

## HER LİTİK KEMİK LEZYONU METASTAZ DEĞİLDİR: PRİMER AKCİĞER KANSERİYLE EŞ ZAMANLI FİBROMATOZİS

### EVERY LYTIC BONE LESION IS NOT A METASTASIS: PRIMARY LUNG CANCER AND SYNCHRONOUS FIBROMATOSIS

Kutsal TURHAN <sup>1</sup> Tuncay GÖKSEL <sup>2</sup> Alpaslan ÇAKAN <sup>1</sup>  
Deniz NART <sup>3</sup> Ufuk ÇAĞIRICI <sup>1</sup>

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, İzmir

<sup>1</sup> Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, <sup>2</sup> Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, <sup>3</sup> Patoloji Anabilim Dalı

**Anahtar sözcükler:** Akciğer karsinomu, kemik metastazı, fibromatozis

**Key words:** Lung cancer, bone metastasis, fibromatosis

#### ÖZET

Kemikler bronşiyal karsinomun sık metastaz yaptığı dokulardır. Bu çalışmada, tanı anında lokal ileri evre primer akciğer karsinomu ve başlangıçta litik kemik metastazı kuşkusu uyandıran göğüs duvarı kitlesi bulunan bir olgu sunulmuştur. Mediastinoskopi ile N2 hastalığı gösterilen olguya göğüs duvarı lezyonundan yapılan biyopsinin sonucunun fibromatozis olarak rapor edilmesi üzerine küratif kemoterapi ve mediastinal radyoterapi uygulanmış ve primer tümörde tam yanıt alınmıştır. Yine aynı tedaviyle göğüs duvarındaki fibromatoziste de belirgin regresyon izlenmiştir. Bu olguyla vurgulamak istediğimiz iki temel nokta, radyolojik olarak metastatik olduğu düşünülen kemik lezyonlarında, tedavi planını değiştireceği için eğer lezyonun yeri uygunsa histopatolojik tanı konulması gerektiği ve inoperabl veya irrezekektabl olgularda fibromatozisin kemoterapi ile de tedavi edilebileceğidir.

#### GİRİŞ

Ekstratorasik metastaz saptanan akciğer karsinomu olan hastalarda rezeksiyon yararlı değildir. Cerrahi tedavi akciğer karsinomunda

#### SUMMARY

Bones are the frequent sites of metastases that are detected throughout the course of bronchial carcinoma. In this article, we present a case of a primary lung cancer in advanced stage and a lytic chest wall mass that had been initially suspected as bone metastasis. Mediastinoscopic biopsy showed an N2 lymph node and surgical biopsy from the chest wall lesion revealed fibromatosis. As a result of chemotherapy, the fibromatosis at the chest wall was also disappeared as well, in addition to the lung cancer. With this report we would like to emphasize that not all the bone lesions although supported radiologically are metastatic and they shall undergo histopathological examination and in case of inoperable or irresectable fibromatosis, chemotherapy could be the choice of treatment.

temel tedavi seçeneği olduğundan, hasta doğru evrelendirilmeli ve varsa metastazlar mutlaka ortaya konmalıdır (1). Metastazlar sıklıkla kemiklerde izlenir. Semptomlar,

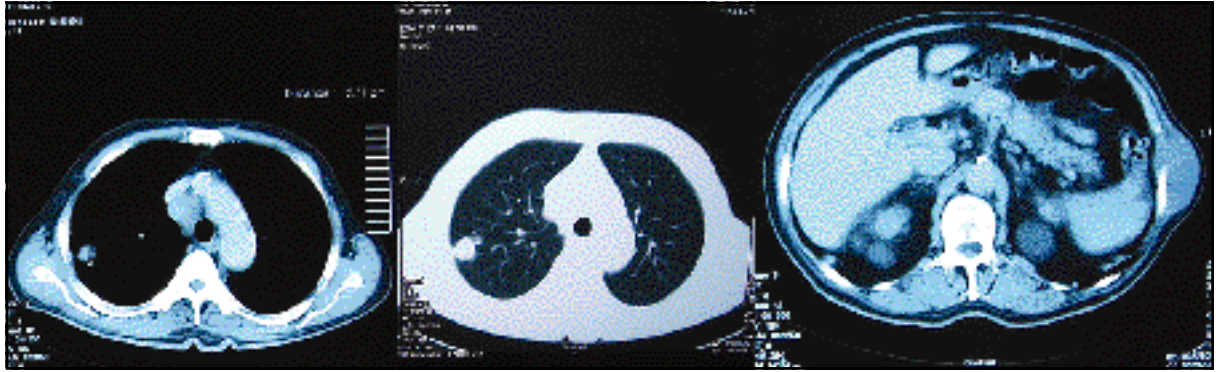
potansiyel komplikasyonlar, evreleme, tedavi ve prognoz açısından doğuracağı sonuçlar nedeniyle kemik metazları oldukça önemlidir (2).

