

BRONŞ KANSERLERİNDE TEŞHİS VE TEDAVİ YÖNTEMLERİ

Dr. Ali ERSÖZ¹
Dr. Tahir YÜKSEK¹
Dr. Hasan SOLAK¹
Dr. Cevat ÖZPINAR²

In this article, we researched 87 patients in our clinic with primary bronch carcinoma for diagnosis and treatment methods. Seventy-five of the cases were men (86.2 %) and 12 of them (13.7 %) were women. 72 of them smokers of different numbers and times. 15 of the cases were passive smokers. Most of the patients were applied often 5 or more months that the symptoms began because of the patients' uneducation and the physicians uncare. In our research, the best diagnostic technic is the endoscopy and biopsy together in 69 cases (79.3 %). Thoracotomy were applied in 25 cases. We couldn't know about the 5 years survey because the patients never come to control. The mortality rate was 4 % with 1 death.

Bronş kanserlerinin morbiditesi, genel kanser morbiditesi içinde yaklaşık %20'lik bir orandadır. Bu oranla bronş kanserleri sıralamada gastrointestinal kanserlerden sonra ikinci sırayı almaktadır. Bazı istatistiklerde erkeklerde ilk sırayı almaktadır (4). Son yıllarda diğer kanser türlerinde duraklama - şayet varsa çok az bir yükselme - gözlenirken, bronş kanserlerinde aşırı oranda yükselme dikkati çekmektedir. Yapılan çeşitli araştırmalarda, kanserden ölenlerin 1/3 - 4'ünde sebep; bronş kanserleridir (2).

Kanser, çok nadir bazı durumlar hariç bugün hala radikal tedavisi mümkün olmayan hastalıklar arasında ilk sırayı almaktadır. Tedavide erken teşhisin önemi büyüktür.

Toplumun bütününü erken teşhis amacıyla periodik taramaya alarak kanser araştırmasına girişmek düşünce olarak ideal gibi görünse de, pratikte mümkün değildir. O halde yapılması gereken en uygun hareket;

- (1) S. Ü. Tıp Fakültesi Göğüs - Kalp - Damar Cerrahisi Anabilim Dalı Öğretim Üyeleri.
- (2) S. Ü. Tıp Fakültesi Göğüs - Kalp - Damar Cerrahisi Anabilim Dalı Arş. Görv.

her kanser türü için söz konusu olan risk gruplarının, periodik taramaya alınmasıdır. Bu risk grubu, bronş kanserleri için sigara içme alışkanlığı olan 40 yaşın üzerindeki erkeklerdir.

Bu çalışmada kuruluşundan (1982) bu yana (1986 sonuna kadar) Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs-Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim dalında teşhis edilen 87 bronş Ca. vakası semptom, klinik ve laboratuvar bulguları yönünden değerlendirilmiş, bunlar içinden cerrahi tedavi uygulanmış 25 vakaya uygulanan cerrahi yöntemler ve mortalite kaydedilerek, literatür verileriyle karşılaştırma yapılmıştır.

Materyal ve Metod

Kliniğimizde 1982 - 1986 yılları arasındaki 5 yıllık sürede teşhis edilen bronş kanserli hasta sayısı 87'dir. Bu vakaların 12'si (%13.7) kadın, 75'i (%86.3) erkektir. Vakalarımızın yaş ortalaması 56.8'dir. Serimizdeki vakalarda, kanserin en çok görüldüğü yaş grubu; 51 - 55 yaş grubudur. Vakalarda cinsiyet ve yaş gruplarına göre dağılım Tablo - 1'de gösterilmiştir.

Serimizi oluşturan 87 vakanın 12'si kadın ve 3'ü erkek olmak üzere toplam 15'i dışında geriye kalanların hepsi değişik miktarlarda ve değişik sürelerle sigara içmişlerdir. Günde içilen sigara miktarına göre vakaların dağılımı Tablo - 2'de gösterilmiştir. Tablo - 3'te de sigara içim sürelerine göre vakaların dağılımı gösterilmiştir.

Tablo - 1 : Vakalarda cinsiyet ve yaş gruplarına göre dağılım.

