

## Akciğer kanserinin nadir bir komplikasyonu: İnce barsak perforasyonu - olgu sunumu

A rare complication of lung cancer: Small bowel perforation – case report

Tayfun YOLDAŞ<sup>1</sup>, Cemil ÇALIŞKAN<sup>1</sup>, Murat SEZAK<sup>2</sup>, Mustafa KORKUT<sup>1</sup>

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi <sup>1</sup>Genel Cerrahi Anabilim Dalı, <sup>2</sup>Patoloji Anabilim Dalı, İzmir

*Akciğer kanser metastazına bağlı ince barsak perforasyonu oldukça nadir görülen bir klinik tablodur. Metastaz gastrointestinal traktusun herhangi bir bölümünde görülebilir ve metastatik odak masif kanama, obstrüksiyon, perforasyon gibi komplikasyonlara neden olabilir. Bu durumda acil cerrahi girişim ihtiyacı doğmaktadır ve bu malignitesi olan hastalar için yüksek mortalite ve morbidite anlamına gelir. Biz daha öncesinde akciğer kanseri tanısı bulunan ve ince barsak perforasyonu nedeniyle acil laparotomi uygulanan olgumuzu sunmayı amaçladık.*

**Anahtar kelimeler:** Akciğer kanseri, akciğer kanser metastazı, ince barsak perforasyonu

*Small bowel perforation caused by metastasis from lung cancer is an extremely rare clinical entity. Metastasis may be seen anywhere in the gastrointestinal tract, and this metastatic focus may cause complications such as perforation, obstruction or massive hemorrhage. Emergency surgery is necessary in these conditions, and this means high mortality and morbidity for those patients with malignant disease. We aimed to present a case with previous lung cancer diagnosis who underwent emergency laparotomy due to clinical manifestation of small bowel perforation.*

**Key words:** Lung cancer, lung cancer metastasis, small bowel perforation

### GİRİŞ

Tüm dünyada sık görülen malignitelerden biri olan akciğer kanseri erkeklerde kanserden ölümlerde ilk sırayı alırken, kadınlarda meme kanserinden sonra ikinci sıklıkta ölüme neden olur (1). Toplamda ölümlerin %18'inden sorumludur (1). Hastalık saptandığı sırada %40 oranında metastatik hastalığın varlığı söz konusudur (2). En sık ekstra pulmoner yayılım rejyonel lenf nodlarında (%72-84), karaciğerde (%33-47), kemikte (%21-34), beyinde (%16-32), adrenal bezlerde (%20-29) ve kalpde (%12-29) karşımıza çıkar (2). Akciğer kanserinin semptoma yol açan gastrointestinal traktus metastazları oldukça enderdir. Bununla birlikte akciğer kanserli hastaların otopsi çalışmalarında hastalığın gastrointestinal traktusa metastaz yapmış olduğuna sık rastlanmaktadır (3-4). Akciğer kanserinin gastrointestinal traktusa metastazı en sık ince barsakta görülmektedir. Özofagus, mide kolon ve anüse de metastaz yaptığı ender olarak bildirilmiştir (2-5). Gastrointestinal traktustaki metastatik lezyon kanama, obstrüksiyon ve perforasyon gibi klinik tablolara yol açabilir (5). Bu yazıda semptomatik gastrointestinal traktus metastazı olan akciğer kanserli olgumuzu sunmayı ve irdelemeyi amaçladık.

### OLGU

67 yaşında erkek hasta karın ağrısı, bulantı, kusma şikayeti ile acil servise başvurdu. Ağrının yaklaşık 7 saat önce aniden başladığını ve sürekli aynı şiddette seyrettiğini ifade etti. Özgeçmişinde akciğer kanseri tanısı olan ve 105 paket yılı sigara kullandığını ifade eden hastanın düzenli ilaç kullanım öyküsü bulunmamaktaydı. Fizik muayenesinde kaşektik görünümü, tansiyon arteriel 110/70 mmHg, nabız: 110/dk, ateş: 37.5 derecedeydi. Hastanın karın muayenesinde barsak sesleri hipoaktif ve tüm kadrarlarda belirgin hassasiyet, rebound, defans mevcuttu. Laboratuvar bulguları; beyaz küre: 17.000 mm<sup>3</sup>, hemoglobin: 10.7 g/dl, hematokrit: %31, trombosit sayısı: 250.000 mm<sup>3</sup>, CRP: 30 mg/dl idi. Bu bulgular dışında kan laboratuvar değerlerinde anlamlı değişiklik saptanmadı. Hastanın düz karın ve göğüs grafilerinde şüpheli diyafram altı serbest hava ve ince barsak düzeyinde 2-3 adet hava sıvı seviyesi gözlemlendi. Bilgisayarlı tomografide intraperitoneal minimal serbest hava ve belirgin serbest sıvı saptanan hasta içi boş organ perforasyonu tanısı ile explore edildi. Karın içi eksplorasyonda ince barsakta, treitz'dan sonraki 100'üncü cm'de antimezenterik taraftan yaklaşık 1 cm'lik perforasyon alanı gözlemlendi (Resim 1). Perfore alanın hemen komşulu-

