
Opere bronş karsinomlu hastada distal falanks metastazı

Sibel ŞAHBAZ¹, Oğuz KILINÇ¹, Haluk VAYVADA², Alpaslan TOPÇU², Kutsal YÖRÜKOĞLU³, Eyüp Sabri UÇAN¹

¹ Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı,

² Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı,

³ Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, İzmir.

ÖZET

Kliniğimize sırt, bel ve sol dizde ağrı nedeni ile başvuran 54 yaşındaki erkek hastanın özgeçmişinde dört ay önce skuamöz hücreli akciğer karsinomu tanısı ile sol pnömonektomi operasyonu vardı. Fizik muayenesinde de sol dizde şişlik ve ısı artışı ile sağ el dördüncü parmak distal falanksta yumuşak dokuda belirgin şişlik ve kızarıklık saptandı. Metastaz şüphesi nedeni ile çekilen parmak grafisinde distal falanks izlenemedi. Tanımlanan lezyondan insizyonel biyopsi yapıldı ve alınan materyalinin mikroskopik bulguları metastatik skuamöz hücreli karsinom olarak değerlendirildi. Bronş kanserinde kemik metastazı sık görülen bir bulgudur. Ancak tüm olguların ancak %0.2'sinde el metastazı görülmektedir. Olgu bronşiyal karsinomanın nadir metastatik lokalizasyonu nedeni ile sunuldu.

Anahtar Kelimeler: Skuamöz hücreli bronş karsinomu, kemik metastazı, distal falanks metastazı.

SUMMARY

Distal phalanx metastasis in operated bronchial carcinoma

Sahbaz S, Kilinc O, Vayvada H, Topcu A, Yorukoglu K, Ucan ES

Pulmonary Diseases, Faculty of Medicine, Dokuz Eylul University, Izmir, Turkey.

A 54 years old man who admitted with thoracolumbar pain and pain at left knee had history of left pneumonectomy four months ago for squamous cell lung carcinoma. At physical examination swelling and hotness at the left knee, swelling and redness of the distal phalanx of the right fourth finger were found. Distal phalanx was not observed at the X-ray which was taken for suspect of metastasis. Incision biopsy was performed from this lesion and microscopic findings of the material were evaluated as metastatic squamous cell carcinoma. Bone metastasis are seen frequent at bronchial carcinoma, but hand metastasis are seen %0.2 of all cases. This case is represented because of the rare metastatic localisation of bronchial carcinoma.

Key Words: Squamous cell lung carcinoma, bone metastasis, distal phalanx metastasis.

Yazışma Adresi (Address for Correspondence):

Dr. Sibel ŞAHBAZ, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı,
Balçova, İZMİR - TÜRKİYE
e-mail: sibelsahbaz@yahoo.com

Kemikler, akciğer kanserlerinde en sık görülen metastaz bölgelerdendir. Bronş karsinomlu olguların otopsi çalışmalarında %20-33 olguda iskelet yapısında metastaz görülür (1,2). Buna rağmen el ve ayakların küçük kemiklerine metastaz nadirdir (2). El ve ayak kemiklerine en sık metastaz yapan primer tümörler akciğer (%47), böbrek (%12.5) ve meme (%11) tümörleridir (3). Falankslara en sık metastaz yapan tümörler bronş karsinomlarıdır (1). El kemiklerinden de en sık terminal falanksta metastaz görülür (4).

OLGU SUNUMU

Dört ay önce skuamöz hücreli akciğer karsinomu tanısı ile sol pnömonektomi operasyonu uygulanan 54 yaşında erkek hasta bir aydır olan sırt, bel ve sol dizde ağrı nedeni ile başvurdu. Özgeçmişinde 45 paket/yıl sigara içimi dışında bir özellik yoktu. Fizik muayenesinde dispne ve taşipnesi olan hastanın sol hemitoraksında solunum sesi duyulamadı. Sol dizde ısı artışı ve şişlik ile sağ el dördüncü parmak distal falanksında şişlik, hassasiyet ve kızarıklık saptandı. Akciğer grafisinde sol hemitoraksta volüm kaybı ile mediastende sola doğru yer değiştirme görüldü (Resim 1). Laboratuvar tetkiklerinde; Hb: 11.7 g/dL, Hct: %36, Ca: 14.0 mg/dL, ALP: 260 U/L ve laktat dehidrogenaz (LDH): 1036 U/L saptandı. Yaygın kemik ağrıları nedeni ile çekilen ke-



Resim 1. Sol hemitoraksta volüm kaybı ve mediastende sola deviasyon.