Biyolojik davranışı fibröz lezyon ve fibrosarkom arasında bulunan fibromatozisler patogenezi tam açıklanamayan mezenkimal tümörlerdir (3). Soliter veya multipl olabilirler. Etiyolojik faktör olarak travma, hormonlar ve ailesel yatkınlık söylenebilir de, asıl neden ortaya konulamamıştır. Lokal rekürrens riski yüksek olduğundan geniş cerrahi rezeksiyon yapılmalıdır (4).

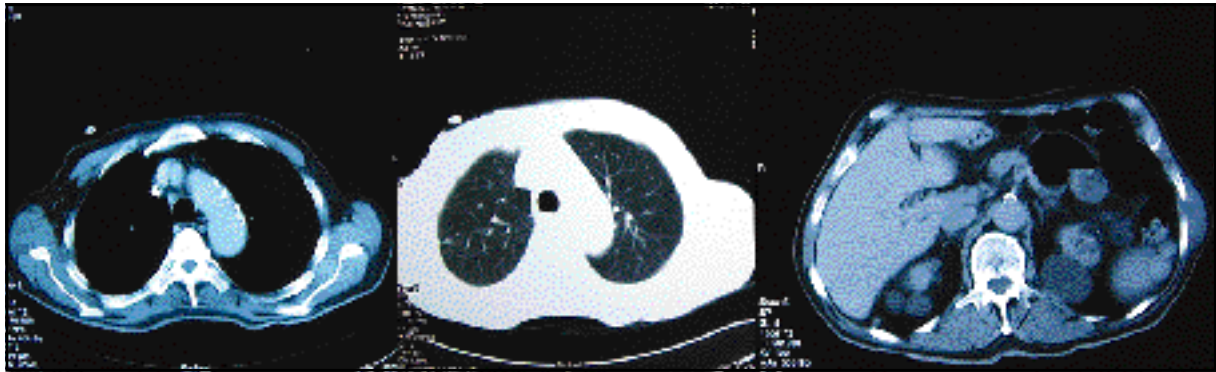
#### OLGU

69 yaşında, erkek hasta bir aydır bacak ağrısı ve sol hemitoraksın lateral kısmında şişlik

şikayeti ile kliniğimize refere edildi. Hipertansiyonu, diabetes mellitusu ve kronik böbrek yetmezliği nedeniyle periton diyaliz öyküsü bulunan hastanın fizik muayenesinde göğüs duvarına fikse şişlik saptandı. Radyolojik olarak sağ akciğer üst lobda tümöral kitle, sağ paratrakeal lenfadenopati, sol hemitoraksın lateral kısmında kot destrüksiyonu oluşturmuş, kemik metastaz kuşkusu uyandıran kitle izlenmekte idi (Şekil 1). Kemik sintigrafisinde göğüs duvarındaki lezyonda artmış aktivite saptandı. Hasta primer akciğer karsinomu ve kemik metastazı ön tanısıyla ileri tetkik amacıyla kliniğimize yatırıldı. Mediastinoskopi ile mediastinal lenf nodu örneklemesi yapıldı. Hastaya patoloji sonucuna göre N2 kombine küçük hücreli akciğer



**Resim 1.** Sağ üst lob tümörünü, sağ paratrakeal lenfadenopatiyi ve sol hemitoraks duvarındaki kitleyi gösteren tanı anındaki bilgisayarlı tomografi kesitleri.



