



Skvamöz hücreli akciğer kanserinde izole ayak metastazı: Ender yerleşimli bir olgu

Gökhan KAYNAK¹, Enis YILDIRIM², Hüseyin BOTANLIOĞLU¹, Tahir ÖĞÜT¹

¹*İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, İstanbul;*

²*Şırnak Devlet Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, Şırnak*

Skvamöz hücreli akciğer kanseri metastatik olmaktan ziyade lokal bir hastalıktır. Bu çalışmamızda sunduğumuz lokal ilerlemiş skvamöz hücreli akciğer kanseri tanısı alan 55 yaşındaki erkek hasta, 2 ay sonra ortopedi kliniğine sol ayak bileği çevresinde ağrı ve rahatsızlık şikayetiyle başvurmuştu. Fizik muayenede ayak bileği çevresinde lokalize edilemeyen ağrı ve hassasiyet saptanmıştır. T2 ağırlıklı MR görüntülerinde talus başı ve boynu çevresinde kemik iliği ödemi benzeri alanlar görülmüştür. Tüm vücut dinamik kemik sintigrafisinde sadece ayakta metastatik bir lezyon saptanmıştır. Hasta metastaz tanısı koyulmasının ardından 4 ay sonra kaybedilmiştir. Ayak metastazının erken tanısı zorlu bir süreç olmakla beraber yapılan çalışmalarda tanının konulmasında 24 aya varan gecikmelerden bahsedilmektedir. Kemik metastazları genellikle ilerlemiş metastatik hastalıkla birlikte görülür ve sağkalım beklentisi çok düşüktür. Ayak metastazları nadir görülmelerine rağmen yaşlı bir akciğer kanseri hastasında ağırlı bir ayağın tanı sürecinde akıldan tutulmalıdır. Yaşam süresi beklentisinin kısa olduğu hastalarda ağrı kesiciler gibi palyatif tedavilerin seçilmesi daha uygun olacaktır, uzun yaşam süresi beklenen hastalarda ise agresif tedavi yaklaşımları uygulanabilir.

Anahtar sözcükler: Akciğer; ayak; kanser; metastaz; skvamöz hücreli kanser; talus; tarsal kemik.

Kemik metastazları başka bir bölgedeki primer tümörlerin sekonder depolarıdır ve kemiği tutan habis tümörlerin en sık görülenidir.^[1] Habis tümör bulunan hastaların en az %20 ile 30'unda iskelet sisteminde metastatik hastalık gelişir.^[2] Metastazların yaklaşık %70'i kranyum, sakrum, sternum, omurga, pelvis ve kaburgayı da içeren aksiyel iskelette gelişir.^[1] Kemik metastazları diz ve dirseğin distalinde nadir olmak üzere ekstremiteelerde de görülebilmektedir.^[3,4] Ayak metastazlarına ise ele göre çok daha nadir rastlanır.^[2,5] Elde falanklar, ayaklarda ise tarsal kemikler en sık tutulan kemikler olarak göze çarpar.^[6]

Akciğer kanseri hem kadın hem de erkeklerde kanser ilişkili ölümlerin en sık rastlanan nedenidir.^[7] Skvamöz hücreli akciğer kanseri metastatik olmaktan ziyade genellikle lokal seyirli bir hastalıktır.^[8-10] Akciğer kanserinde kemik metastazı görülebilse de, ekstremite ve özellikle distal ekstremite metastazına nadiren rastlanır.^[1] Kemik metastazı olan hastaların şikayetleri belirgin olmamakla birlikte, en sık iletilen şikayet ağrıdır.^[1] Prostat kanseri hariç olmak üzere, metastatik yapının osteolitik aktivitesine bağlı olarak yüksek serum alkalın fosfataz ve kalsiyum düzeyinin gözlenmesi söz konusudur.^[1] Metastazların çoğu radyolojik olarak osteolitik değişiklikler

