

Spinal Kord Basısı ile Prezente Olan Kolorektal Kanseri: Olgu Sunumu

Colorectal Cancer Presenting with Metastatic Spinal Cord Compression: A Case Report

¹Hakan Şıvgın, ²Mehmet Kılınc, ³Banu Öztürk, ⁴Erkan Gökçe, ⁵Abdulkerim Yılmaz,
¹Mustafa Barut, ¹Mustafa Sağcan, ¹Yeliz Bilir

¹Gaziosmanpaşa Üniversitesi
Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları
Anabilim Dalı, Tokat.

²Gaziosmanpaşa Üniversitesi
Tıp Fakültesi, Nöroşirürji
Anabilim Dalı, Tokat

³Gaziosmanpaşa Üniversitesi
Tıp Fakültesi, Tıbbi Onkoloji
Bilim Dalı, Tokat

⁴Gaziosmanpaşa Üniversitesi
Tıp Fakültesi,
Radyodiagnostik Anabilim
Dalı, Tokat

⁵Gaziosmanpaşa Üniversitesi
Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji
Bilim Dalı,
Tokat

Yazışma adresi:

Doç. Dr. Banu Öztürk
Gaziosmanpaşa Üniversitesi
Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları
Anabilim Dalı, Tıbbi
Onkoloji Bilim Dalı

Tel: 03562129500

GSM: 05325423252

Özet

Metastatik spinal kord basısı kanser hastalarında ciddi bir iskelet ilişkili olaydır. Kolorektal kanserin iskelet metastazları nadir görülür ve kötü prognozludur. Burada metastatik spinal kord basısı ile prezente olan bir kolorektal karsinom olgusunu sunduk. Altmış altı yaşında erkek hasta alt ekstremitede progresif motor ve duyu kaybı ile başvurdu. Görüntüleme yöntemleri sonucu torakal 9-10 düzeyinde metastatik spinal kord basısı saptandı. Acil dekompresyon cerrahisi uygulandı ve ileri tetkikler sonucu akciğer ve karaciğer metastazları olan kolorektal kanser tanısı konuldu. Parapleji kısmen düzeldi. Ancak hasta 5 ay içinde ex oldu. Sonuç olarak; kolorektal kanserde metastatik spinal kord basısı nadir ancak ciddi bir komplikasyondur. Ayrıntılı anamnez ve tıbbi öykü kolorektal kanser tanısı koymak için hekimlere ışık tutabilir.

Anahtar kelimeler: Kolorektal kanser, spinal kord, metastaz.

Abstract

Metastatic spinal cord compression is a severe skeletal related event in cancer patients. Presentation of colorectal carcinoma with skeletal metastasis is rare and associated with a poor prognosis. Herein we reported a colorectal cancer patient presenting with metastatic spinal cord compression. A 66-year-old male patient was admitted to hospital with progressive sensory-motor deficit in legs. Imaging studies demonstrated metastatic spinal cord compression at the level of thorakal 9-10 vertebrae. Decompression surgery was performed immediately and diagnostic procedure indicated a colorectal tumor with lung and liver metastasis. Paraplegia was partly resolved. However, he died after 5 months due to disease progression. We concluded that metastatic spinal cord compression was a rare but severe complication of colorectal cancer. Detailed anamnesis and medical history may help to physicians for diagnosing colorectal cancer.

Key words: colorectal cancer, spinal cord, metastasis.

