

N.U.64 yaşında Bayan, evhanımı

***Öksürük**

***2 ay önce kuru öksürük
yakınması ile başvurduğu
hastanede çekilen akciğer
grafisi ile hastanemize
gönderilmiş**

ÖZ VE SOY GEÇMİŞ

- 7yıl önce kolon rezeksiyonu (adeno ca) olan hasta 2 yıl önce brit-ileus nedeni ile tekrar opere olmuş

FİZİK MUAYENE

- Sağ hemitoraksta
solunum sesleri dinlemekle
azalmış

LABORATUAR- 1

Lökosit : 6700/ μ l Hb : 11.5 g/dl

Sedimentasyon : 50 mm/saat

AKŞ : 115 mg/dl BUN : 17 mg/dl

Kreatinin : 0.68 mg/dl, AST : 26 IU/dl

ALT :30 IU/dl Total prot: 6.4 g/dl

Albumin : 3.7 g/dl, Total bilirubin : 0.7

Direkt bili : 0.2 mg/dl Ca : 9.4 mEq/l

LABORATUAR- 2

Solunum Fonksiyon Testi

FEV_1 : 1.39 (%70)

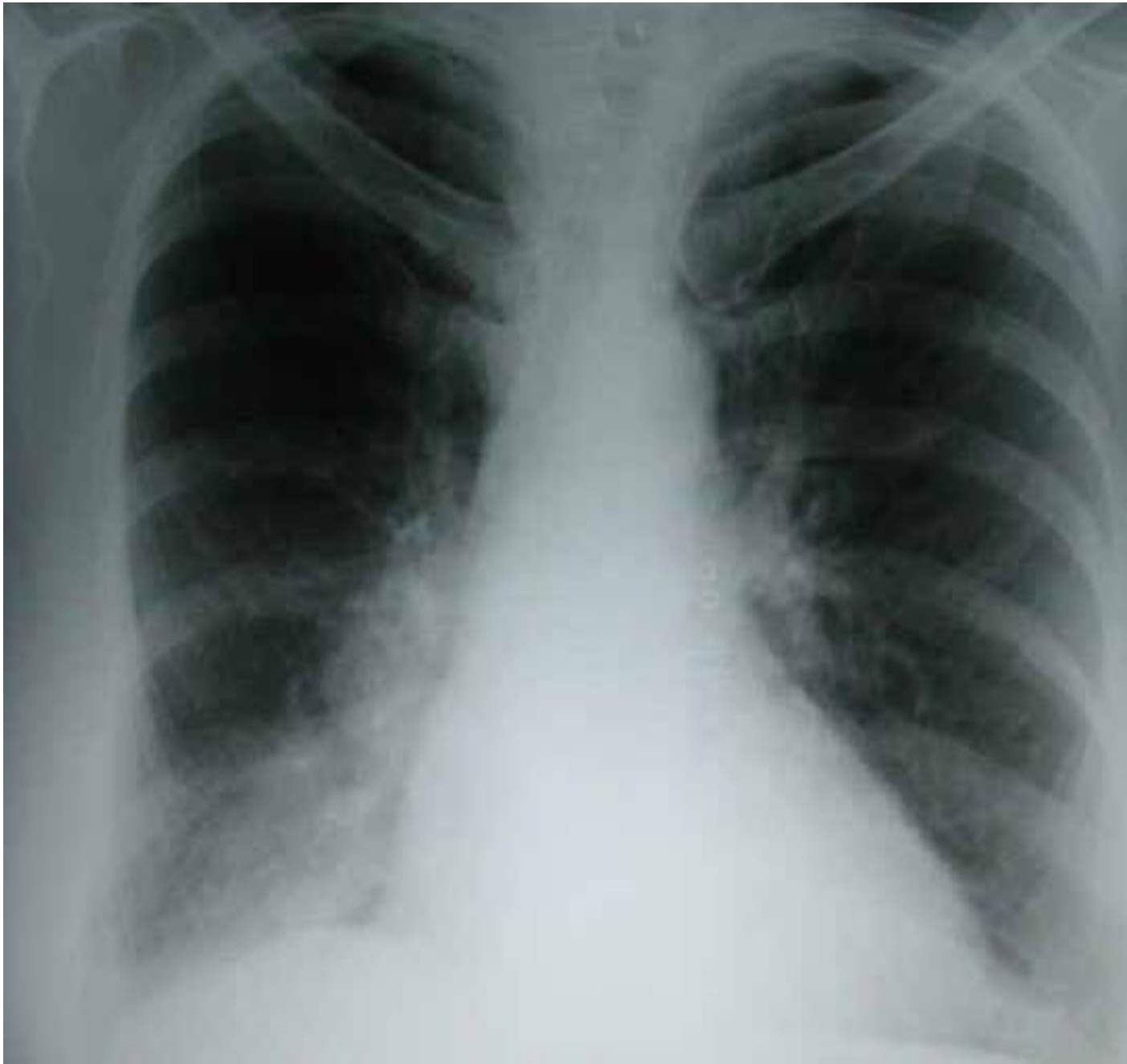
FVC : 2.18 (75)