Yaş grupları	Vakaların		Erkek		Kadın	
	Sayısı	%'si	Sayısı	%'si	Sayısı	%'si
35 - 40	2	2.3	2	2.3	—	—
41 - 45	3	3.4	1	1.2	2	2.3
46 - 50	13	15	10	11.5	3	3.4
51 - 55	20	23	16	18.4	4	4.6
56 - 60	17	19.5	15	17.2	2	2.3
61 - 65	12	13.8	12	13.8	—	—
66 - 70	8	9.2	7	8	1	1.1
70 - >	12	13.8	12	13.8	—	—
Toplam	87	100	75	86.2	12	13.7

Tablo - 2 : Günde içilen sigara sayısına göre vakaların dağılımı.

Sigara miktarı(adet/gün)	Vakaların	
	Sayısı	%'si
5 - 15	—	—
16 - 25	33	37.9
26 - 35	4	4.6
36 - 45	30	34.5
46 - >	5	5.8
İçenlerin toplamı	72	82.8
İçmeyen	15	17.2
Genel toplam	87	100

Tablo - 3 : Sigara içim sürelerine göre vakaların dağılımı.

Sigara içme süresi (yıl)	Vakaların	
	Sayısı	%'si
0 - 10	—	—
11 - 20	8	11.1
21 - 30	32	44.5
31 - 40	24	33.3
41 - >	8	11.1
Toplam	72	%100

Aktif olarak sigara içmeyen 15 hastamızda da değişik süre ve miktarlarda sigara dumanına maruziyet (pasif sigara içimi) söz konusuydu.

Vakaların hekime veya polikliniğimize müracaat etmelerinde başta gelen şikayet öksürüktür. Vakalarımızın 60'ında (%69) öksürük şikayeti vardı. Daha sonra sırasıyla yan ağrısı, hemoptizi, nefes darlığı ve ses kısıklığı şikayetleri gelmektedir. 2 vakamızda (%2.3) ekstrapulmoner semptom vardı. Bunlardan birinde yaygın osteoartropati, diğer vakamızda da bronş tümörünün ösefagus infiltrasyonuna bağlı yutma güçlüğü mevcuttu.

Tablo - 4 : Vakalarda semptom dağılımı.

Semptomlar	Vakaların	
	Sayısı	%'si
Öksürük	60	69.0
Yan ağrısı	38	43.7
Nefes darlığı	27	31.0
Hemoptizi	11	12.7
Extrapulmoner semptomlar (Artralji+yutma güç.)	2	2.3
Ses kısıklığı	3	3.3

İlk semptomun çıkışından itibaren hastaların bize müracaatlarına kadar geçen süreler oldukça farklılık göstermektedir. Semptom, vermesizin, kontrol amacıyla yaptırılan radyolojik incelemeyle tespit edilen vaka sayımız 1'dir (%1.1). Vakalarımızda ilk semptom çıktıktan itibaren polikliniğimize müracaata kadar geçen süreler Tablo - 5'te gösterilmiştir.

Tablo - 5 : İlk belirti ile müracaat arasında geçen sürenin vakalara dağılımı.

İlk belirti ile müracaat arasında geçen süre	Vakaların	
	Sayısı	%'si
Semptomsuz	1	1.1
1. ve 2. ay	19	21.8
3. ve 4. ay	15	17.2
5. ve 6. ay	22	25.3
7. ve 8. ay	5	5.8
9. ve 10. ay	—	—
11. ve 12. ay	15	17.2
12. aydan 18. aya	5	5.8
18. aydan 24. aya	5	5.8
Toplam	87	100

Vakalarımızın fizik muayenelerinde tümörün lokalizasyon yerine göre değişen patolojik solunum sesleri (Solunum seslerinde azalma veya kaybolma) dışında 2 vakamızda (biri axiller diğeri supraklaviküler) lenfadenopati mevcuttu, 3 vakada da ses kısıklığı vardı.

Nonspesifik tetkiklerden olan sedimantasyon yüksekliği vakalarımızın çoğunda vardı. Biz saatte 10 mm. ve altındaki sedimantasyon hızını normal olarak kabul ettik. Vakalarımızın 9'unda (%10.3) sedimantasyon hızı normal değerlerdeydi. 42 vakada saatlik sedimantasyon hızı 50 mm.'nin üzerindeydi.

