



## Pankreas Tümörü Kökenli Pulmoner Lenfanjitik Karsinomatozis

Tanseli Gönlüğü\*, Uğur Gönlüğü\*

\*Çanakkale Devlet Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniği,

\*\*Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları AD. Çanakkale

Nefes darlığı ve sarılık yakınması olan 59 yaşında bir hasta diğer bir klinikten ileri tetkik amacıyla kliniğimize nakil edildi. Başvuru esnasında karın ağrısı, öksürük, kilo kaybı ve hepatomegali de dikkati çekti. Toraks bilgisayarlı tomografi incelemesi kuvvetle lenfanjitis karsinomatoza'yı telkin ediyordu. Abdominal kesitlerde hastanın pankreasta tümörü vardı. Hasta bir ay içinde ilerleyici solunum yetmezliğinden öldü. Sonuç olarak tümörlü hastalarda nedeni açıklanamayan ilerleyici nefes darlığı ile karşılaşıldığında lenfanjitis karsinomatoza da akılda tutulmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Lenfanjitis karsinomatoza, Ayırıcı tanı, Dispne

### Pulmonary Lymphangitic Carcinomatosis Originating from Pancreas Tumor

A 59-year-old man, who had been admitted to another clinic with complaints of dyspnea and jaundice, was transferred to our department for further examination. On admission, abdominal pain, cough, weight loss, and hepatomegaly were also noticed. Thorax computerized tomography imaging was highly suggestive for lymphangitic carcinomatosis. The case had a pancreas tumor in the abdominal slices. He died within a month due to progressive respiratory failure. In conclusion, lymphangitic carcinomatosis should be kept in mind in the patients with tumor who had unexplained progressive respiratory failure.

**Key Words:** Lymphangitic carcinomatosis, Differential diagnosis, Dyspnea

### OLGU SUNUMU

Ellidokuz yaşında erkek, emekli öğretmen, 10 gündür ateş, sarılık, nefes darlığı ve öksürük, 2 aydır yemeklerden sonra artan yaygın karın ağrısı, son 2 ayda 6 kilo kaybetme yakınmalarının olması üzerine hastanemiz dahiliye kliniğine yatırılmıştır. 25 yıldır diyabetes mellitus, 5 yıldır hipertansiyon nedeniyle takipte olan hastanın 35 paket yılı sigara öyküsü vardır. Üç yıl önce yaygın anterior myokard enfarktüsü geçiren hasta ardında by-pass ameliyatı olmuştu. Fizik muayenede ateş: 36.8 °C, kan basıncı 110/70 mm.Hg, nabız: 88/dak, solunum sayısı 18/dak. olup genel inspeksiyon bakısında sarılık vardı. Karaciğer kot kavsini 3 cm geçmekle beraber rebound yoktur. Periferik kan tablosunda Hb: 10.7 g/dL, Hct: 31.6, lökosit: 8500/mm<sup>3</sup>, trombosit: 269.000/mm<sup>3</sup>, eritrosit çökme hızı 26 mm/saat idi. CRP: 12 mg/dl (N:0-8) gelen hastada lökositoz, ateş ve sağ üst kadrant

ağrısı olmadığı için akut kolanjit öntanısından uzaklaşıldı. Biyokimyasal incelemede kan şekeri 291 mg/dl, BUN 25 mg/dl, kreatinin 1.2 mg/dl, Na 130 mEq/L, K 4.4 mEq/L, Cl 100 mEq/L, Ca 8.7 mg/dl, SGOT 135 IU/L, SGPT 202 IU/L, LDH 254 U/L (N: 230-460), ALP 310 IU/L (N: 53-128), GGT 717 U/L (N: 8-78), amilaz 50 U/L (N: 36-128), konjuge bilirubin 10.1 mg/dl, ankonjuge bilirubin 8 mg/dl, albümin 3.1 g/dl, total protein 6.9 g/dl, INR 1.36 idi. INR değeri normal olan ve fizik muayenede asid, splenomegali, spider anjiyoma veya jinekomasti saptanmayan olguda karaciğer hücre yetmezliği öntanısından uzaklaşıldı. LDH düzeyi normal olduğu için hemoliz düşünülmedi. Ancak yinede istenen direkt ve indirekt Coombs testleri negatifti. Enfeksiyöz hepatit açısından HBsAg, anti-HCV, anti-HIV, EBV-IgM testleri, Salmonella ve Brusella aglütinasyonları negatif idi. Transaminaz yüksekliğinden çok ALP ve GGT

