

TANI ANINDA AKSİLLER LENF NODLARINA YAYILMIŞ PRİMER PERİTON KANSERİ

Dr. Mehmet Coşkun Salman¹, Dr. Faruk Köse², Dr. Kunter Yüce¹

ÖZET

Jinekolojik kanserlere bağlı mortalitenin en önde gelen nedenleri olan over kanseri ve primer periton kanseri gerek tanı anında, gerekse hastalık seyri sırasında peritoneal kavite ile sınırlı kalma eğilimindedir. Ama lenfatik ve hematogen yolla bölgesel ve uzak metastazlar da söz konusu olabilmektedir. Aksiller lenf nodlarına metastaz ise nadiren rapor edilmektedir ve bu durum hastaların önemli bir kısmında hastalığın seyri sırasında geç dönemde saptanmaktadır. İlk tanı sırasında aksiller tutulum olan hastalara literatürde sadece vaka raporları şeklinde rastlanmaktadır. Burada ilk tanı sırasında sağ aksiller lenf nodlarında metastaz saptanan ve çok sayıda dahili problem nedeniyle neoadjuvan kemoterapi uygulaması yapılan bir primer periton kanseri vakası özetlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Over kanseri, Primer periton kanseri, Uzak metastaz, Meme metastazı, Aksiller lenf nodu metastazı.

ABSTRACT

Ovarian and primary peritoneal cancers which are the leading causes of death from gynecologic cancers have a tendency to remain confined to peritoneal cavity during initial diagnosis and course of disease. However, regional and distant metastases via lymphatic and hematogen route may also be detected. Nevertheless metastatic involvement of axillary lymph nodes is rarely reported and such an involvement is detected late in course of disease in most of the patients. Cases with axillary involvement during initial diagnosis are reported sporadically in the literature. Here, a primary peritoneal cancer case with metastatic involvement of axillary lymph nodes detected at initial diagnosis who was subjected to neoadjuvant chemotherapy due to multiple medical co-morbidities is reported.

Key Words: Ovarian cancer, Primary peritoneal cancer, Distant metastasis, Breast metastasis, Axillary lymph node metastasis.

GİRİŞ

Over kanseri ve primer periton kanseri (seröz yüzeylerin seröz papiller kanseri) jinekolojik kanserlere bağlı ölümlerin en sık nedenidir (1). Gerek primer hastalık, gerekse rekürren veya progresif hastalık, etkilenen bireylerin %85 gibi önemli bir kısmında peritoneal kavite ile sınırlıdır ve ölüm genellikle asit ve kronik intestinal obstrüksiyona bağlı olarak gerçekleş-

ir (2). Fakat intraperitoneal yayılım dışında lenfatikler yoluyla özellikle pelvik ve paraaortik lenf nodlarına yayılım ve daha az oranda da hematogen yolla metastazlar görülebilmektedir (3). Bunlara bağlı olarak da ilk tanı anında %8 hastada, hastalık seyri sırasında ise %22 hastada uzak metastazlar saptanabilmektedir (4). Fakat aksiller lenf nodlarına metastaz nadiren rapor edilmektedir ve bu hastaların da çoğunda aksiller metastaz hastalığın seyri sırasında ortaya konmakta-

Geliş tarihi: 10/01/2010

Kabul tarihi: 12/01/2010

¹Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı ANKARA

²Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi ANKARA

İletişim: Dr. Mehmet Coşkun Salman

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı ANKARA

Tel: 0312 305 31 28

E-posta: csalman@hacettepe.edu.tr

dır. İlk tanı sırasında aksiller tutulumun varlığı ise son derece az rapor edilen bir durumdur (5,6).

Burada ilk tanı sırasında aksiller lenf nodlarında metastaz saptanan ve eşlik eden çok sayıda medikal problemi nedeniyle neoadjuvan kemoterapi uygulaması yapılan bir primer periton kanseri vakası sunulmuştur.