1 vakamızda (%1.1) ilave hastalık olarak diabetes mellitus vardı.

Vakaların radyolojik incelemelerinde rutin olarak PA ve lezyon tarafına olmak üzere yan toraks grafileri çektirdik. Radyolojik patolojik bulgu olarak 65 vakada (%74.8) gayri-muntazam kenarlı değişik büyüklükte infiltratif pnömonik tarzda gölge koyuluğu artımı tespit ettik. Daha sonra 8 vakada (%9.2) lobar ve segmenter atelektazi, 3 vakada (%3.4) total (sağ veya sol) atelektazi, 3 vakada (%3.4) muntazam kenarlı yuvarlak pnömonik gölge koyuluğunda artma, 5 vakada (%5.8) parankim lezyonuyla birlikte plevral effüzyon, 3 vakada da (%3.4) parankim lezyonuyla birlikte diafragma felci mevcuttu. Radyolojik patolojik bulguların dağılımı Tablo - 6'da gösterilmiştir.

Tablo - 6 : Radyolojik patolojik bulguların vakalara göre dağılımı.

Radyolojik patolojik bulgular	Vakaların	
	Sayısı	%'si
İnfiltratif pnömonik gölge	65	74.8
Lobar veya segmenter atelektazi	8	9.2
Total atelektazi	3	3.4
Yuvarlak gölge	3	3.4
Parankim lezyonu (+) plevral sıvı	5	5.8
Parankim lezyonu (+) diafragma paralizisi	3	3.4
Toplam	87	100

Geniş rezeksiyon planladığımız sadece 3 vakamızda (%3.4) ameliyat öncesi solunum fonksiyon testi yaptırıldı. Bunlarda kan gazları değerlerini çalışamadığımız için anlamlı bir sonuç alamadık.

87 vakanın 85'inde (%97.8) endoskopik inceleme yapılmıştır. Hastalarımızın 78'inde (%90.1) rijit, 7'sinde (%7.7) fiber optik bronkoskop kullandık. Endoskopik olarak normal bulgular tesbit ettiğimiz vakalarda bronş lavajı yaptık. Lavaj sıvısının sitopatolojik incelemesinde müspet netice alamadığımız vakalarda üst-üste 3 gün balgamın sitopatolojik tet-

kikini yaptırdık. Endoskopik biopsiyle teşhis koyduğumuz vaka sayısı 69 (%79.3)'dur.

Genel durumu ileri derecede bozuk olan 2 vakadan (%2.3) birinde aksiller lenf bezi biopsisi, diğerinde de supraklavikular lenf bezi biopsiyle teşhise gittik. Bu yüzden bunlara endoskopi yapılamadı. 1 vakada da (%1.1) skalen biopsiyle teşhis koyduk.

Eksploratris torakotomi 4 vakaya uygulandı. Bizi teşhise götüren yöntemlere göre vakaların dağılımı Tablo - 7'de gösterilmiştir.

Tablo - 7 : Teşhis yöntemlerinin vakalara dağılımı.

Teşhis yöntemi	Vakaların	
	Sayısı	%'si
Balgam sitolojisi	—	—
Plevral ponksion	2	2.3
Endoskopi (+) biopsi	69	79.3
Endoskopi (+) lavaj	9	10.3
Lenf bezi biopsisi (Axiller, Supraklaviküler, Skalen)	3	3.4
Torakotomi (+) biopsi	4	4.7
Toplam	87	100

Endoskopik biopsiyle, lavajla, lenf bezi biopsisiyle ve explöratris torakotomiyle teşhis ettiğimiz vakaların büyük çoğunluğunu, 49 vaka ile (%56.3) yassı hücreli karsinom oluşturmaktadır. 24 vaka ile (%27.5) adenokarsinom onu takip etmektedir. Hücre tipine göre vakaların dağılımı Tablo - 8'de gösterilmiştir.

Tablo - 8 : Hücre tipine göre vakaların dağılımı.

