 1. Sağ anterior göğüs duvarındaki lezyonu gösteren aksiyal tomografi kesiti

P-121

VATS İLE TEK PORT İNSİZYONDAN EN-BLOK KİST HİDATİK REZEKSİYONU OLGUSU

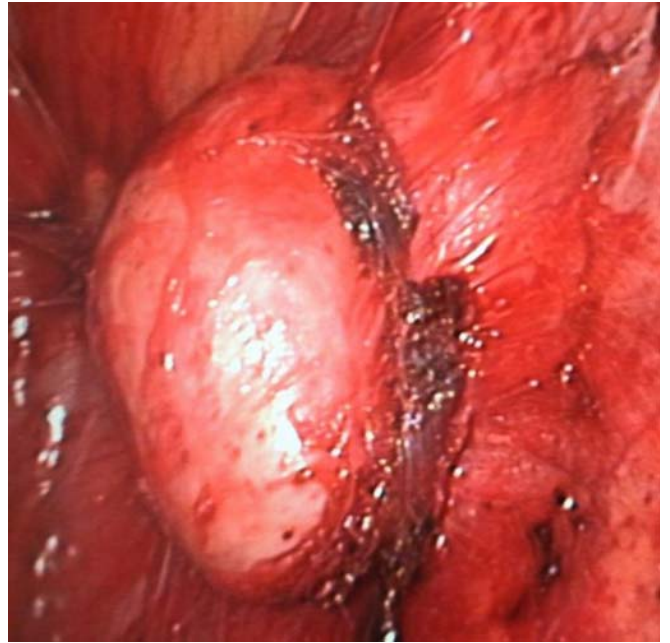
Sezai Çubuk, Okan Karataş, Gökhan Ayberik, Kuthan Kavaklı, Orhan Yücel, Alper Gözübüyük
Gata Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Ankara

Akciğer kist hidatigi ülkemizde sık gözlenen ve primer tedavisi cerrahi olan paraziter bir hastalıktır. VATS uygulamasının yaygınlaşması ile birlikte seçilmiş akciğer kist hidatigi olgularında bu teknik kullanılmaktadır. Biz göğüs duvarı yerleşimli olarak düşündüğümüz ve VATS ile ameliyat ettiğimiz kist hidatik olgumuzu sunmayı amaçladık.

Yirmi bir yaşında erkek hasta göğüs ağrısı şikayeti nedeniyle başvurdu. Hastanın toraks tomografisinde sağ hemitoraks anterior duvar yerleşimli kist hidatik ile uyumlu kistik lezyon tespit edildi (Resim 1). Başvuru esnasında yapılan fizik muayenesinde patoloji saptanmayan hastanın hikayesinde yedi yıl önce kist hidatik nedeniyle opere edildiği saptandı. Nüks kist hidatik olarak değerlendirilen hastaya cerrahi girişim planlandı. Torakoskop ile yapılan değerlendirmede kistik lezyonun göğüs duvarında olduğu saptandı (Resim 2). Kalın bir duvara sahip olan kist VATS yardımıyla tek port insizyondan en-blok olarak çıkarıldı (Resim 3).

Kist hidatigin standart tedavisi cerrahi girişimdir. Açık cerrahi yöntemler disseminasyonu önlemede son derece etkilidir. VATS uygulamasının bu alanda kullanılmasını sınırlandıran en önemli faktörlerden biri disseminasyon riskidir. Ancak seçilmiş vakalarda VATS'ın tercih edilmesinin hasta konforu için daha uygun olacağını öngörmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Kist hidatik, VATS



Resim 2. Göğüs duvarında lokalize kist hidatik lezyonunu gösteren torakoskopik görüntü



Resim 3. Rezeksiyon materyali

P-122

MALİGN PLEVRAL EFÜZYON TANISINDA KARSİNOEMBRIYOJENİK ANTİJEN (CEA)'NİN YERİ;

Kadir Burak Özer¹, Murat Ersin Çardak², Hatice Eryiğit¹, Hakan Sönmez¹, Attila Özdemir¹, Recep Demirhan¹

¹Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği, İstanbul

²Konya Beyhekim Devlet Hastanesi, Göğüs Cerrahisi, Konya

Giriş: Plevral efüzyon, plevral sıvının sekresyonu ile absorpsiyonu arasındaki dengenin bozulması sonucu plevral boşlukta sıvı birikmesidir. Malign plevral effüzyonlar ise oluşan plevral sıvıda sitolojik olarak malign hücreleri içerdikleri ve histopatolojik olarak malign tutulumun gösterildiği sıvılardır. Bir plevra sıvının benign-malign ayrımının yapılması hastanın tedavi ve prognozunu belirlemesi açısından son derece önemlidir. Biz bu çalışmamızda plevral sıvısı olan hasta gruplarında tümör belirteçlerinden Karsinoembriyojenik antijen (CEA) düzeylerini ve sitopatolojik tanıları saptayarak, CEA yüksekliğinin, malign plevral efüzyon tanısına katkılarının araştırılmasını amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışma Kartal Dr.Lütfi Kırdar Eğitim Araştırma Hastanesi Göğüs Cerrahisi Kliniği'ne 2010-2013 yılları arasında yatırılarak tetkik edilen masif plevral efüzyonlu 80 hasta üzerinde yapıldı. Çalışmaya alınan tüm hastaların fizik muayene ve radyolojik incelemelerinden sonra yapılan torasentez ile alınan 50cc'lik plevral sıvı, eş zamanlı olarak sitolojik tanısı için patoloji laboratuvarına, CEA tayini içinde biyokimya laboratuvarına gönderildi. Plevral sıvıda CEA düzeyleri kemilüminesan yöntemi ile çalışıldı. CEA'nın 5 ng/ml'ye kadar olan değerleri normal, 5-20 ng/ml arası değerleri yükselmiş, >20 ng/ml değerleri ise patolojik olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya katılan hastaların %58'i erkek %42'si kadın olup yaş ortalaması 50,18 ± 18,05 (18-77) yıl idi. Plevral sıvı sitolojileri 58'i malign 22'si benign olarak yorumlandı. Ortalama serum CEA düzeyi; malign hastalık grubunda 38,07 ± 15,07 ng/mL, benign hastalık grubunda 1,73 ± 2,06 ng/mL olarak bulundu. Malign gruptaki artış istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p<0.05). Bu çalışmada eşik değer 20 ng/mL olarak alındı. CEA'nın sensitivitesi %80,0, spesifitesi %94,8 olarak bulundu.

Sonuç: Glikoprotein yapıda bir onkofetal antijen olan CEA'nın plevral sıvıda patolojik değerlerde yükselmesi; plevral sıvının malign – benign ayrımında hızlı bir şekilde sonuca gidilmesi bakımından diğer tanı yöntemlerine yardımcı olarak kullanılabileceği kanaatine varılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Malign Plevral Efüzyon, Karsinoembriyonik antijen (CEA)

P-123

İATROJENİK PNÖMOTORAKS TEDAVİSİNDE KÜÇÜK ÇAPLI (8F) KATATER KULLANIMI;

Kadir Burak Özer¹, Hakan Sönmez¹, Hatice Eryiğit¹, Murat Ersin Çardak², Attila Özdemir¹, Recep Demirhan¹

¹Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği, İstanbul

²Konya Beyhekim Devlet Hastanesi, Göğüs Cerrahisi, Konya

Girişimsel uygulamaların ve radyolojinin gelişmesiyle sıklığı artan iatrojenik pnömotoraks, hasta konforunu azaltan ve hastane kalış süresini arttıran bir morbidite nedenidir. Bu çalışmada

iatrojenik pnömotorakslı hastalarda küçük çaplı katater kullanımının sonuçlarını değerlendirdik.

2012-2014 yılları arasında 62 vakaya iatrojenik pnömotoraks nedeniyle küçük çaplı katater (8F) ile su altı drenajı uygulandı. Akciğer kollapsı >%20 olan vakalar değerlendirmeye alındı. Hastalar, demografik verileri, iatrojenik pnömotoraks nedeni, altta yatan akciğer ve plevral hastalık, göğüs tüpü kalış süresi ve hastanede yatış süreleri açısından değerlendirildi.

Bulgular: İatrojenik pnömotoraks saptanan 62 hastanın 38'si erkek ve 24'ü kadındı. Yaşları 28 ile 80 arasında değişmekte olup ortalaması 56,3±21,2 idi. Pnömotoraks 42 vakada sağda, 20 vakada solda idi. İatrojenik pnömotoraksın en sık nedeni transtorasik ince iğne aspirasyon biyopsisi (n=25) olup bunu subklavian ven kateterizasyonu (n=18), torasentez (n=15) ve port implantasyonunu (n=4) takip etmekteydi. 38 vakada akciğer ve plevral hastalık mevcuttu. Küçük çaplı kataterin kalış süresi 2,18±1,67 gündü. Hastaların hastanede yatış süreleri 2,35±2,01 gün olarak saptandı.

Sonuç: İatrojenik pnömotorakslı hastalar minör travmaya maruz kaldıkları için tedavilerinde küçük çaplı kateterlerin kullanılması hem tedavi, hem hastanede kalış süresi hem de hasta uyumu açısından kolay ve uygulanabilir bir yöntem olarak değerlendirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: iatrojenik pnömotoraks, küçük çaplı katater

P-124

AKCİĞERİN NADİR GÖRÜLEN TÜMÖRÜ; "PULMONER BLASTOMA"

Kadir Burak Özer¹, Hatice Eryiğit¹, Attila Özdemir¹, Hakan Sönmez¹, Murat Ersin Çardak², Recep Demirhan¹

¹Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği, İstanbul

²Konya Beyhekim Devlet Hastanesi, Göğüs Cerrahisi, Konya

Giriş: Pulmoner Blastom (PB), hem malign mezenkimal stromaya ve hem epitelyal komponente sahip, yüksek nüks ve metastaz oranı ile kötü prognoz gösteren akciğerin nadir tümörlerinden biridir.

Olgumuz 60 yaşında erkek hasta olup 3 haftadır devam eden sırt ağrısı şikayetiyle başvuran hastanın PA akciğer grafisinde sol akciğerde yaklaşık 5 cm'lik opasite görülmesi üzerine çekilen toraks BT'de sol akciğer alt lobda posterior yerleşimli yaklaşık 60x45 cm'lik lezyon saptandı. PET-BT incelemesinde sol akciğerdeki lezyonun SUDmax değeri 8,8 olarak ölçüldü, lenfatik istasyonlarda ve ekstratorasik organlarda FDG tutulumu tespit edilmedi. Fiber optik bronkoskopiye endobronşiyal lezyon saptanmadı. Hastaya yapılan transtorasik ince iğne aspirasyon biyopsisi sonucu adenokarsinom tanısı gelen hastaya EBUS ile mediastinal örnekleme yapıldı. Lenfatik istasyonlarda malignite görülmemesi üzerine hastaya operasyon kararı alındı. Genel anestezi altında sol torakotomi sol alt lobektomi + mediastinal lenf nodu disseksiyonu yapıldı. Post-operatif komplikasyon gelişmeyen hasta 5.gün taburcu edildi. Hastanın patoloji sonucu Pulmoner Blastoma olarak raporlandı. Tüm Lenf nodları negatif olan hasta onkoloji tedavi ve takibine alındı. Hastada yaklaşık 1 yıldır nüks veya metastaz izlenmedi.

Sonuç: Pulmoner Blastoma kötü prognozlu, agresif seyreden, 5 yıllık survisi yaklaşık %16 olan bir tümördür. En iyi tedavi yöntemi küratif cerrahi olan tümörün, operabilite sınırlarında yakalanma şansı oldukça düşüktür.

Anahtar Kelimeler: akciğer nadir tümör, pulmoner blastoma

P-125

NADİR GÖRÜLEN GÖĞÜS DUVARI TÜMÖRLERİNDEN; KOSTA KAYNAKLI EWING SARKOMU

Kadir Burak Özer¹, Atilla Özdemir¹, Hakan Sönmez¹, Hatice Eryiğit¹, Murat Ersin Çardak², Recep Demirhan¹

¹Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği, İstanbul

²Konya Beyhekim Devlet Hastanesi, Göğüs Cerrahisi, Konya

Giriş: Çocukluk çağında görülen göğüs duvarı tümörleri genellikle selim tümörler iken kostaya lokalize ewing sarkomu nadir görülmekte olup, tedavi protokolü değişkenlik gösterebilir.

Olgumuz: On dört yaşında kız hasta, 15 gündür devam eden sol meme lateralinde 6.kot üzerinde ele gelen yaklaşık 1.5x1 cm'lik şişlik ve basmakla ağrı şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Fizik muayenesinde büyüme ve gelişmesi yaşına uygun olan hastanın, sol göğüs duvarı orta klaviküler hatta, 6. kosta hizasında 1.5x1 cm boyutlarında ele gelen sert bir kitle mevcut olup, diğer sistem muayeneleri normal idi. Laboratuvar Bulguları: Htc: %38,7, Hb: 10,1 gr/dl, lökosit: 8200/mm³ trombosit 412000/mm³ idi ve periferik kan yaymasında %59,6 PNL, %33 lenfosit, %4 monosit görüldü. Sedimentasyon hızı saatte 12 mm idi. LDH, alfa fetoprotein ve beta "human corionic gonadotropin" değerleri normal sınırlardaydı. Akciğer PA grafisinde sol 6. kostada radyoopasite artışı gösteren şüpheli alan görüldü. Hastaya çekilen kemik sintigrafisinde patolojik tutulumu mevcut değil idi. Akciğer - mediasten MR'ında sol 6. kosta anterolateralinde subkutan bölgeye de uzanım gösteren T1W sekansta hipointens, T2W sekanslarda hiperintens karakterde ve İV kontrast madde verilmesini takiben periferik kontrastlanma sergileyen ve en geniş olduğu yerde 35x14 mm boyutlara ulaşan kistik natürde lezyon saptandı. Hastanın ağrısı devam etmesi üzerine hastaya genel anestezi altında sol göğüs duvarındaki kitleye eksizyonel biyopsi uygulandı. Patoloji raporunda yuvarlak hücreli malign tümör (Ewing tümörü) değerlendirilmesi ve kemik dokuda düzenli cerrahi sınır, yumuşak dokuda cerrahi sınıra bitişik olarak raporlanması üzerine yapılan konsültasyonlar sonucunda çekilen PET-BT 'de ekstra tutulumu olmaması üzerine genel anestezi altında cerrahi sınırlar sarkom tedavisine uygun olarak, güvenli sınır 4 cm. olacak şekilde genişletildi. Hasta post-op 3.gün komplikasyonsuz olarak taburcu edildi.

Sonuç: Özellikle çocukluk çağında primer kosta kaynaklı patolojiler nadir görülmekle birlikte genellikle benign tümörler akla gelir. Ancak bu hastada olduğu gibi malign tümörleri de unutmamak gerekir. Malign tümörlerde erken tanı ve yeterli cerrahinin sağkalıma katkısı oldukça yüksektir.

Anahtar Kelimeler: çocukluk çağı nadir tümör, göğüs duvarı tümör, ewing sarkom

P-126

HEMOPTİZİ ŞİKAYETİ İLE BAŞVURAN VE MEME KANSERİNE BAĞLI ENDOBRONŞİYAL METASTAZ SAPTANAN NADİR BİR OLGU

Aydın Aytekin¹, Mustafa Altınbaş¹, Süleyman Şahin¹, Fatih Karataş¹, Bekir Hacıoğlu¹, Cem Selim², Naziyet Köse¹, Gökşen İnanç İmamoğlu¹, Dilşen Çolak¹, Ebru Sarı¹

¹Dişkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Onkoloji, Ankara

²Dişkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları, Ankara

Giriş-Amaç: Ekstrapulmoner malignitelere bağlı endobronşiyal lezyonlar oldukça nadir görülmektedir. Endobronşiyal metastazların (EBM) semptomları öksürük, dispnea, hırıltı, hemoptizi olabilir veya pnömoni gelişebilir. Sıklıkla hastalarda öksürük, dispnea ve hemoptizi triadı olmak üzere iki veya üç semptom bir arada olabilir. Literatürde bakılan iki vaka serisinde endobronşiyal lezyonların tanıdan sonra ortalama 27 ay ve 21 ayda geliştiği saptanmış olup bizim vakamızda tanıdan yaklaşık 9 yıl sonra hemoptizi şikayeti ile başvuran hastada EBM saptandı.

Olgu: 2004 yılında 48 yaşında iken memede kitle ile başvuran kadın hastaya sağ modifiye radikal mastektomi ve aksilla diseksiyonu yapılmış. Patoloji sonucu infiltratif duktal karsinom, östrojen ve progesteron reseptörü pozitif gelen hastaya adjuvan 6 kür Adriamisin + siklofosamid kemoterapisi verilmiş ve tamoksifen başlanmış. 2011'de mastektomi lojunda kitle ile başvurmuş. Yapılan biyopsinin patoloji sonucu malign epitelyal tümör olarak saptanan ve lokal nüks kabul edilen hastaya RT verilmiş, aromataz inhibitörü ve goserelin tedavisi başlanmış. Ekim 2013'de hemoptizi şikayeti olan ve tümör markerlarında artış olan hastaya pozitron emisyon tomografi (PET-BT) çekilmiş. Hastanın antitrombotik ilaç veya nonsteroid anti-inflamatuvar ilaç kullanım öyküsü yokmuş. PET-BT'de mediastinal lenf nodlarında artmış patolojik 18-FDG tutulumu, sağ hiler bölgede üst lob bronşünü saran ve oblitere eden yaklaşık 2.6 cm boyutlu yumuşak doku dansitesinde patolojik artmış aktivite tutulumu saptanmış. Bronkoskopik örnekleme için göğüs hastalıklarına konsulte edilen hastanın (2.primer ve metastaz ayrımı için) yapılan bronkoskopik biyopsi sonucu: malign epitelyal tümör, diffüz mammoğlobin pozitif, metastaz lehine yorumlanabilir şeklinde raporlanmış. Evre 4 meme kanseri kabul edilen hastaya exemestane tedavisi başlanmış. Mart ayının ilk haftasındaki kontrollerinde batın içi ve mediastinal lenfadenopatiler, sağda masif plevral effüzyon, sağda göğüs duvarında yaygın dansite artışları, anterior kesimde 6 cm çapında yumuşak doku görünümü saptanan hastanın plevral sıvı sitolojisinde malign hücreler saptandı. Hastaya dosetaksel kemoterapisi başlandı. Hasta şuan kliniğimizde tedavisini almaya devam etmektedir.

Tartışma: Sorenson tarafından yapılan ve 204 vakadan oluşan bir derlemede EBM'ların sıklıkla meme, böbrek ve kolorektal karsinomlarla ilişkili olduğu görülmüş. Meme karsinomlu hastaları içeren bir otopsi serisinde ise EBM, hastaların yaklaşık %36'sında saptanmış. En sık meme kanseri tipinin ise epitelyal karsinom olduğu saptanmıştır. Radyolojik incelemeler açısından klinisyenler malignite öyküsü ve semptomları olan hastalarda EBM açısından dikkatli olmalıdır. Başlangıç değerlendirme tetkiki olarak bilgisayarlı tomografinin (BT) bronkoskopiye göre daha az maliyetli olduğu görülmüştür. Colletti ve arkadaşları BT'nin EBM saptamada %95 sensitiviteye sahip olduğunu göstermişlerdir. Ek

olarak hastaların %80'inde BT ile bronkoskopik Bulgular arasında iyi morfolojik korelasyon olduğu ve %89'unda nodul ayrımını yapabildiğini saptamışlardır. EBM'lar sıklıkla primer bronkojenik karsinomlarla aynı radyolojik ve bronkoskopik Bulgulara sahiptirler. Her ikisinde de nekrotik materyal ve düzensiz sınırlı submukozal kabarıklarla birlikte lümende daralmaya yol açan noduler veya polipoid lezyonlar görülür. Tedavi modalitelerinin farklı olması nedeniyle tüm hastalarda tanıyı doğrulamak için biyopsi gereklidir.

Sonuç: Hemoptizi gibi pulmoner semptomları olan ve endobronşiyal lezyonları olan hastalarda meme kanseri başta olmak üzere akciğer dışı maligniteler de göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Meme kanseri, endobronşiyal metastaz, hemoptizi

P-127

YAYGIN METASTAZLI AKCİĞER KANSERİNDE CERRAHİ UYGULAMA. OLGU BAZINDA TARTIŞMA

Ahmet Uluşan, Ahmet Ferudun Işık, Bekir Elma, Maruf Şanlı, Bülent Tunçözgür, Levent Elbeyli

Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Gaziantep

Neo-adjuvan tedavi primer lokal tedavi öncesi uygulanan tedavi anlamına gelmektedir. Bu nedenle cerrahisi zor veya imkansız görülen tümörlerde kemoterapi (KT) ve /veya kemoradyoterapi uygulanarak tümör boyutlarını küçültüp veya metastazları kaybederek rezeksiyona imkan vermek amaçlanır. Bu sunumuzda; küçük hücreli dışı akciğer kanseri (khdk) tanısı alan, TNM sınıflamasına göre T2bN3M1a, evre 4 olan ve neo-adjuvan KT alan olgumuza uyguladığımız rezeksiyonun, sağkalıma olan katkısını tartışmaya sunmak istedik.

Ocak 2010'da öksürük, bol balgam çıkarma şikayeti ile doktora başvuran olguya dış merkezde bilgisayarlı toraks tomografisi (CT) çekilmiş. Sol akciğer alt lob'da ortası hipometabolik çevresi hipermetabolik kitlesel lezyon, sol hiler, sol alt paratrakeal, prekarinal, sağ paratrakeal zincirde, subkarinal ve sağ hiler lenf nodlarında büyüme, aynı zamanda sağ akciğerde yaygın santimetre (cm) sınırında multiple nodül tespit edilmiş. Dış merkezde olguya fiberoptik bronkoskopi (FOB) yapılmış. Sol alt lob bronşu içinde lezyon görülmüş. Ardından evreleme amaçlı mediastinoskopi yapılmış. Sağ paratrakeal lenf nodu biopsi ve endobronşiyal lezyondan alınan biopsinin patoloji sonucu khdk, adenokarsinom ile uyumlu gelmiş. Kliniğimize başvuran olgu klinik olarak T2bN3M1a olarak kabul edildi ve onkoloji kliniği tarafından KT kararı alındı. 4 kür docetaxel ve cisplatin, lezyonlarda gerileme olması üzerine 5 kür docetaxel ve carboplatin uygulandı. Tedavi sonrası çekilen PET/CT de mediastinal lenf nodlarında ve sağ akciğerdeki nodüllerde gerileme saptandı. Sadece sol akciğer alt lob superior segmentteki kitlede tutulum görüldü. Göğüs cerrahisi - onkoloji - göğüs hastalıkları konseyinde tartışılan olguya rezeksiyon kararı alındı. Şubat 2011 de sol sleeve alt lobektomi yapıldı. Post operatif patoloji sonucu; khdk, adenokarsinom olarak geldi. Konseyde tekrar değerlendirilen olguya radyoterapi (RT) kararı alındı. 6000 cGy radyoterapi uygulandı. Olgu şu anda post operatif 3. yılını bitirmiş olup takiplerinde herhangi bir nüks metastaz bulgusuna saptanmamıştır.

KHDAK' de cerrahi tedavi; tanı konulduğunda lenf nodu tutulumu şüphesi olmayan hastalarda lokal kontrolü sağlamak olduğu gibi kemoradyoterapi (krt) sonrasında tümörün kaldığı

düşünülen hastalarda tam tedaviyi sağlamak. Bizim olgumuzda da neo-adjuvan kt den fayda görmüş olup, karşı akciğerdeki nodülleri ve mediastinal lenf nodları kaybolmuştur. Nitekim bu tedavilere rağmen lokarejyonel nükslerin fazla olması bu tedaviye cerrahinin eklenmesini gündeme getirmiştir. Bu olgu kliniğimizce tedavide rezeksiyon uyguladığımız ilk yaygın metastazlı khak olup, şuanda post operatif 3.yılını doldurmuştur. Buna dayanarak yaygın metastazlı khdk' de de sağ kalımı arttırmak için cerrahi uygulanabileceğini tartışmaya sunuyoruz.

Anahtar Kelimeler: Cerrahi, M1a

P-128

MEDIASTİNAL EVRELEMEDE EŞLİK EDEN MEDIASTİNAL HASTALIĞA BAĞLI YALANCI PET POZİTİFLİĞİ: OLGU SUNUMU

Kuthan Kavaklı, Okan Karataş, Serdar Karahatay, Alper Gözübüyük, Sedat Gürkök

Gülhane Askeri Tıp Akademisi

Giriş: Küçük hücreli dışı akciğer kanserinde (KHDAK) mediastinal evreleme tedavinin planlanması ve prognozun belirlenmesinde önemli rol oynar. Mediastinal evreleme toraks tomografisi ve PET gibi non-invasiv yöntemler ile yapılabileceği gibi altın standart histopatolojik incelemeye olanak sağlayan mediastinoskopi, EBUS ve EUS ile yapılan lenf nodu biyopsisidir. Sadece görüntüleme yöntemlerine dayanarak yapılan mediastinal evreleme yanıltıcı olabilir.

Olgu: Elli beş yaşında erkek hasta, öksürük şikayetiyle müraaat ettiği sağlık kuruluşunda çekilen toraks tomografisinde sağ akciğer üst lobda 36 mm boyutlarında spiküle kontürlü kitle saptanması üzerine hastanemize müraaat etti. Bronkoskopik biyopsisinin tanısal gelmemesi üzerine yapılan TTİAB sonucu Epidermoid Karsinom tanısı alan hastaya evreleme amaçlı PET-CT tetkiki yapılmış. Kitlede (SUVmax:11.7) ve sol üst paratrakeal yerleşimli lenf nodunda (SUVmax:22.0) patolojik FDG tutulumu saptanmış (Resim 1a). Hasta evre T2N3M0 kabul edilerek küratif kemoradyoterapi uygulanmış (60Gy radyoterapi, Cisplatin ve Etoposid). Tedaviye cevabı değerlendirmek amaçlı çekilen PET-CT de primer tümörde patolojik FDG tutulumu saptanmazken, lenf nodunda patolojik FDG tutulumu (SUVmax:17) devam etmiş (Resim 1b).

Bu şekilde kliniğimize refere edilen hastanın, genç olması, ipsilateral lenf nodlarında ve uzak organlarda metastaz olmaması, primer tümörün tedaviye tam cevap vermesi göz önünde bulundurularak cerrahi tedaviye karar verildi. Sol paratrakeal lenf nodunun EUS ile biyopsi için uygun olmadığı değerlendirildi ve hastaya KBB kliniği tarafından boyun diseksiyonu ile lenf nodu eksizyonu uygulandı. Bu lezyonun Paratiroid Adenomu olduğu saptandı (Resim 2). Ertesi gün hastaya sağ üst bilobektomi ameliyatı uygulandı. Hasta postoperatif 5.günde komplikasyonsuz olarak taburcu edildi.

Sonuç: KHDAK de non-invasiv yöntemlere dayanarak yapılan mediastinal evreleme, olası eşlik edebilecek mediastinal hastalıklar varlığında yanıltıcı olabilir. Tedavi planlaması histopatolojik doğrulama sonucunda yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Mediastinal evreleme, paratiroid adenomu, PET-CT

P-129

SUBGLOTTİK STENOZ NEDENİYLE TRAKEA REZEKSİYONU VE ANASTOMOZU OLGUSU

Sezai Çubuk¹, Gökhan Ayberik¹, Ahmet Hakan Birkent², Serdar Karahatay², Alper Gözübüyük¹

¹Gata Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Ankara

²Gata Tıp Fakültesi, KBB Anabilim Dalı, Ankara

Trakeal darlıklar neoplaziler ve iatrojenik nedenlere bağlı olarak gelişebilmektedir. Uzmanmış endotrakeal entübasyon gerek tüpün, gerekse de tüp kafının neden olduğu mukozal iskemi sonrası darlık gelişimine neden olabilmektedir. Biz nadir gözlenen subglottik trakeal stenoz nedeniyle rezeksiyon ve uç uca anastomoz uyguladığımız olgumuzu sunmayı amaçladık.

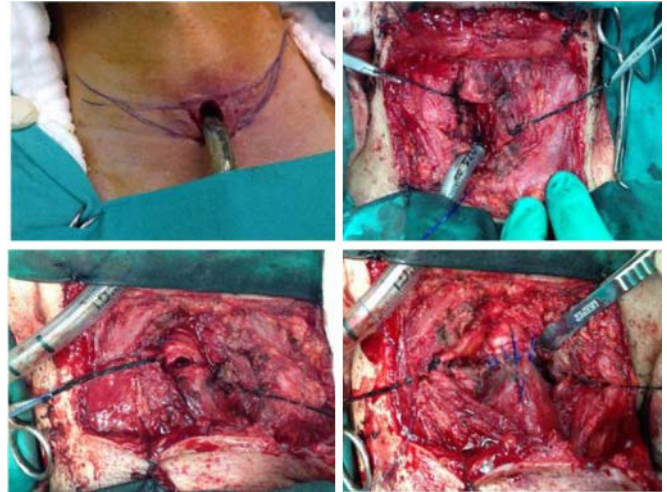
Yirmi altı yaşında Afganistan uyruklu erkek hasta subglottik trakeal darlık nedeniyle trakeostomi uygulanmış şekilde kliniğimize başvurdu. Savaş yaralanması nedeniyle kafa travması geçirmiş olan hasta uzun süre yoğun bakım şartlarında kalmış. Takiplerinde trakeal darlık saptanan hastaya kalıcı trakeostomi uygulanmış. Hastanın yapılan laringoskopisinde vokal kordlardan yaklaşık 4 cm distalde total obstrüksiyon saptandı (Resim 1). Ek patoloji saptanmayan hasta ameliyata hazırlandı. Hastanın trakeostomisini de içerecek şekilde geniş boyun insizyonu uygulandı. Platisma kası fleb olarak kaldırıldı. Strap kaslar ve istmektomi uygulanarak tiroid dokusu sahadan uzaklaştırıldı. Darlık olan alan serbestleştirildi ve kontrollü olarak darlığa neden olan 2,5 cm.lik trakea kısmı rezeke edildi. Membranöz kısım emilebilir, trakeal halkalar ise emilmeyen dikiş materyali ile tek tek dikilerek uç uca anastomoz uygulandı. Anastomoz bölgesinde gerginliği azaltmak amacıyla trakeaya anastomoz hattı üst ve altındaki normal trakea bölgesinden destek dikişler atıldı. Cilt kapatıldıktan sonra anastomoz hattında gerginlik oluşturmamak amacıyla çene altını göğüs ön duvarına yaklaştıracı dikiş uygulandı (Resim 2).

Trakeal darlıklar sıklıkla endotrakeal entübasyona bağlı mukozal hasar ve iskemi sonrası oluşabilmektedir. Trakeal darlık tedavisinde dilatasyon ve stentler de kullanılabilirle birlikte ilerlemiş olgularda cerrahi rezeksiyon başarıyla uygulanabilir.

Anahtar Kelimeler: Glottis, stenoz, trakea



Resim 1. Subglottik stenozun laringoskopik görünümü



Resim 2. Hastaya ait ameliyat görüntüleri

P-130

NADİR YUMUŞAK DOKU MALİGNİTESİ NEDENİYLE TORAKOABDOMİNAL DUVAR REZEKSİYONU VE REKONSTRİKSİYONU OLGUSU

Sezai Çubuk¹, Mustafa Tahir Özer², Gökhan Ayberik¹, Orhan Yücel¹, Alper Gözübüyük¹

¹Gata Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Ankara

²Gata Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

Ekstraskelatal Miksoid Kondrosarkom, nadir gözlenen bir yumuşak doku sarkomudur. Sıklıkla ekstremitelerde proksimali yumuşak dokularından kaynaklanır. Biz literatürde çok sık karşılaşılmayan torakoabdominal duvar yerleşimli ekstraskelatal miksoid kondrosarkom olgumuzu sunmayı amaçladık.

Altmış sekiz yaşında bayan hasta sol göğüs alt lateral duvarda ağırlı şişlik nedeniyle kliniğimize başvurdu. Üç yıl öncesinde yassı epitel hücreli karsinom nedeniyle ağız tabanı rezeksiyonu ameliyatı uygulanmış ve sonrasında nüksler nedeniyle birkaç kez daha opere edilmiştir. Boyun bölgesine adjuvan radyoterapi alan hasta 3 ay önce sol göğüs alt lateral duvarda şişlik oluştuğunu tarif etmektedir. Önceleri bunu pek önemsemeyen hasta şişliğin hızla büyüdüğünü ifade etmiştir. Dış merkezde yapılmış iğne biyopsisi tanısal gelmeyen hastanın fizik muayenesinde ilgili bölgede 5x6 cm ebadında ağırlı kitle saptandı (Resim 1). Pet tetkikinde ilgili bölgede SUVmax: 4,5 luk tutulum saptandı. Toraks ct de lobüle konturlu patolojik kırığa neden olmuş kitle lezyonu gözlemlendi (Resim 2). Cilt üzerinde infiltrasyonu düşündüren renk değişikliği saptanan hastada cilt flebini de içerecek şekilde insizyon uygulandı. 9-10-11. Kaburgalar ve bir kısım diyafram kitle ile birlikte 14X11x8 cm. lik alan en-blok çıkarıldı. Defekte bir adet titanyum köprü ve prolen mesh ile rekonstrüksiyon uygulandı (Resim 3). Postoperatif patoloji sonucu ekstraskelatal miksoid kondrosarkom olarak raporlandı. Ekstraskelatal miksoid kondrosarkom nedeniyle torakoabdominal duvar rezeksiyonu yaptığımız ve sonrasında rekonstrüksiyon uyguladığımız hastamız takibe alındı.

Ekstraskelatal miksoid kondrosarkom yumuşak doku sarkomlarının %2,5 kadarını temsil etmektedir. Tanı sıklıkla diğer sarkomlarla karışabilmektedir. Bu nedenle immünohistokimyasal boyama ve elektron mikroskopisi kullanılabilmektedir.

Ekstraskeletal mikroid kondrosarkomların kemoterapi ve radyoterapiye yanıtı iyi olmadığından tedavisi cerrahi rezeksiyondur.

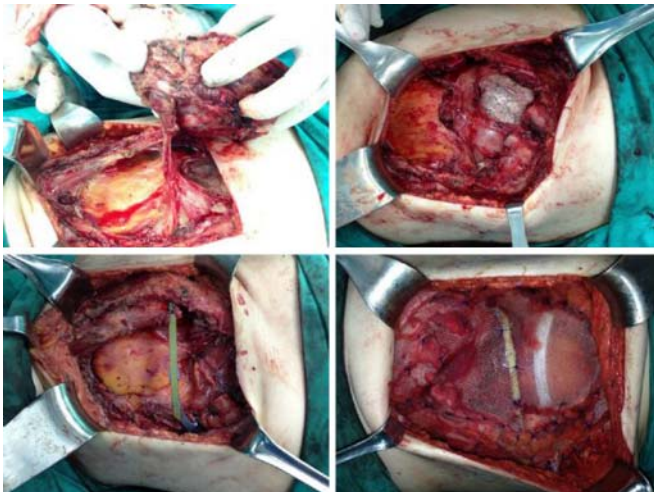
Anahtar Kelimeler: ekstraskeletal mikroid kondrosarkom, rekonstrüksiyon



Resim 1. Hastanın preoperatif görüntüsü



Resim 2. Hastaya ait aksiyel tomografi görüntüsü



Resim 3. Hastaya ait ameliyat görüntüleri

P-131

KLİNİĞİMİZDE YILLARA GÖRE BÜYÜK VE KÜÇÜK ÇAPLI PLEVRAL KATETER UYGULAMALARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Hatice Eryiğit, Murat Ersin Çardak, Kadir Burak Özer, Hakan Sönmez, Atilla Özdemir, Recep Demirhan

Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği, İstanbul

Giriş: Göğüs cerrahisi uygulamalarında geleneksel olarak büyük çaplı kateterler kullanılmaktadır. Ancak son yıllarda daha küçük çaplı kateterler popüler hale gelmiştir. Kliniğimizde son üç yılda pnömotoraks ve plevral effüzyon tedavilerinde kullanılan kateter uygulamalarını karşılaştırdık.

Materyal-Metod: Kliniğimizde yatarak tedavi gören hastalar çalışmaya dahil edildi. Konsültasyon olarak diğer kliniklerde yapılan uygulamalar çalışmaya alınmadı. 2011 ile 2013 yılları arasında lokal anestezi altında torakostomi ile tedavi edilen hastalar geriye yönelik olarak incelendi.

Sonuç: Kliniğimizde 353 hastaya 166 hastaya büyük (32F), 187' sine küçük çaplı kateter (8F) torakostomi uygulandı. Hastaların yaş ortalaması 46,9 (3- 90) idi. Olguların 237' si erkek, 116' sı kadın idi. 2011 yılında büyük çaplı kateter uygulaması %65, 2012' de %37, 2013'de ise %36 iken, küçük çaplı kateter uygulaması sırasıyla %35, %63, %64 idi. Yıllara göre pnömotoraks tedavisinde büyük çaplı kateterle tedavinin %76' dan %43'e gerilerken küçük çaplı kateter uygulamasının %57' e yükseldiğini tespit ettik. Plörezi tedavisinde ise 2013 yılında %72 oranında küçük kateteri tercih ettiğimizi gördük. Son bir yıl içinde malign effüzyonlarda küçük çaplı kateterlerin kullanımı ise %92 idi.

Kateter uygulamalarına bağlı herhangi bir major komplikasyon ve mortalite olmadı.

Tartışma: Kliniğimizdeki uygulamalarda küçük çaplı katetere yöneldiğimizi tespit ettik. Küçük çaplı kateter uygulaması teknik olarak minimal invazif ve kısa süreli bir işlemdir.

Anahtar Kelimeler: torakostomi, pnömotoraks, effüzyon

P-132

KLAVİKULA FRAKTÜRLERİNDE GÖĞÜS CERRAHİSİ YAKLAŞIMLARI

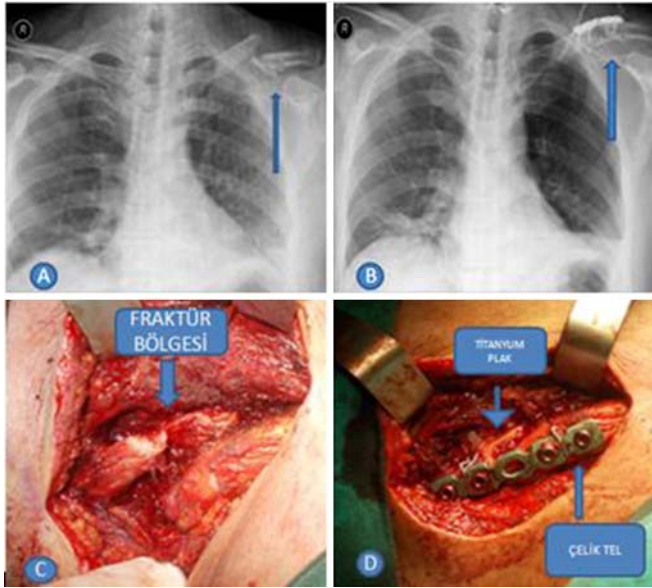
Şamil Günay, İrfan Eser, Mahmut Özbey, Mehmet Açar, İbrahim Can Kürkçüoğlu

Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Şanlıurfa

Tüm travmalarda içinde göğüs travmaları önemli bir yüzdeyi kapsaması göğüs cerrahisi müdahalelerinin önemini ortaya koymaktadır. Hemotoraks, pnömotoraks, akciğer kontüzyonu gibi önemli hastalıklara müdahaleler göğüs cerrahisi tarafından yapılması beklenirken; klavikula fraktürü gibi daha az mortaliteye sahip durumlarda ortopedi bölümünün müdahalesi beklenmektedir. Kot fraktürü, göğüs deformiteleri, sternum cerrahilerinde profesyonel yaklaşım sergileyen göğüs cerrahisi bölümünün klavikula fraktüründe neden arka planda kaldığı muallâktır. Bizde bu kapsamda bölümümüzce klavikula fraktürlerine müdahale etmeye karar verdik ve 10 hastadan oluşan küçük bir seri hazırlayıp bilgilerinize sunmak istedik. Hastalarımızın 10 uda erkek olup hepsi de travma sonrası olan klavikula corpusunda meydana gelen fraktürlerden oluşmaktaydı. Klavikula-akromial eklemden

patolojisi olanlar cerrahiye alınmadı. Hastalarının fraktürleri radius fraktürü (3cmx6 cm)plakları ve 4 adet vida (12 – 20 mm) ile onarılırken 8 hastaya ek destek amaçlı plak ve kalvikulayı daha iyi stabilize etmek için sternum telleri ile döndüldü ve teller sıkı bir şekilde bağlandı. Hastalardaki deneyimlerimiz bize gösterdi ki klavikula ve sternuma vidayı uygularken mutlaka vidanın 2 kor-tekside geçmesi gerektiği unutulmamalıdır. Aksi taktirde vidalar oynamakta ve reoperasyona ihtiyaç duyulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Göğüs Travması, Klavikula Fraktürü



Resim 1. Sol Klavikula Perop Görüntüleri ve Grafileri

P-133

GÖĞÜS DUVARINDAN AKCİĞERE DOĞRU UZANAN FİBRÖZ DOKUNUN OLUŞTURDUĞU SPONTAN HEMOPNÖMOTORAKS OLGUSU

Sezai Çubuk, Okan Karataş, Gökhan Ayberik, Alper Gözübüyük

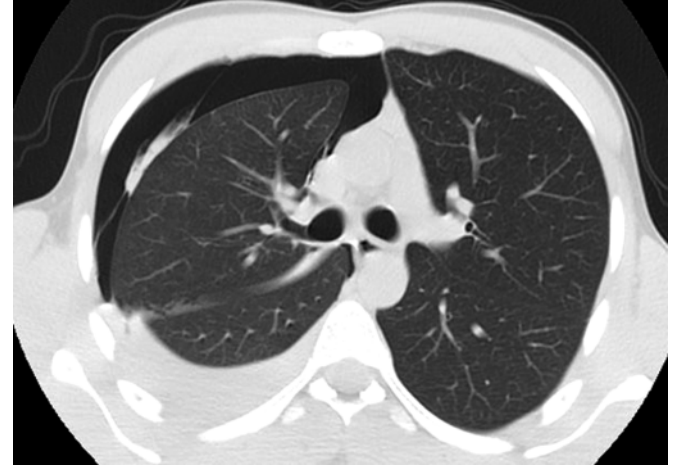
Gata Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı

Hemopnömotoraks sıklıkla toraks travmaları ile birlikte gözlenir. Travma dışında nadiren spontan pnömotoraksa eşlik eder. Biz, göğüs duvarından akciğere doğru uzanan fibröz dokunun oluşturduğu spontan hemopnömotoraksli olgumuzu sunmayı amaçladık

Yirmi yaşında erkek hasta göğüs ağrısı ve dispne nedeniyle kliniğimize başvurdu. Hastanın yapılan fizik muayenesinde sağ hemitoraksda solunum seslerinin azalmış ve perküsyonda ilgili hemitoraksda hipersonorite saptandı. Hastanın toraks bilgisayarlı tomografisinde hidropnömotoraks ve göğüs duvarı ile akciğer parankimi arasında uzanan yapı saptandı (Resim 1). Hastaya sağ tüp torakostomi uygulandı. Hastaya tüp torakostomi uygulandıktan sonra hava çıkışı ile beraber 500 cc hemorajik mayi drene edildi. Tüp torakostomi sonrası hava kaçağı kesildi ve kontrol akciğer grafisinde tam ekspansiyon gözlemlendi. Hastanın takiplerinde hemorajik drenaj gözlemlenmedi. Hastanın tüp toraksotomi esnasında ve sonraki kontrolünde tam kan değerinde düşme saptanmadı. Hasta dört gün sonra taburcu edildi.

Spontan hemopnömotoraks, spontan pnömotoraks ile karşılaştırıldığında nadir olarak gözlenir. Hemotoraks, göğüs duvarı ile akciğer parankimi arasında bulunan yapışıklıkların kopması ile meydana gelir. Büllöz akciğere sahip hastalarda plevral düzensizlikler saptandığında bu hastalarda yapışıklıklar nedeniyle spontan hemopnömotoraks gözlenebileceği akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Fibröz doku, Hemopnömotoraks, Spontan



Resim 1. Hastaya ait bilgisayarlı tomografi görüntüsü

P-134

AKCİĞERDE NADİR SAPTANAN METASTAZ: UTERUS LEİOMYOM METASTAZI

Sezai Çubuk, Gökhan Ayberik, Orhan Yücel, Alper Gözübüyük

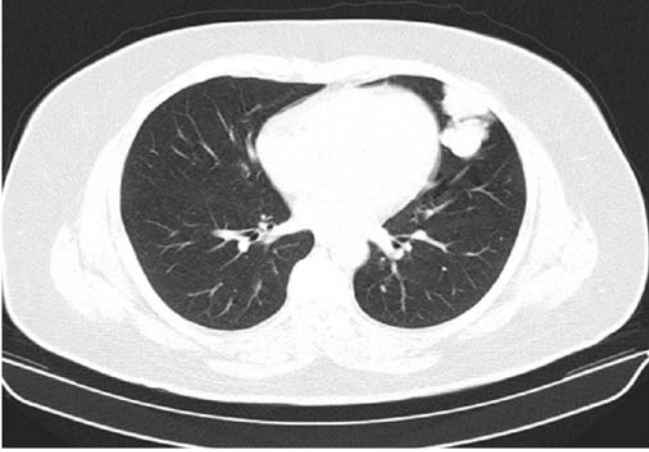
Gata Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı

Leiomyom benign düz kas tümörüdür. Uterus leiomyomu nadiren başka organlara metastaz yapmaktadır. Biz bu çalışmamızda literatürde az rastlanan akciğere metastaz yapmış uterus leiomyomlu bir olguyu sunmayı amaçladık.

Öksürük ve ağrı şikayeti ile iki yıl önce tetkik edilen hastada “sol üst lob lingulada 3x3,4 cm boyutlarında tübülodüler lezyon” tespit edilmiştir (Resim 1). Hastaya TTİİB ve EBUS yardımıyla TBİB uygulanmış ancak tanısız gelmemiştir. PET CT de sol üst lob linguladaki lezyonda SUVmax: 1.71’lik, sol aksiller bölgedeki lenf nodunda SUVmax: 2.54 ve sağ aksiller bölgedeki lenf nodunda SUVmax: 1.37 lik tutulum izlenmiştir. Uterusta RİA görülmüş olup çevresindeki metabolik aktivitenin menstrüel siklus anamneziyle birlikte değerlendirilmesi gerektiği rapor edilmiştir. Yapılan tüm batın USG incelemesinde ise uterus normalden büyük boyutta ve myometrium içerisinde en büyüğü 16 mm olan birkaç adet hipoeoik myom odağı gözlenmiştir. Aksiller bölgedeki lenf nodlarına eksizyonel biyopsi yapılmış ancak tanısız gelmemiştir. Linguladaki tübülodüler lezyonda büyüme tespit edilince açık biyopsi önerilen hastaya sol torakotomi ile lingula wedge rezeksiyon ameliyatı uygulandı. İntraoperatif frozen çalışması tanısız gelmeyen hastada işleme son verildi. Patolojik tanı leiomyom metastazı olarak rapor edildi.

Uterustan kaynaklanan leiomyoma bağlı akciğer metastazlarıyla nadir de olsa karşılaşılmaktadır. Rezektabl olan metastazlar cerrahi olarak çıkarılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Akciğer, leiomyom, metastaz



Resim 1. Hastaya ait bilgisayarlı tomografi görüntüsü

P-135

LOKALİZE MULTİPL MEDIASTİNAL CASTLEMAN HASTALIĞI

Nilgün Kanlıoğlu Kuman¹, Serdar Şen¹, Seda Karakoyunlu Şen¹, Yakup Yüreklî², Arzu Cengiz², Can Zafer Karaman³, İbrahim Meteoğlu⁴

¹Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Aydın

²Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nükleer Tıp Anabilim Dalı, Aydın

³Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Aydın

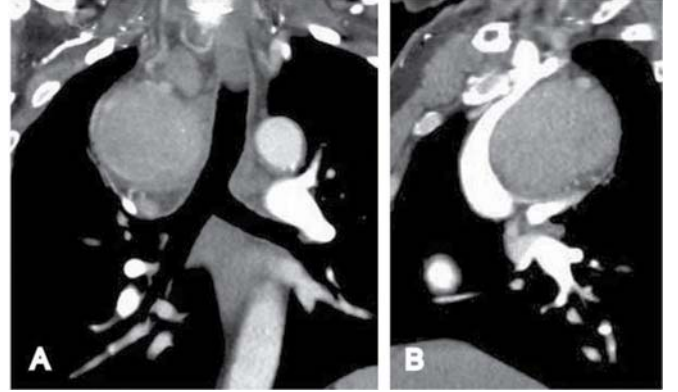
⁴Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Aydın

Castleman hastalığı oldukça ender görülen angiofolliküler lenf nodu hiperplazisi olup lokalize formları hastalık %86 mediastinal (özellikle ön-üst mediastinal) yerleşim eğilimindedir(1). Olgu;7 aydır halsizlik, 1 aydır öksürük ile şikayeti başvuran olgumuzun toraks bilgisayarlı tomografisinde sağ üst mediastende düzgün sınırlı lobüle konturlu, içinde mikrokalsifikasyonlar içeren 7x7 cm çapında heterojen hipodens lezyon izlendi. Lezyonların pozitron emmisyon tomografi tetkikinde lezyonun aktivasyonu 5,4 olarak ölçüldü Bronkoskopiye trakeanın sola deviye olduğu izlendi, endobronşial lezyon gözlenmedi. Operasyonda hiper vaskülerize mediastinal lezyonun trakeayı sola ittiği ve tabanda aort ve kalp ile yakın komşulukta olduğu ve azigos venini sarmış olduğu gözlemlendi. Frozen incelemesi ile lezyonun benign yapıda lenf nodu olduğunu rapor etti. Tümör azigos veni ile birlikte enblok olarak komşu dokularla olan fibrotik yapışıklıklar ayrıştırılarak eksize edildi. Lezyonun tabanında lezyona komşu olan ve lezyon ile benzer özelliklerde olan ikinci bir lezyon saptandı ve eksize edildi. Patoloji 130 gr ağırlığında 9x7x5 cm boyutunda ve 3 gr ağırlığında 2,5x2,5x1,5 cm boyutunda kapsüllü görünümde solid nitelikte olan lezyonların hyalen vasküler tipte castleman hastalığı olduğunu rapor etti. İmmunohistokimyasal incelemede CD3, CD20 ve Bcl2 ile olağan boyanma paterni izlendi, CD34 ile damarlarda boyanma oldu ve CD21, CD15 ve CD30 ile boyanma olmadı. Histokimyasal M.Trikrom ile folikül merkezlerindeki damarlarda boyanma olmadı. Postoperatif dönemde herhangi bir komplikasyon gelişmeyen olguya lezyonun lokalize multipl olması nedeniyle hematoloji görüşü ile radyoterapi önerildi.

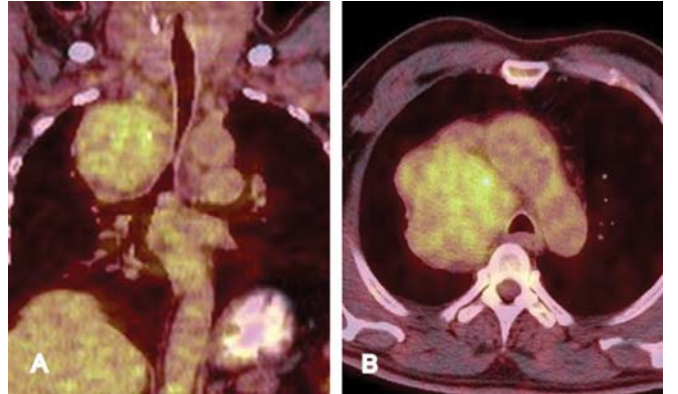
Radyolojik olarak PA akciğer grafide ve toraks CT'de granülatöz veya neoplastik oluşumlardan ayrılmadığından genellikle tanı preoperatif konamamaktadır (2). Pozitron emisyon tomografi taramasında artmış aktivasyon cerrahları malignite tanısına yönlendirmektedir. Mediastinal lezyonlardan genellikle tek lezyon

olarak bildirilmekte, ancak bizim olgumuzda olduğu gibi aynı lokalizasyonda multipl mediastinal lezyonlardan olarak literatürde bahsedilmemektedir. Boyunda lenf nodu eksizyonundan sonra tekrarlayan Castleman hastalığı olgusu bildirilmiştir(3). Lokalize Castleman hastalığında aynı lokalizasyondaki lenfatik zincirde başka lenf nodlarının da olduğu unutulmamalı ve nüks ihtimalinden kaçınmak için lezyon eksize edildikten sonra mediasten benzer özellikte lezyon varlığını araştırma amaçlı kontrol edilmelidir.

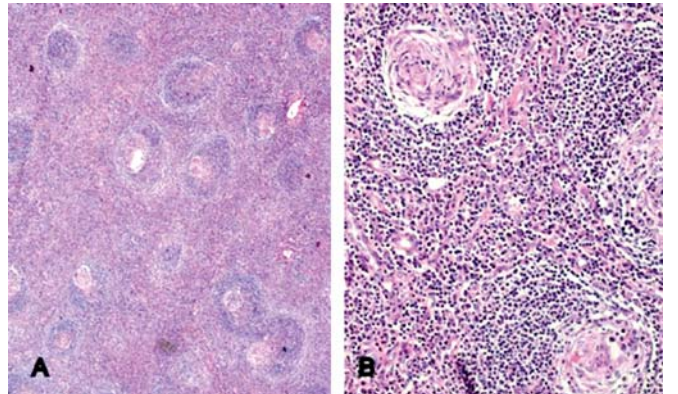
Anahtar Kelimeler: Castleman, mediastinal, multipl



Resim 1. Toraks bilgisayarlı tomografide lezyonların mediastinal yerleşimi olduğu, trakea (A) ve vena cava superioru (B) deviye ettiği görülüyor



Resim 2. Pozitron emmisyon tomografisinde lezyonun aktivitesi görülmektedir (A,B)



Resim 3. Hematoksilen Eozin boyalı kesitlerde folliküler hiperplazi gösteren lenf nodunda germinal merkezlerde hyalinize alanlar, interfolliküler bölgelerde damarlanma artışı ile karakterli Hyalen Vasküler tipte Castleman Hastalığı (A; x40, B; x200)

P-136

SOLİTER ENDOBRONŞİYAL SQUAMÖZ PAPİLLOMA OLGUSU

Ahmet Selvi¹, Ümmühan Bayram Selvi², Mustafa Teoman Yanmaz³, Celal Karlıkaya¹

¹İstanbul Kemerburgaz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

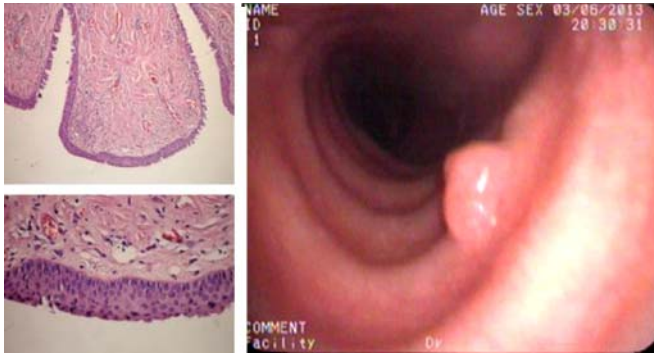
²İstanbul Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

³İstanbul Kemerburgaz Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı, İstanbul

63 yaşındaki erkek hasta tekrarlayan pnömoni nedeniyle merkezimize sevk edildi. 45 paket/yıl sigara öyküsü vardı. Aynı zamanda tip 2 diyabet, hipertansiyon prostat hipertrofisi tanıları ile takip ediliyordu. 19 yıl önce kolesistektomi operasyonu geçirmişti. En son çekilen bilgisayarlı akciğer tomografisinde sol alt lob yerleşimli milimetrik nodul dışında bir özellik yoktu. Yapılan akciğer muayenesinde bilateral yaygın rhonküs tespit edildi. Hastanın diğer sistemik muayenesinde belirgin bir özellik tespit edilmedi. Hastaya arka arkaya tekrarlayan pnömoni nedeniyle bronkoskopik inceleme yapıldı. Yapılan incelemede trake üst 1/3 kısımda anterolateral yerleşimli, lümene doğru uzanan, yüzeyi lobule görünümlü, polipoid, yaklaşık 5 mm uzunluğunda lezyon tespit edildi. Lezyondan forseps ile biyopsi denendi ancak lezyonun son derece dayanıklı olduğu görüldü ve biyopsi almak mümkün olmadı. Ardından lezyon boynundan forseps ile eksize edilerek tamamen çıkartıldı. Yapılan patolojik incelemenin sonucu skuamöz papilloma olarak rapor edildi. Ardından yapılan HPV DNA PCR incelemesi negatif tespit edildi. 6 ay sonra yapılan bronkoskopi kontrolünde endobronşiyal sistem incelemesinin normal olduğu tespit edildi.

Papillomalar akciğerin en nadir görülen benign epitelial tümörleridir. HPV ile ilişkili olabilirler. Bronkoskopi sayılarının hızla artmasına rağmen hala vaka bildirimleri ile sınırlıdır. Endobronşiyal papillomalar; 1.Skuamöz hücreli papillomalar, 2. Glandular papillomalar ve 3. Mikst skuamöz hücreli ve glandular papillomalar olmak üzere 3 gruba ayrılır. Özellikle skuamöz papillomalarda malignite gelişebilir. Papillomalar siğil benzeri lezyonlardır ve değişik büyüklükte olabilirler. Bronkoskopi sırasında bronş mukozası bu tür lezyonlar açısından dikkatli bir şekilde incelenmelidir.

Anahtar Kelimeler: papilloma, skuamöz papilloma, soliter endobronşiyal papilloma



Resim 1

P-137

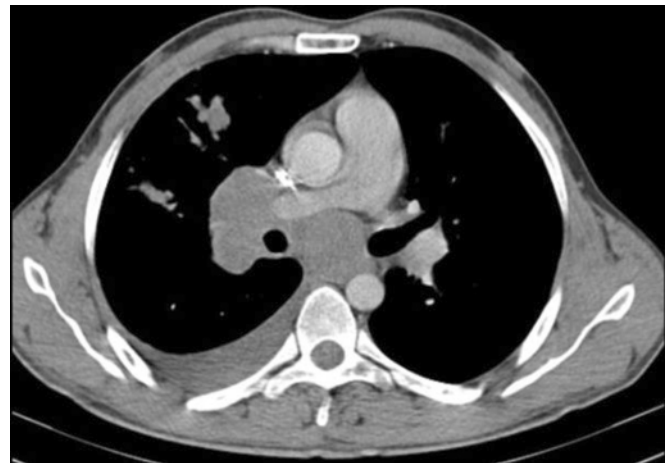
HİPEC DENEYİMLERİMİZ

İrfan Eser, Şamil Günay, Mehmet Ağar, Mahmut Özbey, İbrahim Can Kürkçüoğlu

Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Şanlıurfa

Hipertermik intra-peritoneal/plevral kemoterapi (HIPEC) son yıllarda kullanıma girmiş batin ve göğüs boşluğunda yerleşim gösteren malign tümörler için uygulanan yeni bir yöntemdir. Yüksek konsantrasyonlu kemoterapötiklerin malignite bölgesine homojen dağılmasını, böylelikle kemoterapötiklerin dokulara yaklaşık 2 mm penetrasyonu ile olabildiğince fazla tümör hücresinin ortadan kaldırılması sağlar. Isı etkisi ile vazodilatasyon, plevral ve peritoneal kan akımında artma oluşturan ve kemoterapötiklerin farmakolojik açıdan avantajını arttıran bir yöntemdir. Göğüs cerrahisinde bu yöntem plevral efüzyona sebep olan malign tutulumlarda kullanılır. Malign plevral efüzyonlarda ortalama beklenen yaşam süresi 6 ayken; bu yöntemle hastalarda ortalama yaşamın 12-15 aya çıktığını gösteren yayınlar mevcuttur. Biz de 2012-2014 yılları arasında HIPEC uygulanan 7 olguyu ve sonuçlarını sunmayı amaçladık. Yaşları 34-58 arasında değişen, malign plevral efüzyon tanısı olan 2'si erkek, 5'i kadın 7 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Histopatolojik olarak da plevral mayi ve/veya biyopsilerinde 5 bayan hastanın 4'ünde meme ca metastazı birinde akciğer kanseri, 2 erkek hastanın birinde renal cell ca metastazı ve birinde akciğer adenokarsinom tespit edildi. Yedi hastanın altısına tek taraflı, birine farklı seanslarda bilateral HIPEC uygulandı. Hastaların birinde post operatif sağ kol ödemi gelişti ve bu durum var olan tümörün lenf nodu tutulumu olarak değerlendirildi. Hastaların birinde post operatif sinüs taşikardileri ve ateşleri oldu. Posoperatif supraventriküler taşikardi gelişen hastanın klinik durumu takılan santral venöz katetere sekonder geliştiği görüldü. HIPEC'in malign plevral efüzyonlu hastalarda bir tedavi yöntemi olarak gittikçe yaygınlaşacağını ümit etmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Malign Plevral Efüzyon, HIPEC



Resim 1. HIPEC Yapılan Hastanın Toraks BT'si

P-138

PRİMER MEDIİASTİNAL KARSİNOSARKOM: MİLYONDA BİR GÖRÜLEN VAKA

Serdar Evman¹, Talha Doğruyol¹, Mustafa Akyl¹, İlker Kolbaş¹,
Levent Alpay¹, Salih Zeki Kadioğlu², Murat Ersin Çardak³, İrfan Yalçınkaya¹

¹Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi, İstanbul

²Başakşehir Devlet Hastanesi, Göğüs Cerrahisi, İstanbul

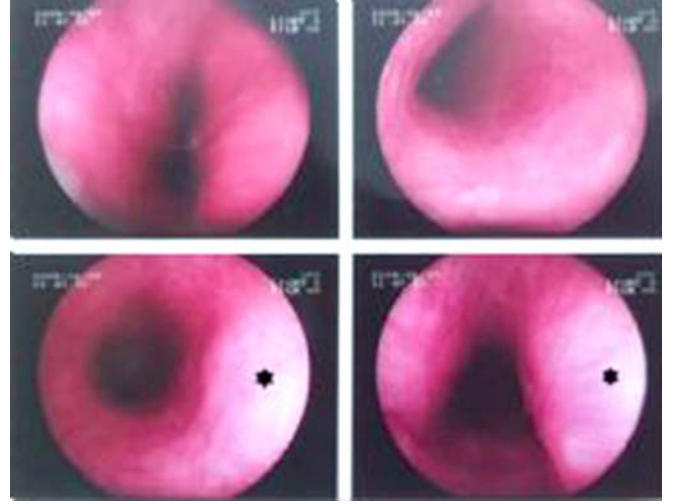
³Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi, İstanbul

Amaç: Akciğer karsinosarkomu nadir görülen ve bifazik malign bir tümördür. Karsinomatöz ve sarkomatöz komponentleri birlikte içerir. Primer mediastinal karsinosarkom ise çok daha nadir bir tümör olup literatürde bildirilmiş birkaç yayının mevcuttur.

Olgu: 55 yaşında erkek hasta karın ağrısı, dispepsi, kilo kaybı yakınmaları ile polikliniğe başvurmuş. Laboratuvar değerleri 8.9 g/dl hemoglobin ve 21.4%hematokrit değerleri haricinde normal olarak saptanmış. Anemi etyolojisi araştırılırken çekilen toraks bilgisayarlı tomografisinde (BT) posterior mediastende sol atrium ve özofagus ile klivajı net ayırt edilemeyen 8 cm'lik yumuşak doku kitlesi saptanmış. Çekilen Toraks manyetik rezeonans görüntüleme (MRG) sonucu özofagus kökenli bir kitle veya özofagusda ekstresek basıya neden olan bir lenfadenopati (LAP) pakesi olarak raporlanmış (Resim 1). Özofagogastroduodenoskopisinde, özofagus 28. cm'de dıştan bası görünümü saptanmış (Resim 2). Pozitron emisyon tomografisi-bilgisayarlı tomografi (PET-BT) düzgün sınırlı kitle veya konglomere lenf nodları (SUVmax=5.2) olarak değerlendirilmiş. Öntanı olarak özofagus leiomyomu, karsinom veya enfekte nöroenterik kist düşünülen hastaya sağ torakotomi ile yapılan eksplorasyonda, özofagusla komşu ve ona bası yapan kapsüllü mediastinal kitle; 2,4,7 no'lu LAP'lar total eksize edildi (Resim 3). Patoloji, karsinosarkom, LAP'lar negatif olarak bildirildi. Postoperatif dönemde sıkıntı gelişmeyen hasta cerrahi sonrası 78. ayında ve genel durumu iyi.

Sonuç: Bifazik bir tümör olması nedeniyle karsinosarkomlar, akciğerler ve gastrointestinal sistem organları da dahil vücutta birçok yerde görülebilir. Bu güne kadar literatürde primer mediastinal karsinosarkom nedeniyle iki olgu bildirilmiş olup bizim hastamız üçüncü bildirilen olgudur.

Anahtar Kelimeler: Primer mediastinal karsinosarkom, torakotomi



Resim 2. Özefagoskopi görüntüsü



Resim 3. Ameliyat piyesi görüntüsü

P-139

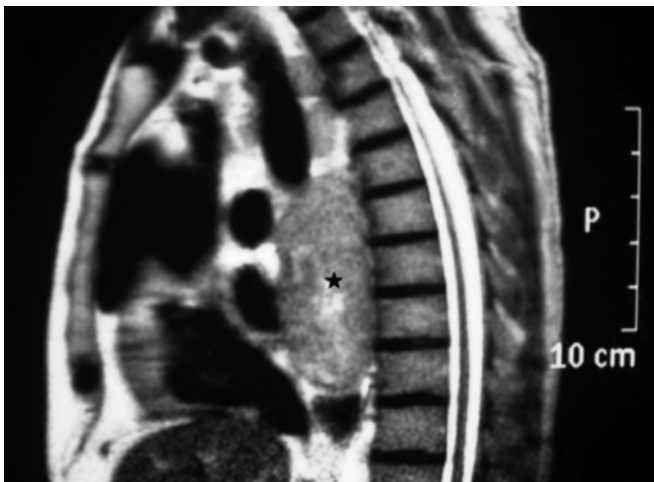
YAYGIN CİLT METASTAZLARI İLE SEYREDEN BİR KÜÇÜK HÜCRELİ AKCİĞER KANSERİ OLGUSU

Timuçin Alar, İsmail Ertuğrul Gedik

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Çanakkale

Amaç: Akciğer kanseri (AK), kanser türleri arasında en sık görülenidir. Her yıl yaklaşık 1.6 milyon yeni AK vakası ve yaklaşık 1.4 milyon AK'ye bağlı ölüm bildirilmektedir. Bu 1.6 milyon yeni vakanın da yaklaşık %10-15'i küçük hücreli akciğer kanseridir (KHAK). AK'nin %1-12 arasında değişken oranlarda cilde metastaz yaptığı bilinmektedir. Biz de bu olgu sunumunda cilt de dahil olmak üzere vücudunun çeşitli bölgelerinde multipl metastazlarla seyreden ve bu cilt nodüllerine yönelik uyguladığımız eksizyonel biyopsi sonucunda tanı koyduğumuz bir KHAK olgusunu paylaşmak istedik.