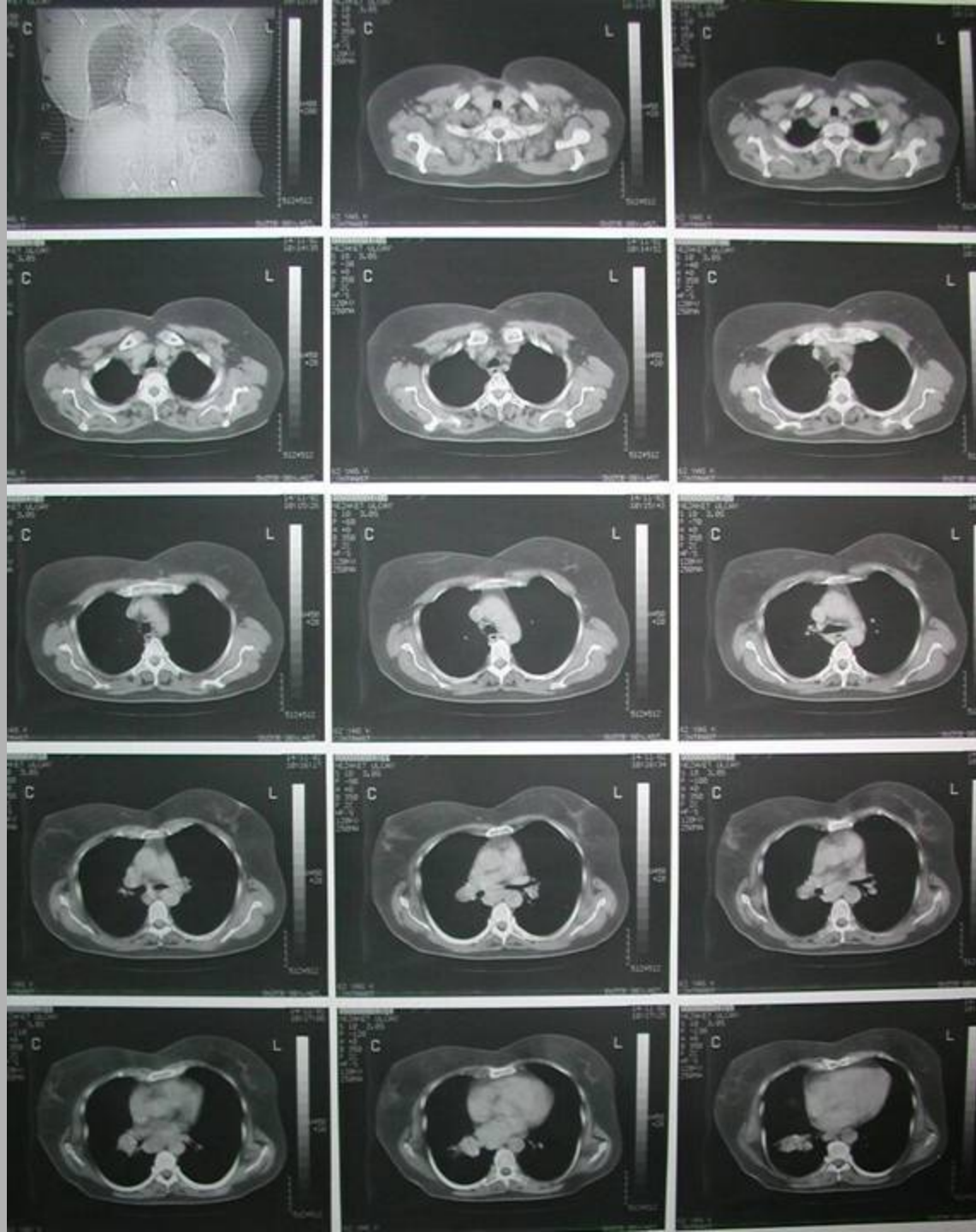
FEV_1/FVC : %62.2

