

Primer Trakeal Karsinoma

İsmail YÜKSEKOL*, Yücel TAŞAN*, Engin BALCI*, Hayati BİLGİÇ*, Necmettin DEMİRCİ*

* Gülhane Askeri Tıp Akademisi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, ANKARA

ÖZET

Trakea primer tümörleri, semptom ve bulguların silikliği, konvansiyonel akciğer grafileri ile saptanmasının güçlüğü nedeniyle gözden kaçırılabilen, nadir görülen tümörlerdir. Hastaların tanuları gecikebilir ya da astma ve bronşit yanlış tanuları konulabilir. Burada nefes darlığı, öksürük, el ve dudaklarda morarma yakınmaları ile başvuran, ancak PA akciğer grafisi normal olan trakeal karsinomalı 64 yaşındaki erkek olgu sunulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Trakea, karsinoma, toraks bilgisayarlı tomografi.

SUMMARY

Primary Tracheal Carcinoma

Primary tumors of trachea are rare tumors those can be missed easily because the symptoms and signs are subtle. The diagnosis may delay or they may be misdiagnosed as chronic bronchitis or asthma. We present a 64 year-old man with dyspnea, cough, cyanosis and with a normal chest radiogram.

Key Words: Trachea, carcinoma, thorax computed tomography.

Trakeanın primer tümörleri nadir görülür. Bütün trakeal tümörlerin %60-80'i maligndir. Primer trakeal karsinomanın insidansı yılda 100.000'de 0.2'den azdır. Postmortem prevalans ise yaklaşık her 15.000 otopside birdir ve trakea kanserleri tüm kanser ölümlerinin %0.1'inden sorumludur (1-4).

Trakeal tümörler, uzun bir süre boyunca silik olabilir ve diğer pulmoner hastalıkları taklit edebilir. Erken tanı bu silik semptomların dikkate alı-

nıp incelenmesiyle konulabilir. Çoğu olguda tanı radyolojik ve endoskopik bulgulara dayanır. Bazı olgularda ise tanı otopsiye kadar konulamaz (1,3,4).

OLGU SUNUMU

Hastamız 64 yaşında erkek olup nefes darlığı, öksürük, balgam çıkarma, el ve dudaklarda morarma yakınmaları ile kliniğimize yatırıldı. Hastanın anamnezinden üç dört yıldır öksürük, balgam çıkarma yakınmalarının olduğu, ancak her-

Yazışma Adresi (Address for Correspondence):

Dr. İsmail YÜKSEKOL, Gülhane Askeri Tıp Akademisi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı,
06018, Etlik, ANKARA- TÜRKİYE
e-mail: iyuksekol@gata.edu.tr

hangi bir sağlık kurumuna başvurmadığı öğrenildi. Onbeş gün önce başlayan, başlangıçta eforla daha sonra istirahatte de ortaya çıkan nefes darlığı tanımlıyordu. Hasta bir sağlık kurumundan hastanemiz kulak burun boğaz (KBB) kliniğine sevk edilerek yatırılmış, burada yapılan indirekt larengoskopik muayenede; sol vokal kordun median pozisyonunda fiks, sağ vokal kordun hareketli, rima glottisin solunum fonksiyonu için yeterli olduğu saptanmış, yapılan konsültasyon sonucunda kliniğimize nakledilmişti. Öz ve soy geçmişinde belirgin bir özellik yoktu. Çiftçilikle uğraşan hastada 40 yıl 1.5-2 paket/gün sigara içimi öyküsü mevcuttu. Fizik muayenede TA 130/90 mmHg, nabız 120/dakika (ritmik, dolgun), ateş 36°C idi. Hasta dispneik görünümdeydi. Periferik siyanoz, parmaklarda çomaklaşma, bilateral iştme azlığı ve farenkste hiperemi mevcuttu. Solunum sistemi muayenesinde; inspiratuvar ronküsler ve stridor saptandı. Kardiyovasküler sistem ve diğer sistem muayenelerinde patolojik bulgu tespit edilemedi. Laboratuvar incelemelerinde; beyaz küre 13.800/mm³, eritrosit sedimentasyon hızı 26 mm/saat, idrar mikroskopisi ve rutin biyokimyasal incelemeleri normaldi. Hastanın PA akciğer grafisi normal olarak değerlendirildi (Resim 1).

