

# Torakal Spinal Kord Basısı İle Saptanan Malign Meme Lezyonu Metastazı: Olgu Sunumu

## *Malign Breast Cancer Metastasis Identified With Toracal Spine Cord Compression: Case Report*

Özlem Kıtıkı Kaçıra<sup>1</sup>, Tibt Kaçıra<sup>2</sup>, Can Yıldız<sup>2</sup>, Zeynep Kahyaolu<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Sağlık Bakanlığı Hendek Devlet Hastanesi, Radyoloji Bölümü, Sakarya, Türkiye

<sup>2</sup> Sakarya Üniversitesi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Beyin Cerrahisi Kliniği, Sakarya, Türkiye

<sup>3</sup> Sakarya Üniversitesi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği, Sakarya, Türkiye

Yazışma Adresi / Corresponding to:

Yrd. Doç. Dr. Tibt Kaçıra, Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Beyin Cerrahisi Kliniği sakarya - Türkiye  
Tel: 05326332516 Mail: tibetkacira@yahoo.com

### Özet

Başvuru Tarihi: 30.10.2013 Kabul Tarihi: 10.05.2014

Kanser tedavisindeki gelişmelere paralel olarak kanserli hastaların yaşam süreleri de uzamaktadır. Meme kanseri günümüz şartlarında kadınlarda en sık görülen kanser türüdür(%24.1). Meme Ca olgularında uzak metastazlar iskelet sisteminde en sık vertebral kolona olmaktadır. Sunduğumuz 60 yaşında olgu ağrı şikayetiyle kliniğimize başvurmuş yapılan radyolojik tetkikler sonucu gözlenen spina kord kompresyonu acil şartlarda kaldırılmış ve patoloji raporu meme kanseri metastazı olarak bildirilmiştir. Amacımız, erken cerrahi girişim hayat kalitesinin artmasında önemini vurgulamaktır..

**Anahtar Kelimeler:** meme ca, spinal metastaz, ağrı

### Abstract

Application: 30.10.2013 Accepted: 10.05.2014

The survival of patients, who have cancer, is getting longer due to the developments in cancer treatment modalities. Nowadays Breast cancer is the most common type of cancers being identified at women. (%24.1) Distant metastasis are mostly seen at vertebral column in breast cancer. 60 years old woman was applied to our clinic with back pain and radiological images showed toracal spine fracture with spinal cord compression. The compression was removed urgently and pathology noticed breast cancer metastasis. Our purpose in this report is to emphasize that early surgical treatment improves the quality of life in such similar cases.

**Keywords:** Breast Cancer, spine metastasis, pain

## Giriş

Kanser (Ca) tedavisindeki gelişmelere paralel olarak kanserli hastaların yaşam süreleri de uzamaktadır. Kadınlarda en sık görülen kanser meme kanseridir (%24.1). Meme kanserinde memede lokalize ağrı, şişlik (%70), meme başında çekilme (%4), meme ucundan akıntı (%10) gibi semptomlar ilk bulgu olarak görülmektedir. Toplum bilincinin artmasıyla birlikte asemptomatik tespit edilen vakların sayısı yıllar içerisinde artmaktadır. Meme Ca'lı hastalarda uzak metastazlar iskelet sisteminde en sık vertebral kolona olmaktadır. Kanser hastalarının %70'inde ikincil omurga tutulumu görülmekte, bunların da yaklaşık %10'u semptomatik hale gelmektedir. Omurgaya metastazlarında en çok semptomatik olan bölge torasik omurga bölgesidir (22). Omurgaya metastaz yapan tümörler çoğunlukla akciğer (%31) ve meme (%24) kaynaklıdır. Diğer sık metastatik nedenler multiple myelom(% 13), gastrointestinal tümörler (% 9), prostat tümörleri (% 8), lenfoma (% 6) ve melanomdur (% 4). Ayrıca spinal metastatik tümörlerin % 2'sinde primer kaynak tespit edilememektedir<sup>2</sup>. Biz bu olguda spesifik olmayan bulgularla başvuran meme kanserli hastayı literatür eşliğinde sunmayı uygun bulduk.

