

AKCİĞER KANSERLERİNİN DERİ METASTAZLARINDA TEDAVİ PRENSİPLERİ: İKİ OLGU SUNUMU

*Tolga ERYILMAZ, *Serhan TUNCER, *Selahattin ÖZMEN, *Ayşe ŞENCAN, *Osman LATİFOĞLU

*Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD. Ankara

ÖZET

Rekonstrüktif cerrahide primer veya metastatik çeşitli malign deri lezyonları görülmektedir. Ancak, iç organ malignitelerinin deri metastazları oldukça nadirdir. Akciğer kanserleri, başta beyin, kemik, karaciğer ve adrenal bezlere metastaz yapmakla beraber, olguların %2,8-8,7'sinde deri metastazı görülür. Deri metastazı saptanan olgular, ileri evre olarak kabul edilirler ve seyirleri kötüdür. Diğer taraftan lezyonlar erken tespit edildiğinde cerrahi olarak çıkartılabilmesi mümkündür ve tedavi edildiğinde hastanın yaşam kalitesi üzerine olumlu etki sağlar. Hastanın hikayesinde mevcut olan malignitenin bilinmesi ve metastatik cilt lezyonunun histopatolojik tanısının birincil tümörle uyumluluğu tanıyı kolaylaştırmaktadır. Bu çalışmada, akciğer kanserinin deri metastazı nedeniyle opere edilen iki olgu sunulmakta ve bunlara yaklaşım prensipleri tartışılmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Deri metastazı, akciğer kanseri, metastaz

TREATMENT PRINCIPLES IN CUTANEOUS METASTASIS OF LUNG CANCERS: REPORT OF TWO CASES

ABSTRACT

Various skin malignancies, either primary or metastatic, can be confronted in reconstructive surgery. However, cutaneous metastasis of visceral malignancies is quiet rare. Lung cancers mainly metastasize to brain, bone, liver and adrenal glands. On the other hand, 2.8-8.7% of cases present with cutaneous metastasis. These patients are considered as advanced stage and their prognosis is poor. Surgical resection of the lesion is possible when detected early and life quality of the patient is improved, if it is treated properly. The diagnosis is facilitated by a known history of primary malignancy and the histopathologic resemblance of the primary tumor and the cutaneous metastatic lesion. In this study, two cases were operated for cutaneous metastasis of lung cancer is presented and management principles are discussed.

Keywords: Skin metastasis, lung cancer, metastasis

GİRİŞ

Akciğer kanserleri, histopatolojik tiplerine göre farklılık göstermekle birlikte sık metastaz yapan malignitelerdendir. Çoğunlukla beyin, kemik, karaciğer ve adrenal bezlere metastaz yaptığı bilinmekle birlikte nadiren deri metastazları da görülebilir. Akciğer kanserleri, erkekte birinci, kadında ise meme kanserinden sonra ikinci sıklıkta deri metastazlarından sorumludur.¹ Akciğer kanseri tanısı konan hastaların %2,8-8,7'sinde deri metastazı görüldüğü rapor edilmiştir.^{2,3} Klinik olarak bazı olgularda akciğerdeki asıl odak bulgu vermeden, yaptıkları deri metastazları ile de saptanabilirler.^{1,4,5} Bu aşamada saptandıklarında ise, diğer metastatik kanserlerde olduğu gibi ileri evreyi gösterir ve prognozu oldukça kötüdür. Farklı büyüklükte deri lezyonlarının oluşmasına neden olan bu durumda gerek lezyonun eksizyonu, gerekse eksizyon sonrası yumuşak doku rekonstrüksiyonu için plastik cerrahiden yardım

istenmektedir. Ancak, bu olguların sayısının da az olması nedeniyle literatürde bu hastalara yaklaşım konusunda yeterli ve detaylı bilgi bulunmamaktadır. Bu çalışmada, kliniğimizde akciğer kanserlerinin deri metastazları nedeniyle opere edilen iki olgu sunulmaktadır.