Olgu: 72 yaşında erkek hasta öksürük, halsizlik ve yaygın vücut ağrısı yakınmalarıyla başvurduğu göğüs hastalıkları polikliniğince yapılan muayene ve tetkikler sonucunda sağ üst lobda iki adet kitle tespit edilmesi üzerine, transtorasik ince iğne aspirasyon biyopsisi yapılmak üzere kliniğimize yönlendirildi. Yapılan fizik muayenede bilateral multipl cilt nodülleri palpe edildi. Olgunun



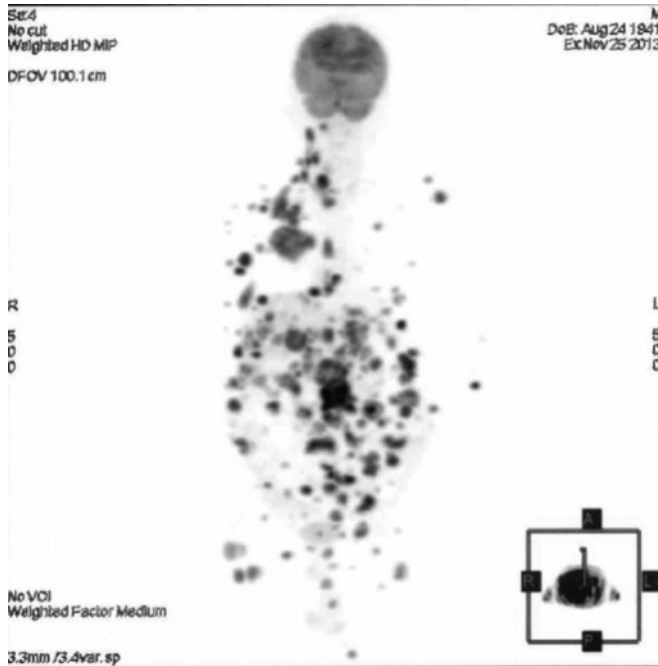
Resim 1. Toraks bilgisayarlı tomografi sagittal kesitte lezyonun görüntüsü

pozitron emisyon tomografisinde yaygın metastazla uyumlu görüntüler saptandı. Hastanın sol arkus kostarum ile ön aksiller hat kesişim yerindeki cilt nodülünden eksizyonel biyopsi uygulandı ve histopatolojik sonucu "küçük akciğer kanseri metastazı" olarak rapor edildi. Evre IV olarak kabul edilen hasta onkoloji kliniğine yönlendirildi.

Sonuç: AK dünya üzerindeki en ölümcül kanserlerden biri olup 5 yıllık sağkalım oranları %15'in altındadır. Bu oran KHAK için %5-8 arasında değişmektedir. Cilt metastazı varlığı AK'nde ortalama sağkalımı 5-6 ay civarına indirmektedir. AK'nde doğru tanı ve uygun evreleme yöntemi, KHAK gibi hızlı ilerleyen ve agresif seyreden bir kanser türünde, hem medikal tedavinin gecikmeden başlanmasına hem de uygulanabilecek gereksiz cerrahinin önüne geçebilir.

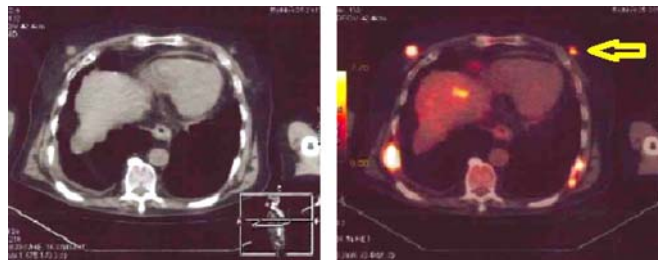
Anahtar Kelimeler: küçük hücreli akciğer kanseri, cilt metastazı

Panoramik PET-BT



Resim 1. Olgunun multipl metastazlarının izlendiği panoramik PET-BT görüntüsü

PET-BT



Resim 2. Olgunun PET-BT görüntüsü

P-140

KEMOTERAPİ PORTU TAKILAN 3 OLGUDA KATETER KOMPLİKASYONU; PINCH OF SENDROMU VE KATETER AYRILMASI

Hatice Demirbağ¹, Mehmet Yıldırım¹, Recep Ustaalioglu¹, Murat Yaşaroğlu¹, Sinan Şahin², Hakan Barutçu², Tamer Okay¹, İlğaz Doğusoy³

¹Dr Siyami Ersek Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Hastanesi, Göğüs Cerrahi Kliniği

²Dr Siyami Ersek Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Hastanesi, Radyoloji Kliniği

³Kadıköy Acıbadem Hastanesi

Venöz port implantasyonu, ilk defa 1982 yılında Niederhuber ve ark. tarafından tanımlanmış olup tekrarlanan ilaç uygulamaları için güvenli ve kolay damar giriş yolu sağlayan, tamamı cildin altında yerleştirilen kateterlerdir.

En sık karşılaşılan port komplikasyonları tromboz, infeksiyon, kateter tıkanması veya kateterden kan geri dönüşünün olmamasıdır. Portun kırılarak pulmoner emboli yapması en az rastlanan komplikasyondur.

Olgu 1; 49 yaşında erkek hasta safra yolu malign neoplazmi nedeni ile sağ subklavian vene kemoterapi portu takıldı. 6 ay sonraki kontrolünde hastanın kateterinin porttan ayrılarak sol pulmoner arterde olduğu tespit edildi. Port cerrahi olarak ve kateter sağ femoral ven kateterizasyonu ile çıkarıldı.

Olgu 2; 57 yaşında bayan hasta meme kanseri nedeni ile sağ subklavian vene kemoterapi portu takıldı. 6 ay sonraki kontrolünde hastanın kateterinin kopmuş olduğu görüldü. Distal kateter parçasının sağ pulmoner arterde olduğu tespit edildi. Port cerrahi olarak ve kateter sağ femoral ven kateterizasyonu ile çıkarıldı.

Olgu 3; 51 yaşında erkek hasta baş boyun tümörü nedeni ile sol subklavian vene kemoterapi portu takıldı. 18 ay sonraki kontrolünde hastanın kateterinin kopmuş olduğu görüldü. Distal kateter parçasının sol pulmoner arterde olduğu tespit edildi. 2 kez femoral venden kateterizasyon ile çıkarılmaya çalışıldı ancak başarılı olmadı. Hastaya cerrahi olarak kateterin çıkarılması önerildi. Hasta cerrahi kabul etmedi.

Anahtar Kelimeler: port, port komplikasyonu

P-141

TORAKS DUVARINA METASTAZ YAPAN KOLON KANSERİ; TORAKS DUVAR REZEKSİYONU VE REKONSTRÜKSİYONU

Recep Ustaalioglu¹, Mehmet Yıldırım¹, Hatice Demirbağ¹, Burçak Erkol², Murat Erkan³, Tamer Okay¹, İlğaz Doğusoy⁴

¹Dr Siyami Ersek Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Hastanesi, Göğüs Cerrahi Kliniği

²Haydarpaşa Numune Hastanesi, Onkoloji Kliniği

³Haydarpaşa Numune Hastanesi, Patoloji Kliniği

⁴Kadıköy Acıbadem Hastanesi

Kolon kanseri sıklıkla karaciğere ve akciğere metastaz yapar. Toraks duvar metastazı oldukça nadir görülür.

Olgu: 66 yaşında erkek hasta 2009 yılında kolon ca nedeni ile sigmoid rezeksiyon yapılmış ve adenokarsinom olarak bildirilmiş. 2010 yılında karaciğerde metastaz tespit edilmesi üzerine karaciğere metastazektomi yapılmış. Onkoloji kliniği tarafından takip edilen hasta da 2011 yılında sağ akciğer orta lobda yaklaşık 2x2 cm boyutlarında kitle görülmüş. Sağ orta lobdaki kitleye wedge rezeksiyon yapıldı. Patoloji sonucu kolon ca metastazı (adeno ca

) olarak bildirildi. Onkoloji kliniği tarafından takibi devam eden hastanın 2013 yılında çekilen PET –CT sinde sağ toraks duvarında kitle görüldü. Hasta kliniğimiz tarafından sağ 4-5-6. Kot rezeksiyonu ve toraks duvar rekonstrüksiyonu yapıldı. Patoloji sonucu adenokarsinom kolon metastazı olarak bildirildi. Hasta postope-ratif 10. ayda halen onkoloji kliniği tarafından takip altındadır.

Anahtar Kelimeler: kolon ca, toraks duvar metastaz

P-142

ÇOK ENDER BİR OLGU: KÜÇÜK HÜCRELİ DIŞI AKCİĞER ADENOKANSERİNDE PLEURODESİS SONRASI TROMBOTİK TROMBOSİTOPENİK PURPURA

Derya Kıvrak Salim¹, Ozan Salim², Hasan Şenol Coşkun¹, Sema Sezgin Göksu³

¹Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı, Antalya

²Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Hematoloji Bilim Dalı, Antalya

³Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Onkoloji, Kayseri

Giriş: Trombotik Mikroanjiopatiler(TMA) olarak bilinen Trombotik Trombositopenik Purpura(TTP) ve Hemolitik Üremik Sendrom (HÜS), non-immun hemolitik anemi ve trombositopeni ile seyreden tedavi edilmediği zaman mortalitesi yüksek hematolojik acillerdendir. İdyopatik TTP/HÜS dışında kanser ilişkili (en sık mide kanseri) ve kemoterapi ajanları (özellikle mitomisin) ilişkili TTP/HÜS olguları bildirilmiştir. Burada akciğer kanseri tanılı pleurodesis sonrası TTP tanısı konulan olguyu bildiriyoruz.

Olgu: 46 yaşında 9 aydır süregelen kronik öksürük yakınması olan kadın hastaya sağ akciğer üst lobdaki kitle biyopsisi sonucunda Küçük Hücreli Dışı Akciğer Adenokanseri (EGFR negatif) tanısı kondu (Evre 4, T3N2M1 (kemik met)). Cisplatin +Docetaxel sistemik kemoterapisi ve zolendronik asit tedavisi ve T11-S3 vertebraya palyatif radyoterapi uygulandı. 3 kür sonunda progresyon ve plevral metastazı (semptomatik masif efüzyon) nedeniyle bleomisin ile pleurodesis işlemi uygulandı. İşlemden yaklaşık bir hafta sonra akut olarak anemi (hemoglobin 8.2 gr/dl) ve trombopeni (trombosit 30.000/mm3) gelişti. Periferik yaymada parçalanmış eritrositler ile birlikte LDH ve retikülosit düzeyi belirgin yüksek (LDH:2960 IU/dl; retikülosit %8.69) olan hastada Coombs testleri negatif ve koagülasyon testleri normal bulundu. Renal fonksiyonlarında bozukluk izlenmedi. Biyopside hiperselüler kemik iliğinde infiltrasyon, hemofagositoz görülmüdü. Hematoloji konsultasyonu sonucunda TTP tanısı konulan hastanın bu süreçte yüksek ateş ve nörolojik (ağız ve yüzde his kaybı ve uyuşma) yakınmaları gelişti. Bleomisin ilişkili TTP ve kanser ilişkili TTP ön tanıları ile plazma değişimi tedavisi başlandı. Bu süreçte ADAMTS 13 antijen düzeyi ve aktivitesi normal bulundu. Plazma değişimine yanıt alınamayan olguda primer tümöre yönelik pemetrexed tedavisi başlandı. Tedaviye yanıt alınamayan klinik progresyon gözlenen hasta kardiyak arrest nedeniyle kaybedildi.

Sonuç: MAHA ve trombositopeni olan her olgu aksi kanıtlanana kadar TTP olarak kabul edilmeli ve etyoloji araştırılırken bir taraftan da hızlı bir şekilde plazma değişimi tedavisine başlanmalıdır. Etyolojide ADAMTS13 aktivitesinin düşük olması idyopatik/konjenital TTP lehine iken sekonder TTP olgularında enzim aktivitesi normal bulunabilir. Benzer şekilde İdyopatik/Konjenital TTP olgularında plazma değişimine yüksek oranda

yanıt alınırken, sekonder TTP olgularında plazma değişimi tedavisine yanıt alınamayabilir. Bu olgularda altta yatan olayın tedavisi ve şüphelenilen ilacın kesilmesi önemlidir. Doğaldır ki olgumuzda akciğer kanseri ilişkili TTP veya pleurodesis ilişkili TTP ayırımı yapılamamıştır.

Anahtar Kelimeler: KHDAK, TTP, Bleomycine

P-143

MALPRAKTİSLE OLUŞAN MASİF HEMOTORAKS

Gürhan Öz¹, Adem Gencer¹, Emre Kaçar², Okan Solak¹

¹Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Afyon

²Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Radyoloji Anabilim Dalı, Afyon

Giriş: İyatrojenik hemotoraks, açık kalp operasyonları torasentez, plevra biopsisi, sonrası görülebilen durumdur. Torasentesin yapılmasının konturendike olduğu subklavikuler torasentez sonucu gelişen masif hemotoraks olgusunu sunduk.

Olgu: Koroner arter by-pass operasyonundan yaklaşık 15 gün sonra sternum revizyonu yapılan 56 yaşındaki erkek hastaya çekilen akciğer grafisinde sağda minimal pnömotoraks saptanması üzerine torasentez yapılmış. Sağda klavikulanın hemen altından torasentez yapılan hasta kontrol akciğer filmi görülmeden taburcu edilmiş. Müdahaleden 1 hafta sonra nefes darlığı ve halsizlik gelişmesi üzerine, çekilen akciğer grafisi ve tomografide sağ hemitoraksta hemotomla uyumlu görünüm saptanması üzerine kliniğimize yatırıldı. Fizik muayenesinde TA:90/50 Nabız:95/dk saptandı. Sağda klavikula altında multipl iğne delikleri gözlenen hastanın sağda solunum sesleri azalmıştı.Labaratuvar Bulguları hemoglobin düşüklüğü dışında normaldi (9.7 gr/dl). Hastaya sağ vats yapıldı ve hematoma boşaltıldı.Komplikasyon gelişmeyen hasta şifa ile taburcu edildi.

Sonuç: Torasentezin uygun olmayan lokalizasyonlardan yapıldığında hayati tehlikeye yol açabilen komplikasyonlar gelişebilir. Torasentez sonrası akciğer grafisi çekirmek hayati önem taşır. Bu konuda tecrübesi olmayan branşlar ilgili branşlardan konsultasyon istemelidir.

Anahtar Kelimeler: Malpraktis, hemotoraks

P-144

ENDOBRONŞİAL KONDROİD HAMARTOMA (NADİR BİR OLGU)

Gürhan Öz¹, Adem Gencer¹, Çiğdem Özdemir², Elif Doğan Bakır³, Okan Solak¹

¹Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Afyon

²Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Afyon

³Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anestezi ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Afyon

Giriş: Hamartomlar akciğer parankiminde görülmesine rağmen nadir olarak endobronşial yerleşimli olabilirler. Tekrarlayan pnömoni ataklarına yol açan endobronşial kondroid hamartom olgusunu sunmayı amaçladık.

Olgu: Olgumuz 70 yaşında erkek hasta inatçı öksürük şikayeti hastanemize başvurdu. Fizik muayenesinde TA:130/85 nabız:90/dk, saturasyonu 92 olarak saptandı. Solunum sesleri sağ hemitoraksın üst 1/3'de azalmıştı. PA akciğer grafisinde mediastende sağa çekilme izlendi. Toraksın bilgisayarlı tomografisinde sağ akciğer üst lobda subtotal atelektazi saptandı. Fiberoptik bronkoskopide

endobronşial lezyonun üst lob girişini %90 oranında daralttığı saptandı. Alınan biopsi tanı için yeterli değildi. Rijid bronkoskopi ile hamartom tanısı kondu. Hastaya sağ torakotomi ile üst lobektomi yapıldı. Postoperatif komplikasyon gelişmedi.

Sonuç: Kondroid tipte endobronşial hamartomlar oldukça nadir görülen ancak lobektomiye kadar uzanan ciddi sonuçlara yolaçan benign tümörlerdir.

Anahtar Kelimeler: Hamartoma, Kondroid, Endobronşial

P-145

OPERE EDİLEN VE TAKİPLERİ EXITUS İLE SONUÇLANAN KÜÇÜK HÜCRELİ DIŞI AKCİĞER KANSERLİ 65 HASTANIN RETROSPEKTİF DEĞERLENDİRİLMESİ

Şener Cihan¹, Nalan Akgül Babacan², Nurgül Yaşar¹, Hatice Odabaşı³, Serkan Keskin¹, Cumhuriyet Demir¹

¹Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Onkoloji Kliniği

²Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı

³Kartal Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Onkoloji Kliniği

Giriş: Küçük hücreli dışı akciğer kanseri (KHDAK) tedavisinde cerrahinin önemli bir yeri vardır. Erken evre hastalıkta cerrahi tedavi standart iken lokal ileri hastalıkta uygun hastalarda kemoterapi ve radyoterapi ile kombine tedaviler gündeme gelmektedir. Vedge rejeksiyon, lobektomi ve pnömonektomi uygulanan cerrahi tekniklerdir. Pnömonektominin daha mortal seyrettiğine dair yayınlar bulunmaktadır. Lobektomi tercih edilen yöntem gibi görünmektedir. Cerrahi bir çok hastada tek başına yeterli tedavi olmayıp patolojik evrelemeye göre kemoterapi ve radyoterapi ile adjuvan tedaviler ile kombine edilebilmektedir. Kliniğimizde opere edilmiş 65 hastanın klinik seyirlerini etkileyen faktörleri ve aldıkları tedavilerin sağkalımı nasıl etkilediklerini bu çalışmamız ile değerlendirmek istedik.

Yöntem: 2006-2011 yılları arasında hastanemize başvurmış ve takipleri exitus ile sonuçlanmış olan 65 hastanın dosyaları retrospektif olarak incelendi. Sağkalım anazlizi Kaplan-Meier yöntemi ve sağkalımı etkileyen faktörler Ki-kare testi kullanılarak belirlendi.

Bulgular: Çalışmaya 65 hasta dahil edildi. Olguların klinik ve patolojik özellikleri tablo 1'de özetlenmiştir. Medyan hastalısız sağkalım 12 ay olarak hesaplandı. Bir, 3 ve 5 yıllık hastalısız sağkalım oranları sırası ile %52, %18 ve %1 idi. Medyan genel sağkalım 24 ay idi. Bir, 3 ve 5 yıllık genel sağkalım oranları sırası ile %77, %30 ve %3 olarak hesaplandı. Yedi hastada postoperatif 3 ay içinde nüks geliştiği gözlemlendi. Bu hastalardan üçüne pnömonektomi yapılmıştı. En uzun hastalısız sağkalım 76 ay idi ve lobektomi yapılan hasta postoperatif evre I olarak değerlendirilmişti. En kısa süreli sağkalım 4 ay idi ve 6 aydan kısa yaşayan hasta sayısı 5 idi. Bu hastalardan 4'üne pnömonektomi yapılmıştı. Hastalısız sağkalımı etkileyen faktörler arasında hastalık evresi (p=0.017) ve lenfovastüler perinöral invazyon (p=0.049) gibi özellikler ön plana çıkmaktaydı. Genel sağkalımı etkileyen faktörler arasında ise hastalık evresi (p=0.003) ve hastalığın ilk 12 ay içinde nüks etmesi (p<0.001) istatistiksel olarak oldukça anlamlı parametreler olarak bulundu. Genel sağkalım ve hastalısız sağkalım üzerine etkili olabilecek parametrelerin p değerleri tablo 2'de verilmiştir.

Tartışma: KHDAK'nde cerrahi önemli bir yere sahiptir. Ancak cerrahi yapılacak hastaların preoperatif iyi

değerlendirilmeleri gereklidir. İstatistiksel olarak cerrahi tipinin sağkalım üzerine anlamlı etkisi çıkmamış olsa da postoperatif 6 ay içinde 5 hastanın exitus olması ve bu hastalardan 4'üne pnömonektomi uygulanmış olması cerrahi kararının önemini göstermektedir. Yine yedi hastanın postoperatif 3 ay içinde nüks gelişmiş olması preoperatif evrelemenin yeterli yapılmamış olabileceğini düşündürmektedir. Bir hastanın ise postoperatif 76 ay hastalısız yaşaması uygun hastalarda cerrahinin önemini göstermektedir. Çalışmamızda adjuvan kemoterapinin ve metastatik aşamada palyatif kemoterapinin sağkalım üzerinde anlamlı etkisinin olmaması retrospektif ve yetersiz vaka sayısı ile açıklanabilir. Yüksek riskli evre I hastalardan itibaren adjuvan kemoterapinin önemi ispatlanmıştır. Çalışmamızın sonucunda cerrahi öncesi hastaların evrelemlerinin detaylı yapılması ve böylece gereksiz cerrahi girişimlerden kaçınılabileceği önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Akciğer kanseri, cerrahi, sağkalım

Tablo 1. Hasta Özellikleri

Ortanca yaş (min-max)	57 (28-77)
Cinsiyet	7 (%10.8)
Kadın	58 (%89.2)
Erkek	
Yaş	50 (%76.9)
<65	15 (%23.1)
>65	
Sigara	60 (%92.3)
Var	5 (%7.7)
Yok	
Cerrahi Tipi	39 (%60)
Lobektomi	26 (%40)
Pnömonektomi	
Histolojik Tip	24 (%36.9)
Adenokanser	41 (%23.1)
Skuamöz kanser	
Histopatolojik özellikler	6(%9.2)
1. Lenfovasküler invazyon	15(%23.1)
2. Perinöral invazyon	39(%60)
3. 1+2	20(%30.8)
4. yok	
Akciğer Lateralizasyon	31 (%47.7)
Sağ	34 (%52.3)
Sol	
Evre	20(%30.8)
I	14(%21.5)
II	31(%47.7)
IIIA	
Adjuvan kemoterapi	35(%53.8)
Var	30(%46.2)
Yok	
Nüks Bölgesi	17(%26.2)
Beyin	7(%10.8)
Sürrenal	11(%16.9)
Kemik	22(%33.8)
Lokal	8(%12.3)
Belirlenemeyen	
Nükse kadar geçen süre	28(%43.1))
<12 ay	23(%35.4)
>12 ay	14(%21.5)
Belirlenemeyen	

Tablo 2.Genel Sağkalım ve Hastalıksız Sağkalım Üzerine Etkili Olabilecek Parametrelerin p Değerleri

Faktör	Hastalıksız sağkalım p değeri	Genel sağkalım p değeri
Cinsiyet	0.433	0.746
Yaş	0.666	0.629
Sigara	0.573	0.531
Cerrahi tipi	0.491	0.491
Patolojik alt tip	0.099	0.492
Nöral/lenfovasküler inv	0.049	0.139
Akciğer lateralizasyon	0.795	0.783
Evre	0.017	0.003
Adjuvan kemoterapi	0.573	0.460
DFS <12 ay		<0.001
Nüks yeri	0.745	0.889
Metastatik kemoterapi		0.537
Taksanlı rejimler	0.621	0.701
Gemsitabinli rejimler	0.432	0.699
Metastaz Radyoterapi		0.982

P-146

VİDEO-YARDIMLI TORAKOSKOPIK CERRAHİ İLE TEDAVİ EDİLEN İNTRADİYAFRAGMATİK BRONKOJENİK KİST OLGUSU

Burçin Çelik¹, Mehmet Gökhan Pirzirenli¹, Muzaffer Elmalı², Levent Yıldız³

¹Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Samsun

²Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Samsun

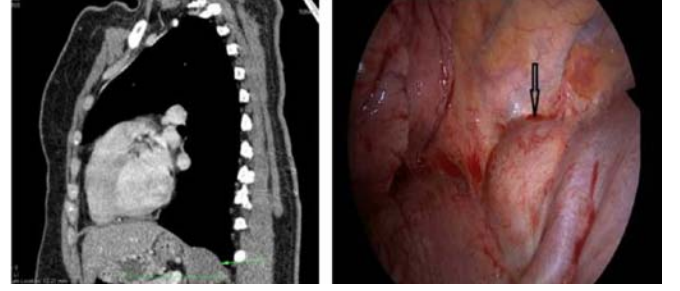
³Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Samsun

Amaç: Oldukça nadir görülen intradiyafragmatik yerleşimli bronkojenik kistin video-yardımlı torakoskopik cerrahi ile eksizyonunu sunmak.

Olgu: 44 yaşında bayan hasta 2 aydır süren kuru öksürük şikayeti ile başvurdu. 10 yıldır bronşiyal astma tanısı ile takip edilen hastanın şikayetleri medikal tedavi ile düzelmemesi üzerine toraks BT çekildi. Toraks BT'de; sol hemitoraks bazal posteriorunda, inen aorta komşuluğunda 40x30 mm ebadında diyafragma kasları içersinde yumuşak doku kitlesi tespit edildi. VATS eksplorasyon kararı alınan hastada sol diyafragma içersindeki kistik lezyon izlendi. Lezyon total olarak eksize edildi ve diyafragma etibond stür ile onarıldı. Postoperatif takiplerinde problem olmayan hasta 4. gün şifa ile taburcu edildi. Total olarak çıkarılan lezyonun histopatolojik inceleme sonucu bronkojenik kist olarak rapor edildi.

Sonuç: İntradiyafragmatik bronkojenik kistler oldukça nadirdir ve tanı konulması güçtür. Komplet cerrahi eksizyon uygulanması gereken tedavidir. Video-yardımlı torakoskopik cerrahi hem tanı hem tedavi için ilk seçenek olarak tercih edilebilir.

Anahtar Kelimeler: bronkojenik kist, intradiyafragmatik, vats



Resim 1

P-147

AZİGOS LOBU OLAN KÜÇÜK HÜCRELİ DIŞI AKCİĞER KARSİNOMLU OLGUDA VATS İLE SAĞ ÜST LOBEKTOMİ

Özgür Samancılar, Şeyda Örs Kaya, Serpil Sevinç, Onur Akçay, Kenan Can Ceylan

Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği

Embriyonel dönemde azigos ven arkı, vena kava superior ile birleşmek üzere migrasyonu sırasında, üst lob apikal segmentin veya posterior segmentin önünden giderek bu segmentlerin ayrı bir lob gibi görüntü vermesini sağlar. Oluşan bu görüntüye azigos lobu denir. Doğuştan bir varyasyon olan azigos lobunun genel nüfusta görülme oranı %0.1-8 arasındadır. Azigos lobu ile birlikte, nadir de olsa, pnömotoraks, bronş karsinomu, vasküler anomaliler gibi ek patolojiler bildirilmiştir. Pratikte tek başına patolojik anlamda bir şey ifade etmemesine karşın, eşlik eden başka patolojik olaylar nedeniyle dikkat edilmesi gerekir. VATS lobektomi günümüzde erken evre küçük hücreli dışı akciğer karsinomunda standart cerrahi tedavi şekli haline gelmektedir. Bu çalışmada sağ akciğer üst lobda küçük hücreli dışı akciğer karsinomu ile birlikte azigos lobu olan ve VATS ile sağ üst lobektomi uygulanan 55 yaşındaki erkek olgu sunulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: azygos lobu, vats lobektomi

P-148

PULMONER MALİGN MELANOM METASTAZINDA VATS LOBEKTOMİ: OLGU SUNUMU

Özgür Samancılar¹, Şeyda Örs Kaya¹, Onur Akçay¹, Kenan Can Ceylan¹, Ali Galip Yener²

¹Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği

²Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Bölümü

Melanomlar özellikle deri, müköz membranlar, göz ve santral sinir sistemindeki pigmentte bölgelerden köken alan malign melanositik tümörlerdir. Malign melanom deri kanserlerinin %4'ünü oluşturmaktadır ve deri kanseri ölümlerinin büyük bir oranından sorumludur. Malign melanom metastazlarını başlıca bölgesel lenf nodlarına, iskelet ve merkezi sinir sistemine yapmaktadır. Daha az oranda akciğere de metastaz yapabilmektedir. Metastazlar genellikle pulmoner arterlere ulaşan tümör embolileri ile olmaktadır. Bu çalışmada, altı yıl önce sağ yanakta malign melanom nedeniyle opere edilen, takiplerinde sağ akciğer üst lobda nodül saptanan, PET/CT'de 4.9 FDG tutulumu olan, transtorasik ince

aspirasyon biyopsi sonucu "malign melanom metastazı ile uyumlu" olarak rapor edilen ve VATS ile sağ üst lobektomi uygulanan olgu sunulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: malign melanom, vats lobektomi

P-149

VIDEO YARDIMLI TORAKS CERRAHİSİNİN KÜÇÜK HÜCRELİ DIŞI AKCİĞER KANSERİNİ DEĞERLENDİRME VE EVRELEMEDEKİ ROLÜ

Rifat Özgür Bilen, Şeyda Örs Kaya, Özgür Samancılar, Kenan Can Ceylan, Serpil Sevinç, Şaban Ünsal, Onur Akçay, Tuba Acar

İzmir Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Amaç: Bu çalışmanın amacı video yardımcı toraks cerrahisi (VATS) nin, küçük hücreli dışı akciğer kanseri (KHDAK) hastalarında tümörün rezektabilite ve evresini belirlemedeki yararını değerlendirmektir.

Çalışma planı: Kliniğimizde Ocak 2009-Mart 2013 tarihleri arasında KHDAK tanılı 55 hastaya operasyonun ilk adımı olarak VATS uygulandı. Klinik ve intraoperatif evreleme, hastaların kesin patolojik evreleri temel ölçü alınarak, birbiriyle karşılaştırıldı.

Bulgular: VATS ile 14 (%25,5) olguda inoperabilite veya unrezekeabilite ortaya çıkarıldı. Geri kalan 41 (%74,5) hasta ise rezeksiyon için uygun bulundu. Bunlardan 17'sinin rezeksiyonu VATS ile gerçekleştirildi. Diğer 24 olgu ise torakotomi ile rezeke edildi. VATS'ın inoperabilite veya unrezekeabilite nedeni saptadığı 14 hasta ile VATS rezeksiyon uygulanmış 17 hasta göz önüne alındığında videotorakoskopi, 31 (%56,3) hastayı gereksiz bir torakotomiden korumuştur. PET-CT ile hastaların %23,7'si understage, %54,5'i doğru, %21,8'si overstage olarak evrelendi. Bu oranlar VATS için sırasıyla %12,7, %87,3 ve %0 idi. İki yöntem ile doğru evrelenen hasta oranları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p < 0,0001$).

Sonuç: VATS evreleme, klinik evrelemeden daha doğru sonuç verir. Planlanan operasyonun başlangıç aşaması olarak uygulanan VATS eksplorasyon, tümörün evre ve rezektabilitesini değerlendirmede yararlıdır. Bu teknik gereksiz torakotomilerin sınırlandırmasına yardım edebilir.

Anahtar Kelimeler: İnvaiz evreleme, Küçük hücreli dışı akciğer kanseri, Video yardımcı toraks cerrahisi

P-150

AKCİĞER KARSİNOMLU HASTALARDA VCAM-1 VE EPCAM SERUM KONSANTRASYONLARININ KLİNİK ÖNEMİ

Kayhan Ertürk¹, Didem Taştekin¹, Senem Karabulut¹, Faruk Taş¹, Ceren Tijen Yasasever², Derya Duranyıldız²

¹*İstanbul Üniversitesi, Onkoloji Enstitüsü, Tıbbi Onkoloji, İstanbul (1.-4.)*

²*İstanbul Üniversitesi, Onkoloji Enstitüsü, Temel Onkoloji, İstanbul (5.-6.)*

Amaç: Bu çalışmanın amacı kliniğimizde takip edilen akciğer karsinomlu (AK) hastalarda vasküler hücre adezyon molekülü-1 (VCAM-1) ve epitelyal hücre adezyon molekülü (EpCAM)'in serum konsantrasyonlarını tespit edip, tümör progresyonu ile ilişkisini ve prognostik etkisini belirlemektir.

Gereç-Yöntem: Çalışmaya kliniğimizde tedavi olmuş 130 AK hastası alındı. Kontrol grubu olarak ise yaş ve cinsiyet olarak

eşleştirilmiş 34 sağlıklı gönüllü kullanıldı. Serum VCAM-1 and EpCAM düzeyleri, metastatik veya adjuvan tedavi öncesi alınan serum örneklerinden ve kantitatif sandwich enzim immunoassay tekniği (ELİSA) ile tespit edildi.

Bulgular: Median yaş 58 (35-80) yıl olarak tespit edildi. Hastaların majör bölümü erkek ($n=120$, %92) idi. Yüz dokuz hasta (%84) küçük hücre dışı AK ve yetmiş dokuz (%61) hasta metastatik AK olarak sınıflandırıldı. Hasta serum VCAM-1 düzeyleri kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksekti fakat aynı korelasyon serum EpCAM düzeyleri için tespit edilemedi (sırasıyla, $p=0.02$ ve $p=0.16$). Serum VCAM-1 düzeyleri erkek hastalarda yüksekti ($p=0.04$). Serum VCAM-1 düzeyleri kemoterapiye yanıtınlarda daha yüksek olarak tespit edildi fakat aynı ilişki serum EpCAM düzeyleri için tespit edilemedi (sırasıyla, $p=0.02$ ve $p=0.89$). Serum VCAM-1 ve EpCAM düzeyleri arasında anlamlı korelasyon saptandı ($rs = -0.152$, $p=0.05$, Spearman's korelasyon). Serum VCAM-1 düzeyleri yüksek olan AK hastalarının sağkalım süreleri serum düzeyi düşük olanlara göre anlamlı olarak düşük tespit edildi (1.yılda kümülatif sağkalım hızı sırasıyla, 57.6%v 69.7%, $p=0.04$). Serum EpCAM düzeylerinde benzer prognostik önem tespit edilemedi (1.yılda kümülatif sağkalım hızı sırasıyla 62%v 65.1, $p=0.89$).

Sonuç: AK hastalarda serum VCAM-1 düzeyleri diagnostic, prediktif ve survi üzerine prognostik öneme sahiptir.

Anahtar Kelimeler: Akciğer karsinomu, EpCAM, VCAM-1

P-151

DEV MEDİASTİNAL FİBROSARKOM

Ömer Soysal¹, Abdulaziz Kök¹, Sedat Ziyade¹, Osman Cemil Akdemir³, Mehmet Türk²

¹*Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, İstanbul*

²*Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı, İstanbul*

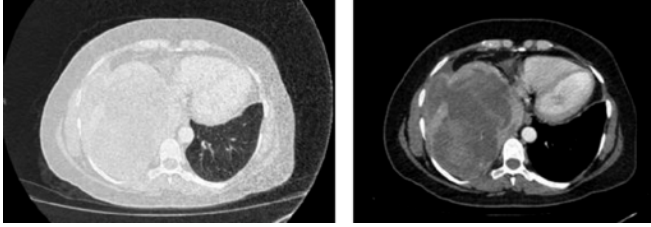
³*Kızıltepe Devlet Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği, Mardin*

Giriş: Fibrosarkom bağdokusundan köken alır, maligndir, tedavisi cerrahidir. Radyoterapi etkisizdir. Mezenkimal tümörler tüm mediastinal kitlelerin %6-7 kadarını oluşturmaktadır. Erişkinlerde yaklaşık olarak %50'si malign özellikler gösterirken, bu oran pediatrik popülasyonda %85'lere ulaşmaktadır. Lokal mediastinalnüks kabul edilen ve akciğere wedge rezeksiyonu ve diyafram rezeksiyonu ile tama yakın çıkarılan dev mediastinal fibrosarkom olgusu büyük cesamette olması ve komplet rezeksiyon yapılabilmesi nedenleriyle sunuldu.

Olgu: 42 yaşında bayan hasta nefes darlığı şikayetiyle geldi. Fizik muayenede sağda solunum sesleri azalmıştı. Akciğer grafisinde, bilgisayarlı toraks tomografisinde ve toraks manyetik rezonans görüntüleme da sağda batına uzanan, sağ akciğeri ciddi komprese eden 18x16 cm boyutunda kitle mevcuttu (Resim 1 ve 2). Perfüzyon sintigrafisinde sağ akciğerin katkısı %30 idi. Öyküde 4 yıl önce sırt-bel bölgesinden fibrosarkom eksizyonu öyküsü mevcuttu. Torakotomide, alt lobu yukarı doğru iten mediastinal kökenli kistik natürde yaklaşık 20 cm çapında diaframa ve mediastinal plevraya sıkı yapışık kitle görüldü, keskin ve künt diseksiyonlarla ayrıldı. Diseksiyon sırasında tümör dokusu açıldı, içi aspire edildi, tümör çıkarıldı. Mediastinal plevra total eksize edildi. Diafram karaciğere yapışık. Yapışıklık ayrıldı diafram parsiyel rezeke edildi. Defekte dual mesh konuldu. Patolojik incelemede; İgşi hücreli mezenkimal tümör, fibrosarkom olarak raporlandı.

Postoperatif sorunu olmadı ve 4. gün taburcu edildi. Kemoterapi programına alındı. Postop 6. Ayında bilgisayarlı toraks tomografisi normal ve sorunu yok (Resim 3).**Sonuç:** Mediastinal dev fibrosarkomlar cerrahi için aday olmalıdır. Komplet rezeksiyon yapılmalıdır. Adjuvan kemoterapi gereklidir.

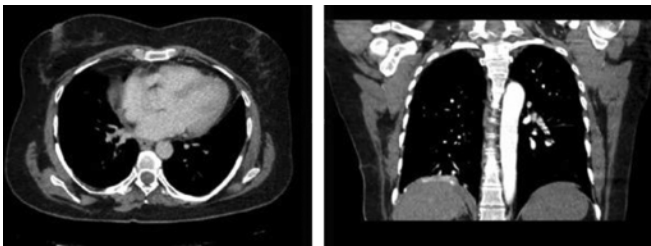
Anahtar Kelimeler: fibrosarkom, mediastinal tümör, cerrahi



Resim 1. Preoperatif bilgisayarlı toraks tomografisi



Resim 2. Toraks manyetik rezonans görüntüsü



Resim 3. Postoperatif bilgisayarlı toraks tomografisi

P-152

AKCİĞER KANSERİ TANILI OLGULARDA STEREOTAKTİK RADYOTERAPİ DENEYİMİMİZ

Menekşe Turna, Ferdi Aksaray, Ekin Ermiş, Yakup Büyükpolar, Sevil Kılıksız, Süleyman Altın, Özge Kandemir Gürsel, Senar Günenç, Birhan Demirhan, Mustafa Ünsal

Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyasyon Onkolojisi, İstanbul

Amaç: Merkezimizde Nisan 2013- Şubat 2014 tarihleri arasında stereotaktik radyoterapi (SRT) uyguladığımız akciğer kanseri tanılı hastaların tedavi özelliklerinin değerlendirilmesi.

Materyal-Metod: Nisan 2013- Şubat 2014 tarihleri arasında kliniğimizde CyberKnife cihazı ile SRT uygulanan 7 hasta retrospektif olarak değerlendirilmiştir. Hastaların 5'i erkek 2'si kadın olup ortalama yaşı 65'ti. Tedavi öncesi her hastaya evreleme amaçlı PET-BT, kranial MR ve akciğer kapasitesini değerlendirmek için solunum fonksiyon testleri uygulanmıştır. SRT tamamı evre 1 olan 6 hastada primer tedavi olarak, bir hastada ise operasyon sonrası nüks lezyona ikincil seri olarak uygulanmıştır. Hastalar planlama için vakumlu yataklara sabitlenmiş ve 1 mm aralıklarla bilgisayarlı tomografi (BT) görüntüleri çekilerek simülasyon yapılmıştır. Görüntüler üzerinden tümör volümü belirlenmiş, kritik organ olarak akciğerler, özefagus, kalp, spinal kord, kotlar, proksimal bronşial ağaç, karaciğer, böbrekler konturlanmıştır. 5 hasta X-Sight Lung yöntemi ile geri kalan 2 hasta ise fiducial tracking ile tedaviye alınmıştır. Fiducial (gold marker) yerleştirme işlemi BT simülasyondan bir hafta önce, tomografi eşliğinde yapılmıştır.

Bulgular: Periferik yerleşimli tümörü olan 3 hastaya 3x20 Gy, santral yerleşimli tümörü olan hastalara 5x12, 5x10 ve 4x12 Gy, göğüs duvarında nüks lezyonu olan 1 hastaya ikincil seri olarak 3x8 Gy doz uygulanmıştır. Tedavi için tanımlanan izodoz aralıkları (prescribe dose) %79-%86, konformalite indeksleri (CI) 1,06-1,27 (ort: 1,14) ve ortalama Monitör Ünite (MU) 53380 idi. PTV volümlerinin ortalama %98,1'i tanımlanan dozu almıştır. Maksimum dozlar tanımlanan PTV alanı içerisinde kalmıştır. Tedavi süreleri 52-80 dakika (ort:74 dakika) olarak hesaplanmıştır. Kritik organların aldığı dozlar Task Group 101 (Benedict et al.) kılavuza göre belirlenip, risk altındaki organ dozları Tablo 1'de gösterilmiştir. Tedaviler aralıklı olmayan günlerde uygulanıp 10 gün içinde tamamlanmıştır. Hastalara tedavi süresince profilaktik 8 mg/gün deksametazon ve proton pompa inhibitörü tedavisi başlanıp akut toksisite gelişenlerde kortikosteroid tedavisine devam edilmiştir. Hastalardan biri tedavi sonrası ilk 6. ayda hastalık dışı sebeplerden exitus olmuştur.

Anahtar Kelimeler: akciğer kanseri, stereotaktik radyoterapi

Tablo 1. Risk altındaki organ dozları

OAR	Maksimum doz (Gy)	Mean doz (Gy)	
Spinal kord	13,4	2,8	
Özefagus	12,5	4,3	
Kalp	15	3,7	
PBT*	30	8	
İpsilateral akciğer		10	
Kontralateral akciğer		2,8	
Kotlar	25,4		

*PBT: Proximal bronchial tree

P-153

10 YAŞINDA ÇOCUKTA DEV MEDİYASTİNAL KAVERNÖZ LENFANJİYOM

Abdulaziz Kök¹, Ömer Soyasal¹, Osman Cemil Akdemir³, Sedat Ziyade¹, Şenel Yediyıldız¹, Cemalettin Aydın²

¹Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, İstanbul

²Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, İstanbul

³Kızıltepe Devlet Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği, Mardin

Giriş: Lenfanjiomlar konjenital ve gelişimsel patolojilerdir. Benigndir. Spontan düzelebilir üç formu vardır. 1-Lenfanjioma simpleks, 2-lenfanjioma kavernosus; dilate kalın duvarlı lenfatik kanallarla karakterize, 3-kistik higroma; lenfatiklerin gerçek konjenital malformasyonları. Yıllar içinde progresse olan ve büyük cesamete erişip akciğeri ve mediasteni komprese eden, göğüs duvarında ciddi ekspansiyon yapan ve komplet çıkarılan bir mediastinal lenfanjiyom olgusu sunulmuştur.

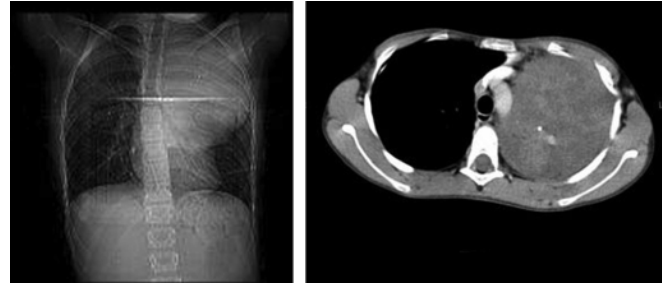
Olgu: 10 yaşında kız çocuk. 2 yıl önce, mediastinal vasküler kitlesine (venövenöz malformasyon) küçültmek amacıyla embolizasyon yapılan fakat ameliyat olmayan hasta öksürük, nefes darlığı ve hırıltı şikayetleri ile başvurdu. Fizik muayenede, solda solunum seslerinde hafif azalma dışında patoloji yoktu. Posteroanterior akciğer grafisinde ve bilgisayarlı toraks tomografisinde sol üstte 10x12cm, içine innominate venin girdiği, radyopak maddenin görüldüğü, üst hemitoraksı tamamen dolduran ve alt lob bronşu distaline kadar uzanan kitle lezyonu vardı (Resim 1,2). Fiberoptik bronkoskopi yapıldı. Sol alt lob bronş malazik olup lümeni %30 daraltan pulsatil dıştan bası vardı. Fakat bronkoskop ilerletilebiliyordu. Sol torakotomi yapıldı. Alt lobun az bir kısmı görülebiliyordu. Kitle toraksın tümünü, ön ve arka duvarlara yaslanacak şekilde dolduruyordu. Hiler bölgeye ulaşılması imkansızdı. Akciğer-kitle sınırından diseksiyon ile fissür oluşumları, daha sonra üst lobun ayrılması ve hiler oluşumların diseksiyonu şeklinde alttan apekse kadar diseke edildi. Subklaviyen venin kitlenin içinde olduğu anlaşıldı, diseksiyon ile ayrıldı. İnnominate venden ayrılan bir damarın kitlenin içine girdiği görüldü ve bu damar bağlanarak kesildi, innominate ven ve subklaviyen ven tamir edildi. Lezyonun besleyici özel bir arteri yoktu. Daha sonra kitle total eksize edildi. Patolojik inceleme sonucu kavernöz lenfanjiyoma olarak geldi. Postoperatif sorunu olmadı ve 3. gün taburcu edildi. Üç ay sonraki kontrol akciğer grafisi normaldi (Resim 3).

Sonuç: Mediastinal lenfanjiyom büyük cesamete ulaşabilir. Benign bir tümör olup cerrahi rezeksiyon uygundur ve kÜRatiftir.

Anahtar Kelimeler: mediasten, kitle, çocukluk



Resim 1. Preoperatif Akcier grafisi



Resim 2. Preoperatif bilgisayarlı toraks tomografisi



Resim 3. Postoperatif akciğer grafisi

P-154

KAPOSI SARKOM İLE PRESENTE OLAN TİMOMA OLGUSU

Bala Başak Öven Ustaalioğlu¹, Zeynep Gamze Kılıçoğlu², Fatih Göktaş³, Recep Ustaalioğlu⁴, Murat Erkan⁵, Burçak Yılmaz¹

¹Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Onkoloji

²Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji

³Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji

⁴Sıaymi Ersek Göğüs Cerrahisi

⁵Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji

Giriş: Timoma mediastinal tümörlerin beşte birini oluşturan, nadir görülen bir tümördür. Uzun süreli takip nedeniyle beraberinde pekçok ikincil maligniteler saptanabilir. Timoma ile beraber CD4/8 T lenfositlerinde dengesizlik ve immün yetmezliğe bağlı fırsatçı enfeksiyonlar ve Kaposi Sarkom bildirilmiştir. Kaposi Sarkom en sık AIDS hastalarında görülmekle beraber diğer immün yetmezlik durumlarıyla da beraber görülebilir. Biz HHV8 enfeksiyonu ile beraber metastatik Kaposi sarkom ile presente olan timoma vakamızı sunduk. Vaka 76 yaşındaki erkek hasta, 1.5 yıldır olan her iki kulağında, ağız içinde, el ve ayaklarında koyu mor renkli plak tarzı döküntü semptomları ile başvurdu. Son zamanlarda artan yutma güçlüğü nedeniyle gastroskopi yapıldı ve Kaposi sarkom saptandı. Histopatolojisinde submukoza ve lamina propriada iğsi hücrelerden oluşan lümen oluşturmayan hücreler arası eritrositlerin görüldüğü tümör infiltrasyonu mevcuttu. İmmünohistokimyasal boyamada, HHV8 ile bu hücrelerde pozitiflik izlendi, CD34 boyama da pozitifdi. Dermatoloji kliniğinde dış kulak üzerinden alınan punch biyopsi de nodüler evre

Kaposi sarkom ile uyumlu saptandı. Evreleme için yapılan toraks ve batin BT görüntülerinde, retroperitoneal, bilateral inguinal yaygın lenf nodları ve superior mediastende 6X5cm düzgün sınırlı kitle görüldü. İkinci primer maligniteyi ekarte etmek için BT eşliğinde mediastendeki kitleye tru-cut biyopsi yapıldı. Patolojik inceleme sonucu, tip AB timoma ile uyumlu geldi. Pansitokeratin ile fokal pozitif, CK8-18 ile epitelioid komponentte yaygın pozitif, 34betaE12 ile zayıf pozitif, CD3 ile lenfoid hücrelerde zayıf pozitif boyanma saptanırken, TDT,CD5, CD99 negatifti. Göğüs cerrahisi timoma için takip önerdi. Hastaya metastatik Kaposi sarkom tanısıyla 3 haftada bir lipozomal doksorubusin başlandı, semptomatik olan kulak ve ayakta lezyonlara radyoterapi uygulandı. Kısmi yanıt alınan hastanın tedavisi halen tıbbi onkoloji polikliniğimizde devam etmektedir.

Sonuç: Vakamızda timoma ve Kaposi sarkom birlikte idi. Kaposi sarkom tanısı konulduğunda immune yetmezliğe sebep olacak timoma gibi hastalıklar da akıldan bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: timoma, kaposi sarkom

P-155

ENDOBRONŞİAL KOMPONENTİ OLAN PULMONER İNFLAMATUAR MİYOFİBROBLASTİK TÜMÖR

Osman Cemil Akdemir¹, Abdulaziz Kök², Ömer Soysal², Şenel Yediyıldız², Sedat Ziyade², Erkan Çakır³, Nur Büyükpınarbaşılı⁴

¹Kızıltepe Devlet Hastanesi Göğüs Cerrahisi Kliniği, Mardin

²Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, İstanbul

³Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı, İstanbul

⁴Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, İstanbul

Giriş: İnflamatuar psödötümörler akciğerin nedeni bilinmeyen, inflamatuvar hücrelerin düzensiz ve kontrol dışı büyümesi ve gelişimi ile karakterize, benign tümörleridir. Psödötümör tanısı ikilem gösterir. Tam rezeksiyonu uzun dönem iyi bir sağkalım sağlar.

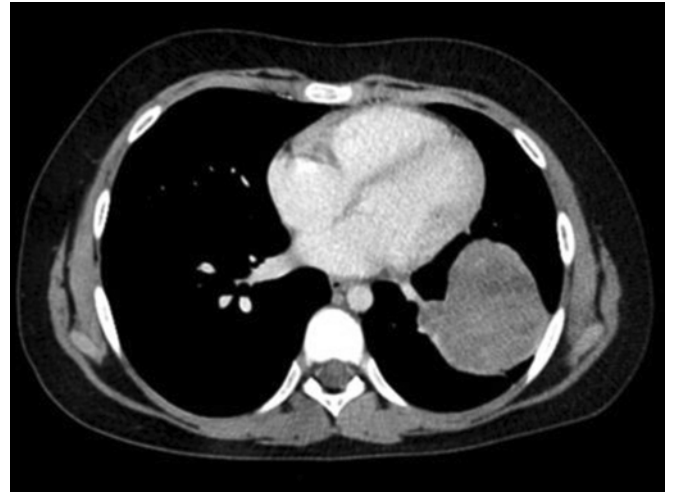
Olgu: 11 yaşında kız çocuk 2 aydır nefes darlığı ve öksürük şikayet ile başvurdu. Fizik muayenede solda solunum sesleri azalmıştı. Akciğer grafisinde sol hemitoraks total opak izlendi (Resim 1) ve bilgisayarlı toraks tomografisinde sol total atelektazi ve sol ana bronş tıkalı ve solda kitle izlendi. Rijit bronkoskopi yapıldı. Sol ana bronşu tam tıkayan nekrotik tümöral kitle komplet rezeke edildi Kontrol bilgisayarlı toraks tomografisinde ise kitle daha iyi izlenmekteydi (Resim 2). Patolojisi; çoğu nekrotik, belirgin damar proliferasyonu gösteren iğsi hücreli lezyon inflamatuvar psödötümör? ve diğer mezenkimal tümörler?(Ki-67 skoru %10-15) olarak raporlandı. Torakotomide alt lobu tamamen dolduran üst loba yapışık akciğer parankiminde tümöral kitle görüldü. Üst lobtan ayrılan lezyon, alt lobektomi ile çıkarıldı. Mediastinal lenf nodu diseksiyonu yapıldı. Patoloji, endobronşial kitle oluşturmuş low-intermediate grade iğsi hücreli mezenkimal tümör, inflamatuvar miyofibroblastik tümör (Ki-67 skoru %10) geldi. Postoperatif sorunu olmadı. Adjuvan tedavi yapılmadı.

Sonuç: Akciğerin inflamatuvar psödötümörü benign bir hastalıktır. Endobronşiyal uzanımı olabilir. Tanısı genellikle lezyonun rezeksiyonu sonunda konabilmektedir.

Anahtar Kelimeler: çocuk, endobronşial, inflamatuvar miyofibroblastik tümör



Resim 1. Preoperatif akciğer grafisi



Resim 2. Preoperatif bilgisayarlı toraks tomografisi

P-156

KÜÇÜK HÜCRELİ AKCİĞER KANSERİ SONUÇLARIMIZ

Aykut Bahçeci¹, Mehmet Metin Şeker¹, Turgut Kaçan¹, Doğan Seven², Mustafa Gürol Celasun³, Birsan Yücel³

¹Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı, Sivas

²Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Sivas

³Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyasyon Onkolojisi Anabilim Dalı, Sivas

Amaç: Küçük hücreli akciğer kanseri (KHAK), oldukça hızlı seyreden malign bir epitelyal tümördür. Olguların önemli bir kısmı kemoterapiye duyarlı olmakla birlikte nüks oranı çok yüksektir.

Hastalar ve Yöntem: Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı'na 2009 - 2013 tarihleri arasında başvuran ve KHAK tanısı konulan 75 hastanın sonuçları dahil edildi. Hastaların demografik verileri, tanı anındaki evreleri ile aldıkları tedavileri retrospektif olarak incelendi.

Bulgular: Bu dönemde toplam 741 hastaya akciğer kanseri tanısı kondu. Bu hastaların %15,1'i (n=112) KHAK idi. Bu 112 hastadan dosya bilgilerine ulaşılabilen 75 hasta çalışmaya alındı. Hastaların 65'i (%86,7) erkek, 10'u (%13,3) kadındı. Hastaların medyan yaşı 57 idi (min: 35, maks: 80). Hastaların %78,6'sının ECOG performans skoru 0-1 idi. Hastaların %56'sı (n=42) sınırlı evredeyken, %44'ü (n=33) yaygın evredeydi. Yaygın evredeki

hastaların tümüne sistemik kemoterapi uygulanırken, sınırlı evredeki hastaların %33,3'ü KRT ve KT aldı. %42,9'u ise hastalar KRT'yi kabul etmediği için sadece KT aldı. Sınırlı evredeki hastaların %15'inde tam yanıt elde edilirken, %35'inde parsiyel yanıt, %5'inde stabil yanıt elde edildi, %37,5'inde ise progresyon saptandı. Buna karşılık yaygın evredeki hastaların %18,2'sinde parsiyel yanıt, %9,1'inde stabil yanıt elde edildi, %72,7'sinde ise progresyon saptandı. Tanı anında sınırlı evrede olan 4 hastaya kraniyal profilaktik RT uygulandı. Yaygın evredeki hastaların ortanca genel sağ kalım 11 ay iken, sınırlı evredeki hastalarda 13 ay idi (p=0,102).

Sonuç: Yoğun tedavilere rağmen KHAK prognozu oldukça kötüdür. Erken evre KHAK'nde sağ kalım yaygın evreye göre biraz daha iyi olmakla birlikte bizim hasta grubumuzda birçok hasta kişisel nedenlerle KRT'yi kabul etmedikleri için sınırlı evrede sağ kalım beklenenden daha düşüktü. Bu nedenle hastaların efektif tedavi almaları konusunda bilgilendirilmeleri önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Küçük hücreli akciğer kanseri, tedavi, sağ kalım

P-157

HEMATEMEZ Mİ HEMOPTİZİ Mİ?

Semih Koçyiğit

Elazığ Eğitim Araştırma Hastanesi

Bingöl devlet hastanesine ağızından kan geldiği söylenerek 59 yaşında erkek hasta genel durumu kötü hastanın sevk edilmesi istenen hasta ileri tetkik tedavi amaçlı olarak hastanemize yönlendirilen hasta ambulans ile gönderilen hasta yolda genel durumu kötüleşmesi ağızından kan gelmeye devam eden hasta solunumun kötüleşmesi üzerine hasta entübe edilerek hastaneye getiriliyor. Acil serviste ilk değerlendirmenin altından entübe hasta yoğun bakım servisine transfer ediliyor. Hasta burada genel değerlendirmenin sonrası gastroenteroloji tarafından hastaya endoskopi yapılıyor ve bir patoloji düşünülüyor. Sadece dil kökünde hemorajik bir lezyon izleniyor hastaya KBB tarafından değerlendirilen hasta dil kökünde ki lezyon koterize ediliyor. KBB tarafından göğüs cerrahisi konsultasyonu izlenen hasta tarafımızdan değerlendiriliyor. Hastaya Toraks BT öneriliyor Toraks bt çektilen hastanın sonucu sağ üst lopda rüptüre kist hidatik ? kitle ? apse ? kaviter lezyon ? olarak değerlendiriliyor. Hastaya çift lübenli entübasyon tüpü anstabil olan hemodinamisinin düzeltilmesi öneriliyor. Hastanın hemodinamisi düzelmesi üzerine hastaya bronkoskopi yapılması planlanıyor ama aşırı kanama ve hematoma olması nedeniyle değerlendirilemiyor. Hastaya daha sonra rezeksiyon planlanıyor hasta üst bilobektomi yapılıyor. Patolojisi aktinimış enfeksiyonu olarak değerlendiriliyor. Kronik aspergilloz sınıfında yer alan aspergilloma akciğerde saprofitik kolonizasyon sonrası oluşur. Mantar sıklıkla haraplanmış akciğer parankimine veya oluşmuş pulmoner kaviteye yerleşip büyüme eğilimindedir. Mantar topu sıklıkla üst lob yerleşimlidir. Sitolojik olarak; hifli, fibrinli, inflamatuvar hücreli, gros olarak da; yuvarlak veya oval, gevrek, kül renginde ve nekrotik kitle halindedir. Tüberküloz kavitesi, fibrokistik sarkoidoz, kaviter neoplazm, pulmoner fibrozis, akciğer apsesi ve bronşektazi, bronşiyal kist, histoplazmoz, pulmoner infarkt gibi altta yatan pulmoner hastalıklardan sonra oluşabilir.

Cerrahi tedavi sıklıkla semptomların kontrol altına alınması, tekrarlayan veya hayatı tehdit edebilecek hemoptizinin önlenmesi

ve de yaşam süresini uzatması nedeniyle önerilmektedir. Benzer şekilde pulmoner fonksiyonları yeterli düzeyde olmasına rağmen operasyonu kabul etmeyip çalışmamıza almadığımız aspergillomalı dört olgumuzun ikisinin takipte masif hemoptizi nedeniyle eksitus olduğu görülmüştür. Bu da aspergillomada cerrahi tedavinin gerekliliğini bir kez daha ortaya koymaktadır. Cerrahi rezeksiyon olarak en sık lobektomi uygulanmaktadır. Pnöminektomi genellikle farklı loblarda olan aspergilloma durumlarında ya da total olarak haraplanmış akciğer durumunda önerilmektedir. Kesin tedavinin cerrahi rezeksiyon olduğu geniş serili yazılarda da belirtilmekte, ancak %1-22 arasında mortalite ile %23-78 arasında morbidite olabileceği göz önüne alınarak cerrahi rezeksiyon öncesi iyi düşünülmesi ve yeterli pulmoner fonksiyonlara sahip olan hastalara rezeksiyon planlanması önerilmektedir. Mortalite sıklıkla kronik solunum yetmezliği veya pnömoneye bağlı olduğu için altta yatan pulmoner durum en önemli faktördür. Bu da kompleks aspergillomalı olgularda daha fazla mortaliteyi açıklamaktadır. Ayrıca, kompleks olgularda mortalite ve morbiditenin basit aspergillomaya göre daha fazla oluştuğunun belirtilmesi ve de son yıllardaki yayınlarda basit aspergillomalı olgu sayısının artması bu düşmeyi açıklayabilir. Yara yeri enfeksiyonu gibi minör komplikasyonlar görülebileceği gibi hemoraji, ampiyem, ekspansiyon kusuru, BPF gibi majör komplikasyonlar da görülebilmektedir. Basit aspergillomalı olguların sıklıkla altta yatan bir hastalık olmadan aspergilloma hastalığına yakalandıkları ve de bu olgulara parankim koruyucu cerrahinin istatistiksel olarak daha fazla uygulanması da basit aspergillomalı olgularda daha az komplikasyon izlenmesini açıklayabilir. Son yıllarda basit aspergillomalı olguların arttığı göz önüne alınırsa olgu sayısının artmasıyla komplikasyon oranının azalacağı iddia edilebilir. Pnöminektomi uygulanan olgularda %25-80 komplikasyon geliştiği belirtilmektedir. Pulmoner fonksiyonları kısıtlı olduğu için akciğer rezeksiyonu uygulanamayan ve tekrarlayan hemoptizisi olan olgularda kavernostomi uygulanabilse de bu yöntemin sonuçlarının çok iyi olmadığı ve mortalite oranının yüksek olduğunu bildiren yayınlar mevcuttur

Sonuç olarak; basit aspergillomalar sıklıkla altta yatan hastalık olmadan oluşmakta ve de bu olgulara uygulanan cerrahi rezeksiyon kompleks olgulara göre daha az morbiditeye sebep olmaktadır. Pulmoner fonksiyonları yeterli olan, asemptomatik ve semptomatik aspergillomalı olgularda parankim koruyucu cerrahi rezeksiyon (en fazla lobektomi boyutunda); hayatı tehdit edebilecek hemoptizi ataklarını ve rekürrensi en aza indirdiğinden, kabul edilebilir morbidite-mortalite ve iyi sağkalım sonuçlarıyla uygulanabilir.

Anahtar Kelimeler: hematemez mi hemoptizi mi?

P-158

SERVİKAL İNSİZİYONLA EKŞİE EDİLEN MEDİASTEN KİTLESİ

Sedat Ziyade¹, Abdulaziz Kök¹, Osman Cemil Akdemir², Ömer Soysal¹, Şenel Yediylidiz¹

¹Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, İstanbul

²Kızıltepe Devlet Hastanesi Göğüs Cerrahisi Kliniği, Mardin

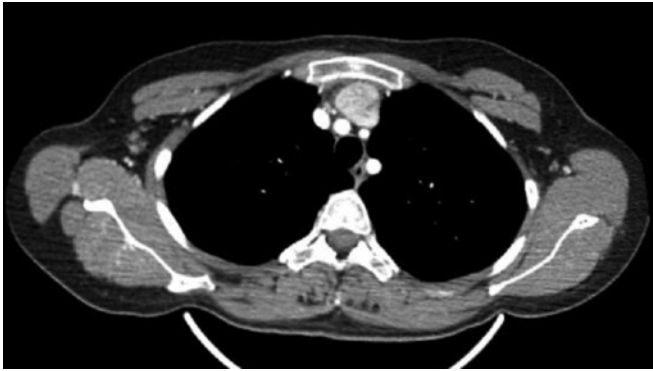
Giriş: Anterior mediastinal kitlelere ulaşım ve eksizyon için sıklıkla torakotomi veya VATS, büyük ve timoma düşünülen

olgularda ise sternotomi tercih edilen kesidir. Daha az invaziv bir kesi olan servikal, collar, insizyonla çıkartılmış bir olgu sunulmuştur.

Olgu: Şikayeti olmayan 41 yaşında bayan hastada bilgisayarlı toraks tomografisinde 4x3x2 cm anterior mediastinal kitle tesbit edildi (Resim 1 ve 2). Tiroid ultrasonografisi hashimoto tiroidit ile uyumlu olup, hipotiroidi ve demir eksikliği anemisi mevcut olan hastaya timoma ön tanısı ile ameliyat planlandı. Lezyonun torasik inlete çok yakın olması nedeniyle servikal insizyonla eksize edilebileceği düşünüldü. Ameliyatta supin pozisyonunda collar insizyon yapıldı, katlar geçildi, anterior mediastene girildi, 3x3x3 cm kitle saptandı. Boyun hiperekstansiyona getirilip künt ve keskin diseksiyonla mediastinal kitle total eksize edildi. Sorunu olmayan hasta postoperatif 1. gün taburcu edildi. Patolojik tanı: anteriormediasten; eksizeyon: difüz ve adenomatöz hiperplazi, lenfositik tiroidit gösteren tiroide ait doku parçaları. Postoperatif 2. ayda çekilen bilgisayarlı toraks tomografisinde rezidü ve ek mediastinal lezyon yoktu.

Sonuç: Mediasten üst kısmında yerleşmiş küçük anterior mediasten kitleleri, boyundan, servikal insizyon ile çıkarılabilir.

Anahtar Kelimeler: anterior mediasten, servikal insizyon, timoma



Resim 1. Preoperatif bilgisayarlı toraks tomografisi



Resim 2. Preoperatif bilgisayarlı toraks tomografisi

P-159

MEDİASTİNAL EKTOPIK TİROİD, GUATR

Osman Cemil Akdemir¹, Sedat Ziyade², Abdulaziz Kök², Ömer Soysal², Şenel Yediyıldız²

¹Kızıltepe Devlet Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği, Mardin

²Bezmialem Vakıf Üniversitesi Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, İstanbul

Giriş: Ektopik veya aberran guatrlar glandın servikal kısmına direk fibröz ya da parankimal bağlantılar göstermezler. Oldukça nadirdir ve cerrahi olarak eksize edilen tüm guatrların %1'inden azını oluşturlar. Majör büyük damarlardan birinden anomalik arteryel beslenme her zaman mevcuttur. Bildirilen hemen tüm olgularda tiroid sintigrafilerinde servikal tiroid bezi normal fonksiyon ve büyüklüktedir. Tiroidin majör ektopik yerleşim yerleri, glandın üst polü ile dil kökü arasındadır. Günümüzde mevcut literatür bilgilerine göre, mediasten anterior kompartmanındaki gerçek ektopik tiroid dokusu varlığı oranı tam olarak bilinmemektedir. Anterior mediastendeki ektopik tiroid kitlesinin tanısının kesinleştirilmesinde yeterli kriterler mevcut değildir. Bu az sayıdaki kriter; kitlenin boyundaki glanddan bağımsız olması ve beslenmesinin toraks içinde inferior tiroid arter haricinde başka vasküler yapılardan almasıdır. Gerçek ektopik lezyonlar diğer izole anterior mediastinal lezyonlar gibi tedavi edilmeli, torakotomi, median sternotomi veya uygun vakalarda VATS ile çıkarılmalıdır.

Olgu: 37 yaşında erkek hasta öksürük ve nefes darlığı şikayeti ile geldi. Fizik muayene normaldi. Akciğer grafisinde ve bilgisayarlı toraks tomografisinde mediastinal kitle tesbit edildi. Boyun ultrasonografisi normaldi. Tiroid fonksiyon testleri normaldi. Sağ torakotomi yapıldı. Mediastende 7 cm çaplı kitle gözlemlendi, kitle künt ve keskin diseksiyonla total eksize edildi. Peritümör dokular örnekledi ve mediastinal lenf nodu diseksiyonu yapıldı. Postoperatif sorunu olmadı ve üçüncü gün taburcu edildi. Patolojik tanı; tiroid dokusunda foliküler adenom, lenfositik tiroidit ve lenf nodlarında reaktif hiperplazi geldi.

Sonuç: Anterior mediastinal kitlelerin ayırıcı tanısında ektopik mediastinal tiroid düşünülmelidir. Mediastina lektopik tiroid tanı ve tedavi amacıyla eksize edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: ektopik, mediasten, kitle

P-160

ERİŞKİN HASTADA ERKEN TANI KONMUŞ VE KÜRATİF TEDAVİ EDİLMİŞ BİR MEDİASTİNAL NONSEMİNOM: YOLK SAC TÜMÖRÜ

Abdulaziz Kök¹, Sedat Ziyade¹, Ömer Soysal¹, Osman Cemil Akdemir², Şenel Yediyıldız¹, Mehmet Türk³

¹Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, İstanbul

²Kızıltepe Devlet Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği, Mardin

³Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı, İstanbul

Giriş: Mediastinal nonseminomlar lokal agresif ve metastaz potansiyeli yüksek tümörlerdir. Özellikle yolk sac tümör, sıklıkla erken çocukluk döneminde görülür. Orta yaş erkekte, erken tanı almış ve uygun tedavisi yapılmış bir yolk sac tümörü sunulmuştur.