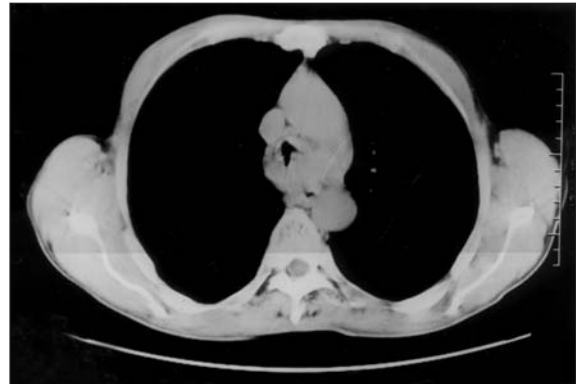


Resim 1. Olgunun PA akciğer grafisi.

Uygulanan opaklı boyun ve toraks bilgisayarlı tomografi (BT) incelemesinde; larenks, hipofarenks ve toraks girişi bölgelerinde hava pasajlarının normal olduğu, trakeada lümeni sol posterolateralden daraltan, karina düzeyine kadar uzanım gösteren, özefagus ve mediastinal yağlı dokuya invazyon gösteren tümöral kitle izlendi (Resim 2). Hastaya aynı gün fiberoptik bronkoskopi (FOB) uygulandı. FOB'ta trakea 1/3 alt kısmının çepeçevre endotrakeal vejetan tümöral doku ile bronkoskopun ilerletilmesine olanak vermeyecek şekilde daralmış olduğu gözlemlendi. Bunun üzerine trakea tümörü ön tanısı ile acil radyoterapi başlandı. Hastanın trakea biyopsisi, lavaj sıvısı ve balgam sitolojileri skuamöz epitel hücreli karsinoma ile uyumlu olarak raporlandı. Radyoterapinin 12. gününde gastroskopi yapıldı. Özefagus lümeninin normal olduğu gözlemlendi. Beyin BT'si ve batin ultrasonografisinde patolojisi saptanmadı. Radyoterapi sonrasında 21 günde bir olmak üzere toplam altı kür kemoterapi (sisplatin 50 mg/gün birinci, ikinci, üçüncü gün, vinorelbin 40 mg/gün birinci ve sekizinci gün) uygulanması kararlaştırıldı. Kemoterapinin birinci küründen sonra yapılan kontrol FOB'ta trakea lümeninin açık, mukozanın düzensiz ve frajil olduğu, karinanın hemen üzerinde trakea posterior duvarda ve ön duvarda sol ana bronşun hemen girişinde vejetan, mercimek büyüklüğünde tümöral lezyon gözlemlendi. Her iki sistemde tüm lob ve segment ağızları açıktı.

TARTIŞMA

Trakeanın primer tümörleri, semptomların ve bulguların nonspesifikliği nedeniyle sıklıkla



Resim 2. Olgunun toraks BT kesitinde lümeni sol posterolateralden daraltan tümöral kitle.