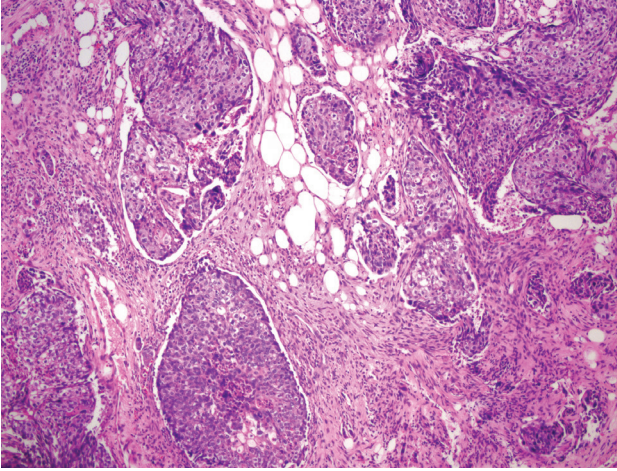
Yazışma adresi: Dr. Enis Yıldırım, Şırnak Devlet Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, Dicle Mh., 73000 Şırnak.
Tel: +90 486 – 216 13 61 e-posta: enisyildrim@hotmail.com

Başvuru tarihi: 22.08.2013 **Kabul tarihi:** 13.02.2014

©2014 Türk Ortopedi ve Travmatoloji Derneği

Bu yazının çevrimiçi İngilizce versiyonu
www.aott.org.tr adresinde
doi: 10.3944/AOTT.2014.13.0049
Karekod (Quick Response Code)





Şekil 1. Mediastinoskopik biyopsi materyali (H-E, x100). [Bu şekil, derginin www.aott.org.tr adresindeki çevrimiçi versiyonunda renkli görülebilir.]

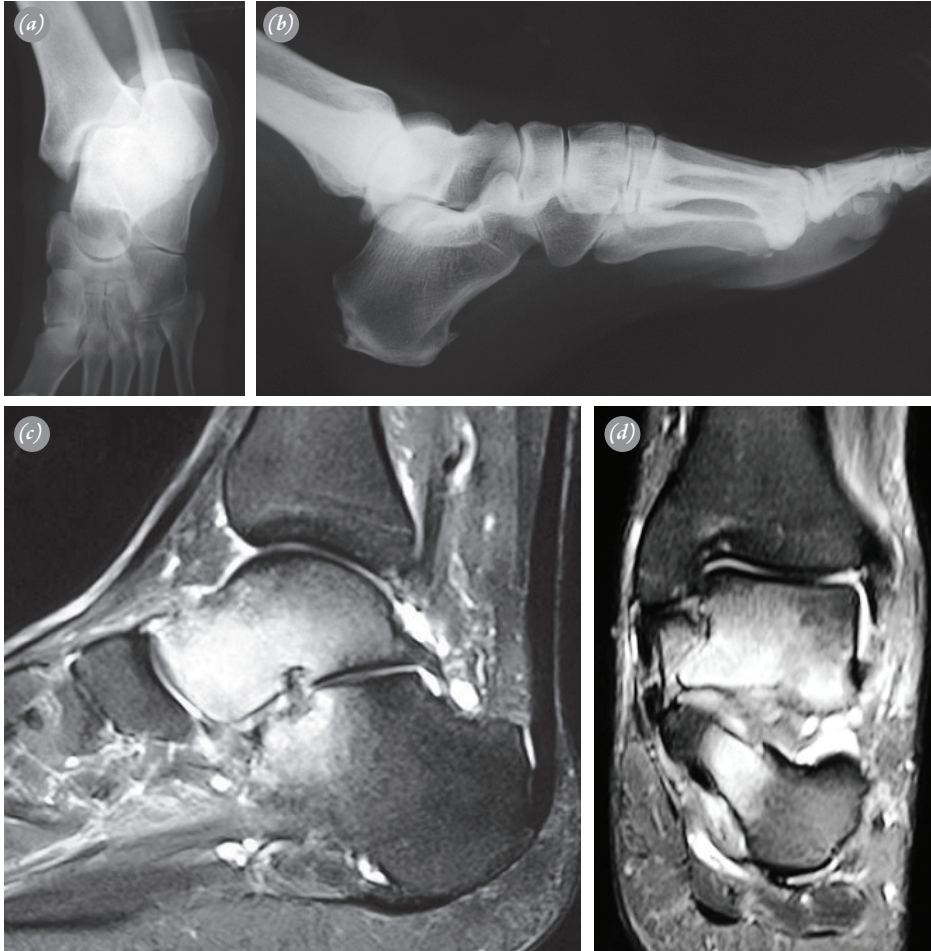
oluştursa da, osteoblastik veya mikst değişikliklerin görülmesi sıra dışı bir durum değildir.^[1] Bu tür lezyonların anlaşılmasındaki hatalar geç tanı ve uygun olmayan te-