Giriş

Metastatik spinal kord kompresyonu vertebral tutlumlu kemik metastazlı hastaların %20'sinde görülen bir komplikasyondur (1-3). Spinal metastazlar en sık, meme, prostat, akciğer, hemopoetik sistem ve böbrekten köken almaktadır. Vertebra metastazlarının çoğu bir veya iki vertebra segmentini tutar (2-4) Kolorektal kanserlerin hematojen yolla kemik metastazı diğer solid organ tümörlerine göre daha az sıklıkta görülür, rektum kanseri sakruma direkt invazyon yapabilir (5-7). Kemik metastazların en sık belirtisi ağrı olmakla birlikte %25 olgu asemptomatik olabilir (6). Spinal metastazların birçoğu asemptomatiktir. Semptomatik olanlarda ağrı ve nörolojik bulgular ön planda olup kanserli olguların %5-10'unda ilk bulgu spinal kord basısıdır (1-4). Spinal kord basısı ile gelen olguların tanı anında %50'sinde primer odak belli olmayabilir ve yaklaşık olarak %10 olguda primer odak saptanamaz (1-4). Metastatik spinal kord kompresyonu eğer zamanında ve uygun tedavi edilmezde kompresyon düzeyinin distalinde irreversible nörolojik defisit ile sonuçlanır. Kolorektal kanserlerde kemik metastazları nadir ve genellikle hastalığın ilerleyen seyri esnasında görülür, metastatik spinal kord kompresyonu nadir görülen bir komplikasyondur. Olgumuz ilk prezentasyonu metastatik spinal kord basısı olan bir kolorektal karsinom olup acil dekompresyon sonrası tanıye gidilmesi bakımından nadir bir olgudur.

Olgu Sunumu

Bel ağrısı ve alt ekstremitelerde güçsüzlük yakınması ile hastaneye

başvuran 66 yaşında erkek hastanın fizik muayenesinde hepatomegali, nörolojik muayenesinde alt ekstremitelerde hemipleji, derin tendon reflekslerinde kayıp saptandı. Yapılan laboratuvar tetkiklerinde sedimantasyon: 61 mm/saat, Lökosit:8970/mm³, Nötrofil:7380/mm³, Hg:9.38 gr/dl, PLT:299000/mm³, ALT:37 U/L, AST:60 U/L, LDH:2011 U/L, ALP:1108 U/L, GGT:995 U/L, kreatinin:0.6 mg/dl, BUN:24 mg/dl, Na:137 mmol/L, K:4.8 mmol/L, Ca: 7.9 mg/dl saptandı. Direkt grafilerde (Resim 1) torakal 9-10 vertebralarda yükseklik kaybı saptanan hastaya torakal MR planlandı.

Resim 1. Direkt grafi: Torakal 9-10 vertebralarda yükseklik kaybı.



MR'da torakal 9-10 vertebra düzeyinde anterior subaraknoid mesafeyi oblitere eden ve nöral foramenlere uzanım gösteren korpustan epidural mesafeye uzanan heterojen kontrastlanan yumuşak doku komponentleri ve spinal korda bası saptandı (Resim 2). Hasta mevcut klinik ve görüntüleme bulguları sonucunda metastatik spinal kord kompresyonu tanısı konuldu. Nöroşirürji bölümü tarafından acil olarak torakal 9-10 laminektomi, T10 vertebroplasti ve posterior semental enstrumantasyon uygulandı. Operasyon

sonrası nörolojik muayenesinde hastanın derin tendon reflekslerinin yanıtı ve hemiplejisinin kısmen düzeldiği gözlemlendi.

Resim 2. MR görüntülemesinde torakal 9-10 düzeyde anterior subaraknoid mesafeyi oblitere eden, nöral foramenlere uzanan, spinal kanalı daraltan yumuşak doku yapılanması görülmektedir.



Primer tümör odağının belirlenmesi amacıyla anamnezi derinleştirilen hastanın yaklaşık 1 ay önce yaklaşık 10 gün süren taze rektal kanama hikayesinin olduğu öğrenildi. Tümör belirteçlerinden CEA: 66 ng/mL ve CA19-9: 999U/MI olan hastanın çekilen bilgisayarlı tomografileri sonucu akciğer ve karaciğer metastazları saptandı. Kolonoskopide girişten itibaren 10. cm'den başlayan ve sigmoidin distaline kadar uzanan lümeni anuler tarzda çevreleyen sert, nekrotik ve üzeri hafif kanamalı kitle izlendi (Resim 3) ve çoklu biyopsi alındı. Gerek torakal metastaz gerek rektal kitle patoloji sonuçları adenokarsinom ile uyumlu geldi. Torakal vertebra metastazına yönelik cerrahi dekompresyon sonrası sağ alt ekstremitesinde motor güçte artış saptanan hastaya kemoterapi planlandı. Hastaya 3 siklus sistemik kemoterapi (kapesitabin ve okzaliplatin kombinasyonu) ve zoledronik asit uygulandı ancak hastalık progresyonu nedeni ile hastamız 5 ay sonra kaybedildi.

