

KOLON ADENOKARSİNOMUNUN PLEVRAL VE BRONŞİYAL METASTAZI: OLGU SUNUMU

PLEURAL AND BRONCHIAL METASTASIS OF COLON ADENOCARCINOMA: CASE REPORT

Gökhan PERİNCEK¹ Emrah BATMAZ² Ufuk USTA³

¹Hakkari Devlet Hastanesi, Göğüs Hastalıkları ve TBC., Hakkari

²İğdır Devlet Hastanesi, Göğüs Hastalıkları ve TBC., İğdır

³Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Edirne

Anahtar sözcükler: Kolon adenokarsinomu, akciğer metastazı, plevral efüzyon

Key words: Colon adenocarcinoma, pulmonary metastases, pleural effusion

Geliş tarihi: 23 / 02 / 2011

Kabul tarihi: 28 / 03 / 2011

ÖZET

Akciğer dışı solid malign tümörlerin akciğer metastazları yaygın olarak görülmesine rağmen endobronşiyal invazyon nadir olarak rapor edilmiştir. Meme karsinomu, renal karsinom ve kolon adenokarsinomu endobronşiyal metastazla sonuçlanabilen tümörlerdir. Yetmiş dört yaşında bir erkek hasta 2.5 aydır devam eden, yaşam kalitesini bozan, semptomatik tedaviye dirençli kuru öksürük şikayeti ile başvurdu. Özgeçmişinde; bir yıl önce kolon adenokarsinomu tanısı ve 10 kür kemoterapi uygulanma öyküsü mevcuttu. Hastanın çekilen akciğer grafisinde sağda plevral efüzyon saptanması üzerine kliniğimize yatırıldı. Yapılan torasentez ile alınan plevral sıvıda malign epitelyal hücreler, plevra biyopsisinde ise kolon adenokarsinom metastazı saptandı. Hastanın yapılan bronkoskopiye mukoza diffüz olarak ödemli ve hiperemikti, alınan mukoza biyopsisinde kolon adenokarsinom metastazı gösterildi.

SUMMARY

Although pulmonary metastases of extra pulmonary solid malign tumors are widely seen, endobronchial invasion has rarely been reported. Breast carcinoma, renal carcinoma, and colon adenocarcinoma are tumors, which can be result in endobronchial metastasis. A 74-year-old male patient referred to our clinic with complaints of dry cough, which is resistant to symptomatic treatment, continuing for 2.5 months and damaged his life quality. In his background, he had diagnosis of colon adenocarcinoma a year before, and history of 10 cures of chemotherapy application. Since pleural effusion was determined on the right through at the pulmonary graphy, he was hospitalized in our clinic. Malign epithelial cells were established in the pleural effusion obtained by torasynthesis and colon adenocarcinoma metastasis were determined in the pleura biopsy. On the bronchoscopy, the mucosa was diffusely edematous and hyperemic. Colon adenocarcinoma metastasis was showed in the mucosa biopsy.

GİRİŞ

Akciğer dışı malign tümörlerin endobronşiyal metastazları nadirdir. Endobronşiyal metastaz ile ilişkili akciğer dışı malignitelerin en yaygın olanları; meme, renal ve kolorektal karsinomlardır (1). Endobronşiyal metastazlı hastalarda öksürük ve bunu takip eden hemoptizi, dispne ve wheezing yaygın olarak görülen semptomlardır. Ancak bazı hastalar asemptomatik de olabilmektedir (2).

