

## İNTRAOKÜLER METASTAZA BAĞLI SEMPTOMLARLA BAŞVURAN AKCİĞER KANSERİ OLGUSU

### CASE OF LUNG CANCER APPLIED WITH SYMPTOMS OF INTRAOCULAR METASTASIS

**İşıl KARASU**<sup>1</sup>      **Aydan ÇAKAN**<sup>1</sup>      **Ayşe ÖZSÖZ**<sup>1</sup>      **Mucize YARARCAN**<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim Hastanesi, İzmir

<sup>2</sup> Atatürk Eğitim Hastanesi, İzmir

**Anahtar sözcükler:** Akciğer kanseri, intraoküler metastaz

**Key words:** Lung cancer, intraocular metastasis

#### ÖZET

Daha önce malign tümör nedeniyle tedavi edilen hastalarda, uzun bir süre sonra oküler metastaz gelişebilir. Olgumuzda ise oküler semptomlar sistemik bir malignitenin ilk bulgusu olarak rapor edilmiştir. 49 yaşında erkek olgu, sol gözünde görme kaybı ve kızarıklık yakınması ile göz hastalıkları uzmanına başvurmuştu. Oftalmolojik ve radyolojik incelemeler intraoküler bir tümörün varlığını göstermiş ve kitle görünümü nedeniyle intraoküler metastaz olarak değerlendirilmişti. Akciğer radyogramında sağ orta zonda kitle lezyonu izlendi. Kliniğimizde yapılan bronkoskopik biyopsi sonucu küçük hücreli akciğer kanseri tanısı aldı. Ek olarak, karaciğerinde metastaz saptandı. Kemo-terapi ve sonrasında göze uygulanan radyoterapi ile tedavi edildi.

#### GİRİŞ

Akciğer kanserinde intraoküler yapılarla metas-  
taz nadir görülen bir durumdur. Akciğer kan-  
serli olguların ancak %0.7-12'sinde göz veya  
orbita metastazı saptanır; koroidal tutuluş  
ise yalnızca %0.5 oranındadır (1,2). Ancak  
sistemik malignite bulgusu olmadan intra-  
oküler metastaz tespit edilmesi nadirdir. Intra-

#### SUMMARY

Ocular metastasis can develop after a long time  
in patients who were previously treated for malignant  
tumors. In our case ocular symptoms were reported  
as the first sign of a systemic malignancy. A 49-  
year-old man complaining of redness and visual  
impairment of his left eye had visited an ophthal-  
mologist. His ophthalmic and radiologic examination  
had shown the presence of an intraocular tumor  
and diagnosed as having intraocular metastasis with  
appearance of the mass. The chest roentgenogram  
showed a mass of the right middle zone. In our  
clinic, small cell lung cancer diagnosis was given  
by bronchoscopic punch biopsies. In addition, a  
metastasis in the liver was found. He was treated  
with chemotherapy and then with radiotherapy  
to the eye.

oküler metastaz saptanan olguların yalnızca  
%27'sinde önceden saptanmış bir primer  
malignite öyküsü yoktur (3).

Olgumuz, intraoküler metastaza bağlı semp-  
tomların nadir de olsa akciğer kanserinin  
başlangıç bulgusu olabileceğini göstermesi  
açısından sunulmuştur.