## Gönlüğü ve ark

gibi kanaliküler enzimlerde yükseklik saptandığından öncelikle safra kanalı hastalıkları düşünüldü. Kolestaz sürecinin intrahepatik mi yoksa ekstrahepatik mi olduğunun ve hepatomegalinin etiyojisinin anlaşılması açısından hastaya batin ultrasonu istendi. Bu dönemde batin ultrasonu incelemesinde safra çamuru dışında patoloji saptanmadı. Hastada kullandığı ilaçlara bağlı bir intrahepatik kolestaz olacağı düşünülerek intrahepatik safra yollarına perkütan drenaj yapıldı. Safra sıvısında bakteri yoktu, aerop kültürde üreme olmadı, mm<sup>3</sup>'de 20 eritrosit, 80 lökosit vardı. Bu incelemeler süresinde hastanın nefes darlığında giderek artma gözlenmesi üzerine alınan kan gazında pH: 7.38, PO<sub>2</sub>: 48 mm.Hg, PCO<sub>2</sub>: 21 mm.Hg, HCO<sub>3</sub>: 12.8 mEq/L, sat: % 84 gelmişti. Bunun üzerine istenen göğüs hastalıkları konsültasyonu sonrası hasta ileri tetkik ve tedavi amacıyla servismize nakledildi. Hasta geldiğinde siyanotik ve akciğer oskültasyonunda yaygın bileteral ince raller vardı. Torax BT kesitleri lenfanjitis karsinomatozis ile uyumlu. Bilgisayarlı tomografi batin kesitlerinde genişlemiş intrahepatik safra kanalları (Resim 1) ve pankreas başında tümör gözlemlendi (Resim 2).

Tümör belirteçlerinden CEA, CA-125, CA-15,3 ve CA-19.9 yüksek idi. Hastaya 1 mg/kg dozda parenteral metil prednizolon başlandı.

Bu tedaviyle hastanın dispne hissinde subjektif bir iyileşme olsa da arter kan gazı incelemesinde PO<sub>2</sub> değerinde objektif iyileşme olmadı.

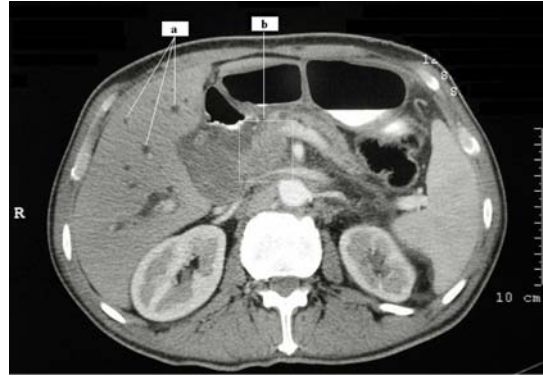
Bronkoskopide endobronşiyal lezyon yoktu. Bronş lavaj sıvısında asidorezistan basil veya tümör hücreleri gözlenmedi. Solunum yetmezliğindeki olguya transbronşiyal biyopsi yapılmadı. İstenen genel cerrahi konsültasyonunda hastaya devir önerildi ancak hasta kendi isteğiyle taburcu olduktan iki gün sonra evinde öldü.