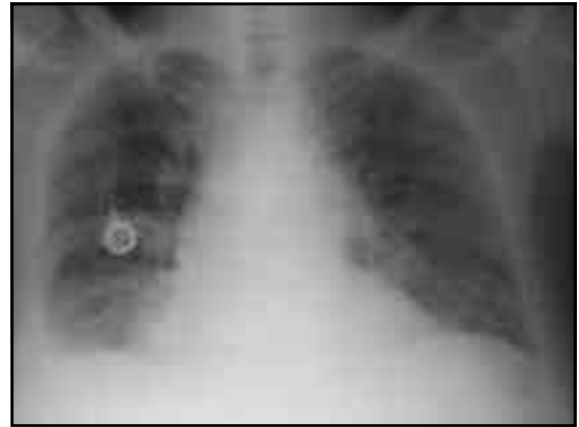
Bu çalışmada, eşzamanlı plevra ve endobronşiyal metastazla seyreden bir kolon adenokarsinomlu hasta, literatur verileri gözden geçirilerek sunulmuştur.

OLGU

Yetmişdört yaşında erkek hasta, son 2.5 aydır sağ yan tarafında nefes almakla artan ağrı, nefes darlığı ve kuru öksürük şikayeti ile acil servisimize başvurdu. Hastanın soy geçmişinde özellik yoktu. Özgeçmişinde; bir yıl önce kolon adenokarsinomu tanısı ile operasyon ve sonrasında on kür kemo-terapi, hipertansiyon ve 15 paket/yıl sigara kullanma öyküsü mevcuttu. Acil serviste tetkik edilen hastanın; genel durumu orta, bilinç açık, oryante ve koopere idi. Fizik muayenede; solunum sayısı: 18/dk, ateş: 36 °C, tansiyon arteriyel: 130/60 mmHg idi. Akciğer oskültasyonunda; sağ hemitoraks bazalde solunum sesleri azalmış ve perküsyonla matite alınıyordu. Hasta derin inspiryum yaptığında şiddetli ve uzun süreli öksürük şikayeti başlıyordu. Laboratuvar incelemesinde; Üre: 44 mg/dL, kreatinin: 0.7 mg/dL, Hb: 10 g/dl, Htc: %31, PLT: 370 K/uL, glukoz: 96 mg/dl, ALT: 55 IU/L, AST: 42 IU/L, LDH: 320 (100-190) IU/L, total protein: 4.5 g/dl, albumin: 1.7 g/dl, eritrosit sedimentasyon hızı: 62 (0-20) mm/s, oda havası solurken bakılan arteriyel kan gazında; pH: 7.48, pO₂: 64 mmHg, pCO₂: 29 mmHg, HCO₃:

28 mmol/L, SaO₂‰: 89 olarak saptandı. Postero anterior akciğer (PA AC) grafisinde (Resim 1); sağ tarafta sinüs kapalı, sağda açıklığı yukarı bakan homojen dansite artışı saptandı.

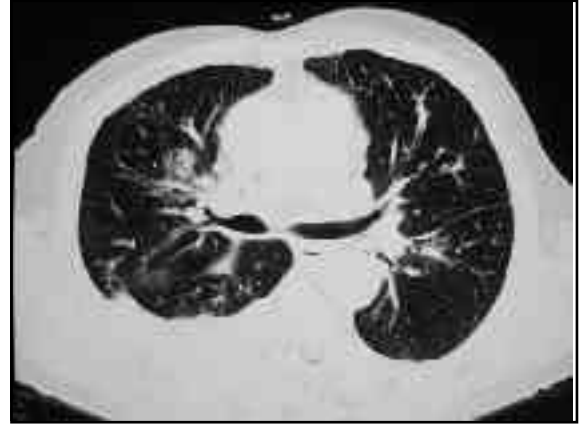
Hasta plevral efüzyon tetkik amacıyla servise yatırıldı. Toraks bilgisayarlı tomografisi (BT) çekildi ve torasentez yapıldı. Alınan plevral sıvıdan; aerop kültür, adenozin deaminaz (ADA) enzim düzeyi, tümör belirleyicileri, asido rezistan basil (ARB), sitolojik ve biyokimyasal incelemeler yapıldı. Hastanın kuru öksürüğü olduğu ve balgam çıkaramadığı için balgam örneği çalışılmadı. Plevral sıvı incelemesinde; ARB sonucu negatif, ADA: 29 ünite/L ve CA-125 ≥ 500 ug/mL olarak saptandı. Plevral sıvının biyokimyasal incelemesinde; LDH: 220 IU/L, total protein: 2.7 g/dl, albumin: 1.3 g/dl, glukoz: 50 mg/dl olarak saptandı. Plevral sıvı sitoloji sonucu, malign epitelyal hücreler olarak rapor edildi. Çekilen toraks BT'de (Resim 2, 3); sağ akciğer alt lob postero bazal segmentte plevral efüzyon, efüzyon komşuluğunda kompresyon atelektazisi ve sağ akciğer orta lobda buzlu cam dansitesinde alan izlendi.



