

OLGU BİLDİRİMİ

Gastrik Kanserden Gelişen Leptomeningeal Karsinomatozis

Berna AYTAÇ, Ömer YERCI

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Bursa.

ÖZET

Leptomeningeal karsinomatozis malign hücrelerin leptomeninksleri infiltrasyonu ile gelişen, tüm kanserlerde görülebilecek yaygın bir komplikasyonudur. Sıklıkla meme ve akciğer kanseri, melanoma, lenfoma ve lösemilerle ilişkilidir. Primer gastrointestinal sistem tümörlerinden gelişen az sayıda olgu bildirilmiştir. Olgumuz 59 yaşında erkek hasta halsizlik, kilo kaybı yakınmaları ile hastaneye başvurdu. Uygulanan endoskopi sonrasında mide küçük kurvatür hizasında vejetan büyüme göstermiş tümöral kitle saptandı. Alınan biyopsi materyallerinin incelenmesi sonucunda az diferansiye adenokarsinoma tanısı konuldu. Hastada daha sonra başağrısı ve dengebozukluk yakınmaları gelişti. Gönderilen BOS materyalinin sitolojik incelemesinde taşlı yüzük hücreli karsinoma tanısı verildi.

Anahtar Kelimeler: Leptomeningeal karsinomatozis. Gastrik kanser. Sitoloji.

Leptomeningeal Carcinomatosis Arising From Gastric Cancer: A Case Report

ABSTRACT

The infiltration of the leptomeninges by malignant cells is a common complication of cancer and is called leptomeningeal carcinomatosis. The most common associated malignancies are breast and lung cancer, melanoma, lymphomas and leukaemias. Primary gastrointestinal tumours has been rarely reported with leptomeningeal carcinomatosis. A 59-year-old man was admitted to our hospital with the symptoms of fatigue and weight loss. The endoscopy showed a vegetan mass of the less curvature of stomach. The biopsy revealed a poor-differentiated adenocarcinoma. However, the patient complained of a headache and balance disorder afterwards. The cytology examination of the cerebrospinal fluid supported the diagnosis of signet ring cell carcinoma.

Key Words: Leptomeningeal carcinomatosis. Gastric carcinoma. Cytology.

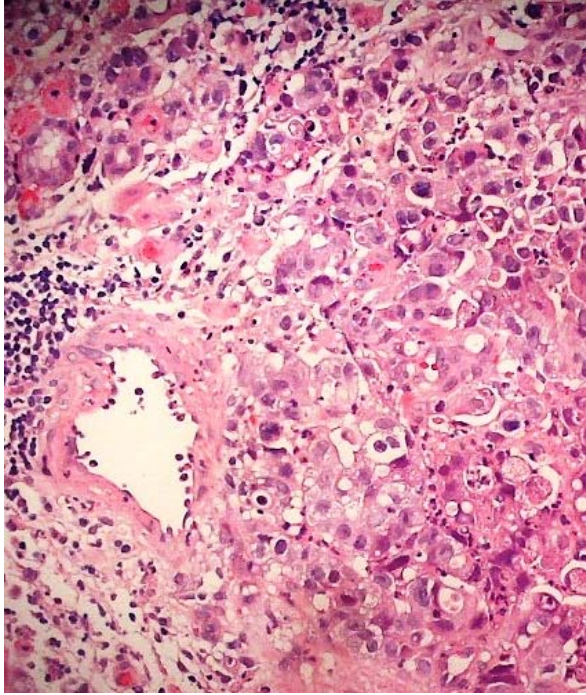
Leptomeningeal karsinomatozis (LK) malign hücrelerin leptomeninks infiltrasyonu ile gelişen, tüm kanserlerde görülebilecek yaygın bir komplikasyonudur¹. Sıklıkla solid tümörler veya hematolojik malignitelerden kaynaklanır¹. Solid tümörlerden meme, akciğer, melanoma², hematolojik malignitelerden ise lösemi, lenfoma ve özellikle lenfositik lösemi en sık görülenler arasındadır³⁻⁶. Primer gastrointestinal sistem tümörlerinden gelişen LK literatürde az sayıdadır⁷. Bu nedenle olgumuzu literatür bilgileri eşliğinde sunuyoruz.