## Olgu:

60 yaşında bayan hasta, son 1 aydır hareketle artan, istirahatle rahatlayan sırt ağrısı şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Hastanın özgeçmişinde 2 ay önce yaklaşık 1 metreden düşme ve oral tedavi ile kontrol altında olan diabetes mellitus hastalığı dışında özellik yoktu. Nörolojik muayenesinde alt torakal bölgede yüklenme ile artan ağrı ve T12-L1 seviyesine uzanan hipoestezi dışında patolojik bulgu saptanmadı. Ön-arka akciğer grafisi normal, iki yönlü torakal grafisinde T9 omurgasında dejenerasyondan ayrımı yapılamayan kompresyon fraktürü görülmekte idi. Bu bölgenin çekilen Magenetik rezonans görüntülemesinde (MRG) T2 ağırlıklı aksiyal incelemede T10 omurgasının korpus sağ yarısından kaynaklanarak paravertebral bölgeye uzanan yumusak doku kitlesi (Resim 1), T2 ağırlıklı sagittal kesitte T10 omurgasının korpusunda yükseklik kaybına neden olan heterojenite (Resim 2), T1 ağırlıklı sagittal kesitte T9 ve T10 omurgalarında sinyal kaybı ile birlikte T10 omurgasında belirgin yükseklik kaybı mevcuttu (Resim 3). Hasta operasyona alınarak; posteriordan T7-T8-T10-T11 omurgalarına transpediküler vida sistemi yerleştirildi. T9 total laminektomi ile kompresyon kaldırıldı. Peroperatif T9 korpu-

sundan biopsi alındı. Hasta postoperatif 1. günde mobilize edildi. Ek nörolojik defisit gözlenmedi. Histopatolojik incelemede, kemik iliği mesafesinde diffüz paternde infiltrasyon oluşturan metastatik tümöral doku görülmekte, tümör yuvarlak/oval şekilli iri pleomorfik veziküler nükleusa sahip, geniş eozinofilik veya berrak sitoplazmalı, epitelyal karakterde atipik hücrelerden oluşmaktaydı. Metastatik tümöral dokuda immünohistokimyasal olarak CK7 ve ER ile boyanma görülmektedir. CK20, E-cadherine ve PR ile boyanma olmamaktadır. CerbB2: Skor 0 olarak değerlendirilmekte, histokimyasal olarak Alcien Blue pH 2,5 ile bazı tümöral hücrelerde intrasitoplazmik müsin lehine boyanma görülmekteydi (Resim 4,5,6). Meme Ca metastazı olarak değerlendirilen hasta onkoloji ile konsülte edildi. PET yapılan hastada sol aksiller bölgede LAP tespit edilerek onkoloji kliniğine devri gerçekleştirildi.



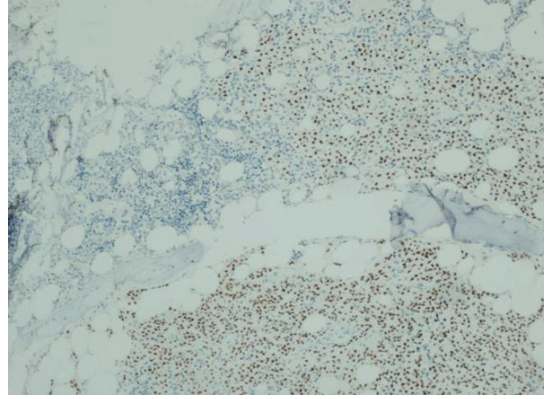
Resim 1:  
T2 ağırlıklı axial incelemede T10 vertebra korpus sağ yarısından kaynaklanarak paravertebral bölgeye uzanan yumusak doku kitlesi