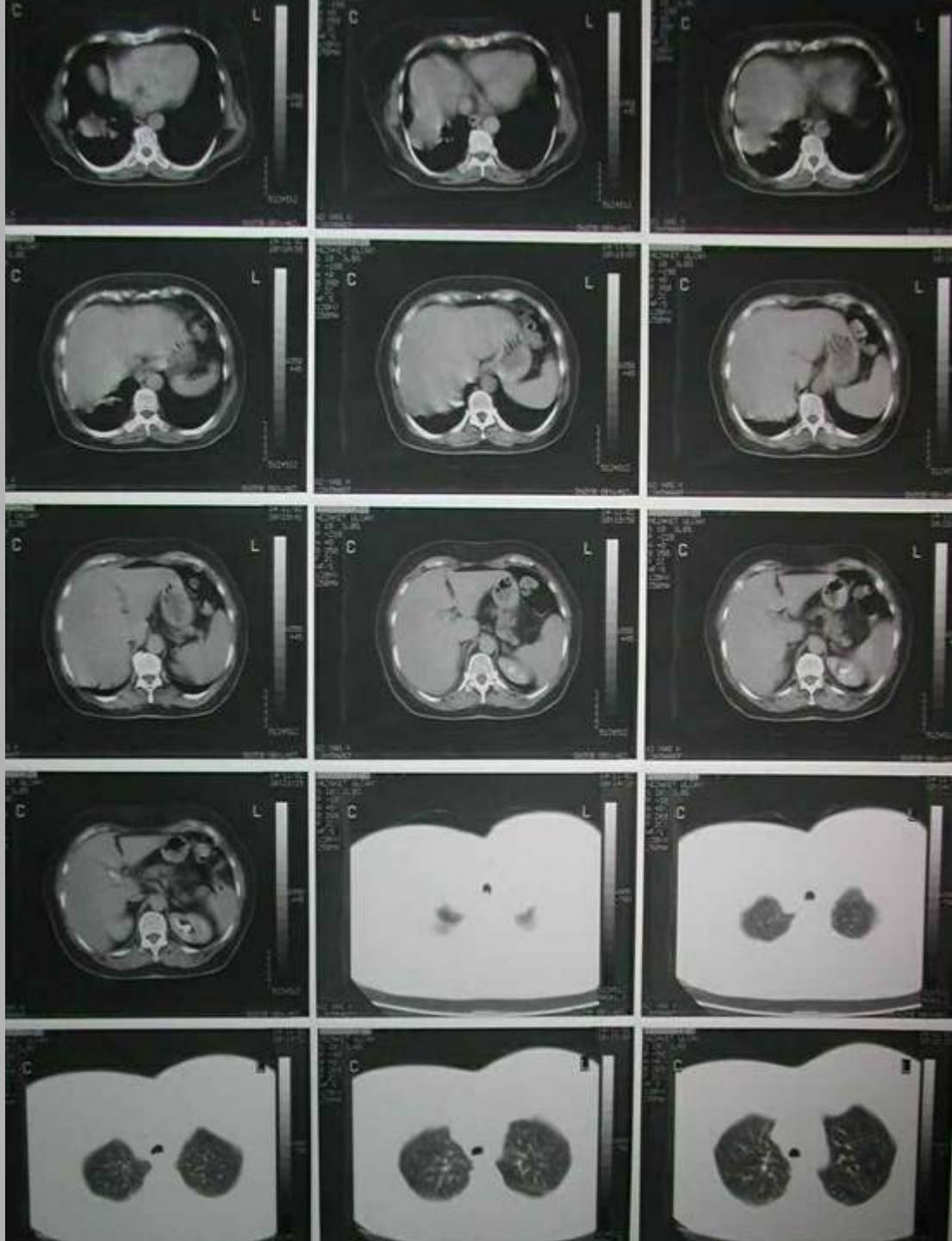
KAN GAZI (Oda havası)