Resim 3. Kolonoskopi: rektumda lümeni çepeçevre saran ülserovejetan kitle.



Tartışma

Kolorektal kanser dünyada en sık görülen üçüncü kanser türüdür. Dünyada her yıl 1 milyondan fazla kişiye kolorektal kanser tanısı konulmakta ve bunların %50'sinden fazlasında hastalık, metastaz ile seyretmektedir (8,9). Kolorektal kanserin sık görülen klinik özellikleri dışkılama alışkanlıklarında değişiklik, hematokezya, rektal dolgunluk hissi veya karın ağrısı olmakla beraber abdominal distansiyon, bulantı, kusma, kilo kaybı ve halsizlik gibi belirtiler de olabilir (10,11). Kolorektal kanser tanısı konan hastaların yaklaşık %20'si tanı anında uzak metastaz yapmış durumdadır. Kolorektal kanser, lenfatik, hematojen, komşuluk ve transperitoneal yollarla yayılır. En sık görülen metastaz bölgeleri, bölgesel lenf nodları, karaciğer, akciğer ve peritondur. Kolorektal kanserlerin kemik metastazı insidansı %5.6-%10.1 arasındadır (13).

Kanthan ve arkadaşları (13) tarafından 25 yılı kapsayan retrospektif bir çalışmada kolorektal kanserde kemik metastaz insidansı %6.6 olarak bildirilmiş, olguların %85'inde kemik metastazına akciğer, karaciğer ve beyin metastazının

eşlik ettiği saptanmıştır. İtalya’da yapılan çok merkezli bir retrospektif çalışmada en sık tutulum bölgesi vertebral kemikler olarak bildirilmiş (%64), iskelete bağlı olaylar içinde kompresyon kırığı %10.2, spinal kord basısı %6.4, spinal cerrahi ihtiyacı %6.1 olarak bildirilmiştir (14). Brown ve arkadaşları (15) tarafından yayınlanan bir retrospektif seride, kemik metastazlı kolorektal kanserli hastalarda en sık tutulum bölgesi lumbal vertebralar (%55), en sık başvuru semptomu ağrı (%97) olarak bildirilmiş, motor güç kaybı ve duysal bulgular sırasıyla %69 ve %66 olarak bildirilmiştir. Olgumuz ilk geliş semptomu torakal vertebral metastaz sonucu gelişen spinal kord basısına bağlı parapleji olan bir kolorektal kanser olması ve acil cerrahi dekompresyon gerektirmesi bakımından nadir bir olgudur. Literature benzer şekilde; olgumuzda kemik metastazlarına eşlik eden akciğer ve karaciğer metastazları mevcuttur ancak hastanın prezentasyonu gastro-intestinal sistem dışı bulgularla olmuştur.

Literatürde, kolorektal kanserde tanıdan kemik metastazına kadar yaklaşık 10 aylık bir süre bildirilmiştir (14). Olgumuz tanı anında kemik dahil sistemik yayılıma sahiptir. Kolorektal kanserde iskelet ilişkili olaya kadar median 2 aylık bir süre bildirilmesine rağmen (14) olgumuzda süreç çok hızlı olup derhal spinal kord basısı gelişmiş ve cerrahi uygulanmıştır.

İskelet ilişkili olaylar (patolojik kırık, spinal kord basısı, kemikçe radyoterapi veya cerrahi müdahale, hiperkalsemi) kemik metastazlarının akut sonuçları olup gerek sağkalımı gerek yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (16). Literatürde kolorektal kanserlerin kemik metastazlarının seyri hakkında veri azdır.