OLGU SUNUMU

Karında şişlik ve nefes darlığı şikayetleriyle bir dış merkezin acil servisine başvuran 73 yaşındaki hastanın yapılan ilk değerlendirmesinde masif asit ve sağda daha fazla olmak üzere plevral effüzyon saptanarak hospitalize edilmiş. Hastanın hospitalizasyonu sonrasında yapılan sistemik fizik muayenesinde sağ aksiller bölgede lenfadenopatiler de saptanmış ve bu lenf nodlarının birinden yapılan eksizyonel biopside adenokarsinom metastazı saptanmış. Bunun üzerine yapılan meme muayenesi normal bulunmuş, mamografide ise malignite ile uyumlu olabilecek bir bulguya rastlanmamış. Abdomen ve pelvisin ultrasonografik incelemesinde masif asit ve omental kek ile uyumlu olabilecek kitle dışında abdomen ve pelviste anormal bir bulguya rastlanmamış. İleri derecede dispneik olan hastaya palyatif amaçla parasentez ve torasentez işlemi uygulanmış. Sitolojik inceleme sonucunda asit sıvısında malign hücrelere rastlanmış. Kanda CA-125 düzeyi 2.000 IU/ml'nin üzerinde bulunmuş. Özgeçmişinde astım, hipertansiyon, koroner arter hastalığı ve konjestif kalp yetmezliği olan hastada radikal bir cerrahinin morbitesinin yüksek olabileceği düşünülerek neoadjuvan kemoterapi planlanmış ve bunun öncesinde histopatolojik tanı koyabilmek amacıyla ultrasonografi eşliğinde omental biopsi yapılmış. Bu biyopsinin sonucu grade 3 seröz papiller karsinom şeklinde rapor edilmiş. Hastada primer peritoneal kanser ön tanısı ile 3 kür paklitaksel + karboplatin kemoterapisi verildikten sonra mevcut dahili sorunları nedeniyle, cerrahi sitoredüksiyon yapılması için merkezimize refere edilmiş. 3 kür kemoterapi sonrasında yaptığımız değerlendirmede hastanın plevral effüzyon tamamen kaybolmuş, asit miktarı minimale inmişti, omentumda ise kalın ve irregüler görünüm var, aşikar bir omental kek hali yoktu. Kan CA 125 düzeyi 28,4 IU/ml idi. Hasta preoperatif dahiliye, kardiyoloji ve anestezi konsültasyonları tamamlandıktan laparotomiye alındı. İntraoperatif incelemede 200 cc asit saptandı, uterus, tüp ve overler

atrofik görünümde idi, overlerin ve tüplerin yüzeyinde, Douglas ve mesane peritonu üzerinde ve appendiks serozasında milimetrik tümöral implantlar ve omentumda en büyüğü 3 cm olan birkaç adet gros tümöral kitle vardı. Hastaya total abdominal histerektomi + bilateral salpingo-ooforektomi + bilateral pelvik-paraaortik lenf nodu diseksiyonu + total omentektomi + appendektomi yapıldı. Patolojik incelemede grade 3 seröz yüzeylerin seröz papiller karsinomu konfirme edildi. Postoperatif dönemde herhangi bir sorunu olmayan hasta 10 gün hospitalize edildikten sonra taburcu edildi ve 14. günde kemoterapi başlandı. İlave 5 kür daha paklitaksel + karboplatin kemoterapisi alan hasta klinik ve laboratuvar bulgularına göre hastaliksız hale geldi ve kemoterapisiz izleme başlandı. Son kontrolü ilk tanıdan yaklaşık 17 ay sonra ve son kemoterapinin bitiminden 9 ay sonra yapılan hasta jinekolojik açıdan asemptomatik ve klinik olarak hastaliksız bir şekilde izlenmeye devam etmektedir.

TARTIŞMA

Over kanserinde ve primer periton kanserinde temel ve en sık görülen yayılım yolu peritoneal yüzeyler boyunca olan yayılımdır. Lenfatikler vasıtasıyla yayılım da nadir değildir ve en sık pelvik ve paraaortik lenf nodlarında tutulum görülür. Abdomen dışında lenf nodlarının tutulumu son derece nadir bir durum olmakla birlikte retroperitoneal lenf nodlarının tutulmasını takiben bu bölgede ve diyaframda bulunan lenfatik kanallar vasıtasıyla hastalık diyafram üzerine yayılabilir. En nadir görülen ise hematojen yolla oluşan ve uzak metastazlarla sonuçlanan yayılımdır (2,3,6).