Olgu: 38 yaşında erkek hasta öksürük şikayeti ile başvurdu. Fizik muayene normaldi. Akciğer grafisinde mediastinal genişleme ve bilgisayarlı toraks tomografisinde 11x8 cm ön mediastinal kitle tesbit edildi (Resim 1 ve 2). Serum Beta HCG: 0,1mIU/ml ve AFP:

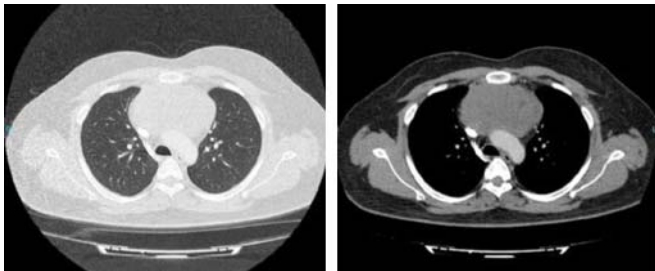
20443ng/ml geldi. İnce iğne aspirasyon biyopsisi yapıldı. “Germ hücreli tümör (yolk-sac) ayırıcı tanıya alınan olguda Bulgular ön planda adenokarsinom ile uyumludur Ki-67 skoru %80 ve AFP nonspesifik fokal boyanma göstermiştir” diye raporlandı. PET incelemede SUVmax: 23 olup uzak metastaz ve lenf nodu metastazı yoktu. Mediastinal nonseminom tanısı kondu ve yoğun kemoterapi programına alındı. Altı ay sonraki kontrol bilgisayarlı toraks tomografisinde lezyonun 6x4 cm’ye küçüldüğü (Resim 3) ve AFP: 5,8 ng/ml ve Beta HCG nin 0 olduğu tesbit edildi. Cerrahi eksizyon kararı verildi. Mediyan sternotomi yapıldı. Anterior mediastende 4x3 cm tümör görüldü, künt ve keskin diseksiyonla total eksize edildi, yağlı dokudan perilezyoner lenf nodları çıkarıldı. Postoperatif sorunu olmadı. Ek şikayeti olmayan hasta önerilerle 5. gün taburcu edildi. Patolojik tanı: Matür kistik teratom, lenf nodlarında reaktif hiperplazi olarak geldi.

Sonuç: Mediastinal nonseminomda kemoterapiye radyolojik olarak parsiyel cevap durumunda rezidü kitlenin eksizyonu gereklidir. Nonseminom teratoma dönüşmüş olabilir.

Anahtar Kelimeler: çocukluk, nonseminom, yolk sac



Resim 1. Preoperatif posteroanterior akciğer grafisi



Resim 2. Preoperatif bilgisayarlı toraks tomografisi



Resim 3. Kemoterapiden sonra bilgisayarlı toraks tomografisi

P-161

LENFOMAYA BENZEYEN ORGANİZE PNÖMONİ

Ömer Soysal¹, Sedat Ziyade¹, Osman Cemil Akdemir², Abdulaziz Kök¹, Şenel Yediyıldız¹, Nur Büyükpınarbaşı³

¹Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, İstanbul

²Kızıltepe Devlet Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği, Mardin

³Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı, İstanbul

Giriş: Organize pnömoni, akciğer kanseri ve birçok başka hastalığı taklid edebilir. Lenf nodu hastalığı ve pnömokonyoza benzeyen bir olgu sunulmuştur.

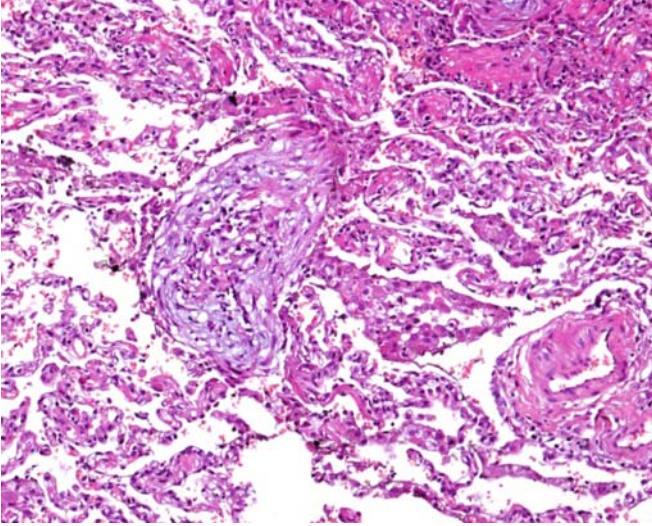
Olgu: 46 yaşında erkek hasta 4-5 aydır öksürük şikayeti ile başvurdu. Fizik mayene; normal. Başvuru öncesi yapılan boyun ultrasonografisinde servikal lenfadenopatiler, bilgisayarlı toraks tomografisinde; sağ hiler ve mediastinal lenfadenopatiler vardı (Resim 1). Lenf nodu hastalığı düşünülerek mediastinoskopi yapıldı. 4R ve 10R lenf nodlarında reaktif hiperplazi, antrakoz olarak rapor edildi. Takip bilgisayarlı toraks tomografisinde progresyon izlendi. Bronkoskopi yapıldı. Bronkoskopide, sağ üst lob girişinden başlayan mukozal-submukozal infiltrasyon, sağ apikal segment girişi tama yakın tıkalı izlendi. Biyopsi ve lavaj sonucu benign geldi. Spesifik bir tanı konulamadı. PET inceleme; parankimde hafifçe-minimal hipermetabolizma sapta- nan yaygın nodüler opasite alanları ve bilateral mediastinal lenfatik istasyonlarda minimal düzeyde hipermetabolizma gözlenen lenf nodları ön planda sarkoidoz/interstisyel akciğer hastalığı gibi benign prosesler ile ilişkili olarak geldi. Sağ torakotomive wedge rezeksiyon uygulandı. Patoloji, interstisyel pnömoni, organize pnömoni paterni olarak geldi (Resim 2). Postoperatif sorunu olmadı ve 3. gün taburcu edildi.

Sonuç: Organize pnömoni lenfoma ve akciğerin malign hastalıkları ile karışabilir. Ayırıcı tanı için torakotomi gerekebilir.

Anahtar Kelimeler: akciğer kanseri, lenfoma, pnömoni



Resim 1. Preoperatif bilgisayarlı toraks tomografisi



Resim 2. Postoperatif patoloji preparatı organize pnömoni (H-EX100).

P-162

PRİMİTİF NÖROEKTODERMAL TÜMÖR (PNET)

Abdulaziz Kök¹, Sedat Ziyade¹, Ömer Soysal¹, Şenel Yediyıldız¹, Fatma Betül Çakır³, Nur Büyükpınarbaşılı²

¹Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, İstanbul

²Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı, İstanbul

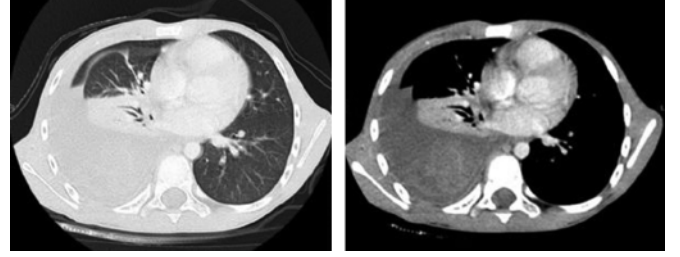
³Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Çocuk Onkolojisi Bilim Dalı, İstanbul

Giriş: Primitif (periferik) nöroektodermal tümör (PNET), göğüs duvarı, akciğer, kostovertebral sulkus veya mediastenden köken alabilir. Tedavinin ilk basamağı mümkün olan en fazla tümörün rezeksiyonudur. Adjuvan ve neoadjuvan kemoterapi ve radyoterapi de tedavi algoritması içinde yer almaktadır.

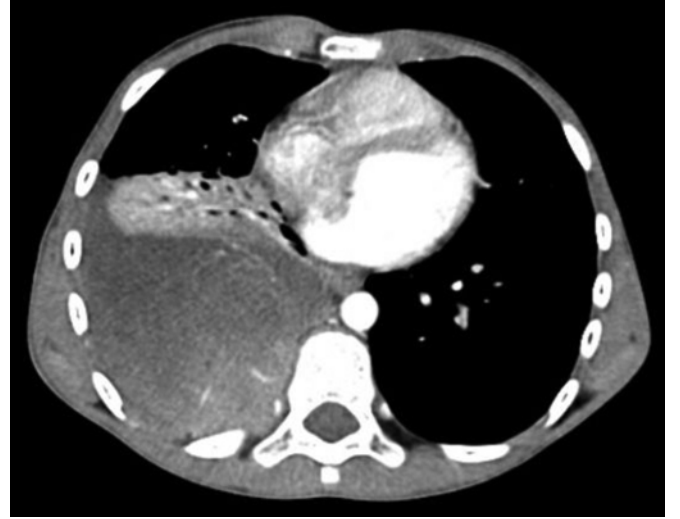
Olgu: 9 yaşında erkek çocuk göğüs ağrısı şikayetiyle başvurdu. Fizik muayenede sağda solunum sesleri azalmıştı. Posteroanterior akciğer filminde ve bilgisayarlı toraks tomografisinde(BTT) sağda plevral sıvı ve kitle izlendi (Resim 1). Sıvı için tüp torakotomi uygulandı. Plevral sıvı sitolojisi eozinofiller, polimorfnüveli lökositler, mezotel hücreleri, lenfositler, tümöral hücre görülmedi şeklinde idi. İnce iğne aspirasyon biyopsisi yapıldı. Patoloji, PNET ile uyumlu (Ki-67 skoru %40) geldi. PET incelemede” malign karakterde hipermetabolik kitle lezyonu ile kitlenin lateral ve posterior komşuluklarında hipermetabolik odaklar, diğer kesimlerde patolojik düzeyde hipermetabolik bir odak saptanmamıştır” şeklinde idi. Sıvı drenajı sonrası BTT de 8x9 cm kitle izlendi (Resim 2). Komplet rezeksiyona olabileceği düşünülerek torakotomi kararı alındı. Ameliyatta, posterior mediastende paravertebral alanda 8 cm çaplı sert lezyon görüldü. Göğüs duvarına sıkı, diaframa gevşek yapışık. Eksplozasyonda visceral ve parietal plevrada tümör implantları görüldü, akciğerde yapışık olan alana wedge rezeksiyon yapıldı. Kitle makroskopik olarak komplet çıkarıldı. Patoloji “ Çizgili kasda, yağlı dokuda, akciğer parankiminde ve visceral ve parietal plevrada invazyon gösteren yuvarlak hücreli malign tümör ve plevral sıvıda nadir malign hücreler ve lenf nodunda tümör, PNET”olarak bildirildi. Postoperatif sorunu olmadı. Kemoterapi programına alındı.

Sonuç: PNET’ te komplet rezeksiyon fayda sağlar,fakat her zaman mümkün olmayabilir.

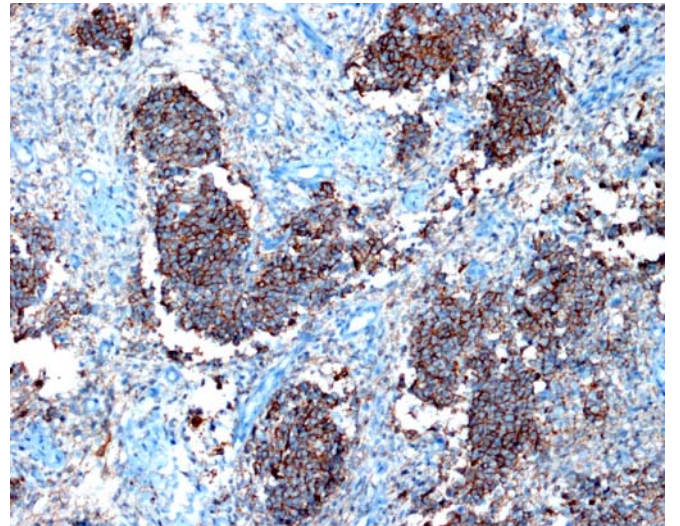
Anahtar Kelimeler: Çocuk, PNET, cerrahi



Resim 1. Preoperatif BTT



Resim 2. İğne biyopsisi öncesi BTT



Resim 3. Patoloji preparatı yuvarlak hücreli malign tümör

P-163

DEV MEDİASTİNAL HAMARTOM

Osman Cemil Akdemir¹, Ömer Soysal², Abdulaziz Kök², Sedat Ziyade², Şenel Yediyıldız², Nur Büyükpınarbaşılı³

¹Kızıltepe Devlet Hastanesi Göğüs Cerrahisi Kliniği, Mardin

²Bezmialem Vakıf Üniversitesi Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, İstanbul

³Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı, İstanbul

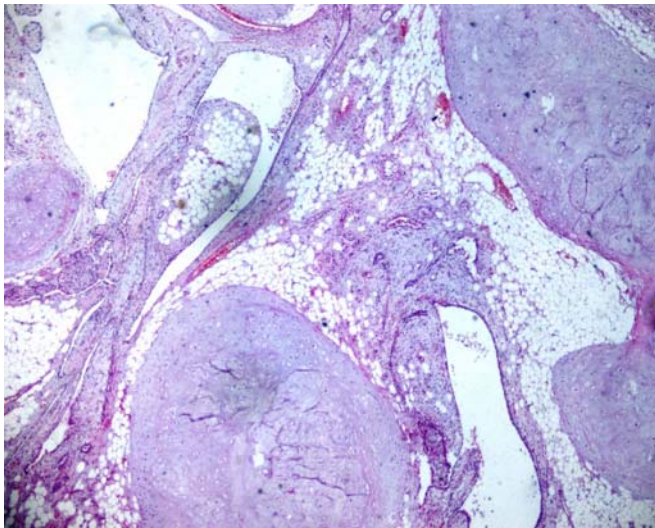
Giriş:Hamartom, bulunduğu bölge doku elemanlarından gelişen, benign, fokal bir malformasyondur. Bulunduğu doku ile

birlikte büyür. Malign değildir. Semptom yapmaz. Tesadüfi çekilen görüntüleme yöntemleri ile tanı alır. Mediastinal bir hamartom olgusu nadir olması nedeniyle sunulmuştur.

Olgu: 46 yaşında erkek hasta göğüs ağrısı şikayetiyle başvurdu. Fizik muayenede patolojik özellik yoktu. Akciğer grafisinde bilgisayarlı toraks tomografisinde(BTT) sağda üstte mediastende 10x10 cm boyutunda kitle mevcuttu. Radyolojik olarak benign kriterler taşıyordu ve teratom düşünülerek ameliyat kararı alındı. Sağ torakotomi uygulandı. Apekte, akciğere de yapışık olan mediastinal kitle komplekt eksize edildi. Akciğere yapışık olan bölgede, akciğere wedge rezeksiyon uygulandı. Postoperatif sorunu olmadı ve üçüncü gün taburcu edildi. Patolojisi, hamartom olarak raporlandı (Resim 1.)

Sonuç: Mediastinal hamartom mediasteninin diğer benign kitleleri ile karışır. Eksizyon ile tanı ve tedavi birlikte sağlanmış olur.

Anahtar Kelimeler: dev, hamartom, mediastinal



Resim 1. Patoloji preparatı resmi (Hamartom)

P-164

6 YAŞINDA ÇOCUKTA MEDİASTİNAL GANGLİYONÖROM

Sedat Ziyade¹, Ömer Soysal¹, Şenel Yediyıldız¹, Osman Cemil Akdemir², Abdulaziz Kök¹, Fatma Betül Çakır³, Nur Büyükpınarbaşılı⁴

¹Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, İstanbul

²Kızıltepe Devlet Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği, Mardin

³Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Çocuk Onkolojisi Bilim Dalı, İstanbul

⁴Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı, İstanbul

Giriş: Çocukta mediastinal nörojenik tümörlerin önemli kısmı maligndir. Otonom sinir sistemi, sempatik sistemden gelişen tümörlerden ganglinörom benign, gangliyonöroblastom parsiyel diferansiye olmuş ve malignite potansiyeli olan ve nöroblastom ise malign formudur. Bir ganglinörom olgusu sunulmuştur.

Olgu: 6 yaşında erkek. Şikayeti: bayılma, öksürük. Fizik muayenede patolojik özellik yok. Ailesinde tüberküloz öyküsü olan ve akciğer grafisinde şüpheli infiltrasyonları olan hastanın bilgisayarlı toraks tomografisinde(BTT) sağda posterior mediastende 4x2 cm keskin sınırlı kitle tesbit edildi (Resim 1). Sağ torakotomi yapıldı. Mediastinal kitlenin çevre invazyonu yoktu. Komplekt çıkarıldı. Patoloji; gangliyonörom, matürleşen subtip

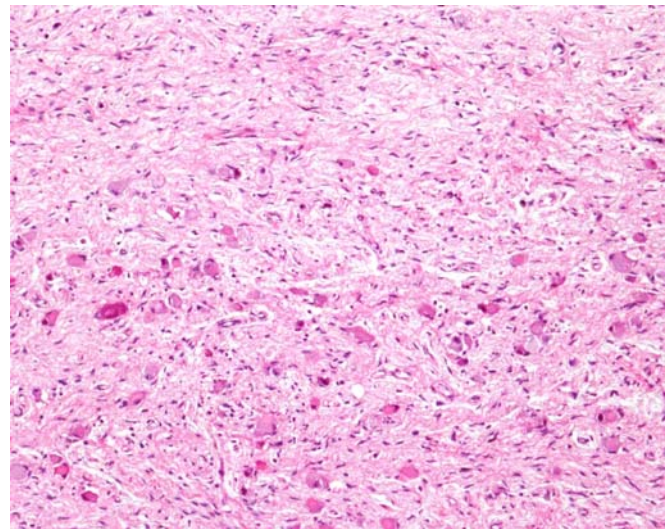
(Schwannianstroma-dominant) olarak geldi. Sorunu olmayan hasta postoperatif 4. gün taburcu edildi. Postoperatif dönemde nöroblastoma araştırıldı. Normal sınırlarda I-123 MIBG sintigrafisi Bulguları mevcuttu. 24 saatlik idrarda VMA normaldi. NSE: 46 idi. Kemoterapi düşünülmedi. Hasta halen takiptedir.

Sonuç: Çocukta, mediastende, gangliyonörom gibi benign nörojenik tümörler görülebilir. Tedavisi cerrahi eksizyondur. Nüks açısından takibi gerekir.

Anahtar Kelimeler: çocuk, gangliyonörom, mediastinal



Resim 1. Preoperatif BTT



Resim 2. Patoloji preparatı

P-165

İNFAHTTA SIRTDA, GÖĞÜS DUVARINDA, KİTLE: İĞSİ HÜCRELİ LİPOM

Ömer Soysal¹, Osman Cemil Akdemir², Sedat Ziyade¹, Abdulaziz Kök¹, Şenel Yediyıldız¹, Nur Büyükpınarbaşılı²

¹Bezmialem Vakıf Üniversitesi Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, İstanbul

²Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı, İstanbul

³Kızıltepe Devlet Hastanesi Göğüs Cerrahisi Kliniği, Mardin

Giriş: İğsi hücreli lipom; matür yağ dokusunun yerini, değişen oranlarda kollajen yapan iğsi hücrelerin aldığı, yumuşak doku tümörüdür. Hücreden zengin olmalarına rağmen, benign tümörlerdir ve lokal eksizyon ile kür sağlanır. Nadir olması nedeniyle sunulmuştur.

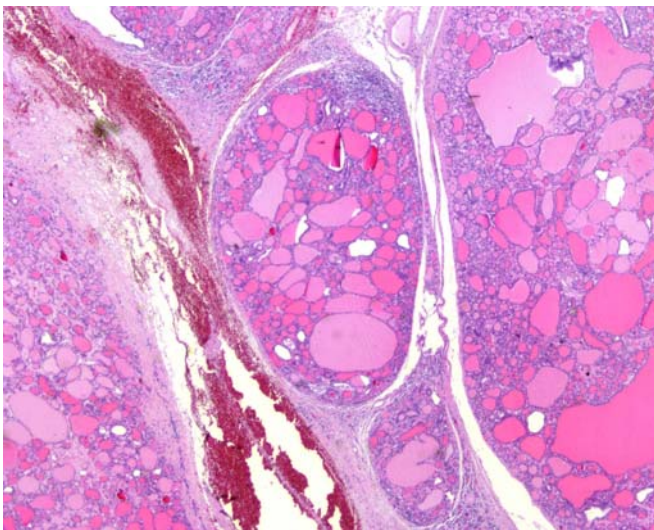
Olgu: 2 yaşında kız çocuk sırtta şişlik şikayeti ile geldi. Diğer FM normaldi. Bilgisayarlı toraks tomografisinde (BTT)

ve manyeti rezonans görüntüleme(MR) da sağ skapula altında 3x4 cm, keskin sınırlı kitle mevcuttu (Resim 1). Ameliyatta, kitlenin hemen üzerinden insizyon yapıldı, kaslar geçildi, kitlenin, yuvarlak, invaze olmayan ve kapsüllü bir şekli var idi. 6. ve 7. interkostal aralık bölgesinden 6. interkostal sinirden köken aldığı düşünüldü, göğüs duvarı üzerinden kitle eksize edildi. Katlar anatomiye uygun olarak kapatıldı. Patoloji, intramusküler iğsi hücreli lipom geldi (Ki-67 skoru %2). Postoperatif 8. ayda sorunu yok. **Sonuç:** Süt çocuğu döneminde de göğüs duvarı tümörlerine cerrahi tedavi düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: infant, iğsi hücreli lipom, sırt



Resim 1. BTT resmi



Resim 2. Patoloji preparatı

P-166

PET POZİTİF AKCİĞER KİTLESİ; ORGANİZE PNÖMONİ

Sedat Ziyade¹, Ömer Soysal¹, Şenel Yediyıldız¹, Osman Cemil Akdemir², Abdulaziz Kök¹, Nur Büyükpınarbaşılı³

¹Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, İstanbul

²Kızıltepe Devlet Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği, Mardin

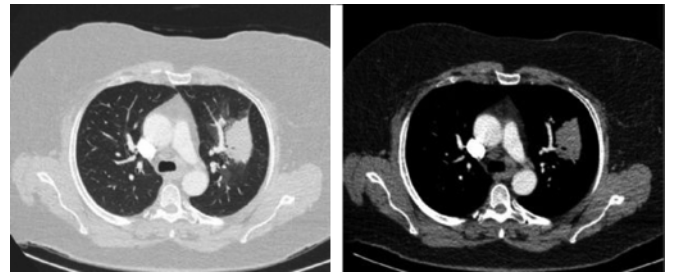
³Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı, İstanbul

Giriş: PET pozitifliği malign hastalığı gösteren çok güvenli bir bulgudur. Bu bulgu histopatoloji ile desteklenmelidir.

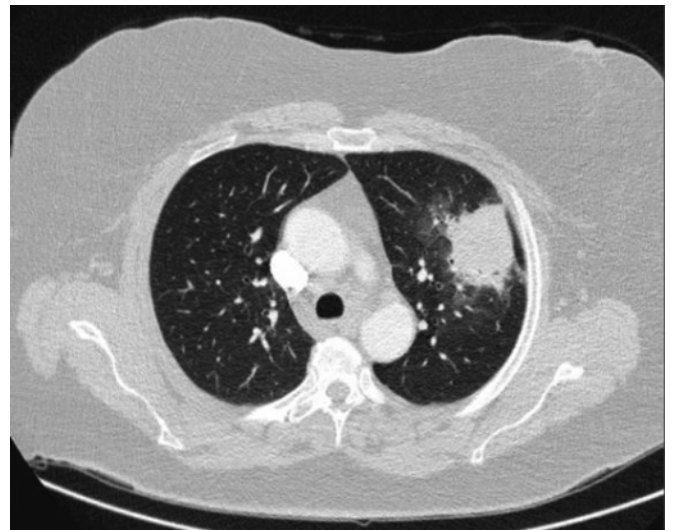
Olgu: Şikayet olmayan 60 yaşında bayan hastada, başka bir merkezde sol akciğerde PET-BT pozitif (SUVmax: 15,4) kitlesi saptanmış, 2 defa iğne biyopsisi yapılmış, patolojisinde tanı konulamamış ve VATS biyopsi önerilmiş. Fizik muayene normaldi. Bilgisayarlı toraks tomografisinde (BTT) de sol üstte önde plevraya oturmuş 4x5 cm kitle oluşturan konsolide alan mevcuttu (Resim 1 ve 2). Sol lateral dekübit pozisyonunda 2 adet port insizyonu yapıldı, kamera ile eksplorasyonda sol önde 2 cm kitle ve yapışıklık gözlemlendi. Punch biyopsiler alındı. Patoloji; organize pnömoni paterni, desküamasyon Bulguları, taze kanama, alveoler septalarda minimal mononükleer iltihabi hücre infiltrasyonu olarak raporlandı. Postoperatif sorunu olmadı ve üçüncü gün taburcu edildi. Ameliyat sonrası birinci ayda çekilen BTT normaldi (Resim 3).

Sonuç: Akciğer kanseri şüphesinde VATS biyopsi yapılmalıdır.

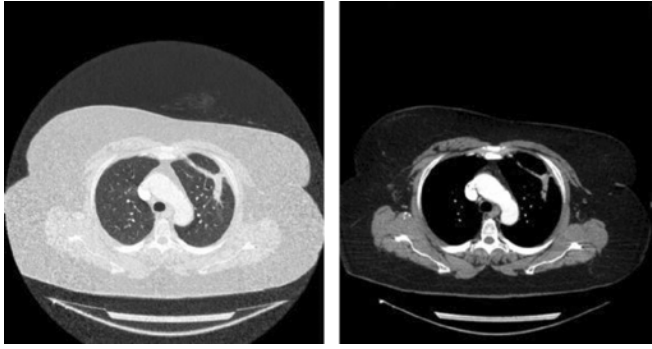
Anahtar Kelimeler: akciğer, kanser, VATS



Resim 1. Preoperatif BTT



Resim 2. Preoperatif BTT



Resim 3. Postoperatif BTT



Resim 1. Konsolide kitle

P-167

5 YAŞINDA ÇOCUKTA MEDİASTİNAL KİTLEYİ TAKLİD EDEN AKCİĞER TÜBERKÜLOZU

Ömer Soysal¹, Osman Cemil Akdemir², Sedat Ziyade¹, Abdulaziz Kök¹, Şenel Yediyıldız¹, Erkan Çakır³, Nur Büyükpınarbaşılı⁴

¹Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, İstanbul

²Kızıltepe Devlet Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği, Mardin

³Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı, İstanbul

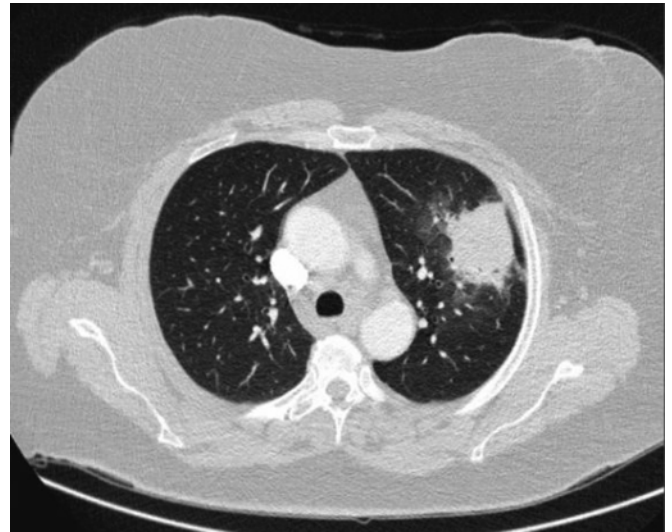
⁴Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı, İstanbul

Giriş: Bilgisayarlı toraks tomografisinde, torasik patolojilerin kaynaklandığı yerin mediasten veya akciğer parankimi olduğu her zaman ayırtılamayabilmektedir. Mediastinal kitleye benzeyen bir akciğer tüberkülozu olgusu sunulmuştur.

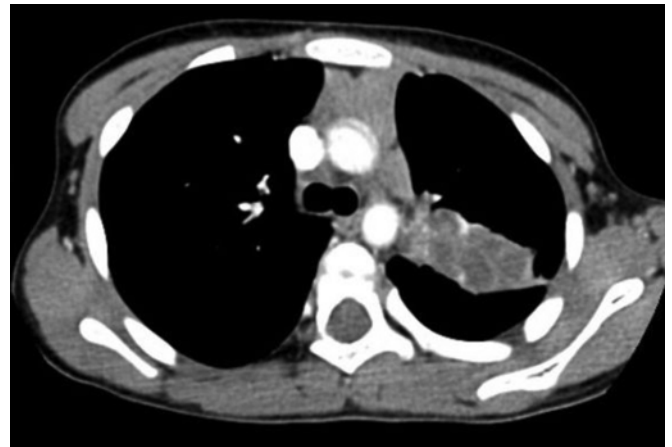
Olgu: 5 yaşında kız çocuk çomak parmak, hırıltı şikayetleri ile başvurdu. Akciğer grafisi ve bilgisayarlı toraks tomografisinde(BTT) sol üstte 8x4 cm konsolide alan, kitle, mevcuttu (Resim 1). Yapılan tru-cut biyopsi sonucu lenfoid dokuya ait fragmanlar, malignite olmadığı şeklinde raporlandı. Torakotomi kararı alındı. Sağ torakotomi yapıldı: üst lobun büyük bölümünü kaplayan ve alt loba da uzanan pnömonik lezyon mevcuttu. Wedge rezeksiyon ile biyopsi yapıldı. Biyopsi bölgesinden nekrotik materyal geldi.Frozen inceleme sonucu nekrozlaşan granümatöz iltihap olarak raporlandı. Kalıcı patoloji raporu da nekrozlaşangranülatöz iltihap odakları, çevre parankimde deskumasyon Bulguları, bir adet lenf düğümünde nekrozlaşan granülatöz iltihap odakları olarak geldi. Postoperatif sorunu olmadı. Tüberküloz tedavisi başlandı. Takip eden 6. ay (Resim 2) ve 12. Ay (Resim 3) BBT de lezyonun küçüldüğü, içlerinin boşalıp, nekroza gittiği, fakat ciddi oranda küçülmediği izlendi. Genel durumu iyi olan hasta takip altındadır.

Sonuç: Çocukta da akciğer tüberkülozu yaygın parankim tutulumu yapabilir. Maligniteyi taklid eder. Tüberküloz tedavisi ile parankim lezyonları tam olarak düzelmeyebilir.

Anahtar Kelimeler: çocuk, mediasten, kitle



Resim 2. Postoperatif 6. ay



Resim 3. Postoperatif 12. ay

P-168

İNFAHTA SOLUNUM YETMEZLİĞİ YAPAN MEDIASTİNAL TERATOM

Sedat Ziyade¹, Osman Cemil Akdemir², Ömer Soysal¹, Şenel Yediyıldız¹,
Abdulaziz Kök¹

¹Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, İstanbul

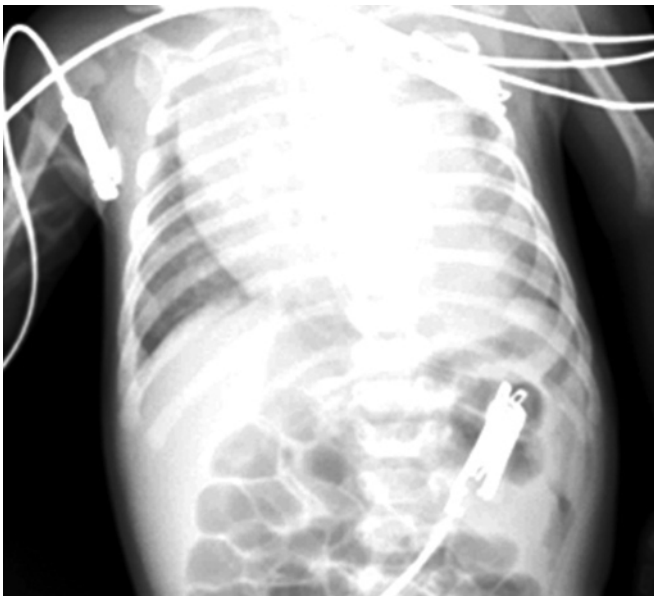
²Kızıltepe Devlet Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği, Mardin

Giriş-Amaç: Yenidoğan döneminden itibaren aralıklı solunum sıkıntısı yakınmaları olan ancak respiratuvar sinsityal virus enfeksiyonuna bağlı solunum sıkıntısı nedeniyle izlenirken immatür teratom tanısı alan olgunun sunulması amaçlanmıştır.

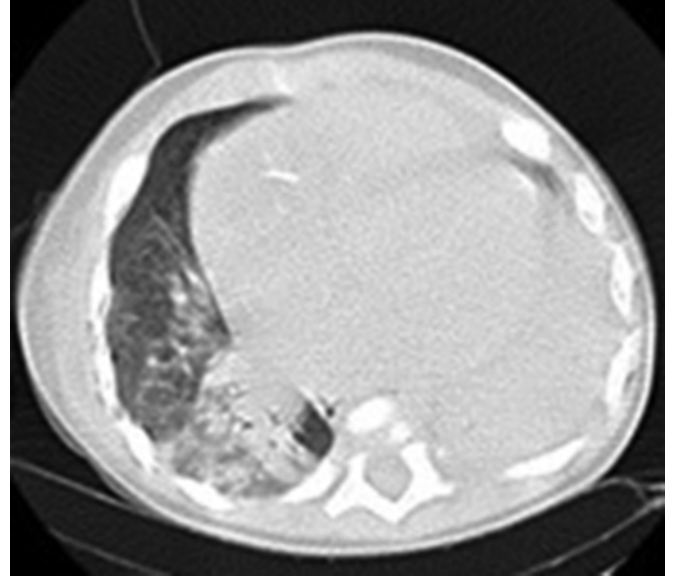
Olgu: On gündür devam eden hışırtılı, burun akıntısı, ateş yakınmaları sonrasında solunum sıkıntısı gelişen 2.5 aylık kız hasta yoğun bakım ünitemize kabul edildi. Fizik muayenede kalp tepe atımı: 208/dk, dakika solunum sayısı: 58/dk, kan basıncı: 80/33 mm/Hg, SpO₂:88% idi. Solunumu sıkıntılıydı ve dinlemekle sol hemitoraksta solunum sesleri azalmıştı. Kalp muayenesinde 2/6 sistolik üfürümü duyulmaktaydı. Hastada invazif olmayan ventilasyon başlandı. Akciğer grafisinde kalp gölgesi seçilemiyordu ve mediasten genişti, parakardiyak bölgelerde yaygın infiltrasyon ve yer yer atelektaziler vardı (Resim 1). Nazofaringeal sürüntü örneğinde respiratuvar sinsityal virus antikor pozitif saptandı. Toraks ultrasonografik incelemede yaklaşık 10 cm büyüklüğünde mediastinal kitle görüntüldü. bilgisayarlı toraks tomografide BTT) üst mediastinal alanda ön mediastenden arka mediastene doğru uzanan ve üst göğüs boşluğunu dolduran içinde yaygın kalsifikasyonlar ve milimetrik yağ alanları izlenen, en geniş yerinde 8x7 mm ebadında ölçülen ve trakeayı sağa doğru deplase eden sol ana bronşu oblitere eden yer kaplayan lezyon görüldü (Resim 2). Kitle median sternotomi ile çıkarıldı ve patoloji sonucu "Grade II immatür teratom" olarak değerlendirildi. Çocuk Yoğun Bakım ünitesinde 3 gün invazif yardımcı ventilasyon, 9 gün invazif olmayan yardımcı ventilasyon uygulanan hasta izleminin 19. gününde taburcu edildi.

Sonuç: Erken çocukluk döneminde mediastinal kitleler hava yolu ve akciğere baskı ile solunum yetmezliğine yol açabilir.

Anahtar Kelimeler: infant, mediastinal, teratom



Resim 1. Posteroanterior akciğer grafisi



Resim 2. BTT

P-169

NEOADJUVAN KEMOTERAPİ ALAN KÜÇÜK HÜCRELİ DIŞI AKCİĞER KANSERLİ OLGULARDA PET/BT BULGULARININ HİSTOPATOLOJİK VERİLERLE KARŞILAŞTIRILMASI VE PROGNOSTİK DEĞERİ

Burcu Sevilmiş¹, Feyza Şen¹, Ali Tayyar Akpınar¹, Erkan Güler¹,
Cengiz Gebitekin², Ömer Yerci³, Elif Ülker Akyıldız³

¹Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nükleer Tıp Anabilim Dalı, Bursa

²Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Bursa

³Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Bursa

Amaç: İleri evre küçük hücreli dışı akciğer kanserleri (KHDAK), kanser nedeni ölümlerin başlıca nedenidir. Erken evre KHDAK cerrahi ile tam tedavi edilebilirken, lokal ileri ve ileri evre KHDAK cerrahi ve/veya kemoterapi/kemoradyoterapi kombinasyonu ile tedavi edilmektedir. Günümüzde tedavi yanıtının değerlendirilmesinde bir metabolik görüntüleme yöntemi olan Pozitron Emisyon Tomografisi/Bilgisayarlı tomografi (PET/BT)'nin vazgeçilmez bir rol oynadığı kabul görmüştür. Retrospektif özellikteki çalışmamızda yeni tanı alan ve preoperatif kemoterapi (KT) uygulanan hastalarda tanı anında ve neoadjuvan KT sonrası PET/BT görüntülemelerinin cerrahi sonrası patolojik verilerle karşılaştırarak kemoterapi etkinlik değerlendirmesindeki değeri ve prognoz belirlenmesine sağlayacağı katkının araştırılması amaçlandı.

Yöntem: Ocak 2009-Ağustos 2011 tarihleri arasında Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Nükleer Tıp AD' de tanı ve evreleme amacıyla PET/BT görüntülemesi yapılan 573 olgudan histopatolojik olarak KHDAK tanısı alan, tanı anında ve neoadjuvan KT sonrası ara PET/BT görüntülemeleri yapılan ve sonrasındaki 1-2 aylık süreçte opere edilen tümü erkek 20 hasta çalışmaya dahil edildi. Neoadjuvan KT ile birlikte radyoterapi de alan, KT sonrası opere edilemeyen, tanı veya neoadjuvan KT sonrası PET/BT görüntülemesi olmayan olgular çalışmadan dışlandı. Hastalar 10-60 ay süreyle takip edildi (ortalama:29,1 ay, medyan:24 ay). Hastaların ilk PET/BT görüntülemeleri ile neoadjuvan KT sonrası PET/BT görüntülemeleri arasındaki maksimum standart

tutulum değeri (SUVmax) değişiklikleri ile operasyon sonrası tümörde patolojik olarak saptanan nekroz oranları Spearman korelasyon katsayısı ile istatistiksel değerlendirildi. Verilerin analizi SPSS 20.0 istatistik paket programı ile yapıldı. PET/BT ile tedavi yanıtı değerlendirilmesinde "PET response criteria in solid tumors" (PERCIST) yanıt kriteri olarak kullanıldı.

Bulgular: Hastaların 2'si tam metabolik yanıt, 10'u kısmi metabolik yanıt, 7'si stabil hastalık, 1'i progresif hastalık olarak değerlendirildi. Tam metabolik yanıt gösteren hastalar ile kısmi metabolik yanıt gösteren 3 hastada operasyon sonrası patolojik olarak canlı tümör hücrelerine rastlanmadı. Bu hastaların bazal ve ara PET/BT görüntülemeleri arasındaki SUVmax değerlerinde ortalama %79 (medyan:-0.79, min:-0.54, max:-1.00) düşüş olduğu hesaplandı. Tam metabolik yanıt gösteren hastalar dışında iki PET/BT görüntülemesi arasındaki SUVmax değerlerinde ortalama %39 (medyan: -0.39; min:-0.86, max:0.98) düşüş saptandı. Evre IIIB olan 3 hastanın neoadjuvan KT sonrası evre IIIA'ya, Evre IIIA olan 12 hastanın 2'si evre IIA'ya, 3'ü evre IIB'ye geriledi. Evre IIA ve IIB olan 5 hastanın evresi değişmedi. Neoadjuvan KT sonrası PET/BT görüntülemeleri arasındaki SUVmax değişiklikleri ile operasyon sonrası tümörde patolojik olarak saptanan nekroz oranları arasında negatif ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı ($r: -0.550, p<0.05$). Canlı tümör hücresi görülmeyen 5 hastanın 4'ü 24-30 aylık takiplerde progresyonsuz sağkalım gösterdi, 1'inde 30 aylık takip sürecinde nüks gelişerek total sağkalım gösterdi. Geriye kalan 15 hastanın ikisi bazal PET/BT görüntülemesini takiben 10. ve 36. aylarda ex oldu. 10. ayda ex olan hastanın iki PET/BT görüntülemesi arasında SUVmax değerinde %12'lik artış tesbit edilmişti. Diğer ex olgusunun SUVmax değerinde %52'lik düşüşe rağmen takiplerinde uzak metastaz gelişmişti. Kalan 13 hastanın 18-60 aylık takip sürecinde 7'si total sağkalım, 6'sı progresyonsuz sağkalım gösterdi.

Sonuç: Bu araştırmanın verilerine göre KHDAK'de tanı anında ve neoadjuvan KT sonrası gerçekleştirilen PET/BT görüntülemeleri arasındaki SUVmax değerlerindeki değişikliklerin neoadjuvan KT sonrası opere edilen olgularda patolojik olarak saptanmış nekroz oranlarını doğru bir şekilde öngörebileceği, cerrahiden yarar görebilecek hastaların tesbitinde yararlı olabileceği ve sağkalım üzerine katkı sağlayabileceği görülmektedir.

Anahtar Kelimeler: PET/BT, neoadjuvan kemoterapi, küçük hücreli dışı akciğer kanseri

P-170

HERPES ZOSTER ENFEKSİYONUNUN NADİR BİR KOMPLİKASYONU: SPONTAN PNÖMOTORAKS

Timuçin Alar, İsmail Ertuğrul Gedik

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Çanakkale

Amaç: Varisella zoster virüsü (VZV), nörotropizm gösteren alfa-herpes virüslerindendir. Primer enfeksiyonu olan varisella genellikle çocukluk çağında görülürken, sekonder enfeksiyonu ise Herpes zoster (HZ) adı ile bilinen ve primer enfeksiyonu takiben yıllar sonra ganglionlarda latent fazdaki virüsün reaktivasyonu ile erişkin çağda ortaya çıkar. Erişkin yaş grubundaki VZV enfeksiyonlarında birçok komplikasyon gözlenmekle birlikte pnömotoraks, VZV'nin ender rastlanan komplikasyonlarından biridir. Biz de bu olgu sunumunda VZV'ye sekonder geliştiğini

düşündüğümüz spontan pnömotoraks saptanan bir erkek olguyu sunmak istedik.

Olgu: 47 yaşında erkek hasta hastanemiz acil servisine 2 gün önce başlayan sağ taraflı göğüs ağrısı yakınmasıyla başvurdu. Öyküsünde ağrının ani başlangıçlı ve plöritik karakterde olduğu anlaşıldı. Yakınmalarına dispne de eşlik ediyordu. Fizik muayene sağ 5. İKA ile arka aksiller hat kesişim yerinde lokalize üzeri krutlu milimetrik multipl lezyonlar (Resim 1) ile sağda solunum sesleri azalmış olarak bulundu. Posterior-anterior akciğer grafisinde sağda pnömotoraks saptanması üzerine sağ kapalı sualtı drenajı uygulandı (Resim 2). Dermatoloji tarafından yapılan muayenesi sonucu hastadaki lezyonlar VZV lezyonları ile uyumlu bulundu ve hastanın kliniği de dikkate alınarak ek tetkik yapılmasına gerek görülmedi. Post-operatif 4.günde dreni sonlandırılan olgu halen poliklinik kontrollerinde nüks izlenmeden takip edilmektedir.

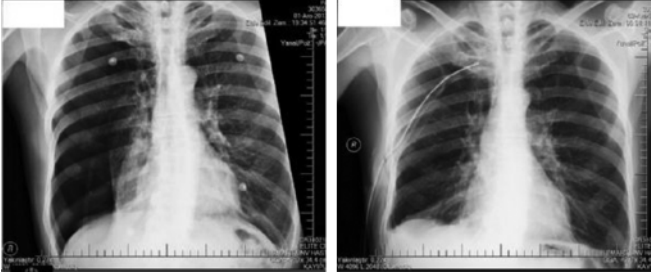
Tartışma: HZ enfeksiyonun pnömoni, keratit, üveit, plörit, kranyal sinir paralizileri gibi çok çeşitli komplikasyonları bildirilmiştir. Bildirilen komplikasyonların arasında HZ'e sekonder spontan pnömotoraks da mevcuttur. Kesin insidansı bilinmemekle birlikte HZ'ye sekonder pnömotoraksı olan olguların büyük çoğunluğu VZV pnömonisi olan ve sigara kullanan kişilerdir. VZV pnömonisi olan kişilerde pnömotoraks gelişimine subplevral nekrotik pulmoner nodüllerin ya da önceden varolan bir blebin pnömoniyeye sekonder enflamasyon sonucunda rüptüre olmasının yol açtığı savunulmuştur. Ancak bazı olgularda pnömoniyi kanıtlayacak muayene ya da radyolojik görüntüleme bulgusu bulunmamaktadır. Bizim olgumuzun da klinik Bulgularla HZ tanısı konulabilmekle beraber klinik ya da radyolojik olarak pnömoni tanısı konulamamıştır. Ancak uzun süredir altta yatan KOAH hastalığının olması ve aktif sigara kullanıcısı olması nedeniyle büllöz amfizem ve torakal bölgede lokalize HZ'ye bağlı gelişen enflamasyonun bu bölgedeki bir blebi rüptüre ederek pnömotoraksa yol açtığı kanaatindeyiz.

Sonuç: Spontan pnömotoraks HZ'nin nadir görülen bir komplikasyonudur. HZ'ye sekonder spontan pnömotoraks ile ilgili literatür bilgisi ağırlıklı olarak olgu sunumlarından oluşmaktadır. Bu nedenle çok merkezli ve kapsamlı araştırmalar ile HZ ile pnömotoraks arasındaki ilişki daha net olarak ortaya konulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: pnömotoraks, varisella zoster



Resim 1. Olgunun cilt lezyonları



Resim 2. Olgunun tüp torakostomi öncesi ve sonrası PA akciğer grafileri

P-171

DENİZLİ İLİNDE KÜÇÜK HÜCRE DIŞI AKCİĞER KANSERLERİNDE KRAS MUTASYON SIKLIĞI

Atike Gökçen Demiray¹, Burcu Yapar Taşköylü¹, Arzu Yaren¹, Gamze Gököz Doğu¹, Aydın Demiray², Hakan Akça²

¹Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı, Denizli

²Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Biyoloji Anabilim Dalı, Denizli

Giriş: Küçük Hücre Dışı Akciğer Kanseri (KHDAK) akciğer kanserlerinin %80'ini oluşturur. Akciğer Kanseri kanser nedenli ölümler arasında birinci sırada yer almaktadır. EGFR tarafından aktiflenen KRAS proteini alt yolları olan BRAF/MAPK/ERK yolağından proliferasyonunu tetiklemektedir. KRAS proteinin kodon 12-13 ve 61 meydana gelen mutasyonlar ise EGFR' den bağımsız olarak aktiflenmektedir. Bu da kötü prognoz ile ilişkilidir. Biz bu çalışmada, polikliniğimize başvuran KHDAK hastaların kras mutasyonunun sıklığını araştırdık.

Gereç-Yöntem: Çalışmada 200 KHDAK tanılı hastanın parafine gömülü tümör dokusundan DNA izolasyonu yapılarak pyrosequencing Q24 sistemi ile KRAS genin kodon 12-13 ve 61 mutasyon analizi çalışıldı. KHDAK kanserli hastaların yaşı, cinsiyeti ve mutasyonu kaydedildi.

Bulgular: İki yüz hastadan 44 hasta kadın (%22), 156 hasta erkek (%78) idi. Sigara içmeyen 50 hasta (%25) iken sigara içen 150 hasta (%75) vardı. Hastaların yaş ortalaması 61.54 idi. İki yüz hastanın 43'ünde (%21.5) KRAS mutasyonu saptanmıştır. Hastaların 25 tanesi skuamöz tipi (%12.5), 175 hasta adenokarsinom (%87.5) tanılıdır. 160 hasta (%80) ileri evre (evre 3B-4), 40 hasta (%20) erken evredir (evre 1-3A). KRAS geni mutasyonları ise 200 hastanın kodon 12 de 10'unda G12S (%22.3), 8'inde G12C (%17.8), 6'sında G12D (%13.3), 3'ünde G12V (%6.6) ve 1'inde G12A (%2.2) kodon 61 de 10'unda Q61H (%22.3) ve 7'sinde Q61R (%15.5) saptanmıştır.

Sonuç: KRAS mutasyon oranı KHDAK hastalarında literatürde %10-30 arasındadır. Bizim çalışmamızda, %21.5'inde KRAS mutasyonu saptandı, bu durum literatür ile uyumludur. Ayrıca KRAS mutasyonları en sık kodon 12'de görülmektedir. Bizim çalışmamızda da bu oran %62'dir. KRAS mutasyonuna sahip olmayan hastaların tüm sağkalımı, KRAS mutasyonu olan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.005$). Bu da bize KRAS mutasyonlarının kötü prognoz ile ilişkisini göstermektedir. KRAS mutasyon analizi 62 yaş altı hastalarda diğerlerine oranla görülme sıklığı anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$). Bu durum literatüre yeni bir bilgi olarak sunulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: NSCLC, KRAS mutasyonu

P-172

EVEROLİMUS İLE UZUN SÜRE HASTALIK KONTROLÜ SAĞLANAN AKCİĞER KARSİNOİD TÜMÖRÜ: OLGU SUNUMU

Yasemin Kemal, Fatih Teker, Bahattin Yılmaz, Engin Kut, Güzin Demirağ, İdris Yücel

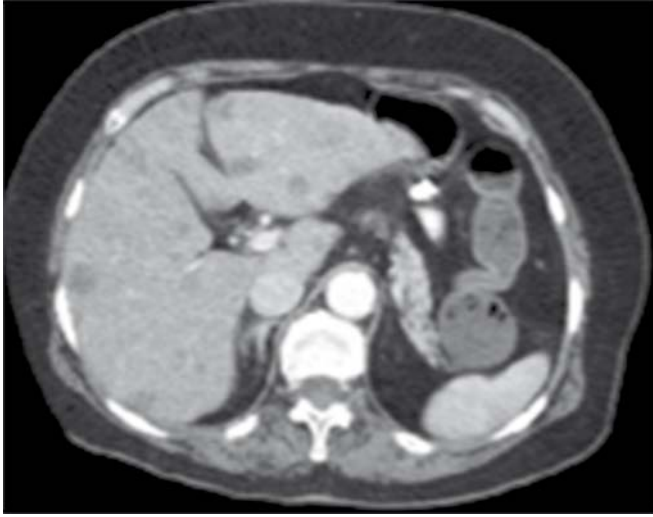
19 Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı, Samsun

Giriş: Bronkopulmoner nöroendokrin tümörler (NET) akciğer kanserlerinin yaklaşık %25'ini oluşturur. Metastatik veya cerrahinin yapılamadığı hastalarda tedavi seçenekleri sınırlıdır. Düşük-orta gradlı metastatik akciğer NET'lerde ortalama sağkalım 17 ay civarındadır. Somatostatin analogları olan oktreotid ve lanreotid; hem karsinoid sendrom semptomlarının kontrolünde hem de antiproliferatif etkileri nedeniyle sıklıkla tercih edilmektedir. Son yıllarda everolimus tedavisinin ileri evre akciğer karsinoid tümörü olan hastalarda progresyonsuz sağkalımı uzattığı gösterilmiştir.

Olgu: 59 yaşında kadın hasta, Mart 2009 tarihinde çarpıntı, yüzde kızarma ve ishal şikayeti ile dahiliye polikliniğine başvurdu. Yapılan tetekiklerde akciğer grafisinde sağ hiler kitle tesbit edilmesi üzerine yapılan bronkoskopik biyopsi ile karsinoid tümör tanısı aldı. Batın MR'da karaciğerde çok sayıda metastazların olması ve hastada karsinoid sendrom Bulguları gelişmesi üzerine (Indium-111 sintigrafisi ile primer kitle ve metastazlarda oktreotid reseptörü pozitif bulunuyor.) Oktreotid LAR tedavisi başlandı. Tedavinin 18. ayında karaciğerdeki lezyonlarda sayı ve boyut artışı saptanması ve yeniden karsinoid sendrom Bulgularının gelişmesi üzerine kemoterapi (DDP+etoposid) başlandı. 6 kür sonunda karaciğerdeki lezyonlar geriledi. Fakat takip eden 3 ay içerisinde hem klinik hem de karaciğer lezyonlarında progresyon saptandı ve 5-FU+Streptozosin başlandı. Hasta bu kemoterapi rejimini tolere edemediğinden 1 kür aldıktan sonra kesildi. Karsinoid kriz sebebiyle hospitalize edilen hastaya Mayıs 2012'de endikasyon dışı başvuru yapılarak everolimus 10mg/gün başlandı. (Hastaya tanı anında başlanan Oktreotid LAR tedavisine hiç kesilmeden devam edildi.) Everolimus başlandıktan hemen sonra karsinoid sendrom Bulguları kayboldu. Hasta üç ayda bir görüntüleme yöntemleri ile takip edildi. Everolimus tedavisinin ilk 6 ayında belirgin regresyon saptandı (resim-1, resim-2); daha sonraki 9 ay da stabil seyretti. Hasta Aralık 2013'de baş dönmesi, yüzde kızarıklık ve ishal şikayeti ile başvurdu. Hastada beyin metastazı saptandı; kısa etkili oktreotid ile kriz semptomları kontrol altına alındıktan sonra beyindeki tek kitleye metastazektomi yapıldı ve radyoterapi uygulandı. Hasta 18 ay boyunca everolimus+oktreotid LAR tedavisi ile klinik ve radyolojik olarak progresyonsuz seyretmiştir.

Sonuç: Bu olgu ile ileri evre akciğer karsinoid tümörü olan hastalarda oktreotid Lar +everolimus tedavisi ile hem semptomların hem de hastalık progresyonunun 18 ay gibi uzun bir süre kontrol altına alınabileceğini gördük.

Anahtar Kelimeler: karsinoid tümör, everolimus



Resim 1. Everolimus öncesi



Resim 2. Everolimus tedavisi altında

P-173

MEME KARSİNOM MEZTASTAZI NEDENİYLE PARSİYEL STERNUM REZEKSİYONU VE KLİPSLİ TİTANYUM BAR İLE REKONSTRÜKSİYONU

Yeliz Erol, Önder Kavurmacı, Ayşe Gül Ergönül, Ali Özdi, Ufuk Çağırıcı, Alpaslan Çakan

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, İzmir

Amaç: Meme kansinomlarında kemik metastazı en sık görülen uzak metastaz bölgesidir. Kliniğimizde meme kansinomu sternum metastazı nedeniyle opere olan hastanın sonuçları değerlendirildi.

Olgu: Ellidört yaşında kadın hasta. Yedi yıl önce invaziv duktal kansinom sebebi ile sol mastektomi+aksiller diseksiyon, sonrasında 8 kür kemoterapi, 25 gün RT alan hastanın takiplerinde sternum sol yarısında SUV:9.1 tutulum saptandı. Göğüs duvarından yapılan tru-cut biyopsinin patolojik incelemesi sonucu «meme kansinom metastazı» olarak raporlandı.

Sonuç: İkinci ve 3. kostaların kırıldak kesimleri bilateral parsiyel rezeke edildi ve sonrasında korpus sterni parsiyel olarak

çıkarıldı (Resim 1). PTFE greft konulup 3. kotlar üzerine fiks edilen klipsli titanyum bar ile göğüs duvarı rekonstrüksiyonu uygulandı (Resim. 2-3).

Tartışma: Sternum rezeksiyonları sonrası göğüs duvarı stabilizasyonunda klipsli titanyum bar kullanılabilir.

Anahtar Kelimeler: rezeksiyon, sternum, titanyum



Resim 1



Resim 2



Resim 3

P-174

PROGRESYON GÖSTERMEYEN MALİGN NODÜL

Kubilay İnan, Funda İncekara, Koray Aydoğdu, Göktürk Fındık, Sadi Kaya
Ankara Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi Göğüs Cerrahisi Kliniği

Özgeçmişinde ve soygeçmişinde özellik saptanmayan 43 yaşında erkek hasta rutin kontrolleri sırasında çekilen PA akciğer grafisinde sağ üst lobta nodüler radyo-opasite saptanması üzerine çekilen toraks bt> de sağ akciğer üst bazalinde perivasüler yerleşimli 8x13 mm boyutlarında lobüle konturlu ve düşük dansiteli nodüller oluşum saptanmıştır. Hastanın tanı ve tedavi reddi nedeniyle yaklaşık bir yıl kontrolsüz kalan nodül bu süre sonunda çekilen kontrol bt> de boyutlarında artış göstermemiş ve yeni pulmoner nodüller saptanmamıştır. Hastanın Pet tetkikinde ise nodül düşük FDG tutulumu göstermiştir(SUVmax 0.74). Primer akciğer malignitesi öntansıyla hastaya sol VATS ile yaklaşıldı; eksplorasyonda nodülün orta lobta olduğu tespit edildi ve wedge rezeksiyon uygulanarak frozen gönderildi.Frozen sonucu adeno karsinom ile uyumlu gelmesi üzerine rezeksiyon VATS ile orta lobektomiye tamamlandı ve 2R, 4R, 7, 8, 10 ve 11 nolu lenf nodları diseke edilerek çıkartıldı. Hastanın postoperatif patoloji sonucu ve evresi; evre IA adeno karsinom olarak raporlandı. Noninvaziv yöntemler ile tanı konulamayan küçük boyutlu pulmoner nodüllere VATS ile yaklaşılarak tanı konulabilir ve malignite tespit edildiği takdirde VATS ile onkolojik prensiplere uygun cerrahi tedavi yapılabilir.

Anahtar Kelimeler: nodül adeno karsinom karsinom progresyon



Resim 1. İlk toraks bt ve saptanan nodül(8x13 mm)



Resim 2. Yaklaşık 1 yıl sonraki kontrol toraks bt ve nodül(8x 13 mm)



Resim 3. Pet-bt ve nodül(8x13 mm)

P-175

VATS YARDIMIYLA EKSIZE EDİLEN TORAKS DUVAR KİTLESİ

Mehmet Furkan Şahin, Koray Aydoğdu, Funda İncekara, Göktürk Fındık, Sadi Kaya
Ankara Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği

Osteokondrom kemik dokunun sık görülen iyi huylu primer tümörüdür. Sıklıkla 1. – 3. dekatta görülür. Genellikle uzun kemiklerin kartilajenöz bölgelerinde görülmektedir. Nadiren kafatası tabanı, vertebral kolon, kosta, skapula ve pelvis yerleşimli olabilir.

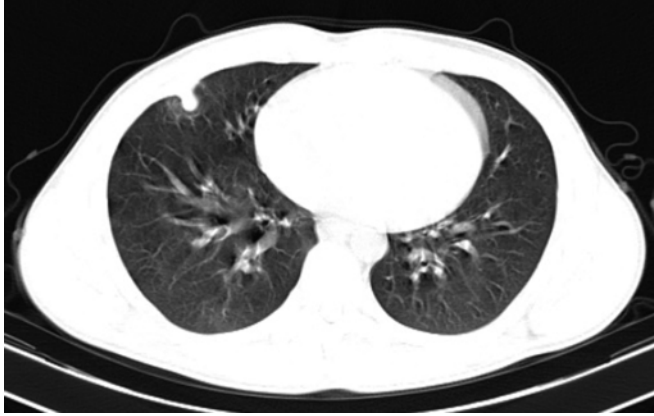
Kostal osteokondrom, bütün benign kosta tümörlerinin %50 sini oluşturmaktadır. Erkeklerde üç kat fazladır. Genelde asemptomatiktir ve çoğunlukla rastlantısal olarak radyolojik grafilerde tespit edilirler. Daha çok kostaların metafiz bölümünde gelişir. Malign dejenerasyona eğilimi ve intratorasik komplikasyona neden olabileceği için cerrahi

olarak çıkarılmalıdır.

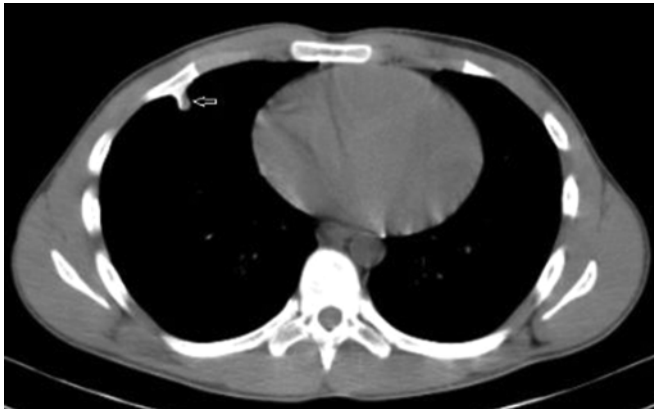
Göğüs ağrısı şikayeti ile kliniğimize başvuran 15 yaşında erkek hastada; çekilen toraks BT'de sağ akciğer alt zonda 7. kostanın anterior yüzünde toraks içine uzanım gösteren düzgün konturlu 1,5 cm boyutunda osteoma ile uyumlu olabileceği düşünülen kitle lezyonu tespit edildi. Kitle lezyonunun palpable olmaması nedeniyle ve intratorasik uzanımı gerekçesiyle hastaya VATS (tek

port insizyonu) ile yaklaşılarak lezyonun lokalizasyonu belirlendi. Sonrasında tespit edilen lokalizasyona uygun cilt insizyonu ile kitle lezyonuna ulaşıldı ve onkolojik prensiplere uygun güvenlik marjlarına dikkat edilerek kitle lezyonu total olarak eksize edildi. Patoloji sonucu osteokondrom olarak rapor edildi ve cerrahi sınırların normal histolojik yapıda olduğu vurgulandı. Düzenli olarak klinik takipte olan hastanın postoperatif 3. ayında klinik ve radyolojik olarak herhangi bir sorunu yoktu.

Anahtar Kelimeler: osteokondrom, VATS, toraks duvar kitlesi



Resim 1. Kot kitlesinin BT görüntüsü



Resim 2. Kot kitlesinin BT görüntüsü

P-176

AKCİĞER KORYOKARSİNOM OLGUSU: PRİMER Mİ? METASTAZ MI?

Ayşe Gül Ergönül¹, Huriye Gülistan Bozdağ¹, Alpaslan Çakan¹, Ufuk Çağırıcı¹, Necmettin Özdemir²

¹Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, İzmir

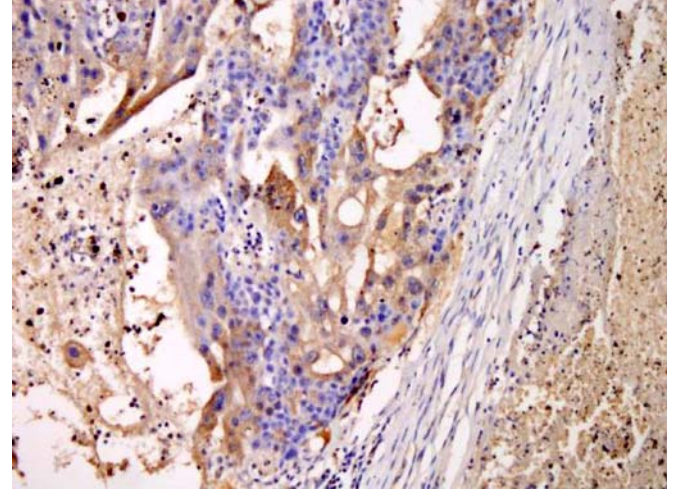
²Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, İzmir

Koryokarsinom human koryonik gonadotropin (HCG) hormonu salgılayan germ hücreli bir tümördür. Hemen daima gestasyonel ve intrauterin yerleşimlidir. Nongestasyonel koryokarsinom ise ekstraparadomal bölgelerde primer olarak oldukça nadir izlenir. En sık yerleşim alanı mediastendir. Karaciğer, mesane, prostat, gastrointestinal sistem ve akciğer gibi organlarda primer ya da metastatik olarak saptanabildiği rapor edilmiştir. Ektopik gebelik nedeniyle metotreksat verilerek tedavi edilmeye çalışılan, ancak HCG düzeyi progressif artış gösteren 22 yaşındaki kadın hastada,

uygulanan videotorakoskopik akciğer nodül eksizyonu sonrası koryokarsinom tanısı konması üzerine olgu literatür eşliğinde değerlendirildi.

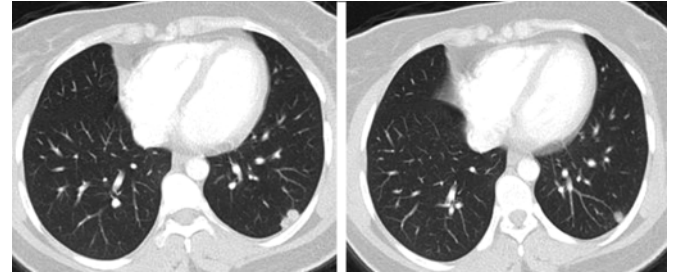
Anahtar Kelimeler: koryokarsinom, akciğer, metastaz

Patolojik Görünüm



Resim 1. Piyesin Patolojik Görünümü

Toraks BT



Resim 2. Toraks BT'de lezyonun görünümü

P-177

SENKRON KÜÇÜK HÜCRELİ AKCİĞER KARSİNOMU VE KARSİNOİD TÜMÖR BİRLİKTELİĞİ: BİR OLGU SUNUMU

Gürbüz Görümlü, Emrah Gezer, Mehmet Alakavuklar

Özel Kent Hastanesi

Giriş: Meme kanseri, over kanseri ve kolon kanseri gibi çeşitli tümörlerde ikinci primer tümör daha sıklıkla karşımıza çıkmakta olup, akciğer kanserinde bu durum nispeten daha nadirdir. Küçük hücreli akciğer kanseri tanısı alan ve tedavinin tamamlanmasının ardından, akciğer tümörlerinin %0.5-1'ini oluşturan karsinoid tümör tanısı alan olgumuz sunulmuştur.

Olgu: 61 yaşında daha önce hiç sigara kullanmamış olan hasta öksürük yakınması ile tetkik edilmiş. Akciğer grafisinde patoloji saptanması üzerine istenen toraks bilgisayarlı tomografisinde sağ üst lobta 4x5cm kitle, sağ alt lobta 1,5cm ikinci kitle lezyonu yanısıra mediastinel patolojik lenf bezleri saptanmış. Sağ üst lobtan elde edilen bronkoskopik biyopsi sonucu küçük hücreli akciğer karsinomu tanısı alan hastada sınırlı evre hastalık olarak kabul edilerek kemoterapi başlandı. 3 kür platin-etoposid tedavisi sonrası parsiyel yanıt elde edilirken, 6.kür sonrası kontrollerde tüm lezyonlar kaybolurken, sağ alt lobtaki 1,5cm nodülün sebat

ettiği izlendi. PET-CT de aktivite tutulumu izlenmeyen hastada göğüs cerrahisi tarafından wedge rezeksiyon uyulandı Patolojisi tipik karsinoid tümör olarak rapor edilen hastada postop lanreo-tid tedavisi başlandı. Küçük hücreli akciğer karsinomu tanısından itibaren 27. ayında hastalıksız izlemi devam etmekte olan hastamız senkron tümör birlikteliği sebebi ile sunuldu.

Anahtar Kelimeler: bronşial karsinoid, küçük hücreli akciğer karsinomu

P-178

ÇOKLU OPERASYON UYGULANAN DESMOİD TÜMÖR OLGUSU

Türkan Dübüş¹, Acar Aren²

¹*İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Bölümü, İstanbul*

²*İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul*

Giriş: Agresif fibromatozis (desmoid tümör) oldukça nadir görülen musküloaponevrotik dokulardan menşei alan bir tümördür. Yumuşak doku tümörlerinin %3' den azını, tüm tümörlerin yaklaşık %0.035' ini oluştururlar. Etyolojisi tam olarak bilinmemektedir. Tümör lokal olarak ilerleyerek çevre organlarda baskı etkisi yaratarak, ulaşmanın zor olduğu ve cerrahi rezeksiyonun mümkün olmadığı durumlarda ciddi morbidite ve mortaliteye sebep olabilmektedir (1,2).

Olgu: 37 yaşında bayan hasta, 1 Nisan 2009 tarihinde sağ göğüs ön duvarında kitle ile Göğüs Cerrahisi Kliniğine başvurdu.

Özgeçmişinde zor doğum öyküsü ve akraba evliliği, mevcuttu. Ayrıca Agresif fibromatozis tanılarıyla Genel Cerrahi Kliniği tarafından 27 Şubat 2003, 12 Nisan 2005 tarihlerinde batın ön duvarında farklı lokalizasyonlarda yerleşik kitle, 12 Ekim 2005 ' sağ memede kitle, 23 Temmuz 2007 sağ meme başı altında, sol batın üst kadranda kitle nedeniyle toplam 4 kez opere edilmiş olduğu öğrenildi.