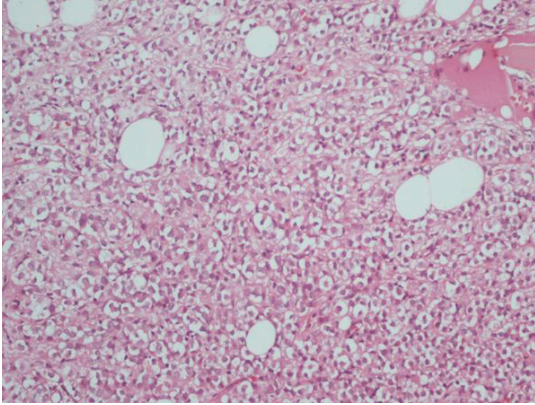
Resim 2:  
T2 ağırlıklı sagittal kesitte T10 vertebra korpusunda yükseklik kaybına neden olan heterojenite



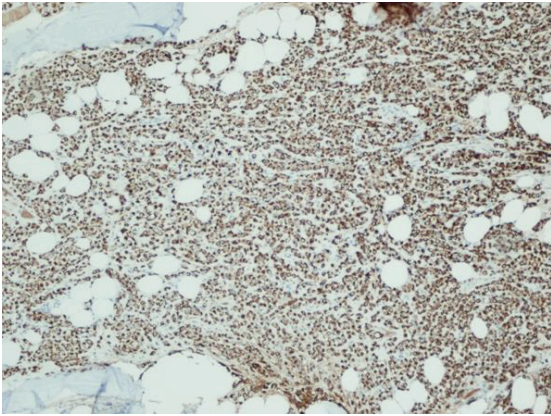
Resim 3:  
T1 ağırlıklı sagittal ke-  
sitte T9 ve T10 verteb-  
ralarda sinyal kaybı ile  
birlikte T10 vertebrada  
belirgin yükseklik kaybı  
mevcuttu



Resim 6:  
ER X100: Metastatik tümöral dokuda immünohistokimyasal olarak ER  
(Östrojen Reseptör) ile yaygın nükleer boyanma görülmektedir.



Resim 4:  
H&E X200: Kesitlerde kemik iliği mesafesini diffüz olarak infiltrate eden me-  
tastatik malign tümöral doku görülmektedir. Tümöral doku, iri pleomorfik  
yuvarlak /oval veziküler nükleuslu, geniş eozinofilik veya berrak sitoplaz-  
malı epitelyal natürde atipik hücrelerden oluşmaktadır.



Resim 5:  
CK 7 X100: Metastatik tümöral dokuda immünohistokimyasal olarak CK7  
ile diffüz boyanma görülmektedir.

### Tartışma:

Omurga tümörlerinin en sık görüleni metastatik tümörlerdir. Kanser hastalarının yaklaşık %10'unda spinal metastazlar gelişir ve bu metastazlar en sık torakal omurgayı tutmaktadır (2). Meme kanserlerinde spinal metastaz ile hasta yıllarca yaşarken, bir diğer hasta çok yaygın metastazlarla birkaç ay içinde kaybedilebilir. Östrojen ve progesteron reseptörlerinin ölçülen değerleri memenin primer tümöründe ve metastatik tümöründe farklı miktarlarda olabilir. Bu yüzden metastatik lezyonun antiöstrojenik ve antiprogestasyonel tedaviye yanıtı zayıf olabilir<sup>1</sup>.