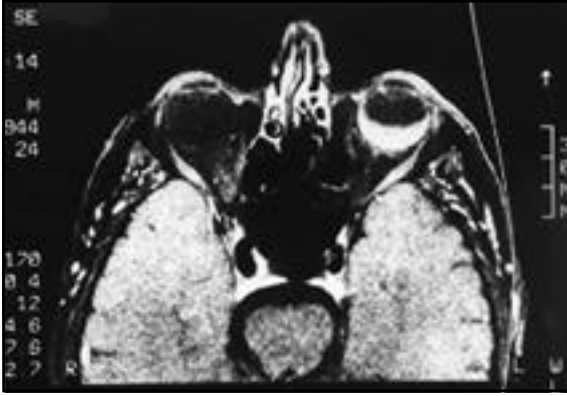
**OLGU**

49 yaşında erkek olgu, hastanemize başvurusundan üç hafta önce sol gözünde görme kaybı, ağrı ve kızarıklık yakınması ile göz hastalıkları uzmanına başvurmuştu. Hastanın göz muayenesinde sol alt yarıda retina dekolmanı, dekolman altında kitle saptanmış, solda görme 0.5 olarak değerlendirilmişti. Yapılan göz ultrasonografisinde (USG) alt yarıda yaygın yayımlı kitle tespit edilmişti; kitle malign melanomun mantar görüntüsünü vermiyordu. Manyetik rezonans (MR) incelemesinde, sol bulbus okuli posteriorunda retinal dekolman ve kresent şeklinde, T1 kesitlerde hafif hiperintens, T2 kesitlerde hipointens, kontrast madde ile boyanma gösteren yaklaşık 2 cm'lik

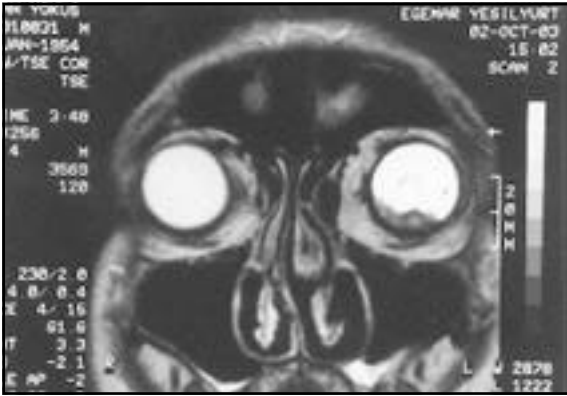
bir tabanı bulunan kitle lezyonu izleniyordu. Kitle ekstraoküler uzanım göstermiyordu, optik disk intaktı (Resim 1, 2). Bu bulgularla metastatik intraoküler tümör düşünülen olgu akciğer grafisi çekilerek, kitle lezyonu izlenmesi üzerine hastanemize sevk edilmişti. Hastanın hasta nemize başvurusunda sol gözde ağrı ve kızarıklık dışında yakınması yoktu. Özgeçmişinde 7 yıl önce akciğer tüberkülozu öyküsü mevcuttu. 20 paket yılı sigara içme alışkanlığı vardı. Alkol veya ilaç kullanımı öyküsü yoktu. Fizik muayenesinde vital bulguları olağandı. Solunum sistemi muayenesinde, oskültasyonda sağ akciğerde arkadan dinlemekle orta bölgede solunum sesleri azalmıştı, aynı bölgede perküsyonda matite alındı. Sol göz enoftalmik, konjunktiva hiperemikti. Diğer sistem bakıları olağandı.

Laboratuvar bulgularında sedimentasyon: 88 mm/h, hemoglobin: 10.8 g/dl, hematokrit: %32.8, alkalin fosfataz: 336 U/L, laktik dehidrogenaz: 626 U/L, gama glutamil transferaz: 245 U/L idi. Diğer laboratuvar bulguları normal sınırlardaydı.

Olgunun akciğer radyogramında sağ hemitoraksta orta zonda hiler bölgeyi de içine alan 12x9 cm boyutlarında kitle lezyonu ile uyumlu olabilecek homojen dansite artımı izlendi (Resim 3). Toraks bilgisayarlı tomografisinin (BT) mediasten kesitlerinde sağ akciğer alt



**Resim 1.** Olgunun görme kaybı olduğunda çekilen orbital MR kesiti.



**Resim 2.** Olgunun görme kaybı olduğunda çekilen orbital MR kesiti.



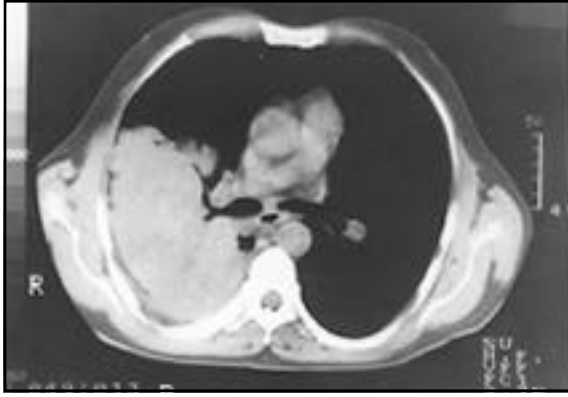
**Resim 3.** Olgunun tanı anındaki PA akciğer radyogramı.

lobta gros boy utlara ulaşan, üst lob posterior segmente de infiltrate görünümde, bronşlarda daralmaya neden olan, düzensiz konturlu solid kitle lezyonu tespit edildi (Resim 4,5).

