

# Akciğer kanseri tanısı alan olgularımızın Retrospektif değerlendirilmesi

H. Ahmet Bircan, Önder Öztürk, Ünal Şahin, Nurcan Özaydın, Ahmet Akkaya

Göğüs Hastalıkları AD, Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Isparta.

## Özet

**Amaç:** Akciğer kanserleri başlangıçta nadiren semptomatik olup, semptomlar ortaya çıktığında genellikle hastalık ileri evredir. Kliniğimizde primer bronş kanseri tanısı alan olguların retrospektif olarak analiz edilmesi amaçlanmıştır. **Gereç ve yöntem:** 2000-2003 yılları arasında patolojik olarak akciğer kanseri tanısı alan 87 olgu klinik, radyolojik, bronkoskopik, patolojik yönleri ile retrospektif olarak değerlendirilmiştir. **Bulgular:** Olguların (81 erkek, 6 kadın, ortalanca yaş: 65) 74'ünde (%85.1) sigara anamnezi olup; ortalama maruziyet = 57±32.9 paket/yıl bulundu. En sık şikayet öksürük (%81.6), kilo kaybı (%67.8), balgamdı (%49.4). Akciğer grafisinde kitle %86.2, hiler dolgunluk %63.2, atelektazi %40.2 en sık karşılaşılan bulgulardı. Patolojik olarak 13 (%15) küçük hücreli akciğer kanseri (KHAK), 67 (%77) küçük hücreli dışı akciğer kanseri (KHDAK) (23 sınıflandırılmayan %34.4, 11 adeno kanser %16.4, 33 epidermoid kanser %49.2) ve 7 malign epiteliyal tümör (%8) tanısı konuldu. Bronkoskopik ve radyolojik olarak primer tümörün yerleşimi sağ akciğerde (%52.9) ve üst loplarda (sağ %25.3, sol %24.1) daha fazla bulundu. Bronkoskopi yapılan 76 (%87.4) olgudan 51'i (%67.1) endobronşiyal (direkt bulgularla), 25'i (%32.9) submukozal (indirekt bulgularla) tutulum olarak değerlendirildi. Olgulara en sık tanı koydurucu yöntemler bronkoskopik inceleme 57 (%65.5) ve transtorasik iğne biyopsisi 24 (%27.6) idi. Evrelerine göre KHAK'de 6'sı (%46.1) sınırlı evre, 7'si (%53.9) yaygın evre; KHDAK ve malign epiteliyal tümör olgularından 25'i (%33.8) operable, 49'u (%66.2) inoperabl olarak değerlendirildi. Hastalarımızın 37'sinde (%42.5) uzak organ metastazı saptandı. En sık metastaz bölgesi karaciğerdi (%37.8). **Sonuç:** Akciğer kanserinden şüphe edilen olgularda dikkatli anamnez, fizik muayene, standart laboratuvar testleri ve radyolojik incelemeler hastaların tedavisine yön verecek evrelendirme için gereklidir.

**Anahtar kelimeler:** Akciğer kanseri, radyoloji, evreleme, semptom, sigara

## Abstract

### The retrospective evaluation of patients with lung cancer

**Background:** Lung cancer is the most frequent cause of cancer death and closely associates with cigarette smoking. In early stage of disease the patients are generally asymptomatic and when the symptoms occur, the cancer is in advanced stage. **Material method:** According to clinical, radiological and bronchoscopic findings 87 cases which were diagnosed pathologically between 2000 and 2003 years were evaluated retrospectively. **Results:** M/F: 81/6, median age: 65. Seventy four (85.1 %) patients were smokers (mean exposure = 57 ±32.9 packet/year). According clinical findings, cough (81.6 %), weight loss (67.8 %), phlegm (49.4 %) were seen in the most patients. The most findings detected on chest X-ray were mass 86.2 %, mediastinal enlargement 63.2 %, atelectasis 40.2 %. Histological subtypes of these 87 patients were 13 small cell lung cancers (SCLC) (15 %), 67 non-small cell lung cancers (NSCLC) (77 %) (23 unclassified 34.4 %, 11 adenocarcinoma 16.4 %, 33 epidermoid cancer 49.2 %), and 7 malignant epithelial tumors (8 %). Bronchoscopic and radiological examination revealed that primary tumor was located more frequent on the right lung (52.9 %), and the upper lobes (right: 25.3 %, left: 24.1% respectively). The tumorial lesions were evaluated as endobronchial (direct signs) 67.1 % and submucosal (indirect signs) 32.9 % during bronchoscopy. The most diagnostic methods were fiberoptic bronchoscopy and transthoracic needle biopsy, 65.5 % and 27.6 % respectively. SCLC patients were defined as six limited 46.1 % and seven 53.9 % extensive stage. NSCLC and malignant epithelial tumors were defined as 25 (33.8 %) operable and 49 (66.2 %) inoperable. Metastases were detected in 37 patients (42.5 %). The most frequent metastatic organ was liver 37.8 %. **Conclusion:**