Spinal kord basılarında erken müdahale kalıcı nörolojik sekel kalmaması açısından hayati öneme sahiptir. Olgumuz tanı anında parapleji ile gelmiş, cerrahi dekompresyon sonrası kas gücünde artış olmakla beraber, non-ambulator olarak izlenmiştir. Sosyo-ekonomik nedenlerle radyoterapi almamış sistemik kemoterapi ve bifosfonat tedavileri başlanmıştır. Ancak 5 ay içinde hastalık progresyonu nedeni ile hasta kaybedilmiştir.

Sonuç olarak; hastalıkların tanı ve tedavi parametrelerindeki gelişim umut verici olsa da primeri bilinmeyen bir tümörün orjinin saptanmasında anamnez ve fizik muayenenin en güvenilir yöntem olabileceği hiçbir zaman göz ardı edilmemelidir. Her ne kadar bizim olgumuz primer açısından metastatik rektum kanseri tanısı almış olsa da spinal metazaslara yönelik erken cerrahi ve sonrasındaki destekleyici tedavilerin birlikteliği morbidite ve mortaliteyi azaltan önemli faktörlerdir

Kaynaklar

1. Walker MP, Yaszemski MJ, Kim CW, Talac R, Currier BL. Metastatic disease of the spine: evaluation and treatment. Clin Orthop Rel Res. 2003;415:165-75.
2. Khan SN, Donthineni R. Surgical management of metastatic spine tumors. Orthop Clin N Am. 2006;37:99-104.
3. Chen F, Takahashi A, Omasa M, Neo M, Fujibayashi S, Wada H, Bando T. En bloc total vertebrectomy for lung cancer invading the spine. Lung Cancer. 2008;61:137-9.
4. Enkaoua AE, Doursounian L, Chatellier G, Mabesoone F, Aimard T, Saillant G. Vertebral metastases: a critical appreciation of the preoperative

- prognostic tokuhashi score in a series of 71 cases. *Spine*. 1997;22:2293-8.
5. Gelson WT, Rimmer MJ, Landells W, Douds AC. Sacral metastasis as a presentation of colonic adenocarcinoma. *J R Soc Med*. 2007;100:191-2.
 6. Wagner G: Frequency of pain in patients with cancer. *Recent Results Cancer Res*. 1984;89:64-71.
 7. Weinstein JN: Differential diagnosis and surgical treatment of pathologic spine fractures. *Instr Course Lect*. 1992;41:301-15.
 8. Parkin DM, Bray F, Ferlay J, Pisani P. Global cancer statistics, 2002. *CA Cancer J Clin*. 2005;55:74-108.
 9. Jemal A, Siegel R, Ward E, et al. Cancer statistics, 2008. *CA Cancer J Clin*. 2008;58:71.
 10. Speights VO, Johnson MW, Stoltenberg PH, Rappaport ES, Helbert B, Riggs M. Colorectal cancer: current trends in initial clinical manifestations. *South Med J*. 1991;84:575-8.
 11. Steinberg SM, Barkin JS, Kaplan RS, Stablein DM. Prognostic indicators of colon tumors. The Gastrointestinal Tumor Study Group experience. *Cancer*. 1986;57:1866-70.
 12. Kose F, Sakalli H, Sezer A, Mertsoylu H, Pourbagher A, Reyhan M, Ozyilkan O. Colon adenocarcinoma and solitary tibia metastasis: Rare entity. *J Gastrointest Canc*. 2008;39:146-8.
 13. Kanthan R, Loewy J, Kanthan SC. Skeletal metastases in colorectal carcinomas: a Saskatchewan profile. *Dis Colon Rectum*. 1999;42:1592-7.
 14. Santini D, Tampellini M, Vincenzi B, Ibrahim T, Ortega C, Virzi V. Natural history of bone metastasis in colorectal cancer: final results of a large Italian bone metastases study. *Ann Oncol*. 2012;7. (on-line published-DOI: 0.1093/annonc/mdr572)
 15. Brown PD, Stafford SL, Schild SE, Martenson JA, Schiff D. Metastatic spinal cord compression in patients with colorectal cancer. *Journal of Neuro-Oncology*. 1999;44:175-80.
 16. Coleman RE. Skeletal complications of malignancy. *Cancer*. 1997;80:1588-94.