Bronkoskopik incelemede, sağ üst lob apikal ve posterior segment girişleri mukozal infiltrasyon ile tama yakın tıkalı olarak izlendi. Bu alandan alınan forseps biyopsinin patolojik tetkiki küçük hücreli akciğer kanseri olarak rapor edildi.

Batın ultrasonografik tetkikinde karaciğerde metastaz ile uyumlu hipodens lezyonlar saptandı. Olgu, karaciğer ve intraoküler metastazları nedeniyle yaygın hastalık olarak değerlendirildi. Yapılan göz hastalıkları konsültas-

yonunda, intraoküler metastaza yönelik ek bir tedavi düşünülmeydi. Performansı ECOG 0 olan olguya Etoposid 300 mg ve Cisplatin 130 mg'dan oluşan kemoterapi (KT) rejimi başlandı ve altı siklus uygulandı. Birinci siklustan itibaren hastanın göz ağrısı, görme kaybı ve gözde kızarıklık yakınmaları belirgin olarak geriledi; üçüncü siklus sonrası çekilen orbita BT'de regresyon izlendi. Altıncı siklus sonunda tümör cevabının değerlendirilmesinde akciğerdeki kitle lezyonu yönünden radyolojik (Resim 6, 7, 8) ve bronkoskopik olarak kısmi yanıt izlendi ve olgu radyolojik takibe alındı. Ancak altıncı siklus KT için başvurusunda 3 gündür sol gözde görme kaybı ve ağrı tanımı yapan olgunun muayene-



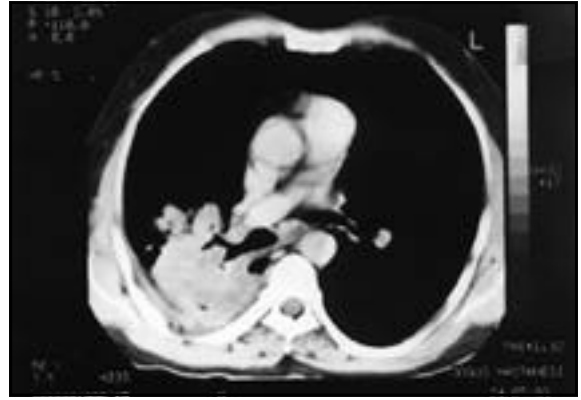
**Resim 4.** Olgunun tanı anında toraks BT medisten kesiti.



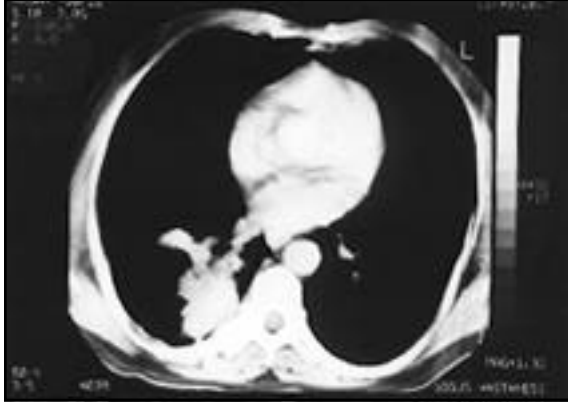
**Resim 6.** olgunun altı siklus KT sonrası kontrol PA akciğer radyogramı.