## TARTIŞMA

Lenfanjitis karsinomatoza pulmoner lenfatik damarların ve perilenfatik bağ dokusunun kanser hücrelerince infiltrasyonunu tanımlamaktadır. Alttan yatan en sık primer tümör genellikle meme, mide, akciğer veya pankreastır.<sup>1-3</sup> Bizim olgumuzda pankreasta bir tümör saptanmasına rağmen biyopsi yapılmadan hasta kaybedilmiştir. Ancak hastanın ileri yaşı, ilerleyici hiperbilirubinemi ve akciğerdeki bulgularla



Resim 1. Bilgisayarlı tomografi batin kesitlerinde genişlemiş intrahepatik safra kanalları.



Resim 2. Pankreas başında tümör.

birleştirildiğinde bulgular bir pankreas kanserini şiddetle düşündürmüştür.

Lenfatik akımın tümör hücrelerince bozulması interstisyel ödeme, akciğer kompliyansının azalmasına ve solunum işinin artmasına neden olur.<sup>2,3</sup> Bu nedenle lenfanjitis karsinomatoza olgularında en çarpıcı klinik tablo akciğer grafisi bulgularıyla açıklanamayacak düzeyde nefes darlığıdır. Buna genellikle prodüktif olmayan öksürük de eşlik eder.<sup>1-4</sup>

Lenfanjitis karsinomatozadaki radyolojik bulguları ilk kez Kerley ve arkadaşları tarafından tanımlanmış ve Kerley A, B veya C çizgilerinin görülebileceğini bildirmiştir.<sup>2,3</sup> Lenfatik damarların genişlemesi interlobüler septaların kalınlaşmasına, bu da akciğer grafisinde Kerley B çizgilerinin oluşmasına neden olmaktadır.<sup>1</sup> Tümör hücre infiltrasyonu septal, perivasküler ve peribronşiyal alanlardaki lenfatikleri tuttuğundan yüksek

## Pankreas Tümörü Kökenli Pulmoner Lenfanjitik Karsinomatozis

rezolüsyonlu bilgisayarlı tomografide (YRBT) intrapulmoner nodüler (Resim 1A), interlobüler septalarda kalınlaşma (Resim 1B), bronkovasküler demette kalınlaşma (Resim 1C), interstisyel izlerde belirginleşme göze çarpar.<sup>2-4</sup> Ayırıcı tanıda interstisyel akciğer hastalıkları, sarkoidoz ve lenfoma akla gelmelidir. Peribronkovasküler interstisyum ve interlobüler septalardaki kalınlaşma lenfanjitis karsinomatozda nodüler ve kaba tarzda iken sarkoidozda genellikle düzenlidir. Sarkoidozda parankim tutuluşu daha çok merkezi ve parahiler bölgelerdeyken lenfatik ağ subplevral bölgede yoğun olduğu için lenfanjitis karsinomatoza 'da daha çok periferik alanlarda tutuluş vardır (Resim 1). Sarkoidoz çoğunlukla simetrik ve bilateral tutuluş yaparken lenfanjitis karsinomatoza genellikle asimetric ve diffüz tutulum yapar.<sup>5</sup> İnterlobüler septalarda kalınlaşma ve subplevral interstisyum tutuluşu sarkoidoz ve lenfomaya göre lenfanjitis karsinomatoza olgularında anlamlı derecede daha sık gözlenmiştir. Buna karşın 1 cm 'den büyük nodüller lenfomada, bilateral tutuluş ise sarkoidozda anlamlı derecede sık gözlenmiştir.<sup>6</sup> Bizim olgumuzun radyolojik bulguları lenfanjitis karsinomatozayı şiddetle düşündürmesine rağmen solunum yetmezliği nedeniyle biyopsi yapılamamıştır. Bu konuda yapılmış bir çalışmada diffüz interstisyel akciğer hastalığı olan olgularda klinik ve YRBT bulguları birleştirildiğinde lenfanjitis karsinomatoza olanların % 92 'sinde doğru tanı konulabilmektedir.<sup>7</sup>