Çekilen ToraksBT-MRI'da sağ göğüs ön duvarı meme altında lokalize, sağ intratorasik bölgeye uzanımlı sağ akciğer ve diafragma komşuluk gösteren 7x8x5 cm boyutlarında kitle tespit edildi. Tru cut biyopsi patoloji sonucu desmoid tümör olarak tanımlandı. Hasta 9 Nisan 2009 tarihinde operasyona alındı. Sağ meme parsiyel rezeksiyonu- sağ 4., 5., 6. kot parsiyel rezeksiyonu ile birlikte kitle total çıkarıldı. Göğüs duvarı rekonstrüksiyonunda dual mesh kullanıldı. Ameliyat sonrası sorun olmadı. Olgu 6. gün taburcu edildi. Patoloji sonucu cerrahi sınırlar negatif olup desmoid tümör olarak raporlandı.

10 Haziran 2010 tarihinde Toraks MRI'da sağ akciğer alt lob posteriora yakın intratorasik bölgede göğüs duvarında muhtemel plevral kaynaklı 3.5x2 cm boyutlarında kitle tespit edildi. Tanısal terapötik amaçlı sağ posterior mini torakotomi ile kitle parietal plevra ile birlikte komplet çıkarıldı. Frozen sonucu benign patoloji olarak raporlandı. Uzun dönem patolojik incele sonucu desmoid tümör olarak rapor edildi, cerrahi sınırlar negatif idi.

11 Temmuz 2013 tarihinde Toraks BT-MR'da sağ göğüs ön duvarı kas planları arasında 8x5 cm boyutlarında düzgün sınırlı nüks-rezidü kitle nedeniyle tekrar operasyona alındı. Göğüs duvarı rezeksiyonu yumuşak doku, parsiyel kot rezeksiyonu ile birlikte kitle komplet eksize edildi. Titanyum plak ve titanyum mesh ile göğüs duvarı rekonstrüksiyonu uygulandı. Hasta sorunsuz bir şekilde postop 7 gün taburcu edildi. Patoloji raporu cerrahi sınırlar negatif olup desmoid tümör olarak rapor edildi.

26 şubat 2014 tarihinde toraks MR'da sağ göğüs duvarı inferolateral kesimde karaciğer ve diafragma ile komşuluk gösteren 3 adet farklı longitudinal yerleşimli 3.5x1.5 cm, 3x1.5 cm ve 5x4 cm boyutlarında kitle imajları tespit edilerek hasta operasyona alındı. Her üç kitle geniş göğüs duvarı-batın duvarı-diafragma parsiyel rezeksiyonu ile komplet eksize edildi. Rekonstrüksiyonda dual mesh kullanıldı. Hasta operasyon sonrası 8. gün taburcu edildi. Patoloji sonucu desmoid tümör olarak raporlandı. Yine cerrahi sınırlar negatif idi. Hastanın tüm operasyonları sonrasında ilk 1- 2 gün yoğun bakımda takipleri sürdürüldü. Konsey kararları da mevcut hastaya radyoterapi önerildi. Ancak hasta tarafından reddedildi.

Hastanın genel durumu stabil olup poliklinik takipleri sürmektedir.

Sonuç: Desmoid Tümör yüksek rekürrens eğiliminde olması dolayısıyla ameliyat sonrası uzun dönemde mutlaka takibi yapılmalıdır. Takipte BT'den ziyade MRI ile görüntü önermekteyiz. Ayrıca desmoid tümörlerde cerrahi tedavi sonrası olası nüksün önlenmesi açısından radyoterapi, kemoterapi hormon tedavisi vb. diğer tedavi yöntemlerinin de uygulanması gerektiğini düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Desmoid tümör, Göğüs duvarı, Cerrahi tedavi

P-179

23 YILLIK BİR TÜMÖRE MİNİMAL İNVAZİV CERRAHİ YAKLAŞIM

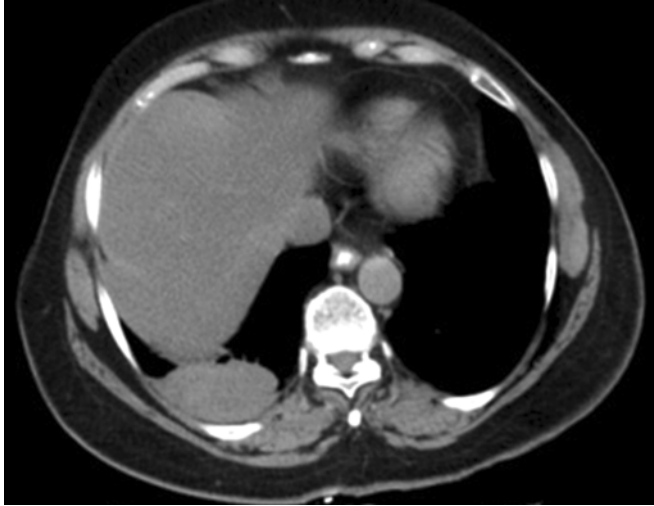
Serdar Evman, Serkan Bayram, Volkan Baysungur, İrfan Yalçınkaya

Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği, İstanbul

Plevranın fibröz tümörleri nadir görülen, yavaş büyüyen ve genellikle benign karakterli tümörlerdir. Yazımızda, video-yardımlı torakoskopik cerrahi (VATS) ile rezeke edilen ve aslında 23 yıllık bir geçmişi olduğu öğrenilen vaka sunulmaktadır. İki aydır mevcut olan öksürük ve nefes darlığı şikayeti ile tetkik edilen 72 yaşında kadın hastanın toraks BT'sinde 75x35 mm boyutlu, 25-35 HU yoğunlukta koleksiyon izlenmiş (yoğun içerikli lobüle sıvı koleksiyonu ?) (Resim 1). Diagnostik amaçlı torasentez girişimi ile örnek alınamaması üzerine hasta kliniğimize yönlendirilmiş. Detaylı anamnez sırasında bu lezyonun hastada 23 yıldır var olduğu, ile tespit edildiği 1991 yılından beri takip edildiği, büyüme olması üzerine biyopsi önerildiği ancak kabul edilmediği öğrenilmiştir. Hastaya tanı ve tedavi amacı ile video-yardımlı torakoskopik cerrahi (VATS) planlandı. Eksplozasyonda, sağ alt lob visceral plevrasından kaynaklanan sert kitle gözlemlendi (Resim 2). Lezyona uygun olarak karşı seviyesine yaklaşık 4 cm'lik bir çalışma portu insizyonu yapıldı. Etraf dokulardan serbestlenen büyük kitle, alt loba minimal bir wedge rezeksiyon da yapılarak total olarak eksize edildi (Resim 3). Postoperatif 3.günde sorunsuz şekilde taburcu edilen hastanın patoloji sonucu, proliferasyon indeksi %5-10 olan soliter fibröz tümör olarak raporlandı. Hasta halen, postoperatif 4. ayında asemptomatik olarak takip edilmektedir. Günümüzde her türlü göğüs cerrahisi ameliyatı için kullanılabilir olan VATS yaklaşımı, nadiren de olsa malignite ihtimali bulundurabilen plevranın soliter fibröz tümörlerinin tanı ve tedavisinde de güvenle kullanılabilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Fibröz tümör, Plevra, Video-yardımlı torakoskopik cerrahi

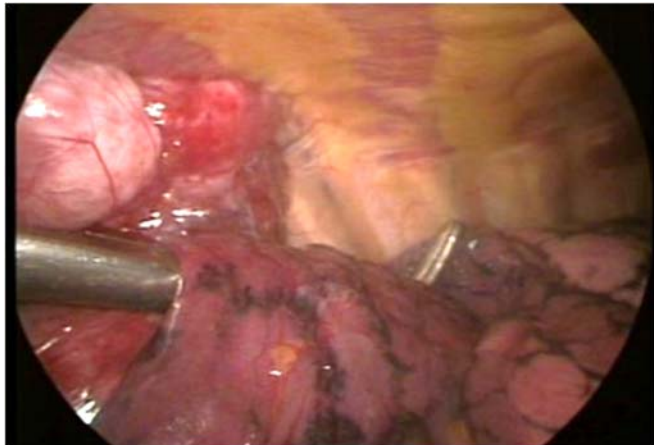
(VATS)



Resim 1



Resim 2



Resim 3

P-180

EVRE III KÜÇÜK HÜCRELİ DIŞI AKCİĞER KANSERİNDE PRİMER KEMORADYOTERAPİ SONRASI YANIT VEREN HASTALARDA CERRAHİNİN SAĞKALIMA KATKISI VAR MI?

Mehmet Beşiroğlu¹, Perran Fulden Yumuk¹, Sinan Koca¹, Hale Çağlar², Beste Atasoy³, Bedrettin Yıldızeli⁴, Hasan Batirel⁴, Ajlan Atasoy¹, Faysal Dane¹, Nazım Serdar Turhal¹

¹Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı, İstanbul

²Akadem Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyasyon Onkolojisi Anabilim Dalı, İstanbul

³Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyasyon Onkolojisi Anabilim Dalı, İstanbul

⁴Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, İstanbul

Giriş: Evre III KHDAK'de standart tedavi seçilmiş vakalarda uygulanan cerrahi dışında KRT'dir. KRT sonrası bir kısım hasta da progresyon, bir kısımda stabil hastalık gözlenirken bir kısım hastada da parsiyel regresyon saptanmaktadır. Primer KRT verilen hastaların genel sağkalımı ve KRT sonrası cerrahi uygulanmasının ek katkısı değerlendirilmiştir.

Yöntem: 2004-2013 tarihleri arasında Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı'nda tedavi edilip izlenen 60 histolojik olarak kanıtlanmış evre III KHDAK tanılı hastanın verileri geriye dönük incelenmiştir. Primer olarak KRT uygulanan, neoadjuvan KT sonrası KRT uygulanan, cerrahi sonrası KRT veya KT+RT uygulanan ve primer KRT sonrası cerrahi uygulanan hastalar değerlendirilmiştir. Hastaların medyan yaşı 57 (29-80), %90'ı erkek, %76'sında performans 0'dı. Histolojik olarak adenokarsinom %35, skuamöz hücreli kanser %41 oranındaydı. 34 hastaya eş zamanlı KRT uygulanmış, 8 hastaya neoadjuvan 2-4 kür kemoterapi sonrası KRT uygulanmış, 7 hastaya da primer KRT sonrası cerrahi uygulanmıştı.

Bulgular: Tüm hastaların medyan genel sağkalımı 25 ay (3-75) ve progresyonsuz sağkalımı ise 15 aydı (3-75). Adenokarsinom histolojisine sahip hasta grubunda genel sağkalım 26 ay (5-51) iken skuamöz hücre histolojisine sahip grupta 22 ay (3-75) saptandı. Primer KRT uygulanan 41 hastanın 8'inde CR, 18'inde PR, 4'ünde de tedavi altında PD gelişti. Primer KRT ve neoadjuvan KT sonrası KRT uygulanan grupta PFS sırasıyla 14 ay (3-67) ve 9 ay (6-13) iken genel sağkalım her iki grupta da 24 ay bulundu. Primer KRT sonrası parsiyel regresyon saptanıp cerrahi uygulanan 7 hastada PFS 25 ay (7-75), genel sağkalım ise 30 ay (12-75) olarak saptandı. 7 hastanın 2'si tanıdan 12 ve 17 ay sonra beyin metastazı nedeniyle kaybedilirken 1 hasta tanıdan 19 ay sonra gelişen beyin met nedeniyle RT almakta, 1 hasta tanıdan 29 ay sonra batin içi relaps nedeniyle tedavi almakta, diğer 3 hasta ise sorunsuz olarak takip edilmektedir.

Sonuç: Evre III KHDAK de standart tedavi primer KRT'dir. Primer KRT sonrası parsiyel regresyon saptanan hasta grubunda uygun olan hastalarda tedaviye cerrahinin eklenmesi ile genel sağkalım uzayabilmektedir. Bu konuda çalışmalar yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Akciğer Ca, Cerrahi, Kemoradyoterapi

P-181

UNIORTAL VATS AND POSTERIOR PRİMARY MEDİASTİNAL MYELOLİPOMA STRİNG-OF-PEARL-TYPE

Erkan Yıldırım

Istanbul Bilim Üniversitesi, Florence Nightingale Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, İstanbul

Myelolipoma is a rare benign tumor composed of bone marrow elements admixed in an adipose tissue neoplasm, which is usually discovered by pathologists incidentally at autopsy and, majorly occurs in the adrenal gland. Besides, mediastinal, perirenal, hepatic and gastric locations are extremely unusual.

We report a case of 83-year-old woman with symptoms of cough, chest pain and shortness of breath (increasing intensity lately) having capsulated string-of-pearl-type giant posterior mediastinal mass (7x5x2 cm on the right and 4x3x2 cm on the left connected to each other) with right-sided abundant pleural effusion. The mass was straightforwardly resected through a right uniportal VATS resection. Myelolipoma was diagnosed pathologically after surgical resection. The patient is uneventful at her 3rd month follow-up.

Anahtar Kelimeler: Lipoma, Myelolipoma, Uniportal VATS

Myelolipoma - Microscopy (x10)



Figure 1. A neoplastic lesion of mature adipocytes surrounded by a fine fibrotic capsule consisted of erythroid, granulocytic and megakaryocytic line elements.

Myelolipoma - Microscopy (x40)

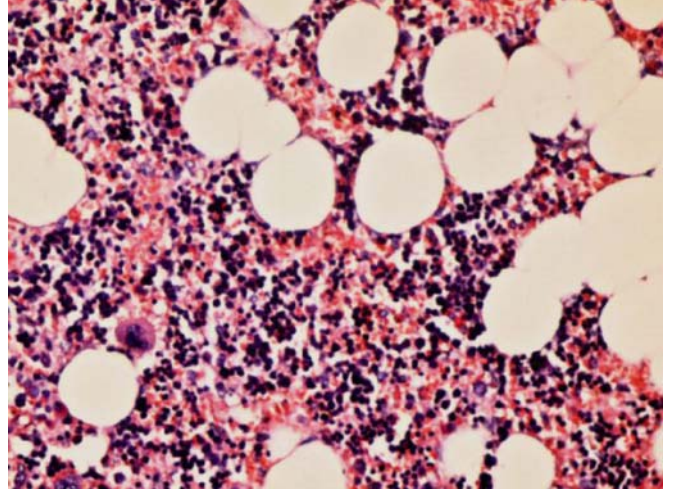


Figure 2. A neoplastic lesion of mature adipocytes surrounded by a fine fibrotic capsule consisted of erythroid, granulocytic and megakaryocytic line elements.

Myelolipoma - PET/CT

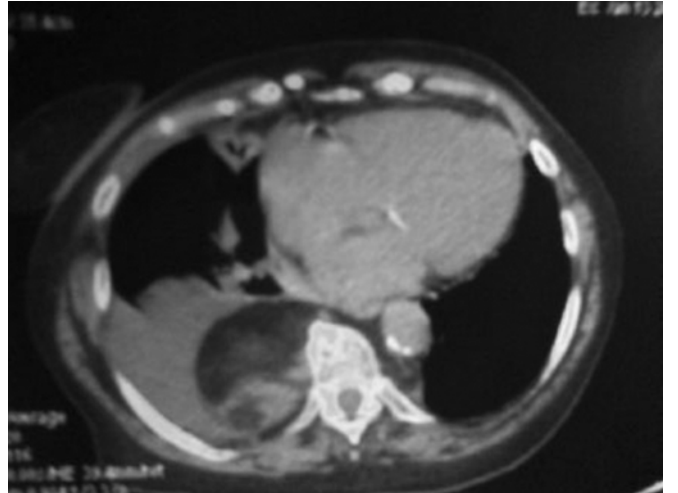


Figure 3. Bilateral lipomatoid giant mass lesion of pearl-of-string type manifestation and right-sided massive pleural effusion.

P-182

AKCİĞER KANSERİ BEYİN METASTAZI OLUP TÖM BEYİN RADYOTERAPİ VE TAKİBEN STEREOTAKTİK RADYOTERAPİ UYGULANAN HASTALARIMIZDA SAĞKALIM DEĞERLENDİRİLMESİ

Birhan Demirhan, Ferdi Aksaray, Senar Güneş, Ekin Ermiş, Menekşe Turna, Sedenay Oskeroğlu, Mustafa Yakup Büyükpolat, Tanju Berber, Sevil Kılıksız, Mustafa Ünsal

Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyasyon Onkolojisi Kliniği, İstanbul

Giriş: Bu çalışmanın amacı, akciğer kanseri bir veya daha fazla beyin metastazlarının tedavisinde tüm beyin radyoterapi (RT) ve takiben stereotaktik radyoterapi (SRT) uygulanmasından sonra sağkalım oranları değerlendirmektir.

Hastalar ve Yöntemler: Şubat 2011 ve Ocak 2014 tarihleri arasında akciğer kanseri beyin metastazı tanısı konup kliniğimizde tüm beyin radyoterapi ve takiben stereotaktik radyoterapi uygulanmış olan 18 hasta retrospektif olarak incelendi. Bu hastaların

tamamına önce tüm beyin RT ardından SRT uygulandı. 16 hasta-
da tüm beyin RT dozu 10x300 cGy, 1 hastada 13x300 cGy, 1 has-
tada ise 10x250 cGy olarak seçildi. Tüm beyin RT dozu 10x250
cGy olan hastada bu tedavi profilaktik beyin RT amacıyla uygula-
nırken diğer tüm hastalarda beyin metastazı varlığı tedavi sırasın-
da mevcuttu. Bu tedaviyi takiben tüm hastalara SRT uygulandı.

Klinik değerlendirme: İncelenen hastalar için ortalama yaş
55,9 yıl (45-69), ortalama takip süresi 12.6 ay (2 - 37) olarak
bulunurken bu hastaların tümüne tedavilerinin farklı aşamaların-
da kemoterapi uygulanmıştır. İki hasta küçük hücreli akciğer kan-
seri, kalan hastalar ise küçük hücreli dışı akciğer kanseri tanılıdır.
Hastalara akciğer kanseri tanısı konulma zamanı Haziran 2009 -
Haziran 2013 arasında değişmektedir. Altı hastaya beyin metastazı-
na yönelik total kitle rezeksiyonu yapılmıştır. Sekiz hastada bir,
dört hastada iki, iki hastada üç, bir hastada dört, bir hastada beş,
bir hastada altı ve bir hastada sekiz adet beyin metastazı bulundu.
Hastaların üçte birinde beyin dışı metastaz saptandı. SRT dozu
planlamasında kitle ya da kitlelerin toplam volümü, sayısı, kritik
organlar ile ilişkisi göz önüne alınarak hastaların 13'üne 22 Gy,
1'ine 20 Gy, 1'ine 20 - 22 Gy, 1'ine 18 - 20 Gy, 1'ine 14 - 18 Gy
ve 1'ine 5x5 Gy şeklinde SRT uygulandı. SRT için ortalama PTV
23.069 cc (1.993 - 150.308) olarak ölçülmüş olup tedavi planları
için konformalite indeksi(CI) 0.98 - 170.65, homojenite indeksi
(HI) 1.10 - 1.56, coverage (%) ise 88.8 - 100 arasında değişen
değerler halinde bulunmuştur. Uygulanan tedavilerden sonra beş
hasta exitus olmuştur. Dört hastada primer hastalık progresyonu,
bir hastada ise beyin metastazının sistemik komplikasyonlarının
varlığı exitus nedeni olarak kaydedilmiştir.

Sonuçlar: Kaplan Meier istatistiksel analiz yönteminin kulla-
nıldığı bu retrospektif incelemede %95 güven aralığında ortalama
sağkalım 1 yıllık %37, 2 yıllık %16 olarak bulundu. İncelemede
beyin metastazı gelişmesi ile exitus tarihi arasındaki zaman dilim-
leri değerlendirildiğinde 10,5 - 22,3 ay arasında değişen süreler
elde edildi.

Anahtar Kelimeler: stereotaktik radyoterapi, akciğer kanseri, beyin metastazı

Sağkalım tablosu

	Time	Status	Cumulative Proportion Surviving at the Time		N of Cumulative Events	N of Remaining Cases
			Estimate	Std. Error		
1	2,000	Life	.944	.054	1	17
2	5,000	Life	.889	.074	2	16
3	9,000	Life	.	.	3	15
4	9,000	Life	.778	.098	4	14
5	10,000	Life	.	.	5	13
6	10,000	Life	.687	.111	6	12
7	10,000	Ex	.	.	6	11
8	10,000	Ex	.	.	6	10
9	11,000	Life	.600	.118	7	9
10	11,000	Ex	.	.	7	8
11	12,000	Life	.	.	8	7
12	12,000	Life	.	.	9	6
13	12,000	Life	.375	.127	10	5
14	14,000	Life	.300	.121	11	4
15	14,000	Ex	.	.	11	3
16	14,000	Ex	.	.	11	2
17	26,000	Life	.150	.122	12	1
18	37,000	Life	.000	.000	13	0

Means and Medians for Survival Time

Mean ^a				Median			
Estimate	Std. Error	95% Confidence Interval		Estimate	Std. Error	95% Confidence Interval	
		Lower Bound	Upper Bound			Lower Bound	Upper Bound
16.433	3.000	10.554	22.312	12.000	.562	10.898	13.102

P-183

MEME KANSERLERİNİN PLEVRA METASTAZLARI

Şaban Ünsal, Serpil Sevinç, Rifat Özgür Bilen, Şeyda Örs Kaya

İzmir Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir

Amaç: Malign plevral effüzyonlar (MPE) göğüs hastalıkları
ve göğüs cerrahisi hekimlerince sıkça karşılaşılan klinik vakalar-
dır. Kadınlarda MPE 'ların en sık nedeni de meme kanserlerinin
plevral metastazlarıdır. Biz bu çalışmamızda meme malignitelere
sekonder gelişen malign plevral effüzyonlardaki plöredex sonuçla-
rımızı ve surviye katkısını araştırdık.

Gereç-Yöntem: Haziran 2006 - Mayıs 2012 tarihleri arasında
meme kanseri öyküsü olup, malign plevral effüzyon (MPE) tanısı
ile yatırılan 30 olgu retrospektif olarak incelendi.

Bulgular: Hastaların ortalama yaşı 52,1 (yaş aralığı 35-82)
olup, olguların tümü kadındır. Tedavi olarak tüp torakostomi ve
plöredex uygulandı. Hastaların ortalama yaşam süreleri 362.2 gün
olarak tespit edildi.

Sonuç: Plevral effüzyon gelişen meme kanserli olgularda
minimal invaziv bir yöntem olan tüp ya da kateter torakostomi
kullanılarak plöredex işleminin uygun olabileceğini düşünüyoruz.

Anahtar Kelimeler: malign plevral effüzyon, meme kanseri

P-184

İLERİ YAŞTA BOCHDALEC HERNİSİ:OLGU SUNUMU

Yasemin Büyükkarabacak, Ayşen Taslak Şengül, Selçuk Gürz,

Ahmet Başoğlu

Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Samsun

Giriş: Bochdalec hernileri konjenital diafragma hernilerinin
büyük kısmını oluşturur. Bu hastalarda semptomlar genellikle
yaşamın ilk yıllarında ciddi semptomlara yol açarken, nadiren
erişkin yaşa kadar asemptomatik kalır. Bu çalışmada 72 yaşında
bochdalec hernisi tanısı ile tedavi edilen hasta sunulmuştur.

Olgu: 72 yaşında erkek hasta 20 yıldır devam eden yemek son-
rasında şiddetlenen, nefes darlığı şikayeti ile kliniğimize başvurdu.
Hastanın özgeçmişinde KOAH tanısı ile yaklaşık 20 yıldır bron-
kodilatör tedavi aldığı öğrenildi. Toraks tomografisinde posterior
mediastende özefagial hiatus bölgesinde paraözefagial alanda
herni ile uyumlu yumuşak doku dansitesi izlendi. Diafragma her-
nisi tanısı ile eksplorasyona karar verildi. Sağ torakotomi il yapılan
eksplorasyonda toraksın posteriorunda, sağ alt lobu tama yakın
komprese eden, yaklaşık 20x15 cm çapında herni kesesi tespit
edildi. Herni kesesi açılarak kese içindeki mide ve kolon batına
redukte edildi. Posterior difragmatik alandaki defektin medialde
sol hemitoraksa uzandığı görüldü. Defekt tek tek 1 numara ipek
sütür kullanılarak kapatıldı. Postoperatif nefes darlığı şikayeti
gerileyen hastanın 1 ay içinde tüm bronkodilatör tedavisi kesildi.

Tartışma: Tüm konjenital diafragma patolojilerinde başlıca
semptom nefes darlığıdır. Bu sebeple takip ve tedavi edilen ve
özellikle semptomları yatar pozisyonunda ve gıda alımı sonrasında
artan hastalarda diafragma patolojileri araştırılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: bochdalec, diafragma, herni

P-185

İNTRALOBBER PULMONER SEKESTRASYON OLGUSUNA VİDEOTORAKOSKOPİK YAKLAŞIM

Koray Aydoğdu, Barış Hekimoğlu, Funda İncekara, Selma Mine Kara, Göktürk Fındık, Sadi Kaya

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

Giriş: Pulmoner sekestrasyonlar normal trakeobronşiyal ağaçla ilişkisi olmayan, kendi sistemik arteriyel kaynağı olan, anormal akciğer dokusundan oluşan konjenital lezyonlardır. Akciğerin konjenital malformasyonlarının %7'sini oluşturur. Akciğer sekestrasyonunun trakeobronşiyal ağaçla bronşiyal bir bağlantısı yoktur. Pulmoner sekestrasyonların intralober (İS) ve ekstralober (ES) olmak üzere iki alt grubu vardır. İS genellikle akciğerin alt loblarında görülmektedir. Intralober sekestrasyon (İS) akciğer parankimi içine gömülü iken, ekstralober sekestrasyon (ES) adeta ayrı bir lob gibi kendi visseral plevarası ile örtülüdür ve iki tipte de arteriyel kanlanma torasik veya abdominal aort ya da bunların herhangi bir dalından sağlanırken, venöz drenaj genellikle İS'de pulmoner venlere, ES'de ise azigos veya hemiazigos yoluyla sistemik venlere olmaktadır. İS'nin %60-70'i, ES'nin %90'ı sol hemitoraksta lokalizedir. Burada kistik bronşektazi zemininde rekürren pnomoni nedeniyle takip edilen ve videotorakoskopik lobektomi yöntemi ile opere edilen intralober pulmoner sekestrasyon olgusu sunuldu.

Olgu: Onsekiz yaşında erkek hasta rekürren pnomoni atakları nedeniyle dış merkezde takip edilmekteyken kliniğimize kistik bronşektazi ön tanısıyla cerrahi yaklaşım amaçlı yönlendirildi. Hastadan senede 4-5 defa tekrarlayan ve antibiyotik kullanımını gerektiren pnomoni öyküsü alındı. Sigara kullanımı öyküsü olmayan hastanın yapılan fizik muayenesinde sol alt zonda krepitan ralleri olduğu belirlendi. PA akciğer grafisinde sol alt zonda kistik genişlemeleri olan hastanın toraks BT'sinde sol akciğer alt lobda yaygın kistik bronşektazi alanları ve yer yer içerisinde hava-sıvı seviyelerinin görüldüğü parankimal harabiyet alanları tespit edildi. Hastanın bu Bulgularla intralober sekestrasyon olabileceği akıld tutularak videotorakoskopik yöntemle operasyonu planlandı. Hastaya sol lateral pozisyonunda videotorakoskopik yaklaşımla eksplorasyon uygulandı. Sol alt lob posterior-bazal segmentte yer yer kistik ve ektatik odaklar içeren parankim saptandı. İnferior pulmoner ligaman dikkatlice diseke edildi, torasik aortadan alt loba uzanarak posterior-bazal segmente giren yaklaşık 0.5 cm çaplı pulsatil vasküler yapı tespit edildi ve olgunun intralober sekestrasyon olduğuna karar verildi. Videotorakoskopik sol alt lobektomi operasyonu başarıyla uygulandı.

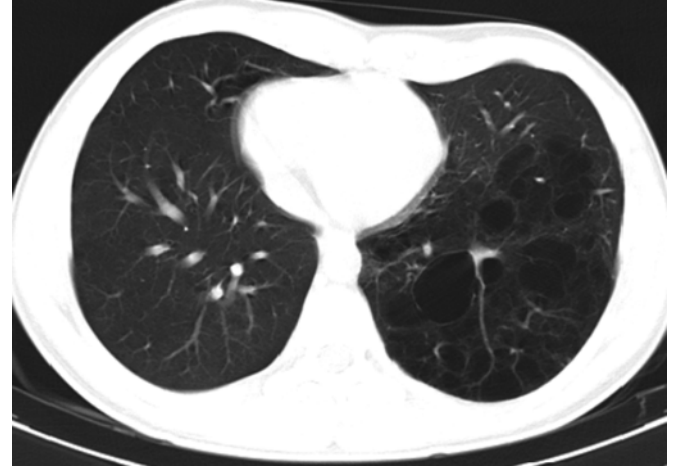
Operasyon materyalinin histopatolojik incelemesinde intralober sekestrasyon tanısı konuldu. Ameliyat sonrasında komplikasyon olmayan hasta sorunsuz olarak taburcu edildi.

Sonuç: Pulmoner sekestrasyonlar trakeobronşiyal ağaçla bağlantısı olmayan, aberran arterlerce kanlanan anormal akciğer dokusu kitleleridir. Genelde, olgumuzda saptandığına benzer şekilde İS alt loblara yerleşir ve semptomatiktir. Enfeksiyon gelişmesi halinde öksürük, ateş, pürülan balgam çıkarma gibi semptomlar ortaya çıkar.

Akciğer sekestrasyonlarında arteriyel kan akımı %74 torasik aortadan, %19 abdominal aortadan gelmekte, İS'de venöz dönüş genellikle pulmoner venlere olmaktadır. Olgumuzda sekestre dokunun torasik aortadan köken alan arterle kanlandığı ve venin

inferior pulmoner vene drene olduğu saptandı. Bronşektazi sebebiyle Videotorakoskopik lobektomiye yaklaşımda altta yatan bir pulmoner sekestrasyonun olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Diseksiyon sırasında arterin mutlaka ortaya konmasının önemli olduğunu düşünüyoruz. Özellikle abdominal aortadan arteriyel beslenen olgular, arter güdüğünün açılıp diafragma altına kaçması, kontrol edilmesi zor kanama nedeniyle en riskli olgulardır. Bizim olgumuzda torasik aortadan tek bir arter ile kanlanan, venöz drenajı inferior pulmoner vene olan sekestre doku videotorakoskopik lobektomi ile komplikasyonsuz olarak çıkartıldı.

Anahtar Kelimeler: Pulmoner sekestrasyon, rekürren pnomoni, videotorakoskopik lobektomi



Resim 1. Hastanın BT görüntüsü



Resim 2. Sekestrasyon arterinin diseksiyon sonrası görünümü



Resim 3. Sekestrasyon arterinin güdüğünün görünümü

P-186

TOTAL FARİNGOLARİNGOÖZOFAJEKTOMİ SONRASI ANASTOMOZ KAÇAĞINDA T TÜP İLE KONSERVATİF TEDAVİ

Yasemin Büyükkarabacak, Ayşen Taslak Şengül, Selçuk Gürz, Ahmet Başoğlu

Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Samsun

Giriş: Servikal özofagus kanserleri sıklıkla multifokal mukozal ve submukozal lenfatik yayılım gösteren ileri derecede agresif tümörlerdir. Total faringolaringo-özofajektomi ve gastrik pull-up en sık uygulanan tedavi seçeneğidir. Bu çalışmada servikal özofagus tümörü nedeniyle gastrik pull-up ve larenjektomi yapılan ve sonrasında anastomoz kaçağı nedeniyle T-tüp uygulaması ile tedavi edilen hasta sunulmuştur.

Olgu: 45 yaşında kadın hasta 3 ay önce katı gıdaları yerken ağrı ve yutma güçlüğü nedeniyle başvurdu. Tetkiklerde Özofagus üst uçta yaklaşık 4 cmlik segmentte alanda sınırları düzensiz, PET 'de SUVmax:21,6 olan tümöral kitle görüldü. Biyopsi sonucu epidermoid karsinom olarak raporlandı. Hastaya Total özofajektomi+Larenjektomi+Faringogastrostomi uygulandı. Postoperatif 11. Günde anastomoz kaçağı gelişti. Oral beslenme durduruldu. Servikal bölge tekrar explore edildi. Eksploresyonda anastomoz hattının ön duvarının açık olduğu görüldü. Dokular debride edildikten sonra anastomoz hattına 10 mm motgomery T tüp yerleştirildi. 1 adet NG tüp uygulanarak işlem sonlandırıldı. Postoperatif 3.günde Rejim 2 beslenmeye geçildi. 4 haftalık takip sonrasında T tüp çekildi. Anastomoz hattındaki defektin tama yakın kapandığı sadece anteriorde T tüpe ait defekt alanı olduğu görüldü. Defekt 3/0 vikril ile, cilt desteği kullanılarak, primer olarak kapatıldı. Postoperatif kademeli olarak su-rejim 1-2 başladı. Hasta T tüpün çekilmesinin 7. Gününde rejim 3 yumuşak vasıflı gıda alırken yutma güçlüğü skoru +1 olduğu halde taburcu edildi.

Tartışma: Servikal özofagus tümörlerinde Gastrik pull-up rekonstrüksiyon ve larenjektomi en efektif tedavi seçeneğidir. Anastomoz kaçağı ile karşılaşılan durumlarda T tüp drenaj yöntemi akılda bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: özofagus, T tüp

P-187

MULTİPL KOT FRAKTÜRLERİ OLAN KOMPLİKE GÖĞÜS TRAVMALI HASTALARDA KOT STABİLİZASYONU: BİR OLGU NEDENİYLE

Yasemin Büyükkarabacak, Ayşen Taslak Şengül, Selçuk Gürz, Ahmet Başoğlu

Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Samsun

Künt yada penetran toraks travmalarından sonra oluşan şiddetli derecede deplase multipl kot fraktürleri göğüs duvarında deformitelere ya da açık defektlere neden olabilir.

Vaka: 38 yaşında erkek hasta 8 saat önce üzerinden kamyon geçmesi sonrasında sol göğüs, omuz ve kolunda oluşan açık yara nedeniyle dış merkezde büyük damar yaralanmaları ve toraks duvarı defekti primer tamir edildikten sonra acil servisimize sevk edildi. Fizik muayenesinde, sol hemitoraks anetrosüperiorundan başlayıp sol omuz ve hemitoraksın lateralinde 8. interkostal

bölgeye kadar devam eden suture kesi, sol ön kolda açık ve parçalı kemik fraktürleri mevcuttu. Üst ekstremitte doplerde sol subklavian vende tromboz tespit edildi. Toraks tomografisinde sol 2-11. kotlarda ileri derecede deplase multipl fraktür ve toraks duvarı yumuşak dokuda kayıp tespit edildi. Hasta entübe edilip yoğun bakımda takibe alındı. Sol üst ekstremitede kompartman sendromu gelişti. 2. gününde toraks duvarı stabilizasyonunu sağlamak amacıyla cerrahi kot stabilizasyonu rekonstrüksiyon planlandı. Sol 3-4-5-6-7 ve 8. Kotlar ve ve klavikula kilitli düz kot stabilizasyon sistemleri kullanılarak stabilize edildi ve defekt alanı 15*10 cm lik goratex meshle desteklendi. Kas defekti primer sture edildikten sonra ciltte oluşan defekt serbest deri grefti ile kapatıldı. Toraks duvarı stabilizasyonu sağlanan ve yelken göğüs tablosu düzelen hastanın PO3. gününde GT çekildi. Kontrol akciğer grafilerinde ek sorun tespit edilmedi. PO4. günde ateşleri yükseldi. Yoğun destek ve antibiyotik tedavisine rağmen septik tablosu giderek ağırlaşan hasta postoperatif 12. günde MODS nedeniyle kaybedildi.

Tartışma: Yelken göğüs kliniğinin eşlik ettiği multipl kot fraktürlü hastalarda eşlik eden yandaş travmalar ve/veya yumuşak doku kayıpları mortalite ve morbiditeyi yükseltir.

Anahtar Kelimeler: kot fraktürü, stabilizasyon

P-188

İLGİNÇ ÖZOFAGUS YABANCI CİSİMLERİ

Yasemin Büyükkarabacak, Ayşen Taslak Şengül, Zeynep Pelin Sürücü, Ahmet Başoğlu

Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Samsun

Amaç: Kliniğimizde ilginç özofagus yabancı cisimleri nedeniyle tedavi edilen 6 olgunun sunulması amaçlanmıştır.

Materyal-Metod: 2000-2014 yılları arasında kliniğimizde özofagus yabancı cisimleri nedeniyle 220 olgu tedavi edildi. Bu olgular arasından 6'sı ilginç olması sebebiyle yaş,cins,radyolojik ve klinik özellikleri ve tedavi yöntemleri açısından değerlendirildi.

Sonuçlar: Hastaların tamamı erkekti. Yaş ortalaması 38 di. Hastaların 3'ü diş protezi, biri ıslak mendil, biri şişe kapağı, biri taş yutma nedeniyle acil servise başvurdular. Yabancı cisimler 2 hastada torasik özofagusta 2. Darlık, kalanında servikal özofagus birinci darlık seviyesindeydi. Hastaların tamamında yabancı cisimler rijit özofagoskopi ile çıkarıldı. Mortalite 0; morbidite 0. Hastalar ortalama 3.günde rejim 3 yumuşak vasıflı gıda önerisi ile taburcu edildiler.

Tartışma: Özellikle ileri yaşta ve / veya mental retarde hastalarda özellikle diş protezlerinin yutulması özofagus perforasyona kadar gidebilen ciddi sonuçlara yol açabilir. Bu nedenle bu cisimler endoskopik olarak çıkarılırken dikkatli olunmalı, gerekli olduğu takdirde cerrahi eksizyon düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: ilginç, özofagus

P-189

KÜÇÜK HÜCRELİ DIŞI AKCİĞER KARSİNOMLU HASTALARDA SUVMAX DEĞERİ İLE TÜMÖR BOYUTU VE PATOLOJİK GRADE ARASINDAKİ İLİŞKİ

Yasemin Büyükkarabacak, Ayşen Taslak Şengül, Burçin Çelik, Zeynep Pelin Sürücü, Gökhan Pirzirenli, Tuğba Apaydın, Ahmet Başoğlu
Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Samsun

Giriş: KHDAK nedeniyle ameliyat edilen hastalarda, PET-CT deki SUVmax değerleri ile patolojik grade ve tümör boyutu arasındaki ilişkinin retrospektif olarak değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Materyal-Metod: Ocak 2010 ile aralık 2013 arasında KHDAK nedeniyle rezeksiyon uygulanan 94 hasta retrospektif olarak incelendi. Hastalar tümör tipleri, kitle boyutu ve patolojik grade ile PET CT' deki Suv max değerleri arasındaki ilişkiye göre değerlendirildi. Hastaların tamamına evreleme amaçlı olarak Toraks tomografi, kranial MR, PET CT çekti. Hastaların verilerinin istatistiksel analizi spearman korelasyon analizi ile yapıldı.

Sonuçlar: Patolojik tanı 54 hastada epidermoid ca, 40 hastada adenoca olarak rapor edildi.

Epidermoid ca lı ve adeno ca lı hastalar kendi içinde patolojik gradeleri ve SUVmax değerleri ayrı ayrı değerlendirildi. (Tablo 1)

Epidermoid karsinomlu hastalarda, grade ile suvmax değeri arasındaki ilişkiye bakıldığında patolojik grade arttıkça suvmax değerinde anlamlı artış izlenmedi ($p > 0,05$) Ancak FDG tutulumu ile tümör boyutu arasında ise güçlü pozitif ilişki saptandı. ($r=0,55$ $p < 0,001$).

Adenoca lı hastalarda ise suvmax değeri ile değerlendirilen tüm değişkenler arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Tartışma: Adeno karsinomlu hastalarda PET CT deki Suv max değeri ile grade ve tümör boyutu arasında anlamlı bir korelasyon olmamakla birlikte, epidermoid karsinomlu hastalarda tümör boyutu arttıkça Suv max değeri de orantılı olarak yükselir.

Anahtar Kelimeler: grade, kanser, tip

Tablo 1. Patolojik tipler ve grade

Pataoloji -grade	N	%
Epidermoid karsinom	54	57,44
Grade 1	4	7,4
Grade 2	31	57,4
Grade 3	19	35,18
Adeno kanser	40	42,55
Grade 1	13	32,5
Grade 2	17	42,5
Grade 3	10	25

Tablo 2. Epidermoid karsinomlu hastalarda tümör boyutu ile ortalama Suv max değerleri

Tümör boyutu	N	Suv max
0-3 cm	17	8,9 (0-12,7)
3-6 cm	29	11,6 (0-25)
>6 cm	8	14,9 (9,5-20,7)

Tablo 3. Adeno karsinomlu hastalarda tümör boyutu ile ortalama Suv max değerleri

Tümör boyutu	N	Suvmax
0-3 cm	24	13,4(1,2-15,3)
3-6 cm	14	10,7(5-19,9)
>6 cm	2	22 (12-32)

P-190

KONSERVATİF TEDAVİ VE CERRAHİ STABİLİZASYON UYGULANAN YELKEN GÖĞÜSLÜ HASTALARDA AKCİĞER HACİM DEĞİŞİKLİKLERİ: STEOROLOJİK ÇALIŞMA

Yasemin Büyükkarabacak¹, Ayşen Taslak Şengül¹, Bilal Şengül², Zeynep Pelin Sürücü¹, Selçuk Gürz¹, Gökhan Pirzirenli¹, Tuğba Apaydın¹, Ahmet Başoğlu¹

¹Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Samsun

²Samsun Göğüs Hastalıkları Hastanesi, Samsun

Amaç: Bu çalışmada yelken göğüs nedeniyle internal stabilizasyon ve cerrahi stabilizasyon yapılarak tedavi edilmiş hastaların akciğer hacimleri üzerinde oluşan değişikliklerin steorolojik olarak değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Materyal-Metod: 2011-2013 yılları arasında yelken göğüs nedeniyle takip ve tedavi edilen hastalar prospektif olarak incelendi. Bütün hastalara preoperatif akciğer grafisi ve bilgisayarlı toraks tomografisi ve 3 boyutlu toraks görüntülemesi yapıldı ve yoğun bakımda multidisipliner olarak takibe alındı. Hastalar iki gruba ayrıldı. Stabilizasyon, hipoksi nedeniyle ekstübe edilemeyen, ve/veya ağrı nedeniyle efektif solunum işi ve bronşial temizlik yapamayan ve/veya başka bir nedenle torakotomi yapılan hastalarda uygulandı. Diğer hastalar konservatif olarak tedavi edildi. Her iki grup hastada da başvuru anında ve 1 ay sonra çekilen toraks tomografi görüntüleri üzerinden akciğerde meydana gelen hacim değişiklikleri steorolojik olarak değerlendirildi.

Sonuçlar: Hastaların 28'i erkek, 2'si kadındı. Yaş ortalaması 56,5 (41-72) di. 10 hasta konservatif olarak tedavi edilen, 10 hasta cerrahi stabilizasyon uygulanan gruptaydı. Stabilizasyon uygulanan grupta preopereatif toraks tomografileri üzerinden ölçülen akciğer hacim değerleri ortalama 3595,5 iken, postoperatif 1. ayda bu oran 4822,3'e yükseldi. Konservatif tedavi edile hasta grubunda ise bu oranlar tedavi öncesi 4000,3 ml iken 1 ay sonra 4501,2 ml'ye yükseldi. Cerrahi stabilizasyon grubunda postoperatif akciğer hacim artışı konservatif gruptan %25 oranda daha yüksek tespit edildi.

Tartışma: Cerrahi olarak kot stabilizasyonları sonrasında, artan toraks duvarı hacminin etkisi ile akciğer hacimlerinin artması tedavinin en önemli avantajıdır.

Anahtar Kelimeler: stabilizasyon, steoroloji

P-191

STERNUM FRAKTÜRÜ NEDENİYLE GELİŞEN PSÖDOARTROZDA KİLİTLİ METALİK STABİLİZATÖRLER İLE TEDAVİ: OLGU SUNUMU

Yasemin Büyükkarabacak, Ahmet Başoğlu, Ayşen Taslak Şengül, Gökhan Pirzirenli

Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Samsun

Giriş: Künt göğüs travmalarının %3-8'inde sternum fraktürü görülür. Emniyet kemeri kullanımının zorunlu hale getirilmesiyle sternum fraktürü görülme sıklığı son yıllarda artmıştır. Bu çalışmada 6 yıl önce oluşan deplase sternum fraktürü nedeniyle manibrium sternide psödoartroz gelişen ve kilitli metalik stabilizatörler ile tedavi edilen hasta sunulmuştur.

Olgu: 38 yaşında erkek hasta 2008 yılında geçirdiği trafik kazası sonrasında göğüs ön duvarında ağrı ve şekil bozukluğu nedeniyle başvurdu. Direkt ve 3 boyutlu toraks görüntülemelerinde corpus sternide deplase fraktür ve yeni eklem oluşumu tespit edildi. Vizuel ağrı skalasına göre ağrı seviyesi 8 olarak değerlendirildi. Bu sonuçlarla hastaya sternum stabilizasyonu yapılmasına karar verildi. Eksplozasyonda corpus sterni proksimalde deplase fraktür hattı tespit edildi. Fraktür hattı nedeniyle corpus ile manibrium arasında yeni bir eklem oluştuğu ve eklem aralığına çevre yumuşak dokunun sıkıştığı görüldü. Yeni oluşan eklem hattı ayrıldıktan sonra aradaki tüm dokular eksize edildi. Korpus ve manibrium sterni olabildiği kadar redükte edildikten sonra, fraktür hattı 2 adet düz 8 delikli kilitli stabilizatör ile fiks edildi. Postoperatif 4. Günde vizuel ağrı skorlaması 2 olduğu halde taburcu edildi.

Tartışma: Strenum fraktürlerinde erken dönemde en sık stabilizasyon endikasyonu yelken göğüse neden olan ve mekanik ventilasyon gerektiren solunum yetmezliğidir. Geç dönemde ise, deplase kırık hattının oluşturduğu kötü görünüm ve ağrı en sık cerrahi endikasyondur.

Anahtar Kelimeler: sternum, stabilizasyon

P-192

ÖZOFAGUS STRİKTÜRLERİNDE DİLATASYON UYGULAMALARI

Yasemin Büyükkarabacak, Ayşen Taslak Şengül, Burçin Çelik, Gökhan Pirzirenli, Zeynep Pelin Sürücü, Selçuk Gürz, Tuğba Apaydın, Ahmet Başoğlu

Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Samsun

Buji ile dilatasyon yöntemi özofagus striktürlerinde etkin olup genellikle ilk aşamada uygulanmaktadır. Bu çalışmada kliniğimizde çeşitli nedenlerle özofajiyal striktür gelişen ve dilatasyon uygulanan hastaların sunulması amaçlanmıştır.

Materyal-Metod: Kliğimizde 2007 ile 2013 yılları arasında özofagusta darlık nedeniyle multipl dilatasyon uygulanan 13 hasta retrospektif olarak incelendi. Hastalar yaş, cins, etyoloji, semptomları, dilatasyon sayıları ve dilatasyonlar arasında geçen süre, komplikasyonlar ve disfaji skorlarına göre değerlendirildi. Tüm hastalara işlem öncesinde boyun- toraks tomografisi, özofagus pasaj grafisi çektilirdi.

Sonuçlar: Hastaların 5'i kadın 8'i erkekti. Ortalama yaş 55(22 – 76)dı. Striktür, 4 hastada RT'ye sekonder, 9 hastada özofagus

rezeksiyonu sonrası anastomoz hattında tespit edildi. Hastaların tamamında ana semptom yutma güçlüğüydü.

Hastaların 8 'inde darlık servikal, kalanında torakal özofagus-ta idi. Hastalarda Ortalama 4,4 kez (1-12) dilatasyon uygulandı. Hastaların tamamına buji dilatasyon uygulandı.

10 hastada yapılan dilatasyonlar hastalar yutma güçlüğü ile başvurduğunda gerçekleştirildi. 3 hastada disfaji sebebiyle yapılan ilk dilatasyondan sonra 1'er hafta ara ile disfaji gelişmeden 3 kez endoskopi ve dilatasyon uygulandı.7 hastada dilatasyonlar sonrasında efektif sonuç alınmadığından stent uygulanırken 1 hastaya bronkoözofageal fistül nedeniyle sol ana bronşa stent takıldı. Larenks CA'lı 1 hastada dilatasyon sonrası pnömotoraks gelişti. Sık aralıklar ile, semptomlar beklenmeden, dilatasyon yapılan hastalarda komplikasyon gelişmedi.

Tartışma: Özofagus darlıklarının tedavisinde hastaların semptomları beklenmeksizin yapılan sık aralıklı dilatasyonlar daha güvenli ve efektif sonuçlar alınmasına katkıda bulunur.

Anahtar Kelimeler: dilatasyon, özofagus

P-193

PLEVRAL EFFÜZYONLARDA VATS'IN YERİ

Yasemin Büyükkarabacak, Ayşen Taslak Şengül, Burçin Çelik, Zeynep Pelin Sürücü, Gökhan Pirzirenli, Selçuk Gürz, Ahmet Başoğlu

Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Samsun

Amaç: Bu çalışmada plevral efüzyonlu olguların tanı ve tedavilerinde videotorakoskopinin değerinin araştırılması amaçlandı.

Materyal-Metod: Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı'nda 2011-2014 tarihleri arasında plevral efüzyon nedeniyle tanı ve/veya tedavi amacıyla video yardımcı göğüs cerrahisi (VATS) yapılan 52 olgu retrospektif olarak incelendi. Hastalar yaş, cinsiyet, etyoloji, semptomlar, plevral sıvının sitolojik özellikleri, torakoskopik ekplorasyon ve plevra biyopsi sonuçları açısından değerlendirildi. Hastaların tamamına toraks tomografisi çektilirdi. Plevra sıvı özellikleri torasentez ile değerlendirildi. Hastaların 43'üne genel anestezi ile tek akciğer ventilasyonu uygulanırken, 2' sine lokal anestezi altında medikal torakoskopi yapıldı.

Bulgular: Olguların 30'u erkek, 22'si kadın, ortalama yaş 47.1(24-74) idi. En baskın semptomlar nefes darlığı, göğüs ağrısı ve öksürüktü. Plevra sıvı 1 hastada transüda vasfında iken, diğer hastalarda eksudatif vasıflıydı. Ettyolojide plevral efüzyona, 11 hastada intraparankimal nodül, 6 hastada plevral nodül, 2 hastada pürülan vasıflı mai, 4 hastada metastatik hastalık (2 hasta meme ca, 1 hasta rektum ca, 1 hasta kemik tümörü) eşlik ediyordu. 29 hastada sadece plevral efüzyon tespit edildi. histopatolojik inceleme sonuçları olguların, 29 'unda plörit, 3'ünde tüberküloz, 20'sine malignite pozitif olarak değerlendirildi. Malignite pozitif olarak değerlendirilen tüm hastalarda torakoskopi öncesi mayinin sitolojik incelemesi malignite negatifti. Bu hastaların 8'inde körleme yapılan plevra biyopsi sonucu malignite negatif olarak değerlendirilmişti. Hastaların hiçbirinde işleme bağlı mortalite ve morbidite gelişmedi.

Tartışma: Plevral efüzyonlu olgularda tanı ve palyatif tedavilerinde VATS güvenli ve başarı oranı yüksek efektif bir yöntemdir.

Anahtar Kelimeler: plevra, VATS

P-194

ADENOKANSER ALT TİPİNE SAHİP 210 AKCİĞER KANSERLİ HASTADA GENEL SAĞKALIM ÜZERİNE ETKİLİ OLABİLECEK PARAMETRELER

Şener Cihan¹, Nalan Akgül Babacan², Hatice Odabaş³, Nurgül Yaşar¹, Serkan Keskin¹, Cumhuri Demir¹

¹Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Onkoloji Kliniği, İstanbul

²Marmara Üniversitesi, Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı, İstanbul

³Kartal Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Onkoloji Kliniği, İstanbul

Giriş: Küçük hücreli dışı akciğer kanseri (KHDAK) yassı hücreli karsinom, adenokarsinom, büyük hücreli karsinom ve diğerleri olmak üzere patolojik alt sınıflara ayrılmaktadır. Adenokarsinom batılı ülkelerde ilk sırada görülmekteyken, ülkemizde yassı hücreli karsinomdan sonra 2. sırada görülmektedir. Günümüzde artık akciğer kanserinin tedavisinde histopatolojik tanıya göre tedavi planları yapılmaktadır. Adenokanser alt tipinde özellikle hedefe yönelik tedaviler noktasında önemli gelişmeler yaşanmaktadır. Hedefe yönelik tedavilerdeki ilerlemelere rağmen akciğer kanseri tedavisinde kemoterapinin yeri hala önemini korumaktadır. Biz bu çalışmamızda hedefe yönelik tedavi almamış, exitus olmuş 210 hastada genel sağkalım üzerine etkili olabilecek faktörleri incelemek istedik.

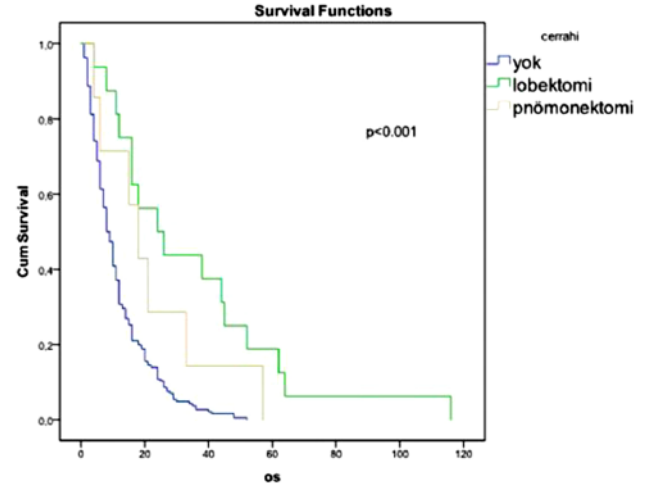
Yöntem: 2006-2011 yılları arasında takipleri exitus ile sonuçlanmış olan 210 hastanın dosyaları retrospektif olarak incelendi. Takip dışı kalmış hastaların ölüm tarihleri Ölüm Bildirim Sistemi üzerinden tespit edildi. Genel sağkalım anazlizi Kaplan-Meier yöntemi ve sağkalımı etkileyen faktörler Ki-kare testi kullanılarak belirlendi.

Bulgular: Hastaların medyan yaşı 58 (28-85) idi. Erkek hasta sayısı 161 (%76.7) idi. Cerrahi uygulanan hasta sayısı 24 (%11.4) idi ve bu hastalardan 7 si (%29.2) pnömonektomi 16'sı (%66.7) lobektomi ve 1 hasta da (%4.1) wedge rezekriyon geçirmişti. Evre IV hastalık 129 (%61.4) hastada tespit edilmişken evre I hastalık sadece 7 (%3.3) hastada tespit edildi. 66 (%31.4) hastada beyin metastazı vardı. Beyin metastektomi yapılan hasta sayısı sadece 9 (%4.3) idi. Metastatik hastalardan 91'i (%70.5) kmoterapi almıştı. Metastatik 2. basamakta kemoterapi alabilen hasta sayısı ise 27 (%57.5) idi. Adjuvan ve lokal ileri hastalıkta kemoterapi alan hasta sayısı 57 (%68.4) idi. Medyan genel sağkalım 10 ay olarak hesaplandı. Bir, 3 ve 5 yıllık genel sağkalım oranları sırası ile %35, %7 ve %1 olarak hesaplandı. Genel sağkalımı etkileyen ve istatistiksel olarak güçlü bulunan parametreler cerrahi yapılmış olmak ($p<0.001$) (Resim 1.), tanıda Hb değerinin $<10\text{mg/dl}$ olması ($p<0.001$), evre ($p<0.001$) (Resim 2), beyin metastazı olması ($p=0.008$), metastatik süreçte kemoterapi kullanmış olmak ($p<0.001$) (Resim 3), metastatik 2. basamakta kemoterapi kullanmış olmak ($p<0.001$), metastatik 2. basamakta taksanlı kemoterapi kullanmış olmak ($p=0.017$) ve kemoterapi kür sayısının 4 ve üzerinde olması ($p=0.022$) olarak bulundu. Adjuvan ve lokal ileri hastalıkta uygulanan kemoterapi ve/veya radyoterapinin genel sağkalıma istatistiksel olarak anlamlı bir katkısı gösterilemedi.

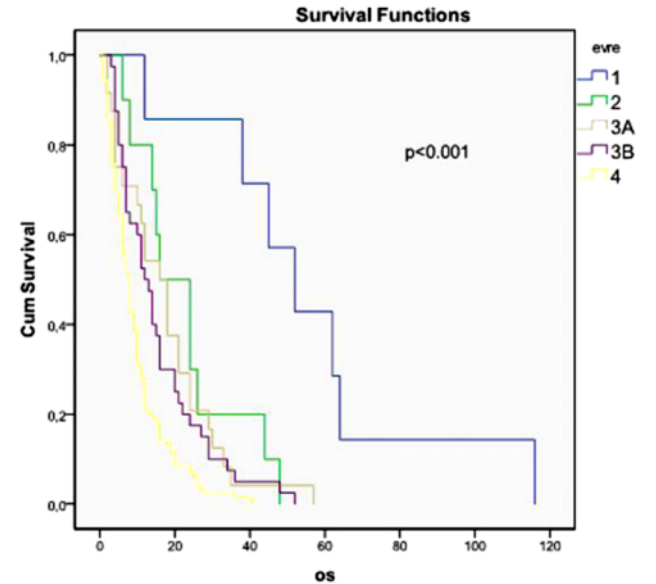
Tartışma: Günümüz tedavi imkanlarında KHDAK hastalarında patolojik alt tiplere önemlidir. Akciğer adenokanserleri tedavi algoritmasındaki gelişmeler doğrultusunda giderek daha da önem kazanmaktadır. Çalışmamızda metastatik hastaların kemoterapiden oldukça fayda gördüğü bulunmuştur. Performans

durumu iyi olan hastalarda kemoterapide ısrarlı olunmalıdır. Metastatik birinci basamakta herhangi kemoterapi rejiminin bir diğerine üstünlüğü yokken, 2ç. Basamakta taksanlı rejimler daha üstün gibi görünmektedir. Bu bulgu tedavi sıralamasında önemli olabilir. Beyin metastazı, performansı yansıtan hemoglobin düşüklüğü ve evre kötü prognostik kriterlerdir. Bu Bulgulara sahip hastalar ayrı kategoride değerlendirilebilir. Çalışmamızın zayıf tarafı retrospektif olmasıdır. Elde edilen veriler prospektif çalışmalarla güçlendirilmelidir.

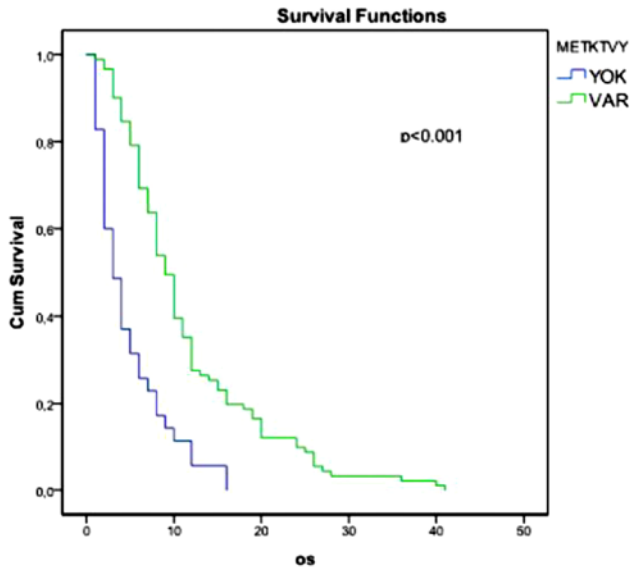
Anahtar Kelimeler: Akciğer kanseri, adenokanser, sağkalım



Resim 1. Cerrahi uygulanması ve genel sağkalım eğrisi



Resim 2. Hastalık evresi ve genel sağkalım eğrisi



Resim 3. Metastatik hastalıkta kemoterapi kullanımı ve genel sağkalım eğrisi

P-195

PULMONER ASPERGİLLOMA HASTALARINDA TANI VE TEDAVİDE KLİNİK DENEYİMLERİMİZ

Burçin Çelik, Yasemin Bilgin Büyükkarabacak, Ayşen Taslak Şengül, Mehmet Gökhan Pirzireni, Zeynep Pelin Sürücü, Ahmet Başoğlu
Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Samsun

Amaç: Bu çalışmada pulmoner aspergilloma tanısı alıp cerrahi tedavi uygulanan hastaları literatür bilgileri eşliğinde sunmak amaçlandı.

Metod: 2003-2014 tarihleri arasında kliniğimizde pulmoner aspergilloma tanısı ile cerrahi tedavi uygulanan 9 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastalar yaş, cinsiyet, klinik şikayet, etiyoloji, preoperatif değerlendirme, fungus topu varlığı, uygulanan cerrahi, yatış süresi ve morbidite açısından değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 9 hastanın yaş ortalaması 55 (33-74) yıl olup hastaların 7'si erkek (%78), 2'si kadındı (%22). Hastaların hepsinde ortak klinik şikayet hemoptizi olup 4 hasta hemoptizi kronikti. Hastaların 3'ünde geçirilmiş tüberküloz ve birinde sarkoidozis öyküsü mevcuttu. Hastaların tamamında kaviter lezyon mevcuttu ve kavite boyutları en büyüğü 6x7 cm en küçüğü 2x2 cm idi. Olguların 4'ünde fungus topu preoperatif olarak izlendi. İki hastaya malignite şüphesi nedeniyle eksplorasyon uygulandı. Hastaların 5'ine (%55) sağ üst lobektomi, 3'üne (%33) sol üst lobektomi, 1'ine (%11) ise sağ alt lobektomi uygulandı. En sık görülen komplikasyon 5 hasta ile uzamış hava kaçağı olurken, postoperatif invaziv aspergilloz tanısı konulan bir hastada ampiyem gelişti. Bu hasta daha sonra sepsis nedeniyle kaybedildi.

Sonuç: Pulmoner aspergillomada en sık semptom hemoptizidir ve bu genellikle kroniktir. Radyolojik görüntüleme yöntemleri her zaman yardımcı olamamakla birlikte malignite şüphesi olan olgularda eksplorasyon gerekebilmektedir.

Anahtar Kelimeler: aspergilloma, akciğer, cerrahi tedavi

P-196

EVRE 3B KÜÇÜK HÜCRELİ DIŞI AKCİĞER KANSERİ TANISI ALMIŞ HASTALARIMIZDA SAĞKALIMI ETKİLEYEN FAKTÖRLER: TEK MERKEZ DENEYİMİ

Nurgül Yaşar¹, Şener Cihan¹, Serkan Keskin¹, Cumhuriyet Demir¹, Ferdi Aksaray², Fuat Yaman², Yakup Büyükoğlu², Tanju Berber²

¹S.B. Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Onkoloji Kliniği, İstanbul

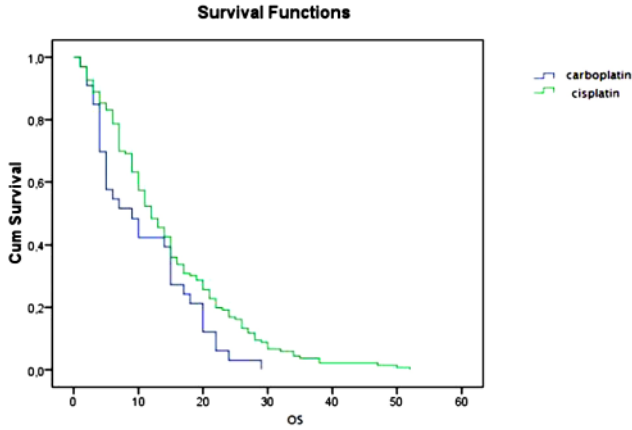
²S.B. Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyasyon Onkolojisi Kliniği, İstanbul

Giriş: Akciğer kanseri tüm dünyada yıllık 1,4 milyon ölüm oranı ile kansere bağlı ölümlerin en sık nedenidir ve akciğer kanserlerinin %85'i küçük hücreli dışı akciğer kanseri (KHDAK)'dır. Bu nedenle akciğer kanserinde sağkalım üzerine etki eden faktörler önem kazanmaktadır. Biz de bu çalışmamızda, in-operabl evre 3B hastalıkta sağkalımı etkileyen faktörleri araştırdık.

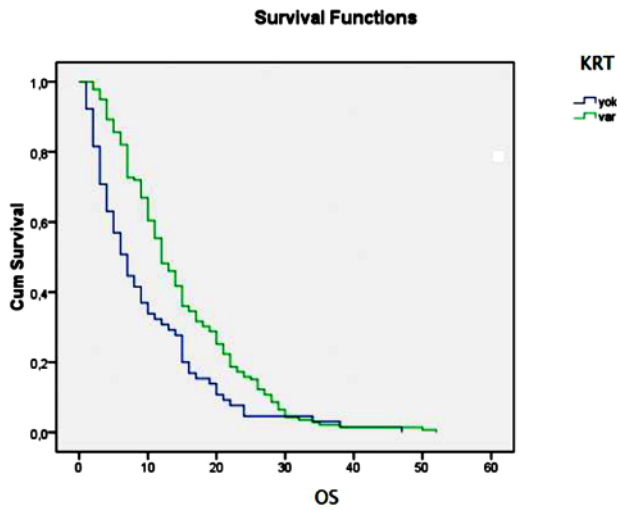
Gereç-Yöntem: 2006-2012 yılları arasında KHDAK tanısı alan, S.B. Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Onkoloji Kliniği'nde izlenen ve evre 3B olarak evrelenen 204 hasta çalışmaya alındı. Hastaların yaşı, cinsiyeti, performans durumu (PS), sigara içme öyküsü, histopatolojik alt tip, takip süresi, aldığı tedaviler hasta dosyalarından kaydedildi ve bu parametrelerin sağkalım üzerine etkileri araştırıldı.

Bulgular: Median izlem süresi 12 (1-52) ay, median yaş 62 (35-84) yıl olarak bulundu. 21 (%10) hasta kadın, 183 (%90) hasta erkekti. 138 (%68) hasta < 65 yaş, 66 hasta ise ≥ 65 yaş (%32) idi. Hastaların %94'ünde sigara içme öyküsü vardı ve %83 hastada PS 0-2 idi. 119 hasta (%58) skuamöz hücreli karsinom, 41 (%20) hasta adenokarsinom tanısı alırken, 44 (%22) hastada ise alt tiplendirme yapılamamıştı. Hastaların %68'i kemoradyoterapi (KRT) almıştı. Median progresyonsuz sağkalım (PFS) 7 ay (SE:6; %95 CI: 1-34), median genel sağkalım (OS) ise 11 ay (SE:9; %95 CI: 1-52) olarak bulundu. Tek değişkenli analizde, kadınlarda median OS 15 ay, erkeklerde ise 11 ay (p=0,069), < 65 yaş hastalarda median OS 12 ay, ≥ 65 yaş hastalarda ise 9 ay (p=0,065) olarak bulundu. KRT alan hastalarda median OS 12 ay, almayanlarda ise 7 aydı (p=0,001). Hastaların %83'ü kemoterapi (KT) almış olup, median 3 kür KT almışlardı ve sadece %27 hasta progresyonda 2. seri KT almıştı. PS 0-2 olup KT alan bu hastalarda median OS 12 ay iken, KT alamayan hastalarda 7 ay idi (p=0,003). Cisplatin-bazlı KT alan hastalarda median OS 12 ay, carboplatin-bazlı KT alanlarda ise 9 aydı (p=0,033). Histopatolojik alt tip ve taksan-bazlı KT ile sağkalım arasında bir ilişki bulunamadı. Çok değişkenli analizde ise PS, cinsiyet, KRT ve cisplatin-bazlı kemoterapi bağımsız prognostik faktör olarak bulundu (sırasıyla p=0,004, p=0,05, p=0,002 ve p=0,029). **Sonuç:** Biz geriye dönük olarak kliniğimizde takip ettiğimiz in-operabl evre 3B KHDAK'lı hastalarımızı değerlendirdiğimizde; uygun hastalarda cisplatin-bazlı kemoterapi seçiminin daha iyi olduğunu ve PS, cinsiyet ve KRT'in bağımsız prognostik faktör olduğunu gördük.