Olgu

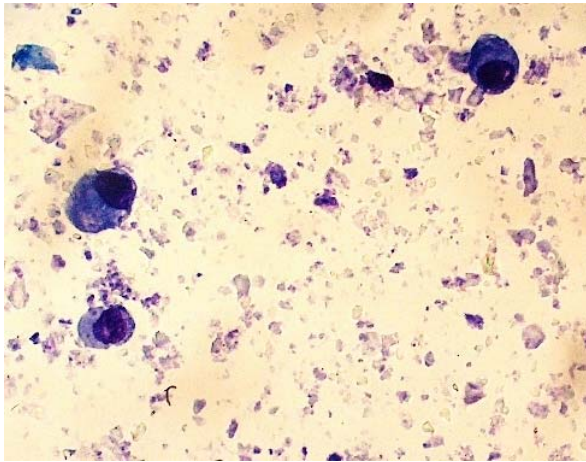
Ellidokuz yaşında erkek hasta halsizlik, kilo kaybı şikayetleri ile İç Hastalıkları polikliniğine başvurdu. Uygulanan endoskopi sonrasında mide korpus küçük kurvatür hizasında vejetan büyüme göstermiş tümöral kitle saptandı. Alınan biyopsi materyallerinin incelenmesi sonucunda az diferansiye adenokarsinom tanısı konuldu (Şekil 1). Hastada daha sonra başağrısı ve dengebozukluk şikayetleri gelişmesi üzerine kranial Magnetik Rezonans (MR) görüntüleme yapıldı. Kranial MR'da herhangi bir yer kaplayıcı lezyon saptanmadı ve lomber ponksiyon uygulandı. Gönderilen BOS materyalinin sitolojik incelemesinde oval ya da yuvarlak şekilli, nükleusları kenara itilmiş, taşlı yüzük hücresi şeklinde tek tek dağılmış atipik epitelyal hücreler izlendi (Şekil 2). Bu bulgular ile hastaya leptomeninkse metastaz yapmış taşlı yüzük hücreli karsinoma tanısı verildi.

Geliş Tarihi: 13.01.2009
Kabul Tarihi: 09.01.2010

Dr. Berna AYTAÇ
Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi
Patoloji Anabilim Dalı
Bursa/Türkiye
Tel:0.224.29500/53687
e-mail: bernaaytac@uludag.edu.tr



Şekil 1:
Mideden alınan biyopsi örneğinde adenokarsinoma görüntüsü (Hematoxilen-Eozin x 200)



Şekil 2:
BOS materyalinde taşlı yüzük hücresi şeklinde tek tek dağılmış atipik epitelial Hücreler (Giemsa x 400)

Tartışma

Kanserli hastalarda LK görülme sıklığı % 2–15 arasında değişmektedir^{3,4,8,9}. Bazı kanıtlara göre hastalarda primer tümörün agresif ve etkili tedavi sonrası, sağ kalım sürelerinin uzamasına bağlı olarak LK görülme sıklığıda artmıştır^{3,6,10}. Vakaların birçoğunu meme, akciğer adenokarsinomu, yaygın melanoma ve hematolojik maligniteler, daha nadiren de primer gastrointestinal tümörler oluşturur⁹. Patolojik olarak LK ayrı bir antite değildir. İzole LK, santral sinir

sistemi invazyonlu LK, ventriküler boşluklara yayımlı LK veya solid santral sinir sistemi metastazı ile ilişkili şekilde olabilir. Ayrıca direkt santral sinir sistemi veya nöromusküler yapılara yayılım şeklinde klinik görünüm sergileyebilir⁵. Meninklerde tümör metastazı tipik olarak 4 mekanizma ile oluşur. Hemisferik beyin metastazından meningeal yayılım, subdural veya ekstradural tümörlerden direkt yayılım, santral sinir sistemine komşu ancak santral sinir sistemi dışı alanlardan direkt yayılım ve en sık hematogen yayılım şeklindedir⁹. Beyin omurilik sıvısında (BOS) malign hücrelerin varlığı LK'in en önemli belirteçidir, radyolojik olarak kayda değer bir lezyon saptanmasa bile tümör hücreleri BOS'da kolayca gösterilebilir⁹.