daviye yol açabilir. Bu lezyonların palyatif tedavisi ağrıyı azaltır ve hastaların yaşam kalitesini artırır. Akrometastazlar başlangıçta sıklıkla enfeksiyon, travma, enflamatuvar artrit, osteomyelit veya gut gibi selim durumlarla karıştırılmaktadır. Hasta değerlendirmesi sürecinde karşılaşılan kalıcı şikayetler, konservatif tedaviye yanıt vermeme durumu veya önceki habaset hikayesi hekimin aklına metastaz olasılığını getirmelidir.

Bu yazıda distal ekstremitte metastazı ekstremitte ağrısı olarak beliren, akciğer kanseri bir hasta sunulmaktadır. Skuamöz hücreli akciğer kanserinin vücutta başka bir bölgede metastaza yol açmaksızın yalnız ayaktaki kemiklere yayılımı oldukça nadir bir durumdur ve İngilizce literatürde henüz rapor edilmemiştir.

Olgu sunumu

Elli beş yaşındaki erkek hasta üç haftadır süren hemoptizi şikayetiyle göğüs hastalıkları kliniğine başvurmuştu. Hastanın yılda 70 paket olmak üzere sigara içicisi olduğu saptandı. Akciğer röntgeninde sol akciğerin



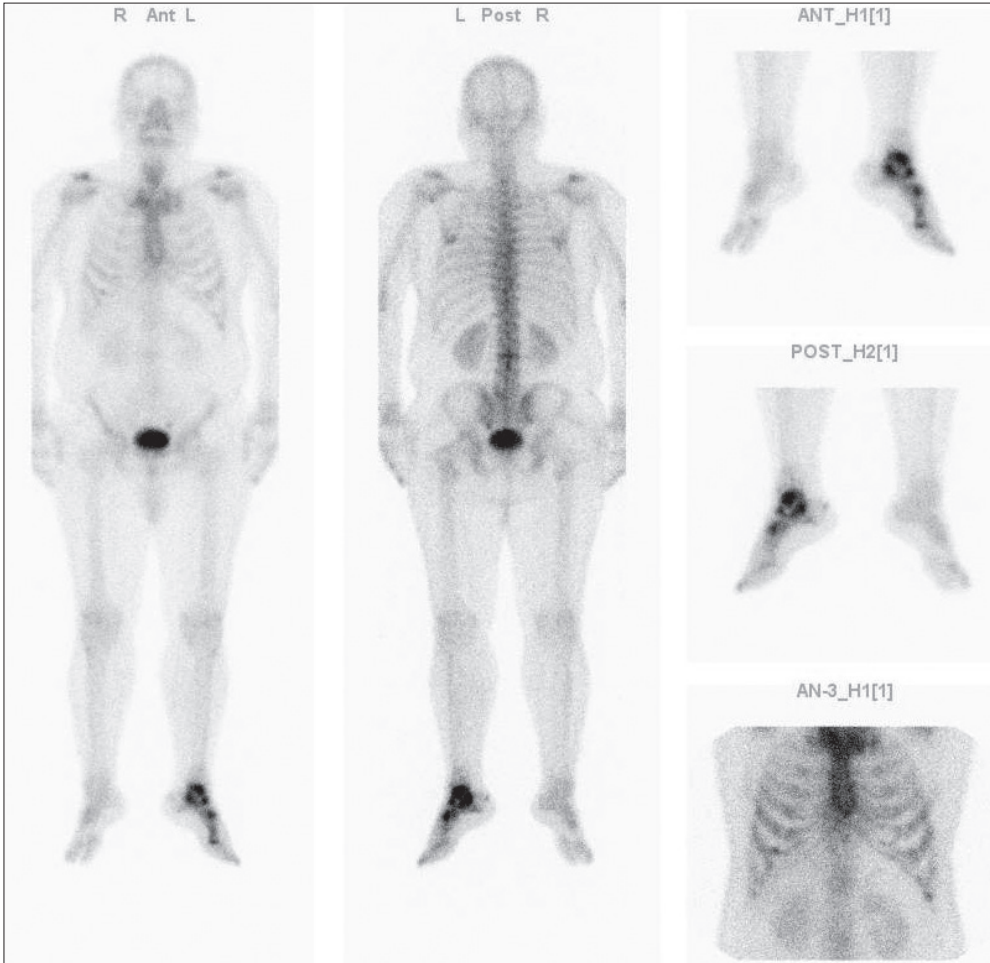
Şekil 2. Sol ayağın (a) ön-arka ve (b) yan röntgeni. (c) Sol ayağın sagittal planda T2 ağırlıklı MR görüntüsü. (d) Sol ayağın koronal planda T2 ağırlıklı MR görüntüsü.