**Resim 5.** Olgunun tanı anında toraks BT mediasten kesiti.



**Resim 7.** Olgunun altı siklus KT sonrası toraks BT medisten kesiti.



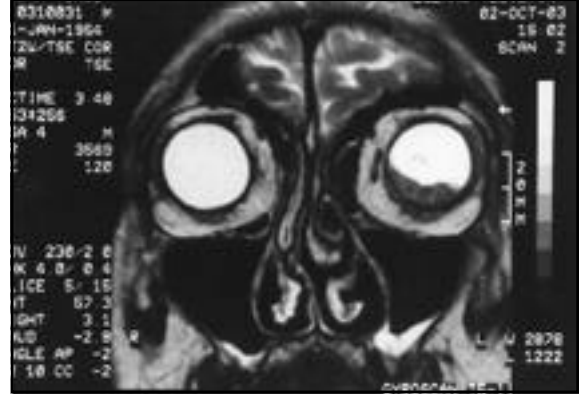
**Resim 8.** Olgunun altı siklus KT sonrası toraks BT medisten kesiti.

sinde sol gözde görme 0.1 olarak değerlendirildi. Orbita MR incelemesinde metastatik kitlede progresyon izlendi (Resim 9) ve olguya palyatif radyoterapi (RT) uygulandı. RT ile ağrı yakınması gerileyen hasta takibe alındı. Semptomatik tedaviyle takip edilen olgu, teşhisinden bir yıl sonra eksitus oldu.

#### TARTIŞMA

Okuler metastazlar en sık uveal tracta olmaktadır. Orbita, optik sinir, konjunktiva metastazları oldukça nadir görülmektedir. Akciğer kanserli olguların ancak %0.7-12'sinde göz veya orbita metastazı saptanır; koroidal tutuluş ise yalnızca %0.5 oranındadır. İntraoküler metastazların yaklaşık %21-23'ü akciğer kanserinden kaynaklanmaktadır. Çok erken dönemde hematojen yayılım yapma özelliğinde olan küçük hücreli akciğer kanserlerinde tanı konulduğunda, olguların 2/3'ü yaygın hastalık evresindedir. Yayılımın en sık olduğu yerler karaciğer, kemik, kemik iliği ve santral sinir sistemidir. Göz metastazları ise oldukça nadirdir (1,2,4-6).

Sistemik malignite bulgusu olmadan intraoküler metastaz tespiti daha nadir bir durumdur. Olguların %27'sinde önceden saptanmış bir primer malignite öyküsü bulunmaz. Akciğer kanserinden uveaya metastaz



**Resim 9.** Olgunun altı siklus KT sonrası progresyon izlenen orbital MR kesiti.

saptanan olguların ise yalnızca %47'sinde akciğer kanseri öyküsü vardır (3).

İntraoküler metastazlar, sıklıkla 40-70 yaş arasında görülür ki, bu da kanserlerin genel yaş dağılımı ile koreledir (3). Kreusel ve ark. (7)'nin dissemine akciğer kanserli 84 olguyu analiz ettikleri çalışmalarında koroid metastazı ile yaş, cinsiyet, tümörün histolojik tipi arasında korelasyon saptanmamıştır. Ancak koroid metastazı varlığı, birden fazla organda metastaz varlığıyla koreledir. Olgumuzda intraoküler metastaz dışında karaciğerde de metastaz saptanmıştır.

Klinik özellikler, tümörün gözdeki lokalizasyonu ile ilişkilidir. Koroid metastazları asemptomatik olabilir. Semptomatik koroid metastazlı olguların yaklaşık %29'unda primer tümör akciğerdedir. Ağrısız lekeli görme, nadir durumlarda ise sekonder glokoma bağlı ağrı, başlangıç semptomu olarak karşımıza çıkabilir (3,7). Olgumuz, ağrı ve kızarıklık yakınmaları ile başvurmuştur.

Metastatik intraoküler tümörlerin tanısında sıklıkla kullanılan bir tetkik olan BT, metastazın konfigürasyon ve varlığını gösterir. Ancak metastazın diffüz uveal melanom ve diğer koroidal kalınlaşma nedenlerinden ayrımında yeterli değildir. USG, özellikle tümörün altında büllöz retinal ayrılma mevcut ise, tanıda

yardımcıdır. MR, olası intraoküler metastatik tümörlerin değerlendirilmesinde daha değerlidir. Metastatik karsinomlar T1 kesitlerde karakteristik olarak isointens veya hafif hiperintens, T2 kesitlerde hipointens olarak izlenir. Retinal ayrılma T2 kesitlerde iso-intensdir (3). Olgumuzun MR incelemesinde de T1 kesitlerde hafif hiperintens, T2 kesitlerde hipointens metastazla uyumlu kitle lezyonu izlenmiştir.