Hücre Cinsleri	Erkek		Kadın		Toplam	
	Sayısı	%'si	Sayısı	%'si	Sayısı	%'si
Yassı hücreli karsinom	45	51.7	4	4.6	49	56.3
Adenokarsinoma	19	21.8	5	5.8	24	27.5
Anaplastik karsinom	6	6.9	2	2.3	8	9.2
Bronkioloalveoler karsinoma	4	4.6	2	2.3	6	6.9
Toplam	74	85.0	13	15.0	87	100

Serimizi oluşturan vakalarda tümörün lokalizasyonu ile ilgili dağılım Tablo - 9'da gösterilmiştir.

Tablo - 9 : Tümörlerde lokalizasyon dağılımı.

Lokalizasyon	Vakaların	
	Sayısı	%'si
Sağ ana bronküs	18	20.6
Sol ana bronküs	15	17.2
Sağ üst lob	19	21.8
Sol üst lob ve lingula	15	17.2
Sağ orta ve alt lob	12	13.7
Sol alt lob	8	9.5
Toplam	87	100

Serimizi oluşturan 87 vakanın 62'si (%71) klasik inoperabilite kriterlerinden bir veya birkaçına sahipti. Bu yüzden biz, onlara Onkoloji merkezine gitmelerini tavsiye ettik. Geriye kalan 25 vakaya (%29) torakotomi yaptık. Bu vakalara uygulanan cerrahi tedavi dağılımı Tablo - 10'da gösterilmiştir.

Tablo - 10 : 25 vakaya uygulanan cerrahi tedavi dağılımı.

Cerrahi girişim	Operasyon uygulanan vakalar	
	Sayısı	%'si
Plöropneumonektomi	1	4
Pneumonektomi	4	16
Lobektomi	10	40
Torakotomi (+) Biopsi	10	40
Toplam	25	100

Post operatuvar erken dönemde 2 (%8) hastamızda bronküs güdüğünde sütür yetmezliği ve güdük açılması oldu. Bunlardan sol pnömo-nektomi yaptığımız vakamız post operatif 9. gün solunum yetmezliği sebebiyle exitus oldu. Sağ pnömo-nektomi yaptığımız diğer vakamızda ampiyem gelişip, kronikleşti. Halen bronkoplörol fistüllü olarak yaşamaktadır. Mortalitemiz 1 vaka ile %4'dür.

Operatif tedavi uyguladığımız vakalarımızda survive yönünden doğru bilgi (hastalar yeterli kontrole gelmediği için) elde edilememiştir.

Tartışma

A.B.D. kanser derneğinin 1982 yılındaki istatistiklerine bakılırsa erkeklerde en sık görülen kanser türünün %22 ile akciğer kanseri olduğu görülür. Aynı istatistiğe göre kadınlarda akciğer kanseri A.B.D.'de %9 ile kadın kanserleri içinde görülme sayısı açısından 4. sırayı işgal etmektedir (4). Türkiye'de henüz nüfusun büyük bir kısmının yaşadığı köylerdeki ölümlerin istatistiki değerlendirmeye alınmadığı, değerlendirmeye alınan şehir ve kazalarda da ihbarı mecburî hastalıklar içine alınmış olduğu halde üzerinde yeterince ciddiyetle durulmadığı için, akciğer ve bronş kanserlerinde morbidite ve mortalitenin ne olduğu hakkında doğru bir sayı ve yüzde değeri vermek mümkün değildir. Ama bronş kanserinin bizde de görülme sıklığı açısından ilk sıralarda olduğunu söylemek kehanet sayılmamalıdır.

Bronş kanserlerinde kadın/erkek oranı değişik serilerde yaklaşık olarak 1/4 - 10 olarak kaydedilmektedir (12, 14). Bizim serimizde de durum bu sonuca uymaktadır.

Bronş kanserlerinin etyolojisinde suçlanan ajanların başında sigara gelmektedir (7, 13, 15). Bronş kanseri meydana gelme ihtimali sigara içilen sürenin ve günlük içilen sigara miktarının artışına paralel olarak artmaktadır. Yapılan bir araştırmada günde 1 - 9 sigara içenlerde %6'lık bir akciğer kanserine yakalanma riski varken, günde 41 sigaradan fazla içenlerde %100'lük bir risk olduğu bildirilmiştir (15). Aynı araştırmaya göre sigaranın terkedilmesi hemen riski de azaltmaktadır ve ancak 15 yıl gibi uzun bir süre sonunda hiç sigara içmemiş birisiyle eşit riske sahip hale gelmektedir (15). 1960 yıllarında A.B.D., İsveç ve İngiltere'de halk sağlığı servislerince başlatılan sigarayı bıraktırma çalışmaları etkili olmuş ve daha sonraki yıllarda sigara içenlerin yüzdesi azalmaya başlamıştır. Buna paralel olarak bronş kanseri insidansında hemen bir düşme görülmemiştir. Ancak 15 yıl sonra insidansında anlamlı düşmeler görülmüştür (7). Bu gözlem Wynder'in bulgularını desteklemektedir.