Anahtar Kelimeler: akciğer kanseri, evre 3B küçük hücreli dışı akciğer kanseri, kemoradyoterapi



Resim 1. Carboplatin ve cisplatin-bazlı KT alan hastaların sağkalım eğrileri



Resim 2. Kemoradyoterapi alan ve almayan hastalarda sağkalım eğrisi

P-197

MYASTENİA GRAVİSLİ VE AKCİĞER KANSERLİ OLGUDA TRANSSTERNAL REZEKSİYON

Nilgün Kanlıoğlu Kuman, Serdar Şen, Seda Karakoyunlu Şen
Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Aydın

Myastenia gravisli olgular timoma saptanmasa bile hastalıklarının seyrine katkısı sebebiyle timektomi adaylarıdır. Operasyonda ana hedef timus ve çevresindeki tüm yağlı dokuların boyundan diafragmatik yüze kadar ve mediasteninin her iki tarafı da dahil olmak üzere eksize edilmesidir. Komplet rezeksiyon hastalığın gidiş hattını belirlemektedir. Operasyon VATS yada transservikal yaklaşımla yapılabilir olmasına rağmen bunu yapan deneyimli merkez sayısı kısıtlıdır. Bunun yanı sıra nörologlar VATS ile timektomi operasyonun komplet olarak yapıldığına güvenmemektedirler. Halen pek çok merkezde Myastenia gravis için tercih edilen operasyon transsternal maksimal timektomidir.

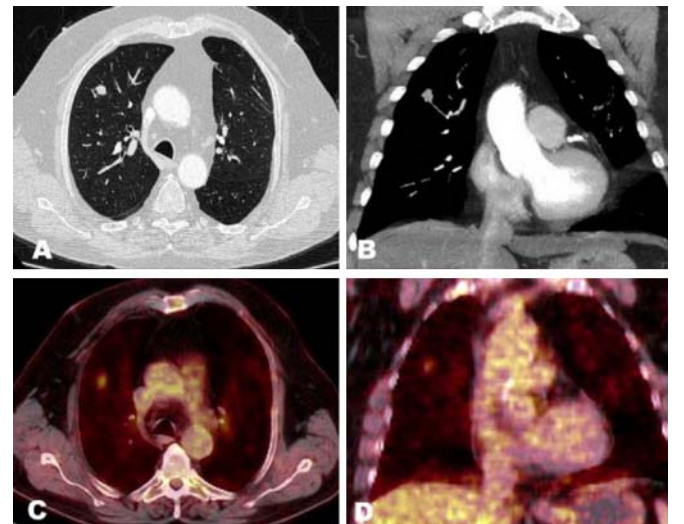
Olgu; 67 yaşında Myastenia gravisli olan olgu timektomi operasyonu planlanırken çekilen Toraks bilgisayarlı tomografi tetkikinde sağ akciğer üst lob anterior segmentinde 12x10 mm

boyutlarında lobule konturlu iyi sınırlı opaklaşma gösteren bir nodül izlendi (Resim 1A, B). Olgunun solunum fonksiyon testleri FVC: 2.20 lt(%65) FEV1:1.33 lt/sn (%50) FEV1/FVC:%50 idi ve olgu 10 yıldır KOAH nedeniyle tedavi görüyordu.Yapılan PET BT tetkikinde Sağ akciğer üst lob anterior segmentte 1.1 cm nodülde artmış FDG tutulumu izlendi (SUVmax:3.7)(Resim 1C,D) Preoperatif dönemde tespit edilen Tip 2 diyabetin regülasyonu sonrasında olgu operasyona alındı. Median sternotomiye takiben timektomi yapıldı. Tanısı olmayan sağ üst lobdaki 1cm çapındaki lezyon palpe edildi ve örnekledi ve frozen tetkiki sonrası malign olduğu rapor edilmesi üzerine lezyonun segment birleşimlerine yakın yerleşimli ve palpasyonda hilusa uzanım gösteren bağlantı tespit edilmesi nedeniyle segmentektomi yerine lobektomi yapılmasına karar verildi. Transsternal yaklaşımla sağ üst lobektomi uygulandı (Resim 2A,B,C,D).

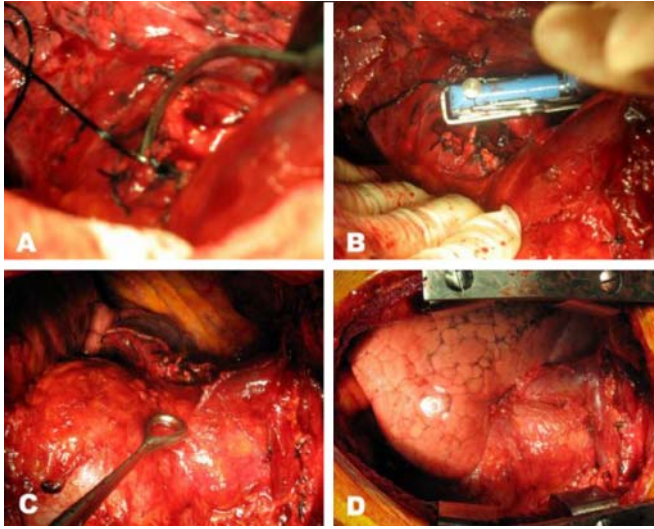
Torakotomi insizyonu var olan en acı verici insizyonlardan biri olup postoperatif dönemde solunum fonksiyonlarında ciddi azalmaya sebep olmaktadır. Olgularda KOAH gibi eşlik eden bir komorbidite var ise azalan akciğer hacminin yanı sıra olguların postoperatif dönemde ağrı nedeniyle solunum hareketlerini baskılamaları kalan akciğerin ekspansiyonunu azaltmakta, sekresyon stazına sebep olmakta ve olgular postoperatif dönemde çok sayıda morbidite ile baş etmek zorunda kalmaktalar. Torakotomi insizyonundan myastenili hastaların var olan kas hastalığının operasyon sonrası solunum hareketi baskılanmasını daha da arttıracığı öngörülerek kaçınılmalıdır.

Akciğere transsternal yaklaşım literatürde sıklıkla postoperatif fistül kapatma operasyonları olarak yer almaktadır. Transsternal lobektomi bilinen bir operasyon olsa da literatürde ve cerrahi pratiğinin rutininde pek yer almamıştır. Transsternal yaklaşım ile sağ üst lobun vasküler yapıları kolaylıkla kontrol edilebilmektedir ancak vena cava superiorun mediastene doğru retraksiyonu görüş sağlama açısından önemlidir. Mediastinal lenf bezi, özellikle üst paratrakeal lenf bezi diseksiyonu bu insizyondan kolaylıkla yapılabilir. Literatürde timik karsinom ve primer akciğer kanseri ya da timomanın endobronşial komponenti nedeniyle transsternal akciğer rezeksiyonu uygulanan olgular varsa da myastenili hastaya timektomi ve kanser nedeniyle lobektominin yapıldığı tek vaka saptanmış olup olgumuz ikinci vaka olmaktadır.

Anahtar Kelimeler: akciğer rezeksiyonu, myastenia gravis, transsternal



Resim 1. A,B; Toraks bilgisayarlı tomografide lezyonun boyutu **(C,D)** PET BT'de aktivitesi görülmekte



Resim 2. A; Vasküler yapılar bağlandıktan sonra sağ üst lob bronşı **B;** Bronşa stapler yerleştirilmesi **C;** Sağ üst lobektomi sonrası operasyon sahası **D;** Akciğerin reekspansasyonu sonrası görünüm

olmayan, sedimentasyon değeri yükselmeyen olgunun 4 gün sonra çekilen 2. kontrol toraks BT'de de mediastendeki amfizemin gerileme eğiliminde olduğu gözlemlendi. Mediastinit lehine herhangi bir bulgu saptanmaması üzerine özofagus perforasyonu ve mediastinit tanılar ekarte edilerek olguya sıvı ağırlıklı oral gıda başlandı. Hastanın oral gıda alımını tolere etmesi üzerine komplikasyonlara karşı uyarılan hasta 3 hafta sonra poliklinik kontrolüne çağırıldı. Üç hafta sonraki poliklinik kontrolündeki muayenesinde özellik saptanmayan hastanın çekilen kontrol toraks BT'sinde de mediasten amfizeminin sona erdiği gözlemlendi ve ek patolojik bulgu saptanmadı (Resim 3). Hastanın öyküsünde, fizik muayene Bulgularında, laboratuvar ve radyolojik tetkiklerinde SPM'nin etiyolojisini oluşturabilecek herhangi bir neden bulunamadı.

Sonuç: SPM hızlı ve kolay bir biçimde tanı konulabilen ve konservatif tedavi ile genellikle iyi prognoz elde edilebilen bir hastalıktır. Ancak SPM'den daha sık görülen birçok hastalıkla benzer yakınmalara sahiptir. Olası mortal komplikasyonlarının varlığı nedeniyle, klinik şüphe varlığında kesin tanıya ulaşmak amacıyla toraks BT çekilerek hızlı bir biçimde değerlendirilmesi ve uygun tedavinin vakit kaybetmeden başlanması gerektiği kanısındayız.

Anahtar Kelimeler: spontan pnömomediastinum, Hamman işareti

P-198

ETİYOLOJİSİ BELİRLENEMİYEN BİR SPONTAN PNÖMOMEDİASTİNUM OLGUSU

Timuçin Alar¹, Mehmet Muharrem Erol², Ahmet Sami Bayram², İsmail Ertuğrul Gedik¹

¹Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Çanakkale

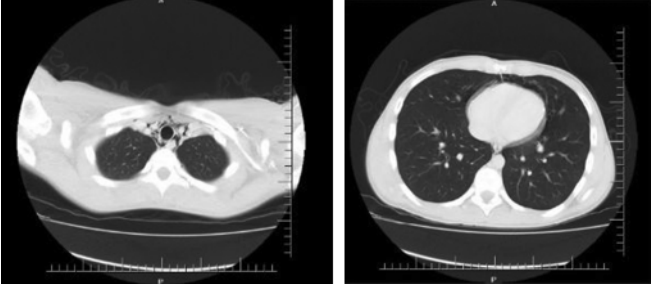
²Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Bursa

Amaç: Spontan pnömomediastinum (SPM) altta yatan herhangi bir neden olmaksızın mediastende hava bulunması durumu olup ilk kez 1939'da Hamman tarafından tanımlanmıştır. Genellikle genç erkeklerde görülen bu durumun insidansı çeşitli serilerde 1/15000-1/25000 olarak bildirilmiştir. Plöritik karakterde göğüs ağrısı ve boyunda hassasiyet yakınmaları ile başvuran ve spontan pnömomediastinum tespit ettiğimiz genç erkek hastadaki tanı ve tedavi aşamalarını sunmak istedik.

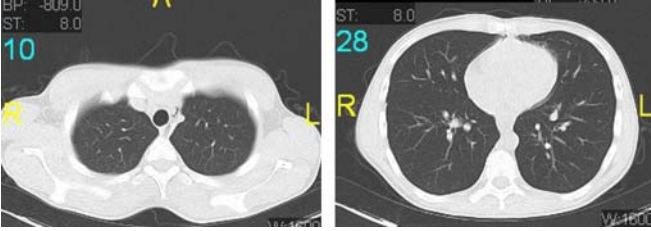
Olgu: 16 yaşında erkek hasta 1 gün önce başlayan göğüs ağrısı ve boyunda hassasiyet yakınmalarıyla başvurdu. Fizik muayenesi boyun bölgesinde palpasyonla hassasiyet dışında olağan saptanan olgunun, posterior-anterior (PA) akciğer grafisinde Hamman işareti saptandı. (Resim 1). Bunun üzerine çekilen Toraks Bilgisayarlı Tomografide (BT) ise üst mediastenden başlayarak inferiora doğru inen mediasten amfizemi tespit edildi (Resim 2). Rutin kan değerleri normal sınırlarda olan ve BT'de mediastinit lehine bir bulgu gözlenmeyen hasta "Spontan Pnömediastinum" olarak kabul edildi. Polikliniğimizdeki ilk muayenesinden 3 gün sonra kontrole gelen hasta bir gün önce bir kez kustuğunu belirtti. Ek yakınması olmayan hastanın muayenesinde özellik saptanmadı ancak olası bir özofagus perforasyonunu ekarte etmek amacıyla klinikte takibi önerilen hasta Göğüs Cerrahisi kliniğine yatırıldı. Oral alımı durdurulan hastaya intravenöz sıvı tedavisi düzenlendi ve ampirik antibiyoterapi başlandı. Olası bir özofagus perforasyonu ve buna sekonder gelişebilecek mediastinit nedeniyle hem oral kontrastlı BT, hem yoğun bakım ihtiyacı olasılığı nedeniyle olgu Uludağ Üniversitesi Göğüs Cerrahisi Kliniğine nakil edildi. Oral kontrastlı toraks BT'si normal olarak izlenen, ateşi ve lökositozu



Resim 1. Akciğer grafisinde Hamman işareti



Resim 2. Olgunun toraks bilgisayarlı tomografisi



Resim 3. Olgunun kontrol toraks bilgisayarlı tomografisi

P-199

ERKEN CERRAHİ MÜDAHALE UYGULANAN BİR DESENDAN NEKROTİZAN MEDIASTİNİT OLGUSU

Timuçin Alar¹, Oğuz Güçlü², İsmail Ertuğrul Gedik¹

¹Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Çanakkale

²Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı, Çanakkale

Amaç: Desendan nekrotizan mediastinit (DNM), primer farinjiyal ya da odontojenik enfeksiyonların ardından gelişen ender ancak şiddetli seyreden bir enfeksiyon olarak tanımlanabilir. 1938'de bildirilen ilk DNM serisindeki %49'luk mortalite oranından günümüze kadar geçen süre içerisinde DNM'nin mortalite oranlarında fazla bir değişiklik olmamıştır. Günümüzde DNM modern tedaviye rağmen %14-50 arasında değişen mortalite oranlarına sahiptir. Bizde bu olgu sunumunda derin boyun enfeksiyonu sonrası mediastinit gelişen ileri yaş bir hastaya erken dönemde uyguladığımız cerrahi müdahaleyi ve bu müdahalenin hastalığın seyrini nasıl değiştirdiğini aktarmak istedik.

Olgu: 80 yaşında erkek hasta yaklaşık 2 ay önce başlayan yutma güçlüğü, 20 gün önce başlayan boğazda takılma hissi ve bir haftadır süregelen sağ kulak ve boğazda ağrı, halsizlik ve ateş yakınmalarıyla hastanemizin acil servisine başvurdu. Acil serviste yapılan fizik muayenede tansiyon arteriyel (TA): 130/92 mm Hg, nabız: 90/dk ritmik, ateş: 38,6 C, orofarenks minimal hiperemik ve sağ boyun bölgesinin palpasyonla hassas ve eritemli olduğu saptandı. Tetkiklerinde beyaz küresi 26200/mm³ (4500-10300/mm³) %92,5 nötrofil ağırlıklı, C-reaktif protein 33,1 (0-0,5 mg/dl) ve sedimantasyon hızı 45mm/saat (0-20mm/saat) bulunması üzerine derin boyun enfeksiyonu öntanısıyla kulak-burun-boğaz (KBB) kliniğine konsülte edilen hastaya çekilen boyun bilgisayarlı tomografisinde (BT) retrotrakeal alanda apse formasyonu ile uyumlu görünüm saptandı. KBB kliniğine yatırılan aynı gün acilen genel anestezi altında oral kaviteden servikal apse drenajı uygulanan olgunun apse kültür sonucunda metisiline dirençli Staphylococcus epidermidis üremesi üzerine uygun antibiyoterapi başlandı. Operasyon sonrasında klinik takiplerinde ateşinin ve

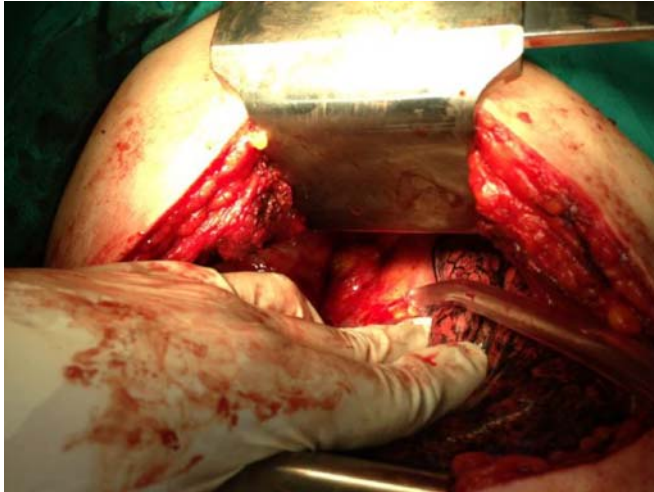
lökositozunun devam etmesi üzerine postoperatif 4. günde kliniğimize konsülte edildi. Fizik muayenesinde sağ servikal bölgede palpasyonla hassasiyet mevcut idi. Solunum sesleri bilateral eşit olarak duyuldu. Toraks BT'de boyundan başlayan ve mediastenin sağ tarafına doğru subkarinal alana kadar ilerleyen hava-sıvı seviyeleri ve mediastinal kirlenme alanları görülmesi üzerine DNM ön tanısıyla acil mediasten debridmanı planlandı (Resim 1). Acil ameliyathaneye alınan hastaya önce video-torakoskopi uygulanmaya çalışıldı ancak hastanın tek akciğer ventilasyonunu tolere edememesi üzerine sağ torakotomiye geçildi. Yapılan eksplorasyonda azigo-kaval bileşkenin 4-5 cm süperiorunda özofagusun önünden mediastene doğru protrüze olan apse gözlemlendi (Resim 2). Apse içeriği aspire edilerek içerdiği sarı-beyaz renkte koyu kıvamlı mayiiden örnek alındı. Daha sonra apse poşu açılarak yoğun debridman uygulandı. Apse poşunun yukarıda paravertebral alana kadar 3-4 cm süperiora, aşağıda ise karina seviyesine kadar yaklaşık 3-4 cm inferiora ilerlediği görüldü. Tespit edilen alanlar da yoğun bir şekilde debride edildi. Postoperatif erken dönemde ekstübe edilen hasta yoğun bakım ünitesine (YBÜ) alındı. Günlük intravenöz (IV) kontrastlı toraks BT çekilerek mediastendeki kolleksiyonun durumu değerlendirildi. YBÜ'deki takiplerinde genel durumu düzelen ve kontrol Toraks BT'lerinde mediastendeki apse koleksiyonu ya da hava-sıvı seviyesi gözlenmeyen hasta postoperatif 2. günde servise alındı. Servisteki takiplerinde ateşi olmayan hastanın toraks drenlerinden gelen mayii miktarında azalma ve renginde açılma saptanması üzerine drenleri sonlandırıldı. Kontrol fizik muayenede bilateral solunum sesleri eşit olan ve posterior-anterior (PA) akciğer grafisinde sağ akciğer ekpanse olarak görülen hastanın lökositozunun da sona ermesi üzerine postoperatif 10. günde çıkartıldı. Yakın tarihe kontrole çağırılan hastanın muayenesinde özellik saptanmadı. Postoperatif 3. ayda yapılan kontrolünde çekilen kontrol toraks BT'sinde mediastende hava-sıvı seviyesi ya da mediastinal lokülasyon saptanmadı. Hasta halen polikliniğimize kontrole gelmektedir.

Sonuç: DNM'de klinik seyri etkileyen en önemli faktörün, hızlı tanı ve erken dönemde uygulanan agresif cerrahi drenaj ile geniş spektrumlu antibiyoterapinin kombine edilmesi olduğunu düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: mediastinit, desendan nekrotizan mediastinit



Resim 1. Olgunun toraks bilgisayarlı tomografisi



Resim 2. Olgunun operatif görüntüsü

P-200

DIŞ KULAK YOLU METASTAZI SAPTANAN KÜÇÜK HÜCRELİ AKCİĞER KANSERİ: OLGU SUNUMU

İlhan Hacıbekiroğlu¹, Hilmi Kodaz², Esmâ Türkmen¹, Sinem Azizoğlu², Sernaz Uzunoğlu¹, İrfan Çiçin¹

¹Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı, Edirne

²Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Edirne

Giriş: Akciğer kanseri, tüm dünyada, kansere bağlı ölümlerin en sık sebebidir. Küçük hücreli akciğer kanserlerinin (KHAK) yaklaşık olarak üçte ikisi tanı anında yaygın hastalık şeklindedir. En sık beyin, karşı akciğer, karaciğer, böbreküstü bezleri ve kemiklere metastaz yapar. Dış kulak yolu metastazı ise çok nadir görülür. Burada dış kulak yolu metastazı saptanan KHAK tanılı bir hastanın sunulması amaçlandı.

Olgu: 57 yaşında erkek hastanın, yaklaşık 1 aydır mevcut olan, nefes darlığı, öksürük şikayeti nedeniyle istenen torako-abdominal bilgisayarlı tomografisinde(BT) sol akciğer alt lobda 8x7cm kitle lezyon, aortikopulmoner ve bilateral hiler büyüğü 4x2 cm multipl lenfadenopati, sağ alt juguler zincirde büyüğü 4x3cm çapında multipl lenfadenopatiler saptandı. Servikal lenf nodu biopsisi küçük hücreli akciğer kanseri olarak raporlandı. Bel ağrılarına yönelik istenen tüm vücut kemik sintigrafisinde bilateral femur, bilateral humerus, kranial kemikler, torakal ve lomber vertebralar dahil olmak üzere, iskelet sisteminde kemik metastazı ile uyumlu yaygın tutulum saptandı. Hasta bu Bulgular eşliğinde yaygın evre KHAK kabul edilerek palyatif radyoterapi, bisfosfonat tedavisi ve 6 kür sistemik cisplatin+etoposid tedavisi planlandı. 6 kür kemoterapi sonrası progresyon saptanan hasta platin dirençli kabul edilerek, palyatif ikinci basamak haftalık topotekan tedavisi planlandı. 9 haftalık topotekan tedavisi sonrası istenen kranial manyetik rezonans görüntülemesinde (MRG) yaygın intrakranial metastazları saptanan hasta, progresyon kabul edilerek palyatif eksternal kranial radyoterapi planlandı. Sağ kulakta işitme kaybı, akıntı şikayetleri ile kulak burun boğaz ünitesine başvuran hastanın yapılan tetkiklerinde sağ dış kulak yolunda, sağ mastoidi tama yakın dolduran kitle lezyonda tespit edilmiş. Kitlede alınan eksizyonel biopsisi materyalinin patolojik inceleme sonucu KHAK metastazı olarak geldi. En iyi

destek tedavi önerileri ile izlenen hastanın genel sağkalımı 12,2 ay olarak gerçekleşti.

Tartışma: Küçük hücreli akciğer kanserinde dış kulak yolu metastazı oldukça nadir görülmektedir. Dış kulak yolu metastazı, genellikle kötü prognoz ve kısa sağkalım ile ilişkilidir. Primer hastalığa yönelik sistemik kemoterapi, dış kulak yolu metastazı tedavisinde de etkin olmakla birlikte, işitsel fonksiyonların kaybı genellikle ilerleyici olup, fasial sinir paralizi gibi nörolojik komplikasyonlar da ilerleyen dönemlerde hastalık tablosuna eklenebilmektedir. Dış kulak yolu kitlelerinin ayırıcı tanısında, akciğer kanseri metastazı gibi nadir durumlar da göz önünde bulundurulmalı ve bu hastalar, doğru tanı-tedavi için multidisipliner yaklaşımla yönetilmelidir.

Anahtar Kelimeler: küçük hücreli akciğer kanseri, dış kulak yolu

P-201

MEDİASTİNAL CASTLEMAN HASTALIĞI

Bülent Aydemir, Ayten Güner Akbıyık, Oya Uncu İmamoğlu, Mehmet Yıldırım, Recep Ustaalioğlu, Ali Fuad Durusoy, Tamer Okay

Dr. Siyami Ersek Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi, İstanbul

Castleman hastalığı, lenfoid dokunun çok nadir görülen bir hastalığıdır. İlk kez 1956 yılında Castleman tarafından tanımlanmıştır. Dev lenf nodu hiperplazisi olarak da bilinir. Tüm vücutta bulunabilmekle beraber sıklıkla toraksta yerleşir ve daha çok ön ve orta mediastende lokalizedir. Olguların %90'ını oluşturan hyalin vasküler tip ve %10'unu oluşturan plazma hücreli tip olarak iki histolojik tipi vardır.

Kliniğimizde cerrahi uygulanan 43 yaşında erkek olgu tartışılmaktadır. Hastaya torakotomi yapılarak kitle rezeke edilmiş ve patoloji sonucu hyaline-vasküler tipte Castleman hastalığı olarak bildirilmiştir. Olgu halen takip altında ve asemptomatiktirler.

Anahtar Kelimeler: Castleman, mediasten

P-202

MALİGN PLEVRAL MEZOTELYOMADA MULTİPL UZAK METASTAZ: OLGU SUNUMU

Kemal Can Tertemiz¹, Aylin Özgen Alpaydın¹, Duygu Gürel², Recep Savaş³, Aytaç Gülcü⁴, Atilla Akkoçlu¹

¹Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir

²Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, İzmir

³Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nükleer Tıp Anabilim Dalı, İzmir

⁴Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, İzmir

Malign plevral mezotelyomada uzak metastaz nadir görülen bir durumdur. 75 yaşında erkek olgu göğüs ve alt ekstremitelerde ağrı nedeni ile başvurdu. Özgeçmişinde yoğun sigara kullanımı ve asbest maruziyeti mevcuttu. Solunum sistemi muayenesi normal olan hastanın femoral bölgesinde palpasyonla ağrı ve şişlik saptandı. Saçlı deri üzerinde birkaç adet nodül saptandı. Bu lezyonlar son 2 ay içerisinde oluşmuştu.

Laboratuvar analizinde sedimentasyon 61mm/saat, CRP:169 mg/L saptandı ve diğer laboratuvar parametreleri normaldi. Akciğer grafisinde üst mediastende genişleme ve sol üst zon periferik alanda kitle görüldü. Toraks BT sinde sol apikal bölgede kitle, sol hiler lenfadenopati ve plevral kalınlaşma görüldü.

PET-BT incelemesinde C2-3 seviyesinde ligamentum nuchea'da, sağ paraspinal kaslarda, posterior saçlı deride, paratrakeal ve sol hiler lenf nodunda, sol plevral kitlede, sol diyaframda, perikardda, interventriküler septumda, sol aksillada, sağ kosto-kondralbölgede, karaciğer segment 8 de, sağ abdominal oblik kaslarda, bilateral gluteal ve femoral kaslarda patolojik FDG tutulumu saptandı.

Apikal kitleden ve femoral bölgeden yapılan biyopsiler epiteoid tip mezotelyoma ile uyumlu saptandı.

Hastaya cisplatin ve pemetrekset kemoterapisi başlandı. 3 kür sonrasında çekilen PET-BT de sol akciğer plevrasında, mediastinal ve hiler lenf nodlarında, yumuşak dokudaki lezyonlarda boyutsal ve metabolik regresyon ve diğer birçok tutulumda tamamen gerileme görüldü.

Malign plevral mezotelyomada iskelet kası, endokard ve cilt altı metastazı birlikteliği daha önce raporlanmamıştır. Biyopsi ile kanıtlanmış iskelet kası metastazı olan ilk olgu olarak sunuldu.

Anahtar Kelimeler: Malign plevral mezotelyoma, metastaz

P-203

NADİR BİR SOLİTER AKCİĞER NODÜLÜ: TORASİK SPLENOZİS

Oya Yıldız¹, Alper Fındıkçioğlu¹, Dalokay Kılıç², Ahmet Hatipoğlu²

¹Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adana Hastanesi, Adana

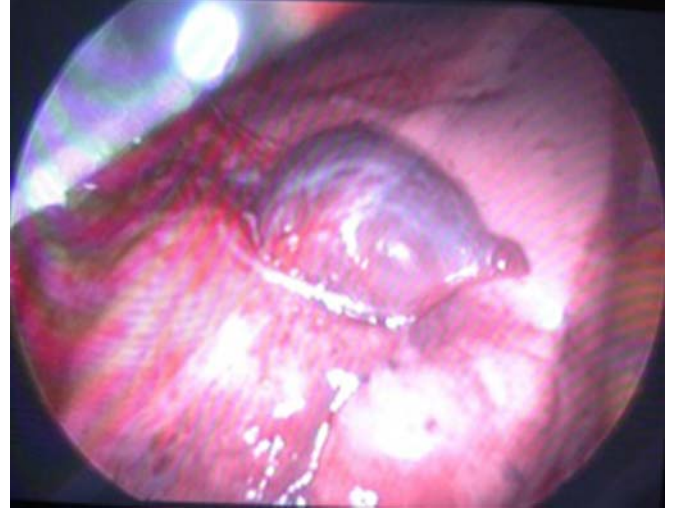
²Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara Hastanesi, Ankara

Giriş: Torasik splenozis dalak ve diyafragma yaralanmasının birlikte olduğu travmalardan sonra görülebilen, splenik dokunun toraks içine ototransplantasyonu sonucu oluşan nadir bir durumdur.

Olgu: 1997 yılında abdomene penetre ateşli silah yaralanması öyküsü olan 42 yaşında erkek hastanın 2011 yılında çekilen akciğer grafisinde sol orta zonda nodüler lezyon izlenmiş. Radyolojik takiplerinde lezyon boyutlarında büyüme saptanarak PET CT çekildi. FDG tutulumu olmamasına rağmen hastanın risk faktörleri nedeni ile VATS ile wedge rezeksiyon yapıldı. Patoloji sonucu splenozis olarak raporlandı.

Sonuç: Torakoabdominal travma öyküsü olan, sol hemitoraksta periferik yerleşimli lezyon saptanan olgularda torasik splenozis akla gelmelidir. BT, MRG ya da radyonüklid inceleme gibi non-invaziv inceleme yöntemleri ile tanı konabilmektedir. PET-CT, diğer soliter pulmoner nodüllerde olduğu gibi benign-malign ayırımında kullanılabilir. Ancak lezyon boyutlarında değişiklik, sigara ve aile öyküsü gibi risk faktörlerinin varlığında histopatolojik değerlendirme kaçınılmaz olmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Splenozis, soliter pulmoner nodül



Resim 1. Torasik splenozisin intraoperatif görünümü

P-204

MEDİASTİNAL YERLEŞİMLİ EKTOPİK PARATİROİD ADENOMUNA MİNİMAL İNVAZİV YAKLAŞIM

Oya Yıldız¹, Alper Fındıkçioğlu¹, Dalokay Kılıç², Neşe Torun¹, Ahmet Hatipoğlu²

¹Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adana Hastanesi, Adana

²Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara Hastanesi, Ankara

Giriş: Ektopik paratiroid adenomlar, tüm paratiroid tümörlerin yaklaşık %1-3'ünü oluştururlar ve paratiroidektomiden sonra devam eden hiperparatiroidizmin sık rastlanan nedenidir. Tersiyer hiperparatiroidizm sıklıkla paratiroid dokuda gelişen bir adenom nedeniyle olur, ancak kronik böbrek yetmezliği (KBY) olan olgularda nadiren ektopik paratiroid adenomuna bağlı olarak gelişir.

Olgu: KBY tanısı ile hemodiyaliz programında olan 19 ve 32 yaşında iki kadın olguda total tiroidektomi+paratiroidektomi yapılmasına rağmen parathormon seviyeleri yüksek seyretti. Bu nedenle Tc-99m MIBI sintigrafi incelemesi yapıldı ve iki olguda da mediastende paratiroid patolojisi ile uyumlu olabilecek lezyon saptandı. Video mediastinoskopi yapılarak rezeke edildi ve patoloji sonuçları paratiroid neoplazisi olarak raporlandı. Kan parathormon seviyeleri sırası ile preoperatif 1267 ve 1597 pg/ml iken ameliyat sonrası 36 ve 23,51 pg/ml idi.

Sonuç: KBY tanılı olgularda tersiyer hiperparatiroidizme neden olan paratiroid adenomlarının tedavisi cerrahi rezeksiyondur, ancak mevcut ko-morbiditeler nedeniyle major cerrahi girişimlerden kaçınmak gerekir. Bu nedenle bu iki olguda mediastende yerleşik ektopik paratiroid adenomu mediastinoskopi yapılarak minimal invaziv cerrahi yöntemi ile rezeke edildi.

Anahtar Kelimeler: Paratiroid adenomu, minimal invaziv cerrahi, hiperparatiroidizm



Resim 1. Paratiroid adenomu Tc-99m MIBI sintigrafisi görünümü

P-205

PULMONER SEKESTRASYON TANILI OLGULARIMIZ

Seymur Salih Mehmetoğlu, Salih Topçu, Aslı Gül Akgül, Şerife Tuba Liman, Serkan Özbay, Hüseyin Fatih Sezer

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Kocaeli

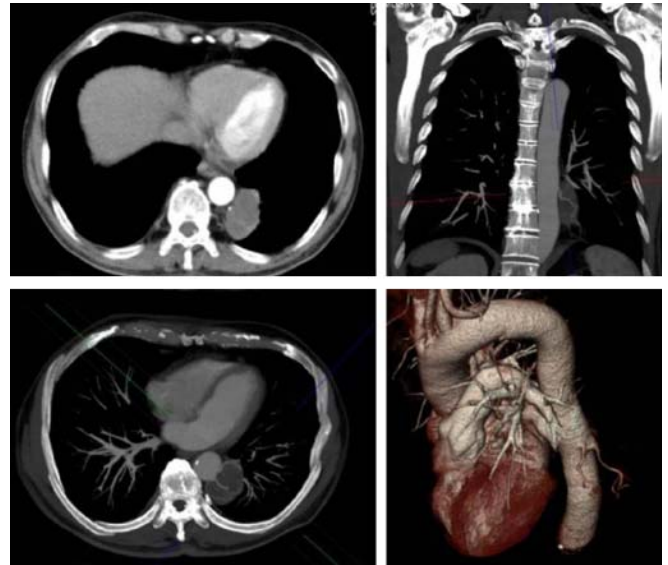
Giriş: Pulmoner sekestrasyon, trakeobronşiyal ağaçla ilişkiz, normal fonksiyon göstermeyen, arteriyel kan desteğini sistemik dolaşımdan sağlayan akciğer dokusudur (1,2). Oldukça nadir görülen patoloji intralober ve ekstralober olarak iki tiptir. Pnömoni atakları, öksürük, balgam, hemoptizi gibi yakınmaların yanı sıra asemptomatik de olabilmektedir. Konjenital olduğu düşünülen pulmoner sekestrasyon pulmoner kist, akciğer kanseri ve mediastinal tümör gibi yanlış tanıları alabilir (4). Seçilmiş hastalarda embolizasyon uygulanabilmekle birlikte, tedavi genellikle cerrahi eksizyondur. Çalışmamızda 2006-2012 arasında opere ettiğimiz 5 olguyu sunduk.

Olgu: Kliniğimizde opere edilen 5 hastanın 4'ü erkek, ortalama yaş 39,8 (14-68) idi. Yakınması olan 4 hastadan 3'ünde öksürük ve balgam, 1'inde hemoptizi vardı. Hastaların tümüne akciğer grafisi, rutin kan testleri, toraks BT yapıldı ve bronkoskopi ile trakeobronşiyal sistem değerlendirildi. Özellikle çok-kesitli toraks BT tüm hastalarda sistemik arter beslenmesini gösterdi, tanı koydurucu oldu. Üç hastada sağ, iki hastada sol posterolateral torakotomi yapıldı. Üç hastada ekstralober sekestrasyon (ELS) saptanarak sekestektomi, iki hastada intralober sekestrasyon (ILS) nedeni ile alt lobektomi yapıldı.

Tartışma: Sekestrasyonların %25'ini oluşturan ELS, normal akciğerden ayrı olarak kendi viseral plevrasına sahiptir. Genellikle solda ve posterior kostofrenik açıda yerleşir (3). İntralober tip ise akciğer parankimi içinde, sıklıkla alt lob yerleşimlidir (1). Radyolojik incelemeler akciğer grafisi, anjiyografi, toraks BT ve MR anjiyogram ile baryumlu grafiyi (gastrointestinal sistemle ilişki) kapsayabilir. Bütün tanı araçlarına rağmen olguların bir kısmı intraoperatif olarak tanınırlar. sekestektomi (sekrete lobun rezeksiyonu) ELS için, lobektomi/segmentektomi ise sıklıkla ILS için uygulanır. Pulmoner sekestrasyon, rekürren

pulmoner enfeksiyonlarda ayırıcı tanıda akılda bulundurulmalıdır (5). Ayrıntılı preoperatif görüntüleme ve planlama yapılarak erken dönemde cerrahi tedavi uygulanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: sekestrasyon, anjiyografi, cerrahi



Resim 1. ekstralober sekestrasyona ait BT ve BT anjiyo görüntüsü

P-206

ATİPİK YERLEŞİMLİ BRONKOJENİK KİST

Seymur Salih Mehmetoğlu, Şerife Tuba Liman, Aslı Gül Akgül, Salih Topçu, Serkan Özbay, Hüseyin Fatih Sezer

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Kocaeli

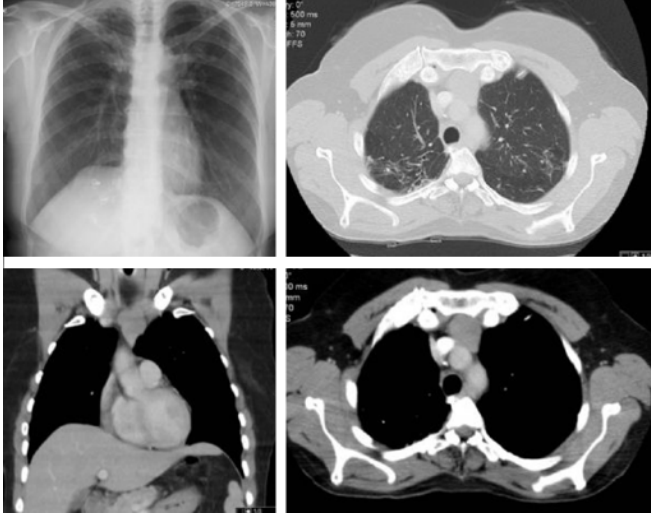
Giriş: Mediasten kistlerinin %60'ını oluşturan bronkojenik kistler hava yoluna komşu, akciğer dokusu içinde ya da mediasitenin herhangi bir yerinde, nadiren de perikard komşuluğunda, paravertebral bölgede, subdiyafragmatik alanda ve hatta servikal bölgede yerleşim gösterebilirler (1,2). Timik orijinli kitle ön tanısı ile opere edilen ancak operasyon esnasında anterior mediasten kaynaklı kistik lezyon olduğu anlaşılan ve patoloji raporu bronkojenik kist olarak gelen hastamız nadir yerleşim yeri nedeniyle burada sunulmaktadır.

Olgu: Elli sekiz yaşında kadın hastanın akciğer grafisinde üst mediastende şüpheli opasite saptanması üzerine çekilen toraks BT'sinde anterior mediastende düzgün sınırlı, mediastinal yapılarla invazyon göstermeyen bir lezyon saptandı. Timik orijinli benign olduğu düşünülen lezyon için hastanın da operasyon konusunda ısrarlı olması nedeniyle operasyon planlandı. Parsiyel sternotomi ile timus dokusu ve kistik lezyon total olarak eksize edildi. Postoperatif histopatolojik incelemede kistik lezyon bronkojenik kist olarak değerlendirildi. Timus dokusunda özellik saptanmadı. Hasta postoperatif ikinci ayında sorunsuz takip edilmektedir.

Tartışma: Bronkojenik kistlerde lezyon genelde başka bir nedenle yapılan radyolojik incelemede saptanır. Sıklıkla trakea ve ana bronşlarla yakın ilişkidir ve cerrahi rezeksiyon endikasyonu vardır (3,5). Mediastinal bronkojenik kistlerde total eksizeyon yeterli olmasına karşın, intraparakimal bronkojenik kistlerde wedge, segmenter veya lobar rezeksiyon gerekebilmektedir (6). Ancak zaman zaman alışılmadık yerleşimli olabilir. Genel kanı

mediastendeki lezyonların büyüme ve bası yapma potansiyeli nedeniyle ve kesin tanı malinite de dahil ancak patolojik inceleme ile konulabildiği için cerrahi rezeksiyon yapılmasıdır. Bronkojenik kistler farklı lokalizasyonlarda olabilir.

Anahtar Kelimeler: bronkojenik kist, mediasten, atipik yerleşim



Resim 1. Atipik yerleşimli bronkojenik kiste ait radyolojik görüntüler

P-207

TEKRARLAYAN PNÖMOTORAKS ETYOLOJİSİNDE DİYAFRAGMATİK POR

Oya Yıldız¹, Alper Fındıkçioğlu¹, Dalokay Kılıç², Ahmet Hatipoğlu²

¹Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adana Hastanesi, Adana

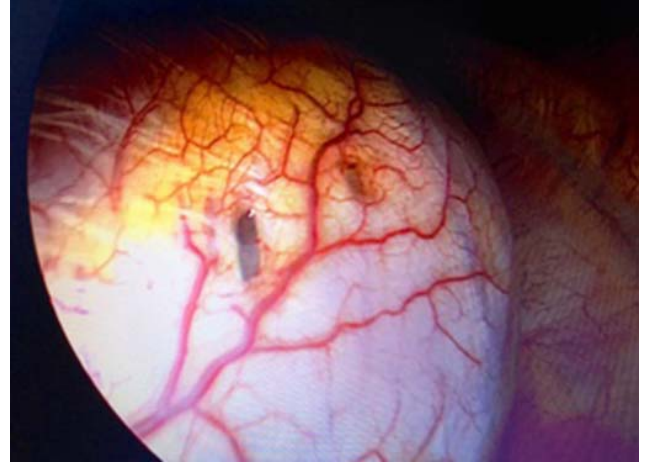
²Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara Hastanesi, Ankara

Giriş: Poröz diyafram sendromları (PDS); abdomenden köken alan patolojiler nedeniyle sıvı, hava ve dokuların diyaframdaki porlar aracılığıyla toraksa geçmesi sonucu gelişen patolojilerdir.

Olgu: Beş aylık bir süreçte 4 kere sağ spontan pnömotoraks gelişen 44 yaşında kadın hasta katamenial pnömotoraks öntansı ile tetkik edildi. Toraks tomografisinde patolojik bulgu saptanmadı. Eksplozasyon amaçlı yapılan videotorakoskopide diyafram üzerinde yaklaşık 0,5cm çapında por izlendi ve primer onarıldı. Takiplerinde yeniden pnömotoraks gelişmedi.

Sonuç: Diyaframdaki bu delikler edinsel ya da konjenital olabilir, genelde sağ taraftadır. Diyaframdan geçen maddeye göre birçok poröz sendrom tanımlanmıştır (asit, hava, abse vb). PDS'lerinde tedavinin en iyi yolu abdomendeki primer patolojinin giderilmesidir. Primer patoloji tedavi edilemiyorsa diyafram defektleri plöredesis, plevral boşluğun oblitere edilmesi ya da cerrahi olarak primer kapatılması gibi yöntemler uygulanabilir. Olgumuzda ki gibi diyafragmatik por cerrahi explorasyon sırasında saptanırsa primer onarım yapılabilir.

Anahtar Kelimeler: Pnömotoraks, diyafragmatik poröz sendromları



Resim 1. Diyafragmatik por intraoperatif görünümü

P-208

INTRAPARANKİMAL KARSİNOİD TÜMÖRLERDE TANİ ZORLUĞU

Serkan Özbay, Aslı Gül Akgül, Şerife Tuba Liman, Seymur Salih Mehmetoğlu, Hüseyin Fatih Sezer, Salih Topçu
Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Kocaeli

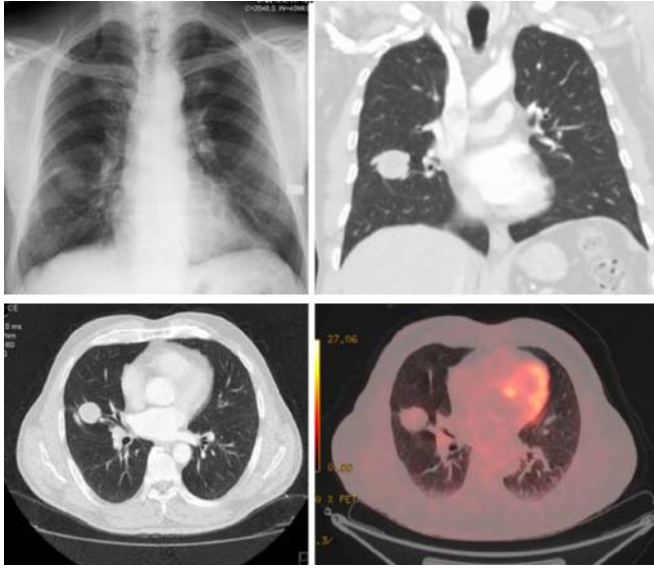
Giriş: Bronkopulmoner tümörlerin yaklaşık %1-2'sini oluşturan akciğer karsinoid tümörleri nöroendokrin grupta yer almakta ve gastrointestinal sistemden sonra ikinci sıklıkta görülmektedir. Yavaş büyüme eğiliminde olan karsinoid tümörler tipik ya da atipik olabilirler (1-3). Karsinoid tümörler yaklaşık %75 oranında santral yerleşimli ve semptomatiktir. Periferik yerleşimli tümörler ise genellikle asemptomatik olup radyolojik incelemelerde görülürler (1,3-6). Kliniğimizde cerrahi tedavi uyguladığımız karsinoid tümörlü olgularımızı sunuyoruz.

Olgu: Yaşları 44-72 yaş arasında değişen 6 hastaya karsinoid tümör tanısı konularak cerrahi tedavi uygulanmıştır. Lezyonlar, 4 hastada başka sebepler ile çektilen akciğer grafilerinde tesadüfen, 2 hastada ise öksürük ve hemoptizi şikayetleri ile yapılan tetkiklerde saptanmıştır. Toraks BT'de; lezyonlar 2 hastada orta lob, 1'er hastada ise sağ üst, sağ alt, sol alt ve sol üst lob yerleşimli görüldü. İki hastada FOB ile EBL izlendi, alınan biyopsi patolojisi 1 hastada nöroendokrin tümör, 1 hastada malign epitelyal tümör olarak değerlendirildi. İki hastaya TTİAB yapıldı, sonuç KHDAK ile uyumlu olarak değerlendirildi. Dört hasta preoperatif PET-BT ile değerlendirildi; 2'sinde tutulum olmazken, 1'inde düşük düzeyde (SUVmax:2,2), diğerinde ise malignite lehine FDG tutulumu (SUVmax:6,1) saptanmıştır. Posterolateral torakotomi ile peroperatif patoloji sonuçları öğrenilerek 4 hastaya lobektomi, 2 hastaya segmentektomi uygulandı. Üç hastada tanı atipik, 3 hastada tipik karsinoid ile uyumlu olarak değerlendirildi. Klinik takiplerinde ek sorun olmayan hastaların 1-72 ay süreli takiplerinde nüks izlenmedi.

Sonuç: Karsinoid tümörlerde preoperatif tanı santral yerleşimli ise bronkoskopi nadir görülen periferik-intraparankimal olanlarda ise transtorasik iğne biyopsisi ile konulabilmektedir. Parankimal tümörlerde primer akciğer tümörleri ile ayırım çok zor olmakta özellikle iğne aspirasyonu ile yapılan biyopsilerde de karsinoid tümörler küçük hücreli ya da küçük hücreli dışı akciğer tümörleri ile karışabilmektedir. Tipik karsinoid tümörlerde

parankim koruyucu cerrahi çoğu zaman yeterli olurken atipik karsinoid tümörler için anatomik rezeksiyon ve lenf nodu diseksiyonu uygulanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Karsinoid, intraparakimal, cerrahi



Resim 1. İntraparakimal karsinoid tümörlü hastanın radyolojik görüntüleri

P-209

GÜNÜMÜZ POLİKLİNİK ŞARTLARINDA KOLAYLIKLA GÖZDEN KAÇABİLECEK İKİ ADENOKARSİNOM OLGUSU

Bengül Gürsoy, Bahar Kurt

Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları, Ankara

Akciğer kanserleri günümüzde en sık ölüme neden olan kanser tipidir. Tüm dünyada ve ülkemizde son yıllarda hakim olan histolojik tipin yassı hücreli karsinomdan adenokarsinoma doğru değiştiği bildirilmektedir. Bu yazıda polikliniğimize başvuran ve PA akciğer grafisi ile günümüz poliklinik şartlarında kolaylıkla gözden kaçabilecek iki adenokarsinom olgusu sunuldu.

Olgu 1: Kırkiki yaşında, sağlık personeli yakını, bilinen kronik hastalık öyküsü olmayan hasta nefes darlığı şikayetiyle polikliniğimize başvurdu. 10 paket-yıl sigara öyküsü(5 yıldır ex-smoker) olan hastanın sistemik muayenesinde ve laboratuvar Bulgularında patoloji saptanmadı. Çekilen PA akciğer grafisinde 6. ön kot ile süperpoze şüpheli nodüler lezyon olması nedeniyle bilgisayarlı toraks tomografisi çekildi. Sağ akciğerde büyüğünün kısa aksı 13mm olan parankimal nodüller görüldü. PET-BT'de sağ akciğer alt loba pulmoner nodülde, karinal lenf nodunda, sol 11. kosta ve lumbal 5. vertebradaki sklerotik odaklarda patolojik F-18 FDG tutulumu vardı. Biyopsi sonucu adenokarsinom ile uyumlu geldi.

Olgu 2: Kırkdokuz yaşında erkek hasta sırt ve sol kolda ağrı nedeniyle fizik tedavi(FTR)polikliniğine başvurmuş, boyun fıtığı nedeniyle bir süre fizik tedavi uygulanmış ve ağrıları azalmayıp kilo kaybı(3 ayde 10 kg kayıp), öksürük ve nefes darlığı eklenmesi üzerine FTR doktoru tarafından polikliniğimize yönlendirilmiş. Otuz paket-yıl sigara öyküsü mevcut. Fizik muayenesinde sol kolda minimal güç kaybı dışında patolojik bulgu saptanmayan hastanın PA akciğer grafisinde sol üst zonda şüpheli konsolidasyon, bilgisayarlı toraks tomografisinde düzensiz sınırlı apikal kitle

saptandı. Transtorasik iğne biyopsisi adenokarsinom ile uyumlu gelmesi üzerine pancoast tümörü düşünülen hastanın toraks MRI'da sol apekte tanımlanan lezyonun supraklavikuler düzeye, prevertebral alana ve bu düzeyde sol nöral foramene doğru uzanım gösterdiği ve çevre vasküler-nöral yapılara invazyonu olduğu gösterildi.

Burada her iki hastanın akciğer kanseri için beklenen yaş grubunda olmamaları, nonspesifik semptomları ve de sadece 10 dakika ayrılan poliklinik muayenesinde rahatlıkla gözden kaçabilecek olgular olması sebebiyle tartışılması uygun bulundu.

Anahtar Kelimeler: adenokarsinom

Olgu 1



Olgu 2



P-210

AKCİĞERİN PRİMER TAŞLI YÜZÜK HÜCRELİ KARSİNOMLU BİR OLGU SUNUMU

Nazmiye Deniz Arslan, Sedef Dağ, Hazım Orhan Kızılkaya, Ayşe Okumuş, Ayşe Doğan

Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyasyon Onkolojisi Kliniği, İstanbul

Giriş: Taşlı yüzük hücreli karsinom adenokarsinomların bir alt tipidir ve daha çok gastrointestinal sistemde görülmekle beraber en sık mideden köken alır. Akciğerde daha çok metastatik tutulum yapmakla birlikte nadiren primer olarak akciğer kaynaklı da görülebilmektedir. Bu yazımızda nadir görülen primer akciğer taşlı yüzük hücreli karsinomlu bir olgunun tanı ve tedavisi tartışıldı.

Olgu: Bir aydır var olan baş ağrısı ve baş dönmesi nedeniyle beyin cerrahi polikliniğine başvuran 42 yaşındaki bayan hastaya yapılan tetkiklerde beyin MR da sağ serebellumda yaklaşık 5x5 cm, 4. Ventriküle bası yapan kitle saptandı. Fizik muayenesinde bir özellik yoktu. Laboratuvar değerleri; hemoglobin: 12 g/dL, lökosit: 8850/mm³, trombosit:200,000/mm³ olarak normaldi. Beyin cerrahisindeki serebellar metastazektomi sonrası patoloji raporu taşlı yüzük hücreli karsinom olarak rapor edildi (Resim 1), immünohistokimyası CEA (+),CK 7(+),C20(-),TTF1(-),estrogen reseptörü (-) idi. Kolonoskopi ve gastroskopisinde orta derecede kronik gastrit dışında herhangi bir patolojiye rastlanmayan hastaya çekilen PET CT de sağ akciğer orta lobda 26x23 mm (sudmax:12.1) kitle ve mediastende 10 R de multipl 10 mm çapında ve 11 R de 21x19 mm (sudmax 12.4) lenfadenopati dışında bir tutulum yoktu (Resim 2).

Hasta bunun üzerine primer akciğer ca kabul edilerek 6 kür cisplatin+docetaxel uygulandı. kemoterapi sonrası çekilen PET CT de sağ akciğer orta lobdaki kitlenin boyutunda kısmi regresyon (19x25 mm), metabolik olarak ise regresyon (sud:2,6) saptandı. Mediastende 10 R de multipl 10 mm çapındaki lezyon stabil görünmekle beraber ön planda inflamasyon düşünüldü ve diğer lenf nodlarında tam regresyon izlendi. Aylık kontrollerle takip edilen hastaya 4 ay sonra çekilen kranial MR da sağ paryetal 11 mm, sağ temporal 10 mm, sağ serebellar 16 mm multipl beyin metastazları saptandı ve hastaya 10 fraksiyonda 30 GY kranial radyoterapi uygulandı.

Tartışma ve Sonuç: Primer akciğer taşlı yüzük hücreli karsinomu adenokarsinomun bir alt tipidir ve kötü prognostik özellik göstergesidir.

Primer akciğer taşlı yüzük hücreli karsinomu oldukça nadir görülen bir tiptir. Literatürde Tsuta ve ark. sunduğu 39 hasta ile Castro ve ark. sunduğu 15 hastalık 2 seri dışında birkaç tane vaka şeklinde raporlanmıştır.

Tsuta ve ark.'nın değerlendirdikleri 2640 hastanın 39 unda primer taşlı yüzük hücreli akciğer ca saptayarak görülme insidansını %1,5 olarak bildirmişler.

Castro ve ark. 'nın serisinde (12 erkek, 3 kadın) tanı sırasında ortalama yaş 30-75 arasında dağılmakla birlikte 52.5 idi. 9 hastada sol, 6 hastada sağ hemitoraks tutulumu vardı; 8 tümör santral, 7 tümör periferik yerleşimliydi. Klinik takibi mümkün olan 11 hastadan 6'sı 12 ay içinde kaybedilirken, 5 hasta tanıdan sonraki 5-36 ay içinde takipteydi.

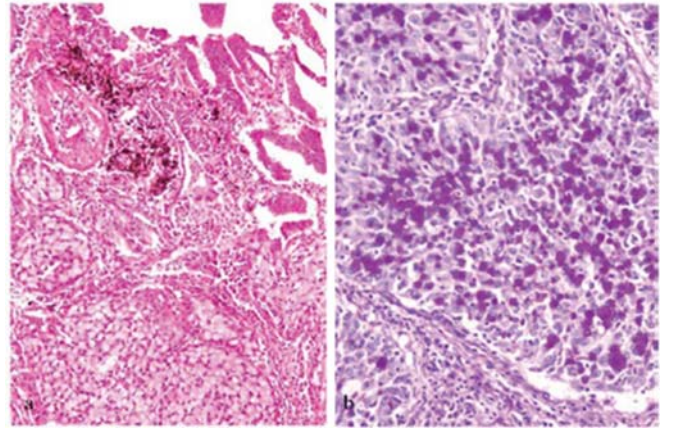
Tsuta ve ark.'nın serisinde (21erkek, 18 kadın) ise tanı sırasında ortalama yaş 32-76 arasında dağılmakla birlikte 54.6 idi.

Primer kitle 15 hastada santral, 24 hastada periferik yerleşimliydi. Lenf nodu metastazı 22, bronş invazyonu 21 hastada görülmüştü. Ortalama takip süresi 28.9 ay olan çalışmanın sonunda 20 hasta kaybedilmişken 19 hasta halen hayattaydı.

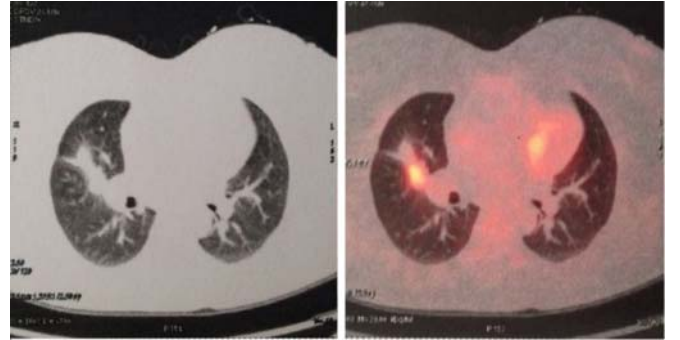
Bizim olgumuzda da hastanın yaşı bu serilerdeki hasta yaşlarına uygundu ve akciğerdeki kitle santral yerleşimli idi. Adenokarsinomlar periferik yerleşme eğilimi gösterirken bizim olgumuzda olduğu gibi her iki seride de toplam 54 hastada kitle santral yerleşim göstermiştir.

Akciğerde görülen taşlı yüzük hücreli karsinom olgularının önemli bir kısmı metastatik olmakla beraber primer tümör olasılığı da göz önünde bulundurulmalıdır. Primer ve metastatik olgulara klinik yaklaşımın farklılık göstermesi ayırıcı tanının önemini ortaya koymaktadır.

Anahtar Kelimeler: taşlı yüzük hücreli karsinom, akciğer



Resim 1. Adenokarsinom, Taşlı yüzük hücreli komponent a) H-E x100 b) PAS, x100



Resim 2. Tedavi öncesi PET CT

P-211

SOL ADRENAL BEZ METASTAZI OLAN KÜÇÜK HÜCRELİ DIŞI AKCİĞER KARSİNOM(KHDAK) TANILI HASTADA ADRENAL BEZE YÖNELİK STEREOTAKTİK RADYOTERAPİ(SRT) UYGULAMASI

Senar Günenç¹, Ferdi Aksaray¹, Ekin Ermiş¹, Menekşe Turna¹, Birhan Demirhan¹, Sedenay Okseroğlu¹, Yakup Büyükpolat¹, Halil Akbörü¹, Tanju Berber¹, Sevil Kılıksız¹, Adnan Yöney², Mustafa Ünsal¹

¹Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

²Karadeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Trabzon

Amaç: Stereotaktik Ablatif Radyoterapi (sabr); Az sayıda fraksiyonla hedeflenen tümör volümüne yüksek doz radyasyon uygulanmasına sağlayan eksternal ışınlama metodudur.

Gereç-Yöntem: Cyber-Knife cihazı ile 58 yaşında khdak tanı- lı erkek hastanın sol adrenal bez metastazına sabr uygulanması ve tedavi yanıtının değerlendirilmesi.

Bulgular: Eylül 2012'de öksürük ve göğüs ağrısı şikayetiyle hastanemize başvuran hastaya yapılan tetkikler sonucu akciğer- de kitle saptandı, çekilen pet/ct'de; sol akciğer üst lob linguler segment yerleşimli 2 cm çapında (suvmax:8.3) kitle,sol sürrenal bez lojunda 4.5x3.5 cm(suvmax:7.3) metastaz, sol 7. kostada metastaz ile uyumlu lezyonlar saptandı, sol akciğer üst lob linguler segmentten yapılan ince iğne aspirasyon biyopsi sonucu; az dife- ransiye adenokarsinom tanısı konuldu. Hasta metastatik khdak olarak kabul edilip kemoterapi başlandı. Eylül 2012 ile kasım 2012 tarihleri arasında 4 kür sisplatin ve gemitabin uygulandı. Ocak 2013'te çekilen bilgisayarlı tomografi(bt); akciğer linguler segmentteki lezyon ve sol 7. kostadaki lezyon stabil, sol sürrenal bezdeki lezyonda progresyon (7x4cm) izlendi. Hastada sol kos- tovertabral bölgede ağrı olması nedeniyle sol sürrenal bezdeki metastatik lezyona stereotaktik radyoterapi(srt) planlandı..Hasta stabilizasyonu için alfa kredle ile yatak yapıldı. Simülasyon için, bu yatak kullanılarak 1mm'lik aralıklı kesitlerle bt ve 1.25 mm'lik mr çekildi. Gros tümör volümü(gtv), ct ve mr füzyon yapıldıktan sonra mr üzerinden çizildi, tedavi sırasında set-up hatalarını önle- mek için gtv'ye 1mm marj verilerek planlanan tümör volümü(ptv) oluşturuldu. Kritik organ olarak; karaciğer, böbrekler, dalak, spi- nal kord, özefagus, mide, bağırsaklar, rektum ve mesane kontur- landı. Gtv;91cc, ptv;128cc olarak ölçüldü. Hastaya x-sight spine tracking metoduyla mart 2013'te Cyber-Knife'ta 5 fraksiyonda toplam 30 gy radyoterapi uygulandı. Tanımlanan doz %76'lık izodoz hattına verildi. Konformalite indeksi 1.26, homojenite indeksi 1.32,tümörü kapsama oranı %95.6 idi. Tedavi süresi her bir fraksiyon için 77 dakikaydı. Risk altındaki organlar için maksimum ve ortalama dozlar belirlenen sınırlar içinde tutuldu. Hastaya tedavi süresince profilaktik 8 mg/gün deksametazon ve proton pompa inhibitörü tedavisi başlanıp, tedavi sonrası deksa- metazon dozu azaltılarak kesildi. Tedavi esnasında ve sonrasında herhangi bir toksisite gelişmedi. Temmuz 2013'teki kontrol mr da sol sürrenaldeki lezyonda regresyon (5.5x3.5cm) saptandı ve tama yakın ağrı palyasyonu sağlandı.

Sonuç: malign hastalıkların sık metastaz yerlerinden biri de adrenal bezlerdir. Bu metastazların %50'si melanom, %30-40'ı meme ve akciğer kanseri geri kalanıda böbrek ve gastro-intestinal sistemden kaynaklı kanserlerdir. Adrenalektomi, radyofrekans ablasyon, transarteriyel kemoembolisasyon ve radyoterapi (sabr ve konvansiyonel rt) adrenal bezi metastazlarında tedavi seçenekleri

arasındadır. Sabr cerrahiye göre; daha düşük yan etki, iyi tolere edilebilmesi ve invaziv olmayan bir yöntem olması nedeniyle adrenal bez metastazlarda (oligo metastazlarda küratif, multipl metastazlarda palyatif) ideal doz dağılımı sağlayarak güvenle kullanılabilir.

Anahtar Kelimeler: Adrenal bez, Cyber Knife, Stereotaktik Radyoterapi

P-212

ELASTOFİBROMA DORSİ TANISINDA PET-BT'NİN YERİ

Oya Yıldız¹, Alper Fındıkçioğlu¹, Dalokay Kılıç², Tuba Canpolat³, Mehmet Reyhan⁴, Ahmet Hatipoğlu²

¹Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adana Hastanesi, Göğüs Cerrahisi, Adana

²Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara Hastanesi, Göğüs Cerrahisi, Ankara

³Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adana Hastanesi, Patoloji, Adana

⁴Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adana Hastanesi Nükleer Tıp, Adana

Giriş: Elastofibroma dorsi (ED) toraks duvarının nadir görü- len iyi huylu yumuşak doku tümörüdür. Tanısı fizik muayene ve radyolojik tetkiklerle konulabilmektedir. Malign hastalıklar nedeni ile PET-BT çekilen olgularımızda saptadığımız ED'lerin SUVmax değerlerini tespit ederek tanısal önemini araştırdık.

Gereç-Yöntem: ED tanısı olan ve farklı hastalıklar nedeni ile PET-BT çekilen 8 olgu bu çalışmaya alındı. Hastaların 18 FDG-PET CT sonuçları geriye dönük tarandı. SUVmax değerleri saptanarak tanısal değeri incelendi.

Bulgular: Olguların 6'sı kadın (%75), 2 si erkek (%25) idi. Yaş ortalaması 60,38±12,8 (41-79 yaş arasında) idi. Ortalama SUVmax değeri: 2.1 ± 4,6 (1,5 ile 2,7 arasında) olarak tespit edil- di. Hastaların üçü ameliyat öncesi semptomatik iken beşi ameliyat (torakotomi) sırasında insidental olarak saptandı. Semptomatik olan hastalar ile asemptomatik hastaların SUVmax değerleri ara- sında anlamlı farklılık yoktu (p=0,65).

Sonuç: PET-BT incelemesi ED değerlendirmesinde düşük SUVmax değerleri ile primer veya metastatik malign toraks duvarı tümörleri ile ayırıcı tanıda yardımcı olabilir. Ancak BT, MRG ve USG ye göre tanısal açıdan üstün olmadığı düşünüldü.

Anahtar Kelimeler: Elastofibroma dorsi, PET-BT, yumuşak doku tümörü

Tablo 1. Olguların genel özellikleri

olgu	yaş	cinsiyet	taraf	primer hastalık	boyut(mm)	FDG	septom
1	56	erkek	Bilateral	akciğer tümörü	60x50x30	1,8	var
2	58	kadın	sol	akciğer tümörü	50x40x25	2,7	yok
3	58	kadın	sağ	akciğer tümörü	60x45x35	2,2	yok
4	50	kadın	Bilateral	meme kanseri	10x80x30-60x50x20	1,6	yok
5	77	kadın	Bilateral	kronik plörit	65x60x50	2,6	var
6	64	erkek	Bilateral	akciğer tümörü	50x35x20	1,5	yok
7	79	kadın	Bilateral	akciğer tümörü	70x50x20	2,3	yok
8	41	kadın	Bilateral	lemfoma	80x65x23	2,5	var

P-213

KÜNT GÖĞÜS TRAVMASI SONRASI GELİŞEN TRAVMATİK PNÖMOTSEL: OLGU SUNUMU

Leyla Nesrin Acar, Selim Şakir Erkmén Gülhan, Merve Şengül, Ertan Aydın, Nevzat Kılıç, Muhammet Ali Beyoğlu, Pınar Bıçakçıoğlu

Ankara Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Ankara

Giriş: Künt toraks travmalarında akciğer parankiminde oluşan hasarlar sıklıkla kontüzyon veya hematoma olarak karşımıza çıkar. Akciğerde travmaya bağlı kaviter lezyon veya psödokist oluşumu daha nadir görülür. Travmatik psödokistler, literatürde psödokistik hematoma, travmatik akciğer kavitesi, travmatik pnömotosel olarak da adlandırılır. Travmatik psödokistler genellikle iyi klinik seyirli olup, cerrahiye gerek duyulmaz ve destekleyici tedavi ile spontan iyileşme görülür.

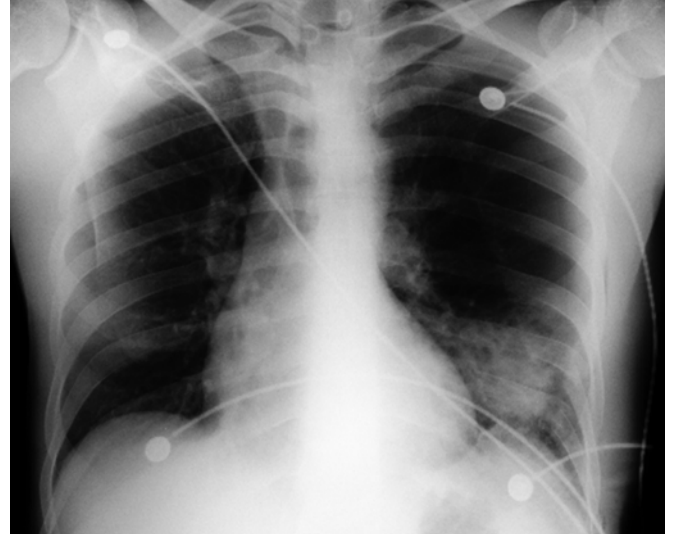
Olgu: 35 yaşında erkek hasta, künt göğüs travması sonrası acil servise başvurdu. Çekilen PA akciğer grafisinde sol akciğerde kavite ile uyumlu olabilecek görüntü saptanıyor. Acil Toraks BT incelemesinde sol akciğer anterior kesimde pnömotoraks, sol akciğer alt lobda kontüzyon ve kavite ile uyumlu dansite artımları ve sol hemitoraksta en kalın yerinde 15 mm ölçülen mayii izlenmiş ve sol 8. Ve 9. Kostalarda fraktür hattı ve komşuluğunda kas planlarında ve cilt altı yumuşak dokularda hava ile uyumlu dansiteler izleniyor. Hastaya sol posterolateralden ponksiyon yapılarak serbest hava aspire edildi ve aynı yerden 28 F chest dren yerleştirilerek su altı drenaj sistemine bağlandı. 5. Günde hasta taburcu edildi.