İntraoküler metastazların tedavisi, tümörün aktivite derecesi, hastanın semptomları, KT ile kontrol edilebilme derecesi, lokalizasyon ve yayılımı ve primer lezyonun yerine bağlıdır. Hasta asemptomatik ve tümör primer tümörünün tedavisi ile kontrol altına alınıbiliyorsa, spesifik oküler tedaviye gerek yoktur. Olgu 2-4 ay aralarla izlenmelidir. Koroidin bazı tümörleri spontan olarak veya primer tümörün tedavisiyle regrese olabilir. Sekonder retinal dekolmana neden olan tümörler daha aktif tedavi gerektirebilir. Foveal tutulum nedeniyle lekeli görme söz konusu ise

RT uygulanabilir. RT ile koroidal metastazlarda kalınlıkta azalma, sekonder glokomun kaybolması, retinal pigment epitel proliferasyonu izlenebilir. Bazı durumlarda, enükleasyon veya lokal cerrahi eksizyon gerekebilir. Kontrol edilemeyen tümörler genellikle büyüktür ve sekonder glokoma bağlı ağrı nedeniyle enükleasyon gerekebilir (3). Olgumuzda başlangıçta, akciğer kanserine yönelik olarak uygulanan KT ile intraoküler metastatik kitlede radyolojik regresyon ve klinik iyileşme izlendi. Ancak olgumuzda sekonder retinal dekolman mevcuttu ve literatürle uyumlu olarak daha aktif bir tedaviye ihtiyaç duyuldu. 6. siklus KT için başvurduğu dönemde görme kaybı ve ağrı yakınması gelişmesi nedeniyle olguya RT uygulandı; RT ile klinik ve radyolojik iyileşme izlendi.

İntraoküler metastatik tümörlerde prognoz kötüdür. İntraoküler metastazlı akciğer kanseri olgularında ortalama survi 8 ay, bir yıllık survi %20, iki yıllık survi %5 dir (3). Olgumuz teşhisinden bir yıl sonra eksitus olmuştur.

#### KAYNAKLAR

1. Abundo RE, Orenic CJ, Anderson SF, et al. Choroidal metastases resulting from carcinoma of the lung. J Am Optom Assoc 1997; 68(2): 95-108.
2. Scaglotti GV. Symptoms, signs and staging of lung cancer. In: Spiro SG (ed). Lung Cancer European Respiratory Monograph 2001; 86-119.
3. Shields JA, Shields CL. Intraocular Tumors: A text and Atlas. Philadelphia: W.B. Saunders; 1992: 208-38.
4. Taştepe Aİ, Çetin G. Küçük hücreli akciğer kanserinde cerrahi tedavi. Hastürk S, Yüksel M (eds). Akciğer kanseri. İstanbul: Bilmedya Grup 2000; 201-12.
5. Johnson DH, Blanke CD. Small cell lung cancer: Diagnosis, treatment and natural history. In: Fishman AP (ed). Pulmonary diseases and disorders. New York: Mc. GrawHill Book Company; 1998: 1819-31.
6. Shields JA, Shields CL, Eagle RC, et al. Diffuse ocular metastases as an initial sign of metastatic lung cancer. Ophthalmic Surgery and Lasers 1998; 29: 598-601.
7. Kreusel KM, Wiegel T, Stange M, et al. Choroidal metastasis in disseminated lung cancer: frequency and risk factors. Am J Ophthalmol 2002; 134(3): 445-7.

#### Yazışma Adresi:

Dr. Aydan ÇAKAN  
Mithatpaşa Cad No: 739 D: 1  
Göztepe/İZMİR  
Tel : 0 232 433 333 3 / 258  
Fax: 0 232 458 72 62  
E-posta: aydancakan@yahoo.com