Resim 1. Postero anterior akciğer grafisinde; sağ tarafta sinüs kapalı, sağda açıklığı yukarı bakan, domosyo hattı oluşturan homojen dansite artışı.

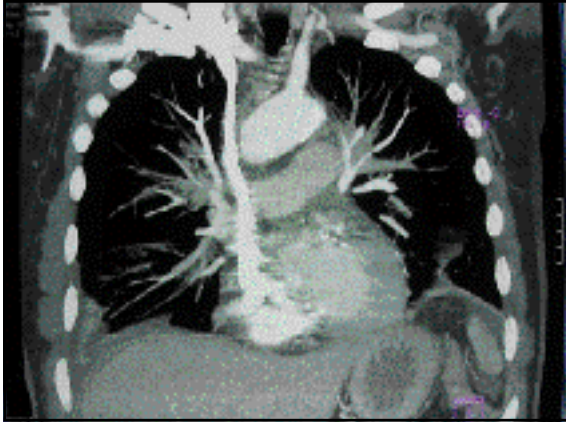


Resim 2. Toraks bilgisayarlı tomografisinde; sağ akciğer alt lob postero bazal segmentte plevral efüzyon, efüzyon komşuluğunda kompresyon atelektazisi ve sağ akciğer orta lobda buzlu cam dansitesinde alan.

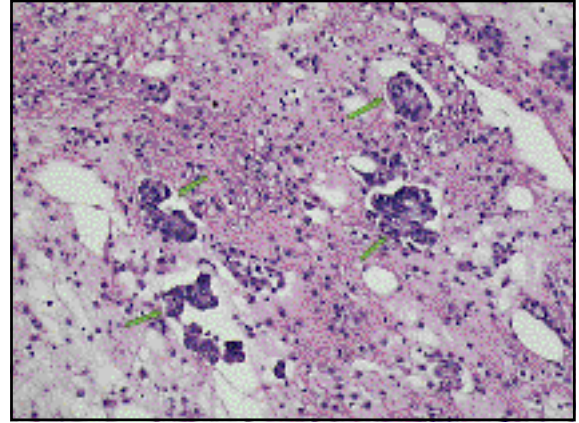


Hastaya kapalı plevra iğne biyopsisi yapıldı. Biyopsi sonucu önceki hastalığı da göz önüne alındığında kolon adenokarsinom metastazı olarak rapor edildi (Resim 4). Bronkoskopide, sağ alt lob superior segment ve diğer segment mukozası ödemli ve hiperemik olarak izlendi. Mukozal biyopsinin histopatolojik tetkiki, kolon adenokarsinom metastazı olarak rapor edildi (Resim 5). Nefes darlığı