Günümüzde yapılan agresif sitoredüktif cerrahilere ve adjuvan kombine kemoterapilere rağmen over ve primer periton kanseri genellikle ölümlü sonuçlanan metastazlara neden olmaktadır. Over kanserli 100 hastanın otopsi sonuçlarının incelendiği bir çalışmada oldukça yüksek oranda uzak metastaz varlığı saptanmıştır. Bu çalışmada parankimal metastaz olduğu saptanan visseral organlar karaciğer (%45), akciğer (%39), pankreas (%21), dalak (%15), böbrek (%10) ve beyin (%6) idi. Hastaların çoğunda ilk tanı sırasında, hastalığın seyrinde veya terminal dönemde lenf nodu tutulumu olduğu görülmesine rağmen en sık tutulan lenf nodları abdominal (%47), paraaortik (%38), mediastinal (%29) ve pelvik lenf nodları (%17)

iken nadir tutulan lenf nodları supraklaviküler (%4) ve inguinal lenf nodları (%3) idi (7). Zaten ekstraabdominal lenf nodlarının tutulumuyla ilgili veriler literatürde oldukça kısıtlı sayıda yayında mevcuttur. 162 epitelyal over kanserli hastanın incelendiği ve ilk tanısında %8 hastada, hastalığın seyri sırasında ise %22 hastada uzak metastazın geliştiği bir hasta grubunda ekstraabdominal lenf nodu metastazı saptanma oranı ise %3,1 idi ve bu metastazlar ilk tanıdan median 51 ay sonra ortaya çıkmıştı (4). İlk tanı sırasında abdomen dışında metastazı olan 25 epitelyal over kanserli hastanın incelendiği bir başka çalışmada ise 13 hastada izole ekstraabdominal lenf nodu tutulumu olduğu bildirilmiştir. Bu çalışmada tutulan ekstraabdominal lenf nodları çoğunlukla supraklavikular ve inguinal lenf nodları idi (8).

Gerçekten de aksiller lenf nodlarında ve/veya memede metastatik tutulum olan vakalar over kanserli veya primer periton kanserli hastalarda çok nadiren rapor edilmektedir. Bu raporlarda bahsedilen metastazlar da sıklıkla ilk tanıdan yıllar sonra saptanmaktadır. Yapılan bir çalışmada over kanseri tanısı ile cerrahi ve kemoterapi uygulanan hastalarda ilk tanıdan 4-15 yıl sonra aksiller lenf nodlarında metastatik tutulum olduğu saptanmıştır (9). İlk tanı sırasında aksiller lenf nodunda metastaz ise ilk kez 1997 yılında bildirilmiştir. Burada rutin mammografide aksiller lenfadenopati saptanan 78 yaşındaki bir hastada yapılan biyopsi metastatik adenokarsinom şeklinde rapor edilmiş ve primer meme kanseri düşünülmüştür. Yapılan ileri tetkikler sonucunda memenin normal olduğu görülmüş, ama abdomenin tomografik incelemesinde sağ over kökenli kitle saptanmış, hastaya laparotomi yapılmış ve minimal intraabdominal yayılımı olan primer over tümörü saptanmıştır (10). Türkiye'den 2002 yılında yapılan bir yayında ise ilk başvuru sırasında belirgin intraabdominal hastalığı olmayıp sadece aksiller lenfadenopatisi saptanan ve yanlışlıkla primer meme kanseri olduğu düşünülen bir peritoneal kanser vakası rapor edilmiştir (11). Daha yeni bir çalışmada evre 4 primer periton kanseri tanısı konan 2 hastadan birinde tanı sırasında aksiller lenf nodlarında, diğerinde ise tanı sırasında meme ve aksiller lenf nodlarında tutulum olduğu saptanırken evre 4 over kanseri saptanan bir başka hastada tanı sırasında aksiller lenf nodlarında tutulum olduğu saptanmıştır (6). Bizim hastamızda da ilk tanı anında yapılan muayene sırasında aksiller lenfadenopati saptanmış,