pH: 7.4, pO_2 : 66 mmHg

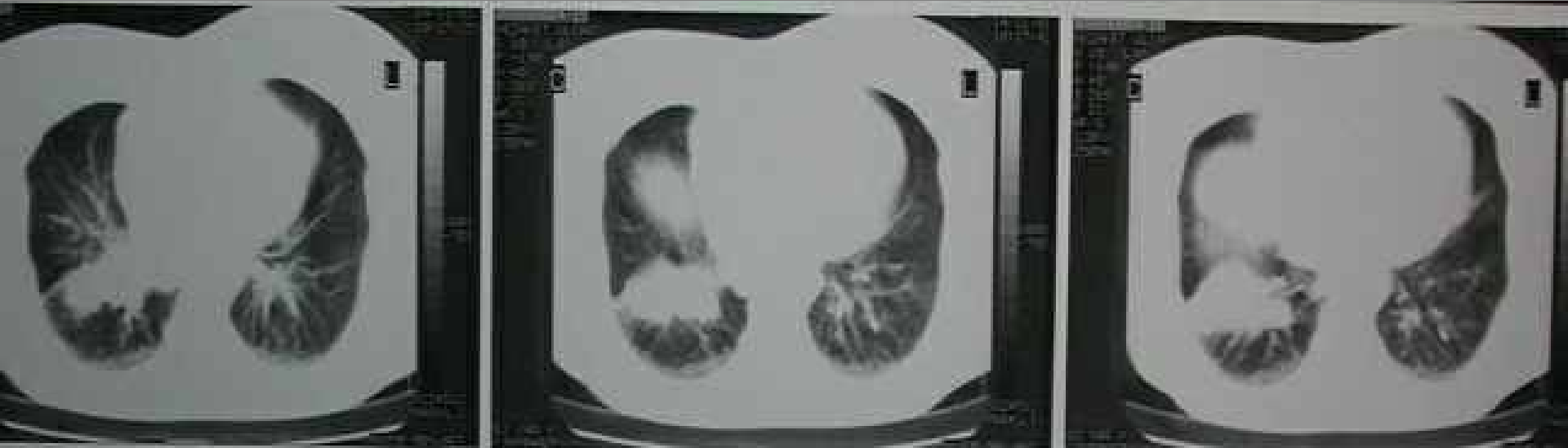
pCO_2 : 39.9 mmHg, Satürasyon: %93







TORAKS BT



TORAKS BT



BİLGİSAYARLI TOMOGRAFI

Sağ akciğer alt lob lokalizasyonlu 4 x 5 cm

çaplarında, uzanımı ile alt lob bronşunu oblitere eden solid kitle.

Perihiler ve mediastinal 1 cm 'nin altında lenf nodları.

FİBEROPTİK BRONKOSKOPI-1

- LTC normal, sol bronş sistemi açık ve normal, sağ ana bronş, intermedier bronş, orta lob bronşu segmentleri dahil açık ve normal, alt lob süperior segment açık, alt lob bazal segment girişini tama yakın tıkayan vejetan, nekrotik kitle saptandı.
- Kitleden biyopsi, alt lobdan lavaj ve LAM'dan Wang ile İA yapıldı

FİBEROPTİK BRONKOSKOPI-2

Biyopsi : Adenokarsinom

TBİA : Küçük hücre dışı karsinom
hücreleri

Lavaj ve PBB : Normal sınırlarda respiratuar
sitoloji

FİBEROPTİK BRONKOSKOPI-2

- Epikriz :Uygulanan immünohistokimyasal ve konvansiyonel boyamada TTF(-), PAS seyrek intrastoplazmik(+) dir. Bulgular tümörün metastaz orginini desteklemektedir.

DİĞER TETKİKLER

- Kemik sintigrafisi: Sağ 8.kotta aktivite artışı
- Batın USG, Beyin BT: normal
- *Primer tm (kolon CA)* açısından yapılan incelemeler negatif bulundu