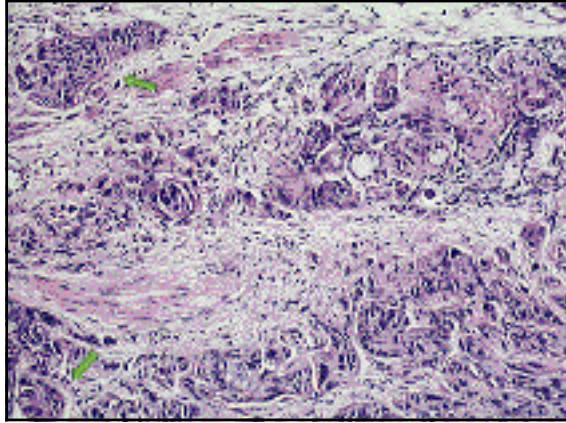
şikayeti giderek artan hastaya göğüs cerrahisi tarafından toraks tüpü takılarak plevral sıvı drenajı yapıldı. Hastanın plevral sıvı drenajının 4. gününde plöredezis yapılarak toraks tüpü çekildi. Plöredezis sonrası hastanın öksürük şikayetinde belirgin düzelme gözlemlendi.



Resim 3. Toraks bilgisayarlı tomografisi aksiyel kesitlerden elde edilen coronal rekonstrüktif görüntü mediasten pencere; sağ akciğer alt lobda plevral efüzyon, efüzyon komşuluğunda atelektazi, konsolide alan ile uyumlu görünüm. Peribronşial duvar kalınlığında artış.



Resim 4. Kapalı plevra iğne biyopsisi; plevra sıvısından hazırlanan hücre bloğu plevral biyopsi ile beraber değerlendirildiğinde fibrin, iltihap hücreleri ve reaktif mezotel hücrelerinin arasında adenoid yapılar ve kalabalık gruplar oluşturan dar sitoplazmalı, pleomorfik, hiperkromatik nükleuslu epitelyal hücreler (HEx100).



Resim 5. Bronş mukoza biyopsisi; desmoplastik, ödemli stroma içerisinde atipik epitelyal hücrelerin oluşturduğu tümöral gruplar (HEX100).

Hem plevra biyopsisi hem de bronşiyal biyopsi sonucu kolon adenokarsinom metastazı olarak rapor edilen hasta medikal onkoloji tarafından değerlendirildi. Yeniden kemoterapi verilmesi düşünülmeyen hasta, onkoloji poliklinik kontrolüne gelmek üzere taburcu edildi.

TARTIŞMA

Endobronşiyal metastaz ile seyreden malignitelerde primer malignite tanısından endobronşiyal metastaz tanısına kadar geçen süre ortalama 32 ay (0-96 ay) ve median yaşam süresi 18 ay (4-84 ay) olarak bildirilmiştir (1). Primer tümörlere yönelik tedavi rejimlerine rağmen, lokal ya da uzak metastazlar izlenebilir. Otopsi çalışmalarında, kanser nedeniyle ölenlerin üçte birinde akciğer metastazı olduğu gösterilmiştir (3,4). Endobronşiyal metastazlar nadirdir ve primer olarak bronş epitelinde gözlenirler. Endobronşiyal metastazlardan sorumlu tutulan en yaygın neoplazmalar meme karsinomu, renal karsinom ve kolon adenokarsinomudur (3,5).

Akoğlu ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada, endobronşiyal metastaz, akciğer dışı malig niteli hastalarda primer tümörün

histopatolojik olarak tanıya edildiği, bronkoskopik olarak görülebilen bir lezyon varlığı olarak tanımlanmıştır. Bronkoskopik olarak saptanan onbeş hastayı içeren bu çalışmada, hastaların birinde kolon karsinomu rapor edilmiştir (2). Biber ve arkadaşları 164 olguluk akciğer metastazı serilerinde, santral yerleşimli 81 olguya fiberoptik bronkopski yapmışlar ve olguların 13'üne (%16) metastaz tanısı koyabilmişlerdir (6).

