

BÖLÜM 9

TRAKEAL TÜMÖRLER

Erkan KAYIKÇIOĞLU¹

GİRİŞ

Trakeal tümörler çok nadir görülür ancak erişkinlerde sıklıkla maligndir. Semptomları diğer respiratuar sistem hastalıkları ile benzer olduğundan tanı gecikmekte, hastalık lokal ileri ya da metastatik evrede tanı alabilmektedir. Tüm solunum sistemi malignitelerinin sadece %0,2' sini trakeal maligniteler oluşturmaktadır (1).

Etiyoloji

Yassı hücreli karsinom (SCC) için risk faktörleri sigara, hidrokarbon inhalasyonu ve akciğer kanseri öyküsüdür. Adenoid kistik karsinom (ACC) için tanımlanmış bir risk faktörü yoktur (2).

Epidemiyoloji

Birleşik devletler kanser veri tabanından (SEER) 1973-2004 yılları arasında tanı alan 578 trakeal malignite vakası tespit edilmiştir. İnsidans 1.000.000'da 2,6 olarak belirlenmiştir (3).

Histopatoloji

Histopatolojik olarak epitel, minör tükrük bezleri ya da mezenkimal yapılardan köken alabilir. Erişkinlerde %90'ı maligndir. En sık SCC ve ACC görülür, diğer alttipler mucoepidermoid, küçük hücreli karsinom, adenokarsinom, büyük hücreli karsinom, fibrom, pleiomorfik adenomdur. SCC 1/3'ünde tanı anında akciğer ve/veya mediasten lenf nodlarında metastaz tespit edilir. ACC yıllar içinde göreceli yavaş büyür (3-5).

Sempton Ve Bulgular

Hastalar üst solunum yolu obstrüksiyonuna bağlı dispne, stridor, hırıltılı solunum (wheezing) ile başvurur. Mukozal irritasyona bağlı öksürük ve hemoptizi, rekürren laringeal sinir invazyonuna bağlı ses kısıklığı, ösefagus invazyonuna

¹ Dr. Öğr. Üyesi, Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Onkoloji BD., drkayikcioglu@yahoo.com

dan retrospektif olarak değerlendirilen 258 hastalık bir çalışmada post-operatif radyoterapi OS'yi arttırmıştır (12). ACC, SCC'ye göre daha az radyosensitiftir. Radyoterapi cerrahi yapılamayan hastalarda ilk seçenektir. MD Anderson kanser merkezinde retrospektif 78 hastanın değerlendirildiği bir çalışmada hastaların %45,9'i SCC ve %25,7'i ACC idi. Cerrahi ve radyoterapi uygulanan hastaların OS'si sadece radyoterapi uygulanan hastalara göre daha üstün tespit edildi (13). İdeal kemoterapi ajanının tespit edildiği bir randomize kontrollü çalışma, tümör çok nadir görüldüğü için maalesef bulunmamaktadır. Akciğer ve baş boyun kanserinde kullanılan özellikle cisplatin temelli ilaçlar kullanılmaktadır (14). Cerrahiye uygun olmayan, lokal ileri ya da metastatik hastalıkta trakeal stent ya da palpatif radyoterapi gerekebilir (15).

Prognoz

5 yıllık OS %27' dir. ACC'da bu oran %74, SCC'de %12' dir. Erken tanı OS'yi uzatır. Metastatik hastalıkta 5 yıllık OS %4, lokal ileri hastalıkta %25, lokalize hastalıkta ise %47'dir (3). Lokal ileri hastalığa bağlı hava yolu obstrüksiyonu, disfaji, ses kısıklığı, post-operatif zamanda anastomoz iyileşmesinde gecikme, enfeksiyon, lokal nüks, azalmış boyun ekstansiyonu (geniş segment trakeal rezeksiyonlarda), bozulmuş hayat kalitesi gelişebilecek komplikasyonlardır.

SONUÇ

Nadir bir hastalık olmasına rağmen medikal tedaviyle yanıt alınamayan solunum yolu hastalıkları ayırıcı tanısında mutlaka akla gelmelidir. Toraks bilgisayarlı tomografisi ve bronkoskopik biyopsi ile tanı konur. Erken tanıda cerrahi en değerli tedavi seçeneğidir, ancak post-operatif mortalite riski yüksek olduğundan cerrahinin vaka sayısı yüksek olan merkezlerde yapılması önem arz eder. Hastaların tedavi seçimine karar vermede göğüs hastalıkları, radyoloji, patoloji, medikal onkoloji, radyasyon onkolojisi ve göğüs cerrahisi uzmanlarının olduğu multidisipliner yaklaşım prognoz açısından ek katkı sağlar. Postoperatif radyoterapi ve kemoterapi uygun hastalarda uygulanmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Gaissert HA, Mark EJ. Tracheobronchial gland tumors. *Cancer Control*. 2006;13(4):286-94.
2. Gaissert HA, Grillo HC, Shadmehr MB, Wright CD, Gokhale M, Wain JC, et al. Long-term survival after resection of primary adenoid cystic and squamous cell carcinoma of the trachea and carina. *Ann Thorac Surg*. 2004;78(6):1889-96; discussion 96-7.
3. Urdaneta AI, Yu JB, Wilson LD. Population based cancer registry analysis of primary tracheal carcinoma. *Am J Clin Oncol*. 2011;34(1):32-7.
4. Macchiarini P. Primary tracheal tumours. *Lancet Oncol*. 2006;7(1):83-91.

5. Grillo HC, Mathisen DJ. Primary tracheal tumors: treatment and results. *Ann Thorac Surg.* 1990;49(1):69-77.
6. Zayed Y, Tariq MA, Chandran AV. Tracheal Cancer. *StatPearls.* Treasure Island (FL): StatPearls Publishing Copyright © 2022, StatPearls Publishing LLC.; 2022.
7. Park CM, Goo JM, Lee HJ, Kim MA, Lee CH, Kang MJ. Tumors in the tracheobronchial tree: CT and FDG PET features. *Radiographics.* 2009;29(1):55-71.
8. Javidan-Nejad C. MDCT of trachea and main bronchi. *Thorac Surg Clin.* 2010;20(1):65-84.
9. McCarthy MJ, Rosado-de-Christenson ML. Tumors of the trachea. *J Thorac Imaging.* 1995;10(3):180-98.
10. Ferretti GR, Bithigoffer C, Righini CA, Arbib F, Lantuejoul S, Jankowski A. Imaging of tumors of the trachea and central bronchi. *Radiol Clin North Am.* 2009;47(2):227-41.
11. Behringer D, Könemann S, Hecker E. Treatment approaches to primary tracheal cancer. *Thorac Surg Clin.* 2014;24(1):73-6.
12. Xie L, Fan M, Sheets NC, Chen RC, Jiang GL, Marks LB. The use of radiation therapy appears to improve outcome in patients with malignant primary tracheal tumors: a SEER-based analysis. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 2012;84(2):464-70.
13. Webb BD, Walsh GL, Roberts DB, Sturgis EM. Primary tracheal malignant neoplasms: the University of Texas MD Anderson Cancer Center experience. *J Am Coll Surg.* 2006;202(2):237-46.
14. Allen AM, Rabin MS, Reilly JJ, Mentzer SJ. Unresectable adenoid cystic carcinoma of the trachea treated with chemoradiation. *J Clin Oncol.* 2007;25(34):5521-3.
15. Sherani K, Vakil A, Dодhia C, Fein A. Malignant tracheal tumors: a review of current diagnostic and management strategies. *Curr Opin Pulm Med.* 2015;21(4):322-6.