**İletişim:** Tayfun YOLDAŞ

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı

35100, Bornova, İzmir, Türkiye • Tel: + 90 232 390 40 21

Fax: + 90 232 339 88 38 • E-mail: yoldas.tayfun@yahoo.com.tr

**Geliş Tarihi:** 10.03.2011 • **Kabul Tarihi:** 02.08.2011



Resim 1. Ince barsaktaki perfore alan.

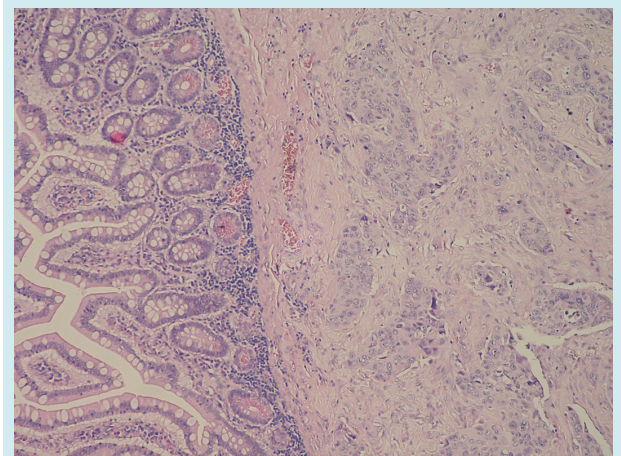
ğunda 2 cm'lik barsak duvarının tüm katlarını tutmuş, sert, fiske kitlesel oluşum bulunmaktaydı. Perfore alana kitle ile birlikte wedge rezeksiyon uygulandı ve primer kapatıldı. Postoperatif dönemde cerrahi bir komplikasyon gelişmeyen hasta 10. gün taburcu edildi. Cerrahi sonrasında 35. gün terminal dönem akciğer kanseri klinik tablosuna bağlı multiorgan yetmezliği sebebi ile olgu kaybedildi.

Hastanın ameliyat materyelinin makroskopik incelemesinde 2,8X2,5X0,6 cm boyutlarda, serozal yüzünde fibrin eksüdasyonu bulunan, küçük ince barsak segmenti izlendi. Bu alanın mikroskopik incelenmesinde ise serozal alanda perforasyona sekonder gelişmiş peritonit ve serozadan incebarsak submukozasına uzanan adenokarsinom histolojisinde tümöral infiltrasyon izlendi. Ince barsak mukozası olağan görünümde saptandı (Resim 2). Tümör içerisindeki lenfatik ve kandamarları içerisinde tümöral emboluslar izlendi (Resim 3). Mukozada displazi ve tümöral gelişimin izlenmemesi, tümöral dokunun mezenterik yağ doku içerisinde barsak lümenine doğru ilerlediği izlenimi vermesi ve lenfatik, kan damarları içerisinde tümör emboluslarının bulunması öncelikle metastaz olasılığını düşündürdü. Bu olasılığı kanıtlamak için immunhistokimyasal inceleme uygulandı. Buna göre tümör hücreleri sitokeratin 7 (Resim 4), TTF-1 (Resim 5) ile diffüz kuvvetli pozitif, p63 ile fokal pozitif olarak izlenirken sitokeratin 20 negatif saptandı. Bu bulgular ile olgu, akciğer kökenli karsinom metastazı olarak rapor edildi.

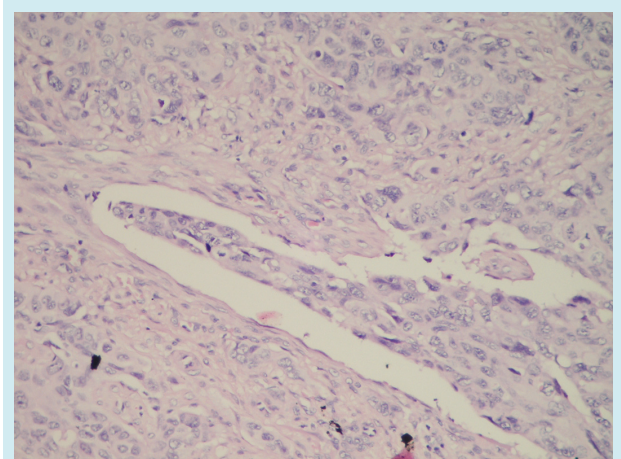
## TARTIŞMA

Gastrointestinal traktusa semptomatik akciğer kanseri metastazı ender karşılaşılan bir tablodur. Yang ve arkadaşları 339 akciğer kanserli olgunun 28 aylık takibinde gastrointestinal traktus metastazı sonucu semptom ve