gözden kaçırılır. Bu hastaların yarısından fazlası başvuru sırasında ilerlemiş hastalığa sahiptir (1-5). Trakeal karsinomanın etyolojisi bilinmemektedir. Ayrıca, histolojik olarak benzemesine ve aynı yapının devamı olmalarına karşın larenks ve bronş kanserlerinin neden sık, trakea kanserlerinin neden nadir olduğu da açık değildir (1). Akciğer ve larenks karsinomanın sıklığının artmasına rağmen, trakeal karsinomanın neden bununla paralel gitmediği de şaşırtıcıdır (1). Malign trakeal tümörler içinde en sık görüleni skuamöz hücreli karsinomadır. Bunu adenoid kistik karsinoma ve adenokarsinoma izler (2,3,5). Skuamöz hücreli karsinoma sıklıkla altıncı dekatta ortaya çıkar, erkek/kadın oranı 4/1'dir. Solunum yolu epitelinin etkileyen diğer kanserler gibi sigara içimiyle güçlü bir ilişkisi vardır (4,6). Adenoid kistik karsinoma ise daha genç yaşlarda ortaya çıkmaktadır. Trakeanın sarkoması çok nadirdir, ancak çocuklarda epitelyal malignitelerden daha sık karşılaşılmaya muhtemeldir (2). Yayınlanan seriler arasında trakeanın etkilenen kısmı değişmektedir. Birçok yayında tümör %40-45 trakea 1/3 üst kısımdan, %30-35 1/3 alt kısımdan kaynaklanır, 1/3 orta kısım ise en az etkilenen bölümdür (4,7). Kronik öksürük, eforla nefes darlığı, hemoptizi en sık semptomlardır. Ses kısıklığı, disfaji, kilo kaybı, astmatik semptomlar saptanabilir. Ağrı sık değildir. Spesifik semptomların olmaması ve tümörün nadirliği nedeniyle erken tanı güçtür. Hastalara sıklıkla astma veya bronşitis olarak yanlış tanı konulur (1,2,4,5,8). Standart akciğer grafileri trakeal tümörleri saptamada duyarlı değildir. Olguların ancak yarısında tanı konabilmektedir (2-4). Özellikle anterior veya posterior duvardan kaynaklanan ve bifurkasyona yakın tümörleri standart akciğer grafisi ile saptamak güç olmaktadır (3). Spirometri, semptomatik olgularda tanıya yardımcı olabilir. Ancak akım-volüm eğrisinde karakteristik değişiklikler, lümen çapı 8 mm'nin altına düşünceye kadar görülmeyebilir. Ancak 5 mm çapındaki bir darlık istirahatte inspiratuvar obstrüksiyona neden olabilir ve stridor oluşturabilir (9). Baryumlu özefagus grafisi posterior trakeal duvardan kaynaklanan tümörlerin sınırlarını veya özefagus invazyonunu saptamada yardımcıdır (2). Özefagoskopi posterior tra-

kea duvarını infiltre eden özefagus tümörlerini ekarte etmede gereklidir. Bizim olgumuzda olduğu gibi, bazı ilerlemiş olgularda orjinin trakea veya özefagus olup olmadığını saptamak güçtür. Burada hastalık öyküsü yardımcı olabilir. Trakeal tümörlü hastalarda dispne, öksürük, stridor, hemoptizi erken belirtilerken, özefagus tümörlerinde disfaji mevcuttur (5). Hastamız, daha önce herhangi bir sindirim sistemi yakınmasının olmaması, üç dört yıldır öksürük ve balgam çıkarma ile son zamanlarda ortaya çıkan nefes darlığı, siyanoz öyküsü nedeniyle primer trakea tümörü olarak değerlendirilmiştir. Yapılan özefagoskopisinin normal olarak değerlendirilmesi incelemenin radyoterapi sırasında yapılması ile açıklanabilir. Trakeal tümörlerin tanısı bronkoskopi ve radyografik görüntüleme ile konulabilir. Spiral BT, günümüzün seçkin tekniğidir. Spiral BT, trakeanın komşu yapılarıyla olan ilişkisini gösterir. Ancak konvansiyonel akciğer tomografisi de oldukça sensitivdir (2,4).

Olgumuz stridor ve siyanozun belirgin bulgular olduğu geç dönemde hastanemize başvuran normal akciğer grafisine sahip bir olguydu. Hasta başlangıçta üst solunum yolu patolojisi düşünülerek KBB kliniğinde tetkik edilmiş, sol vokal kord paralizi dışında pozitif bulgu saptanmaması üzerine kliniğimize nakledilmiş ve FOB ile malign trakeal tümör tanısı konulmuştur. Olgumuza benzer şekilde; açıklanamayan öksürüğü, dispnesi, seyrek hemoptizisi olan normal akciğer grafili olgularda trakea karsinomundan şüphe edilmelidir. Böyle olgularda erken toraks BT ve bronkoskopik inceleme hızlı tanı ve tedavi girişimlerine olanak verdiği gibi yanlış tanıları da önleyebilir.