OLGU SUNUMU

Olgu 1: 59 yaşındaki kadın hasta saçlı derisinde ve sağ omzunda yaklaşık bir yıldır mevcut olan kitleler nedeniyle kliniğimize başvurdu. Fizik muayenesinde, saçlı deride, sol parietal bölgede 1x1,5 cm ve sağ omzunda 2x2 cm boyutlarında, mor renkte, sert kıvamlı, yüzyden kabark, nodüler kitle lezyonları saptandı (Resim 1 ve 2). Hasta iki yıldır her iki akciğerde yerleşimli leomiyosarkom nedeni ile tedavi görmekteydi. Kardiyak açıdan yüksek riskli olması ve bilateral akciğer tutulumu olması nedeniyle cerrahi tedavi uygulanmayan hastaya kemoterapi



Şekil 1: Saçlı deride metastatik deri lezyonu



Şekil 2: Sağ omuzda metastatik deri lezyonu

uygulandığı, ancak akciğerdeki kitlelerin halen mevcut olduğu saptandı. Hastanın mevcut deri lezyonlarının ultrasonografik incelemesinde hipoeoik, heterojen, lobüle konturlu ve septasyonlar içeren uzanımlara sahip oldukları saptandı. Sağ aksiller bölgede ise birkaç adet reaktif lenf nodu ve lenfosintigrafide sağ aksiller bölgeye drenaj saptandı. Bu incelemeleri takiben, olası bir deri metastazı düşünülen hastanın her iki lezyonu da 3 cm sağlam doku sınırıyla eksize edildi ve eş zamanlı olarak izosülfan mavisi ile ekzizyon öncesi işaretlemeyi takiben sağ aksiller lenf nodu diseksiyonu yapıldı. Diseksiyon esnasında patolojik boyutta ve görüntüde lenf nodu olmadığı görüldü. Cerrahi ekzizyon sonrası oluşan defektler ise kısmi kalınlıkta deri grefti ile kapatıldı (Resim 3). Çıkarılan lezyonların histopatolojik inceleme sonucu, cerrahi sınırlarda tümör içermeyen leomiyosarkom deri metastazı olarak geldi, aksiller diseksiyon materyalinde ise metastatik lenf nodu saptanmadı. Ameliyat sonrası 10 aydır takipte olan hastada ek sorun saptanmadı.

Olgu 2: Yaklaşık bir yıl önce sağ akciğer alt lobunda yerleşimli pleomorfik karsinom nedeniyle sağ alt lobektomi yapılan 56 yaşındaki erkek hasta, sağ skapular bölgede, yaklaşık üç ay önce kızarıklık şeklinde başlayan ve zamanla büyüyen, üzeri ülserle kitle lezyonu nedeniyle göğüs cerrahisi bölümüne kliniğimize danışıldı. Fizik muayenede sağ skapular bölgede 3x4 cm çapında, çevresi hiperemik, üzeri ülserle, nodüler kitle lezyonu saptandı (Resim 4). Torakal bölgenin bilgisayarlı tomografi incelemesinde akciğerde nüks saptanmadı. Bu bölgeden yapılan insizyonel biyopsi sonucunun cerrahi sınırlarda devamlılık gösteren pleomorfik karsinom olarak gelmesi üzerine hastaya geniş ekzizyon planlandı. Lezyon çevresindeki hiperemik bölgeden itibaren 3 cm güvenlik sınırı ile beraber rezeksiyon gerçekleştirildi ve oluşan defekt sağ uyluktan alınan kısmi kalınlıkta deri grefti ile kapatıldı (Resim 5 ve 6). Histopatolojik inceleme sonucu, cerrahi sınırlarda tümör içermeyen pleomorfik karsinom cilt metastazı olarak geldi. Ameliyat sonrası yaklaşık bir yıldır takip edilmekte olan hastada ek sorun saptanmadı.