LK çeşitli nörolojik belirtilere neden olabilir. Hızlı gelişen ilerleyici koma, delirium, hidrosefali ve lökoensefalopati hastalık seyriinde ortaya çıkabilir^{11,12}. Tamı konulduğu anda prognoz kötüdür ve ortalama yaşam süresi birkaç haftadan 17 aya kadar rapor edilmiştir^{3,13,14}. LK tedavisinde etkili bir metod bulunmamasıyla birlikte intratekal kemoterapi, serebral ve/veya spinal meninklere radyoterapi, sistemik kemoterapi ve intrakranial basınç artışı düşürecek cerrahi yöntemler uygulanabilir^{8,15}.

Literatürde bizim vakamıza benzer, gastrik kanserli leptomeningeal tutulum gösteren, az sayıda vaka bildirilmiştir^{7,10,16}. Bu vakaların ayırt edici özellikleri kötü diferansiye histolojide olması, tipik olarak taşlı yüzük hücre morfolojisi göstermeleri, primer organdaki tutulumun diffüz patern oluşturması, peritoneal karsinomatozis şeklinde sistemik yayılımın varlığı ve kemoterapi tedavisine yanıt vermesine rağmen LK gelişmesidir^{10,16}.

Kaynaklar

1. Pavlidis N. The diagnostic and therapeutic management of leptomeningeal carcinomatosis. *Ann Oncol* 2004;15:285–291.
2. Rudnicka H, Niwinska A, Murawska M. Breast cancer leptomeningeal metastasis the role of multimodality treatment. *J Neurooncol* 2007;84: 57–62.
3. Seute T, Leffers P, ten Velde GP, Twijnstra A. Leptomeningeal metastases from small cell lung carcinoma. *Cancer* 2005;104: 1700-5.
4. Deinsberger R, Regatschnig R, Kaiser B, Bankl HC. Spinal leptomeningeal metastases from prostate cancer. *J Neurooncol* 2006;76: 293-7
5. Eralp Y, Saip P, Aydın Z, Berkman S, Topuz E. Leptomeningeal dissemination of ovarian carcinoma through a ventriculoperitoneal shunt. *Gynecol Oncol* 2008;108: 248-50.
6. Sullivan LM, Smee R. Leptomeningeal carcinomatosis from perineural invasion of a lip squamous cell carcinoma. *Australas Radiol* 2006;50: 262-6.
7. Reggars JW, French SD. A case of leptomeningeal disease presenting as a lumbar nerve root radiculopathy: a case report. *Australas Chiropr Osteopathy* 1998;7: 112-5
8. Lisenko Y, Kumar AJ, Yao J, Ajani J, Ho L. Leptomeningeal carcinomatosis originating from gastric cancer: report of eight

Leptomeningeal Karsinomatosis

- cases and review of the literature. *Am J Clin Oncol* 2003;26: 165-70.
9. Bruno MK, Raizer J. Leptomeningeal metastases from solid tumors (meningeal carcinomatosis). *Cancer Treat Res* 2005;125: 31-52.
 10. Goddeeris K, Verslype C, Wilms G, Van Cutsem E. Leptomeningeal carcinomatosis associated with oesophageal adenocarcinoma: two case reports and review of the literature. *Acta Gastroenterol Belg* 2006;69: 377-80.
 11. Han L, Bhan R, Johnson S, et al. Leptomeningeal metastasis in a patient with squamous cell carcinoma of the uterine cervix: Report of a case and review of the literature. *Diagn Cytopathol* 2007;35: 660-2.
 12. Abdo AA, Coderre S, Bridges RJ. Leptomeningeal carcinomatosis secondary to gastroesophageal adenocarcinoma: a case report and review of the literature. *Can J Gastroenterol* 2002;16: 807-11.
 13. Sugimori K, Kobayashi K, Hayashi M, et al. Leptomeningeal carcinomatosis from urinary bladder adenocarcinoma: a clinicopathological case study. *Neuropathology* 2005;25: 89-94.
 14. Wolfgang G, Marcus D, Ulrike SLC. Clinical syndrome in different primaries. *J Neurooncol* 1998;38: 103-10.
 15. Cresto N, Barth A, Arnold M, et al. Extraordinary manifestation of a gastric carcinoma by leptomeningeal carcinomatosis and spinal metastasis. *Med Klin (Munich)* 2007;102: 255-8.
 16. Lee HG, Lee B, Kim SM, Suh BJ, Yu HJ. A case of gastric adenocarcinoma presenting as meningeal carcinomatosis. *Korean J Intern Med* 2007;22:304-7.