**Resim 2.** Kemoterapi ve radyoterapi bittikten sonraki 4. ayda çekilen bilgisayarlı tomografi kesitleri.

karsinomu tanısı konuldu. Kemik lezyonundan yapılan biyopsi sonucu fibromatozis olarak bildirildi. Hasta kemoradyoterapi programına alındı. 4 kür kombine cisplatin (75 mg/m<sup>2</sup>) ve etoposide (120 mg/m<sup>2</sup>) kemoterapisi; sonrasında sağ üst lob tümör ve mediastinuma toplam 60 Gray radyoterapi uygulandı. Üç lezyon da; primer tümör, mediastinal lenf nodu ve göğüs duvarındaki kitle tedaviye iyi yanıt verdi. Takibinin 4. ayındaki toraks bilgisayarlı tomografisinde primer tümör ve paratrakeal lenf nodunda tam yanıt ve göğüs duvarı kitlesinde belirgin regresyon izlendi. (Şekil 2).

#### TARTIŞMA

Desmoid fibroma, agresif fibromatozis, desmoma ve desmoplastik fibroma gibi değişik isimler verilmiş desmoid tümörler nadir görülürler (5). Çizgili kasların bağ dokusundan oluşan bu tümörler lokal invaziv olup metastaz yapmazlar ve rezeksiyon sonrası rekürrensleri siktir (6). Desmoid tümörlerin %20'si göğüs duvarında izlenmektedir (6). Göğüs duvarı desmoidleri palpabl kitle ve ağrı şikayeti ile ortaya çıkarlar. Sinir tutulumunda, dağılım bölgesine göre duyu ve motor semptomlar oluşur (7). Çoğu, akciğer grafisinde saptanır ve kemik tutulumuna ait bulgular gösterebilirler. Bilgisayarlı tomografi genellikle yeri ve boyutu hakkında bilgi verir (7). Kas tabakaları ve yumuşak dokuda invazyon oluşturabilir. Kemik dokuda aşınma, yüzeyel kortikal defekt veya patolojik kırıklar oluşturabilir (7). Desmoid tümörlerin patogenezi halen aydınlatılamamıştır (8). Etiyolojik faktörün travma, hormonlar ve ailesel yatkınlık olduğu düşünülse de gerçek neden kanıtlanamamıştır.

Fibromatozisler lokal rekürrens riskli yüksek tümörlerdir. Desmoid tümörlerin standart bir tedavisi halen bulunmamaktadır. Genel

görüş, geniş lokal rezeksiyonun en iyi tedavi seçeneği olduğu yönündedir (3). Lokal rekürrens oranı %40 olarak bildirilmektedir (3). Kabiri ve arkadaşlarının 8 olgu içeren çalışmasında lokal rekürrens oranı %50 saptanmıştır (5). İnkomplet rezeksiyonlarda veya cerrahi sonrası adjuvan tedavi olarak radyoterapi uygulanmaktadır (9). Sarkomlar (bağ dokusu) ile benzer orijinli olmaları ve düşük dereceli fibrosarkomlardan ayrımının zorluğu nedeniyle kemoterapi yapılabilir (5). Kemoterapi cerrahi sonrası adjuvan tedavi olarak da kullanılabilir. Değişik kemoterapi protokolleri uygulanmaktadır (Doxorubicin, Vinblastine, Methotrexate) (10,11). Ayrıca bazı çalışmalarda kolşisin, östrojen analogları ve non-steroid antiinflatuarların tedavide kullanılabilirliğini bildirilmiştir (12,13). Buna rağmen Allen ve arkadaşları radyoterapi veya kemoterapötik ajanların lokal rekürrensi engellemediği göstermiştir. 5 yıllık sağ kalım %90-100'dür (5,8).

Hastamıza fibromatozis tanısı konulduktan sonra buna yönelik tekrar sorgulandığında, bir yıl önce sol hemitoraks üzerine düşme öyküsünün bulunduğu öğrenildi. Olgumuzda fibromatozisin muhtemel sebebinin travma olduğu düşünüldü.