Trakea karsinomalı olgularda bronkoskopik incelemede lezyonun direkt görülebilmesi ve patoloji için örneklerin alınabilmesinin yanı sıra obstrüksiyonun giderilmesi amacıyla lazer veya kriyoterapi de uygulanabilir (4,10). Trakeal tümörlerin tedavisinde cerrahi + radyoterapi veya yalnız radyoterapi uygulanabilir. Radyorezistan tümörlerin tedavisinde asıl tedavi yöntemi cerrahi olmalıdır. İnoperabl olgular veya rezidüel hastalık için radyoterapi iyi bir alternatiftir (4-6). Bazı olgularda endoskopik lazer tedavisi uygulandıktan sonra küratif cerrahi mümkün olabilir. Lazer

tedavisi hava yolu obstrüksiyonunu gidermek için tek başına uygulanabilir. Fakat genellikle radyoterapi ile kombine edilir (4,10,11). Cerrahi ve radyoterapi ile sadece radyoterapi uygulanan hastalardan daha iyi yaşam süreleri elde edildiği bildirilmiştir. Radyoterapi ile kombine veya sadece kemoterapi, trakeanın skuamöz hücreli karsinomasında bir rol oynayabilir. Ancak böyle bir yaklaşımın etkinliği randomize klinik çalışmalarla kanıtlanmamıştır. Olgumuzun radyoterapi ve birinci kür kemoterapi sonrası yapılan kontrol FOB'unda tümöral lezyonların gerilediği gözlenmiştir. Ancak hasta daha sonraki kontrollere gelmemiş ve akıbeti hakkında bilgi alınamamıştır. Bu olgu ışığında trakeal tümörlerde, semptomların nonspesifikliği ve hastalığın nadirliği nedeniyle erken tanının gecikebileceğini, astma ve bronşitis gibi yanlış tanıların konulabileceğini literatür bilgileriyle tartışmayı uygun bulduk.

KAYNAKLAR

1. Hajdu SI, Huvos AG, Goodner JT, et al. Carcinoma of the trachea. Clinicopathologic study of 41 cases. *Cancer* 1970; 25: 1448-56.
2. Li Wei, Ellerbroek NA, Libshitz HI. Primary malignant tumors of the trachea. A radiologic and clinical study. *Cancer* 1990; 66: 894-9.
3. Manninen MP, Paakkala TA, Pukander JS, Karma PH. Diagnosis of tracheal carcinoma at chest radiography. *Acta Radiologica* 1992; 33: 546-7.
4. Velez Jo ET, Morehead RS. Pulmonary and critical care pearls. Hemoptysis and dyspnea in a 67-year-old man with a normal chest radiograph. *Chest* 1999; 116: 803-7.
5. Rostom AY, Morgan RL. Results of treating primary tumours of the trachea by irradiation. *Thorax* 1978; 33: 387-93.
6. Grillo HC, Mathisen DJ. Primary tracheal tumors: Treatment and results. *Ann Thoracic Surg* 1990; 49: 69-77.
7. Mc Cafferty GJ, Parker LS, Suggit SC. Primary malignant disease of the trachea. *J Laryngol Otol* 1964; 78: 441-79.
8. Babek S, Özer F, Mungan D ve ark. Her wheezing astım değildir. *T Klin Allerji-Astım* 2000; 2: 36-41.
9. Acres JC, Kryger MH. Upper airway obstruction. *Chest* 1981; 80: 207-11.
10. Shankar S, George PJM, Hetzel MR, et al. Elective resection of tumours of the trachea and main carina after endoscopic laser therapy. *Thorax* 1990; 45: 493-5.
11. Daddi G, Puma F, Avenia N, et al. Resection with curative intent after endoscopic treatment of airway obstruction. *Ann Thorac Surg* 1998; 65: 203-7.