Sonuç: Akciğer travmatik psödokisti toraks travması sonrası nadir görülen bir patolojidir. Travma hastasına sistematik yaklaşımda ilk muayene esnasında fark edilmeyebilir, akciğer grafisinde görülmeyebilir. Bu sebeple semptomları geçmeyen hastalarda ayırıcı tanıda travmatik pnömotosel düşünülerek, toraks BT ile tanı konulabilir.

Anahtar Kelimeler: künt göğüs travması, pnömotosel



Resim 1. BT görüntüsü



Resim 2. PA akciğer grafisi

P-214

KOSTAL OSTEOKONDROM: OLGU SUNUMU

Merve Şengül¹, Leyla Nesrin Acar¹, Selim Şakir Erkmén Gülhan¹, Ertan Aydın¹, Muhammet Ali Beyoğlu¹, Pınar Bıçakçıoğlu¹, Hatice Esra Özaydın²

¹Ankara Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Ankara

²Ankara Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Anabilim Dalı, Ankara

Giriş: Osteokondrom bütün benign kot tümörlerinin yaklaşık olarak %50'sini oluşturmaktadır. Genç yetişkinlerde daha sıktır. Erkeklerde kadınlardan 3 kat daha sıklıkla izlenir. Kosta yerleşimli osteokondrom olguları genelde kostakondral bileşkede veya kostavertebral uçta görülmektedir. Genellikle asemptomatiktir ancak ağrı ve şişlik ilk başvuru şikayeti olabilir. Malign transformasyon olasılığı vardır ve intratorasik komplikasyonlara neden olabilmektedir. Biz de bu çalışmamızda kostal osteokondrom tanısı alan olgumuzu sunuyoruz.

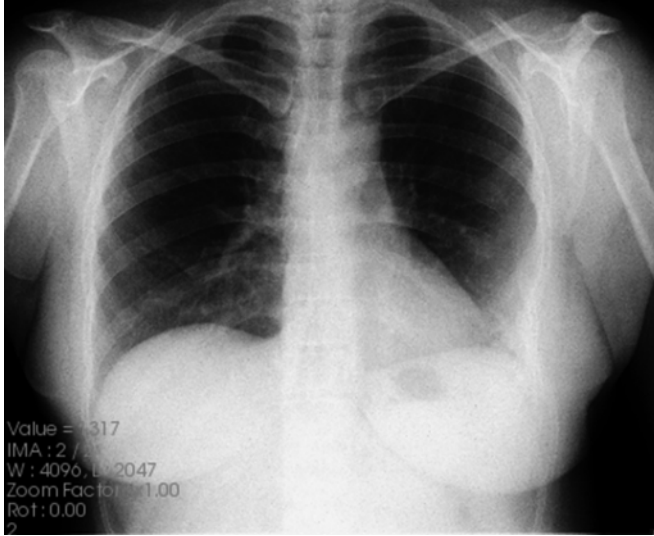
Olgu: 34 yaşında bayan hasta sol yanda ele gelen şişlik şikayeti nedeniyle hastanemize başvurdu. Çekilen PA akciğer grafisinde sol hemitoraksta 7.ve 8. kotlarda ekspansiyon görülmesi üzerine kemik tümörü şüphesi ile ileri tetkikleri yapıldı. Tüm vücut kemik sintigrafisi'nde sol hemitoraksta posterior 8. kostada toraks BT'de de tanımlanan egzozitoz görünümlü alanda, fokal osteoblastik aktivite artışı izlendi.

Hastaya sol minitorakotomi ile 7.ve 8. Kotun parsiyel eksizyonu uygulandı ve defekt prolen mesh ile rekonstrakte edildi. Materyalin postoperatif histopatolojik incelemesi sonucunda kemik doku ve yüzeyini kısmen örten dejenere matür kırık-dak doku izlenmiş ve osteokondrom ile uyumlu bulunmuştur. Postoperatif komplikasyon gelişmeyen hasta 7. gün taburcu edildi. ikinci ay kontrolünde sorunsuz olarak takip edilmektedir.

Sonuç: Toraks duvarı yerleşimli osteokondromlar genelde soliterdir. Toraks duvar tümörleri nadirdir ve %50-80 oranında malignite potansiyeli taşır. Osteokondromlar %15 oranında kondrosarkomlara dönüşebilmektedir. Tedavisi cerrahidir.

Anahtar Kelimeler: kostal tümör, Osteokondrom

PA akciğer grafisi



Resim 1. Taburculuk öncesi PAAG

PA akciğer grafisi



Şekil 2. Preoperatif PAAG

P-215

BİR FİBRÖZ DİSPLAZİ OLGUSU

Selim Şakir Erkmen Gülhan¹, Merve Şengül¹, Leyla Nesrin Acar¹,
Ertan Aydın¹, Barış Hekimoğlu¹, Pınar Bıçakçıoğlu¹, Funda Demirağ²

¹Ankara Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Ankara

²Ankara Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Anabilim Dalı, Ankara

Giriş: Fibröz displazi kemiğin mezenkimal kökenli, normal kemiğin yapıca zayıf fibröz ve osseöz doku ile yer değiştirmesi sonucu oluşan lokalize iyi huylu gelişimsel bir anomalisidir. Üç formu tanımlanmıştır, monostotik fibröz displazi en çok görülen formdur (%70). Fibröz displazinin nadir de olsa %0.5 oranında maligniteye dönüşme potansiyelinin olduğu, radyoterapinin malignite riskini artırdığı bilinmektedir. Bu çalışmamızda fibröz displazi tanısı alan bir olgumuzu sunduk.

Olgu: 42 yaşında erkek hasta sol meme altında eline gelen kitle nedeniyle kliniğimize başvurdu. Çekilen PA akciğer grafisinde sol

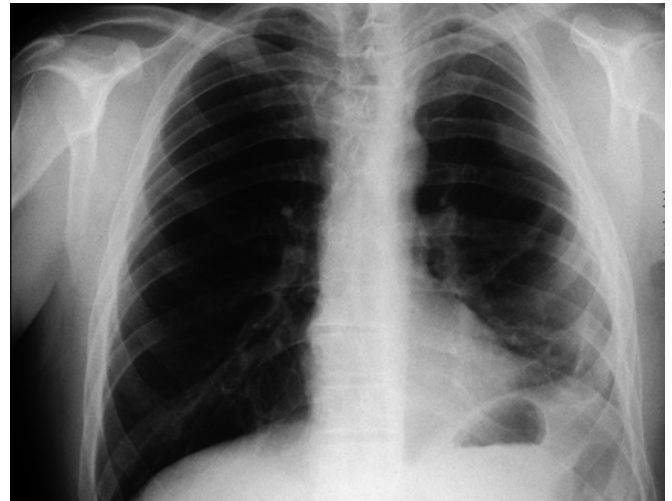
hemitoraksta 2. kostada ekspansiyon izlendi. Toraks BT'de solda 2. kot anterolateral seviyede kotta belirgin ekspansiyona neden olan çevresi punktat tarzda kalsifiye, homojen düşük dansiteli kemiğe ait kitlesel lezyon saptandı (osteokondrom?, osteoblastom?). PET-BT'de sol 2. kosta anterolateralinde çevresi kalsifik görünümlü, belirgin lobüle kontur yapısı gösteren yaklaşık 9x5x6 cm boyutundaki içerisinde yer yer hiperdens alanlarda barındıran ekspansil lezyonun özellikle periferik kesimlerde yoğun artmış metabolik aktivite tutulumu (SUVmax:13.47) mevcuttu.

Hastaya sol torakotomi ile 2. ve 3. kot enbloc rezeksiyonu ile toraks duvarı rekonstrüksiyonu uygulandı. Postoperatif patoloji sonucu fibröz displazi olarak raporlandı. Postoperatif komplikasyon gelişmeyen hasta 7. günde taburcu edildi. Birinci ay kontrolünde sorunsuz takip edilmektedir.

Sonuç: Gerek malign gerek benign göğüs duvarı tümörlerinde esas tedavi cerrahi rezeksiyondur. Fibröz displazinin izole tek kot tutulumu yaptığı durum-larda maligniteye dönüşme potansiyeli, kotta ekspansiyona, destrüksiyona, patolojik kırıklara ve kronik ağrıya neden olması nedeniyle lezyonun olduğu kotun enbloc çıkarılması etkin bir yöntemdir.

Anahtar Kelimeler: fibröz displazi, kot tümörü

PA akciğer grafisi



Resim 1. Postoperatif 1. ayda PAAG

PA akciğer grafisi



Resim 2. Preoperatif PAAG

P-216

AKCİĞER METASTAZI SAPTANAN TER BEZİ KARSİNOMLU OLGU:**Burcu Yapar Taşköylü¹, Gökçen Demiray¹, Gamze Gököz Doğu¹, Arzu Yaren¹, Figen Türk², Ferda Bir³**¹Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı, Denizli²Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Denizli³Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Denizli

Malign ter bezi tümörleri nadir rastlanan tümörlerdir. Aksilla başta olmak üzere anogenital bölge, saçlı deri, göz kapağı, meme, gövde, dudakta izlenir. Biz lokal eksizyon sonrası on iki yıldır hastalısız olarak takip edilen ve yeni akciğer metastazı gelişen ter bezi karsinom tanılı bir olgunun klinik ve patolojik özelliklerini sunduk.

50 yaşında erkek hasta, nefes darlığı şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Çekilen toraks BT de sol akciğer üst lobda 5x4 cm çapında, mediasten invazyonu gösteren kitle lezyonu saptandı. Hastanın öyküsünden 1996 yılında sol ön koldan, 2001 yılında da sol aksilladan biyopsi alındığı ve her iki patoloji raporunun ter bezi karsinomu ile uyumlu olduğu öğrenildi. Ayrıca her iki operasyon sonrasında hastaya radyoterapi verilmişti. Hasta on iki yıldır remisyonda izlemde iken, sol torakotomi ve biopsi ile alınan örnek; histopatolojik ve immünohistokimyasal Bulgular hastanın öyküsü ile birlikte değerlendirildiğinde ön planda ekrin karsinom metastazı ile uyumludur şeklinde raporlandı. Yapılan immünohistokimyasal incelemede tümör hücreleri PANCK, Vimentin ve NSE pozitif, CD99 fokal pozitif, S100, HMB-45, sinaptofizin, kromogranin, kalretinin, nörofilament, düz kas aktin, desmin, CD3, CD20, TdT, napsin ve desmoglein negatif saptandı. Hastaya cisplatin-etoposid tedavisi başlandı. Üç kür sonrası yapılan değerlendirmede sağ hemitoraksı tama yakın doldurarak göğüs duvarı ve mediastinal yapılara invazyonu bulunan heterojen kitle lezyonu, perikardiyal, sürrenal ve kemik metastazı saptandı. Hastada süperior vena kava sendromu gelişmesi üzerine palyatif radyoterapi verildi. Hasta akciğer metastazı geliştikten beş ay sonra solunum yetmezliği nedeniyle kaybedildi.

Malign ter bezi tümörleri genellikle yavaş büyüyen, soliter, subkutanöz ve dermal nodüller olarak izlenmekte ve en çok baş ve boyun bölgesinde ve ekstremitelerde yerleşim göstermektedirler. Malign ter bezi tümörlerinin apokrin ve ekrin olmak üzere iki alt tipi bulunmaktadır. Ekrin ter bezleri vücudun hemen hemen bütün yüzeyine yayılmışlardır. Özellikle avuç içi, ayak tabanı ve koltuk altında çok sayıda bulunurlar. Apokrin bezler ise meme başı, koltuk altı, memenin areolası, anüs çevresi, genital bölge ve gözkapaklarında bulunur. Malign ter bezi tümörleri, genellikle bölgesel lenf düğümlerine ve hematojen olarak uzak organlara metastaz yapan agresif tümörlerdir. Nüks genellikle ilk olarak bölgesel lenf nodlarında görülmektedir. En sık uzak metastaz akciğere ve kemiklere olmaktadır. Tedavi metastatik hastalığın değerlendirilmesini, agresif rezeksiyonu ve klinik olarak pozitif lenf nodları için terapötik lenfadenektomiye içerir. Radyoterapi veya kemoterapinin rolü, bu lezyonların nadirliğinden dolayı tam olarak netleşmemiştir.

Sonuç olarak, ter bezi karsinomu nadir bir tümördür ve bu nedenle tedavi yöntemleri ve sonuçlarını değerlendiren çok sayıda seri yoktur. Bununla birlikte, bildirilen az sayıda serinin sonuçları

bu olguların genellikle ikinci ve üçüncü yıllarında nüks olmakla beraber, literatürde cerrahiden otuz yıl sonra nüks saptanan 1 olgu da bildirilmiştir. Ter bezi karsinom tanılı hastalarda lokal nüks ve uzak metastaz uzun yıllar sonrasında da görülebildiği için hastaların takibinin yaşam boyu devam etmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: ter bezi karsinomu

P-217

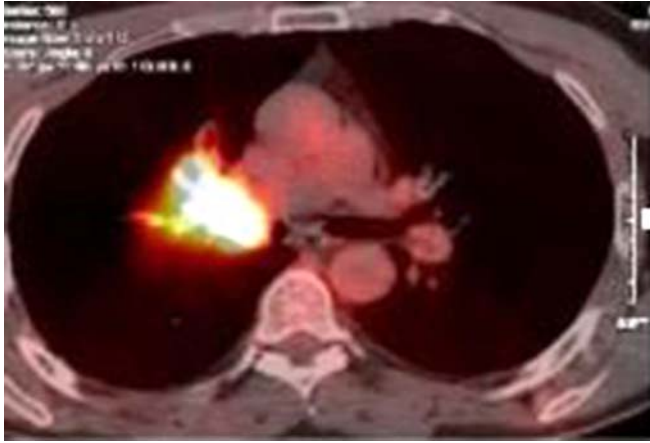
LOKAL İLERİ KÜÇÜK HÜCRELİ DIŞI AKCİĞER KANSERİNDE İNTRAARTERİYEL İNDÜKSİYON KEMOTERAPİSİ SONRASI CERRAHİ; OLGU SUNUMU**Necdet Öz¹, Ayşegül Kargı Odabaşoğlu², Metin Çevener³, Ahmet Bülent Kargı⁴, Saim Yılmaz³, Akın Yıldız⁵, Mustafa Özdoğan²**¹Özel Medstar Antalya Hastanesi, Antalya Göğüs Cerrahisi Kliniği, Antalya²Özel Medstar Antalya Hastanesi, Antalya Tıbbi Onkoloji Kliniği, Antalya³Özel Medstar Antalya Hastanesi, Antalya Girişimsel Radyoloji Kliniği, Antalya⁴Özel Medikalpark Antalya Hastanesi, Antalya Göğüs Cerrahisi Kliniği, Antalya⁵Özel Medstar Antalya Hastanesi, Antalya Nükleer Tıp Kliniği, Antalya

Küçük hücreli dışı akciğer kanserinde evreleme sisteminde evre 3A da yer alan t4 tümörler mediastinal lenf nodu yayılımı olmaması durumunda operable tümörlerdir. Mediastinal tutulum varlığında indüksiyon radyoterapi ve/veya kemoterapi sonrası tekrar değerlendirme uygun olur.

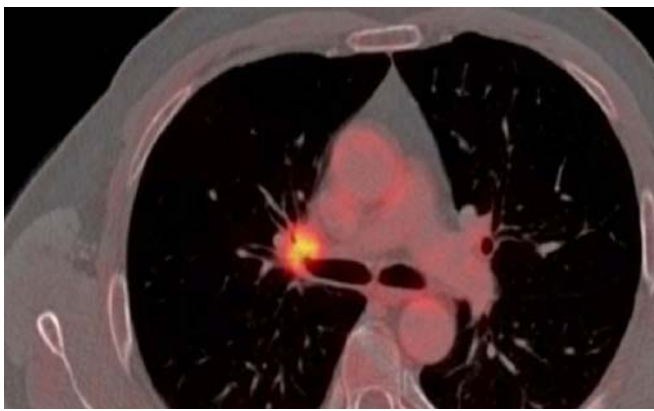
Elli beş yaşında erkek hasta öksürük, balgamda kan hırıltılı solunum yakınması ile başvurdu. Bronkoskopi ile yassı hücreli karsinoma tanısı almış. Pozitron emisyon tomografide sağ üst lobda karinaya invaze uzak metastazı olmayan santral yerleşimli 5 cm çaplı kitle lezyonu mevcuttu. Sağ ana bronшта endobronşial tümör obstrüksiyona yol açan tümör mevcuttu. Olguya eş zamanlı rijid bronkoskopi ve mediastinoskopi yapıldı. Sağ üst lob bronşundan kaynaklanan sağ ana bronşu daraltan lezyon saptandı. Lezyon kolter ve forcepsle eksize edilip lümen açıklığı sağlandı. Takiben mediastinoskopi yapıldı. Sağ 2, 4, 7 sol 2,4 nolu istasyonlardan biyopsiler alındı. Hastada mediastinal lenf nodları reaktif olarak raporlandı. İntraarteriyel 3 kür kemoterapi sonrasında kontrast pet ct de kitlenin %75 oranında küçüldüğü gözlemlendi. Hastaya önce sağ üst lobektomi mediastinal disseksiyon yapıldı. Frozen incelemede bronş cerrahi sınır sağ ana bronş distali ve proksimalinde tutulmuş olarak raporlandı. Ancak karina rezeksiyonu ile cerrahi sınır negatifliği sağlanabildi. Olguya sağ üst karinal sleeve lobektomi yapıldı. Uzun takip patolojik inceleme t4n1 olarak raporlandı. Hastada geçici rekürren sinir paralizisi gelişti. İki aydır sorunsuz takibediliyor.

Hasta lokal ileri tümörde literatürde nadir uygulanmayan intraarteriyel indüksiyon kemoterapisi uygulamasına iyi cevap vermiş olması ve karinal sleeve sağ üst lobektomi yapılması nedeniyle sunulmaya değer bulundu.

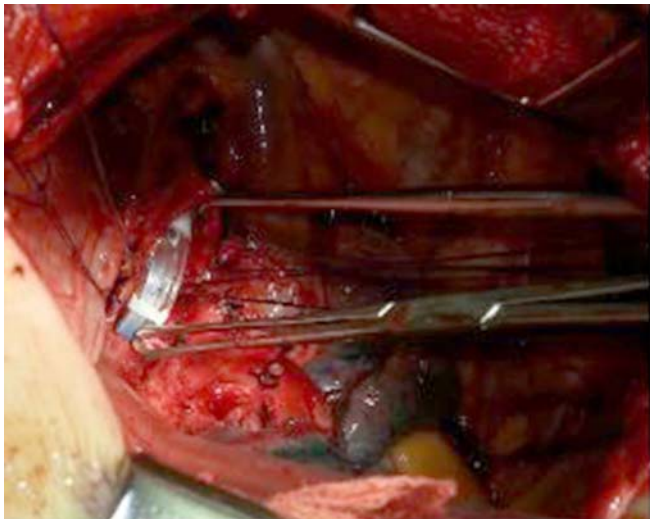
Anahtar Kelimeler: intraarteriyel kemoterapi, indüksiyon kemoterapisi, karinal sleeve lobektomi



Resim 1. Başvuruda PET-CT'de sağ üst lobda kitle lezyonu



Resim 2. İntraarteriyel kemoterapi sonrası PET- CT.



Resim 3. Sol ana bronşun trakeaya tekrar anastomozu

P-218

KLİNİĞİMİZDE TAKİP EDİLEN KIRKBEŞ YAŞ VE ALTI KÜÇÜK HÜCRELİ DIŞI AKCİĞER KANSERİ TANILI HASTALARIN KLİNİKOPATOLOJİK ÖZELLİKLERİ

Nurgül Yaşar¹, Şener Cihan¹, Serkan Keskin¹, Fuat Yaman², Ferdi Aksaray², Yakup Büyükpolar², Tanju Berber², Cumhuriyet Demir¹

¹S.B. Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Onkoloji Kliniği, İstanbul

²S.B. Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyasyon Onkolojisi Kliniği, İstanbul

Amaç: Akciğer kanseri genelde orta yaş ve üstünde görülen bir hastalık olmakla birlikte daha erken yaşlarda da görülebilir. Fakat daha erken yaşlarda gelişen akciğer kanseri ile ilgili elimizdeki veriler sınırlıdır. Biz, bu nedenle kliniğimizde takip edilen 45 yaş ve altı küçük hücreli dışı akciğer kanseri (KHDAK) tanısı almış hastalarımızın klinikopatolojik özelliklerini incelemeyi amaçladık.

Gereç-Yöntem: 2004-2012 yılları arasında KHDAK tanısı alan ve S.B Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Onkoloji Kliniği'nde izlenen 45 yaş ve altında toplam 63 hasta çalışmaya alındı. Hastaların yaşı, cinsiyeti, performans durumu (PS), sigara içme öyküsü, histopatolojik alt tipi, evresi, takip süresi, aldığı tedaviler hasta dosyalarından kaydedildi ve bu parametrelerin sağkalım üzerine etkileri araştırıldı.

Bulgular: Median izlem süresi 8 (1-62) ay, median yaş 42 (28-45) yıl olarak bulundu. On altı (%25) hasta kadın, 47 (%75) hasta ise erkekti. Hastaların %84'ünde sigara içme öyküsü vardı ve %80 hastada PS 0-2 idi. Histopatolojik alt tiplere bakıldığında: 30 (%48) hasta akciğer adenokanseri, 2 (%3) hasta büyük hücreli akciğer kanseri, 24 (%38) hasta ise skuamöz hücreli akciğer kanseri tanısı almıştı. Yedi (%11) hastada ise alt tiplendirme yapılamamıştı. Otuz yedi (%59) hasta evre 4, 18(%29) hasta evre 3B, 8(%12) hasta ise evre 1-3A hastalığa sahipti ve bu hastalardan sadece 3'üne cerrahi uygulanabilirdi. En sık metastaz yeri beyin (%30) ve sürrenal gland (%30) idi. Dört hasta beyin metastazı nedeni ile opere olurken, diğerleri radyoterapi almıştı. Hastaların %81'i kemoterapi (KT) alırken, en sık uygulanan kemoterapi rejimi cisplatin-gemcitabin (%48) idi ve median 4(1-6) kür KT alınmıştı. Evre 3A-3B olan 24 hastanın 14'ü ise kemoradyoterapi almıştı ve bu grupta median OS 16 ay (SE:2,5; %95 CI: 11-21) olarak bulundu. Yüzde 25 hasta 2. seri KT almıştı. Tüm hasta grubunda, median progresyonsuz sağkalım (PFS) 5 ay (SE:0,8; %95 CI: 3,5-6,5), median genel sağkalım (OS) ise 7 ay (SE:2; %95 CI: 3-11) olarak bulundu. Tek değişkenli analizde kadınlarda median OS 9 ay, erkeklerde ise 7 aydı (p=0,059). Adenokanser alt tipinde median OS 11 ay, skuamöz hücreli alt tipinde ise 5 aydı (p=0,08). Çok değişkenli analizde ise histopatolojik alt tip, PS ve evre OS'yi etkileyen bağımsız prognostik faktör olarak bulundu (sırasıyla p=0,039, p=0,05, p=0,006).

Sonuç: Biz geriye dönük olarak kliniğimizde takip ettiğimiz 45 yaş ve altı KHDAK'li hastalarımızı değerlendirdiğimizde; bu grupta adenokanser histopatolojik alt tipinin ülkemiz verileri ile karşılaştırıldığında daha sık olduğunu, hastaların ileri evrede başvurduğunu ve daha agresif seyrettiğini gördük. Kliniğimizde takip edilen hastaların verilerinin değerlendirilmesi tedavi yaklaşımımıza katkıda bulunabilir.

Anahtar Kelimeler: akciğer kanseri, 45 yaş ve altı hasta

P-219

PARAKARDİAK YERLEŞİMLİ MEDİASTİNAL KİSTİK LEZYONA VİDEO YARDIMLI TORAKOSKOPİK CERRAHİ İLE YAKLAŞIM

Selma Kara, Funda İncekara, Koray Aydoğdu, Ebru Sayılır, Göktürk Fındık, Sadi Kaya

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

Giriş: Mediastinal kistik lezyonlar primer mediastinal tümörlerin %12-18 kadarını oluşturmaktadır olup nadir görülürler. Benign veya malign olabilen bu primer mediasten kistli olguların çoğu semptomatiktir. Ancak, bazen rutin göğüs radyolojik incelemesi sırasında rastlantısal olarak da saptanabilmektedirler. Gerek kesin tanı, gerekse çoğu kez radikal tedaviyi sağlamakta cerrahi rezeksiyonun üstünlüğü vardır. Mortalite ve morbidite oranlarının düşük, komplikasyonlarının az sayıda olması ve hastanede yatış süresini kısaltması açısından video yardımcı torakoskopik cerrahi (VATS) öncelikle tercih edilmelidir.

Olgu: 48 yaşında bayan hasta sağ yan ağrısı şikayeti ile başvurdu. Çekilen iki yönlü akciğer grafisinde sağ parakardiyal alanda düzgün sınırlı lezyon saptandı. Toraks tomografisinde sağ parakardiyal alanda kalsifik duvar yapısı gözlenen 6x4.5 cm boyutlu kistik lezyon izlendi. Hastaya sağ lateral pozisyonunda VATS ile eksplorasyon uygulandı. 2 adet port ile girilerek kistik yapı parakardiyal yağ dokusundan dissekte edilerek çıkarıldı. Patoloji sonucu distrofik kalsifikasyon ve eski kanama alanları gösteren kistik lezyon olarak raporlandı. Hasta postoperatif 5. günde komplikasyonsuz olarak taburcu edildi.

Sonuç: Mediastendeki kitlenin büyüyerek çevresindeki yaşamsal yapılara baskı yapabilmesi ve önceden benign natürde olan neoplazik lezyonun zamanla malign hale gelebilmesi nedeniyle bu hastalarda erken tanı ve tedavi zorunludur. VATS yöntemi pahalı ve tecrübeli bir ekip tarafından uygulanması gereken, kısa ameliyat süresi, daha düşük sayıda komplikasyon, postoperatif daha az ağrı, kısa süreli hospitalizasyon nedenleriyle günümüzde öne çıkmaktadır.

Anahtar Kelimeler: cerrahi, mediastinal kistik lezyon, VATS

P-220

PEKTUS EKSKAVALUM DEFORMİTESİ DÜZELTİLMESİNDE REKONSTRÜKSİYON MATERYALİ KULLANIMI (OLGU SUNUMU)

Sezai Çubuk, Gökhan Ayberik, Orhan Yücel, Alper Gözübüyük

Gata Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Ankara

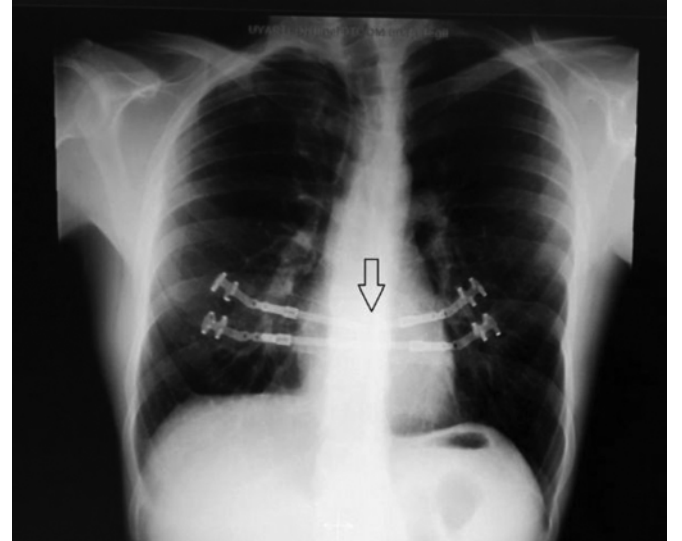
Pektus ekskavatum en sık saptanan konjenital göğüs deformitesidir. Tedavisinde sıklıkla Nuss yöntemi bazen de modifiye Ravitch yöntemi kullanılmaktadır. Son zamanlarda göğüs duvar rekonstrüksiyonu için üretilmiş titanyum barlar ile göğüs deformitesi düzeltme ameliyatları artmaktadır. Biz rekonstrüksiyon materyali ile göğüs deformitesi düzeltme cerrahisi uygulanmış ve bar kırılması nedeniyle barlarını çıkardığımız hastamızı sunmayı amaçladık.

21 yaşında erkek hasta pektus ekskavatum deformitesi nedeniyle başvurduğu sağlık kuruluşunda göğüs duvarı rekonstrüksiyon ve stabilizasyon materyali ile ameliyat edilmiştir. Pektus

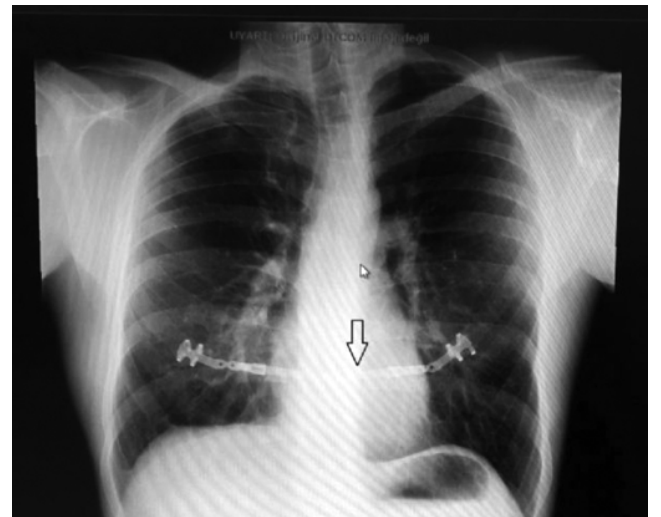
ekskaevalum deformitesini düzeltmek için iki adet titanyum bar ve bu barları sabitlemek için dört adet titanyum kelepçe kullanılmıştır. Kliniğimize kontrol amacıyla başvuran hastanın akciğer grafisinde barlardan birinin kırılmış olduğu tespit edildi (Resim 1). Hasta cerrahi olarak barın çıkarılmasını müteakip istirahatate gönderildi. İstirahat bitimi yapılan kontrol muayenesinde çekilen akciğer grafisinde çıkarılmamış olan diğer barın da kırılmış olduğu tespit edildi (Resim 2). Tekrar bar çıkarımı yapılan hasta kontrol muayenesine gelmek üzere istirahatate gönderildi (Resim 3).

Pektus ekskavatum deformitesi düzeltilmesi amacıyla bazı merkezlerde rekonstrüksiyon için üretilmiş titanyum barlar kullanılmaktadır. Asıl amacı göğüs duvar rekonstrüksiyonu ve kaburga stabilizasyonu olan titanyum materyaller derin pektus deformitesi olan olgularda ciddi basınca maruz kalmaktadır. Bu nedenle, hastamızda olduğu gibi bar basınca direnç gösterememiş ve kırılmıştır. Rekonstrüksiyon için üretilmiş titanyum barlar seçilmiş hastalara kullanılabilmekle beraber özellikle derin pektus deformitesi olan olgularda kullanılmaması daha uygun olacağı düşünülmektedir. Kırık barın komşu yapılarda yaralanmaya neden olabilecekleri için saptandıkları zaman çıkarılmalıdır.

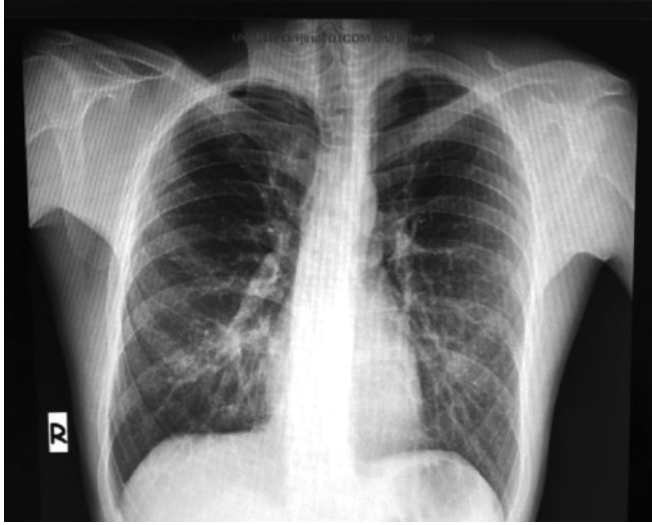
Anahtar Kelimeler: bar, pektus, rekonstrüksiyon



Resim 1. Hastanın rekonstrüksiyon barlarından birinin kırılmış olduğunu gösteren akciğer grafisi



Resim 2. Hastanın rekonstrüksiyon barlarından ikincisinin kınlanmış olduğunu gösteren akciğer grafisi



Resim 3. Hastanın kontrol grafisi

P-221

NADİR GÖRÜLEN BİR PATOLOJİ: DİFFÜZ İNTERSİTİYEL PULMONER NÖROENDOKRİN HÜCRE HİPERPLAZİSİ (DİPNEHH) 2 OLGU NEDENİYLE

Yeliz Erol¹, Kutsal Turhan¹, Ayşe Gül Ergönül¹, Ali Özdi¹, Deniz Nart², Alpaslan Çakan¹, Ufuk Çağırıcı¹

¹Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, İzmir

²Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, İzmir

Amaç: Diffüz intersitisyel pulmoner hücre hiperplazisi (DİPNEHH), yüksek oranda karsinoid tümöre eşlik eden bir lezyondur ve prekürsör lezyonu temsil eder. Literatürde şimdiye kadar bildirilen DİPNEHH vaka sayısı 100 olgudan az olup, kliniğimizde postoperatif patoloji sonucu DİPNEHH olarak raporlanan 2 olguyu paylaşmak istedik.

Olgu 1: 56 yaşında kadın hasta. Yaklaşık 2 ay önce öksürük sebebi ile tetkik edilen hastada sağ akciğer üst lobda 11mm nodül, mediastenden retrokaval alanda, paratrakealda 1 cm ve altında lenf bezleri saptanmış. PET-BT de nodülün SUV:4.8.

Olgu 2: 71 yaşında kadın hasta. Öksürük şikayeti nedeniyle tetkik edilen hastada, mediastinal lenfadenopati ve sağ akciğer üst lobda 14 mm nodül saptanmış. PET-BT'de nodülün SUV:3.7-4.5.

Sonuç: Her iki olguda da komplet rezeksiyon yapıldı ve postoperatif patoloji sonucu «tipik karsinoid tümör+diffüz intersitisyel pulmoner hücre hiperplazisi (DİPNEHH)» olarak raporlandı.

Tartışma: DİPNEHH kadınlarda erkeklere oranla daha fazla görülüp, genellikle çoğu olgularımızda olduğu gibi sigara içmeyen hastalardır. Çoğunlukla asemptomatik olup, dispne ya da non-produktif öksürük en sık semptomlar arasındadır. Benign biyolojik davranış göstermekle birlikte; belirgin respiratuar semptomlar, bölgesel lenfadenomegali ve düşük mortalite ile birlikte olup tedavisi komplet rezeksiyondur.

Anahtar Kelimeler: akciğer, DİPNEHH, karsinoid

P-222

KLİNİĞİMİZDE TAKİP EDİLEN ALT TIPLENDİRMESİ YAPILAMAMIŞ KÜÇÜK HÜCRELİ DIŞI AKCİĞER KANSERİ TANISI ALMIŞ HASTALARIN SAĞKALIMINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Nurgül Yaşar¹, Şener Cihan¹, Serkan Keskin¹, Cumhuri Demir¹, Yakup Büyükpolar², Tanju Berber², Fuat Yaman², Ferdi Aksaray²

¹S.B. Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Onkoloji Kliniği, İstanbul

²S.B. Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyasyon Onkolojisi Kliniği, İstanbul

Amaç: Akciğer kanseri tüm dünyada kansere bağlı ölümlerin en önemli sebebidir ve akciğer kanserlerinin %85'i küçük hücreli dışı akciğer kanseri (KHDAK)'dır. Bu hastalarda, histopatolojik alt tip tedavi seçiminde belirleyici olmaktadır. Buna rağmen, ülkemizde alt tiplendirme yapılmasında hala bazı zorluklar vardır. Biz bu çalışmamızda kliniğimizde takip ettiğimiz alt tiplendirmesi yapılamamış hastalarımızın sağkalımını ve tedavi seçeneklerini değerlendirmeyi amaçladık.

Gereç-Yöntem: 2006-2012 yılları arasında KHDAK tanısı alan ve S.B Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Onkoloji Kliniği'nde izlenen, alt tiplendirme yapılmamış olan 170 hasta çalışmaya alındı. Hastaların yaşı, cinsiyeti, performans durumu (PS), sigara içme öyküsü, evresi, takip süresi, aldığı tedaviler hasta dosyalarından kaydedildi ve bu parametrelerin sağkalım üzerine etkileri araştırıldı.

Bulgular: Median izlem süresi 7 (1-38) ay, median yaş 61 (30-82) yıl olarak bulundu. 6 (%4) hasta kadın, 164 (%96) hasta erkekti. 110 (%65) hasta < 65 yaş, 60 hasta ise ≥ 65 yaş (%35) idi. Hastaların %99'ünde sigara içme öyküsü vardı ve %70 hastada PS 0-2 idi. 112 (%66) hasta evre 4, 46(%27) hasta evre 3B, 12(%7) hasta ise evre 1-3A hastalığa sahipti ve bu hastalardan sadece birine cerrahi uygulanabilmişti. En sık metastaz yeri beyin ve kemikti. Hastaların %60'ı kemoterapi (KT) almıştı, en sık KT rejimi cisplatin-gemcitabin idi ve median 3 (1-6) kür KT almışlardı. Hastaların yalnız %9'u 2. Sıra KT almıştı. Evre 3A-3B olan hastaların %64'ü kemoradyoterapi almıştı. Bu grupta median progresyonsuz sağkalım (PFS) 6 ay (SE:0,8; %95 CI: 4,5-7,5), median genel sağkalım (OS) 10 ay (SE:0,5;%95 CI:9-11) idi. Evre 4 hastalıkta median PFS 3 ay (SE:0, 3;%95 CI:2,5-3,5), median OS 4 ay (SE:0,5;%95 CI:3-5) idi. Tüm grupta ise median PFS 4 ay (SE:0, 4; %95 CI: 3-5), median OS 5 ay (SE:0,6;%95 CI: 4-6) idi. Çok değişkenli analizde ise evre ve cisplatin-bazlı kemoterapi OS'yi etkileyen bağımsız prognostik faktörler olarak bulundu (sırasıyla p=0.0001,p=0,02). Cinsiyet,> 65 yaş olma ve PS ise çok değişkenli analizde prognostik öneme sahip değildi.**Sonuç:** Biz geriye dönük olarak değerlendirdiğimizde: kliniğimizde takip ettiğimiz alt tiplendirmesi yapılmayan hastalarda prognozün kötü olduğunu ve uygun hastalarda cisplatin-bazlı kemoterapinin iyi bir tedavi seçimi olabileceğini gördük.

Anahtar Kelimeler: KHDAK, sağkalım

P-223

POSTPNÖMONEKTOMİK BRONKOPLEVRAL FİSTÜLÜN TEDAVİSİNDE DAHA ÖNCEDEN BÖLÜNMÜŞ OLAN LATİSSİMUS DORSİ KASININ FLEP OLARAK KULLANILMASI

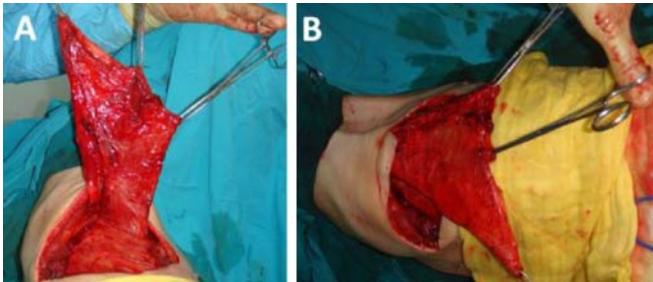
Tevfik Kaplan¹, Başar Kaya², Serdar Han¹, Erdem Yomruk²

¹Ufuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Ankara

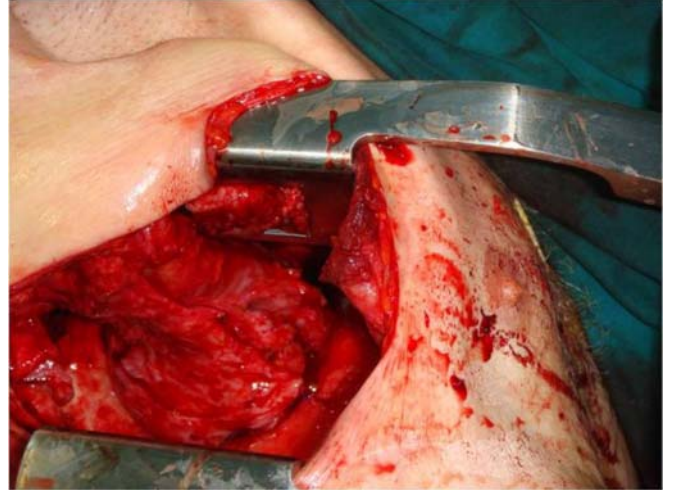
²Ufuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

Postpnömonektomi sonrası gelişen bronkoplevral fistülün (BPF) tedavisi Göğüs Cerrahileri için halen büyük bir sorundur. Bu olgumuzda daha önceden akciğer kanseri nedeniyle sağ pnömonektomi yapılmıştı. Hastanın takibinin birinci yılında BPF geliştiği tespit edildi. Bronkoplevral fistülün birkaç kez yapılan bronkoskopik doku yapıştırıcıları ile kapatılması işlemi başarısız olması üzerine intratorasik latissimus dorsi kas flebi transpozisyonu planlandı. Operasyondan önce yapılan doppler ultrasonografide latissimus dorsi kasını besleyen torakodorsal arterin önceki torakotomi operasyonu ile bölündüğü ortaya kondu. Bu sebeple operasyon stratejimizi, latissimus dorsi kasının segmental perforatör arterleri ile beslenmesi ve ters akımlı flep olarak kullanılması üzerine kurdük. Ancak intraoperatif diseksiyon sırasında torakodorsal arterin serratus dalının intakt olduğu tespit edildi. Bunun üzerine diseksiyon dikkatli bir şekilde yapılarak latissimus dorsi kası ve serratus anterior kasının parsiyel bir kısmı flep şeklinde kaldırıldı. Latissimus dorsi kası ve parsiyel serratus anterior kasından hazırlanan flep intratorasik transpoze edilerek BPF başarılı bir şekilde kapatıldı. Bronkoplevral fistülün tedavisinde, geçirilmiş torakotomi nedeniyle bölünmüş olan latissimus dorsi kası, torakodorsal arterin intakt bir serratus dalı mevcut ise güvenilir bir şekilde flep olarak kullanılabilir.

Anahtar Kelimeler: Postpnömonektomik Bronkoplevral Fistül, İntratorasik Kas Transpozisyonu



Resim 1A-1B. (A) Daha önceden bölünmüş olan latissimus dorsi kasının flep şeklinde kaldırılması **(B)** Latissimus dorsi kası ile parsiyel serratus anterior kas flebi hazırlanmış şekli



Resim 2. Latissimus dorsi ve serratus anterior kasından hazırlanan flebin intratorasik transpozisyonu

P-224

TEDAVİYE TAM YANIT VEREN KÜÇÜK HÜCRELİ AKCİĞER KANSERLİ HER OLGU, KORUYUCU KAFA IŞINLAMASINA ADAY MIDIR?

Yasemin Özdoğan¹, Ufuk Yılmaz¹, Serhat Erol¹, Burcu Yalçın¹, Esra Korkmaz Kıraklı², Ümit Gürlek², Salih Akşit³, Bahri Gümüş³

¹İzmir Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Bölümü, İzmir

²İzmir Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi, Radyasyon Onkolojisi, İzmir

³İzmir Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi, Radyoloji Bölümü, İzmir

Sınırlı evre küçük hücreli akciğer kanserinde (KHAK) kemo-terapi ve radyoterapi ile tam yanıt alınan olgularda koruyucu kafa ışınlaması (KKI) standart tedavi yaklaşımı olarak uygulanmaktadır. Başlangıçta beyin metastazı saptanmayan olgularda, KKI öncesinde beyin metastazı yönünden yeniden değerlendirme yapılması tartışmalı bir konudur. Bu çalışmanın amacı, KKI planlanan, nörolojik yakınmaları olmayan KHAK'li olgularda, beyin metastazı sıklığını belirlemektir. Bu amaçla sınırlı evre KHAK tanısı ile kemoradyoterapi ile tam yanıt alınan, 10 (%11) kadın, 89 (%89) erkek hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Yaş ortalaması 66 (44-81) idi. Başlangıç evrelemesinde, Seksenbeş (%85,8) olguda kraniyal bilgisayarlı tomografi (BT), 13 (%13.2) olguda kraniyal manyetik rezonans görüntüleme (MRG), 1 (%1) olguda kraniyal BT/MRG kullanıldı. KKI öncesi, 58 (%58.6) hastada kraniyal BT, 38 (%38.3) hastada kraniyal MRG, 3 (%3.1) olguda kraniyal BT/MRG tetkiki ile metastaz değerlendirmesi yapıldı. Yeniden değerlendirme ile, 18 (%20.2) olguda beyin metastazı gelişimi saptandı. Kemoradyoterapi ile tam yanıt alınarak KKI aday olan KHAK'li hastalarda, sessiz beyin metastazı sıktır. Bu nedenle, KKI öncesinde görüntüleme yöntemleri ile kranial metastazın değerlendirilmesi önerilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Küçük hücreli akciğer kanseri, koruyucu kafa ışınlaması, beyin metastazı

P-225

KAYNAĞI BİLİNMEYEN, ÇEPERİ KALSİFİK, MULTİBLE MİDİASTİNAL KİST, OLGU SUNUMU

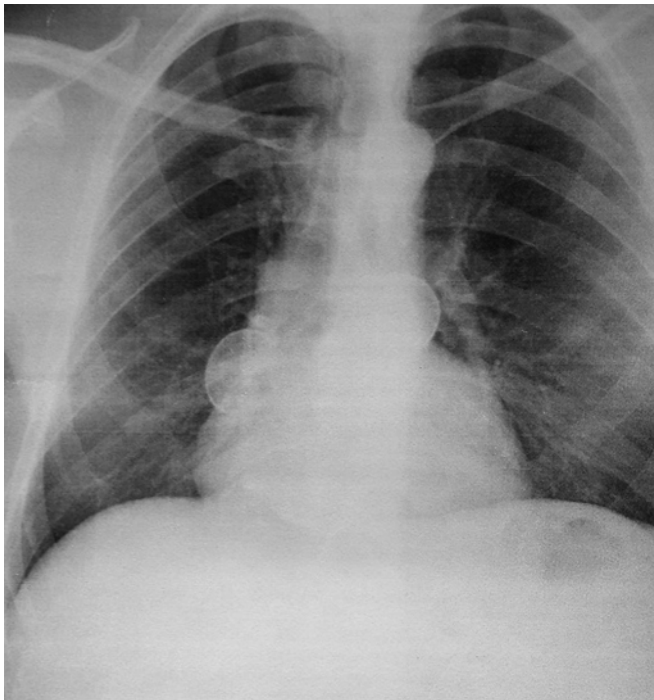
Muhammet Ali Yılmaz¹, Kamil Furtun²

¹19 Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Samsun

²Samsun Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Hastanesi, Samsun

Öksürük şikayeti ile gittiği Hekim tarafından, mediastinal kitle belirlenen hasta kliniğimize sevk edildi. Direk radyografi ve bilgisayarlı tomografi incelemelerinde, sağda paraortik ve parakardiyak yerleşimli, yaklaşık 4x3 cm boyutunda, yumurta kabuğu şeklinde kalsifikasyon gösteren kistik kitle belirlendi (resim 1). Aynı özellikleri gösteren, 5x4 cm boyutunda kitle sol parakardiyak bölgede de vardı. Torakotomi ile sağdaki lezyon explore edildi, perikarda ince bir sap ile bağlı, çevre dokulara invazyon veya yapışıklık göstermeyen, yuvarlak kitleye eksizyon yapıldı. Kist içeriği koyu yeşil ve çamur kıvamındaydı. Patoloji raporu "bir kaç alanda osifikasyon gösteren kalsifik kistik nodül" olarak geldi. Hastanın isteği üzerine 6 ay sonra sağdaki lezyon için torakotomi yapıldı. Benzer şekilde perikarda ince bir sapla tutunan ve aynı makroskopik özellikleri taşıyan kitle eksize edildi. Patoloji incelemesi, kalsifiye benign kistik kitle olarak rapor edildi. Her iki ameliyattan sonra komplikasyon gelişmedi ancak her iki lezyonun orijini belirlenemedi.

Anahtar Kelimeler: kalsifik, kistik, kitle



Resim 1. Bilateral düzgün sınırlı çeperi kalsifik kistik kitle

P-226

POSTOPERATİF ÜÇ BOYUTLU KONFORMAL RADYOTERAPİ UYGULANAN KÜÇÜK HÜCRELİ DIŞI AKCİĞER KANSERİ (KHDAK) TANILI HASTALARDA SAĞKALIMI ETKİLEYEN PROGNOSTİK FAKTÖRLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Cenk Umay, İlknur Alsan Çetin, Mehmet Murat Akın, İlhami Er,

Ayşe Nur Demiral, Rıza Çetingöz

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyasyon Onkoloji Anabilim Dalı, İzmir

Amaç: Opere KHDAK tanısı ile adjuvan radyoterapi ile tedavi edilen hastalarımızda sağkalımı etkileyen prognostik faktörlerin araştırılması amaçlandı.

Gereç-Yöntem: 2005-2011 tarihleri arasında KHDAK tanısı ile opere edilen ve DEÜTF Radyasyon Onkolojisi AD'da adjuvan konformal radyoterapi uygulanan 76 hasta retrospektif değerlendirildi. Evreleme 2010 AJCC evrelemesine göre yapılmıştır. Postoperatif radyoterapi endikasyonu olarak cerrahi sınır, N2 varlığı, inkomplet rezeksiyon, bulky yada multipl hiler lenf nodu varlığı, perinodal tutulum, cerrahi görüşü? olarak kabul edildi. Oncentra® planlama sistemi ile primus linac cihazı ile genellikle 18 MV(1.25-18) ile radyoterapi uygulandı. Hastaların tamamına konformal üç boyutlu planlama ile endikasyonlara göre değişmek üzere medyan 50Gy (44-66 Gy) RT uygulandı. Operasyon sonrası RT başlama zamanı medyan 75gün (22-246) idi. Postoperatif ile sınır pozitifliği alan ve mediasten radyoterapi alanı olarak saptandı. RT'ye ara verme süresi medyan 2 (0-16) gündür. SPSS 18.0 istatistik programı kullanılarak sağkalım oranları Kaplan-Meier yöntemi ile hesaplandı; tek değişkenli analizde log rank testi, çok değişkenli analizde ise Cox regresyon testi kullanıldı. Sonuçlar %95'lik güven aralığında, anlamlılık p<=0.05 düzeyinde değerlendirildi.

Bulgular: Medyan yaş 62 (41-80), E/K oranı 70/6 dir. Histolojik alltiplere göre dağılım; adenokarsinom 23 (%30), skuamöz hücreli karsinom 42 (%56), büyük hücreli karsinom 3 (%4), mikst tip 7 (%9), bilinmeyen 1 (%1) olarak izlendi. Postop RT öncesi Karnofsky performans statusu; 6 (%8) hastada %70, 28 (%37) hastada %80 ve 35 (%46) hastada %90 olup 7 (%9) hastada ise bilinmemektedir. Komorbidite hastaların 40'ında (%53) mevcuttur. Preop PET'i olan 47 hastada tümör medyan SUVmax değeri: 11,1 (4,3-44) dür. Klinik evre IA 3 (%4), IB 9 (%12), IIA 6 (%8), IIB 15 (%20), IIIA 29(%38), IIIB 6(%8), bilinmeyen 8 (%10) olarak saptandı. Operasyon tipleri dağılımı; pnömonektomi 25 (%33), bilobektomi 7 (%9), lobektomi 42 (%56), segmenektomi 1 (%1), wedge rezeksiyon 1 (%1) şeklindedir. Patolojik evre IB 3 (%4), IIA 6 (%8), IIB 14 (%19), IIIA 42 (%55), IIIB 10 (%13), bilinmeyen 1(%1) olarak belirlendi. Patolojik tümör boyutunun medyan 4,3 (1-13.5) cm olduğu ve hastaların 31 (%41)'inde cerrahi sınırın pozitif olduğu izlendi. Hastaların 20'sinde (%26) ekstrakapsüler invazyon, 48'inde (%63) lenfovasküler invazyon, 32'sinde (%42) perinoral invazyon saptandı. Hastaların 60'ına (%79) adjuvan kemoterapi uygulandı. Medyan 4 kür (2-8) uygulanan adjuvan kemoterapide platin bazlı rejimlerin oranı %77 idi. İzlem süresi medyan 31 (3-118) aydır. Hastaların %11'inde lokal nüks, %10'sında bölgesel nüks, %4 lokoregional nüks, %38'inde uzak metastaz izlendi. Dört yıllık genel sağkalım (GS) %50, hastalısız sağkalım %57, lokal nüksüz sağkalım %85, bölgesel

nüksüz sağkalım %80, uzak metastazsız sağkalım %52 olarak saptandı. Cerrahi sınır pozitif olan 31 olgunun yalnızca 8'inde lokal ve bölgesel nüks saptanmış olup %74' de lokorejional kontrol sağlanmış idi. Cerrahi sınır pozitif olan hastaların 4 yıllık lokal nüksüz sağkalım oranı %80 olarak saptandı. ($p=0.5$) Bölgesel nüksü olan 7 hastada nüks yeri 5'inde mediasten, 1'inde supraklavikuler bölge, 1'inde göğüs duvarında idi. Bu hastaların 6'sına KT, 1'ine RT uygulandı. 5 hasta RT alan içi, 1 hasta alan dışı, 1 hasta alan kenarı olarak nüks saptandı. Uzak metastaz saptanan 25 hastanın metastaz yeri dağılımları 9'inde kemik, 5'inde beyin, 2'sinde akciğerde yaygın nodüller, 2'sinde karaciğer, 2'sinde sürrenal ve 5'inde ise multipl metastaz şeklindedir. Bu hastalardan 5'ine RT, 14'üne KT ve 6'sına ise kombine tedavi uygulandı. Akut yan etkiler; %20 grade II özefajit, %4 hematolojik yan etkiler ve %5 radyasyon pnömonisi şeklindedir. Prognostik faktörlerin tek değişkenli analizinde, genel sağkalıma olumsuz etki eden istatistiksel anlamlı faktörler > 70 yaş ($p=0.01$) ve ektrakapsüler yayılım varlığıdır ($p=0.02$). Operasyon sonrası evre; hastalıksız sağkalım ($p=0.01$), uzak metastazsız sağkalım ($p=0.004$) ve bölgesel nüksüz sağkalımı ($p=0.003$) etkilemektedir. Ayrıca bölgesel nüksüz sağkalım için lenfovasküler invazyon varlığının ($p=0.007$), lokal nüksüz sağkalım için ise non-skumoz histoloji varlığının olumsuz faktör olduğu bulundu ($p=0.05$). Prognostik faktörlerin çok değişkenli analizinde ise yalnızca > 70 yaş ($p=0.05$) genel sağkalımı olumsuz etkilemektedir.

Sonuç: Sonuçlarımız literatürle uyumlu olup KHDAK tanıli postoperatif RT uygulanan hastalarda yaştan 70'in altında olması çok değişkenli analizde sağkalımı olumlu etkilemektedir. Tüm hastalarda üç boyutlu konformal postoperatif radyoterapi ile %80'in üzerinde, cerrahi sınır pozitif olan hastaların %74'ünde lokorejional kontrol sağlanmıştır. Etkinliğinin kanıtlanabilmesi için çok merkezli randomize çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Küçük hücreli dışı akciğer kanseri, postoperatif radyoterapi

P-227

ROMATOİD ARTRİTLİ HASTALARDA PULMONER NODÜL BENİGN-MALİGN AYIRIMINDA FDG-PET'İN YERİ

Umut Elboga, Ebuzer Kalender, Zeki Çelen, Mustafa Yılmaz
Gaziantep Üniversitesi, Nükleer Tıp Anabilim Dalı, Gaziantep

Giriş: Romatoid pulmoner nodüller romatoid artrit (RA) nadir bir bulgusu olup göğüs grafilerinde hastaların %1'inden azında saptanır. Sigara içen, seropozitif ve subkutan romatoid nodülü olan hastalarda daha sık görülürler. RA'da pulmoner nodüllere yaklaşım diğer hastalık gruplarından farklıdır. Sadece RA tanısı olduğu için pulmoner nodülleri benign kabul etmek erken evre akciğer kanseri gibi kür şansı olan bir malignitenin atlanmasına sebep olabilir. Flor (F)-18 izotopu ile işaretlenmiş deoksiglukoz (FDG) ile yapılan Pozitron Emisyon Tomografi (FDG-PET) ile malign tümörler, artmış glukoz metabolizmaları nedeniyle kolayca ve non-invaziv olarak görüntülenebilmektedir. FDG-PET tümör taramada sonuçların sayısallaştırılmasında standardize edilmiş uptake değeri (SUV) kullanılmaktadır. Malign lezyon tanısı için 2.5'un üzerindeki bir SUV değeri oldukça duyarlı ve özgül bir eşik değer olarak kabul edilmektedir. Bu yazıda pulmoner nodüllü romatoid artritle hastasında benign-malign ayırımında FDG-PET'in duyarlılığını tartıştık.

Olgu: 55 yaşında 6 yıldır RA tanısı ile takip edilen bayan hasta dirseklerde şişlik, nefes darlığı, öksürük şikayeti ile romatoloji polikliniğine başvurdu. Yan etki nedeniyle düzenli ilaç kullanımı öyküsü mevcut. (Leflunomide, Sulfasalazin, Metotreksat, Hidroksiklorokin, Metilprednizolon). Bilateral olekranon üzerinde nodüller saptanan hastanın Toraks BT'sinde aksiler, mediastinal büyüğü 1.5 cm lenf nodları ve her iki akciğer parankiminde büyüğü 3 cm. boyutunda kitlesel lezyonlar saptandı. Anti-TNF tedavisi planlanan hastaya malignite ekartasyonu için FDG-PET tümör tarama yapıldı. FDG-PET taramasında her iki akciğerdeki multipl nodüler lezyonlarda malignite sınırının altında FDG tulumu mevcuttu. (SUV: 2.0) VATS yapılan hastada histopatoloji akciğer nodüllerinin benign ve romatoid nodül ile uyumlu olduğunu gösterdi.

Tartışma: Literatürde pulmoner nodüllü RA hastalarında FDG-PET kullanımı ile ilgili 5 vaka bulunmaktadır. Tüm vakalarda pulmoner nodüller benign olarak saptanmış ve romatoid nodül kabul edilmiş. Üç vakada pulmoner nodül FDG tutulumlarının malignite düzeyinde malignite düzeyinde arttığı saptanmış. (H. Joosen ve ark. 2000, Siena M.B. ve ark. 1998, Umeda y. ve ark. 2007). Bizim vakamızla birlikte 3 vakada ise pulmoner nodüllerde malignite düzeyinin altında hafif artmış FDG tutulumu saptanmış (Sanjeev Bagga 2007, Promod Gupta ve ark. 2005). Bizim vakamızda göğüs dışındaki romatoid nodüllerde ve atlan-toaksiyel, dirsek, el bileği, omuz eklemlerinde daha belirgin artmış FDG tutulumu saptandı. Romatoid artritte eklem tutulumları enflamasyon nedeniyle FDG-PET görüntülemeye artmış FDG tutulumu göstermektedir. Sonuç olarak PET, romatoid nodül tanısında yüksek FDG tutulumu olan hastalarda yetersiz olup bu hastalarda malignite, enfeksiyon ekartasyonu için biyopsi, cerrahi gibi ek girişimsel işlemler gerekmektedir. Malignite düzeyi altında FDG tutulumu olan pulmoner nodüllü RA hastalarında ise klinik, radyoloji ve laboratuvar değerleri ile bu lezyonlar romatoid nodül kabul edilip gereksiz invaziv işlemlerden kaçınılabilir.

Anahtar Kelimeler: Romatoid Artrit, Pulmoner Nodül, FDG-PET

P-228

PLEVRAL EFÜZYON İLE BAŞVURAN B HÜCRELİ LENFOMA OLGUSU

Hacı Ahmet Bircan¹, Hüseyin Şencan², Şirin Başpınar³, İsa Döngel⁴, Mustafa Yıldız⁵, Güçhan Alanoğlu²

¹Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Isparta

²Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Isparta

³Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Isparta

⁴Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Isparta

⁵Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nükleer Tıp Anabilim Dalı, Isparta

Giriş: Malign plevral sıvı nedenleri arasında hematolojik maligniteler akciğer ve meme kanserlerinden sonra 3. sırada gelmektedir. Non-Hodgkin Lenfomada plevral sıvı insidansı %6-50 arasında değişmektedir. Plevral sıvının sitolojik incelemesi genellikle tanı koydurucudur. Plevral biyopsi ile B Hücreli Non-Hodgkin Lenfoma tanısı konan olgumuzu klinik pratikte nadir görülmesi nedeniyle sunmak istedik.

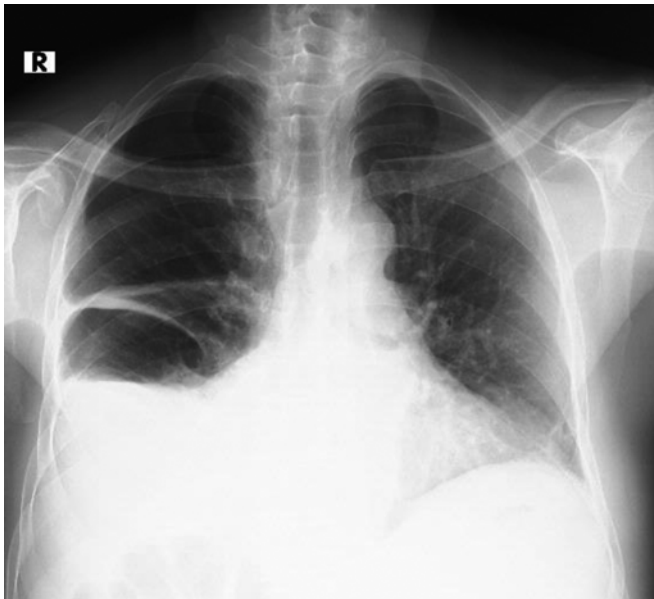
Olgu: 77 yaşında erkek hasta, 15 gündür karın ağrısı, nefes darlığı, hazımsızlık yakınmaları ile başvurdu. Fizik muayenesinde genel durumu iyi, bilinci açık, koopere, vital Bulguları normaldi. Sağda daha belirgin olmak üzere bilateral bazallerde matite ve

solunum seslerinde azalma, batında asit, bilateral pretibial ödem saptandı. Rutin tetkiklerinde lökosit: 9500/mm³ (%85 nötrofil, %6 lenfosit), Hb: 12.7 g/dl, Plt: 454.000/mm³, ESH: 18 mm/s, AST: 73 U/L, LDH: 1755 U/L, T. Prot: 5.6mg/dl, Alb: 2.7mg/dl, GGT: 74U/L, ALP: 314U/L bulundu. Diğer biyokimyasal parametreler ise normaldi. Çekilen akciğer grafisinde sağda kalp ve diyafragma konturlarını silen homojen opasite ve fissürde pleval sıvı ile uyumlu dansiteler saptandı (Resim 1). Sağdan yapılan torasentezin biyokimyasal olarak ampiyem ile uyumlu olması üzerine (sarı renkte, kokusuz, LDH: 9514, Ph: 7.27, T. Prot: 2.6, lökosit: 13400/mm³, nötrofil: 11.600/mm³, lenfosit: 1000/mm³) tüp torakostomi uygulandı. Parasentez sıvısının biyokimyasal özellikleri benzerdi. Her iki sıvıda nonspesifik ve spesifik etkenler yönünden üreme tespit edilmedi, ADA düzeyleri yüksek bulundu (112 ve 123 U/L). Pleval sıvıda romatoid faktör ve kompleman düzeyleri normal bulundu. Çekilen torakoabdominal BT'de sağ hemitoraksta tüp torakostomi varlığı, solda minimal pleval sıvı, özafagusta dilatasyon ve hava-sıvı seviyesi, mide duvarında ileri derecede kalınlaşma, para-aorta-kaval alanda multipl konglome lenf nodları, batında yaygın asit tespit edildi. Tanısal amaçlı VATS uygulandı ve alınan pleval biyopsinin patolojik incelemesinde yuvarlak oval nükleuslu nükleoller belirgin olmayan diffüz hücre infiltrasyonu görüldü. İmmünohistokimyasal incelemede bu hücrelerde CD45, CD20, CD79a ve bcl6 ile pozitiflik, PanCK, CD68, LMP-1, CD30, CD10, Siklin D1 ile negatiflik izlendi. Bu Bulgularla B Hücreli Non-Hodgkin Lenfoma tanısı kondu. Çekilen PET/BT' de mide duvarlarında F-18 FDG tutulumu (SUVmax 14.7) olan diffüz kalınlaşmalar (6 cm) ve yaygın lenf nodları saptandı (Resim 2 ve 3). Yapılan üst GIS endoskopide gastrik hipertrofik pililler ve kardiya mukozasında düzensizlik (lenfoma?) saptandı. Alınan biyopsilerin patolojik incelemesi henüz tamamlanmadı. Hastamız kemoterapi planlanması amacıyla hematoloji kliniğine devir edildi.

Sonuç: Biyokimyasal olarak ampiyem özelliği gösteren veya ADA düzeyi yüksek bulunan pleval sıvıların ayırıcı tanısında alta yatan bir hematolojik malignite her zaman akılda tutulmalıdır.

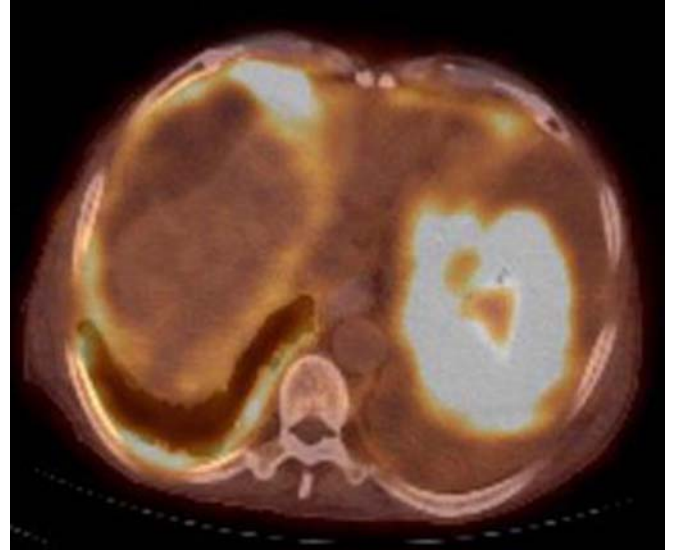
Anahtar Kelimeler: Malign pleval sıvı, B hücreli Non-Hodgkin lenfoma, immünohistokimya

PA Akciğer Grafisi



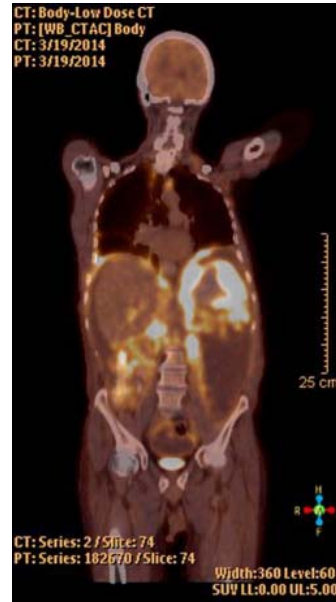
Resim 1. PA akciğer grafisinde sağda pleval efüzyon

PET/BT



Resim 2. PET/BT görüntüsünde mide duvarında F-18 FDG tutulumu

PET/BT-1



Resim 3. Olgunun PET/BT görüntüsü

P-229

AKCİĞER KANSERİ HASTALARDA METASTATİK KEMİK LEZYONLARININ SAPTANMASINDA FDG-PET/BT İLE KEMİK SİNTİGRAFİSİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Ertan Şahin¹, Ebuzer Kalender²

¹Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nükleer Tıp Anabilim Dalı, Tekirdağ

²Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nükleer Tıp Anabilim Dalı, Gaziantep

Amaç: Bilindiği üzere akciğer kanseri en sık ölümcül kanser nedenlerinden birisidir ve ileri evre akciğer kanserli hastaların hastalık seyri sırasında kemik metastazı görülme sıklığı yüksektir. Biz bu çalışmada Akciğer kanseri hastalarda kemik metastazlarının Florodeoksiglukoz-Pozitron Emisyon Tomografi/Bilgisayarlı Tomografi (FDG-PET/BT) ile saptanmasını değerlendirme- yi ve konvansiyonel bir teknik olan kemik sintigrafisi (KS)

ile doğruluğunu, duyarlılığını ve özgüllüğünü karşılaştırmayı amaçladık.