Bu olguyla vurgulamak istediğimiz temel nokta, radyolojik olarak metastatik olduğu düşünülen uygun kemik lezyonlarında eğer lezyonun yeri uygunsa histopatolojik tanı konulması gerektiğidir. Radikal cerrahi rezeksiyon düşünülen ve uygun olan her hastada metastaz histopatolojik olarak kanıtlanmalı, bir metastaz odağının tedavi planını değiştireceği unutulmamalıdır. Küçük hücreli akciğer karsinomu tanısı alan olgumuzda kemik lezyonu radyolojik ve sintigrafik olarak metastaz kabul edilseydi, ileri evre olarak değerlendirilecek ve radyoterapi şansını yitirecekti. Bu olgu, radikal tedavi şansı olan her hasta-

da tek metastaz odağının bile histopatolojik tanısının önemini kanıtlamaktadır. Ayrıca, fibromatozisde kemoterapinin, cerrahi tedaviye uygun olmayan ya da tümörün tam rezeke edilemediği olgularda uygun bir tedavi

seçeneği olabileceğini, ancak fibromatozisli olgularda hangi tedavi yöntemi uygulanmış olursa olsun yüksek lokal rekürrens riski nedeniyle uzun süreli takip yapılması gerektiğini vurgulamak istiyoruz.

#### KAYNAKLAR

1. Silvestri GA, Littenberg B, Colice GL. The clinical evaluation for detecting metastatic lung cancer. A meta-analysis. *Am J Respir Crit Care Med* 1995; 152: 225-30.
2. Foo SS, Ramdave S, Berlangieri SU, Scott AM. Detection of occult bone metastases of lung cancer with Fluorine-18 fluorodeoxyglucose positron emission tomography. *Australas Radiol* 2004; 48: 214-6.
3. Nadir A, Kaptanoglu M, Yıldız E, Songur Ö. Versatile Nature of Chest Wall Tumors: A Case of Aggressive Fibromatosis. *Toraks Dergisi* 2003; 4: 283-85.
4. Allen PJ, Shriver CD. Desmoid tumors of the chest wall. *Semin Thorac Cardiovasc Surg* 1999; 11: 264-9.
5. Kabiri EH, Al Aziz S, El Maslout A, Benosman A. Desmoid tumors of the chest wall. *Eur J Cardiothorac Surg* 2001; 19: 580-3.
6. Mckinnon JG, Neifeld JP, Kay S, Parker GA, Foster WC, Lawrence W Jr. Management of desmoid tumors. *Surg Gynecol Obstet* 1989; 169: 104-6.
7. Dashiell TG, Payne WS, Hepper NGG, Soule EH. Desmoid tumors of the chest wall. *Chest* 1978; 74: 157-62.
8. Enzinger FM, Weiss SW. Soft Tissue Tumors. Fibromatoses. Chapter 10, Third edition, Maple-Vail Book Mfg. Group, St Louis. 1995: pp 201-29.
9. Sherman NE, Romsdahl M, Evans H, Zagars G, Oswald MJ. Desmoid tumors: a 20-years radiotherapy experience. *J Radiat Oncol Biol Phys* 1990; 19: 37-40.
10. Seiter K, Kemeny N. Successful treatment of a desmoid tumor with doxorubicin. *Cancer* 1993; 71: 2242-4.
11. Weiss AJ, Lackman RD. Low-dose chemotherapy of desmoid tumors. *Cancer* 1989; 64: 119-24.
12. Dominguez-Malagon HR, Alfeiran-Ruiz A, Chavarria-Xicotencatl P, Duran-Hernandez MS. Clinical and cellular effects of Colchicine in fibromatosis. *Cancer* 1992; 69: 2478-83.
13. Waddell WR, Gerner RE, Reich MP. Non-steroid anti-inflammatory drugs and tamoxifen for desmoid tumors and carcinoma of the stomach. *J Surg Oncol* 1983; 22: 197-211.

---

#### Yazışma Adresi:

Dr. Kutsal TURHAN  
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi,  
Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, İZMİR  
Tel: 0 232 390 46 80  
e-posta: kutsal.turhan@ege.edu.tr

---