**Yazışma Adresi:** Dr. H. Ahmet Bircan  
S.D.Ü. Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları A.D.  
Çünür/ Isparta  
Tel: 0246 211 24 18  
E-mail:ahmetbircan@hotmail.com

History, physical examination and standard laboratory tests are valuable for staging due to treatment of patient with suspected lung cancer.

**Keywords:** Lung cancer, radiology, staging, symptom, cigarette

## Giriş

Akciğer kanserleri diğer birçok solid organ tümörleri gibi genellikle doğal seyirinin sonlarında tanı alırlar ve olguların % 90'ından daha fazlası başvuru anında semptomatiktir (1).

Amerika'da 2005 yılında 1,372,910 yeni kanser olgusundan 172,500 yeni akciğer kanserinin (93,100 erkek, 79.560 kadın) olacağı, akciğer kanserine bağlı beklenen ölüm oranlarının da erkeklerde 90.490, kadınlarda 73.020 olmak üzere toplam 163.510 olacağı bildirilmiştir (2). Ülkemizde istatistiksel veriler güvenilir olmamakla birlikte Sağlık Bakanlığı Kanser Savaş Dairesi'nin 1999 yılı istatistiklerine göre akciğer kanseri erkeklerde % 29.38 ile tüm kanserler arasında birinci, kadınlarda % 4.07 ile 5. sırada olup, insidansı erkeklerde 14.19/100.000, kadınlarda 1.24/100.000'tür (3).

Sigara tüketimi ile yakın ilişkili olan akciğer kanseri günümüzde önlenemez ölümlerin önde gelen bir nedenidir. Erkeklerde ölüm hızında hafif bir azalma görülürken, kadınlarda artan sigara kullanımı ile ilişkili olarak hız artmaya devam etmektedir (4). Bu çalışmada kliniğimizde tetkikleri sırasında primer bronş kanseri tanısı alan 87 olgunun retrospektif olarak analiz edilerek literatür eşliğinde bir kez daha irdelenmesi amaçlanmıştır.

## Gereç ve Yöntem

Bu çalışma 2000-2003 yılları arasında Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları servisinde tetkik edilen ve patolojik olarak primer bronkojenik kanser tanısı alan 87 olguyu içermektedir. Olgularda yaş, cinsiyet, sigara öyküsü, başvuru semptomları, radyolojik bulgular, rutin laboratuvar tetkikleri, kanser hücre tipi, klinik evre ve uygulanan tanı yöntemleri retrospektif olarak değerlendirildi. Ölçülebilen lezyonlar için 3cm'den küçük lezyonlar nodül, büyük olanlar ise kitle lezyonu olarak değerlendirildi. Tümörün toraks içi ve uzak organ yayılımı kraniyal ve torakal BT, abdominal ultrasonografi ve kemik sintigrafisi ile değerlendirildi. Bronkoskopi bulgularına göre lezyonlar submukozal (bronşa dıştan bası, hava yolunda daralma, ödem, mukozal infiltrasyon) veya endobronşiyal (bronş içi vejetan kitle, infiltrasyon, tıkanma) olarak iki gruba ayrıldı. Küçük hücreli dışı akciğer kanseri (KHKAK)

olguları TNM sistemi (5), küçük hücreli akciğer kanseri (KHAK) olguları Veterans Administration Lung Group (VALG) ikili sistemine göre klinik olarak evrelendirildi. KHAK olguları ile TNM sınıflamasına göre evre IIIB ve evre IV KHKAK olguları inoperabl kabul edildi. İnoperabl olgular medikal onkoloji kliniğine devredilirken, operable olgular merkezimizde göğüs cerrahisi anabilim dalı olmadığından başka merkezlerin göğüs cerrahisi kliniklerine sevk edildi. İstatistiksel değerlendirmelerde ortalama±standart sapma, ortanca, frekans ve yüzde dağılımı, gruplar arası farklılık ölçümünde Mann Whitney U, gruplar arası yüzdeler yönünden farklılık ölçümünde kıkare testleri kullanıldı. Anlamlılık düzeyi p<0.05 olarak alındı. Verilerin analizinde "Statistical Package for Social Sciences" yazılımı (SPSS-11) kullanıldı.