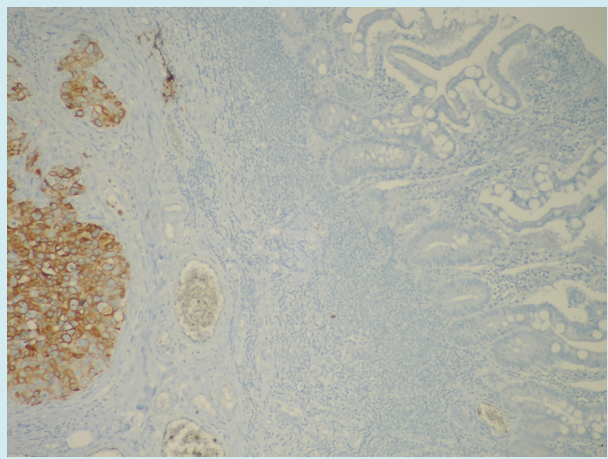
ren ve tedaviye ihtiyaç duyan 6 hasta tespit etmişlerdir (%1,7) (5). Otopsi çalışmalarında ise gastrointestinal traktusta %4,7-14 oranında metastaz varlığı bildirilmiştir (3-4). Gastrointestinal traktusun herhangi bir yerine metastaz ile karşılaşılabılır. Özofagus genelde direkt invazyon yolu ile tutulmaktadır (4). Akciğer hilusundaki zengin lenfatik pleksusa komşuluğundan dolayı orta özofagus tutulumu sık görülür (5). Akciğerin diyafram altındaki gastrointestinal traktusa metastazı en sık ince barsağa olmaktadır (2). Ince barsak metastazlarının jejunumu daha fazla tuttuğu yönünde çalışmalar bulunmaktadır. Ancak bazı serilerde ileumun jejunuma göre daha sık tutulduğu ya da ikisinin arasında fark olmadığı bildirilmiştir (9-10). Ince barsağa tümör metastazı rotasının net olarak bilinmemesine rağmen hemotojen yol etiolojide düşünülmektedir (2).



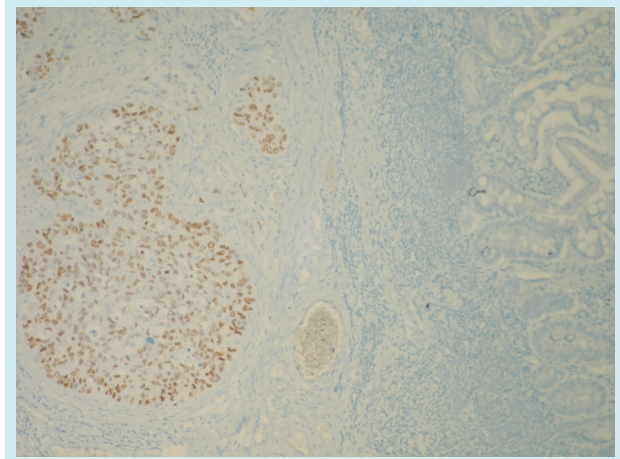
Resim 2. Resmin sol tarafında normal görümlü ince barsak mukozası izlenirken sağında submukozada adenokarsinom histolojisinde tümöral infiltrasyon. Hematoksilen Eozin (HE) x100



Resim 3. Submukoza içerisinde lenfatik içerisinde tümör embolusu. HE x200



**Resim 4.** Tümörün immunhistokimyasal sitokeratin 7 pozitifliği. X100



**Resim 5.** Tümörün immunhistokimyasal TTF-1 pozitifliği. X100

Akciğer kanserinin tüm histolojik tipleri ince barsağa metastaz yapabilir. Antler ve arkadaşları büyük hücreli ve küçük hücreli akciğer kanseri metastazının diğer tiplere göre daha sık görüldüğünü rapor etmişlerdir (4). Diğer yandan Mc Neill ve arkadaşları skuamos hücreli kanserin en sık karşılaşılan histolojik tip olduğunu bildirmişlerdir (3). Garwood ve arkadaşları ise akciğer kanserinin de en sık görülen tipi olan adenokarsinom metastazının en sık rastlandığını yazmışlardır (2).