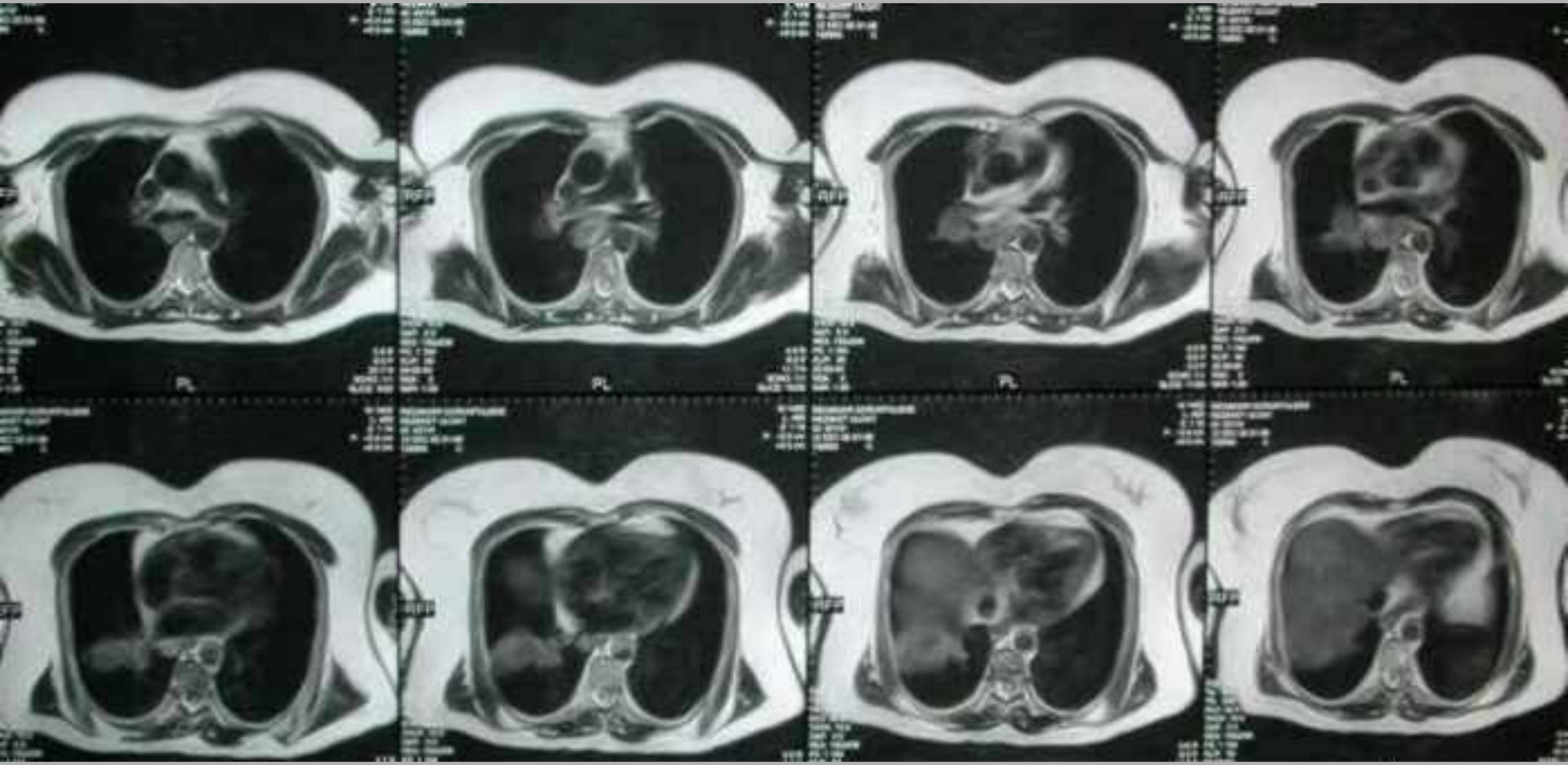
Kantitatif perfüzyon sintigrafisi:

- FEV_1 : 1.390 ml iken

sağ pnömenektomi yapılır ise

Postop FEV_1 : 839ml

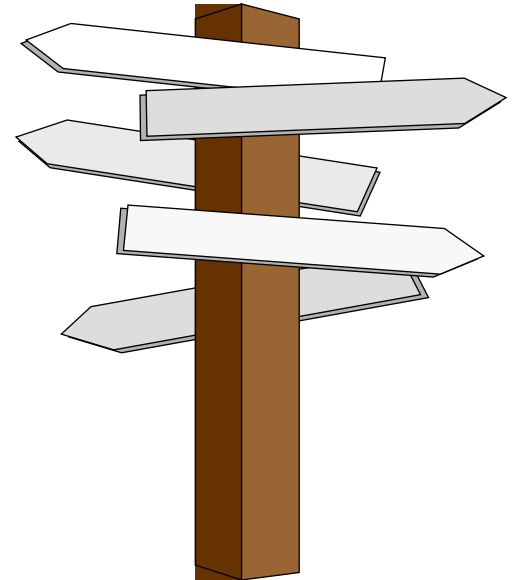
Alt lobektomi ile Postop FEV_1 : 1301ml



TORAKS MR

- Sağ alt lobda perihiler bölgeden periferik uzanan kosta ve diafragmatik plevrada reaktif sinyal artışına yol açan 4.5cm boyutunda kitle ,sağ hilusta 3cm ve subkarinal 3 ve 1cm LAM

