

ONKOLOJİDE PALYATİF BRONKOSKOPİK YAKLAŞIMLAR VE BRONŞİAL STENT UYGULAMALARI

Oya BAYDAR TOPRAK¹

GİRİŞ

Primer ya da metastatik akciğer kanserleri progresif özelliği sebebiyle ileri evrede, gerek tümörün kendi büyüme hızı ve yayılımı gerekse de uzak metastazlar sebebiyle hastaların yaşam kalitesini belirgin olarak azaltır [1]. Özellikle hava yoluna bası şeklinde kendisini gösteren basılar daralma/tıkanmaya sebep olarak hızlı seyreden semptomatik kötüleşmeye sebep olabilir ve hızlıca müdahale edilmesi hayat kurtarıcı olabilir [2, 3]. Genellikle aldığı kemoterapi/radyoterapi gibi standard tedavilere yanıt vermeyen son dönem akciğer kanseri olguları karşımıza hava yolu basısı semptomları ile çıkar ve bu hava yoluna bası tümörün lümen içinde büyümesi ya da ekstralüminal bası ya da her ikisinin birleşimiyle olur., Malign havayolu darlıkları primer bronş karsinomlarına bağlı olabileceği gibi metastatik kanserlere, larinks kanserine, özefagus kanserine, mediasten tümörlerine ve büyük lenfadenopatilere sekonder gelişebilir.

Akciğer kanseri ölümlerinin yaklaşık % 40'ı intratorasik hastalığa bağlıdır. Akciğer kanseri olgularının % 20-30'unda havayolu basısına bağlı bazı ciddi klinik bozulmalar gözlenir ki bunların başlıcaları pnömoni, ateletazi, ciddi hayatı tehdit eden ve gündelik hayatı zorlaştıran nefes darlığıdır. Kitlenin büyük hava yoluna basısına bağlı klinikte en çok başvuru sebebi dispnedir. Genellikle haftalar ve belki aylar içerisinde yavaş progresif seyir gösteren dispne ile başvuran hastaların ilerleyen dönemlerinde tıkanıklığın artmasıyla sekresyonlar birikir ve ani nefes darlığı atakları görülebilir.

Yine sekresyon atılamamasına bağlı sekonder enfeksiyonlar sıklaşabilir. Nefes darlığına öksürük, balgam, ateş eşlik edebilir. Tümör eğer özefagusa bası yaparak genişlerse bası ve/veya invazyona bağlı yutma güçlüğü görülebilir. Hastalarda göğüs ağrısı, hemoptizi görülebilir. Ciddi basılarda solunum yetmezliği ve hemodinamik instabilite gelişebilir. Anamnezde yemek sonrası öksürük olduğu öğrenilirse mutlaka trakeaözefagial fistül gelişimi akla gelmelidir.

Solunum sistemi muayenesinde ise inspeksiyonda asimetrik torkas duvar hareketi, belirgin takipne dispne görülebilir. Palpasyonda trakeda deviasyon tespit edilebilir. Oskultasyonda ise büyük hava yolu basısına stridor, hırıltılı solunum, ronküs duyulabileceği gibi solunum seslerinde azalma olarak da karşımıza çıkabilir. Akciğer grafisinde santral kitle imajı, ateletaziye sekonder görüntüler, tek taraflı hiperinflasyon bulguları görülebilir. Daha ayrıntılı değerlendirilme yapılabilmesi için sıklıkla toraks bilgisayarlı tomografisi gerekir ve görüntüleme kitle, bası yeri ve bası miktarı değerlendirilir. Solunum fonksiyon testinde akım volüm eğrisinde akım kısıtlanması görülür. Lokal şartlar elverişli ise sanal bronkoskop ile görüntüleme yapılabilir.

Hastanın kliniği ve fizik muayene bulguları ile hava yolu basısı şüphesi oluşan hastalar ek tetkikler ile değerlendirilir ve şüphe devam ediyorsa havayolu bronkoskop ile değerlendirilmelidir. Yaşamı tehdit eden durumlar hariç bu değerlendirme fleksibl fiberoptik bronkoskop ile yapılır. Fiberoptik bronkoskopide değerlendirmede ilk

¹ Öğr. Gör. Uzm. Dr. , Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hast. ABD., oyabaydarr@yahoo.com.tr

Metal stentler kolay yerleştirilebilmelerine karşın çıkartılabilmeleri çok güçtür. Silikon stentler kolay çıkartılabilirler, fakat migrasyon riskleri daha fazladır.

Tüm malign sebepli darlıklarda metal stentler tercih edilir. Stent yerleştirilmiş olgular, olası komplikasyonlar yönünden izlenmelidirler. Stentlerin başlıca komplikasyonları:

1. Migrasyon: Dilatasyon sonrası hava yoluna uygun en geniş çaplı stent yerleştirilmelidir. Stentin acil olarak çıkartılması veya tekrar yerleştirilmesi gerekebilir.