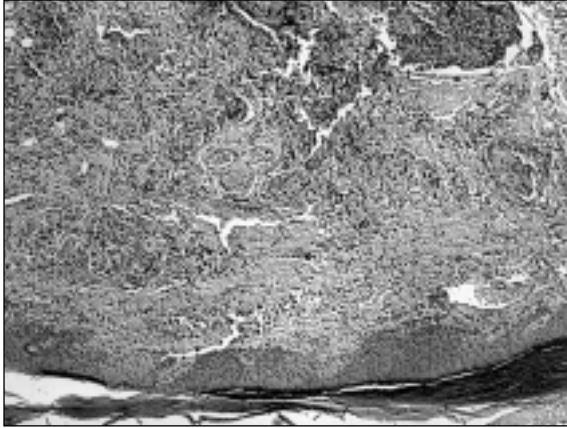
mik sintigrafisinde sol dizde belirgin aktivite artışı, sol kalça eklemi çevresinde ve sağ ischial kemikte fokal aktivite odakları, sol femur distal kesiminde, sol tibia proksimal kesiminde, sol acetabulum posterioru ve sağ ischial kemikte, T4-T7 vertebralarda multipl fokal, T10, L1 ve L3 vertebrada fokal osteoblastik aktivite artışı, her iki hemitoraks kostalarında multipl fokal aktivite artışı saptandı. Sağ el dördüncü parmak grafisinde distal falanks izlenemedi (Resim 2). Buradaki lezyondan alınan insizyonel biyopsi metastatik skuamöz hücreli karsinom olarak değerlendirildi (Resim 3). Olguya torakal vertebra metastazları nedeni ile tek doz fraksiyone 500 cGy radyoterapi uygulandı. Hasta, skuamöz hücreli bronş karsinomunun nadir metastaz lokalizasyonu nedeni ile sunuldu.

TARTIŞMA

Bronşiyal karsinomlarda kemik metastazı sık görülen bir bulgudur. Kemik metastazları akciğer kanserli olguların %40'ında görülür (5). Kemik iliği aspirasyonu örneklerinde immünohistokimyasal olarak tümör hücreleri bronş karsinomlarında tanı anında ortalama %34 (%20-62) oranında saptanmıştır (5). Vertebra, kosta, pel-



Resim 2. Sağ el dördüncü parmakta distal falanks yokluğu.



Resim 3. Lezyondan alınan insizyonel biyopsi örneğinde metastatik skuamöz hücreli karsinom.

vis, kranium, proksimal femur ve humerus en sık kemik metastazı olan bölgelerdir (6). Ancak el ve ayak gibi periferik bölgelerin tutulumuna nadiren rastlanır. El metastazları tüm metastatik lezyonların %0.2'sinde görülür ve bunların %62'si de falankslarda saptanır (1). Kliniğimizde son üç yıl içinde izlediğimiz 438 hastadan ilk olarak olgumuzda distal falanks metastazı saptanmıştır. Görülme sıklığı %0.02 olarak belirlenmiştir. Bu metastazların %58'i primer tümör tanısından sonra saptanır. Falanksa metastaz yapan primer tümörlerin en sık görüleni akciğer maligniteleridir. Ele metastaz yapan primer akciğer tümörleri içinde en sık skuamöz hücreli karsinom görülür (1). Olgumuzun da primer tümörü skuamöz hücreli karsinomdu. Sıklık sırasına göre ele metastaz yapan diğer tümörler meme, böbrek, gastrointestinal sistem tümörleridir (6). Ayrıca parotis tümörleri ve lenfosarkomlar da falanksa metastaz yapan diğer malignitelerdir (6). El metastazlarının en sık lokalizasyon yeri başparmağın distal falanksıdır (1). Bir çalışmada, 168 olguluk seride en sık lokalizasyon terminal falanks olarak tanımlanmıştır (6). Olgumuzda da buna uygun şekilde metastaz distal falanksta saptanmıştır.