HASTA TORAKOTOMİ İÇİN CERRAHİ KLİNİĞİNE YÖNLENDİRİLDİ



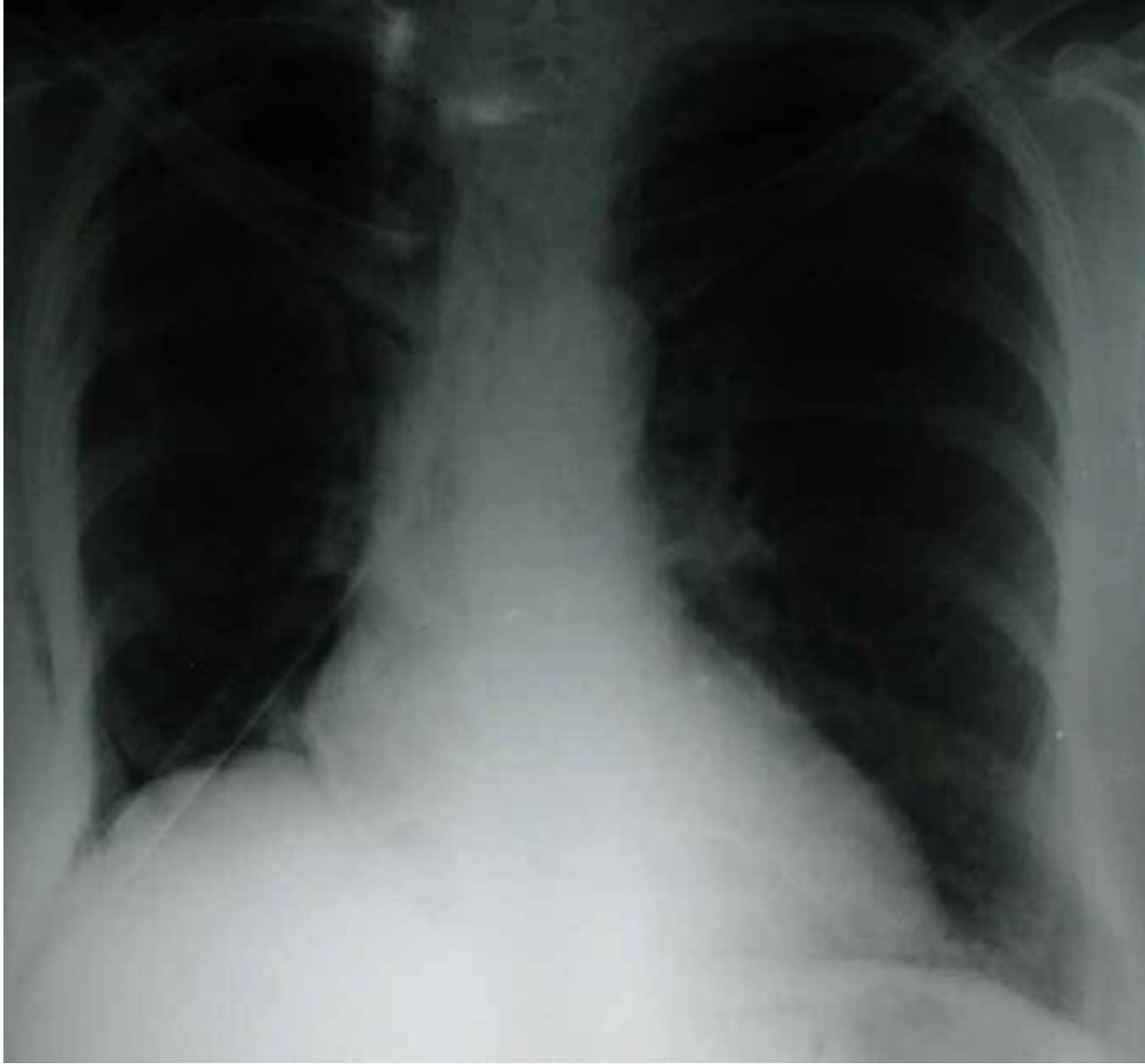
OPERASYON

- GAA'DA RİJİD BRONKOSKOP İLE GİRİLDİĞİNDE SAĞ ALT LOB BRONŞ GİRİŞİNİN BEYAZ RENKLİ VEJETAN KİTLE İLE TAMA YAKIN TIKALI OLDUĞU GÖRÜLDÜ. DİĞER BRONŞ ALANLARI DOĞAL GÖRÜNÜMDEYDİ.
- ALT BİLOBEKTOMİ: DOUBLE LUMEN SOL ENTUBASYONLA STANDART POSTEROLATERAL TORAKOTOMİ İNSİZYONUyla SAĞ 5. İKA'DAN TORAKSA GİRİLDİĞİNDE ALT LOBDA 8X8 CM EBADINDA TÜMÖR İZLENDİ. ÜST LOB DOĞAL İDİ. DİSEKSİYON BAŞLAMADAN ÖNCE ALT LOBEKTOMİYE KARAR VERİLDİ. FİSSÜR AYRILMAYA ÇALIŞILDI. ANCAK TÜMÖRÜN MİNÖR FİSSÜRE TAŞMIŞ, İNTERLOBER ARTERİN BULUNDUĞU KISIMA SIKI BİR ŞEKİLDE YAPIŞMIŞ OLDUĞU, DİSEKSİYONA İZİN VERMEDİĞİ, FİSSÜRDEN DEVAM EDİLİNCE TM'ÜN ORTA LOBU KENDİSİNE ÇEKMIŞ OLDUĞU VE ORTA LOB ARTERİNİN TM İÇERİSİNDE OLDUĞU GÖRÜLDÜ. BUNUN ÜZERİNE ORTA LOBEKTOMİNİN DE EKLENMESİNE KARAR VERİLDİ. 2R,4R,7,8 VE 11 SUP VE İNF LENF NODLARI PREPARE EDİLDİ KONTROLDE HAVA KAÇAĞI İZLENMEDİ. HASTA HEMOSTAZ VE AEROSTAZI TAKİBEN 28F VE 32 F BAZAL DRENLER KONARAK KATLAR PPT KAPATTI.DT

POSTOPERATİF DÖNEM

- POSTOP 2. GÜN APİKAL , 3. GÜN BAZAL DRENİ ALINAN HASTANIN KONTROL GRAFİSİNDE RE-EKSPANSİYON KUSURU İZLENMESİ VE CİLT ALTI AMFİZEMİ GELİŞMESİ ÜZERİNE TEKRAR TÜP TORAKOSTOMİ+KSD UYGULANDI. BÖYLECE RE-EKSPANSİYON SAĞLANDI. HASTA DRENİ ÇEKİLDİKTEN SONRA POSTOP 20. GÜN TABURCU EDİLDİ.