## Bulgular

Çalışmaya alınan 87 olgunun cinsiyet, yaş, sigara maruziyetleri ile ilgili özellikleri Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo:1 Olguların genel özellikleri

DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER		
<b>Cinsiyet</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Erkek	81	93.1
Kadın	6	6.9
<b>Yaş</b>	<b>median</b>	<b>aralık</b>
Erkek	65	(35-76)
Kadın	69.5	(42-76)
Genel	65	(35-76)
<b>Sigara</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
İçen	74	85.1
İçmeyen	13	14.9
<b>Sigara maruziyeti*</b>	57 ± 32.9	(10-160)

\* ortalama paket/yıl, aralık

Akciğer kanserinin bütün alt tipleri sigara içen grupta istatistiksel olarak daha fazla görüldü. Sigara içen grupta epidermoid kanser (% 44.6), içmeyen grupta adenokarsinom (% 38.5) en sık tespit edilen tümör tipi idi ( $X^2=14.988$ ,  $p=0.005$ ). Tümör tiplerinin sigara ile ilişkisi Tablo 2'de gösterilmiştir.

Olgularda başvuru anında saptanan şikayetler sıklık sırasına göre Tablo 3'de gösterilmiştir.

Radyolojik bulguların histolojik tiplere göre dağılımı Tablo 4'de sunulmuştur. Akciğer grafisinde sigara içmeyenlerde % 38.5, içen grupta % 6.8 oranında

Tablo:2 Sigara ve akciğer kanseri histolojik subtipleri arasındaki ilişki

Sigara	KHAK		KHDAK		MET <sup>‡</sup> n (%)	Toplam (n)
	n (%)	Tiplendirilemeyen n (%)	Adeno n (%)	Epidermoid n (%)		
İçmeyen*	2 (15,4)	4 (30,8)	5 (38,5)	-	2 (15,4)	13
İçen*	11 (14,9)	19 (25,7)	6 (8,1)	33 (44,6)	5 (6,8)	74
Toplam	13 (14,9)	23 (26,4)	11 (12,6)	33 (37,9)	7 (8,0)	87

\* X<sup>2</sup>=14.988, p=0.005, ‡: Malign epitelial tümör

nodüler lezyon tespit edilmiş, istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (X<sup>2</sup>=10.926, p=0,001). Akciğer grafisinde kitle lezyonu sigara içmeyen olgularda % 69.2, içen grupta % 89.2 bulunmuştur (X<sup>2</sup>= 3.704, p=0,054). Hiler dolgunluk sigara içen grupta içmeyenlere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı (sırasıyla, % 67.6, % 38.5) (X<sup>2</sup>=4.029 p=0,045). Akciğer grafisinde kavitasyon saptanan 9 olgudan 5'inde (% 55.5), konsolidasyon saptanan 29 olgunun 13'ünde (% 44.8) tanı epidermoid kanserdi. Adenokarsinomlu olguların % 45.5'inde efüzyon saptandı.

Tablo:3 Olguların başvuru sırasındaki semptomları

Semptom sıklığı*	%
Öksürük	81.6
Kilo kaybı	67.8
Balgam	49.4
Nefes darlığı	47.1
Göğüs ağrısı	36.8
Hemoptizi	33.3
Ses kısıklığı	6.9
Aseptomatik	3.4

\*birden fazla semptom olabilir

Olguların histopatolojik olarak incelenmesinde 13 olguda (% 15) (KHAK), 67 olguda (% 77) (KHDAK) (23 tiplendirilemeyen % 34.4, 11 adenokarsinom % 16.4, 33 epidermoid karsinom % 49.2) ve 7 olguda (% 8) malign epitelial tümör tanısı konuldu. KHDAK olguları tüm olgular arasında değerlendirildiğinde; tiplendirilemeyen KHDAK % 26.4, adenokarsinom % 12.6, epidermoid karsinom % 37.9 oranında tespit edilmiştir.