alt lobunda bir kitle lezyonu görüldü. Pozitron emisyon tomografi/bilgisayarlı tomografi (PET/BT) incelemesinde aynı bölgede ve mediastende yüksek florodeoksiglukoz (FDG) tutulumu görüldü. Hastaya mediastinoskopik biyopsi yapıldı. Yedinci istasyonda diferansiye bir kanser metastazı saptandı ve lokal ilerlemiş skuamöz hücreli akciğer kanseri tanısı kondu (Şekil 1). Tanı konmasının hemen ardından kemoterapiye başlandı.

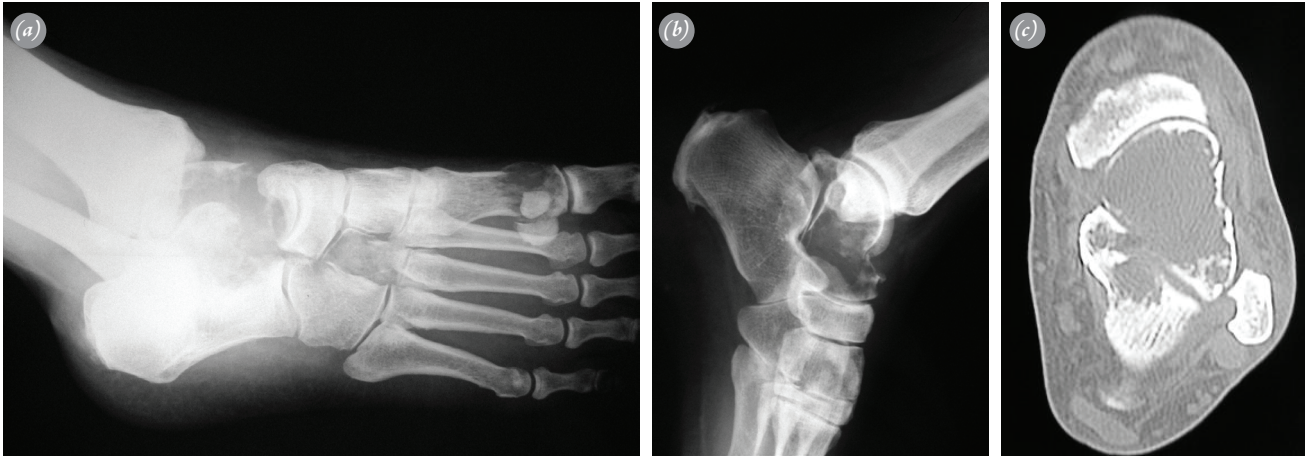
Akciğer kanseri tanısı almasının ardından 2 ay sonra, hasta, sol ayak bileğinde ağrı ve rahatsızlık şikayetinin incelenmesi için Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği'ne yönlendirildi. Ağrı zonklayıcı karakterdeydi ve travma veya egzersiz hikayesi ile ilişkilendirilmedi. Hastanın gece ağrısı şikayeti yoktu ve belirtiler aktivite kısıtlayıcı düzeydeydi. Fizik muayenede ayak bileği çevresinde lokalize edilemeyen ağrı ve hassasiyet mevcut olmakla birlikte ekimoz veya şişlik yoktu. İlk inceleme dönemindeki direkt röntgen incelemesinde herhangi bir kemiksi lezyon saptanmadı (Şekil 2a, b). Non-steroid anti-enflamatuar ilaçlar verilen hastaya istirahat ve buz uygulaması öneril-