Lenfanjitis karsinomatoza genellikle progressif ve fatal seyreder.<sup>2,4</sup> Prostat kanseri gibi hormon tedavisine iyi yanıt veren tümörler istisna olmak kaydıyla olguların yarısının ilk solunumsal semptomlardan sonra 3 ay içinde öldüğü bildirilmiştir.<sup>8</sup> Kortikosteroid tedavisi genellikle etkili değildir. Literatürde bizim olgumuza benzer şekilde başvuru sonrası 25. günde akut nefes darlığı ile gelip steroid tedavisine yanıt vermeyen ve

solunum yetmezliği ile 32. günde ölen bir olgu tanımlanmıştır.<sup>9</sup> Lenfanjitis karsinomatoza yapmış bazı pankreas kanserlerinde kemoterapi ile 6 aydan uzun yaşam süreleri elde edilebilir.<sup>10</sup>

Lenfanjitis karsinomatoza önemli bir tablo olmasına karşılık biz Türkçe literatürde bu konuda sadece iki yayını bulabildik.<sup>2,11</sup> Sonuç olarak önceden kanser öyküsü alınmış bir hasta, akut ve şiddetli nefes darlığı ile gelmişse lenfanjitis karsinomatoza akla gelmeli ve bu tür hastalara YRBT tetkiki yapılmalıdır.

### KAYNAKLAR

1. Yamamoto T, Nakane T, Kimura T, Osaki T. Pulmonary lymphangitic carcinomatosis from an oropharyngeal squamous cell carcinoma: a case report. *Oral Oncol* 2000; 36: 125-8.
2. Gönülçür T, Gönülçür U. Lenfanjitis karsinomatoza. *Genel Tıp Dergisi* 2007; 17: 67-70.
3. Sood N, Bandarenko N, Paradowski LJ. Case 2: acute respiratory failure secondary to lymphangitic carcinomatosis. *J Clin Oncol* 2000; 18: 229-32.
4. Ramkumar S, Fernandes DJ. Case report: Nebulization chemotherapy for Lymphangitis carcinomatosa. *Ind J Radiol Imag* 1998; 8: 69-71.
5. Castañer E, Gallardo X, Pallardó Y, Branera J, Cabezuolo MA, Mata JM. Diseases affecting the peribronchovascular interstitium: CT findings and pathologic correlation. *Curr Probl Diagn Radiol* 2005; 34: 63-75.
6. Honda O, Johkoh T, Ichikado K, Yoshida S, Mihara N, Higashi M, Tomiyama N, Maeda M, Hamada S, Naito H, Takeuchi N, Yamamoto S, Nakamura H. Comparison of high resolution CT findings of sarcoidosis, lymphoma, and lymphangitic carcinoma: is there any difference of involved interstitium? *J Comput Assist Tomogr* 1999; 23: 374-9.
7. Grenier P, Chevret S, Beigelman C, Brauner MW, Chastang C, Valeyre D. Chronic diffuse infiltrative lung disease: determination of the diagnostic value of clinical data, chest radiography, and CT and Bayesian analysis. *Radiology* 1994; 191: 383-90.
8. Bruce DM, Heys SD, Eremim O. Lymphangitis carcinomatosa: a literature review. *J R Coll Surg Edinb* 1996; 41: 7-13.
9. Iguchi H, Hashimoto K, Sunami K, Yamane H. A case of fatal respiratory failure after surgery for advanced supraglottic laryngeal carcinoma. *Acta Otolaryngol Suppl* 2004; 554: 71-3.
10. Ikezoe J, Godwin JD, Hunt KJ, Marglin SL. Pulmonary lymphangitic carcinomatosis: chronicity of radiographic findings in long-term survivors. *AJR Am J Roentgenol*. 1995; 165: 49-52.
11. Kiter G, Akpınar O, Sevinç C, Kılınc O, Kargı A, Özkal S, Oto Ö, Osma E, Akkoçlu A, Uçan ES. Plevral mezotelyomada lenfanjitis karsinomatoza. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi* 1999; 47: 472-5.

**Yazışma Adresi:** Tanseli GÖNLÜĞÜR  
Çanakkale Devlet Hastanesi,  
Göğüs Hastalıkları Kliniği  
ÇANAKKALE