muayene ve mamografiyi içeren klinik değerlendirilmede memeler normal bulunmuştu. Büyümüş aksiller lenf nodunun eksizyonu sonrası yapılan histopatolojik incelemede tümörün morfolojisinin omentumdaki ile tamamen aynı olduğu görülmüştü. Böylece evre 4 primer periton kanseri olduğu ortaya konmuş ve dahili sorunları nedeniyle primer sitoreduksiyon yapılamayıp neoadjuvan kemoterapi başlanmıştı.

Sonuç olarak; over kanserli ve primer peritoneal kanserli hastalarda ilk tanı anında abdomen dışında metastaz çok nadiren de olsa görülebilmektedir. Bu açıdan özellikle yaygın intraabdominal hastalığı olanlarda inguinal, supraklaviküler ve aksiller lenf nodu bölgelerini ve memeleri içerecek şekilde tam ve detaylı bir fizik muayene yapılmalıdır. Büyümüş, şüpheli lenf nodu varlığında mutlaka ekzisyon ve histopatolojik inceleme yapılarak bu lenf nodunda metastaz olup olmadığı kesin bir şekilde ortaya konmalıdır. Metastaz saptanması durumunda cerrahi sitoreduksiyon ve bunu takiben uygulanan kombine kemoterapi şeklindeki tedavi yaklaşımı çok değişirse de en azında prognoz konusunda bilgi sahibi olunur ve hastaya ve ailesine bu yönde bilgi verilebilir.

KAYNAKLAR

1. Wing PA, Tong T, Bolden S. Cancer statistics. CA Cancer J Clin 1995;45:8-30.
2. Ansell SM, Rapoport BL, Falkson G, Raats JI, Moeken CM. Survival determinants in patients with advanced ovarian cancer. Gynecol Oncol 1993;50:215-220.
3. Rose PG, Piver MS, Tsukada Y, Lau T. Metastatic patterns in histologic variants of ovarian cancer. An autopsy study. Cancer 1989;64:1508-1513.
4. Cormio G, Rossi C, Cazzolla A, et al. Distant metastases in ovarian carcinoma. Int J Gynecol Cancer 2003;13:125-129.
5. Euscher ED, Silva EG, Deavers MT, Elishaev E, Gershenson DM, Malpica A. Serous carcinoma of the ovary, fallopian tube, or peritoneum presenting as lymphadenopathy. Am J Surg Pathol 2004;28:1217-1223.
6. Recine MA, Deavers MT, Middleton LP, Silva EG, Malpica A. Serous carcinoma of the ovary and peritoneum with metastases to the breast and axillary lymph nodes: a potential pitfall. Am J Surg Pathol 2004;28:1646-1651.
7. Dvoretzky PM, Richard KA, Angel C, et al. Distribution of disease at autopsy in 100 women with ovarian cancer. Hum Pathol 1988;19:57-63.

8. Zang RY, Zhang ZY, Cai SM, Tang MQ, Chen J, Li ZT. Epithelial ovarian cancer presenting initially with extraabdominal or intrahepatic metastases: a preliminary report of 25 cases and literature review. *Am J Clin Oncol* 2000;23:416-419.
9. Singer C, Blankstein E, Koenigsberg T, Mercado C, Pile-Spellman E, Smith SJ. Mammographic appearance of axillary lymph node calcification in patients with metastatic ovarian carcinoma. *AJR Am J Roentgenol* 2001;176:1437-40.
10. Hockstein S, Keh P, Lurain JR, Fishman DA. Ovarian carcinoma initially presenting as metastatic axillary lymphadenopathy. *Gynecol Oncol* 1997;65:543-7.
11. Berker B, Ortac F, Ataoglu O. Axillary lymphadenopathy as the primary presentation of primary peritoneal carcinoma. *Gynecol Obstet Invest* 2002;54:232-6.