di. Bununla birlikte, şikayetlerin 2 hafta içinde gerilemesi üzerine manyetik rezonans görüntüleme (MRG) istenmesine karar verildi. T2 ağırlıklı görüntülerde tarsal kemikler ve talus başı ve boynu etrafında kemik iliği ödemi benzeri alanlar görüldü (Şekil 2c, d). Yumuşak doku tutulumu saptanmadı. Akabinde uygulanan tüm vücut dinamik kemik sintigrafisinde (TVDKS) ayakta metastatik bir oluşum saptandı (Şekil 3). Aynı zaman diliminde istenen ikinci direkt röntgende talus ve tarsal kemikler (küboid ve lateral küneiform) çevresinde geniş litik alanlar görüldü (Şekil 4a, b). BT incelemesinde talus, tarsal kemikler ve birinci metatars çevresinde agresif litik alanlar saptandı (Şekil 4c).

Başvurudan 6 hafta sonra, talustaki oluşuma yönelik insizyonel biyopsi yapıldı. Patoloji incelemesinde yapının skuamöz hücreli akciğer kanserinin uzak metastazı olduğu görüldü (Şekil 5). Metastaz tanısının ardından, ilgili alana 10 seans 30 Gy palyatif radyoterapi uygulandı. Hasta metastaz tanısı aldıktan 4 ay sonra kaybedildi.



Şekil 3. Tüm vücut dinamik kemik sintigrafisinde görülen metastatik kemik lezyonu.

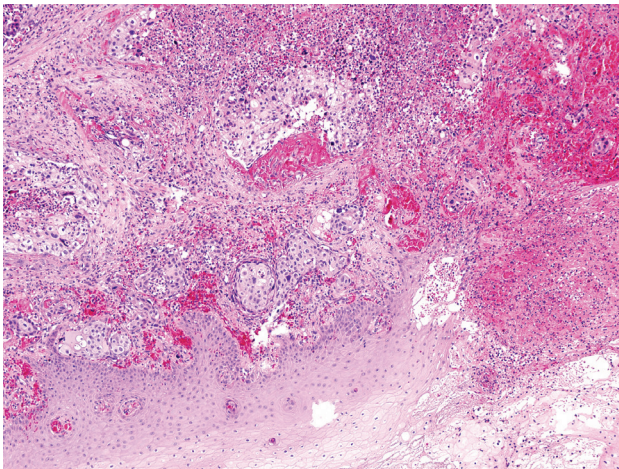


Sekil 4. Sol ayağın ilk başvurudan 6 hafta sonra çekilen (a) ön-arka ve (b) yan röntgeni. (c) Litik lezyonun görüldüğü sol ayak aksiyel BT görüntüsü.

Tartışma

Ayağın primer kemiksi lezyonlarının insidansı %3 olarak düşünüldüğünde, ayak ve ayak bileğinin metastatik hastalığı çok daha düşük oranlarda rapor edilmiştir.^[11] Erkekler iki kat sıklıkla etkilenmekle birlikte insidansın en yüksek olduğu dönem 7. ve 8. dekatlardır.^[12] Bununla birlikte, akrometastazların aslında klinik olarak tanı koyulabilen durumlardan daha sık gelişiyor olması da mümkündür.^[13-15] Akrometastazların nadir görülmesinin birçok faktörle ilgili olabileceği düşünülmüştür. Bunlar düşük kan akımı, Batson pleksusu ile yetersiz bağlantı, düşük ısı değerleri, hücre yüzey özellikleri, emboli boyutu ile bağışıklık sistemi, inaktif hematopoetik alanlar, pıhtılaşma mekanizmaları, trombosit aktivitesi ve endotelial duvar özellikleridir.