Primer tümörün yerleşimi bronkoskopik ve radyolojik olarak sağ akciğerde (% 52.9) ve üst loblarda ( sağ % 25.3, sol % 24.1) daha fazla bulundu. Tablo 5'de tümörün lobar dağılımı verilmiştir.

Bronkoskopi yapılan 76 (% 87.4) olgunun 51'i (% 67.1) endobronşiyal, 25'i (% 32.9) submukozal tutulum olarak değerlendirildi. Endobronşiyal tutulum gösteren lezyonlarda tiplendirilemeyen KHDAK (51 olgunun 12'si, % 23.5) ve epidermoid karsinom (51

olgunun 26'sı, % 51) daha fazla tespit edilmesine rağmen histolojik subtiplerin bronkoskopik görünüşleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı (X<sup>2</sup>=8.532, p=0.074) (Tablo:6). Hastalarımızda kesin tanıya ulaştırılan yöntemler sıklık sırasına göre Tablo 7'de, olguların klinik evrelerine göre dağılımı Tablo 8'de gösterilmiştir. Hastalarımızın 37'sinde (% 42.5) uzak organ metastazı saptandı. En sık metastaz bölgesi % 37.8 ile karaciğerdi. Diğer metastaz saptanan bölgeler sıklık sırası ile Tablo 9'da verilmiştir.

### Tartışma

Akciğer kanseri en sık 40-70 yaşları arasında görülmektedir ve 6. 7. dekatlarda insidansı pik yapmaktadır. Yapılan çalışmalarda olguların yaklaşık % 90'nın erkek, % 10'nun kadın olduğu ifade edilmektedir (6,7). Çalışma grubumuzda erkek cinsiyetin baskın olduğu görülmekte olup, kadın/erkek oranı 1/13.5'tir. Olgularımızın yaş dağılımı bu bilgilere uymaktadır. En genç olgumuz ise 35 yaşındadır. Akciğer kanserine yakalanma riski sigara tüketimi ile yakından ilişkili olup, sigara içenler ve içmeyenler arasında akciğer kanserinin histolojik subtip dağılımı farklıdır (8). On üç adenokarsinom olgusundan 5'i (% 38.5) sigara içmezken, 13 KHAK olgusundan 11'i (% 84.6), 33 epidermoid karsinom olgumuzun ise tamamı sigara kullanıyordu.

Akciğer kanserli hastaların % 90'nından fazlası başvuru anında semptomatik olup, semptomlar primer tümör ve intratorasik yayılımına, uzak metastazlarına ve paraneoplastik sendromlara bağlıdır (1). Bir çalışmada yeni tanı konmuş 678 akciğer kanseri olgusundan 44'ü (% 6) aseptomatik olup, olguların % 27'sinde primer tümöre ait semptomlar, % 27 ve % 32'sinde sırası ile nonspesifik ve metastazlara ait semptomlar saptanmıştır (9). Bizim çalışmamızda aseptomatik hasta sadece üç (% 3.4) kişiydi. Akciğer kanserlerinde ilk semptom ve bulguların sıklığı öksürük (% 8-75), kilo kaybı (% 0-68), dispne (% 3-60), göğüs ağrısı (% 20-49), hemoptizi (% 6-35) olarak verilmektedir (1). Hastalığın herhangi bir Tablo 4: Radyolojik bulguların hücre tipine göre dağılımı

Tablo 4: Radyolojik bulguların hücre tipine göre dağılımı

Radyolojik görünüm*	KHAK	KHDAK			MET‡	Toplam	
		Adeno	Epidermoid	T-KHDAK§		n	%
kitle	12	6	30	21	6	75	86.2
hiler dolgunluk	12	2	23	15	3	55	63.2
atektazi	8	6	15	4	2	35	40.2
konsolidasyon	4	3	13	6	3	29	33.3
efüzyon	5	5	5	3	3	21	24.1
nodül	2	3	1	2	2	10	11.4
kavite	-	1	5	2	1	9	10.3