Etyolojik açıdan üzerinde önemle durulan ikinci faktör hava kirliliğidir. Sigara içmese de şehirde yaşayanlar kırsal kesimde yaşayanlara göre bronş kanserine yakalanma yönünden daha fazla riske sahiptirler (7).

Bizim serimizdeki 87 vakanın 72'si (%82.8) 10 yıldan az olmamak kaydıyla, günde 16 taneden fazla sigara içmekteydi. Sigara içmeyen 15 vakanın (%17.2), 12'si (%13.7) kadındı. Sigara içmeyen bu 12 kadın ve diğer 3 erkek de gerek iş yerlerinde ve gerekse evlerinde değişik süre ve yoğunlukta sigara dumanına maruz (pasif sigara içimi) kalmışlardı.

Bronş kanserlerine has özel bir semptom yoktur. Vakalardaki şikayetler, solunum sisteminin diğer hastalıklarında da olabilen semptomlardır. Gerçi semptomlar ortaya çıktıktan sonra müracaat eden vakaların büyük çoğunluğu artık rezektabl olma özelliğini kaybetmiştir. Böyle olmalarına rağmen risk grupları taramalarının yapılmadığı memleketimizde hastayı hekime müracaata zorlayan sebepler olmaları açısından önem arzederler. Bu şikayetler görülme sıklığı sırasına göre öksürük, yan ağrısı, nefes darlığı, hemoptizi ve diğer semptomlardır. Sağlığı yerinde olan 40 yaşın üzerinde bir kişide günün birinde bu semptomlardan biri veya birkaçı ortaya çıkar ve inatçı bir hal alırsa aksi ispat edilinceye kadar malign bir olay sebep olarak düşünülmelidir.

Bize gelen hastaların büyük çoğunluğu ilk semptomlar ortaya çıktıktan 5. ve daha sonraki aylarda müracaat etmişlerdir. Bu gecikmede hastanın bilinçsizliği yanında maalesef hekimlerimizin de ihmali söz konusudur. Israrla Tbc., pnömoni olarak haftalarca tedavide tutulan hastalar vardır.

Kanserde sedimantasyon yüksekliği üzerinde duran yazarlar (9) bulunmasına rağmen nonspecific olan bu tetkikin üzerinde pek fazla durulmaya lüzum olmadığı kanaatindeyiz. Çünkü azımsanmayacak oranda sedimantasyon yüksek olduğu halde kanser olmayan vaka olduğu gibi, sedimantasyon değeri düşük olduğu halde kanser olan vakalarda vardır.

Literatürde erken teşhiste üzerinde en çok durulan teşhis metodu, balgamın sitopatolojik tetkikidir (1, 5, 11). Bazı yazarlar bronş kanserlerinde 3 veya daha fazla balgam sitolojisi çalışılarak %90 - 99 arasında kanser teşhisi koyduklarını yazmaktadırlar (5, 11). Tabiidir ki; böyle yüksek oranda müspet bulgu tesbiti için sitoloji konusunda iyice eğitilmiş tecrübeli bir sitopatoloğa ihtiyaç vardır. Bizim çalışmamız fakültemizde patoloji departmanının olmadığı bir dönemi kapsamaktadır. Dolayısıyla vakalarımızda balgam sitolojisini geniş olarak yaptıramadık. Sitolojik inceleme yaptırabildiğimiz birkaç vakamızda da ancak 1 - 2 kez balgam gönderebildik. Neticeleri menfi idi.