POSTOPERATİF RADYOGRAFİ



PATOLOJİ

- ALT LOB BRONŞUNDA **ADENO CA** 6 X 5 X 5 cm
- TM CERRAHİ SINIR UZAKLIĞI :1.5 CM
- CERRAHİ SINIR PULMONER ARTER, VEN BRONŞ TUTULUMU :NEGATİF
- AKC. İÇİ İKİNCİ ODAK: NEGATİF
- NO:8 FROZEN KAPSÜL İNVAZYONU GÖSTEREN TM
- NO:2R,4R,7,11 İNFERİOR,11 SÜPERİOR :REAKTİF HİPERPLAZİ
- NO:12 :2 ADET LAMDA KAPSÜL İNVAZYONU GÖSTEREN CA MET.

PATOLOJİ- İLERİ İNCELEME:

- **Uygulanan immünohistokimyasal çalışmada:**
- **TTF-1 (-)**
- **CK 7 (-)**
- **CK 20 (fokal zayıf +)**

Bu bulgulara dayanarak,

**“AKCİĞER DIŞI KOLOREKTAL ADENOKARSİNOM
METASTAZI”**

olarak yorumlanmıştır.

AKCİĞER METASTAZLARININ CERRAHİSİ

ŞARTLAR:

- Primer hastalık kontrol altında ise.
- Tüm metastazları tam olarak çıkarabilmek teknik olarak mümkün ise.
- Akciğer dışında başka bir organda metastaz bulunmuyor ise
- Metastazların cerrahisi için gereken akciğer parenkimini çıkarmak, solunum fonksiyonları açısından mümkün ise.

İYİ PROGNOSTİK FAKTÖRLER

(Pastorino U , Buyse M, Friedel G et al. : Long term results of lung metastasectomy :

prognostic analyses based on 5206 cases . J. Thorac Cardiovasc Surg 1997;113:37-49)

- **Metastazların komplet çıkarılabilmesi**
- **Metastaz sayısının 4'ün altında olması**
- **Hastaliksız dönem 36 aydan uzun olması**
- **Germ hücreli tümör metastazı olması**

SAĞKALIM?

