

# 24. BÖLÜM

## ADRENOKORTİKAL KARSİNOMLARIN CERRAHİ TEDAVİSİ

Barış TÜRKER<sup>1</sup>

### GİRİŞ

Adrenokortikal karsinomlar (ACC) oldukça nadir görülen ve agresif seyreden endokrin malignitelerden biridir. Yıllık insidansı milyonda 2 olarak gözüktür (1). Yaşamın ilk on yılında ve dördüncü ila beşinci dekadında olmak üzere iki kez pik yapan bimodal yaş dağılımı vardır (2). Kadınlar erkeklerden daha sık etkilenir, kadınlarda 2.5 ila 3 kat daha fazla ACC görülür (3).

Yetişkin hastaların %40-60'ı fonksiyonel bir tümörün hormonal semptomları ile başvurur, bunların çoğu Cushing sendromudur. Kalan fonksiyonel olmayan tümörler, kitle etkisine bağlı semptomlar ortaya çıkana kadar tespit edilmeden oldukça büyük hale gelebilir (4). Son yirmi yılda, ACC'nin moleküler biyolojisinin anlaşılmasında önemli ilerleme sağlanmasına rağmen sağkalım üzerinde çok az bir iyileşme ile sonuçlanmıştır.

Endokrin semptomların geçici kontrolü ve mitotanla orta düzeyde tümör yanıtı bildirilirken, genel sağkalım sistemik kemoterapiden etkilenmez (5). Kemik metastazlarını hafifletmek için radyasyon tedavisi kullanılmıştır, ancak ACC genellikle radyasyona dirençli kabul edilmektedir (6). Bu bulguların ışığında, cerrahi, ACC için en iyi tedavi yöntemi olmaya devam etmektedir. R0 rezeksiyon sağkalım üzerindeki en önemli etkidir. R0 rezeksiyon yapılan hastalarda rekkürrens geliştiğinde veya metastatik hastalık durumunda agresif cerrahi tedavinin rolü, özellikle birden fazla yeniden ameliyat gerektirdiğinde, henüz açıklanmamıştır.

<sup>1</sup> Arş. Gör., Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Cerrahisi BD, drbaristurker@gmail.com

diseksiyon düzleminin belirsiz olduğu, laparoskopik en blok rezeksiyonu onkolojik olarak yetersiz hale getirdiği ve büyük bir tümörün eksizyonu sırasında tümör kapsülünün yırtılması ve hücre yayılması riskini artırdığı endişelerine dayanmaktadır. Bununla birlikte, bazı yeni çalışmalar, büyük tümörlerin ( $\geq 10$  cm) rezeksiyonundan sonra hastalarda laparoskopik ve açık yaklaşımlar arasında karşılaştırılabilir sonuçlar göstermiştir.

Metastatik veya rekküren ACC için küratif bir tedavi yoktur. Ancak steroid fazlalığına bağlı semptomlar medikal tedavi ile kontrol altına alınabilir. Bu hastalarda genel sağkalım bir yıldan azdır.

Lokal olarak tekrarlayan hastalıkta tam rezeksiyonun mümkün olduğu durumlarda, negatif cerrahi sınırlara ulaşmak için agresif cerrahi rezeksiyon yapılmalıdır. İlk cerrahiden sonra en az bir yıl hastaliksız dönem geçiren hastalar re-rezeksiyon için en iyi adaylardır. Potansiyel olarak rezektabl karaciğer ve pulmoner metastazları olan hastalarda da rezeksiyon düşünülmelidir (18).

ACC'nin prognozunu belirleyen en önemli klinik faktörler, hastalık evresi ve rezeksiyonun (R0) tam olmasıdır. Evre ne olursa olsun tam olmayan rezeksiyon kötü prognozla ilişkilidir.

Evre ve rezeksiyonun tam olarak yapılmasına ek olarak ACC'lerin biyolojik davranışı, patolojik/morfolojik faktörlerden etkilenir. Histolojik olarak ACC'lerin görünümü hafif atipiden anaplastik tümörlere kadar değişmektedir. Bu da prognozu önemli oranda etkilemektedir.

Bununla birlikte tanı anında ileri yaş ve kortizolün aşırı salgılanması, olumsuz faktörler olarak kabul edilmiştir (19).