Bronşiyal kanserlerde erken teşhis için ikinci sırayı alan metod radyolojik incelemedir. Cerrahi tedavi yönünden iş ele alınırsa radyolojik inceleme birinci sırayı alabilir. Çünkü balgam sitolojisiyle kesin malignite teşhis edilse bile eğer endoskopik inceleme tümörün lokalizasyonu açısından bize yardımcı olamıyorsa, o zaman radyolojik imajın ortaya çıkmasına kadar beklemek lazımdır.

Radyolojik incelemede ilk yapılması gereken şey, göğsün arka ön grafisinin yanında, lezyon tarafının yan radyografilerinin mutlaka çek-

yaşın üzerinde pnömonektominin ve bilhassa sağ pnömonektominin yüksek riski olduğu bildirilmektedir (6, 12). Biz bu riski tesbit edemedik.

Bugün en uygun vakalar seçilerek tedavi edilseler bile bronş kanserlerinde 5 yıllık sürviv en iyi serilerde %30 civarındadır (6).

Operasyondan sonra radyoterapi ve kemoterapinin faydalı olacağına inanmıyoruz. Literatürde rezeksiyona ilave radyoterapi ve kemoterapinin faydasının gösterilemediğine dair yayınlar vardır (6).

Genel anlamda kanser, problem olma durumunu artarak sürdürmektedir. Memleketimizde çok nadir bazı durumlar dışında uygulanan tedavi palyatif olmaktan ileri gidememektedir.

Bu çalışmada primer bronş kanserlerinin asemptomatik dönemde yakalandıkları zaman dahi radikal tedavilerinin büyük bir yüzde oluşturamadığını ifade ederek, memleketimizde bronş kanserli vakaların ilk semptomlar çıktıktan çok uzun bir süre sonra tedavi merkezlerine müracaat ettiklerini, bu gecikmede hastaların bilinçsizliğinin yanında, hekimlerimizin ihmalinin de söz konusu olduğunu vurguladık. Tedavisinde oldukça çaresiz kaldığımız bu hastalıkta hiç olmazsa koruyucu yönde ümit verici bir gelişme gözleyebilseydik, fakat ne yazık ki bunca açık zararına rağmen sigara içme alışkanlığının artan bir tarzda kadınlarımızda da görülmesi bizi bu konuda iyimser olmaktan uzaklaştırmaktadır.

LİTERATÜR

1. Akkaynak, S., Enacar, N., Çobanlı, B., Akşit, L., Pınar, E. : Akciğer kanserleri. *Tüberküloz ve Toraks*, 11/2: 137 - 135, 1963.
2. Akkaynak, S. : Akciğer kanseri ve diğer akciğer hastalıklarına genel bir bakış. *Tüberküloz ve Toraks*, 23 : 4 - 5 - 6 : 7 - 12, 1975.
3. Akkaynak, S. : Akciğer kanseri teşhisinde radyoloji, *Tüberküloz ve Toraks*, 23 : 4 - 5 - 6 : 59 - 68, 1975.
4. American Cancer Society : *Cancer facts and figures*, New York: Am. Ca. Coc., 1982.
5. Atay, Z. : Sitolojide yeni görüşler. *Tüberküloz ve Toraks*, 23 : 4 - 5 - 6 : 75 - 92, 1975.
6. Aytaç, A. : Primer bronş kanserlerinde cerrahi tedavi ile ilgili yenilikler. *Tüberküloz ve Toraks*, 23 : 4 - 5 - 6 : 201 - 208, 1975.

tirilmesidir. Yan toraks grafilerinde, arka-ön grafilerde görüntü vermeyen merkezi konumlu lezyonlar görülebilmektedir* (3).

Endoskopik muayene, tıbbın birçok bölümünde vazgeçilmez bir muayene metodu olarak yaygın bir şekilde kullanılmaktadır. Bronş kanserlerinin teşhisinde ve teşhis edilmiş olsa da (Balgam sitolojisiyle) cerrahi tedavi uygulanacak vakalarda rezeksiyon sınırının tesbiti amacıyla mutlaka trakeobronkoskopik inceleme yapılmalıdır (6).