TARTIŞMA

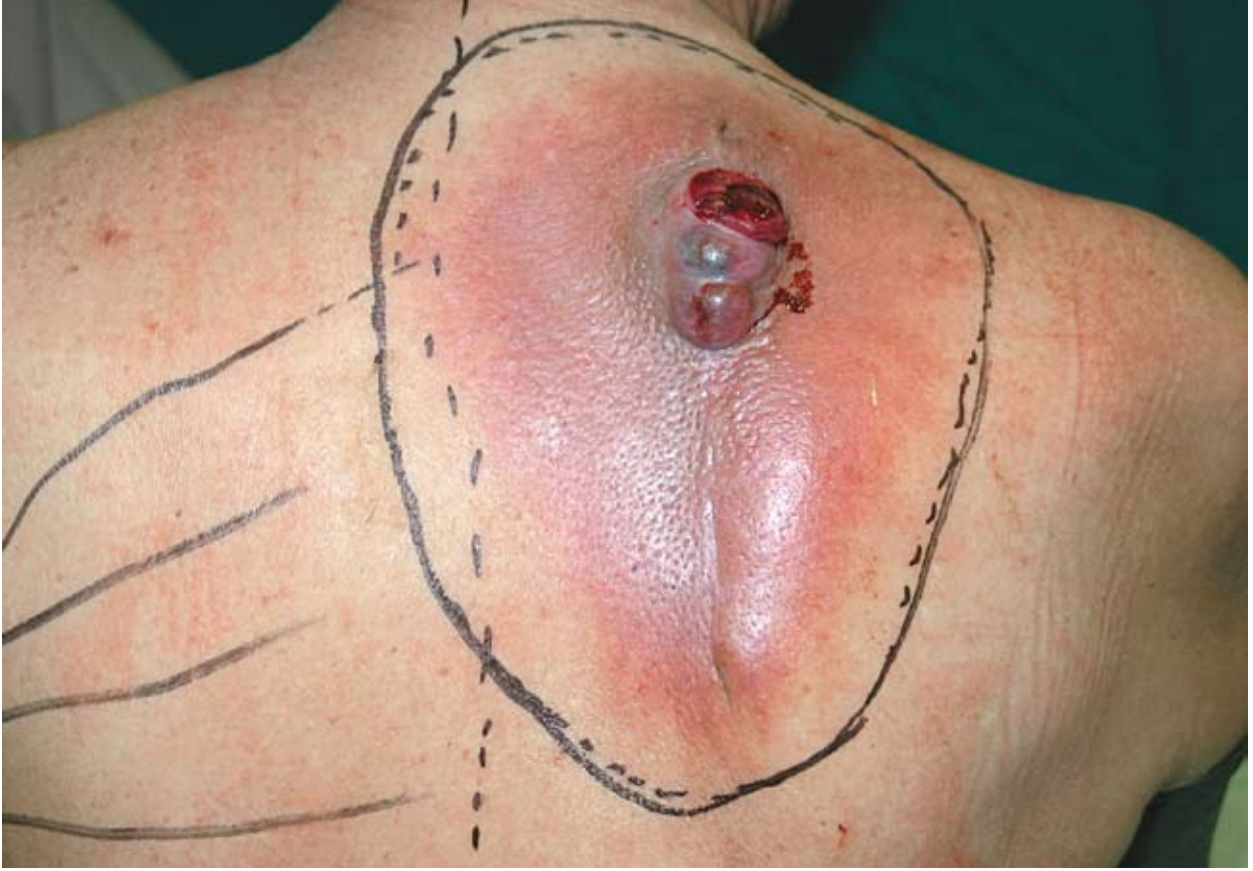
İleri evre iç organ maligniteleri, sıklıkla bölgesel lenf nodları, kemik, komşu veya uzak organ metastazları yaparlar. Buna karşın deri metastazları oldukça nadirdir ve