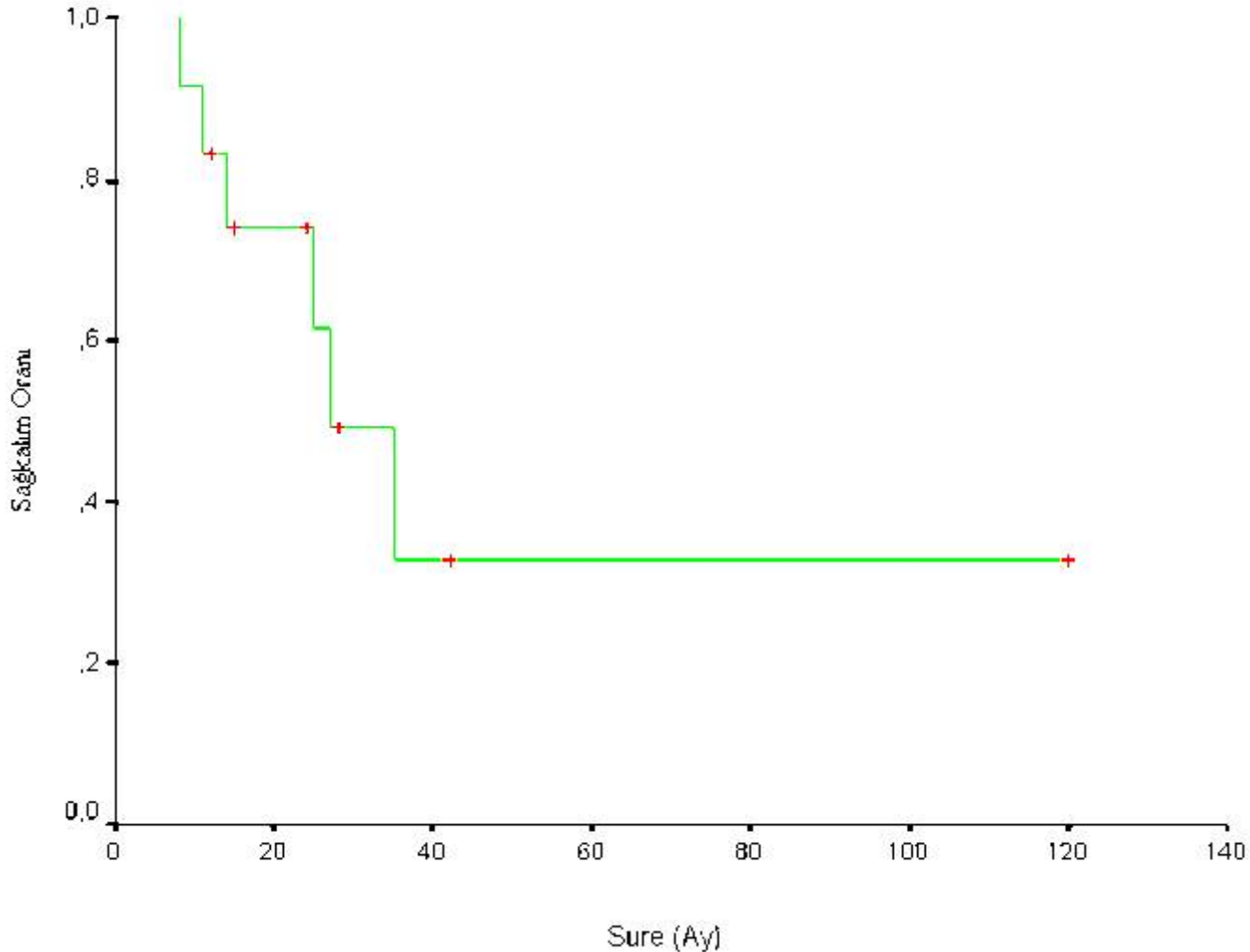
(Pastorino U , Buyse M, Friedel G et al. : Long term results of lung metastasectomy :

prognostic analyses based on 5206 cases . J. Thorac Cardiovasc Surg 1997;113:37-49)

EVRE	ORTALAMA SAĞKALIM
Evre I : Rezektabl - risk faktörü yok	61ay
Evre II : Rezektabl - 1 risk faktörü	34 ay
Evre III : Rezektabl - 2 risk faktörü	24 ay
Evre IV : İrrezektabl	14 ay

SAĞKALIM (YEDİKULE DENEYİMİ, n=13)

GENEL SAĞKALIM GRAFIĞI



KOLON KARSİNOMUNUN AKCİĞER METASTAZLARININ CERRAHİSİ

(Brit J Surg 2002;89:1164-1168)

- Lokal (kolonda) nüks yok ise 5 yıl sağkalım : %73
- Lokal nüks saptanır ise 5 yıl sağkalım : %50

(Olgu sayısı: 48)

ENDOBRONŞİAL METASTAZLAR

- TİP I : Bronş içine direkt metastaz
- TİP II : Parenkim içindeki lezyonun bronşa invazyonu
- TİP III : Tümör metastazı bulunan hiler ya da mediastinal lenf gangliyonunun bronş invazyonu
- TİP IV : Periferik bir lezyonun proksimal bronşa doğru invazyon göstermesi