Yöntem: Retrospektif olarak yaptığımız çalışmamıza 2006-2009 tarihleri arasında bölümümüze FDG-PET/BT yapılmak üzere gönderilen ve aynı zamanda yakın tarihli (en fazla 1 ay) Tc99m-Metilendifosfanat (Tc-99m-MDP) ile tüm vücut kemik sintigrafisi (KS) yapılmış olan akciğer kanseri tanısı almış toplam 65 hasta bu çalışmaya dahil edildi. Hastaların 54'ü erkek, 11'i kadındı; yaş aralığı 39-73; ortalama yaş 59.4 ± 9.8 yıl idi. %98 hastanın histopatolojik tanısı vardı, ve bunların %87'si küçük hücre dışı %13'ü küçük hücreli akciğer kanseri idi.

Hastaların hepsinin PET görüntülemesi anabilim dalımızda mevcut olan 2 kesitli entegre Siemens Biograph 2 PET/BT cihazı ile yapılmıştı. KS görüntülemeleri ise 59 (%83) hastada düşük enerjili-yüksek rezolüsyonlu kolimatörler (LEHR) kullanılarak Philips Forte Çift Dedektörlü Gama kamera cihazı ile bizim merkezimizde, 6 (%17) hastada ise farklı dış merkezlerde yapılmıştı.

Kemik lezyonlarının metastatik olup olmadığına nihai kararı verirken; PET/BT ve/veya kemik sintigrafisindeki lezyonların görünüşleri ve dağılımları, varsa BT ve/veya MR görünüşleri ve biyopsi sonuçları referans alındı. Biyopsisi olmayan ve şüphede kalınan olgularda ise diğer laboratuvar tetkikler, takip eden klinisyenin görüşü ya da klinik seyirleri dikkate alınarak karara varıldı.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 65 hastada PET/BT ve kemik sintigrafisi görüntüleri incelenerek toplam 271 kemik lezyonu saptandı. Bu lezyonların 185'i (%68.2) iskelet metastazı olarak yorumlanırken, 86'sı (%31.8) benign karakterli kemik lezyonu olarak değerlendirildi.

Metastatik 185 kemik lezyonunun 165'i (%89.1) PET/BT görüntülerinde tespit edilirken, 20'si (%10.9) saptanamadı. Benign karakterde olduğuna karar verilen 86 kemik lezyonunun 15'i (%17.4) PET/BT görüntülemesinde kemik metastazı olarak değerlendirilmiştir.

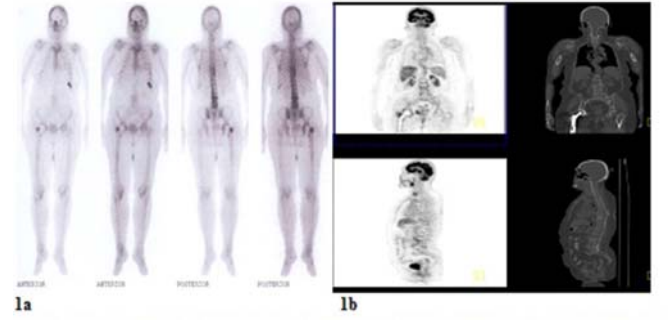
Metastatik 185 kemik lezyonunun 174'ü (%94) tüm vücut kemik sintigrafisinde tespit edilirken, 11'i (%6) saptanamadı. Benign karakterde olduğuna karar verilen 86 kemik lezyonunun 25'i (%29) tüm vücut kemik sintigrafisinde kemik metastazı olarak değerlendirilmiştir (Resim 1).

Kemik metastazlarının tespit edilmesinde FDG-PET/BT'nin doğruluğu %87.0; duyarlılığı %89.1; özgüllüğü %82.5 iken, KS'inde doğruluk %86.7; duyarlılık %94.0; özgüllük %70.9 idi (Tablo1). Akciğer kanser hastalarında kemik metastazı saptanmasında her iki yöntem arasında doğruluk yönünden istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmazken; PET/BT özgüllük yönünden KS'ne, KS duyarlılık yönünden PET/BT'ye istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha üstün bulundu. Osteolitik ve osteosklerotik metastazların saptanmasında iki tetkik arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık izlenmezken osteolitik lezyonlarda ortalama SUVmax değerleri osteosklerotik lezyonlara göre daha yüksek bulundu.

Sonuç: Akciğer kanseri hastalarında kemik metastazlarının saptanmasında, özgüllük ve duyarlılık yönünden FDG-PET/BT ve KS görüntüleme yöntemlerinin birbirlerine göre üstün yanları olduğu gerçeği bir kez daha doğrulanmış oldu ve iki tetkikin birbirinin tamamlayıcısı olarak kullanılmasının daha yararlı olacağı kanaatine varıldı.

Anahtar Kelimeler: Kemik metastazı, Tc-99mMDP, FDG-PET

Kemik sintigrafisinde Yalancı Pozitif Kemik Metastazları Bulgusu



Resim 1. Kemik sintigrafisinde (A) sol hemi-toraksta kostalarda ve torakal-lomber vertebralarda metastaz olarak değerlendirilen alanlarda PET/BT görüntülerinde (B) patolojik FDG tutulumu izlenmedi ve bu lezyonların benign nitelikte olduğu anlaşıldı.

Tablo 1. PET/BT ve KS Bulgularının değişik parametrelere göre değerlendirmesi.

Görüntüleme Yöntemi	Doğruluk	Duyarlılık	Özgüllük	PPD	NPD	GP	GN	YP	YN
PET/BT	236/271 %87.0	165/185 %89.1	71/86 %82.5	165/180 %91.6	71/91 %78.0	165	71	15	20
KS	235/271 %86.7	174/185 %94.0	61/86 %70.9	174/199 %87.4	61/72 %84.7	174	61	25	11

PPD: Pozitif Prediktif Değer; NPD: Negatif Prediktif Değer; GP: Gerçek Pozitiflik; GN: Gerçek Negatiflik; YP: Yalancı Pozitiflik; YN: Yalancı Negatiflik.

P-230

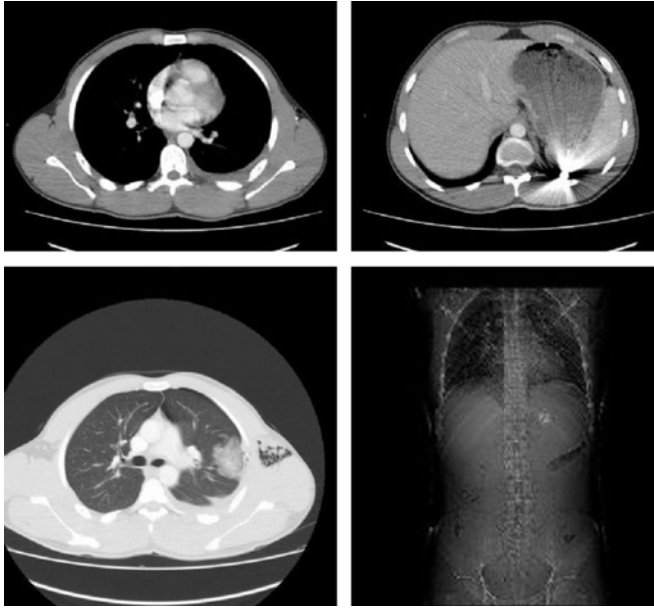
KURŞUN ADRES SORMAZ

Mehmet Erdoğan, Mehmet Ulu

Niğde Devlet Hastanesi, Niğde

Mermi kimi zaman cildi penetre edecek hıza sahip olduğu halde kemiği penetre edemez. Böylece mermi kemiğe çarpıp yön değiştirir. Cilt altından ilerleyerek ciltten dışarı çıkar. Bazıları ciltten çıkmayıp farklı traseyi takip ederek derin dokulara penetre olur. Olgumuzda benzer tablo meydana geldi. 25 yaşında bir erkek hasta ateşli silah yaralanması (ASY) tanısı ile acil servise getirildi. Hasta sol kolunda mermiye ait giriş deliği mevcuttu. Çekilen toraks BT'sinde sol hemopnömotoraks, sol akciğer üst lobta kontüzyo ve parankimal hemoraji görünüm mevcuttu. Hasta acil operasyona alındı. Sol torakotomi ile toraksa girildi. Kurşun torakstan çıkarıldı. Parankim tamiri ve kanama kontrolü yapıldı. Hasta yoğun bakıma alındı. Postop 7. gün şifa ile taburcu edildi. Sonuç olarak; olguda olduğu gibi kurşunun geldiği yer değil vardığı yer önemlidir

Anahtar Kelimeler: kurşun, ateşli silah yaralanması, hemopnömotoraks



Resim 1. Toraks BT: Sol akciğer üst lob anterior ve apikoposterior kesimde bronş laserasyonunda eşlik ettiği parankimal hemoraji ve kontüzyon alanı, solda hemopnömotoraks ve sol hemitoraks inferior kesimde diaframatik – plevra düzeyinde yoğun artefakta yol açan mermi çekirdeğine ait görünüm

P-231

BİLATEAL AKCİĞER METASTAZI İLE BİRLİKTE İSKELETDİŞİ MEZANKİMAL YERLEŞİMLİ KONDROSARKOM OLGUSU

Gülru Polat¹, Melih Büyüksirin¹, Hakan Koparal², Ahmet Yanarateş², Nur Yücel³, Sülün Ermete³

¹Dr Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları, İzmir

²Dr Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nükleer Tıp, İzmir

³Dr Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji

Kondrosarkomlar, göğüs duvarının osteosarkomlardan sonra en sık görülen malign kemik tümörleridir. Akciğerler en sık metastaz yeridir. Sarkomların akciğer metastazları röntgenlerde genellikle değişik boyutlarda yuvarlak nodüller şeklinde görülür. Olgumuz 3 aydır göğsün sağ yanında ağrı yakınması nedeniyle ağrı kesici ilaçlar kullanmaktaymış. Dış merkezde çekilen Toraks BT de her iki akciğerde multipil nodüller, sağ hiler bölgede 3 cm boyutlarında kile saptanmış. PET BT de sağ akciğer santralinde 3x4 cm boyutlu yumuşak doku lezyonu(SUVmax:8.1), her iki akciğerde dağınık yerleşimli düşük düzeyde 18FDG tutulumu gösteren metastatik lezyonlar, sol skapula dorsalinde kas yapı içinde izlenen yaklaşık 4x2 cm boyutlu kalsifik heterojen dansitede nonmetabolik lezyon izlendi. Bu lezyona yapılan trucut biyopsi patolojisi düşük dereceli kondrosarkom şeklinde yorumlandı. Bronkoskopiye ise sağ üst lob anterior içinde polipoid kitle lezyonu izlendi. Biyopsi sonucu mezankimal kondrosarkom metastazi olarak değerlendirildi. Olguyu, atipik klnik prezentasyonu, bilateal akciğer ve endobronşiyal metastazi, iskelet dışı mezankimal yerleşimli kondrosarkom olması nedeniyle sunmayı uygun gördük.

Anahtar Kelimeler: akciğer metastazi, kondrosarkom

P-232

FİBRÖZ DİSPLAZİNİN VATS İLE TEDAVİSİ

Bayram Altuntaş, Yener Aydın, Ali Bilal Ulaş, Coşkun Daharlı, Atilla Eroğlu
Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Erzurum

Video yardımcı torakoskopik kot rezeksiyonları nadiren rapor edilen uygulamalar olup açık cerrahiye göre daha avantajlı yöntemlerdir. Daha küçük insizyon gerekliliği, daha az ağrı olması, hastanede yatış süresinin ve ameliyat sonrası drenaj miktarının daha düşük olması açık yonteme olan avantajlarından bazılarıdır. Otuz altı yaşında bayan hasta kliniğimize sağ göğüs kafesinde son 7 yıldır olan ağrı ve şişlik şikâyetiyle başvurdu. Laboratuvar değerleri, solunum fonksiyon testleri ve EKG'si normal olan hastanın dış merkezde çekilen toraks MRG'sinde sağ beşinci kotta genişlemeye neden olan kitle lezyonu tesbit edildi. Torakoskopik olarak sağ 5. kotta parsiyel rezeksiyon yapıldı. Ameliyat sonrası dönem sorunsuzdu. Histopatolojik inceleme sonucu fibröz displazi olarak raporlandı. Kemik yapıların iyi huylu tümörleri olarak bilinen fibröz displaziler %50 oranında kaburgaları tutar ve %75 oranında da soliterdir. Fibröz displazilerin tedavisi konservatif ve cerrahi seçenekleri içerir. Asemptomatik vakalar takip edilebilirken semptomatik olanlara rezeksiyon uygulanır. Fibröz displazilerin torakoskopik rezeksiyonu literatürde şu ana kadar 4 olguda rapor edildiğinden dolayı bu vakayı sunmayı amaçladık.

Anahtar Kelimeler: Fibröz displazi, torakoskopi

P-233

AKCİĞER ADENOKARSİNOMLU HASTALARDA ROS-1 MUTASYONU

Şebnem Batur¹, Songül Şahin¹, Yeşim Eralp², Serap Hastürk³, Onur Dülger¹, Büge Öz¹

¹Istanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, İstanbul

²Istanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Medikal Onkoloji Bilim Dalı, İstanbul

³Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Medikal Onkoloji Bölümü, İstanbul

Küçük hücre dışı akciğer kansinomlarında özellikle adenokarsinomlarda hedefe yönelik tedavi seçiminde moleküler araştırmalar önemli yer tutmaktadır. EGFR, KRAS mutasyonu ve EML4-ALK rearranjanmanı negatif olgularda bir sonraki aşamada ROS-1 mutasyonu araştırılması gerektiği, literatürde giderek artan sıklıkta bildirilmektedir.

ROS-1 insülin reseptör ailesinden bir tirozin kinaz üyesi olup 6. Kromozom uzun kolu 22. lokusda yer almaktadır. Daha önce glioblastom, kolanjiokarsinom ve başka tümörlerde de tanımlanmıştır. Akciğer adenokarsinomlarında %1-2 oranında ROS-1 mutasyonu bildirilmektedir. ROS-1 akciğer adenokarsinomlarında değişik gen bölgeleri ile (en sık CD74-ROS-1 ve SLC34A2-ROS-1 partnerleriyle) füzyon oluşturarak mutant hale gelir. ROS-1 mutasyonu genç sigara içmemiş ya da az içmiş hasta popülasyonunda daha sıktır. Preklinik çalışmalarda ROS-1 mutasyonu olan olguların Crizotinip tedavisinden yanıt alabildikleri bildirilmektedir.

Biri 39 diğeri 34 yaşında metastatik akciğer adenokarsinomu olan iki kadın hastada EFGR mutasyonu ve ALK rearranjanmanı negatif olması üzerine yapılan ROS-1 incelemesinde translokasyon pozitif bulunmuştur. ROS-1 için immunhistokimyasal

incelemede D4D6 primer antikoru, FISH analizi için Empire Genomix- break apart probu kullanılmıştır.

Ülkemizde küçük hücre dışı akciğer kansinomlarında moleküler tetkikler giderek yaygınlaşmaktadır. ROS-1 mutasyon çalışmaları oldukça yenidir. Türkiye de ROS-1 pozitif bulunan ilk iki vakamızı literatür bilgileri eşliğinde sunmayı amaçladık.

Anahtar Kelimeler: Küçük Hücre Dışı Akciğer Karsinomu, ROS-1

P-234

TRAKEAL Y-STENTİN FİBEROPTİK BRONKOSKOP VE ENDOTRAKEAL TÜP KULLANILARAK İLE ACİL ÇIKARILMASI

Celal Karlıkaya¹, Suna Koç²

¹Kemerburgaz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

²Medicalpark Bahçelievler Hastanesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Bölümü, İstanbul

Malign etyolojili inoperabl büyük havayolu tıkanmalarında başlıca modalitelerden birisi de endobronşial tedavidir. Trakea alt uç, karina ve her iki ana bronşu etkileyen küçük hücreli dışı akciğer kanseri nedeniyle endobronşial tedavi ve sonrasında trakeobronşial dumon y stent takılmış 62 yaşında, bayan olgu kemoterapi sonrası gelişen nötropeni, yaygın pnömoni ve solunum yetmezliği tablosunda yoğun bakıma alındı. Yoğun bakım şartlarında mukus stazı nedeniyle tekrarlayan bronkoskopiler yapılan olgu gece geç saatlerde ventilatöre solunumsal direncin artması nedeniyle görüldü. Endotrakeal tüp içinden acil fiberoptik bronkoskopi yapılan, yoğun mukus tıkaçlar ve stent enfeksiyonu saptanan olguda stentin çıkarılmasına karar verildi. Geç saatlerde az personel şartlarında rijit bronkoskopiden önce stentin endobronşial tüp kullanılarak çıkarılmasına şans verildi. Önce mevcut 8.5 G endobronşial tüpü çıkarılarak 6 numara endobronşial tüp takılarak mekanik ventilasyona devam edildi. Nazal yoldan fiberoptik bronkoskopi aynı anda girilerek endobronşial tüp, 14 mm dış çaplı stentin içine yerleştirildi. Tüp cuff'ı stent içinde şişmesine rağmen sıkı tutunamıyor ve stentten kayıyordu ve stenti çıkarmada başarılı olunamadı. Bunun üzerine 5 G endobronşial tüp takılarak stentin içine girildi ve cuff basıncı bir şekilde şişirildi (Resim 1). Stenti sıkı bir şekilde tutan endobronşial tüp geri çekilerek stent kolaylıkla çıkarılmış oldu. Daha sonra hasta yeniden 8.5 G endotrakeal tüp ile entübe edilerek mekanik ventilasyona devam edildi. Bunun içinden FOB ile trakeobronşial sistem rahatlıkla ve rijit bronkoskopiye gerek kalmadan temizlenerek hastanın solunum yetmezliği düzeltildi. Daha önce trakeal T-tüp yerleştirilmesinin modifiye bir sistemi olarak endotrakeal tüplerin kullanımı tarif edilmekle birlikte trakeobronşial stentlerin fiberoptik bronkoskopi ve endotrakeal tüp kullanılarak çıkarılması bilgimize göre yeni bir yöntemdir.

Anahtar Kelimeler: Terapötik bronkoskopi, stent



Resim 1. Slikon stentin endotrakeal tüp aracılığıyla çıkarılması tekniği

P-235

PRİMER STERNUM KONDROSARKOMU REZEKSİYONU SONRASI GÖĞÜS DUVARI VE STERNOKLAVİKÜLER EKLEM REKONSTRÜKSİYONU:İKİ OLGU SUNUMU

Özkan Demirhan¹, Ahmet Demirkaya², Levent Eralp³, Gülçin Başdemir⁴, Kamil Kaynak⁵

¹İstanbul Bilim Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, İstanbul

²İstanbul Atakent Acıbadem Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği, İstanbul

³İstanbul Şişli Memorial Hastanesi, Ortopedi Kliniği, İstanbul

⁴İstanbul Nişantaşı Patoloji Laboratuvarı, İstanbul

⁵İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, İstanbul

Giriş: Primer sternum malign tümörleri nadir görülen göğüs duvarı tümörlerindendir. Genellikle metastaz sonrası görülür, en sık görülen malign primer tümör kondrosarkomdur.

Olgular: 52 ve 63 y iki erkek hastada göğüs ön duvarında şişlik ve ağrı şikayeti sonrası yapılan tetkiklerde çekilen toraks BT de manibrium sterni den kaynaklanan kitle tespit ediliyor. Her iki hastanın kitlesine yönelik yapılan trucat ve eksizyonel biyopside primer kondrosarkom tanısı konuldu. Yapılan sistemik taramada başka bir odakta metastaz tespit edilmeyen hastalara sternum rezeksiyonu ve göğüs duvarı rekonstrüksiyonu planlandı.

52 y E hastaya manibrium sterni, bilateral parsiyel klavikula ve bilateral 1. ve 2. kot parsiyel rezeksiyonu sonrası titanyum mash ile rekonstrüksiyon yapıldı.

63 y E hastaya manibrium sterni ve parsiyel korpus rezeksiyonu, bilateral parsiyel klavikula rezeksiyonu, bilateral parsiyel 1.2.3. kot rezeksiyonu sonrası titanyum mash rekonstrüksiyonu yapıldı. Erken dönemde postop komplikasyon olmadı, hastalar sorunsuz ekstremitelerle edildiler, normal ventilasyon ile göğüs duvarı hareketleri normaldi. Her iki hastada patoloji sonucu kondrosarkom geldi.

Tartışma: Primer sternum kondrosarkomlarında kemoterapi etkisizdir, radyoterapi nispeten etkili olduğu için cerrahi tedavi den başka seçenek yoktur. Sternoklaviküler eklem onarımı ile beraber yapılan göğüs duvarı rekonstrüksiyonlarının zorluk

derecesi yüksektir. Bu nedenle sternum tümörü rezeksiyonu sonrası göğüs duvarının stabilitesini ve esnekliğini sağlamada, sternoklavikular bileşkeye rahatlıkla implante edilebilen titanyum mash kullanımı uygundur.

Anahtar Kelimeler: Sternum tümörü, göğüs duvarı rekonstrüksiyonu

P-236

ABERAN DAMAR RÜPTÜRÜNE BAĞLI GELİŞEN SPONTAN HEMOPNÖMOTORAKS OLGUSU

Yusuf Kahya, Murat Özkan, Erhan Bulut, Elvin Hamzayev, Şevket Kavukçu
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Ankara

Amaç: Aberan damar rüptürü sonucu gelişen spontan hemopnömotoraks olgusunda kliniğimizin tedavi yaklaşımını sunmayı amaçladık.

Yöntem: Spontan hemopnömotoraks nedeniyle kliniğimizde takip ve tedavi edilmiş olan hasta literatür eşliğinde olgu sunumu olarak hazırlanmıştır.

Bulgular: Göğüs ağrısı ve nefes darlığı şikayetleri ile acil servise başvuran 27 yaşında erkek hastanın akciğer grafisinde sağ akciğerde total kollaps ve sağ hemitoraks alt zonda hava sıvı seviyesi izlendi. Kliniğimiz yoğun bakım ünitesine kabul edilen hastaya tüp torakostomi uygulandı. 1600 ml hemorajik drenajı olan, hemogloblin takibinde düşüş izlenen ve kontrol grafisinde akciğer ekspansiyonu sağlanamayan hastaya spontan hemopnömotoraks tanısıyla sağ posterolateral torakotomi uygulandı. Hemitoraks içerisindeki koagulum temizlendikten sonra eksplorasyonda; sağ akciğer üst lob apikalinde bül ve çok sayıda bleblerin olduğu ve bül içine giren aberan damarın rüptüre distal ucu izlendi. Toraks duvarının apeks bölgesinde, sağ subklavian venin sağ brakiosefalik vene döküldüğü yerde ise rüptüre aberan damardan kanamanın aktif olarak devam ettiği görüldü. Kanama kontrolü ve parankimin büllöz bölümüne wedge rezeksiyon uygulandı. Postoperatif 5. gün hasta taburcu edildi.

Sonuç: Travmatik olmayan ve açıklanamayan hipovolemik şok tablosu ile karşılaşılan hastalarda spontan hemopnömotoraks ayırıcı tanıda düşünülmelidir. Erken tanı ve zamanında yapılan cerrahi girişim ile tam iyileşme sağlanabilirken, tedavinin gecikmesinin olası dekortikasyon riskini arttıracığı unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: Spontan hemopnömotoraks, aberan

P-237

SPONTAN PNÖMOMEDİASTİNUM: OLGU SUNUMU

Yusuf Kahya, Murat Özkan, Çiğdem Gonca, Elvin Hamzayev, Şevket Kavukçu
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Ankara

Amaç: Spontan pnömomediastinum olgusunda kliniğimizin tedavi yaklaşımını sunmayı amaçladık.

Yöntem: Spontan pnömomediastinum nedeniyle kliniğimizde takip ve tedavi edilmiş olan hasta literatür eşliğinde olgu sunumu olarak hazırlanmıştır.

Bulgular: Göğüs ağrısı ve yutma güçlüğü şikayetleriyle acil servise başvuran 23 yaşında erkek hasta hastanın toraks BT' sinde mediastinal amfizem görüldü. Trakea perforasyonu, nekrotizan mediastinit ya da pnömotoraks izlenmedi. Sindirim sistemine ait organ perforasyonunu ekarte edebilmek için oral opaklı boyun-toraks-üst abdomen BT çekilen hastada opak maddenin lümen

dışına kaçışı gözlenmedi. Mevcut Bulgularıyla spontan pnömomediastinum düşünülen hasta kliniğimiz yoğun bakımına kabul edildi. Oral beslenmesi kapalı şekilde takibe alınan hastaya oksijen tedavisi başlandı. Ertesi gün yapılan oral opaklı özofagografide lümen dışına kaçak gözlenmeyen hastanın oral beslenmesi açıldı. Semptom ve Bulguları iyileşen, radyolojik takiplerinde pnömomediastinumda gerileme saptanan hasta 1 haftanın sonunda taburcu edildi.

Sonuç: Spontan pnömomediastinum konservatif tedaviye yanıt veren çoğu zaman iyi seyirli bir klinikte. Acil servise göğüs ağrısı, nefes darlığı ve yutma güçlüğü şikayetleriyle başvuran hastalarda ayırıcı tanıda spontan pnömomediastinum düşünülmelidir. Mediastinal amfizeme yol açabilecek yaşamı tehdit edici durumlar titizlikle araştırılıp ekarte edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: spontan, pnömomediastinum

P-238

ORBİTA TÜMÖRÜ KAYNAKLI MALİGN PLEVRAL EFÜZYON

Yusuf Kahya, Gökhan Kocaman, Tamer Direk, Murat Özkan, Serkan Enön
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Ankara

Amaç: Primeri orbita tümörü olan hastada gelişen malign plevral efüzyon olgusuna

literatürde daha önce rastlanmamış olup, bu ender klinik tabloyu sunmayı amaçladık.

Yöntem: Orbita tümörüne sekonder gelişmiş olan malign plevral efüzyon nedeniyle kliniğimizde takip ve tedavi edilen hasta literatür eşliğinde olgu sunumu olarak hazırlanmıştır.

Bulgular: Az diferansiye malign epitelyal tümör nedeniyle sol gözüne ekzantrasyon ve adjuvan radyoterapi uygulanan hasta 1 aydır devam eden nefes darlığı şikayeti üzerine göğüs hastalıkları kliniğinde tetkik edilmiş ve sol hemitoraksta plevral efüzyon saptanması üzerine hastaya farklı zamanlarda 3 kez terapötik amaçlı torasentez uygulanmıştı. Radyolojik takiplerinde efüzyonun tekrarladığı izlenen ve semptomatik hale gelen hasta plevral drenaj kateteri uygulanması amacıyla kliniğimize sevk edildi. Hastanın akciğer grafisinde sol hemitoraksta üst zona kadar ulaşan opasite izlendi. Toraks BT' sinde mediastinal ve hiler malign görünümlü lenf nodları, sol hemitoraksta masif plevral efüzyon izlenen hastanın PET-BT' sinde alt paratrakeal, aortikopulmoner ve subkarinal lenf nodlarında SUVmax:7,4-9,5 arasında değişen, plevral yerleşimli multipl nodüler lezyonda SUVmax: 15 patolojik tutulum raporlandı. Hastaya plevral drenaj kateteri uygulandı ve toplam 5000ml' nin üzerinde seröz efüzyon boşaltıldı. Çalışılan plevral sıvı sitolojisi malign epitelyal tümör metastazı olarak raporlandı. Metastatik görünümlü lenf nodlarına EBUS-TBNA yapıldı ve sitopatolojik incelemede orbital tümör metastazı ile uyumlu az diferansiye malign epitelyal tümör infiltrasyonu tespit edildi. Efüzyon miktarı günlük 100cc'nin altına düşünce tetrasiklin ile plörodezis uygulanarak kateter çekildi. Hasta tıbbi onkolojiye sevk edildi.

Sonuç: Malign plevral efüzyonun en sık nedeni akciğer ve meme kanseri metastazlarıdır. Günümüzde neredeyse tüm kanserlerin plevra metastazı yapabildiği bilinmektedir. Bu nedenle tüm onkolojik hasta grubunda plevral efüzyon varlığında efüzyonun malign olabileceği akla gelmelidir. Bu durum; tedavi protokollerin

belirlenmesi, gerekirse değiştirilmesi ve hastalık seyri ile ilgili önemli bilgiler sağlar.

Anahtar Kelimeler: orbita, malign, plevral efüzyon

P-239

ELASTOFİBROMA DORSİ; 11 OLGU

Mehmet Yıldırım¹, Hatice Demirbağ¹, Recep Ustaalioglu¹, Oya İmamoğlu¹, Bülent Aydemir¹, Ali Fuat Durusoy¹, Tamer Okay¹, Ilgaz Doğusoy²

¹Dr Siyami Ersek Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

²Kadıköy Acıbadem Hastanesi, İstanbul

Elastofibroma dorsi (ED); göğüs duvarında subskapular yerleşimli, oldukça nadir görülen, yavaş büyüyen, kapsülsüz olduğu için sınırları iyi ayırt edilemeyen benign bir tümördür. Lezyon karakteristik subskapular-infraskapular yerleşimi nedeni ile elastofibroma dorsi olarak adlandırılır. Sıklıkla 4-6.dekattaki bayanlarda görülür. Genellikle tek taraflı iken olguların %10'unda bilateraldir. Semptomatik hastalar çoğu kez hareketle artan omuz - sırt ağrısı ve şişlikten şikayetçidir. Fizik muayenede patolojik bulgu tespit edilemeyebilir ve kolayca gözden kaçabilir. Bu şikayetlerle başvuran hastada fizik muayenede patoloji tespit edilmese dahi mutlaka bilgisayarlı tomografi çektirilmelidir. Tedavi kitlenin cerrahi olarak eksize edilmesidir. Nüksün engellenmesi ve ağrının giderilmesi için total eksizyon yapılmalıdır.

Biz nadir görülen bir tümör olması, kolay gözden kaçabilmesi nedeni ile opere ettiğimiz 11 olguyu sunmayı amaçladık.

Ocak 2010-Aralık 2013 yılları arasında kliniğimizde 11 olgu ED nedeni ile opere edildi.5 olguda bilateral ED mevcuttu. Olguların 10'u kadın 1'i erkekti. Olguların yaşları 40-65 arasında ve ortalama 54 idi. Olgular sırt ağrısı ve sırtta şişlik şikayeti ile başvurdular. Fizik muayenede olguların 5'inde bilateral, 5'inde sol, 1'inde sağ subskapuler bölgede kitle tespit edildi. Biateral ED olgularında 2 ayrı seansta operasyon uygulandı ve kitleler eksize edildi. Patolojik inceleme sonucu tüm olgular elastofibroma dorsi olarak raporlandı. Olgularda postoperatif komplikasyon gelişmedi. Hemovak dren alınma süresi ortalama 4.9 gün, hastanede kalış süresi ortalama 8.6 gündü.

Sonuç olarak; elastofibroma dorsi nadir görülen bir tümör olması, fizik muayenede kolayca gözden kaçabilmesi nedeni ile ayırıcı tanıda unutulmamalıdır. Tek taraflı saptandığında karşı tarafta da olabileceği göz önüne alınarak ileri radyolojik tetkikler yapılmalıdır. Elastofibroma dorsi tespit edildiğinde cerrahi olarak çıkarılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: elastofibroma

P-240

INTRAOPERATİF GAMA PROBU KLAVUZLUĞUNDA MEDİASTİNAL YERLEŞİMLİ PARATİROİD ADENOMUNUN EKSİZYONU: OLGU SUNUMU

Mehmet Ali Sakallı, Murat Özkan, Elgin Özkan, Erhan Bulut, Seçkin Tunç Kasap, Murat Akal

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Ankara

Amaç: Hiperparatiroidi etyolojisi araştırılırken mediastinal yerleşimli kitle saptanarak eksizyon uygulanan olguda intraoperatif gama probu klavuzluğunun önemini vurgulamayı amaçladık.

Yöntem: Hiperparatiroidiye neden olduğu düşünülen anterior mediastinal kitle tanılı hastaya intraoperatif gama probu klavuzluğunda eksizyon uygulanmış ve patolojisi adenom olarak rapor edilmiştir. Intraoperatif eksplorasyona klavuzluk etmesi açısından gama probunun önemi olgu sunumu olarak hazırlanmıştır.

Bulgular: Halsizlik şikayeti ile acil servise başvuran ve yapılan biyokimyasal testlerde kalsiyum değeri 13mg/dL (normal değerler:8.6-10.2 mg/dL) olarak bulunması üzerine çalışılan PTH değeri 783,2 ng/L (normal değerler:12-88 ng/L) olarak ölçülen 44 yaşında erkek hasta hiperparatiroidi ön tanısı ile endokrinoloji kliniği tarafından incelenmek üzere yatırıldı. Paratiroid sintigrafisinde fokal aktivite birikimi paratiroid adenomu ile uyumlu olarak raporlandı. Toraks BT' 'sinde; ön mediastende, 20x14 mm boyutlarında, kontrastlanan yumuşak doku rapor edilen hasta multidisipliner konseyde tartışılarak kitleye yönelik cerrahi tedavi kararı verildi. Hastaya operasyondan yaklaşık 2 saat önce 15 mCi Tc-99m MIBI intravenöz enjekte edildikten sonra median sternotomi uygulandı. Değişken açılı intraoperatif Gama Probe (Europrobe) ile toraksta orta hattın solunda kalbin hemen üstünde yüksek değerli sayımlar alınması üzerine mevcut yumuşak doku geniş olarak eksize edildi. Postoperatif 1. gün kalsiyum değeri 8,9 mg/dL (normal değerler:8.6-10.2 mg/dL), PTH değeri 19 ng/L (normal değerler:12-88 ng/L) olarak normal sınırlarda ölçülen ve patolojisi paratiroid adenomu ile uyumlu olarak rapor edilen hasta postoperatif 7. gün taburcu edildi.

Sonuç: Primer hiperparatiroidinin en sık sebebinin paratiroid adenomları oluşturmakta olup, paratiroid adenomu için temel yaklaşım cerrahidir. Özellikle ektopik yerleşimli adenomlar için paratiroid sintigrafisi oldukça değerlidir. Paratiroid sintigrafisi pozitif olgularda operasyon öncesi yapılan 99mTc-MIBI enjeksiyonundan 1.5-3 saat sonra uygulanan cerrahi girişimde, gama probu adenom dokusunda artmış 99mTc-MIBI tutulumunu göstermede cerrahi ekibe klavuzluk sağlaması açısından çok önemlidir.

Anahtar Kelimeler: hiperparatiroidi, sintigrafi, gama probu

P-241

MEDİASTİNOSKOPİ SONRASI YOĞUN BAKIM TAKİBİ GEREKLİ MİDİR?

Ezgi Cesur, Çağatay Tezel, Serkan Bayram, Serdar Evman, Serda Kanbur Metin, Cansel Atinkaya, Volkan Baysungur, İrfan Yalçınkaya
Süreyyapaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

Giriş-Amaç: Mediastinoskopi, akciğer kanseri evrelemesi, malign ya da benign hastalıkların tanısını koymada veya evrelemesinde etkili bir yöntemdir. Mediastinoskopi pek çok göğüs cerrahisi merkezinde kullanılmakla birlikte yoğun bakım takibi ve hastanede yatış süreleri açısından farklılık göstermektedir. Çalışmamızın amacı, mediastinoskopi işlemi sonrası hasta takibinin yapılacağı birimi ve süreyi belirlemektir.

Yöntem: Ocak 2010 ile Kasım 2012 tarihleri arasında tanı veya evreleme amaçlı mediastinoskopi uygulanan 517 hasta geriye dönük olarak analiz edildi. Tüm hastalar ameliyat sonrası dönemde PACU-postanestezi bakım ünitesinde takip edilerek, nabız sayısı, kan basıncı ve O2 saturasyonu değerleri kaydedildi.

Bulgular: Ortalama yaş 53.04 (16-83), yoğun bakım ünitesinde ortalama kalış süresi 5 saat (3-23) olarak kaydedildi.

Altı (%1.1) hastaya bradikardi nedeniye tıbbi müdahale gerekti. Bradikardi nedeni ile müdahale edilen hastaların ortalama yaşı 55.5 (36-68) idi. Hastaların ikisinde (33.3%) kronik obstruktif akciğer hastalığı ve birinde hipertansiyon mevcuttu. İşlem sırasında lenf nodları, 3 hastada (50%) sağ taraftan ve 3 hastada (50%) bilateral olarak örneklenmişti. Bu 6 hastanın tamamı, ortalama 4.5 saat (3-8) sonrasında servis odasına alınmış ve ertesi sabaha kadar serviste takip edilmiştir.

Sonuç: Mediastinoskopi, göğüs cerrahisi pratiğinde rutin yapılan bir cerrahi girişim olup bazı çalışmalarda mediastinoskopi uygulaması ayaktan müdahale olarak değerlendirirken halen pek çok klinikte hastanın ortalama izlem süresi 24 saat olarak bildirilmektedir. Acil müdahale gerektiren komplikasyonu bradikardi olup çalışmamız göstermiştir ki işlem sonrası yoğun bakım ünitesi gerekli olmayıp post operatif 8 saatlik servis takibi yeterlidir.

Anahtar Kelimeler: bradikardi, mediastinoskopi, post-op yoğun bakım

P-242

SIRADIŞI BİR ENDOBRONŞİAL LEZYON; SARKOMATOİD KARSİNOM OLGUSU

Nesimi Günel, Ekin Zorlu, Berkant Özpolat, Koray Dural

Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Kırıkkale

Giriş: Sarkomatoid karsinomlar tüm küçük hücreli dışı akciğer kanserleri arasında nadir görülen ve oldukça kötü prognoza sahip tümörlerdir. Genellikle kemoterapiye dirençli tümörler olarak bilinmekle birlikte bu konuda az sayıda bilgi mevcuttur. Sol üst lobda yerleşen ve buradan sağ üst lob girişine kadar uzanan mobil bir endobronşial lezyonu olan sarkomatoid karsinom olgusu ve tedavi yaklaşımı sunuldu.

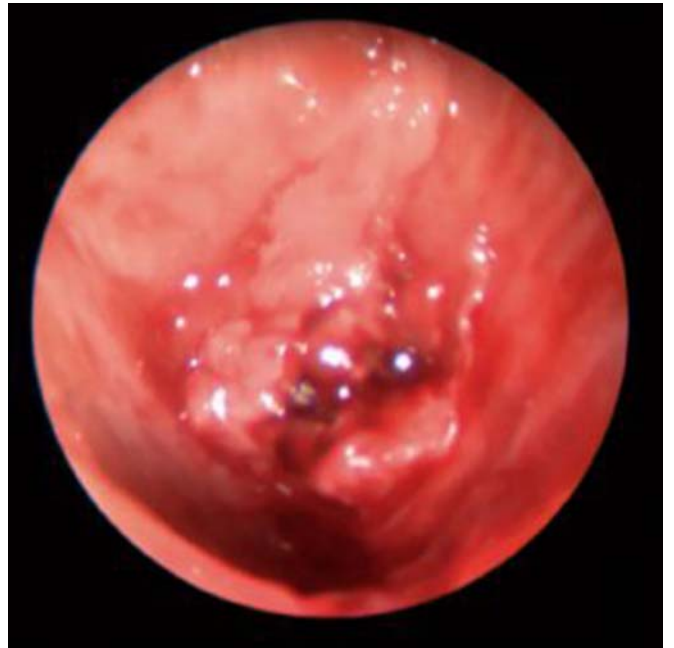
Olgu: 60 yaşında erkek hasta 3 aydır olan nefes darlığı ve halsizlik şikayetleri ile başvurdu. 30 paketyılı sigara öyküsü olan hastanın toraks bilgisayarlı tomografisinde sol üst lobda total ateletazi ve bu alan içinde sol ana bronş ve sol üst lob arter ve venini saran kitle lezyonu izlendi. Tanısal fiberoptik bronkoskopide sol üst lob ağzını tam tıkayan kitleden uzanan serbest bir parçanın karınayı geçerek sağ üst lob girişine kadar uzandığı görüldü. Lezyondan alınan biyopsinin tümünün nekrotik ve fibrinöz materyal içermesi üzerine lezyona rijid bronkoskopi ile total mekanik destruksiyon uygulandı. Patolojik incelemede "spindle cell karsinom" tanısı kondu. Düşük kardiyo-pulmoner kapasite nedeniyle medikal inoperable kabul edilen hastada ilk kür kemoterapi sonunda sol akciğerde total ateletazi saptandı. Kontrol bronkoskopide lezyonun tekrar karınaya ulaşacak kadar büyüdüğü ve sol ana bronşu tam tıkadığı izlendi. Total mekanik destruksiyon tekrarlandı ve sol ana bronş açıklığı tekrar sağlandı.

Tartışma: Sarkomatoid karsinoma 2004 WHO sınıflamasına göre pleomorfik karsinom, spindle cell karsinom, giant cell karsinom, karsinosarkom ve pulmoner blastom alt gruplarından oluşmaktadır. Genel olarak agresif klinik seyir gösteren bu tümörler erken evrede cerrahi tedaviden fayda görmekte ancak kemoterapiye dirençli kabul edilmektedir. Nadir görülen ve geniş ölçekli klinik çalışmaların az olduğu sarkomatoid karsinoma yaklaşımında yeni tedavi stratejilerine ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Endobronşial, mekanik destruksiyon, sarkomatoid karsinom



Resim 1. Sol üst lob bronşundan köken alan mobil lezyon



Resim 2. Total mekanik destruksiyon sonrası sol üst lob bronş girişinde tümör

P-243

SELÇUK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GÖĞÜS CERRAHİSİ KLİNİĞİNE REFERE EDİLEN AKCİĞER KANSERLİ KADIN OLGULARIN DEĞERLENDİRLMESİ

Güven Sadi Sunam¹, Murat Öncel¹, Fikret Kanat², Baykal Tülek²,
Hüseyin Yıldırım¹, Mecit Süerdem²

¹Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Konya

²Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Konya

Amaç: Bu çalışmada, akciğer kanserli hasta popülasyonumuzda kadın akciğer kanser olgularımızı retrospektif olarak

değerlendirerek klinik özelliklerini ve yapılan cerrahi tedavileri belirlemeyi amaçladık

Materyal-Metod: 2009-2014 yılları arasında Selçuk Üniversitesi Tıp fakültesi Göğüs Cerrahisi AD Kliniğinde takip ve opere edilen akciğer kanserli kadın olgular tarandı.

19 kadın akciğer kanser olgusu çalışmamıza dahil edildi. Hastane e-dosyalarından klinik verileri elde edildi.

Bulgular: Yaş aralığı 33-76, Meslek: hepsi ev hanımı idi. 2 olgu sigara içimi mevcut idi. 16 olgu postmenapozal idi. Eşlik eden hastalıklar en sık KOAH idi. En sık görülen semptom öksürük ve nefes darlığı idi. Tanı yöntemi olarak en sık VATS frozen biopsi kullanıldı. En sık patolojik tanı adenokarsinom idi. Postoperatif evrelendirmede 9 olgu evre 1 idi. En sık uygulanan cerrahi yöntem lobektomi idi. Olguların 5'ine postoperatif kemoterapi uygulandı. Postoperatif 2 olguda takiplerinde metastaz gözlemlendi.

Sonuçlar: Bu çalışmada belirli bir süreçte izlenen kadın akciğer kanserli olguların sonuçları değerlendirildi. Hastaların çoğunluğu 50 yaş üstündeydi ve en sık görülen hücre tipi adenokarsinom idi. Ameliyat edilen olguların hemen hemen yarısının evre 1 olması önemli bir bulguydu. Hastaların ileri evrede tespitini engellemek için mutlaka Toraks CT çekimlerinin endikasyonları ve takibi iyi yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Akciğer kanseri, kadın, cerrahi

P-244

AKCİĞER REZEKSİYON SPESİMENLERİNDE MENİNGOTELYAL BENZERİ NODÜLLER

Gökhan Kocaman¹, Yusuf Kahya¹, Cabir Yüksel¹, Sibel Perçinel², Ayten Kayı Cangir¹

¹Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Ankara

²Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Ankara

Giriş: Pulmoner meningeotelyal benzeri nodüller (PMBN) ile ilgili az sayıda araştırma bulunması nedeniyle görülme sıklığı, klinik ve patolojik açıdan önemleri ve ilişkili oldukları lezyonlar açısından bilgiler sınırlıdır. Bu çalışmanın amacı malignite nedeniyle yapılan akciğer rezeksiyonları sonrasında hematoksilen eozin kesitlerde tesadüfi olarak izlenen PMBN sıklığını saptamak ve ilişkili olabileceği diğer lezyonları ortaya koymaktır.

Hastalar ve Yöntem: Aralık 2009-Mart 2014 tarihlerinde kliniğimizde malignite nedeniyle opere edilen 759 hastanın patoloji raporları PMBN ve diğer lezyonlar açısından retrospektif olarak incelenmiştir.

Bulgular: Opere edilen 759 hastadan 652'sinin (%85.9) primer akciğer kanseri, 107'sinin ise (%14.1) metastatik akciğer kanseri olduğu saptanmıştır. 8 (%1.05) hastada PMBN tespit edilmiştir. Bu hastaların 3'ünün erkek, 5'inin ise kadın olduğu tespit edilmiş ve ortalama yaş 65 (46-80) olarak belirlenmiştir. PMBN'nin 7'si soliter, 1'i ise çoklu nodül olarak izlenmiştir. Olguların 7'si primer akciğer kanserli, 1'i ise metastatik akciğer kanserli hastada saptanmıştır. PMBN sıklığı primer akciğer kanserli olgularda %1.07 (7/652), metastatik akciğer kanserli olgularda ise %0.93 (1/107) olarak belirlenmiştir.

Sonuç: Literatürde operasyon temelli araştırmalarda PMBN sıklığı %1.1-9.5 olarak bildirilmektedir. Çalışmamızda PMBN sıklığı %1.05 olarak saptanmış ve bu oranın literatür ile uyumlu olduğu gözlemlenmiştir. Literatür ile benzer uyumun cinsiyet için de

söz konusu olduğu, serimizde de kadınlarda PMBN'nin daha sık görüldüğü tespit edilmiştir.

PMBN'nin klinik önemi henüz bilinmemektedir. PMBN içeren ve içermeyen hastaların klinik ve sağkalımları karşılaştırılarak yapılan çalışmalar ile bu lezyonun öneminin ortaya koyulabileceği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: pulmoner meningeotelyal benzeri nodüller

P-245

SOLİTER PULMONER NODÜL EKSİZYONUNDA VIDEO YARDIMLI TORAKOSKOPİK CERRAHİ, METİLEN MAVİSİ İLE İŞARETLEME

Ebru Sayılır, Funda İncekara, Koray Aydoğdu, Göktürk Fındık, Sadi Kaya

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

Giriş: Video yardımcı torakoskopik cerrahi (VATS) etiyojisi bilinmeyen pulmoner nodüllerin çıkarılması için rutin bir prosedür haline geldi. VATS sırasında küçük nodüllerin saptanmasında zorluklar yaşanabilir, derinde, akciğer parankiminde yerleşmiş bir nodül palpe edilse de torakoskopi ile görülemez. Nodüllerin yerinin saptanmasında bilgisayarlı tomografi (BT) eşliğinde metilen mavisi ile işaretleme, BT eşliğinde spiral/kanca tel yerleştirilmesi gibi çeşitli teknikler tarif edilmiştir.

Olgu: 59 yaşında kadın hasta rutin kontroller için dış merkeze başvurduğunda çekilen toraks BT'sinde sol akciğer alt lobda 7mm boyutlu soliter pulmoner nodül saptandı ve nodül takibine alındı. Altı ay sonraki kontrol BT'sinde nodülün boyutunda büyüme saptanan hasta tarafımıza yönlendirildi. Hastaya PET-BT çekirildi. Sol akciğer alt lob anterobazal segmentte izlenen 9mm boyutlu nodülde metabolik aktivite tutulumu saptanmadı. Hasta trans-toraksik ince iğne aspirasyon biyopsisine nodül boyutu nedeniyle uygun bulunmadı. Hastada düşük metabolik aktivite tutulumu olan malignite olasılığı nedeniyle operasyon kararı alındı. Hastaya preoperatif olarak BT eşliğinde metilen mavisi ile nodül işaretlenmesi yapıldı ve sol VATS yaklaşımı ile wedge rezeksiyon yapıldı.

Sonuç: Soliter pulmoner nodül, sıklıkla ameliyat öncesi BT taraması, anatomik önemli noktalardan yararlanılarak ve ameliyat sırasında parmak palpasyonu ile bulunur. Derin akciğer parankimi yerleşimli nodülleri VATS sırasında bulmak zordur. Preoperatif soliter pulmoner nodülün BT eşliğinde metilen mavisi ile işaretlenmesi VATS uygulaması sırasında güvenli ve kolay bir tekniktir.

Anahtar Kelimeler: Metilen mavisi, Pulmoner nodül, VATS

P-246

BİR AİLENİN ÜÇ ÜYESİNDE GÖRÜLEN ÇOKLU ORGAN KİST HİDATİK HASTALIĞI

Ebru Sayılır, Funda İncekara, Koray Aydoğdu, Göktürk Fındık, Sadi Kaya

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

Kist hidatik hastalığı, dünyanın özellikle koyun ve sığır yetiştirilen bölgelerinde endemiktir. Hastalık, Türkiye'nin Doğu ve Güneydoğu bölgesinde endemik olarak görülür. Senkron pulmoner ve hepatik kist hastalık vakalarının %20 ile %10'u olarak ortaya çıkabilir. Dalak kist hastalığı birlikte, akciğer ve diğer organ tutulumu %20 ile %50 arasında meydana gelmektedir. Kliniğimizde

bir ailenin üç üyesinde bilateral akciğerlerle birlikte karaciğer ve dalak kist hidatik hastalığı tespit edildi.

Öksürük ve karın ağrısı şikayeti olan 47 yaşında kadın ve erkek hasta dış merkeze başvurdu. Fizik muayenede, önemli bir özellik yoktu. Akciğer grafisinde bilateral multipl kistik lezyonlar görüldü. Hastalar kliniğimize sevk edildi. Toraks ve abdomen bilgisayarlı tomografisinde (BT) bilateral akciğer, karaciğer ve dalakta birden fazla kistik lezyonlar tespit edildi. Her iki olguda akciğer ile karaciğer kistlerine, sağ torakotomi ile akciğer kistlerine kistotomi ve kapitonaj ve transdiafragmatik olarak karaciğer kisti-ne kistotomi uygulandı. Ayrı seanslarda sol torakotomi ile akciğer kistlerine kistotomi ve kapitonaj uygulandı. Hastalar komplikasyon olmaksızın postoperatif 5. günde taburcu edildi. Patoloji kist hidatik membranı olarak raporlandı. Ailenin diğer üyesi olan 18 yaşındaki kadın hasta asemptomatikti. Akciğer grafisinde akciğerlerde bilateral kistik lezyonlar görüldü. Toraks ve abdomen BT'de diğer hastalarda olduğu gibi çoklu organ kist hidatik hastalığı tespit edildi.

Literatürde akciğer koruyucu cerrahi pulmoner kist hidatik hastalığı için tercih edilen bir tedavi seçeneğidir. Tek bir oturma sağ akciğer - karaciğer veya sol akciğer - dalak hidatik kist hastalıklarına transtorasik ve transdiafragmatik yaklaşım uygulanabilir. Bu yaklaşım, hastanede kalış süresini kısaltır ve morbidite ve mortalite azaltır.

Anahtar Kelimeler: Cerrahi, Kist hidatik

P-247

PEDİATRİK DEV GANGLİONÖROMA OLGUSU

Alper Avcı¹, İsmail Can Karacaoğlu¹, Leyla Müjde¹, Derya Gümürdülü², Cemal Özçelik¹

¹Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği, Adana

²Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Adana

Giriş: Ganglionöroma, sıklıkla sempatik gangliyon hücrelerinden, seyrek olarak da adrenal medulla, sempatik sinir ve periferik sinirlerden köken alan, nadir görülen, yavaş büyüyen, benign, nörojenik bir tümördür. Çoğunlukla asemptomatik ve tesadüfen saptanır. Burada sağ hemitoraksta dev kitleye neden olan, pediatrik ganglionöroma olgumuzu sunmaktayız.

Olgu: Dispne ve öksürük yakınmasıyla başvuran 16 yaşındaki erkek hastanın grafilerinde sağ hemitoraksta dev kitle görüldü. Bilgisayarlı tomografi görüntülemesinde, sağ hemitoraksta 18x16 cm boyutlu, mediastinal yapıları sola doğru iten kitle izlendi. PET-CT'de SUVmax 3.9 olarak hesaplandı. Transtorasik ince iğne aspirasyon biyopsi sonucunda ganglionöroma tanısı kondu. Sağ posterolateral torakotomi yapıldı. Kitlenin parankim kaynaklı olmadığı, sempatik gangliyonlardan kaynaklandığı görüldü. Lobüler yapıdaki kitle 3 parça halinde (18x16 cm, 10x7 cm, 10x2 cm) total olarak çıkarıldı. Histopatolojik olarak immatür nöronal-blastik komponent içermediği, S100(+), Sinaptofizin gangliyon hücrelerinde(+), NFP(+) olarak Ganglionöroma tanısı aldı. 3 aylık takiplerinde nüks saptanmadı.

Tartışma: Ganglionöroma; yavaş büyüyen, benign, nörojenik bir tümördür. Ancak, aşırı miktarda büyüyerek ciddi semptomlara da yol açabilir. Posterior mediastinum ve retroperitoneal bölge en sık yerleşim gösterdikleri yerlerdir. Yavaş büyümesi nedeniyle tanı genellikle geç ergen yaşlarda konmakta ve semptomlar genelde tümörün çevre dokuya yaptığı bası sonucu ortaya çıkmaktadır.

Ganglionöromanın görüntülenmesinde en iyi yöntemler BT ve MRG'dir. Bilgisayarlı tomografi, tümörün boyutunu, yerleşimini, kalsifikasyon ya da neoplazmin neden olduğu kemiksel değişiklikleri saptamak açısından değerlidir. Ganglionöromanın tedavisi cerrahi olarak çıkarılmasıdır. Spinal kord basısı olduğunda cerrahi dekompresyon gerekir. Tümörün tümüyle çıkarıldığı durumlarda ganglionöromanın tedavisinde adjuvan tedaviye gerek yoktur.

Anahtar Kelimeler: Ganglionöroma, Pediatrik, Cerrahi

P-248

TİMİK SKUAMÖZ HÜCRELİ KARSİNOM

Alper Avcı¹, İsmail Can Karacaoğlu¹, Derya Gümürdülü², Mediha Türktaş³, Cemal Özçelik¹

¹Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği, Adana

²Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Adana

³Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anestezi-Reanimasyon Anabilim Dalı, Adana

Giriş: Timik karsinomlar mediastende nadir görülen tümörlerdir. İnsidansı 10 milyonda 1-3'dür. Bu tümörler organotipik tümörler olan Timomalardan farklıdır. İyi differansiye timik karsinomlar (WHO-TipB3) timomalar içerisinde sınıflandırılırken diğer timik karsinomlar ayrı şekilde sınıflandırılır. Burada timik skuamöz hücreli karsinom olgumuzu sunmaktayız.

Olgu: 51 yaş kadın hasta öksürük ve göğüs ağrısı nedeni ile başvurdu. Toraks BT'de anterior mediastende 6x8 cm boyutlu, lobüle, heterojen kitle saptandı. Hastaya parsiyel median sternotomi ile 6x9x6 cm lik kitle ve mediasten yağ dokusu ile lenf nodları eksizyonu uygulandı. Operasyonda kitlenin arkus aorta yapışıklığı perikard açılarak serbestlendi, sol frenik sinirin invaze olduğu görüldü ve brakiosefalik ven'in invaze olduğu görüldü. Brakiosefalik ven'e parsiyel rezeksiyon ve perikardiyal yama ile rekonstrüksiyon uygulandı. Kitlenin histopatolojik tanısı timik skuamöz hücreli karsinom (non keratinize-high grade karsinom) olarak raporlandı. Anterior mediasten lenf nodu metastatik, diğer nodlar reaktif olarak raporlandı. Hasta T3N1M0 (Evre4b) olarak değerlendirildi. Postoperatif dönemde hasta radyoterapi almaya başladı.

Tartışma: Timus karsinomları nadir tümörlerdir. Yamakawa ve ark. timomalardan farklı olarak TNM sistemi ile sınıflandırılmalarını önermektedir. Prognozu boyut, differansiyasyon derecesi, lenf nodu tutulumu ve uzak metastaz varlığı belirler. Standart bir tedavisi yoktur. Yaygınlığa göre karar verilir. Hastaların çoğunluğu tanı anında ileri hastalık aşamasındadır. Cerrahi uygulanan hastalara adjuvan tedavi uygulanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Timik Karsinom, Cerrahi

P-249

AKCİĞER KANSERİNDE HE4 VE CYFRA 21-1 BİYOBELİRTEÇLERİNİN TANISAL DEĞERİ

Erkan Dikmen¹, Zeliha Günnur Dikmen², Filiz Akbıyık², Adem Güngör¹

¹Ankara Güven Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği, Ankara

²Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Merkez ve Acil Laboratuvarları, Ankara

Amaç: Bu çalışmada akciğer kanserinde HE4 (Human epididymis 4 protein) ve CYFRA 21-1 biyobelirteçlerinin tanısal değerinin araştırılması amaçlanmıştır. HE4, ilk defa epididimide tanımlanmış bir protein olup daha sonra kadın üreme sisteminde

(over, uterus) ve solunum yolu epitel hücrelerinde saptanmıştır. Bu nedenle özellikle over, endometrium ve akciğer kanserinde spesifik bir belirteç olabileceği ileri sürülmektedir. CYFRA 21-1, çözümlü özellikte olan sitokeratin 19 fragmanıdır. Küçük hücreli olmayan akciğer kanserinde, özellikle yassı hücreli kanserlerde yüksek olduğu bildirilmektedir.

Yöntem: Nisan 2013 ile Mart 2014 tarihleri arasında Ankara Güven Hastanesi Göğüs Cerrahisi kliniğinde torasik patolojiler nedeni ile opere edilen 60 hasta çalışmaya alındı; 46'sı erkek, 14'ü kadın olan hastaların yaş ortalaması 60.31 ± 12.34 olarak bulundu. Hastalardan preoperatif dönemde alınan kan örneklerinden serum ayrıldı, HE4 ve CYFRA 21-1 düzeyleri CMIA (kemiluminesan mikropartikül assay) teknolojisi ile Architect (Abbott) cihazında ölçüldü. HE4 için 70 pmol/L , CYFRA 21-1 için ise 2 ng/ml eşik değeri olarak kabul edildi.

Hastalar 2 gruba ayrıldı. Grup 1'de torasik patoloji nedeni ile opere edilen primer akciğer kanseri dışındaki benign ve malign 15 hasta (8 erkek ve 7 kadın, ortalama yaş 52 ± 12.22), Grup 2'de ise primer akciğer kanseri tanısı alan 45 hasta (38 erkek, 7 kadın, ortalama yaş 63.08 ± 11.19) yer aldı. Histopatolojik inceleme sonucu Grup 1'de yer alan 45 hastanın 23'ü yassı hücreli karsinom, 22'si ise adenokarsinom tanısı aldı.

Bulgular: Serum HE4 değeri Grup 1'de $94.00 \pm 50.53 \text{ pmol/L}$, Grup 2'de $48.89 \pm 17.03 \text{ pmol/L}$ olarak bulundu ($p < 0.001$). Serum CYFRA 21-1 düzeyi, Grup 1'de $5.66 \pm 8.45 \text{ ng/mL}$, Grup 2'de $2.05 \pm 2.65 \text{ ng/mL}$ olarak saptandı ($p = 0.057$).

HE4 için sensitivite %73.3, spesifite %86.6, PPV 0.94, NPV 0.52, tanısal doğruluk 0.76 olarak bulundu. CYFRA 21-1 için ise sensitivite %51.1, spesifite %80, PPV 0.88, NPV 0.35 ve tanısal etkinlik 0.58 olarak saptandı.

Sonuç: Bu çalışmanın sonuçları, HE4 ve CYFRA 21-1 biyobelirteçlerinin özellikle preoperatif dönemde malignite ayırımı yapılmasında radyolojik Bulgulara katkı sağlayabileceğini göstermektedir. Ayrıca prognoz belirlenmesinde, postoperatif dönemde lokal nüks ve metastazların erken tanısında da kullanılabilir.

Anahtar Kelimeler: HE4 (Human epididymis 4 protein), CYFRA 21-1, akciğer kanseri

P-250

THYMOQUINONE AND DEXMETETOMIDINE PREVENTS OXIDATIVE STRESS AND LUNG INJURY IN HİND LİMB İSCHEMİA/ REPERFUSİON İNJURY İN A RAT MODEL

Zafer Hasan Ali Sak¹, İrfan Eser², Şamil Günay², Funda Yalçın¹, Atalay Şahin³, Sezen Kocarslan⁴, Evren Büyükkırat⁵, Aysegül Öney Kurnaz¹, Emel Yiğit Karakaş⁶, Turgay Ulaş⁶

¹Harran University School of Medicine, Department of Pulmonary Diseases, Sanliurfa

²Harran University School of Medicine, Department of Thoracic Surgery, Sanliurfa

³Dicle University School of Medicine, Department of Thoracic Surgery, Diyarbakir

⁴Harran University School of Medicine, Department of Pathology, Sanliurfa

⁵Harran University School of Medicine, Department of Anesthesiology and Reanimation, Sanliurfa

⁶Harran University School of Medicine, Department of Internal Medicine, Sanliurfa

Objective: Previous studies have demonstrated that thymoquinone (TQ) and dexmedetomidine (DEX) have protective effects against ischemia reperfusion injury to various organs. We aimed to determine whether TQ and DEX have favorable effects

on lung tissue and oxidative stress in in hind limb ischemia/ reperfusion injury.

Methods: The rats were randomly allotted into one of five experimental groups: sham (group 1 n=10), control (group 2 n=10), TQ (group 3 n=10), DEX (group 4 n=10) and TQ + DEX (group 5); each group contain 10 animals. All the groups except Sham were applied ischemia by using tourniquet for four hours on the left lower extremities and two hours of reperfusion was applied according to ischemia-reperfusion model. 20 mg/kg TQ intraperitoneally applied to TQ group; 25 mg/kg DEX intraperitoneally applied to DEX group; 20 mg/kg of TQ and 25 mg/kg of DEX intraperitoneally applied 5 minutes before tourniquet opening; Serum LOOH, -SH levels and histopathologic injury scores were evaluated.

Results: SH levels were statistically decreased in all groups compared to sham group ($p < 0.05$, for all comparisons). LOOH levels were statistically significant increased in control, TQ and DEX group compared to sham and TQ+DEX group ($p < 0.05$, for all comparisons). Histopathologic evaluation scores were significantly decreased in all groups compared to control group ($p < 0.05$, for all comparisons).

Conclusions: In conclusion, TQ and DEX administered intraperitoneally separately or in combination was effective in reducing oxidative stress and lung histopathologic injury in hind limb I/R rat model.

Anahtar Kelimeler: Ischemia reperfusion, Thymoquinone, Dexmedetomidine

P-251

TÜBERKÜLOZU TAKLİT EDEN 32 YAŞINDA KADIN ADENOKANSER OLGUSU

Güven Sadi Sunam¹, Murat Öncel¹, Fikret Kanat², Baykal Tülek², Esin Çelik³, Hüseyin Yıldırım¹

¹Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Konya

²Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Konya

³Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Konya

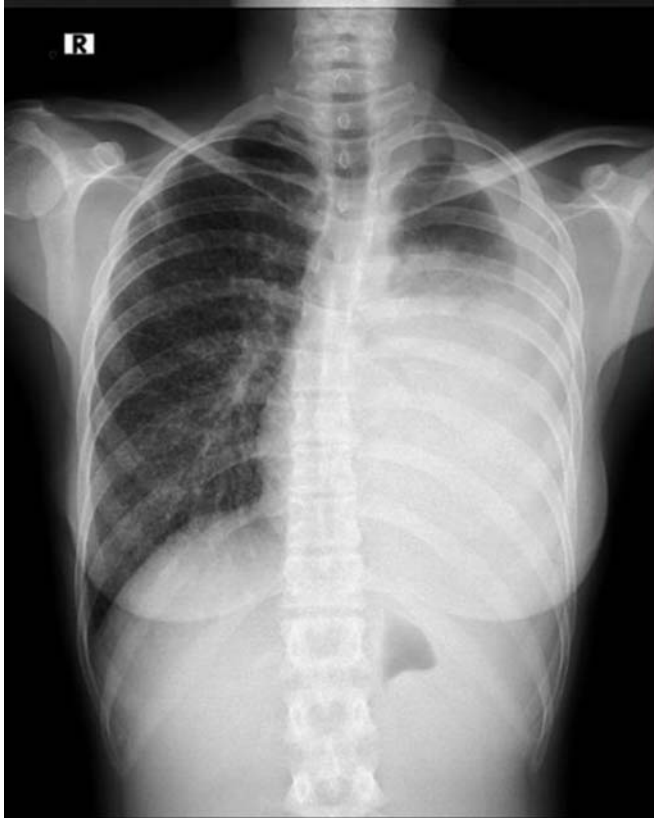
Giriş: Primer tüberküloz, fokal parankimal konsolidasyon olarak ortaya çıkar. Multilobar konsolidasyon daha azdır (%25). Sınırları düzensiz, homojen ve hava bronkogramı içeren opasite şeklindedir. Bakteriye pnömoniden ayırt edilemez. Konsolidasyon genelde sublobar ve subplevral yerleşimlidir.

Olgu: 33 yaşında kadın olgu, yaklaşık 3 ay önce başlayan öksürük ve nefes darlığı nedeniyle nonspesifik pnömoni tedavisi almış, dış merkezde takip edilmiş şikayetlerinin geçmemesi ve sol plevral effüzyonun pnömoniye eklenmesi nedeniyle merkezimize sevk edilmiş. Olgu poliklinikte değerlendirildi, Geçmeyen pnömoni ve plevral effüzyon tanıları ile yatırıldı. (Resim 1,2). Olgunun yatış Bulguları, genel durumu iyi, vital Bulguları stabil, solunum muayenesinde, bilateral ral ve ronküsleri mevcut, sol altta solunum sesleri azalmış idi. Olgu tetkikleri sonrası VATS biyopsi için hazırlandı. İlk VATS işlemi genel anestezi altında yatışının 3. Günü uygulandı. Yaklaşık 1000 cc eksüda vafında sıvı boşaltıldı. Visseral plevrada multiple nöüler görünüm izlendi. Biyopsiler alındı. Postoperatif sıvı drenajı takibi yapıldı. Patoloji sonucu kesitlerde geniş kanama alanları ve fibrinoid nekroz izlendiği ve tanı için tekrar biyopsi gerektiği belirtildi. Olgu bu arada göğüs hastalıkları kliniğine devredilerek takibe alındı. Olguya 2. Kez VATS

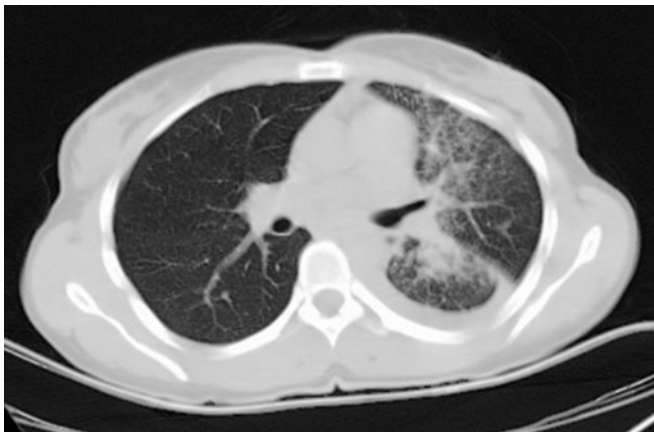
biyopsi düşünüldü. Ancak VATS öncesi bronkoskopi uygulandı. Bronkoskopide sadece lingula bronş ayrımında nodülerite izlendi. Biyopsi alındı. Arkasından VATS biyopsi işlemine geçildi. Yine yaygın parankim nodüllerinde biyopsiler alındı. Posoperatif toraks dreni alındı. (Resim 3) Patoloji sonucu çıkana kadar hastanın kliniğinin kötüleşmesi nodüler yayılımların her iki akciğerde yaygınlaşması ARB negatif olmasına rağmen TBC düşündürdü. TBC tedavisi başlandı. 10 gün sonra patoloji sonucu hem bronkoskopi hemde VATS adenokanser ile uyumlu idi. Olgu kemoterapi için hazırlanırken solunum yetmezliğinden eks oldu.

