

# Bronş Karsinomlu Bir Olguda Akrometastaz

Yılmaz Bülbül, Savaş Özsu, Tefik Özlü, Funda Öztuna

Karadeniz Teknik Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Trabzon, Türkiye

## ÖZET

### Bronş Karsinomlu Bir Olguda Akrometastaz

Malign hastalıkların seyri esnasında kemik metastazları sık saptanmasına karşın, el ve ayak kemiklerinin metastatik tümörleri oldukça nadir görülmektedir. Kliniğimizde küçük hücreli dışı akciğer karsinomu tanısı alan ve kemoterapi planlanan 67 yaşındaki erkek hasta, sağ el 5. parmak ve sol ayak bileğinde oluşan ağrı, şişlik ve hassasiyet şikayetleri nedeniyle yeniden değerlendirildi. El ve ayak radyografilerinde sağ el 5. parmak orta falanksında, ve sol ayak bileğinde talusta litik kemik lezyonları izlendi. Kemik sintigrafisinde de belirtilen her iki lokalizasyonda metastaz lehine aktivite artışları saptandı. Sistemik kemoterapi ve sol ayak bileğine yönelik palyatif radyoterapi sonrasında şikayetleri belirgin olarak azalan hasta, halen 8. ayında takip edilmektedir.

**Anahtar sözcükler:** akciğer kanseri, akrometastaz, epidermoid karsinom, kemik metastazi

Geliş tarihi: 14.06.2005

Kabul tarihi:18.08.2005

## ABSTRACT

### Acrometastasis in a Case with Bronchial Carcinoma

Although bone metastasis is frequently observed during the course of malignant diseases, metastatic tumors of the hands and feet are quite rare. In our clinic, a 67 years old male who was diagnosed as having non-small cell lung cancer was re-evaluated before the first planned chemotherapy, because of pain, swelling and tenderness in the fifth finger of right hand and in the left ankle. In the hand and foot radiographs, lytic bone lesions were observed in the fifth metapalanx of right hand and in the talus bone of left ankle. Bone scan was also showed increased uptake in both location. After the systemic chemotherapy and palliative radiotherapy for left ankle, the symptoms resolved clearly and he has still under follow up of for 8 months.

**Keywords:** lung cancer, acrometastasis, squamous cell carcinoma, bone metastasis

Received: 14.06.2005

Accepted: 18.08.2005

## GİRİŞ

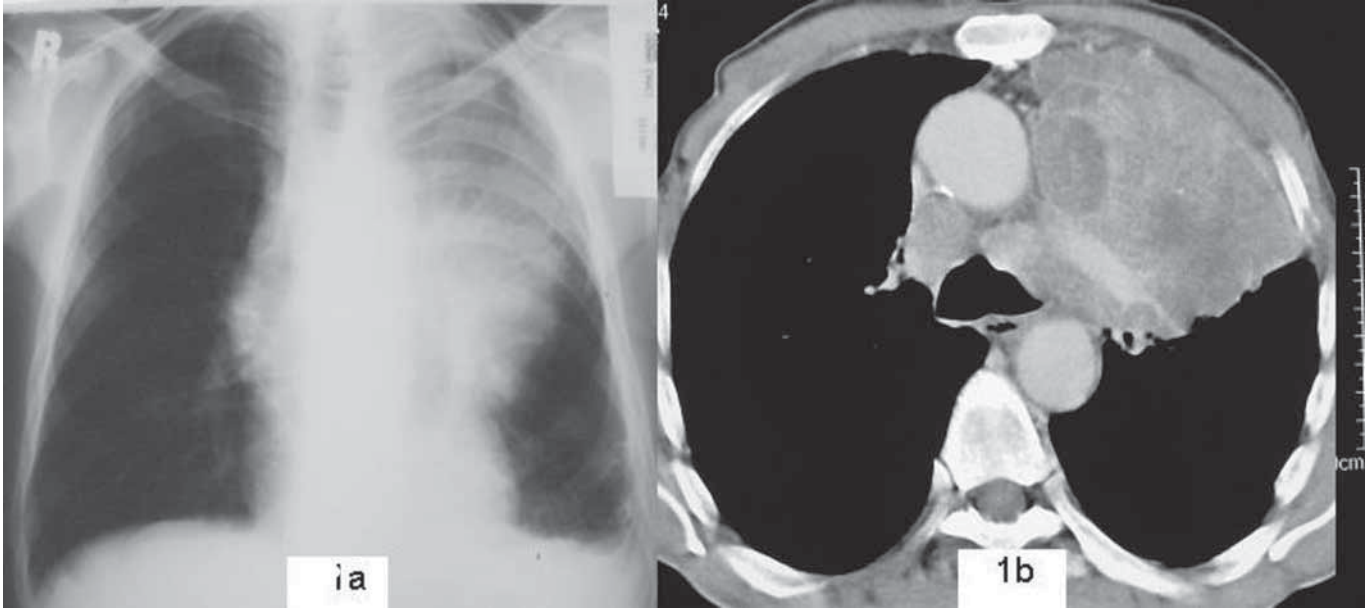
Akciğer kanserli olguların sadece %10-15 kadarı erken evrelerde, kalan kısmı ise operasyon şansını kaybetmiş olarak ileri evrelerde hekime başvurmaktadırlar [1]. Başvuru anında olguların yarısından fazlasında ise uzak metastaz saptanmaktadır [2]. Metastatik yayılım sıklıkla kemikler, karaciğer, sürrenal bezler, beyin, lenf nodları ve cilde olmaktadır [1]. Kemik metastazları daha çok meme ve prostat kanserlerinde görülmekle birlikte, meme ve prostat kanserlerini akciğer kanserleri takip etmektedir ve ilk başvuru anında her dört akciğer kanserli olgudan birisinin (%25 olgunun) kemik ağrıları ile hekime başvurduğu belirtilmektedir (1,3). Neoplastik hastalıkların seyri sırasında özellikle aksiyel iskelet ve proksimal uzun kemikler sık tutulmasına karşın, el ve ayak gibi distal organlardaki kemiklerinin tutulumu oldukça nadirdir. Tüm metastazlar içinde el ve ayak kemiği tutulumlarının % 0.1'den az olduğu belirtilmektedir [4]. Nadir görülmesi nedeniyle, el ve ayak kemiklerine metastaz yapmış akciğer kanseri olgumuz literatür eşliğinde tartışılarak sunulmuştur.