2. Granülasyon dokusu gelişmesi: Geç gelişen bir komplikasyon olduğu için malign etyolojili olgularda nadiren görülür.

3. Tümörün stentin içine doğru büyümesi.

4. Stentin mukus tıkaçlarıyla tıkanması: Bu komplikasyonu önlemek için stent yerleştirilen hastaların düzenli olarak fizyolojik serum ile nebulizasyon yapmaları sağlanmalı, hastalara öksürük kesici önerilmemelidir.

Havayolu darlıkları dışında trakeo-/bronko-özofageal fistüller de ciddi komplikasyonlardır. Fistül hem özofagusa hem de havayolundaki fistül ağzına stent yerleştirilerek kapatılır.

Endobronşiyal tümör ve infiltratif lezyonların neden olduğu hemoptiziler argon plazma koagülasyon ile kontrol altına alınabilirler.

Ayrıca in situ ya da mikroinvazif erken evre bronş karsinomlarında küratif amaçla fotodinamik tedavi, elektrokoter, kriyoterapi ve brakiterapi uygulanabilir.

SONUÇ

Hava yolu stent uygulaması, uygun hastalarda hayat kurtaran, yaşam kalitesini oldukça arttıran önemli bir işlemdir. Ayrıca, malign hastalarda küratif tedaviye kadar geçen sürede köprü görevi de görür.

Hava yolu stentleri dış basıyı ve hava yolu darlığını önler veya azaltır. Daralmış hava yolunun genişlemesi ile büyük hava yolu darlığına bağlı semptom ve bulgular (öksürük, stridor, nefes darlığı ve/veya solunum yetmezliği) hızla düzelir (1,5,6,7,8). Ek olarak hastaların akciğer fonksiyonları ve egzersiz kapasitesi de artar (9,10). Stentler

tümörün hava yoluna doğru büyümesine engel olur. İdeal stent; kolay yerleştirilmeli, hava yolu dinamiklerine uyum göstermeli, trakea ve bronş mukozasına yüksek basınç uygulamamalı, kaymamalı, mukostazise yol açmamalı ve kolay çıkarılabilmelidir (11). Henüz ideal stent üretilmemiştir.

Onkoloji hastalarının palyatif bronkoskopik girişimlerinin ne olacağına karar verilirken en önemli etken varolan imkanlar ve uzman ekip varlığıdır. Ayrıca maliyet, hastanın şartları da göz önünde bulundurularak hızlıca yapılacak işleme karar verilmelidir. Yapılacak müdahalelere bağlı gelişebilecek komplikasyonlar göz önünde bulundurulmalı ve hasta/ hasta yakınlarına da ayrıntılı bilgi verilmelidir. Bu gibi faktörler ve altta yatan hastalık değerlendirilerek kar-zarar oranına göre karar verilmeli ve her teknik için başarının kesin olmadığı bilinmelidir.

Anahtar Kelimeler: girişimsel pulmonology, palyati tedavi, onkolojik hastalarda palyasyon

KAYNAKÇA

1. Parkin DM, Pisani P, Ferlay J. Global cancer statistics. *CACancer J Clin* 1999; 49: 33-64.
2. Dumon JF, Shapshay S, Bourcureau J, et al. Principles for safety in application of neodymium-YAG laser in bronchology. *Chest* 1984; 86: 163-168.
3. Bolliger CT, Mathur PN, Beamis JF, et al. ERS/ATS statement on interventional pulmonology. *European Respiratory Society/American Thoracic Society. EurRespir J* 2002; 19: 356-373.
4. Bolliger CT, Sutudja TG, Strausz J, Freitag L. Therapeutic bronchoscopy with immediate effect: laser, electrocautery, argon plasma coagulation and stents. *Eur Respir J* 2006; 27: 1258-1271.
5. Ernst A, Silvestri GA, Johnstone D, American College of Chest Physicians. *Interventional pulmonary procedures: Guidelines from the American College of Chest Physicians. Chest* 2003; 123:1693.
6. Ernst A, Feller-Kopman D, Becker HD, Mehta AC. Central airway obstruction. *Am J Respir Crit Care Med* 2004; 169:1278.
7. Wood DE, Liu YH, Vallières E, et al. Airway stenting for malignant and benign tracheobronchial stenosis. *Ann Thorac Surg* 2003; 76:167.
8. Rafanan AL, Mehta AC. Stenting of the tracheobronchial tree. *Radiol Clin North Am* 2000; 38:395.
9. Breitenbücher A, Chhajer PN, Brutsche MH, et al. Long-term follow-up and survival after Ultraflex stent insertion in the management of complex malignant airway stenoses. *Respiration* 2008; 75:443.
10. Madden, BP, Sheth, A, Walters, N. Does large airway intervention for patients with malignant disease result in early clinical benefit? *Am J Respir Crit Care Med* 2007; 175:A622.
11. Özgül MA. Trakeobronşiyal stentler. Metintaş, M, Selçuk ZT, Yılmaz A, ed. *Girişimsel Pulmonoloji*. 2014:S451-467.