Ülkemizden yapılan ve dört yıllık bir sürede, metastazektomi yapılmış 27 hastayı içeren retrospektif çalışmada, iki olguda kolon karsinomuna rastlandığı bildirilmiştir (4). Primer akciğer kanseri ve lenfomaların hariç tutulduğu 1962'den 2002 yılına kadar literatürlerin tarandığı bir çalışmada 20 farklı akciğer dışı primer tümörden orjin alan endobronşiyal metastazlı 204 olgu rapor edilmiştir. Bu hastalarda metastaz açısından ilk sırada; 72 hastada meme kanseri, 43 hastada renal karsinom, 30 hastada kolon ve rectum karsinomu, 11 hastada sarkom, 9 hastada serviks kanseri yer almakta ve primer tümör tanısı ile endobronşiyal metastaz tanısı arasında geçen zaman ortalama 50 ay olarak bildirilmektedir (5). Konuyla ilgili literatürler Tablo 1'de özetlenmiştir. Olgumuzda, kolon adenokarsinomu tanısı konmuş ve yapılan incelemede metastaz saptanmaması üzerine opere edilmiştir. Operasyon sonrası on kür kemoterapi alan hastanın takiplerinde bir yıl sonra endobronşiyal ve plevral metastaz saptanmıştır.

Sorensen'in yapmış olduğu derlemede endobronşiyal metastaz saptanan hastaların %48'inde öksürük, %37'sinde nefes darlığı ve hemoptizi şikayeti bulunurken %20'si asemptomatik olarak tespit edilmiştir. Radyolojik bulgular ise; atelektazi (%58), parankimal kitle (%26), plevral efüzyon (%8), multipl parankimal nódül (%17), mediastinal lenfadenopati (%4) olarak saptanmıştır (5). Yine Akoğlu

Tablo 1. Endobronşial metastaz saptanan hastalar ve metastaz orjinleri.

Çalışmayı Yapan	Yıl	Hasta sayısı (n)	Primer Hastalık	Hasta sayısı (n)
Baumgartner ve ark. (7)	1980	8	Meme kanseri	4
			Kolon kanseri	2
			Renal karsinom	1
			Tiroid kanseri	1
Shepherd ve ark. (8)	1982	25	Meme kanseri	5
			Serviks kanseri	5
			Kolon kanseri	5
			Melenom	4
			Uterus kanseri	2
			Mesane kanseri	2
			Larinks kanseri	1
			Penis karsinomu	1
Bourke ve ark. (9)	1989	10	Meme kanseri	6
			Renal karsinom	2
			Servikal karsinom	1
Heitmiller ve ark. (10)	1993	23	Pankreas kanseri	1
			Meme kanseri	12
			Renal karsinom	4
			Kolon kanseri	3
			Nazofarinks kanseri	1
			Over kanseri	1
			Tiroid kanseri	1
Katsimbri ve ark. (1)	2000	8	Mesane kanseri	1
			Renal karsinom	3
			Kolon kanseri	2
			Mesane kanseri	1
			Basal hücreli karsinom	1
Kiryu ve ark. (11)	2001	16	Mide karsinomu	1
			Kolorektal karsinom	6
			Meme kanseri	3
			Osteosarkom	2
			Uterus kanseri	2
			Maksilla kanseri	1
			Larinks kanseri	1
			Parotis kanseri	1
Okur ve ark. (4)	2002	27	Osteosarkom	9
			Yumuşak doku sarkomu	6
			Testis karsinomu	3
			Larinks kanseri	3
			Kolon karsinomu	2
			Maling melanom	2
			Renal karsinom	2
			Meme kanseri	72
Sorensen ve ark. (5)	2004	204	Renal karsinom	43
			Kolorektal karsinom	30
			Sarkom	11
			Serviks	9
Akoglu ve ark. (2)	2006	15	Meme kanseri	3
			Rektum kanseri	2
			Renal karsinom	2
			Maling melanom	2
			Sinovial sarkom	1
			Ampulla vateri tümörü	1
			Kolon kanseri	1
			Feokromasitoma	1
			Hipernefroma	1
			Hodgkin lenfoma	1

ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada hastalarda en yaygın gözlenen semptomlar; nefes darlığı (%80), öksürük (%66.6), hemoptizi (%33.3) olarak belirlenmiştir. Radyolojik bulgular ise; tek (%13.3) ya da multipl (%40) parankimal nodüller, mediastinal veya hiler lenfadenopatiler (%40), parankimal kitle (%33.3), plevral efüzyon (%40) ve atelektazi (%26) olarak rapor edilmiştir (2). Bizim olgumuzda hasta; öksürük, nefes darlığı, sağ yan ağrısı şikayetleriyle başvurmuştur. Hastanın çekilen PA AC grafisinde plevral efüzyon saptanmıştır.

Endobronşial metastazların neden meme, böbrek, rectum ve kolon tümörlerinde daha

fazla rapor edildiği açık değildir. Bu karsinomların hematolojik yayılabilmekle birlikte, lenfatik sistem ile metastaz yetenekleri vardır. Bu malignitelerin bronşial sistemdeki ilk histolojik değişiklikleri, lenfatik sistemde görülmektedir (12).

Sonuç olarak; akciğer dışı solid malign tümörlerin endobronşiyal metastazı nadir olarak görülmektedir. Hastaların farklı birçok semptomu olabildiği gibi asemptomatikte olabilirler. Bu semptomlar primer akciğer kanseri ile benzerlikler gösterebilir. Bu nedenle hastalara bronkoskopi ve Video Yardımlı Toraks Cerrahisi (VATS) yapılarak ayırıcı tanının yapılması gerekmektedir.

KAYNAKLAR

1. Katsimbri PP, Bamias AT, Froudarakis NE, et al. Endobronchial metastases secondary to solid tumors: report of eight cases and review of the literature. *Lung Cancer* 2000; 28: 163-70.
2. Akoglu S, Ucan ES, Celik G ve ark. Endobronchial metastasis from extrathoracic malignancies. *Clinical&Experimental Metastasis* 2005; 22: 587-91.
3. Braman SS, Witcomb ME. Endobronchial metastases. *Arch Intern Med* 1975; 135: 547-7.
4. Okur E, Cankurtaran M, Baysungur V ve ark. Metastatik akciğer tümörlerinde cerrahi tedavi. *Toraks Dergisi* 2002; 3(2): 132-7.
5. Sorensen JB. Endobronchial metastases from extrapulmonary solid tumors. *Acta Oncol* 2004; 43(1): 73-9.
6. Biber Ç, Bilen S, Yılmaz Ü ve ark. Metastatik akciğer kanserinin değerlendirilmesinde fiberoptik bronkoskopinin yeri. *Solunum Hastalıkları* 1997; 8: 261-6.
7. Baumgartner WA, Mark JBD. Metastatic malignancies from distant sites to the tracheobronchial tree. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1980; 79: 499-503.
8. Shepherd MP. Endobronchial metastatic disease. *Thorax* 1982; 37: 362-5.
9. Bourke SJ, Henderson AF, Steveno RD, et al. Endobronchial metastases stimulating primary carcinoma of the lung. *Respir Med* 1989; 83: 151-2
10. Heitmiller RF, Marasco WJ, Hruban RH, et al. Endobronchial metastases. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1993; 106: 537-42.
11. Kiryu T, Hoshi H, Matsui E, et al. Endotracheal/ Endobronchial metastases: clinicopathologic study with special reference to developmental modes. *Chest* 2001; 119: 768-77.
12. Rosenblatt MB, Lisa JR, Trinidad S. Pitfalls in the clinical and histologic diagnosis of bronchogenic carcinoma. *Chest* 1966; 49: 396-404.

Yazışma Adresi:

Dr. Gökhan PERİNCEK
Hakkari Devlet Hastanesi, Göğüs Hastalıkları ve TBC.,
HAKKARİ
e-posta: drgokhanperincek@mynet.com