## OLGU

68 yaşında erkek hasta, son iki aydır mevcut olan öksürük ve kan tükürme şikayetleri ile Ekim 2004'te polikliniği-

mize başvurdu. Akciğer radyografisinde sol hilusta, düzensiz sınırlı kitle lezyon (Şekil 1a) saptanması üzerine Toraks BT alındı. Tomografide sol üst lob bronşunu oblitere eden 4.5 cm boyutunda kitle lezyon ve periferinde atelektatik akciğer dokusu ve ayrıca multipil mediastinal lenf nodları izlendi (Şekil 1b). Bronkoskopide sol ana bronş karinadan itibaren ödemli ve daralmış idi ve alt lob bronşu orifisi infiltrate idi. Buradan alınan biyopsi ve fırçalama örneklerinde epidermoid karsinom ile uyumlu neoplazi rapor edildi (Şekil 2). Takiben yapılan taramalarla evre IV (karaciğer, sürrenal ve karşı akciğer metastazı) küçük hücreli dışı akciğer kanseri tanısı konularak kemoterapi planlandı. Ancak bu esnada sağ el 5. parmakta ve sol ayak bileğinde ağrı, şişlik ve hassasiyet (ısı artışı ve kızarıklığın eşlik etmediği) şikayetleri oluştu. Diğer sistemlerin muayenesinde: solunum seslerinde bilateral azalma ve ekspiratuar ronküsleri mevcuttu, ayrıca mezokardiyak odakta 4/6 sistolik üfürüm alındı ve juguler venöz dolgunluk ile karaciğer kot altında 3 cm büyümüş olarak tespit edildi Aynı dönemde yapılan hemogramda BK: 6800, Hb: 11 mg/dl, Plt: 233 bin ve sedimentasyon 86 mm/saat olarak bulundu. Kan biyokimyasında alkalen fosfataz yüksekliği (570 U/L) dışında ek anormallik saptanmadı. Ekokardiyografide aort kapak hastalığı ve pulmoner hipertansiyon saptandı. Direkt el ve ayak grafilerinde; sağ 5. parmak orta falanksında ve sol ayak bileğinde talusta litik lezyonlar izlendi (Şekil 3, 4).