Periferik kemik metastazlarına genellikle yanlış tanı konulmaktadır. Bunun sebebi nadir olmaları ve ayırıcı tanıda benzer klinik tablo oluşturan infeksiyöz patolojilerle karışmalarıdır (1,3,7). Falanks metastazlarının genellikle ilk ve ana semptomu ağrıdır. Bunun yanında şişlik, kızarıklık,

ılık, ısı artışı ve ciltte ülserasyon görülebilir (1). Genelde fizik muayene bulguları nedeni ile olgular gut, selülit, apse, fistül, osteomyelit, romatoid artrit, septik artrit, pannaris, osteoartropati bazen de anjioma, anevrizma ve vaskülit gibi patolojilerle karışabilir (1-3,7). Olgumuzda parmakta tanımlanan lezyonu nedeni ile öncelikle infeksiyöz bir patoloji düşünülüp tedavi edilmişti.

Radyolojik olarak kemiğin metastatik lezyonlarında reaktif kemik ya da periost reaksiyonu olmadan yaygın trabeküler destrüksiyon ve osteolizis görülür (4). Periferik kemik metastazlarının %80'ini radyolojik olarak litik lezyonlar oluşturur (5). Olgumuzda metastaz nedeni ile distal falanks tamamen rezorbe olmuş ve grafide izlenememiştir. Metastaz nedeni ile oluşan osteolizisten, osteoklast, kanser hücreleri, tümör ile ilişkili makrofajlar sorumlu tutulmuştur. Bazı kanser hücreleri osteoklastik aktiviteyi artırır (2). Bunun dışında kanser hücrelerinin direkt kemik matriksini degrade ettiğine ait kanıtlar vardır (2). Olgumuzda saptanan belirgin hiperkalsemi ve direkt grafi ile distal falanksın izlenememesi yaygın kemik metastazına bağlı osteolizisi düşündürmektedir.

Ekstremitte metastazlarının mekanizması net olmamakla beraber bazı teoriler ileri sürülmüştür. En önemli mekanizmalardan biri vasküler sistem aracılığı ile yayılmasıdır. Akciğer kapillerlerinde tümörün erozyonu sonucu oluşan mikroembolilerin arteriyel dolaşıma karışması sonucu metastazların oluştuğu düşünülmektedir. Çalışmalarda, arteriyel kan akımının fazla olduğu bölgelerde bu sebeple metastazın fazla olduğu belirtilmektedir (3). Hematojen yayılım dışında prostoglandin gibi mediatörlerin etkisi, tanımlanmamış travmalar ve önceki hastalıklar gibi lokal doku direncini bozan durumlar üzerinde de durulmaktadır (1). Prognosa bakıldığında el metastazları için ortalama beklenen yaşam süresi 5.3 aydır. Olgumuz da palyatif tedavi ile izlenmektedir (1,3).

Sonuç olarak; sigara içme öyküsü olduğu bilinen bir hastada tedaviye yanıt alınamayan periferik yerleşimli kemik ve yumuşak doku lezyonlarında başta akciğer kanseri olmak üzere visseral bir tümöre ait metastatik lezyon düşünülmelidir.

KAYNAKLAR

1. Galmarini CM, Kertes ZA, Oliva R, et al. Metastasis of bronchogenic carcinoma to the thumb. *Med Oncol* 1998; 15: 282-5.
2. Vaezy A, Budson DC. Phalangeal metastases from bronchogenic carcinoma. *JAMA* 1978; 239: 226-7.
3. Asthana S, Deo SV, Shukla NK, Raina V. Carcinoma breast metastatic to the hand and the foot. *Australas Radiol* 2001; 45: 380-2.
4. Carvalho Hde A, Tsai PW. Thumb metastasis from small cell cancer treated with radiation. *Rev Hosp Clin Fac Med Sao Paulo* 2002; 57: 283-6.
5. Orr FW, Kostenuik P, Sanchez-Sweatman OH, Singh G. Mechanisms involved in the metastasis of cancer to bone. *Breast Cancer Res Treat* 1993; 25: 151-63.
6. Fam AG, Cross EG. Hypertrophic osteoarthropathy phalangeal and synovial metastases associated with bronchogenic carcinoma. *J Rheumatol* 1979; 6: 680-6.
7. Khokhar N, Lee JD. Phalangeal metastasis: First clinical sign of bronchogenic carcinoma. *South Med J* 1983; 76: 927.