\*birden fazla radyolojik bulgu olabilir, ‡: Malign epitelial tümör, §: tiplendirilemeyen KHDAK

döneminde hemoptizi görülme oranı % 18-60 arasında değişmektedir (10,11). Çalışmamızdaki olguların semptom dağılımı bu verilere uygunluk göstermektedir. Akciğer kanseri tanısında önemli bir rol oynayan posteroanterior akciğer röntgenogramı semptomatik hastalarda akciğer kanserinin varlığı için ilk ipucu olabileceği gibi, primer tümör ile ilişkili semptomları olan hastalarda da kanser şüphesini kuvvetle destekler (1). Çalışmamızda sigara içen grupta akciğer grafisinde kitle lezyonu ve hiler dolgunluk, içmeyen grupta nodül daha sık görülmüştür. Sigara içimi nedeniyle hastaların semptomlarını önemsemedikleri, hekime geç başvurdıkları ve lezyonların bu sırada progresyon gösterdiği düşünülmüştür. Santral yerleşimle ve erken dönemde mediastinal lenf nodlarına yayılımı ile orantılı olarak hiler dolgunluk en sık KHAK'de görülmüştür. Bir çalışmada akciğer kanserli olguların % 7.14'ünde kavite saptanmış ve bu olguların % 92'sinde tanının epidermoid karsinom olduğu bildirilmiştir (12). Bizim serimizde kavite saptanan 9 olgunun % 55.5'inde, konsolidasyon saptanan 29 olgunun % 44.8'inde tanı epidermoid karsinomdu. Adenokarsinomlu olgularımızın % 45.4'ünde pleval efüzyon saptandı.

Tablo 5: Tümörün lobar dağılımı

Lezyon yeri	n	%
Sağ üst lob	22	25.3
Sağ orta lob	8	9.2
Sağ alt lob	16	18.4
Sol üst lob	21	24.1
Sol alt lob	18	20.7
Lokalize edilemeyen	2	2.3
Toplam	87	100

Akciğer kanseri sola göre sağ akciğerde ve üst loblarda daha sık yerleşim göstermekte olup, en sık tuttuğu segment sağ üst lob anterior segmenttir (13,14). Bizim olgularımızda da sağ akciğerde ve asemptomatik üç olgumuz dahil olmak üzere üst loblarda daha fazla yerleşim tespit edildi.

El-Torky ve ark.(15) epidermoid karsinomu % 32, adenokarsinomu % 31, KHAK % 21, büyük hücreli karsinomu ise % 15 oranında tespit etmişlerdir. Göksel T ve Akkoçlu A (7), Türkiye'nin en büyük serisinde (n=11.849) epidermoid karsinomu % 45.4, KHAK'ni % 20.5, adenokarsinomu % 20.2, KHDAK'ni % 9 oranında bildirmiştir. Yurdakul ve ark.'nın (6) serilerinde ise vakaların % 77.7'si KHDAK, % 15.5'i KHAK ve % 6.8'i diğer malign tümörler ve tip tayini yapılamayan kanserlerdi. Çalışmamızda ise KHAK, adenokarsinom, epidermoid karsinom, tip tayini yapılamayan KHDAK ve malign epitelial tümör sırasıyla % 14.9, % 12.6, % 37.9, % 26.4, % 8 oranında saptanmıştır. Adenokarsinom oranının düşüklüğü erkek cinsiyetin ve sigara içenlerin baskın olması ile kısmen açıklanabilir. Çalışmamızda tiplendirilemeyen KHDAK oranı diğer çalışmalardan daha yüksektir. Demirağ ve ark.(14) patolojik olarak tiplendirmenin yapılamayıp nedenlerini tümöre ait (nekroz, dejenerasyon, heterojenite), biyopsi işlemine ait olumsuz teknikler ve immunhistokimyasal tekniklerin kullanılmayışına bağlamışlardır.

Tablo 6: Tümörün hücre tipine göre bronkoskopik görünüm

Hücre tipi	Bronkoskopik görüntü				
	Endobronşiyal		Submukozal		
	n	(%)	n	(%)	
KHAK	6	(46.2)	7	(53.8)	
KHDAK	Tiplendirilemeyen	12	(63.2)	7	(36.8)
	Adenokarsinom	3	(42.9)	4	(57.1)
	Epidermoid	26	(83.9)	5	(16.1)
Malign Epitelial Tümör	4	(66.6)	2	(33.4)	

( $X^2=8.532$ ,  $p=0.074$ )