Sonuç: Gençlerde özellikle kadınlarda akciğer ca oldukça nadir olup, teşhis konulamayan plevral effüzyon ve pnömonilerde adeno kanser ihtimali göz ardı edilmemelidir

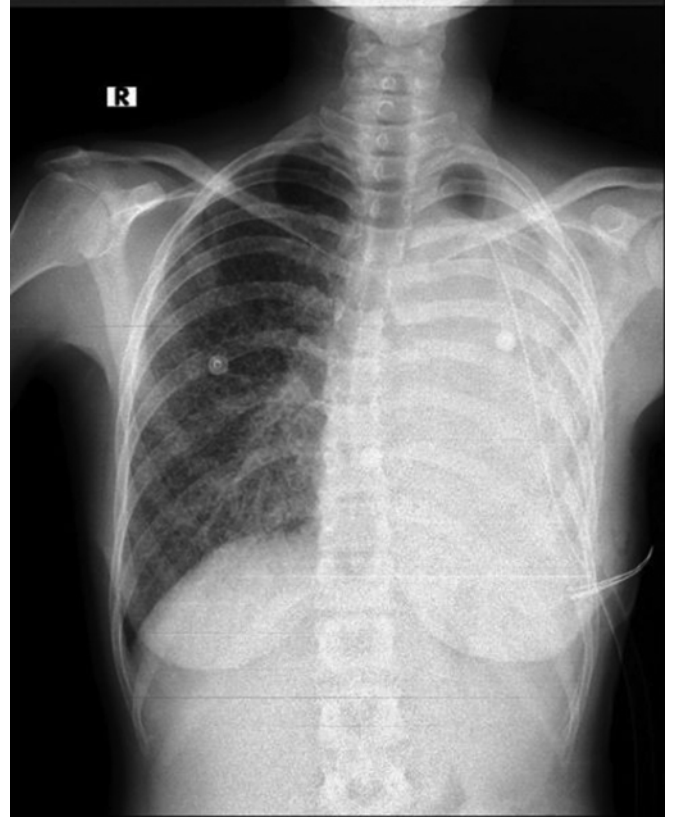
Anahtar Kelimeler: Tbc, akciğer kanseri



Resim 1. Hastanın geliş akciğer grafisi



Resim 2. Toraks CT görünümü



Resim 3. Son Vats sonrası akciğer grafisi

P-252

KÜNT TRAVMA SONRASI İZOLE MAUBRİOSTERNAL DİSLOKASYON (OLGU SUNUMU)

Sezai Çubuk¹, Gökhan Ayberik¹, Orhan Yücel¹, Hasan Çaylak², Alper Gözübüyük¹

¹Gata Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Ankara

²Diyarbakır Asker Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Servisi, Diyarbakır

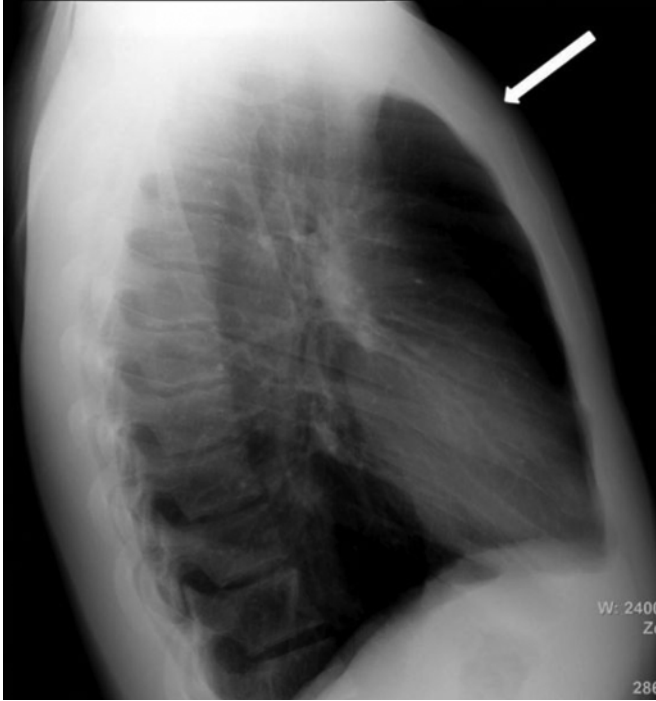
Manubriosternal eklem sinkondrozis, sinostozis veya sinovial tipte olabilmektedir. Bu tip eklemlerde ayrılma eklemi çevreleyen güçlü bağlar nedeniyle güçtür. Travma sonrası manubriosternal dislokasyon nadir olarak gözlenmektedir. İzole manubriosternal dislokasyon ise son derece nadirdir. Biz burada darp sonrası izole manubriosternal dislokasyon nedeniyle cerrahi redüksiyon uyguladığımız bir olguyu sunduk.

Olgumuz 18 yaşında erkek hasta, darp sonrası göğüs ağrısı şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Yapılan lateral akciğer grafisi incelemesinde manubriosternal eklemden dislokasyon saptandı (Resim 1). Eşlik eden yaralanmaları araştırmak amacıyla Kardiak enzim, EKG, ekokardiografi ve toraks tomografisi istendi. Yapılan tetkiklerde kardiyo-toraksik eşlik eden patoloji saptanmadı. Manubriosternal dislokasyonu olan olguda ağrı ve hareket kısıklı gözlemlendi. Takip eden günlerde konservatif tedavi yeterli olmadığı gözlemlendi. Manubriosternal dislokasyona tel sütür (No:2) yardımıyla cerrahi redüksiyon uygulandı. Postoperatif dönemde şikayeti kaybolan hasta kontrol muayenesine gelmek üzere şifa ile taburcu edildi (Resim 2).

Manubriosternal dislokasyon eklemi çevreleyen güçlü bağlar nedeniyle zordur. Bu tip yaralanmalar yüksek enerjili yaralanmalarla oluşmaktadır. Genellikle kalp, büyük damarlar, akciğerler,

trakea ve özofagus yaralanmaları ile birlikte. Ancak olgumuzda da olduğu gibi izole manubriosternal dislokasyon gözlenebilir. Dislokasyon tedavi edilmezse uzamış ağrılara ve deforme görünüme neden olabilir. Tedavisinde çelik sütür, çeşitli plaklar, PDS ve polyester kullanılabilir.

Anahtar Kelimeler: Dislokasyon, Eklem, Manubriosternal



Resim 1. Lateral akciğer grafisinde manubriosternal dislokasyon



Resim 2. Manubriosternal dislokasyon olgunun postoperatif dönemde çekilmiş kontrol grafisi

P-253

FİBROMYALJİDE KURU İĞNE TEDAVİSİNE BAĞLI İYATROJENİK PNÖMOTORAKS; 2 OLGU

Özgür Karakurt¹, Osman Korcan Tilkan², Mehmet Ali Eryazgan¹, Yücel Akkaş¹, Bülent Koçer¹

¹Ankara Numune Eğitim Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahi Kliniği, Ankara

²Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahi Anabilim Dalı, Zonguldak

İntramusküler stimülasyon, kuru iğne tedavisi olarak da bilinen ağrılı kas spazmlarının tedavisinde kullanılan bir tedavi metodudur. Güvenli ve düşük komplikasyon oranlarıyla uygulanmakla birlikte nadiren işlem sonrası iyatrojenik pnömotoraks gelişebilir.

Olgu1: Fibromyalji tanısıyla takip edilen 34 yaşındaki kadın hastanın bilateral skapula çevresine 24 gauge iğne ile kuru iğne tedavisi uygulanmış. İşlem sonrası başlayan nefes darlığı için çekilen akciğer grafisinde sağ pnömotoraks izlenmesi üzerine hastaya sağ tüp torakostomi uygulandı. Hasta yatışının 5. günü sorunsuz olarak taburcu edildi

Olgu 2: Ellibeş yaşında kadın hastaya fibromyalji tanısıyla kuru iğne tedavisi uygulanmış. İşlem sonrası göğüs ağrısı gelişmesi üzerine çekilen akciğer grafisinde sol pnömotoraks izlendi. Tüp torakostomi uygulandıktan 6 gün sonra göğüs tüpü çekilen hasta taburcu edildi.

Kuru iğne tedavisi sonrası ani solunum semptomları gelişen hastalarda iyatrojenik pnömotoraks tanısı akla gelmelidir.

Anahtar Kelimeler: İyatrojenik pnömotoraks, Kuru iğne tedavisi



Resim 1. Birinci olgunun görüntüsü



Resim 2. Olgu 1'e ait akciğer grafisinde sağ pnömotoraks görünümü

P-254

DİŞ, ASPIRASYON, BRONŞEKTAZİ

Elvin Hamzayev, Murat Şahin, Murat Özkan, Serkan Enön

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

Amaç: Çocukluk döneminde aspire ettiği diş nedeniyle bronşektazi gelişen ve cerrahi tedavi uygulanan olguyu literatürde nadir görülmesi nedeniyle sunmayı amaçladık.

Yöntem: Etyolojik faktörün ilginç ve nadir olduğu bir bronşektazi olgusuna kliniğimizde cerrahi tedavi uygulanarak, şifa ile taburcu edilmiştir.

Bulgular: 39 yaşında kadın hastaya 3 aydır devam eden öksürük ve hırıltılı solunum şikayetleri nedeniyle Toraks BT çekildiğinde, sol akciğer alt lob bronş lümeninin daralmış olduğu, alt lob superior segment bronşundan sonra lümeninde yaklaşık 1 cm çapında hipodens oluşum (yabancı cisim) olduğu, bazal segment bronşlarında sekresyon ile dolu belirgin tübüler bronşektazik değişiklikler olduğu gözlemlendi. Hastanın bronkoskopisinde alt lob bronş ağzında koyu sekresyon ve yabancı cisim izlendi. Yabancı cisim ve distalinde gelişen bronşektazi nedeniyle hastaya sol alt lobektomi uygulandı. Patolojik spesmen çıkarıldıktan sonra eksplore edilen bronşta lümeni tıkayan diş izlendi. Anamnez derinleştirildiğinde hastanın 30 yıl önce kırılan dişini aspire ettiği öğrenildi. Postoperatif 4. gün akciğer grafisi ekspanse izlenen hasta taburcu edildi.

Sonuç: Yabancı cisim aspirasyonu, kaza ile gelişen olaylara bağlı ölüm nedenleri arasında 4. sıradadır. Fındık, fıstık, oyuncak, bebe pudraları, sakız ve iğne en sık gözlenen yabancı cisimleri oluşturur. Diş aspirasyonu ise bronşektazi gelişimi için oldukça ilginç ve nadir bir etyolojik faktördür.

Anahtar Kelimeler: Diş

P-255

POSTERİOR MİDİASTENDE NOROJENİK TÜMÖRÜ TAKLİT EDEN İNFLAMATUAR MYOFİBROBLASTİK TÜMÖR

Güven Sadi Sunam¹, Murat Öncel¹, Pınar Karabağlı², Hüseyin Yıldırım¹

¹Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Konya

²Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Konya

Giriş: İnflamatuar myofibroblastik tümör (İMT) inflamatuvar bir infiltratla birlikte myofibroblastik iç hücreleri içeren iyi huylu bir lezyondur. Herhangi bir yerde görülebilir. Ancak posterior mediastende görülmesi nadirdir. Bu olguda VATS ile tanı alan norojenik tümörü taklit eden mediastinal IMT olgusu sunulmuştur.

Olgu: Dört aydır geçmeyen sırt ağrısı şikayeti ile başvurdu. Olgunun fizik muayenesinde patoloji saptanmadı. Çekilen CT de T5-T7 vertebral boyunca sağ yarıdayaklaşık 4 cm paravertebral alanda yumuşak doku lezyonu izlendi. (Resim 1) Noral foremenle ilişkisi tespit edilmedi.

Olguya genel anestezi altında VATS yapıldı. Sağ 5-7 torakal vertebralar hizasında yapışıklık oluşturmuş kitleye ulaşıldı. Kitle kısmen eksize edildi. Frozen inceleme benign rapor edildi. Ön tanı Schwannoma idi. Olgu 2 gün içinde taburcu edildi. 10 gün sonraki kontrolde patoloji sonucu IMT olarak z veraportalı. Olguda mitoz ve atipi izlenmedi. Benign kabul edildi. Takibe alındı.

Sonuç: IMT mediastenin norojenik tümörleriyle karışabilir. Vertebral alana yakın olan tümörler de tanı invaziv tanı gerekebilir, hem tanıda hem de tedavide göğüs cerrahi VATS ile yardımcı olabilir.

Anahtar Kelimeler: mediasten, inflamatuvar tümör



Resim 1. Tümörün CT görünümü

P-256

AKCİĞER KANSERİ TEDAVİ HACİMLERİNİN BELİRLENMESİNDE PET-BT'NİN ROLÜ

Zeynep Güral¹, Serap Yücel¹, Züleyha Akgün¹, Sezgi Turan Eruğuz¹, Özlem Doruk¹, Ece Yıldız¹, Ezgi Başak Erdoğan², Alpaslan Mayadağlı¹

¹Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyasyon Onkolojisi Anabilim Dalı, İstanbul

²Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nükleer Tıp Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Radyoterapi için tümör hacimlerinin doğru bir şekilde konturlanması gereklidir. Bu çalışmada amaçlanan lokal

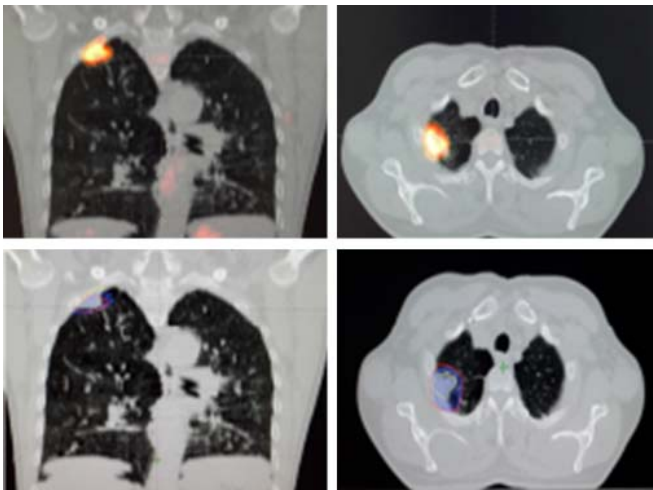
ileri akciğer kanseri tanısı almış hastalarda farklı gözlemciler tarafından Bilgisayarlı Tomografi(BT) ve Pozitron Emisyon Tomografisi(PET-BT) üzerinden çizilen GTV(Gross Tümör Volümü)'lerin uyumluluğunu karşılaştırarak PET-BT'nin etkinliğini ortaya koymaktır.

Metod- Materyal: Histopatolojik olarak küçük hücreli dışı akciğer kanseri tanısı almış 12 hasta çalışmaya dahil edildi. Radyoterapi öncesinde tüm hastalara planlama BT'si ve tedavi pozisyonunda PET-BT çekildi. BT ve PET-BT arasındaki ortalama süre 1 gündür. GTV birbirinden bağımsız 3 deneyimli radyasyon onkoloğu tarafından BT üzerinde konturlandı. Bir haftalık aradan sonra PET ile füzyon edilmiş aynı BT üzerinde tekrar konturlama yapıldı. Her hasta için çizilmiş GTV'ler üzerinden Ortak Hacim(O;Bir hastaya çizilen tüm GTV'lerin kesiştiği hacim) ve Kavrayan Hacim(K;Bir hastaya çizilen en küçük GTV hacmi) hesaplandı. O ve K hacimleri, her hasta için BT ve PET üzerinden oluşturuldu. Gözlemciler arasındaki uyumu saptamak için Conformity Index(CI) kullanıldı. CI, Ortak Hacimin Kavrayan Hacime bölünmesi olarak tanımlandı. CI'nın 1.00 olarak saptanması gözlemciler arasında mükemmel uyumluluk anlamına gelmektedir.

Bulgular: BT üzerinden konturlanan GTV hacmi (ort. 82,54 mm³), PET üzerinden konturlanan GTV hacmine göre (ort. 79,31 mm³) istatistiksel anlamlı olarak daha büyük bulundu(p: 0,05 Wilcoxon signed Rank Test). BT ve PET için ortalama CI'lar sırasıyla 1,58(0,58-3,1) ve 1,37(1,06-1,98) olarak hesaplandı. İki grup arasındaki uyumluluğa bakıldığında istatistiksel anlamlı fark saptanmadı(p:0,47 Wilcoxon signed Rank Test).

Sonuç: BT üzerine PET görüntülerinin eklenmesi, konturlanan hacimlerde anlamlı bir azalma sağlarken gözlemciler arasındaki uyum açısından 2 grup arasında herhangi bir fark saptanmamıştır. Ancak CI, gruplar için ayrı olarak değerlendirildiğinde gözlemcilerin uyumluluğu düşük bulunmuştur. PET-BT tedavi volümlerini küçültürken toksisiteyi azaltmakta ancak gözlemciler arasında oluşan uyumsuzluğun engellemesinde etkili olamamıştır.

Anahtar Kelimeler: akciğer kanseri, radyoterapi, PET-BT



Resim 1. Bir hastanın BT ve PET-BT görüntüleri üzerinden 3 ayrı gözlemcinin GTV konturlaması

P-257

MEME KANSERİ SONRASI GELİŞEN İKİNCİ PRİMER AKCİĞER KANSERİ OLGUSU

Güven Sadi Sunam¹, Murat Öncel¹, Pınar Karabağlı², Hüseyin Yıldırım¹

¹Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Konya

²Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Konya

Giriş: Akciğerin nöroendokrin tümörleri arasında nadir görülür. Oldukça malign seyirlidir. Daha çok aşırı sigara tüketen 60 yaş üstü erkeklerde görülür. Olgumuz kadın olması ve 2. Tümör olması açısından ilginçtir.

Olgu: Elli altı yaşında bayan olgu, özgeçmişinde meme karsinomu nedeniyle mastektomi operasyonu geçirmiş, tesadüfen çekilen kontrol grafilerinde soliter pulmoner nodül görülmesi üzerine kliniğimize yönlendirilmiş. Olguya çekilen PET CTde sağ akciğer alt lob superior segmentde paravertebral alanda 16x13 mmlik düzgün sınırlı nodül suv max değeri 12. Başka bir patoloji tespit edilmiyor. (Resim 1) Olgu cerrahi tedaviye hazırlandı. Olguya sağ torakotomi ve alt lobektomi ve lenf diseksiyonu yapıldı. Patoloji sonucu büyük hücreli nöro endokrin karsinom olarak raporlandı. Tüm lenf bezleri negatif idi. Postoperatif evre 1 olmasına rağmen kemoterapi kararı verildi.

Sonuç: Büyük hücreli nöroendokrin tümörler kadınlarda nadir görülür ve tedavi erken evre olsa bile küçük hücreli akciğer ca gibi kabul edilip tedavi edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: akciğer kanseri, meme kanseri



Resim 1

P-258

AKALAZYA, HELLER, MYOTOMİ

Elvin Hamzayev, Murat Şahin, Murat Özkan, Serkan Enön

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Ankara

Amaç: 30 yıldır yutma güçlüğü, kusma, kilo kaybı ve ağzı kokusu şikayetleri nedeniyle tetkik edilen ve akalazyaya tanısı konularak özofagus rezeksiyonu ve rekonstrüksiyonu uygulanan olguyu literatürde nadir görülmesi nedeniyle sunmayı amaçladık.

Yöntem: Akalazyaya nedeniyle opere edilen hasta literatür eşliğinde olgu sunumu şeklinde hazırlanmıştır.

Bulgular: 56 yaşındaki albino kadın hasta 30 yıldır devam eden yutma güçlüğü, kusma, kilo kaybı ve ağız kokusu şikayetleri nedeniyle çekilen baryumlu özofagografisinde, özofagusun kalibrasyonunun belirgin artmış olduğu, alt ucu düzeyinde minimal gagalaşma yaparak sonlanma gösterdiği saptandı. 20 dakikalık inceleme süresinde mideye opak madde geçişi saptanmadı. Üst gastrointestinal sistem endoskopisinde orta ve alt özofagusta peristaltizmin kaybolduğu, çapının genişlediği, mukozada kandidayı düşündürür krem renkli membranlar olduğu gözlemlendi. Toraks BT’de özofagusun tüm seyri boyunca genişlediği ve diffüz duvar kalınlaşması olduğu izlendi. Özofagusun tamamen dilate olması, aperistaltik olması, şikayetlerinin uzun yıllardır varolması ve kanser riski taşıması nedeniyle hastaya sağ torakotomi, laparotomi, servikal eksplorasyon ile totale yakın özofajektomi, servikal özofagostomi uygulandı. Postoperatif 8. gün kontrastlı üst GİS grafisi çekildiğinde kaçak izlenmedi. Postoperatif 16. gün hasta taburcu edildi. Patolojisi ‘Myenterik pleksusta ganglion hücresi izlenmeyen, kas tabakasında yoğun enflamasyon Bulguları gösteren akalazyza’ olarak raporlandı. 1. ay kontrolünde çekilen kontrastlı üst GİS grafisinde pasaj açık olarak izlendi, lümen dışına kaçak izlenmedi. Hasta postoperatif 2. yılında semptomsuz takip edilmektedir.

Sonuç: Akalazyada en sık uygulanan tedavi balon dilatasyon olup miyotomi ise daha efektif tedavi seçeneğini oluşturur. Ancak miyotomi aperistaltizmi tedavi etmediği için bu hastalarda daha sonra reflü semptomları ortaya çıktığından fundoplikasyon ile kombine edilmiş miyotomi uygulanması önerilen cerrahi yaklaşımdır. Uzun süredir şikayetleri varolan, aperistaltik ve dilate özofagus olan hastalarda ise özofagus rezeksiyonu ve rekonstrüksiyonu düşünülmesi gereken tedavi seçeneğidir.

Anahtar Kelimeler: Akalazyza

P-259

KAZIĞA GEÇME TİPİ GÖĞÜS TRAVMASI: OLGU SUNUMU

Murat Şahin, Murat Özkan, Gökhan Kocaman, Yusuf Kahya, Hakan Kutlay
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Ankara

Amaç: Kaziğa geçme tipi göğüs travması olan bir olguda kliniğimizin tedavi yaklaşımını sunmayı amaçladık.

Yöntem: Acil torakotomi ile başarılı bir şekilde tedavi edilen, kaziğa geçme tipi göğüs travmalı bir olgu nadir görülmesi nedeni ile sunulmuştur.

Bulgular: 16 yaş erkek hasta yaklaşık 2 metre yükseklikten dengesini kaybetmesi sonucu sırt üstü pozisyonda inşaat demirinin üzerine düşme sonucu acil servise getirildi. Fizik muayenede demir çubuğun hastanın sağ hemitoraks posteriorunda paravertebral bölgeden girerek, sol hemitoraks anteriorundan dışarı çıktığı izlendi. İlk değerlendirmede hastanın kooperasyonunun iyi olmadığı, hipotansif (90/60mmHg), taşikardik (110 atım/dak) seyrettiği izlendi. Hastanın genel durumunun iyi olmaması nedeni ile hemorajik çok ihtimali düşünülerek radyolojik incelemeler için zaman kaybedilmeden hasta acilen ameliyathaneye alındı. Hastaya sol 7. İnterkostal aralıktan posterolateral torakotomi kesişi ile girişim uygulandı. Eksplorasyonda demir çubuğun 8. kostayı kırarak sol hemitoraks anteriorunda dışarı çıktığı, kırık kosta parçasının sol akciğer alt lob parankimini lasere ettiği izlendi. Demir

çubuk kontrollü olarak dışarıdan çekilerek operasyon sahasından uzaklaştırıldı. Kanama kontrolü sonrasında kırık olan kosta uçları rezeke edildi, alt lobun lasere bölümüne wedge wedge rezeksiyon uygulandı. Hasta vertebra, diyafragma ve karın içi organ yaralanması ihtimallerine karşı intraoperatif olarak genel cerrahi ve nöroşirürji kliniklerince değerlendirildi. Kontrol akciğer grafisi ekspansiyon olarak izlenen hastanın göğüs tüpü postoperatif 4. gün çekilerek taburcu edildi.

Sonuç: Kaziğa geçme tipi göğüs travmaları sivil hayatta ve acil servislere çok sık karşılaşılmayan yaralanmalardır. Delici göğüs-karın yaralanmalarını ve hayati organ hasarlarını beraberinde getirdiklerinden acil değerlendirme ve müdahale gerektirirler. Tedavinin yönetimi; hastanın hastaneye gelmeden önce dikkatli bir şekilde değerlendirilmesi ve nakil sırasında özel yaklaşımlar ile başlar. Fikir birliğinde olunan tek yaklaşım; delici cismin kapsamlı bir travma merkezine ulaşılan kadar yerinde bırakılması gerektiği şeklindedir.

Anahtar Kelimeler: Kaziğa geçme, travma

P-260

DİAFRAGMA PATOLOJİLERİNE GÖĞÜS CERRAHİSİ YAKLAŞIMI

İrfan Eser, Mahmut Özbey, Şamil Günay, Mehmet Ağar, İbrahim Can Kürkcüoğlu
Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Şanlıurfa

Giriş: Solunumun temel kası olan diafragma, hipoksiye oldukça dayanıklıdır. Diafragmanın duysal ve motor inervasyonu frenik sinirle sağlanır. Toraks ve abdomeni birbirinden ayırır. Diafragma patolojileri konjenital ya da edinsel olarak ortaya çıkabilir. Edinsel diafragma patolojileri travmatik ve ya non-travmatik olabilir. Biz bu posterde kliniğimizde 2007-2013 yılları arasında diafragma patolojileri nedeniyle opere edilen hastaları cerrahi sonuçları açısından sunmayı planladık.

Materyal-Metod: Veriler, Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi göğüs cerrahisi, genel cerrahi ve acil servis kliniklerine 2007 ile 2013 yılları arasında başvuran hastaların arşiv kayıtlarına ulaşılarak elde edildi. Opere edilmeyen hastalar çalışmaya dahil edilmedi. Çalışmaya 24 kadın, 23 erkek olmak üzere toplam 47 hasta alındı. Yaş aralığı 0-64 arasında olup ortalaması 27.4 oldu (Tablo 1). Kırk yedi hastanın 20’ sine izole batından, 21’ ine izole torakstan, 6’ sına hem batından hem de torakstan müdahale edildi. Hastaların 28’inde sol, 19’unda ise sağ diafragma patolojisi tespit edildi. Hastalar müdahale edilme yerlerine göre tablo 2 de sınıflandırıldı. Hastalara yapılan cerrahi işlem sebepleri Tablo 3 te verildi. Uygulanan cerrahi işlem sonunda gelişen komplikasyonlar tablo 4 te verildi. Hastaların 3 ünde komplikasyon oluşurken sadece 2 hasta ex oldu. En sık rastlanan komplikasyon hemo/pnomotorax oldu (Tablo 4). Beş (%10.6) hastaya PTFE greft kullanıldı. Otuz altı (%76.5) hastaya primer onarım yapıldı (Tablo 5).

Tartışma: Solunumun temel kası olan diafragma, göğüs ve karın boşluğunu birbirinden ayırır. Diafragmatik herniler konjenital, kazanılmış ve travmatik olmak üzere üç kategoride incelenebilir. Bohdalek hernisi konjenital diafragma hernilerinin %90’ ını oluşturur. Semptomlar daha çok, herniye olan organın obstrüksiyonu, dolaşım problemleri, dispne, siyanoz, ve

herniye bağı olarak kardiyak basıdır. Bizdeki olgularda da benzer şikayet ve semptomlarla karşılaştık. Diafragma hernilerinde hastalık genellikle latent kalabilir. Ek patoloji ile birlikte ortaya çıktığında ise hayatı tehdit eden klinik oluşturabilir. Detaylı anamnez ve dikkatli bir fiziki muayene klinisyene ileri derecede yardımcı olacaktır.

Travmaya bağlı olgularda hem intraabdominal hem de intratorasik yaralanmalardan şüpheleniliyorsa torakoabdominal yaklaşım tercih edilmelidir. Ateşli silah yaralanmalarında diafragmadaki nekrotik alanlar debride edilmeli kas dokusu maksimal oranda korunmalıdır. Çok geniş defektler varsa lokal kas flepleri veya sentetik mesh kullanılmak zorunda kalınabilir. Biz primer onarım yapılamayan geniş defektlerde PTFE greft kullandık.

Sonuç: Pulmoner rezervi azaltan diafram patolojilerinde geciktirilmeden cerrahi müdahale yapılmalıdır. Cerrahi tedavide amaç, diafragmaı onararak organları normal anatomik pozisyonunda korumak ve solunum rezervini iyileştirmektir.

Anahtar Kelimeler: Diafragma hernisi, Herni onarımı, Travma

P-261

KÜÇÜK HÜCRELİ AKCİĞER KANSERİ OVER METASTAZI (BİR OLGU İLE)

Önder Utku Datlı, Yavuz Havlucu, Pınar Çelik, Aydın Şakar Çoşkun, Tuğba Göktaay, Arzu Yorgancıoğlu

Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Manisa

Over'de kitle nedeniyle operasyonu planlanan 41 yaşındaki hastanın operasyon öncesi çekilen akciğer grafisinde sağ akciğerde kitle lezyonu saptandı. Operasyon öncesinde bronkoscopi yapıldı ve patolojik tanısı küçük hücreli akciğer karsinomu olarak geldi. Patoloji sonucunu beklerken hastanın overindeki lezyonda opere edildi. Overden alınan kitlenin patolojisi de küçük hücreli akciğer kanseri metastazı olarak raporlandı. Küçük hücreli akciğer kanseri over metastazının çok nadir görülmesi nedeniyle sunulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Over, metastaz, akciğer kanseri

P-262

KÜÇÜK HÜCRELİ AKCİĞER KARSİNOMU VE AKTİF AKCİĞER TÜBERKÜLOZU BİRLİKTELİĞİ

Serir Özkan, Onur Fevzi Erer, Gülcan Ürpek, Rahime Aydın Kayalı, Celalettin Yılmaz

İzmir Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir

Altmışsekiz yaşında 45 paket/yıl sigara öyküsü olan erkek hasta, 3 haftadan beri devam eden öksürük, balgam, halsizlik, iştahsızlık, kilo kaybı yakınmaları ile başvurmuştur. Daha önce antitüberküloz tedavi öyküsü ya da tüberküloz (TB) temas öyküsü yoktur. Posteroanterior akciğer grafisinde sol akciğerde volüm kaybı ile birlikte sol hiler bölgede kitle lezyonu izlenmiştir. Bilgisayarlı toraks tomografisinde (BTT) sol üst lobda oluşturduğu atelektaziden sınırları tam olarak ayıramayan, sol pulmoner artere invaze kitle lezyonu ile birlikte aortikopulmoner ve preaortik bulky lenf nodları ve sol plevral effüzyon saptanmıştır. Balgamda TB basili direkt bakıda 2 kez negatiftir. Plevral sıvı eksüdatif özellikte ve benign sitolojidedir. Fiberoptik bronkoscopide sol üst lob

bronşu dıştan bası ve mukozal infiltrasyon ile tama yakın tıkalıdır. Bronkoskopik biyopsi sonucu küçük hücreli akciğer karsinomu olarak saptanmıştır. Kemik sintigrafisinde kolumna vertabralis ve pelviste metastatik kemik lezyonları saptanmıştır. Küçük Hücreli Akciğer Karsinomu Yaygın Hastalık tanısı ile Etoposid, Cisplatin kemoterapisi başlanmıştır. İki siklus kemoterapi sonrası BTT'deki kitle lezyonunda ve üst lob atelektazisin de belirgin regresyon saptanmıştır. Bu arada öksürük yakınması devam etmekte olan hastanın, tanı sırasında alınan iki balgam örneğinde M. Tuberculosis üremiştir. Hastaya isoniazid, rifampisin, pirazinamid ve etambutol'den oluşan standart antiTB tedavi başlanmıştır. Bu tedavinin 3 haftasında 3. siklus kemoterapisi uygulanmıştır. AntiTB tedavisini 6 aya tamamlayan hastanın tanıdan itibaren var olan öksürük semptomu düzelmiş ve kür olarak rapor edilmiştir. Altıncı siklus kemoterapisini tamamladıktan 2 ay sonra kemik metastazında progresyon saptanması ve semptomatik olması nedeniyle palyatif radyoterapi ve daha sonra ikinci hat etoposid cisplatin kemoterapisi devam etmiştir. Tanı konulduktan 1 yıl sonra düşük ejeksiyon fraksiyonlu kalp yetmezliği ve solunum yetmezliği nedeniyle eksitus olmuştur. Hastanemizde daha önce yapılan bir çalışmada, 2152 akciğer kanserli olgunun 13 (%0,6) ünde, tanı anında aktif akciğer tüberkülozu saptanmıştır. Akciğer kanserli bir olguda aynı zamanda aktif akciğer tüberkülozunun eşlik edebileceğini hatırlatması nedeniyle bu olgu sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Tüberküloz, Kanser, Kemoterapi

P-263

AKCİĞER KANSERİ TEDAVİSİ İLE İLGİLENEN HEKİMLERDE PALYATİF BAKIMA BAKIŞ-ÖN RAPOR

Meltem Uyar¹, Sibel Eyigör², Can Eyigör², Tuncay Göksel³, Ufuk Yılmaz⁴, Türk Akciğer Kanser Derneği Palyatif Bakım Çalışma Grubu

¹Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji Anabilim Dalı, Algoloji Bilim Dalı, İzmir

²Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, İzmir

³Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir

⁴Dr Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir

Amaç: Kanser tedavisinin önemli parçalarından biri olan palyatif bakıma ilgi tüm dünyada giderek artış göstermektedir. Hastaların yaşam kalitesinin iyileştirilmesi açısından önemli olan palyatif bakım programının, sağkalım üzerine olan etkisi de sağlık profesyonelleri arasında merak uyandırmaktadır. Ülkemizde palyatif bakım bilinci son dönemde gelişmeye başlamasına rağmen, akciğer kanseri hastalarındaki etkisi ile ilgili veriler hem dünyada hem de ülkemizde oldukça yetersiz düzeydedir. Çalışmamızda, akciğer kanseri tedavisi ile ilgilenen hekimlerin palyatif bakım ile ilgili düşüncelerinin ve bakış açılarının ortaya konması planlanmıştır.

Yöntem: Literatürde akciğer kanseri hastalarında palyatif bakım bilgi düzeyini değerlendiren çalışmalar incelenerek bir sorgulama anketi hazırlandı. Hazırlanan sorgulama anketi pilot çalışma olarak uygulandı. Eksik ve hatalı yönleri düzeltildikten sonra "Türk Akciğer Kanser Derneği" internet sitesine yüklendi. Bu internet sitesi veri tabanına kayıtlı tüm hekimlere anketi doldurmaları yönünde uyarı gönderildi.

Bulgular: Çalışmaya İzmir, İstanbul, Ankara, Kocaeli ve Manisa'dan hekimler katıldı. Çalışmaya katılan hekimlerin %38.4'ünün çalıştığı merkezde palyatif bakım birimi/hizmeti olduğu görüldü. Sadece %23.07 oranında katılımcı kanser

hastalarında yeterli semptom kontrolü yapıldığını düşünmekteydi. %55.5 hekim kanser hastalarına kötü haber verme ile ilgili sıkıntısı olduğunu belirtti. Akciğer kanseri hastalarında “ağrı” en sık rastlanan semptom olarak belirtildi. %38.4 hekimin çalıştıkları merkezde palyatif bakım birimi olmasına rağmen hastaları yönlendirmedikleri saptandı. %76.9 oranında hekim ise, palyatif bakıma ileri evre hastaları refere edeceğini bildirdi.

Sonuç: Çalışmamız devam etmekte olup Bulgular ön rapor olarak sunulmuştur. Çalışmamızdan elde edilecek verilerin, akciğer kanser hastalarında palyatif bakım programı oluşturulmasında ve sağlık profesyonellerinin bu konudaki duyarlılığının artırılmasında yol gösterici olacağını düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: palyatif bakım, akciğer kanseri

Yazar Dizini

- A**
Acar, Leyla Nesrin 116, 203, 204
Acar, Tuba 123, 166
Acat, Murat 95
Ağababaoğlu, İsmail 137
Ağar, Mehmet 131, 157, 160, 226
Ahmedova, Aysel 82
Akal, Murat 217
Akal, Rifat Murat 76
Akbay, Makbule Özlem 140
Akbiyık, Ayten Güner 196
Akbiyık, Filiz 220
Akbörü, Halil 202
Akça, Hakan 179
Akçam, Tervik İlker 75, 124
Akçay, Çimen 99
Akçay, Onur 75, 109, 110, 122, 124, 165, 166
Akdemir, Osman Cemil 166, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177
Akdeniz, Demet 82
Akdeniz, Raşit 148
Akgül, Aslı Gül 116, 198, 199
Akgün, Züleyha 224
Akın, Mehmet Murat 210
Akın, Mürüvet 117
Akkaş, Yücel 130, 133, 145, 223
Akkoğlu, Atıla 196
Akpınar, Ali Tayyar 177
Aksaray, Ferdi 167, 185, 192, 202, 206, 208
Aksu, Görkem 92
Akşit, Salih 209
Aktaş, Safiye 137
Akyıldız, Elif Ülker 100, 177
Akyıl, Mustafa 161
Akyol, Fadıl 92, 97
Alabalık, Ulaş 132
Alakavuklar, Mehmet 182
Alanoğlu, Güçhan 211
Alar, Timuçin 121, 161, 178, 194, 195
Algül, Emriye 128
Alizade, Nurlan 83, 120, 125
Alpaydın, Aylin Özgen 196
Alpay, Levent 97, 103, 111, 136, 141, 161
Alponat, Selen 92
Altınbaş, Mustafa 154
Altınışik, Göksel 11
Altınok, Ayşe 144
Altın, Süleyman 167
Altuntaş, Bayram 98, 99, 214
Altun, Zekiye Sultan 137
Annakkaya, Ali Nihat 95
Apaydın, Tuğba 189, 190
Aren, Acar 183
Arık, Hakan 98, 132
Arslan, Ergin 117
Arslan, Nazmiye Deniz 201
Arslan, Ülkü Yalçıntaş 150
Asal, Gökhan 81, 105
Aslan, Ferit 150
Atasoy, Ajlan 184
Atasoy, Beste 184
Ateş, Can 126
Atinkaya, Cansel 103, 151, 217
Avcı, Alper 220
Avşar, Mukaddes 82
Ayalp, Kemal 91
Ayas, Eyyüp 138
Ayberik, Gökhan 152, 156, 158, 207, 222
Aydemir, Bülent 196, 217
Aydın, Cemalettin 168
Aydiner, Adnan 76, 104
Aydın, Ertan 52, 89, 116, 130, 133, 145, 203, 204
Aydın, Fatih 121
Aydın, Kübra 150
Aydın, Yener 98, 99, 214
Aydiner, Adnan 138
Aydoğdu, Koray 116, 181, 187, 207, 219
Ayhan, Duygu Işık 135, 136
Aynacı, Özlem 119, 123
Aytekin, Aydın 154
Azizoğlu, Sinem 196
B
Babacan, Nalan Akgül 108, 109, 142, 148, 164, 191
Babür, Cahit 117
Bahat, Zümrüt 119, 123
Bahçeci, Aykut 169
Bakı, Elif Doğan 106, 163
Bakır, Alev 84
Balci, Günseli 151
Bal, Öznur 114, 150
Balta, Cenk 128
Barutçu, Hakan 162
Başal, Fatma Buğdaycı 150
Başdemir, Gülçin 215
Başoğlu, Ahmet 106, 186, 188, 189, 190, 192
Başpınar, Şirin 211
Batirel, Hasan Fevzi 77, 115, 125, 184
Batur, Şebnem 214
Bayhan, Yunus Emre 117
Bayır, Ömer 89
Bayrakçı, Onur 138
Bayram, Ahmet Sami 81, 100, 101, 104, 112, 119, 120, 194
Bayram, Serkan 111, 183, 217
Baysungur, Volkan 89, 94, 97, 103, 111, 136, 141, 151, 183, 217
Bedirhan, Mehmet Ali 152
Benli, Mehmet Yunus 138
Berber, Tanju 185, 192, 202, 206, 208
Beşiroğlu, Mehmet 184
Beyoğlu, Muhammet Ali 89, 116, 130, 145, 203
Bıçakçıoğlu, Pınar 116, 203, 204
Bıçaklı, Derya Hopancı 13
Bırak, Ali 110, 132
Bilen, Rifat Özgür 114, 166, 186
Bilgi, Zeynep 77, 115
Bilir, Nazmi 24
Bircan, Hacı Ahmet 148, 211
Bircan, Sema 148
Bir, Ferda 205
Birkent, Ahmet Hakan 156
Bol, Zeynep 84
Bostancı, Korkut 77, 115, 125
Bozcuk, Hakan Şat 96
Bozdağ, Huriye Gülistan 182
Bozkurt, Mustafa 138
Budakoğlu, Burçin 114
Bulut, Erhan 82, 126, 216, 217
Bülbül, Ali 118
Büyükfırat, Evren 221
Büyükkarabacak, Yasemin 106, 186, 188, 189, 190, 192
Büyükpınarbaşı, Nur 169, 172, 173, 174, 175, 176
Büyükpınar, Yakup 167, 185, 192, 202, 206, 208
Büyükkşirin, Melih 214
C
Camaş, Hasan Ekrem 148
Canbakan, Sema 150
Canbolat, Abdülmecit 75
Candan, Hüseyin 121
Candaş, Fatih 132, 134
Cangır, Ayten Kayı 76, 82, 83, 126, 219
Canpolat, Tuba 202
Cansever, Levent 152
Canyılmaz, Emine 119, 123
Celasun, Mustafa Gürol 169
Cengiz, Arzu 159
Cengiz, Ercümen 125, 133
Cengiz, Mustafa 92, 97
Cesur, Ezgi 111, 217
Ceyhan, Süleyman 152
Ceylan, Kenan Can 75, 109, 110, 114, 122, 123, 124, 165, 166
Cihan, Şener 108, 109, 142, 148, 164, 191, 192, 206, 208
Cihan, Yasemin Benderli 107
Coşkun, Hasan Şenol 96, 163
Coşkun, Kerem Şenol 106
Çabuk, Fatmanur K 127
Çağırıcı, Ufuk 143, 180, 182, 208
Çağlar, Ahmetcan 92
Çağlar, Hale 184
Çakan, Alpaslan 143, 180, 182, 208
Çakır, Erkan 169, 176
Çakır, Fatma Betül 173, 174
Çakmak, Hüseyin 150
Çardak, Murat Ersin 153, 154, 157, 161
Çarıkcı, Ömür 92
Çatal, Deniz 98
Çaylak, Hasan 222
Çelen, Zeki 211
Çelik, Burçin 106, 165, 189, 190, 192
Çelik, Esin 221
Çelik, Muhammet Reha 101
Çelik, Pınar 27, 227
Çenever, Metin 117
Çeri, Oğuz 117
Çetingöz, Rıza 210
Çetin, İlknur Alsan 210
Çetinkaya, Çağatay 77, 115
Çetinkaya, Erdoğan 93, 95
Çetinkaya, Gamze 81, 101, 119, 120
Çevener, Metin 81, 105, 205
Çınarka, Halit 125
Çırak, Kadri 151
Çiçekci, Faruk 133
Çiçek, Tuğba 150
Çiçin, İrfan 196
Çiftçi, Rümeysa 82
Çimenoglu, Berk 102, 106, 129

Çolak, Dilşen 154
 Çolak, Mehmet Ali 120
 Çolakoğlu, Sevdâ 101
 Çoskun, Mehtap 146
 Çoskun, Aysin Şakar 227
 Çubuk, Sezai 152, 156, 158, 207, 222

D

Dağoğlu, Nergis 82
 Dağ, Sedef 201
 Daharlı, Coşkun 98, 99, 214
 Dalgıç, Ali 123
 Dane, Faysal 184
 Datlı, Önder Utku 227
 Demir, Adalet 81, 102, 106, 119, 120, 129
 Demirağ, Funda 150, 204
 Demirağ, Güzin 179
 Demiral, Ayşe Nur 210
 Demiray, Atike Gökçen 179
 Demiray, Aydın 179
 Demiray, Gökçen 205
 Demirbağ, Hatice 162, 217
 Demirci, Ayşe 114
 Demirci, Nilgün Yılmaz 99
 Demircin, Metin 115
 Demirci, Umut 150
 Demir, Cumhuriyet 109, 142, 148, 164, 191, 192, 206, 208
 Demirhan, Birhan 167, 185, 202
 Demirhan, Özkan 91, 127, 143, 215
 Demirhan, Recep 153, 154, 157
 Demirkasımoğlu, Taciser 146
 Demirkaya, Ahmet 83, 120, 125, 215
 Demir, Mine 97, 111
 Dervişoğlu, Sergülen 120, 125
 Dikmen, Erkan 220
 Dikmen, Zeliha Günnur 220
 Dilege, Şükrü 66
 Dinçbaş, Fazilet Öner 84, 99
 Direk, Tamer 216
 Doğanay, Mutlu 17, 19
 Doğan, Ayşe 201
 Doğan, Rıza 115
 Doğruyol, Talha 97, 111, 136, 141, 161
 Doğu, Gamze Gököz 179, 205
 Doğusoy, İlgaç 162, 217
 Doruk, Özlem 224
 Döngel, İsa 148, 211
 Duman, Elif 82, 126

Duman, Esra Sönmez 140
 Duman, Salih 102, 106, 129
 Dural, Koray 218
 Duranyıldız, Derya 166
 Durnalı, Ayşe Gök 114
 Durusoy, Ali Fuad 196, 217
 Dübüş, Türkan 143, 183
 Dülger, Onur 214
 Düzova, Mürsel 99

E

Ekinci, Ahmet Şiyar 114, 129, 150
 Elbeyli, Levent 138, 155
 Elboga, Umut 211
 Elhan, Atilla 76
 Eliçora, Aykut 116
 Elma, Bekir 155
 Elmalı, Muzaffer 165
 Enön, Serkan 76, 126, 216, 224, 225
 Eralp, Levent 215
 Eralp, Yeşim 76, 104, 214
 Erdoğan, Ezgi Başak 224
 Erdoğan, Mehmet 213
 Eren, Gülnihan 97
 Eren, Hakan 95
 Eren, Tuğrul 118
 Erer, Onur Fevzi 227
 Ergen, Abdulkadir 138
 Ergen, Şefika Arzu 84, 99
 Ergönül, Ayşe Gül 143, 180, 182, 208
 Er, İlhami 210
 Eriş, Ali Hikmet 96
 Erkan, Murat 162, 168
 Erkol, Burçak 162
 Ermerak, Neziha Onur 77, 115
 Ermete, Sülün 98, 147, 214
 Ermiş, Ekin 167, 185, 202
 Ernam, Dilek 140
 Eroğlu, Atilla 46, 98, 99, 214
 Erol, Mehmet Muharrem 81, 100, 101, 104, 112, 119, 120, 194
 Erol, Serhat 98, 99, 132, 209
 Erol, Yeliz 143, 180, 208
 Ersöz, Elçin 89, 94, 136, 141
 Ersöz, Hasan 94
 Erşen, Ezel 83, 120, 125
 Ertekin, Aliye 98
 Ertürk, Kayhan 166
 Eruguz, Sezgi Turan 224
 Erus, Suat 104
 Eryazgan, Mehmet Ali 123, 223

Eryiğit, Hatice 153, 154, 157
 Eser, İrfan 131, 157, 160, 221, 226
 Eşbah, Onur 114
 Evman, Serdar 97, 111, 136, 141, 151, 161, 183, 217
 Evrensel, Türkan 81, 119, 120
 Eyigör, Can 227
 Eyigör, Sibel 227

F

Fındıkçioğlu, Alper 197, 199, 202
 Fındık, Göktürk 116, 181, 187, 207, 219
 Furtun, Kamil 210

G

Garaveran, Manuchehr Salehi 146
 Gebitekin, Cengiz 81, 100, 101, 104, 112, 119, 120, 177
 Gedik, Duygu 128
 Gedik, İsmail Ertuğrul 161, 178, 194, 195
 Gencer, Adem 106, 163
 Gençoğlu, Atayla 93
 Geredeli, Çağlayan 133
 Gezer, Emrah 182
 Gonca, Çiğdem 82, 83, 126, 216
 Göksel, Tuncay 227
 Göksu, Sema Sezgin 163
 Göktalay, Tuğba 227
 Göktaş, Fatih 168
 Görümlü, Gürbüz 182
 Görür, Rauf 132, 134
 Gözübüyük, Alper 152, 155, 156, 158, 207, 222
 Grubu, Türk Akciğer Kanseri Derneği Palyatif Bakım Çalışma 227
 Güçlü, Oğuz 195
 Gülaçtı, Gülnar 138
 Gülcü, Aytaç 196
 Güler, Erkan 177
 Güler, Ozan Cem 131
 Gülhan, Erkmen 116
 Gülhan, Selim Şakir Erkmen 203, 204
 Gülhan, S. Ş Erkmen 116
 Gül, Şule 93
 Gül, Şule Karabulut 128
 Gültekin, Melis 97
 Gümürdülü, Derya 220
 Gümüş, Bahri 209
 Gümüştaş, Sevtap 92

Günal, Nesimi 218
 Günay, Şamil 131, 157, 160, 221, 226
 Günenç, Senar 167, 185, 202
 Güney, Yıldız 146
 Güngör, Adem 220
 Güral, Zeynep 224
 Gürel, Duygu 196
 Gürer, Deniz 111
 Gürkaynak, Murat 92, 97
 Gürkök, Sedat 155
 Gürlek, Ümit 209
 Gürsel, Özge Kandemir 167
 Gürsoy, Bengül 200
 Gürsoy, Soner 49, 78, 108, 147
 Gürz, Selçuk 106, 186, 188, 189, 190

H

Hacıbekiroğlu, İlhan 196
 Hacıkamiloğlu, Ezgi 23
 Hacıoğlu, Bekir 154
 Hamzayev, Elvin 76, 82, 216, 224, 225
 Han, Serdar 209
 Hasdraz, Leyla 112, 140
 Hastürk, Serap 214
 Hatipoğlu, Ahmet 197, 199, 202
 Hatipoğlu, Merve 152
 Havlucu, Yavuz 227
 Hekimoğlu, Barış 89, 130, 187, 204
 Hekimoğlu, Elvin 83, 120, 125
 Helvacı, Kaan 114, 150
 Hümmüz, Pervin 75, 83, 92, 97

I-İ

İşık, Ahmet Ferudun 57, 138, 155
 İşık, Ferudun Ahmet
 İmamoğlu, Gökşen İnanç 154
 İmamoğlu, Oya Uncu 196, 217
 İnan, Kubilay 181
 İncekara, Funda 116, 181, 187, 207, 219
 İntepe, Yavuz Selim 117

K

Kaba, Erkan 91, 104
 Kaçan, Turgut 169
 Kaçar, Emre 163
 Kaçar, Seval Doğruk 106
 Kadioğlu, Salih Zeki 161
 Kahya, Yusuf 76, 83, 126, 216, 219, 226

- Kalender, Ebuzer 211, 212
 Kanat, Fikret 218, 221
 Kanbur, Serda 97, 111, 136, 141, 151
 Kandaz, Mustafa 119, 123
 Kan, İrem İris 104
 Kapdağlı, Murat 81, 102, 106, 119, 120, 129
 Kaplan, Tevfik 209
 Karabağlı, Pınar 224, 225
 Karabörk, Ayça 76, 126
 Karabulut, Senem 166
 Karaca, Halit 133
 Karacaoğlu, İsmail Can 220
 Karaçam, Songül 84
 Karaçam, Volkan 94
 Karahatay, Serdar 155, 156
 Karakaş, Emel Yiğit 221
 Karakılıç, Ali 94
 Karakurt, Özgür 123, 223
 Karaman, Can Zafer 159
 Karamustafaoğlu, Yekta Altemur 126, 128, 135, 136
 Karaoğlanoğlu, Nurettin 89, 145
 Karaoğlu, Derya 123
 Kara, Selma Mine 187, 207
 Karataş, Fatih 154
 Karataş, Okan 152, 155, 158
 Karcı, Önder 117
 Kargı, Ahmet Bülent 205
 Kargı, Ayşe 81
 Kargı, Ayşegül 105, 117
 Karlıkaya, Celal 121, 160, 215
 Karyağar, Savaş 133
 Kasap, Seçkin Tunç 217
 Kavaklı, Kuthan 152, 155
 Kavas, Murat 89
 Kavukçu, Hasan Şevket 82
 Kavukçu, Şevket 216
 Kavurmacı, Önder 180
 Kaya, Başar 209
 Kaya, Görkem 122
 Kayalı, Rahime Aydın 227
 Kaya, Sadi 116, 181, 187, 207, 219
 Kaya, Şeyda Örs 75, 78, 109, 110, 114, 121, 122, 123, 124, 165, 166, 186
 Kaynak, Kamil 83, 120, 125, 127, 215
 Kemal, Yasemin 179
 Kendiroğlu, Feride 117
 Kermenli, Tayfun 100, 104, 112
 Keskin, Serkan 109, 142, 148, 164, 191, 192, 206, 208
 Kılksız, Sevil 167, 185, 202
 Kılıç, Dalokay 197, 199, 202
 Kılıç, Diclehan 20, 21
 Kılıç, Nevzat 203
 Kılıçoğlu, Zeynep Gamze 168
 Kılıç, Seda 82
 Kıraklı, Esra Korkmaz 99, 209
 Kırıl, Hakan 94, 97, 103, 111
 Kıvanç, Hüseyin 75
 Kızılkaya, Hazım Orhan 201
 Kızıltan, Huriye Şenay 96
 Kizir, Ahmet 76, 104
 Kocaman, Gökhan 76, 82, 216, 219, 226
 Kocarslan, Sezen 221
 Koca, Sedat 99
 Koca, Sinan 184
 Kocatürk, Celalettin 22, 31
 Kocatürk, Celalettin İbrahim 152
 Koçak, Mihriban 128
 Koçer, Bülent 123, 223
 Koç, Suna 215
 Koçyiğit, Semih 170
 Kodaz, Hilmi 196
 Kolbaş, İlker 111, 161
 Koparal, Hakan 214
 Korkmaz, Mehmet Hakan 89
 Koruk, İbrahim 131
 Kök, Abdulaziz 166, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177
 Köken, Tülay 122
 Köksal, Deniz 99
 Kömürcüoğlu, Berna 151
 Köse, Mehmet 138
 Köse, Naziyet 154
 Köylü, Murat 95
 Kuman, Nilgün Kanlıoğlu 159, 193
 Kumbasar, Ulaş 115
 Kum, Pınar 100
 Kurnaz, Ayşegül Öney 221
 Kurt, Bahar 200
 Kurtman, Cengiz 146
 Kut, Engin 179
 Kutlay, Hakan 126, 226
 Kutluk, Ali Cevat 152
 Kuzucu, Akın 101
 Kuzucuoğlu, Mustafa 126, 128
 Küçükodacı, Zafer 132
 Küçükplakçı, Bülent 146
 Küçüktülü, Eda 125
 Kürkçüoğlu, İbrahim Can 131, 157, 160, 226
L
 Laçın, Tunç 77, 111, 115, 125
 Liman, Şerife Tuba 116, 198, 199
M
 Mayadağlı, Alpaslan 96, 128, 224
 Mehmetoğlu, Seymur Salih 116, 198, 199
 Melek, Hüseyin 81, 100, 101, 104, 112, 119, 120
 Memiş, Yahyahan 119, 123
 Mertoğlu, Aydan 151
 Meteoglu, İbrahim 159
 Metin, Bayram 117
 Metin, Serda Kanbur 217
 Mısırlıoğlu, Aysun 97, 111
 Monis, Serdar 110, 132
 Mutlu, Hasan 96
 Müjde, Leyla 220
N
 Nart, Deniz 32, 208
O
 Odabaş, Hatice 108, 109, 142, 164, 191
 Odabaşoğlu, Ayşegül Kargı 205
 Ofraz, Selda 96
 Oğuzkaya, Fahri 112, 140
 Okay, Tamer 162, 196, 217
 Okseroğlu, Sedenay 202
 Okumuş, Ayşe 201
 Olacak, Nezahat 95
 Onaran, Hilal 93
 Onat, Haluk 140
 Onat, Serdar 110, 132
 Oral, Ethem Nezih 76
 Oruç, Ahmet Fatih 128
 Oruç, Serdar 106
 Oskeroğlu, Sedenay 185
 Öğretmen, İrfan 117
 Öksüz, Didem Çolpan 84, 99
 Öksüzoglu, Berna 129
 Öksüzoglu, Ömür Berna 114, 150
 Ömercikoğlu, Hakan 77, 115
 Önal, Cem 61
 Önal, Ömer 112, 140
 Öncel, Murat 218, 221, 224, 225
 Önder, Sevgin Ç 75
 Önen, Ahmet 137
 Özalevli, Sevgi 94
 Özatlı, Tahsin 114, 150
 Özaydın, Hatice Esra 203
 Özbay, Serkan 116, 198, 199
 Özbey, Mahmut 131, 157, 160, 226
 Öz, Büge 42, 120, 125, 214
 Özçelik, Cemal 220
 Özdemir, Attila 153, 154, 157
 Özdemir, Çiğdem 163
 Özdemir, Feyyaz 38
 Özdemir, Necmettin 182
 Özdemir, Nezih 94
 Özdil, Ali 143, 180, 208
 Özdoğan, İlker 99
 Özdoğan, Mustafa 81, 105, 117, 205
 Özdoğan, Yasemin 98, 99, 132, 209
 Özdülger, Ali 7
 Özen, Aynur 144
 Özer, Kadir Burak 153, 154, 157
 Özer, Mustafa Tahir 156
 Özgül, Güler 95
 Özgül, Mehmet Akif 93, 95
 Öz, Gürhan 106, 163
 Özkan, Berker 76, 81, 102, 104, 106, 119, 120, 129
 Özkan, Elgin 82, 217
 Özkan, Murat 76, 82, 216, 217, 224, 225, 226
 Özkan, Safiye 95
 Özkan, Serdar 89
 Özkan, Serir 227
 Özkeçeci, Gülay 106
 Özkök, Serdar 84, 95
 Öz, Necdet 81, 105, 117, 205
 Özpölat, Berkant 218
 Özsan, Nazan 84
 Özşeker, Naciye 128
 Öztürk, Cansel Atinkaya 89, 94
 Öztürk, Düriye 122
 Öztürk, Özgür 114
 Özuynuk, Gökhan 84
 Özünlü, Asiye Özlem 98
 Özyiğit, Gökhan 92, 97
 Özyurt, Hazan 128
P
 Parlak, Cem 131
 Paşaoğlu, İlhan 115
 Pehlivan, Berrin 117
 Perçinel, Sibel 219
 Pirzirenli, Gökhan 189, 190
 Pirzirenli, Mehmet Gökhan 165, 192
 Polat, Gülru 132, 214

R

Reyhan, Mehmet 202

S

Sağıroğlu, Gönül 128
 Sağlam, Esra Kaytan 76, 104
 Sağlam, Sezer 47
 Sakallı, Mehmet Ali 76, 82, 217
 Sak, Serpil Dizbay 53, 83
 Sak, Zafer Hasan Ali 221
 Salim, Derya Kıvrak 163
 Salim, Ozan 163
 Samancılar, Özgür 75, 109, 110, 114, 122, 123, 124, 165, 166
 Sargon, Mustafa F 75
 Sarı, Ebru 154
 Sarıhan, Süreyya 81, 119, 120
 Satar, Seher 150
 Savaş, İsmail 71
 Savaş, Recep 196
 Sayan, Bihter 77
 Sayar, Adnan 68
 Sayılır, Ebru 116, 207, 219
 Saylam, Güleser 89
 Seçen, Eren Ahmet 123
 Selek, Uğur 40
 Selim, Cem 154
 Selvi, Ahmet 121, 160
 Selvi, Ümmühan Bayram 160
 Serdar, Lasif 119, 123
 Sert, Fatma 84
 Seven, Doğan 169
 Sevilmiş, Burcu 177
 Sevim, Dilara 138
 Sevinç, Serpil 75, 109, 110, 114, 122, 124, 165, 166, 186
 Seyhan, Ekrem Cengiz 95
 Seyrek, Yunus 152
 Sezer, Basri 118
 Sezer, Hüseyin Fatih 116, 198, 199
 Sezer, Muzaffer 140
 Sızlanan, Ahmet 110, 132
 Solak, Okan 106, 163
 Soyasal, Ömer 168
 Soydemir, Gülşen Pınar 119, 123
 Soysal, Ömer 166, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177
 Sönmez, Hakan 153, 154, 157
 Sunam, Güven Sadi 218, 221, 224, 225
 Süerdem, Mecit 218

Sümer, Sibel 101
 Sürücü, Zeynep Pelin 188, 189, 190, 192
 Süt, Pelin Altınok 144
 Şahbaz, Aslı 119, 123
 Şahin, Atalay 221
 Şahin, Berksoy 100
 Şahin, Burcu 99
 Şahin, Ertan 212
 Şahin, Mehmet Furkan 181
 Şahin, Murat 82, 126, 224, 225, 226
 Şahinoğlu, Tuba 115
 Şahin, Sinan 162
 Şahin, Songül 214
 Şahin, Süleyman 154
 Şanlı, Maruf 138, 155
 Şanlı, Öztürk 98
 Şaşmaz, Haluk 132, 134
 Şeker, Mehmet Metin 169
 Şencan, Hüseyin 211
 Şen, Feyza 100, 177
 Şengül, Ayşen Taslak 106, 186, 188, 189, 190, 192
 Şengül, Bilal 189
 Şengül, Merve 89, 116, 203, 204
 Şen, Seda Karakoyunlu 159, 193
 Şen, Serdar 159, 193
 Şimşek, Hakan 134
 Şirzai, Esra Yamansavcı 108, 147
 Şişecioğlu, Mahmut Serdar 125
 Şükriüoğlu, Özge 82

T

Tahmaz, Meryem 138
 Tambaş, Makbule 82
 Tanju, Serhan 104
 Tasalı, Nuri 29
 Taş, Faruk 166
 Taşköylü, Burcu Yapar 179, 205
 Taştekin, Didem 166
 Teker, Fatih 179
 Temel, Uğur 118
 Temiz, Süleyman 92
 Tertemiz, Kemal Can 196
 Tezel, Çağatay 94, 103, 136, 141, 151, 217
 Tilkan, Osman Korcan 223
 Toker, Alper 76, 81, 91, 102, 104, 106, 119, 120, 129
 Topçu, Salih 116, 198, 199
 Topkan, Erkan 131
 Torun, Neşe 197
 Toru, Ümran 95
 Tuncay, Ebru 76

Tunçer, Buğra 82
 Tunçözgür, Bülent 138, 155
 Turhal, Nazım Serdar 184
 Turhan, Kutsal 84, 208
 Turna, Akif 8, 64, 83, 120, 125
 Turna, Menekşe 167, 185, 202
 Tülek, Baykal 218, 221
 Türker, Asuman Akın 133
 Türker, İbrahim 114, 129, 133
 Türk, Figen 205
 Türk, Mehmet 166, 171
 Türkmen, Cüneyt 76
 Türkmen, Esmâ 196
 Türktan, Mediha 220

U

Uğur, Vahide Işıl 146
 Ulaş, Ali Bilal 98, 99, 214
 Ulaş, Turgay 221
 Uluç, Başak Oyan 44
 Ulu, Mehmet 213
 Uluşan, Ahmet 155
 Ulutaş, Hakkı 101
 Umay, Cenk 210
 Usluer, Ozan 78, 108, 147
 Uslu, Sinan 118
 Ustaalioğlu, Bala Başak Öven 168
 Ustaalioğlu, Recep 162, 168, 196, 217
 Utkan, Zafer 92
 Uyar, Mehmet 15
 Uyar, Meltem 227
 Uygun, Kazım 92
 Uysal, Mükremin 122
 Uysal, Serkan 115
 Uyumaz, Elena 91
 Uzel, Işıl 127
 Uzun, Aslıhan 95
 Uzunoğlu, Sernaz 196
 Üçvet, Ahmet 78, 108, 147
 Ülger, Şükran 99
 Ülke, Zerrin Sungur 102
 Ülkü, Refik 110, 132
 Ünsal, Mustafa 167, 185, 202
 Ünsal, Şaban 109, 110, 114, 122, 166, 186
 Ürpek, Gülcan 227
 Üskent, Necdet 140

V

Vatansever, Sezai 82
 Vayvada, Mustafa 111, 136, 141, 151
 Veral, Ali 151

Y

Yağcı, Tarık 147
 Yakşi, Osman 83, 120, 125
 Yalçın, Burcu 209
 Yalçın, Burcu Samanyolu 98, 132
 Yalçın, Funda 221
 Yalçinkaya, İrfan 94, 103, 111, 161, 183, 217
 Yıldız, Demet 103
 Yıldız, Sadık 103
 Yalman, Deniz 36, 84, 95
 Yalnız, Enver 151
 Yamaç, Deniz 41
 Yaman, Fuat 192, 206, 208
 Yanarateş, Ahmet 214
 Yanık, Fazlı 126, 128, 135, 136
 Yanmaz, Mustafa Teoman 160
 Yaren, Arzu 179, 205
 Yasasever, Ceren Tijen 166
 Yaşar, Nurgül 109, 142, 148, 164, 191, 192, 206, 208
 Yaşaroğlu, Murat 162
 Yavaş, Güler 75
 Yazıcı, Gözde 97
 Yazıcı, Hülya 82
 Yazıcı, Ülkü Eren 89, 116, 130, 133, 145
 Yediyıldız, Şenel 168, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177
 Yeğen, Metin 138
 Yener, Ali Galip 165
 Yerci, Ömer 177
 Yerli, Serap 98
 Yıldırım, Hüseyin 218, 221, 224, 225
 Yıldırım, Erkan 185
 Yıldırım, Hüseyin 70
 Yıldırım, Mehmet 162, 196, 217
 Yıldız, Akın 81, 105, 117, 205
 Yıldız, Ece 224
 Yıldızeli, Bedrettin 77, 115, 125, 184
 Yıldız, Ferah 75, 92, 97
 Yıldızhan, Akın 132, 134
 Yıldız, İbrahim 138
 Yıldız, Levent 165
 Yıldız, Mustafa 211
 Yıldız, Oya 197, 199, 202
 Yılmaz, Bahattin 179
 Yılmazbayhan, Dilek 76
 Yılmaz, Burçak 168
 Yılmaz, Celalettin 227
 Yılmaz, Mehmet Ufuk 98, 99

Yılmaz, Muhammet Ali 210
Yılmaz, Neziha 117
Yılmaz, Saim 81, 105, 117, 205
Yılmaz, Ufuk 132, 209, 227
Yılmaz, Ülkü 99
Yidirim, Berna Akkuş 131
Yılmaz, Mustafa 211
Yomruk, Erdem 209

Yorgancıoğlu, Arzu 227
Yöney, Adnan 119, 123, 202
Yörük, Yener 126, 128, 135, 136
Yumuk, Perran Fulden 59, 184
Yüce, Deniz 75, 83
Yücel, Birsen 169
Yücel, İdris 179
Yücel, Nur 98, 151, 214

Yücel, Orhan 152, 156, 158, 207, 222
Yücel, Serap 224
Yüksel, Cabir 76, 126, 219
Yüksel, Mustafa 77, 115, 125
Yürekli, Ahmet Fatih 125
Yürekli, Yakup 159

Z
Ziyade, Sedat 118, 166, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177
Zorlu, Ekin 218
Zorlu, Faruk 92, 97