Meme kanseri metastazları servikal ve üst torakal bölgede biraz daha sık görülürler<sup>3</sup>. Bu lezyonlar genellikle radyo duyarlıdır. Hem hormon tedavisine hem de kemoterapiye iyi yanıt verirler. Tümör çoğunlukla omurganın cismindedir. Lezyon ilk olarak omurga cisminden tutulum gerçekleştirdiği için hastalarda vertebral kollaps ve kifoz sıklıkla görülmektedir. Spinal kolonda birbirine komşu birden fazla segment tutulumu da sıktır. Bu olgularda ancak belirgin instabilite veya subluksasyon mevcutsa, tedaviye rağmen nörolojik defisit oluşmakta ise, izole bir lezyona olmasına rağmen dayanılmaz ağrı mevcutsa ve hastanın yaşam süresi kabul edilebilir sınırlarda ise cerrahi yaklaşım düşünülmelidir<sup>1</sup>. Bizim olgumuzda ilk semptom sırt ağrısı idi. Yapılan radyolojik tetkiklerde dejenerasyon ile ayrılamayan patolojik fraktür mevcuttu. Beklenenin aksine alt torakal bölge tutulumu vardı. Peroperatif dönemde makroskopik olarak kitle gözlemlendi ve tanı amaçlı biopsi alındı. Omurga tümörlerinde bir diğer sorunda instabilitenin olup ol-



madığıdır. Metastazlar daha çok omurga cismini tutma eğiliminde olduğu için anterior yaklaşım daha çok tercih edilir<sup>2</sup>. Posterior yaklaşım ise sadece posterior eleman tutulumunda endikedir. Olguda birincil önceliğimiz kompresyonun oluşturduğu basıyı gidermek olduğu için hastaya posterior dekompresyon cerrahisi uygulandı. Dekompresyondan sonra daha da artacak olan instabiliteyi önlemek amaçlı transpedinküler stabilizasyon işlemi gerçekleştirildi. Hastanın mevcut ağrılarının postoperatif dönemde düzelmesi cerrahi planlamamızın doğruluğunu desteklemiştir.

Omurga metastazının oluşturduğu semptomlar genellikle ilk bulgu olarak karşımıza çıkmazlar. Yaptığımız literatür çalışmasında Dimou ve arkadaşları alt servikal bölgede akut spinal kord kompresyonu olan hastaya cerrahi müdahale sırasında

alınan biopside akut lösemi tespit etmişler<sup>4</sup>, Yüksel ve arkadaşları torakal bölgede kompresyon fraktürü ve spinal kord basısı için uyguladıkları cerrahide alınan biopsi sonucunda non-hodgkin lenfoma tespit etmişlerdir<sup>5</sup>. Bizim olgumuzda da amaç Dimou ve Yüksel gibi acil oluşan kompresyon ve spinal kord basısını gidermek olmuştur.

#### Sonuç:

Günümüzde omurga metastazların tedavisinde cerrahi tedavi faydalı olarak görülmekte ancak değişik hasta gruplarında radyoterapi, kemoterapi ve tedavi kombinasyonları üzerinde de uygulama konusunda tartışmalar devam etmektedir. Orta yaş üstü kadınlarda patolojik fraktürlerde özgeçmişlerinde bir özellik olmamasına rağmen aklımıza tanı almamış metastatik kitleler gelmelidir.

#### Kaynaklar

1. Chap LI, Haskell CM. Breast cancer:systemic treatment for metastases. Haskell CM,ed Cancer treatment Philadel. WB Saunders company 2001;560-576.
2. Altaş M, Çerçi A, Silav G, Işık N, Elmacı İ. Servikal spinal metastaz: olgu sunumu. Tıp Araştırmaları Dergisi: 2009;7(2) :118 -121.
3. Asdourian PL, Mardjetko S, Rausching W. An evaluation of spinal deformity in metastatic breast cancer. J spinal disord 1990;3: 119-134.
4. Dimou J, Jithoo R, Tsui A, Morokoff AP. Spinal cord compression as the initial presentation of acute biphenotypic leukaemia. J Clin Neurosci 2009 ;16(12):1696-8.
5. Yükel M, Yüksel KZ, Kalemci O, Yücesoy K. Spinal Cord Compression as the First Presentation of Disseminated Non-Hodgkin's Lymphoma: Case Report. Sinir Sistemi Cerrahisi Derg 2010;3(1):22-27