Biz lenf bezi biopsisi yaparak teşhis koyduğumuz genel durumu bozuk 2 hasta dışında serimizi oluşturan diğer 85 hastaya trakeobronkoskopi yaptık. Serimizdeki teşhis metodları içinde birinci sırayı almaktadır. Endoskopik incelemenin rijit tiple mi, fiber optik tiple mi yapılması gerektiği konusundaki görüşümüz, «kim hangi türü daha başarıyla tatbik ederse, o tür endoskop kullansın»dır. Biz rijit endoskop kullanıyoruz. Gerektiği zaman rijit endoskop içinden girerek fiber optik bronkoskopu kullanıyoruz.

Tetkik metodları içinde Mediastinoskopi, Azigografi, Radyoizotopla akciğer sintigrafisi, Skalen lenf bezi biopsisi gibi metodlarında kullanılması gerektiği hususunda yayınlar vardır (6, 12). Bu metodlar teşhisten ziyade, teşhis edilmiş bronş kanserlerinin rezektabl olup-olmadıklarının tesbiti amacıyla kullanılırlar.

Bu metodların hiç biriyle teşhis konulamayan vakalarda uygulanması gereken metod, artık explöratris torakotomidir. Biz 4 (%4.7) vakamızda bu yola başvurduk.

Non-rezektabl damgası vurulmamış vakalarda tedavi için seçilecek yol, tartışmasız cerrahi yoldur (1, 6, 12). Genişletilmiş (Extented) rezeksiyon, Sleeve rezeksiyon gibi cerrahi tedavi türleri uygulanmış geniş seriler neşredilmesine rağmen yazarların ittifak ettiği rezeksiyon türü, radikal lobektomi veya radikal pnömonektomidir (6, 12). Cerrahi tedavi planlanırken bronş kanserinin hücre cinsinin önemi vardır. Bu yüzden hücre tipine göre klasik gruplandırma, son literatürde subgruplara ayrılarak incelenmeye başlanılmıştır (8).

Subgruplara bakılmaksızın değerlendirme yapılacak olursa cerrahi tedaviden en çok istifade eden hücre tipi yassı hücreli bronş kanseridir. Daha sonra adenokarsinom gelmektedir. Anaplastik kanserin bilhassa küçük hücreli tipinde radyoterapi ilk seçilecek tedavi yoludur (6).

Biz hücre cinsi ne olursa olsun vaka rezektabl bir safhada ise öncelikle seçilecek tedavinin cerrahi tedavi olması gerektiği kanaatindeyiz.

70 yaşın üzerindeki hastalarda ameliyat riski yüksektir. Ayrıca 60

7. Bilge, N. : *Sigara ve solunum sistemi. Bezm-i Alem Valide Sultan Vakıf Gureba Hastanesi Dergisi*, 11 : 201 - 205, 1984.
8. Delmonte, V. C., Albertio, O., Saldiva, P., *Large cell carcinoma of the lung, Ultrastructural and immunohistochemical features, Chest*, 90 : 4, 524 - 26, 1986.
9. Duygulu, İ., Solak, H., Ökten, İ., Yalav, E. : *Bronş kanserlerinde sedimantasyon. Ank. Üniv. Tıp Fak. Mecmuası*, 19 : 1 - 2 : 121 - 128, 1976.
10. Enacar, N. : *Akciğer kanseri etyolojisinde yeni görüşler. Tüberküloz ve Toraks*, 23 : 4 - 5 - 6 : 35 - 46, 1975.
11. Gürses, H. : *Solunum sistemi sitolojisinde yenilikler. Tüberküloz ve Toraks*, 23 : 4 - 5 - 6 : 69 - 74, 1975.
12. İçöz, V. : *Primer bronş kanserlerinde cerrahi tedavi. Tüberküloz ve Toraks*, 23 : 4 - 5 - 6 : 179 - 200, 1975.
13. McFarlane, M. J., Feinstein, A. R., Wells, C. K. : *Clinical features of lung cancers discovered as a postmortem «Surprise», Chest*, 90 : 4, 520 - 523, 1986.
14. Özgen, G., Duygulu, İ., Solak, H. : *Bronş kanserlerinin teşhis ve tedavi yönünden değerlendirilmesi. Ank. Üniv. Tıp Fak. Mecmuası*, 30 : 1, 207 - 218, 1977.
15. Wynder, E. L. : *Etiology of lung Ca. Reflections on 2 decades of research, Cancer*, 30 : 1332, 1972.