%0,7-9 arasında değişen insidans oranları bildirilmiştir.^{5,7} İç organ kanserleri arasında en çok deri metastazı yapan akciğer maligniteleridir ve tüm deri metastazlarının %28,6'sını oluşturur.⁴ Çok farklı tip ve biyolojik davranış gösteren akciğer kanserleri mevcuttur. Deri metastazı insidansı açısından akciğer kanserlerinin histolojik tipleri arasında çeşitli çalışmalarda farklı sonuçlar saptanmıştır. Hidako ve ark. 16 hastalık çalışmalarında belirgin farklılık saptamazken⁵, Terashima ve ark. 1084 hasta üzerinde yaptıkları çalışmalarında büyük hücreli akciğer kanserinde %10,3 oranında deri metastazı görülürken, küçük hücreli ve yassı hücreli tiplerde çok daha az oranda deri metastazı saptadıklarını bildirmişlerdir.¹ Metastatik cilt lezyonları, çoğunlukla birincil lezyonun tanısından en az beş sene sonra ortaya çıkmakta ve genelde yaşlı hastalarda görülmektedir.⁴

Metastatik deri lezyonları herhangi bir cilt bölgesinde



Şekil 3: Sağ omzun postoperatif birinci ay görünümü



Şekil 4: Sağ skapular bölgede metastatik deri lezyonu

oluşabilmesine rağmen, yaklaşık %50 oranında birincil tümörün yakınında oluşmaktadır.^{1,8} Buna göre akciğer kanserlerinin deri metastazlarının en sık yerleşim yerleri; göğüs ön duvarı, sırt, karın, daha nadir olarak saçlı deri ve boyundur. Ekstremitelerde ise çok daha nadir görülürler.^{1,5} Bizim olgularımızdan birisinde metastatik lezyon sırtta yerleşmişti. Bu ise akciğer kanseri deri metastazı için sık görülen ve tipik bir lokalizasyon olarak değerlendirilmektedir. Ancak, ikinci olgu iki farklı metastatik odakla karşımıza çıkmaktaydı ve bunlardan saçlı deride yerleşimli lezyonun daha nadir görülen bir metastaz olduğu söylenebilir.

Deri lezyonları genelde hızlı büyüyen, hareketli, ağrısız, nodül veya kitle şeklindedir, ancak ikinci olguda da görüldüğü gibi lezyon çevresinde renk değişikliği, inflamasyon ve ülserasyon da görülebilmektedir.^{4,9} Metastatik cilt lezyonlarının histopatolojik incelemesinde, sıklıkla epidermisi tutmadan, dermis içinde lokalize, yaygın atipik hücreler vardır, ancak nadiren subkutan yağ dokusuna ilerleyebilirler ve çoğunlukla birincil tümörden çok farklı değildirler.^{4,7} Hastanın hikayesinde mevcut olan malignitenin bilinmesi ve metastatik deri lezyonunun histopatolojik tanısının birincil tümörle uyumluluğu tanıyı kolaylaştırmaktadır.

Deri metastazı saptanan olguların seyri ve prognozu oldukça kötüdür, bu ise hastalığın artık ileri evrede olduğunu gösterir ve beraberinde beyin, kemik, karaciğer ve adrenal bezler gibi daha sıklıkla metastaz görülen organlarda tutulum olma olasılığı yüksektir. Bu nedenle

cerrahi öncesi hastanın birincil lezyon bölgesi olan toraks tekrardan değerlendirilmeli, bununla beraber, kemik, abdomen ve kranial bölgelerin de muhtemel uzak metastaz açısından değerlendirilmesi gerekmektedir. Ayrıca, torakal bölgenin bilgisayarlı tomografi ile değerlendirilmesinde lezyonların, nüks gösteren akciğer kanserinin deriye uzanımı olmadığı ortaya konmalıdır. Aksi takdirde cerrahinin ve tedavinin şekli değişecektir. Bu değerlendirmeler ışığında ve tümör boyutları da göz önüne alınarak hasta medikal ve radyasyon onkolojisi ile beraber ele alınmalı ve gerektiğinde tedaviye adjuvan veya neoadjuvan kemo-radyoterapi eklenmelidir.