Bronkoskopi akciğer kanseri tanısında önemli bir tanı metodudur. Santral lezyonlarda periferik lezyonlara göre tanı koyma olasılığı daha fazladır. Santral yerleşimli tümörlerde % 93 periferik yerleşimli tümörlerde % 80 tanı başarısı vardır. Yine bronş lümenini daraltan anuler, infiltratif ve ekzofitik büyüyen tümörlerin % 95'ine submukozal tümörlerin



ise % 68'ine bronkoskopi ile tanı konabilmektedir (18). Periferik lezyonların tanısında transtorasik iğne biyopsisi (TTIB) bronkoskopiden daha yüksek tanısal değer sağlamaktadır (19). Bu nedenle merkezimizde santral lezyonlarda bronkoskopi, periferik lezyonlarda TTIB uygulanması daha çok tercih edilmektedir. Akciğer kanserlerinden epidermoid karsinom büyük bronşlarda polipoid veya sesil kitleler, adenokarsinom genellikle periferik parenkimal kitleler, KHAK ise major bronşlarda intrabronşiyal kitle oluşturmaksızın bronş duvarını infiltre eden lezyonlar olarak görülmektedir (20). Çalışmamızda bronkoskopik görünüme göre lezyonlar değerlendirilmiş, istatistiksel farklılık olmasa da, tiplendirilemeyen KHDAK ve epidermoid karsinom olgularında endobronşiyal tutulum daha fazla tespit edilmiştir.

Tablo:7 Olgulara tanı koyma yöntemleri

Tanı koyma yöntemleri*	n	%
Bronkoskopik biyopsi	57	65.51
Transtorasik biyopsi	24	27.58
Balgam sitolojisi	11	12.64
Plevra biyopsisi	4	4.59
Cilt biyopsisi	2	2.29
Lenf nodu eksizyonu	1	1.14

\* birden fazla tanı yöntemi kullanılan olgular vardır.

KHDAK'de klinik evreleme sonucu olguların yaklaşık % 25'inin operable, % 70-75'inin evre IIIB ve evre IV olduğu görülmektedir (7,16,17). Çalışmamızda KHDAK olgularından 43'ünün (% 64.2), malign epitelial tümör olgularından 6'sının (% 85.7) başvuru anında inoperabl olduğu saptandı. Bu bulgular tanı aşamasında bir gecikme olduğunu ve olguların tam olarak kür şansı olmayan bir dönemde tanı aldığını göstermektedir.

Tablo: 8 Olgularının evrelerine göre dağılımı

Histolojik tip	Evre	Olgu sayısı n	%
KHDAK ve malign epitelial tümör	I	-	-
	II	14	18.9
	IIIA	11	14.9
	IIIB	19	25.7
KHAK	IV	30	40.5
	sınırlı yaygın	6 7	46.2 53.8

Akciğer kanserli hastalarda biyopsi ile saptanan metastazlar bir çalışmada sıklık sırasına göre kemik, karaciğer, beyin, adrenal, karşı akciğer olarak verilmektedir (17). Akciğer kanserli olgularda hastaların % 25'inde beyin metastazı, % 2,8-7,5'inde cilt metastazı tespit edildiği, otopsi çalışmalarında

% 25-40 olguda kemik, 1/3 olguda sürrenal metastazı saptandığı belirtilmektedir (21). Her ne kadar biyopsi tanısına dayanmasa da çalışmamızda en sık metastazın karaciğere olduğu (% 37,8) saptanmıştır. Akciğer kanserli olgularda klinik evreleme için sık metastaz saptanan bu bölgelerin detaylı incelenmesi ve gerektiğinde biyopsi ile tanının doğrulanması gereklidir.

Tablo: 9 Olgulardaki metastaz bölgeleri

Metastaz yeri*	n	%
Karaciğer	14	37,8
Beyin	12	32,4
Kemik	10	27,0
Akciğer	8	21,6
Sürrenal	6	16,2
Cilt	2	5,4
Periferik lenfadenopati	2	5,4
Renal	1	2,7

\*birden fazla metastazı olan olgular vardır

Sonuç olarak, akciğer kanserinden şüphe edilen olgularda dikkatli anamnez, fizik muayene, standart laboratuvar testleri ve radyolojik incelemeler (Bilgisayarlı tomografi, Manyetik rezonans görüntüleme, sintigrafi) hastaların tedavisine yön verecek evreleme için gerekli olduğu görülmektedir.