## SONUÇ

Adrenokortikal karsinomlar nadir görülen, prognozu kötü olan ve agresif tümörlerdir. Bu özellikleri nedeniyle tedavi modaliteleri henüz net olarak belirlenmemiştir. Şu an için tek küratif seçenek komplet rezeksiyondur. Bu konu üzerinde çalışılması gereken birçok alan bulunmaktadır. Gelecekteki çalışmaların hastalığın tedavisine, yaşam kalitesine ve sağkalım üzerine olumlu etkileri bulunacaktır.

## KAYNAKLAR

1. Scheingart DE, Doherty GM, Gauger PG, et al. Management of patients with adrenal cancer: Recommendations of an International Consensus Conference. *Endocr Relat Cancer*. 2005; 12:667-680.
2. Ng L, Libertino JM. Adrenocortikal carcinoma: diagnosis, evaluation and treatment. *J Urol* 2003; 169:5-11.

3. Audenet F, Mejean A, Chartier-Kastler E et al. Adrenal tumours are more predominant in females regardless of their histological subtype: a review. *World J Urol* 2013; 31:1037-43.
4. Wandoloski M, Bussey KJ, Demeure MJ. Adrenocortical cancer. *Surg Clin North Am*. 2009; 89:1255-1267.
5. Schulick RD, Brennan MF. Long-term survival after complete resection and repeat resection in patients with adrenocortical carcinoma. *Ann Surg Oncol*. 1999; 6:719-726.
6. Polat B, Fassnacht M, Pfreundner L, et al. Radiotherapy in adrenocortical carcinoma. *Cancer*. 2009; 115:2816-2823.
7. Lafemina J, Brennan MF. Adrenocortical carcinoma: Past, present, and future. *J Surg Oncol* 2012; 106: 586-594.
8. Arlt W, Biehl M, Taylor AE et al. Urine steroid metabolomics as a biomarker tool for detecting malignancy in adrenal tumors. *J Clin Endocrinol Metab* 2011; 96: 3775-3784.
9. Phan AT, Grogan RH, Rohren E, et al. Adrenal Cortical Carcinoma. In: *AJCC Cancer Staging Manual*, 8th, Amin MB(Ed), Springer, Newyork 2017.
10. Icard P, Goudet P, Charpenay C, et al. Adrenocortical carcinomas: surgical trends and results of a 253-patient series from the French Association of Endocrine Surgeons Study Group. *World Journal of Surgery*. 2001; 25:891-897.
11. Michalkiewichz E, Sandrini R, Figueiredo B, et al. Clinical and outcome characteristics of children with adrenocortical tumors: a report from the International Pediatric Adrenocortical Tumor Registry. *J Clin Oncol* 2004; 22:838.
12. Gill IS, Meraney AM, Thomas JC, et al. Thoracoscopic transdiaphragmatic adrenalectomy: the initial experience. *J Urol* 2001; 165:1875.
13. Fassnacht M, Dekkers O, Else T, et al. European Society of Endocrinology Clinical Practice Guidelines on the Management of Adrenocortical Carcinoma in Adults, in collaboration with the European Network for the Study of Adrenal Tumors. *Eur J Endocrinol* 2018.
14. Fassnacht M, Kroiss M, Allolio B. Update in adrenocortical carcinoma. *J Clin Endocrinol Metab* 2013; 98:4551.
15. Wangberg B, Khorram-Manesh A, Jansson S, et al. The long-term survival in adrenocortical carcinoma with active surgical management and use of monitored mitotane. *Endocr Relat Cancer* 2010; 17:265.
16. Gerry JM, Tran TB, Postlewait LM, et al. Lymphadenectomy for Adrenocortical Carcinoma: Is There a Therapeutic Benefit? *Ann Surg Oncol* 2016; 23:708.
17. Stefanidis D, Goldfarb M, Kercher K, et al. Guidelines for the Minimally Invasive Treatment of Adrenal Pathology. Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons. *Surg Endosc*. 2013; 27:3960-3980.
18. Dy BM, Strajina V, Cayo AK, et al. Surgical resection of synchronously metastatic adrenocortical cancer. *Ann Surg Oncol* 2015; 22:146.
19. Abiven G, Coste J, Groussin L, et al. Clinical and biological features in the prognosis of adrenocortical cancer: poor outcome of cortisol-secreting tumors in a series of 202 consecutive patients. *J Clin Endocrinol Metab* 2006; 91:2650.