Tutulan ayakta, enfeksiyöz oluşumu andıran ağrı, kızarıklık, şişlik ve ısı artışı gözlemlenebilir. Klinik tabloda



Sekil 5. Sol talustan alınan biyopsi örneğinin patolojik incelemesi (H-E, x100). [Bu şekil, derginin www.aott.org.tr adresindeki çevrimiçi versiyonunda renkli görülebilir.]

ağrı, kitle, şişlik, cilt lezyonu, patolojik kırık ve deforme bulgularının gözlenmesi söz konusudur. Yine, klinik bulgular gut, romatoid artrit, Paget hastalığı, tenosinovit, burkulma, enkondrom, osteoid osteoma, stres kırığı ve metabolik kemik hastalığını düşündürülebilir. Ayak metastazı olan hastaların çoğu litik radyolojik görüntüyle başvurabilir ve periosteal reaksiyon beklenmez. Eklemelerin tutulumu nadirdir. Lezyonlar prostat kanserinde sklerotik; göğüs, mesane veya gastroenterolojik tümörlerde mikst tipte olabilir.^[5] Bununla birlikte, olguların büyük bir kısmında kesin tanıyı koymak için patolojik inceleme tek yöntem olabilir.

Maheshwari ve ark. yaptıkları derlemede ayak kemiği metastazlarının en sık primer kaynağının genitoüriner sistem olduğunu ve en sık tutulan kemiklerin kalkaneus ve talus olduğunu bildirmişler, metastaz tanısının ardından hastaların ortalama sağkalım süresinin 14.8 ay olduğunu bulmuşlardır.^[16] Akrometastazlar, genelde, nadir görülen preterminal oluşumlardır ve sıklıkla yaygın metastazların bir parçasıdır.^[3] Wu ve Guise^[17] 41,833 kanser hastasının sadece 4'ünde (%0.01), Hattrup ve ark.^[13] da 75,000 primer habaset hastasının 10'unda (%0.01) ayak veya ayak bileğinde metastaza rastlamışlardır. Berlin ise, yaptığı bir derlemede, 67,000 ayak tümörü ve lezyonu grubunda yalnızca 2 (%0.003) metastaza rastlamıştır.^[18] Maheshwari ve ark. tüm iskelet metastazları içinde ayak ve ayak bileği metastazlarının oranını %2 olarak saptamış; genitoüriner sistemi de en sık primer organ sistemi, akciğeri de en sık tekil organ kaynağı olarak bulmuşlardır.^[16] Diyafram üstü lezyonların ele yayılma eğiliminde olduğu, diyafram altı lezyonların ise daha çok ayağa yayıldığı rapor edilmiştir.^[5] Yine, aynı raporda, ayaklardaki metastazların %15'inin akciğer kaynaklı olduğu bildirilmiştir.^[5] Bir başka çalışmada ayak arkası en sık tutulan bölge, kalkaneus da en sık tutulan kemik

olarak bulunmuş^[16] ve bu durum kan dolaşımı ile ilişkilendirilmiştir.

Literatürde rapor edilmiş iki izole talus metastazi mevcuttur; biri göğüs^[19] diğeri de gizli bronşiyal kanserden^[20] yayılmıştır. Mevcut bilgimize göre; vücutta başka bir alana yayılmadan talus, tarsal kemikler ve birinci metatars metastazi geliştiren skuamöz hücreli akciğer kanseri çok nadir bir durumdur ve henüz İngilizce literatürde rapor edilmemiştir.

Sonuç olarak, ayak metastazının erken tanısı zorlu bir süreç olabilir. Ayak metastazları nadir görülmelelerine rağmen, yaşlı bir akciğer kanseri hastasında ağrılı bir ayağın tanı sürecinde akılda tutulmalıdır. Kanser ilerlemiş olduğu hastalarda el ve ayakların metastaz için taramasına çok fazla önem verilmediği dikkat çekmektedir. Yaşam süresi beklentisinin kısa olduğu hastalarda ağrı kesiciler gibi palyatif tedavilerin seçilmesi daha uygun olacakken, uzun yaşam süresi beklenen hastalarda ise agresif tedavi yaklaşımları uygulanabilir.