İnce barsak metastazı sonucunda masif hemoraji, obstrüksiyon ve perforasyon gelişebilir. Perforasyon oluşması durumunda basit radyolojik yöntemler tanı için yeterlidir. Bu durumda acil cerrahi girişim gerekmektedir. Akciğer kanserli hastaların taramasında sık kullanılan bilgisayarlı tomografi ince barsak patolojilerini saptama konusunda yüksek sensitiviteye sahip değildir (6-7). İnce barsakdaki tümör odaklarının neden olabileceği nonspesifik semptomlar kemoterapi alan hastalarda sık görülmektedir. Az karşılaşılan bir durum olduğundan hafif semptomu olan hastalarda ince barsak metastazı ilk akla gelecek klinik tablolardan değildir. Bu yüzden tümör odağını şiddetli semptomu neden olacak hale gelmeden önce tespit etmek güçtür (8).

Tümör odağının perforasyona nasıl neden olmasına dair literatürde çeşitli hipotezler öne sürülmüştür. Uzun süre kemoterapi alımı ya da kemoradyoterapi birlikteliğinin perforasyona eğilime yol açtığı bildirilmiştir. Metastatik odağın tıkayıcı etkisi ile intraluminal basıncın artması bir diğer mekanizmadır. Ayrıca tümör hücrelerinin embolisi barsak duvarının iskemisine ve perforasyonuna zemin hazırlamaktadır. Özetle lokal travma, tümör embolisi ve steroid kullanımı perforasyon ile sonuçlanabilmektedir (11-13).

Metastatik hastalığı olan ve perforasyon sonrası acil laparotomi uygulanan hastaların prognozu oldukça kötüdür. Perforasyon ve laparotomi sonrası sağ kalım oranları 1 yıllık %2'dir (2). Bu oran 1 yıllık sağ kalım oranı %20 olan evre 4 akciğer kanserli hastalara göre dikkate değer bir şekilde düşüktür. Metastatik akciğer kanseri olan hastalara uygulanan acil laparotominin getirdiği morbiditenin önüne geçebilmek önemlidir. Akciğer kanserli hastalarda görülebilen non spesifik abdominal semptomların anemi ile birlikteliğinde gaytada gizli kan bakışı yapılmalıdır. Radyolojik olarak barsak anslarındaki ılımlı dilatasyon varlığında gastrointestinal metastaz akla getirilmelidir. Elektif cerrahinin mortalite ve morbiditesinin acil cerrahiye göre daha düşük olması nedeniyle bu hastalarda erken tanı önemlidir.

## KAYNAKLAR

1. Jemal A, Bray F, Center MM, et al. Global cancer statistics. *CA Cancer J Clin* 2011; 61: 69-90. Epub 2011 Feb 4.
2. Garwood RA, Sawyer MD, Ledesma EJ, et al. A case and review of bowel perforation secondary to metastatic lung cancer. *Am Surg* 2005; 71: 110-6.
3. McNeill PM, Wagman LD, Neifeld JP. Small bowel metastases from primary carcinoma of the lung. *Cancer* 1987; 59: 1486-9.
4. Antler AS, Ough Y, Pitchumoni CS, et al. Gastrointestinal metastases from malignant tumors of the lung. *Cancer* 1982; 49: 170-2.
5. Yang CJ, Hwang JJ, Kang WY, et al. Gastro-intestinal metastasis of primary lung carcinoma: Clinical presentations and outcome. *Lung Cancer* 2006; 54: 319-23.
6. Buckley JA, Siegelman SS, Jones B, Fishman EK. The accuracy of CT staging of small bowel adenocarcinoma: CT/pathologic correlation. *J Comput Assist Tomogr* 1997; 21: 986-91.

7. Bessette JR, Maglinte DD, Kelvin FM, Chernish SM. Primary malignant tumors in the small bowel: a comparison of the smallbowel enema and conventional follow-through examination. *Am J Roentgenol* 1989; 153: 741-4.
8. Kanemoto K, Kurishima K, Ishikawa H, et al. Small intestinal metastasis from small cell lung cancer. *Intern Med* 2006; 45: 967-70.
9. Berger A, Cellier C, Daniel C, et al. Small bowel metastasis from primary carcinoma of the lung: clinical findings and outcome. *Am J Gastroenterol* 1999; 94: 1884-7.
10. Gitt SM, Flint P, Fredell CH, Schmitz GL. Bowel perforation due to metastatic lung cancer. *J Surg Oncol* 1992; 51: 287-91.
11. Morgan MW, Sigel B, Wolcott MW. Perforation of metastatic carcinoma of the jejunum after cancer chemotherapy. *Surgery* 1961; 49: 687-9.
12. Midell AI, Lochman DJ. An unusual metastatic manifestation of a primary bronchogenic carcinoma. *Cancer* 1972; 30: 806-9.
13. Ise N, Kotanagi H, Morii M, et al. Small bowel perforation caused by metastasis from an extra-abdominal malignancy: report of three cases. *Surg Today* 2001; 31: 358-62.