#### Kaynaklar

- 1- Beckles MA, Spiro SG, Colice GL, Rudd RM. Initial Evaluation of the patient with lung cancer. Symptoms, signs, laboratory tests, and paraneoplastic syndromes. Chest 2003; 123: 97S-104S.
- 2- Jemal A, Murray T, Ward E, Samuels A, Tiwari RC., Ghafoor A, et al. Cancer statistics 2005. CA Cancer J.Clin 2005; 55:10-30.
- 3- Sağlık Bakanlığı Kanser Savaş Daire Başkanlığı 1999 yılı istatistikleri.
- 4- Lillington GA. Lung cancer. Curr Opin Pulm Med. 2003; 9: 298-300.
- 5- Mountain CF. Revision in the international system for staging lung cancer. Chest 1997; 111: 1710-17.
- 6- Yurdakul AS, Çalışır HC, Demirağ F, Taci N, Öğretensoy M. Akciğer Kanserin Histolojik Tiplerinin Dağılımı (2216 olgunun analizi). Toraks Dergisi. 2002; 3: 59-65.
- 7- Goksel T, Akkoclu A. Patern of lung cancer in Turkey, 1994-1998. Respiration 2002; 69: 207-10.
- 8- Ernster VL, Mustacchi P, Osann KE. Epidemiology of lung cancer. In: Murray JF, Nadel JA(eds). Textbook of respiratory medicine. 2nd ed. Philadelphia. W.B. Saunders Company. 1994; 1504-27.
- 9- Carbone PP, Frost JK, Feinstein AR, Higgins GA, Selawry OS. Lung cancer: perspectives and prospects. Ann Intern Med 1970; 73: 1003-24.

- 10- Corder R. Hemoptysis. *Emerg Med Clin N Am.* 2003; 21: 421-35.
- 11- Kanmaz D, Bakan ND, Özkan G, Tekeşin M, Gür A, Çamsarı G. Primer bronş kanserinde hemoptizi ile tümörün histolojik tipi, bronkoskopik bulguları ve evresi arasındaki ilişki. *Toraks Dergisi* 2003; 4: 260-3.
- 12-Tufan M, Kayık A, Ateş M, Erdinç E. Akciğer kanserlerinde hücre tiplerine göre radyolojik görünüm. *TİSAD XIX. Ulusal Kongresi, Bursa, 1991; 16: 382-9.*
- 13-Spiro SG. Lung tumours. In: Brewis RAL, Gibson GJ, Geddes DM (eds). *Respiratory medicine.* London. Bailliere Tindal. 1990; 832-79.
- 14-Demirağ F, Ergül G, Bülbül D, Boduroğlu E, Sever N, Özyayın E. Akciğer tümörlerinin retrospektif analizi. *Solunum Hastalıkları* 1999; 10: 45-9.
- 15-El-Torky M, El-Zeky F, Hall JC. Significant Changes in the distribution of histologic types of lung cancer. A review of 4928 cases. *Cancer* 1990; 65: 2361-7.
- 16-Çelik M, Gürses A, Güngör A, Çağırıcı U. Cerrahi tedavi. In: Akkoçlu A, Öztürk C (eds). *Akciğer Kanseri Multidisipliner Yaklaşım.* Ankara. Bilimsel Tıp Yayınevi. 1999; 96-110.
- 17-Ernem D, Atalay F, Atıkcın Ş. A retrospective evaluation of 571 lung carcinoma patients. *Turkish Respiratory Journal*, 2003; 4: 67-9.
- 18-Kargı A, Veral A. Patolojik tanı ve sorunları. In: Akkoçlu A, Öztürk C (eds). *Akciğer Kanseri Multidisipliner Yaklaşım.* Ankara. Bilimsel Tıp Yayınevi. 1999; 23-8.
- 19-Arroliga AC, Mathay RA. The role of bronchoscopy in lung cancer. *Clin Chest Med* 1993; 14: 87-98.
- 20-Carr DT, Holoye PY, Hong WK. Bronchogenic carcinoma. In: Murray JF, Nadel JA(eds). *Textbook of respiratory medicine.* 2nd ed. Philadelphia. W.B. Saunders Company. 1994; 1528-96.
- 21-Atıkcın Ş, Pelit A, Bayız H, Başay N, Yılmaz Turay Ü. Metastazların tedavisi. In: Akkoçlu A, Öztürk C (eds). *Akciğer Kanseri Multidisipliner Yaklaşım.* Ankara. Bilimsel Tıp Yayınevi. 1999; 146-54.