Yazışma Adresi: Dr. Yılmaz Bülbül, Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı Trabzon-Türkiye, Tel: +90 462 3775402, e-posta: ybulbul@meds.ktu.edu.tr



**Şekil 1.** Olgunun ilk başvuru anında alınan akciğer grafisi (1a) ve tomografisi (1b). Akciğer grafisinde sol hilusta sınırları net izlenemeyen kitle lezyonu, periferinde anteriorda orta ve üst zonlarda yoğunlaşan dansite artışı ve sol diyafragmada elevasyon (1a). Tomografide sol üst lob bronşunu ve sol ana pulmoner arteri saran ve periferindeki atelektatik akciğer dokusundan sınırları net ayırt edilemeyen kitle lezyonu ve ayrıca mediastende çok sayıda lenf nodları görülüyor.

Kemik sintigrafisinde de belirtilen her iki lokalizasyon yanında, ayrıca sağ humerus proximalinde, sağ dirsek ekleminde, sol femur diyafizinde, sol 1. kosta anteriorunda ve sol tibia distal epifizinde metastaz lehine aktivite artışları saptandı (Şekil 5). Mevcut bulgularla hastaya kemoterapi başlandı ve sol ayak bileğine ise palyatif radyoterapi uygulandı. Ayrıca kemik komplikasyonu olasılığını azaltmak amacıyla bifosfanat tedavisi uygulandı. Tedavi sonrasında el ve ayak bileğinde şişlik ve ağrı şikayetleri azalan hasta halen 8. ayında takip edilmektedir.

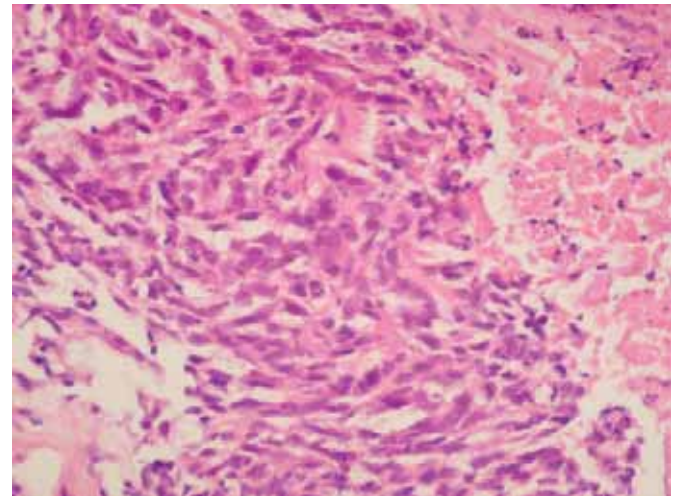
## TARTIŞMA

Akciğer kanserinde hastaların 1/3 kadarı uzak metastazlara ait semptomlar ile, %25 kadarı da kemik metastazlarına bağlı hafif ya da şiddetli kemik ağrıları ile hekime başvurmaktadırlar [1,5]. Hatta bazı yayınlarda, ilk başvuru semptomu kemik ağrısı olan olgularda tablonun yanlışlıkla osteomyelit, gut, romatoid artrit ve septik artrit gibi enflamatuvar süreçlerle karıştırılabileceği belirtilmektedir [6,7]. Olgumuzun öksürük ve kan tükürme gibi primer solunumsal şikayetlerle başvurmuş ve spesifik tanı almış olması nedeniyle kemik semptomları ilk oluştuğu andan itibaren metastaz lehine değerlendirilmiştir. Kemik metastazı olan hastalarda önemli oranda hafif ya da şiddetli kemik ağrıları oluşmakla birlikte, ilginç olarak %25 kadar kemik metastazlı olgunun asemptomatik seyrettiği belirtilmektedir [5].

El ve ayak kemiği metastazları oldukça nadir görülmele birlikte, el kemiklerine en sık metastaz yapan kanserler arasında akciğer kanserleri ilk sırayı almaktadır. Bunu taki-

ben meme, böbrek ve kolon kanserleri gelmektedir [4,6,8]. Tüm kanserlerin % 0.1'i falanks metastazı yaparken bu oranın akciğer kanserinde 2 kat daha fazla olduğu belirtilmektedir [4,9]. Ayak kemiklerine sık metastaz yapan kanserler ise sırasıyla kolorektal kanserler, böbrek ve akciğer kanserleri olarak belirtilmektedir [4,9]. El kemikleri arasında terminal falanksların daha çok tutulduğu, bunu takiben hastamızda da olduğu gibi, metakarp ve proksimal falanksların etkilendiği belirtilmektedir [6,8].