Çıkar örtüşmesi: Çıkar örtüşmesi bulunmadığı belirtilmiştir.

Kaynaklar

1. Nakashima Y. Metastases involving bone. In: Folpe AL, Inwards CY, editors. Bone and soft tissue pathology. 1st ed. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2010. p. 446-53.
2. Johnston AD. Pathology of metastatic tumors in bone. Clin Orthop Relat Res 1970;73:8-32.
3. Healey JH, Turnbull AD, Miedema B, Lane JM. Acrometastases. A study of twenty-nine patients with osseous involvement of the hands and feet. J Bone Joint Surg Am 1986;68:743-6.
4. Abrahams TG. Occult malignancy presenting as metastatic disease to the hand and wrist. Skeletal Radiol 1995;24:135-7.
5. Libson E, Bloom RA, Husband JE, Stoker DJ. Metastatic tumours of bones of the hand and foot. A comparative review and report of 43 additional cases. Skeletal Radiol 1987;16:387-92.
6. Baran R, Tosti A. Metastatic carcinoma to the terminal phalanx of the big toe: report of two cases and review of the literature. J Am Acad Dermatol 1994;31:259-63.
7. Greenlee RT, Hill-Harmon MB, Murray T, Thun M. Cancer statistics, 2001. CA Cancer J Clin 2001;51:15-36.
8. Strauss B, Weller CV. Bronchogenic carcinoma; a statistical analysis of two hundred ninety-six cases with necropsy as to relationships between cell types and age, sex, and metastasis. AMA Arch Pathol 1957;63:602-11.
9. Mountain CF, Lukeman JM, Hammar SP, Chamberlain DW, Coulson WF, Page DL, et al. Lung cancer classification: the relationship of disease extent and cell type to survival in a clinical trials population. J Surg Oncol 1987;35:147-56.
10. Hansen HH, Muggia FM. Staging of inoperable patients with bronchogenic carcinoma with special reference to bone marrow examination and peritoneoscopy. Cancer 1972;30:1395-401.
11. Bos GD, Esther RJ, Woll TS. Foot tumors: diagnosis and treatment. J Am Acad Orthop Surg 2002;10:259-70.
12. Zindrick MR, Young MP, Daley RJ, Light TR. Metastatic tumors of the foot: case report and literature review. Clin Orthop Relat Res 1982;170:219-25.
13. Hattrup SJ, Amadio PC, Sim FH, Lombardi RM. Metastatic tumors of the foot and ankle. Foot Ankle 1988;8:243-7.
14. Krishnamurthy GT, Tubis M, Hiss J, Bland WH. Distribution pattern of metastatic bone disease. A need for total body skeletal image. JAMA 1977;237:2504-6.
15. Weidmann CE, Ganz PA. Multiple synchronous lesions of acral metastasis. West J Med 1984;140:451-6.
16. Maheshwari AV, Chiappetta G, Kugler CD, Pitcher JD Jr, Temple HT. Metastatic skeletal disease of the foot: case reports and literature review. Foot Ankle Int 2008;29:699-710.
17. Wu KK, Guise ER. Metastatic tumors of the foot. South Med J 1978;71:807-12.
18. Berlin SJ. A laboratory review of 67,000 foot tumors and lesions. J Am Podiatry Assoc 1984;74:341-7.
19. Kouvaris JR, Kouloulis VE, Papacharalampous XN, Koutselini HA, Gennatas CS, Limouris GS, et al. Isolated talus metastasis from breast carcinoma: a case report and review of the literature. Onkologie 2005;28:141-3.
20. Richter D, Hahn MP, Bosse A, Dávid A, Muhr G. Isolated talus metastasis of an occult bronchial carcinoma--a rare cause for chronic foot disorders. [Article in German] Zentralbl Chir 1994;119:726-9. [Abstract]