Genellikle bu lezyonlar erken tespit edildiğinde kolaylıkla çıkartılabilir boyuttadır ve majör bir cerrahi gerektirmemektedir. Hastaların maligniteleri ve genel kondisyonları göz önüne alındığında, rezeksiyon sonrası rekonstrüksiyonun mümkün olduğunca basit yöntemlerle gerçekleştirilmesi önerilmektedir. Çünkü yapılan çalışmalarda deriye metastaz yapmış bu olguların ileri evre olduğu kabul edilmekte ve sağ kalım sürelerinin ortalama 4-6 ay kadar olduğu görülmüştür.^{1,5} Diğer taraftan, bizim olgularımızın yaklaşık bir yıllık takibinde herhangi bir problemle karşılaşmadıkları izlenmiştir. Bu durumda, geniş eksizyona rağmen derinin primer kapatılabildiği olgularda basit, primer kapatma uygulanmalıdır. Ancak, genellikle lezyonlar buradaki ikinci olguda da olduğu gibi çevresinde hiperemik bir bölgeyle karşımıza çıkabilirler. Bu ise, lezyon sınırlarını çıplak gözle ayırt etmemizi imkansız hale getirmektedir. Bu



Şekil 5: Sağ omzun postoperatif birinci ay görünümü

nedenle, lezyon çevresindeki hiperemik kısımları da içeren geniş eksizyon gerekmektedir ve lezyon kenarlarından itibaren 3 cm güvenlik sınırı bırakmanın uygun olacağı düşünülmektedir. Bu gibi geniş eksizyonlarda ise deri grefti ile onarım basit fakat bu hastalar için uygun bir tedavi yöntemidir. Daha derin veya kompozit defektlerde ise lokal, pediküllü veya serbest flepler tercih edilebilir.

Metastatik deri lezyonunun geniş eksizyonunun prognoz üzerine etkisi tartışmalıdır. Ancak, eğer mümkünse çıkartılması ve uygun bir yöntemle yumuşak doku rekonstrüksiyonunun en uygun ve en çabuk şekilde gerçekleştirilmesinin hastanın yaşam kalitesini yükselteceği açıktır. Sonuç olarak, akciğer kanserlerinin deri metastazları nadir de olsa klinikte karşımıza çıkabilmektedir. Bu nedenle, özellikle bilinen bir iç organ



Şekil 6: Sağ skapular bölgenin postoperatif birinci ay görünümü

malignitesi olan hastalarda mutlaka akılda tutulması gerekmektedir.

DR. SERHAN TUNCER
GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
PLASTİK, REKONSTRÜKTİF VE ESTETİK
CERRAHİ AD.
GAZİ HASTANESİ, 14.KAT
BEŞEVLER, 06500, ANKARA
Tel: 0.312.202 64 18
Fax: 0.312.212 99 08
e-mail: serhantuncer74@yahoo.com

KAYNAKLAR

1. Terashima T, Kanazawa M. Lung cancer with skin metastasis. *Chest*. 1994;106:1448.
2. Molina Garrido MJ, Guillen Ponce C, Soto Martinez JL, Martinez Y Sevilla C, Carrato Mena A. Cutaneous metastases of lung cancer. *Clin Transl Oncol*. 2006;8:330.
3. Molina Garrido MJ, Mora Rufete A, Guillen Ponce C, Macia Escalante S, Carrato Mena A. Skin metastases as first manifestation of lung cancer. *Clin Transl Oncol*. 2006;8:616.
4. Saeed S, Keehn CA, Morgan MB. Cutaneous metastasis: a clinical, pathological, and immunohistochemical appraisal. *J Cutan Pathol*. 2004;31:419.
5. Hidaka T, Ishii Y, Kitamura S. Clinical features of skin metastasis from lung cancer. *Intern Med*. 35:459, 1996.
6. Marcoval J, Moreno A, Peyri J. Cutaneous infiltration by cancer. *J Am Acad Dermatol*. (Epub ahead of print), 2007.
7. Schoenlaub P, Sarraux A, Grosshans E, Heid E, Cribier B. Survival after cutaneous metastasis: a study of 200 cases. *Ann Dermatol Venerol*. 128:1310, 2001.
8. Kikuchi Y, Matsuyama A, Nomura K. Zosteriform metastatic skin cancer: report of three cases and review of the literature. *Dermatology*. 202:336, 2001.
9. Matsuno Y, Watanabe K, Satoh H, Yamashita YT, Sekizawa K. Thenar metastasis from lung cancer. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2002;11:61.