Tümör hücreleri kemiğe büyük oranda hematogen yayılımla ulaşmaktadır, ancak bazı tümörlerin komşuluk



**Şekil 2.** Olgunun sol ana bronş girişinden alınan biyopsi örneği; epidermoid karsinom (hemotoxilen-eozin x400). İmmünohistokimyasal incelemede NSE ve kromogranin negatif olarak saptanmıştır.



Şekil 3. Sağ el 5. parmak orta falanksında belirgin litik kemik lezyonu.

yoluyla da lokal kemik invazyonlarına neden olabileceği bilinmektedir [5]. Küçük kemiklerde kemik iliği olmayışının, bu bölgelerde tümör hücrelerinin yerleşip büyümesi için bir engel oluşturabileceği vurgulanmaktadır [8]. Bu nedenle metastazların oluşumunda implantasyonu kolaylaştıran ve lokal doku direncini kıran bir durumun (travma, geçirilmiş hastalıklar vb) varlığı yanında, tümör hücrelerinin aderensini arttıran bazı kemotaktik faktörlerin (örneğin prostaglandinlerin) de rol oynayabileceği belirtilmektedir [8]. Carvalho ve ark.ları kendi olgularında vena kava superior sendromuna bağlı staz nedeniyle tümör hücrelerinin kemikte tutunmasının kolaylaşmış olabileceğini ileri sürmüşlerdir [8]. Bizim olgumuzda da artmış venöz tonusunun varlığı bu mekanizmanın geçerli olabileceğini düşündürmektedir. Nitekim, ilk başvuru esnasında saptanan kalp kapakçık hastalığı, artmış pulmoner arter basıncı ve juguler venöz dolgunluk, hastamızda venöz sistemde bir basınç artışını ve stazı telkin etmektedir.

Sonuç olarak, akrometastaz gelişimi nedenleri kesin bilinmemekle birlikte, literatürde belirtilen lokal doku direncini kıran durumlar ve bazı kemotaktik faktörlere



Şekil 4. Sol ayak bileğinde talusta destrüksiyon ve litik lezyonlar.



Şekil 5. Olgunun tüm vücut kemik sintigrafisi (posteriordan): Sağ el parmağı ve sol ayak bileğinde metastaz lehine aktivite artışları yanında, sağ humerus proximali, sağ dirsek eklemleri, sol femur diyafizi, sol 1. kosta anterioru ve sol tibia distal epifizinde metastatik aktivite artışları.

ek olarak, vasküler staza yol açabilen venöz kompresyon, kardiyak yetersizlik gibi durumlar da malign hücrelerin el ve ayak kemiklerine tutunmasını kolaylaştırarak akrometastazların oluşumuna katkıda bulunabilir.

**KAYNAKLAR**

1. Beckles MA, Spiro SG, Colice GL, Rudd RM. Initial evaluation of the patient with lung cancer: symptoms, signs, laboratory tests, and paraneoplastic syndromes. *Chest* 2003;123:97-104.
2. Bulbul Y, Oztuna F, Topbas M, Ozlu T. Survival analyses of patients with thoracic complications secondary to bronchial carcinoma at the time of diagnosis. *Respiration* 2005;72:388-94.
3. Kerin R. The hand in metastatic disease. *J Hand Surg [Am]* 1987;12:77-83.
4. Asthana S, Deo SV, Shukla NK, Raina V. Carcinoma breast metastatic to the hand and the foot. *Australas Radiol* 2001;45:380-2.
5. Nielsen OS, Munro AJ, Tannock IF. Bone metastases: pathophysiology and management policy. *J Clin Oncol* 1991;9:509-24.
6. Sahbaz S, Kılınc O, Vayvada H ve ark. Opere bronş karsinomlu hastada distal falanks metastazı. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi* 2004;52:378-81.
7. Janne PA, Datta MW, Johnson BE. Lung cancer presenting with solitary bone metastases. Case 2: acrometastasis as an initial presentation of non-small-cell lung carcinoma. *J Clin Oncol* 1999;17:2998-3001.
8. Carvalho Hde A, Tsai PW, Takagaki TY. Thumb metastasis from small cell lung cancer treated with radiation. *Rev Hosp Clin Fac Med Sao Paulo* 2002;57:283-6.
9. Libson E, Bloom RA, Husband JE, Stoker DJ. Metastatic tumours of bones of the hand and foot. A comparative review and report of 43 additional cases. *Skeletal Radiol* 1987;16:387-92.