

TÜRKDERM

Deri Hastalıkları ve Frengi Arşivi
Yıl:2002 Cilt:36 Sayı:1

Karsinoma Erizipelatoides

Ömer Çalka*, Ahmet Metin*, Süleyman Özen**, Muammer Karaayvaz***

* Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Van

** Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Van

*** Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Onkoloji Anabilim Dalı, Van

Özet

Karsinoma erizipelatoides (KE) , internal neoplazilerin deri metastazı ve metastatik hücrelerinin dermal lenfatikleri tıkanmasıyla oluşan erizipel benzeri tablodur. En sık meme kanserine bağlı ortaya çıkmakla beraber gastrik malignite gibi diğer kanserlerle de ilişkili olabilir.

Burada, sol pektoral bölgede eritemli, endüre plaklar şeklinde KE ortaya çıkan ve gastrik adenokarsinoma ile ilişkili olan 55 yaşında bir erkek olgu sunuyoruz. Hasta TürkDermatoloji literatüründe bildirilen gastrik adenokarsinomla ilişkili ilk olgudur. Anahtar Kelimeler: Karsinoma erizipelatoides, gastrik adenokarsinoma, deri metastazı

Çalka Ö, Metin A, Özen S, Karaayvaz M. Karsinoma erizipelatoides. TÜRKDERM 2002; 36: 64-67.

Summary

Carcinoma erysipelatoides (CE) is an erysipelas like condition resulting from cutaneous metastases and lymphatic dermal occlusion with metastatic cells of internal malignancies. Although, most commonly it occurs due to breast carcinoma, it may also be associated with other carcinomas such as gastric malignancy. Here, we present a 55-year-old male with CE, who has erythematous indurated plaques in the left pectoral area and associated with a gastric adenocarcinoma. This is the first case of CE associated with gastric adenocarcinoma in the Turkish dermatological literature.

Key Words: Carcinoma erysipelatoides, gastric adenocarcinoma, cutaneous metastases.

Çalka Ö, Metin A, Özen S, Karaayvaz M. Carcinoma erysipelatoides. TÜRKDERM 2002; 36: 64-67.

inflatuar karsinom olarak da bilinen Karsinoma erizipelatoides (KE), internal neoplazilerin deri metastazı ve metastatik hücrelerinin dermal lenfatikleri tıkanmasıyla oluşan erizipel benzeri tablodur. En sık meme kanserinde görülürken GıS malinitelerine bağlı gelişimi oldukça nadirdir1,2.

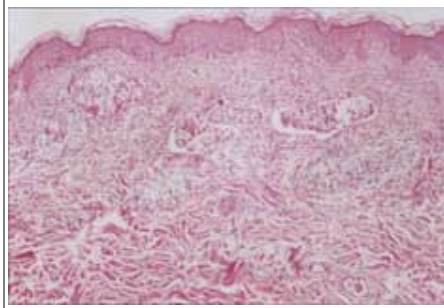
Olgu

Elli beş yaşında erkek hasta üç hafta önce sol göğüs bölgesinde ortaya çıkan, zamanla genişleyen ve antibiyotik tedavisine cevap vermeyen ağrısız kızarıklık nedeniyle kliniğimize başvurdu. Yaklaşık 6 ay önce hazımsızlık şikayetlerinin araştırılması sırasında midesinde kanser olduğu tespit edilerek subtotal gastrektomi + rejional lenf nodu diseksiyonu operasyonu geçirdiği öğrenildi. Herhangi bir uzak metastaz saptanamayan (M0) olguda tümörün antral yerleşimli vejetan tipte olduğu ve mide serozasına kadar ulaştığı (T3), patolojik incelemede midenin her iki kurvaturundan çıkarılan 12 lenf nodundan 4'ünün tutulduğu (N2), tümörün orta derecede diferansiye adenokarsinom ve cerrahi sınırların sağlam şeklinde değerlendirildiği tespit edildi. T3, N2, M0 lokal ileri evre olarak değerlendirilen ve operasyon sonrası radyoterapiyi reddeden hastaya 5-florourasil, adriamisin ve mitomisinden oluşan adjuvan kemoterapi kürünün başlandığı ve şu ana kadar 4 kür uygulandığı anlaşıldı.

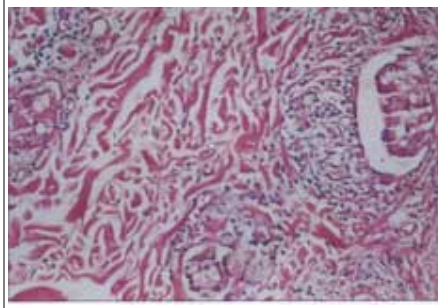
Dermatolojik muayenede hafif ağrı ve yanma hissiyle birlikte tariflenen, areola çevresini de kapsayacak şekilde sol pektoral bölgeden aksillaya doğru uzanan yaklaşık 20x15 cm'lik bir alanda eritemli, keskin ve düzensiz sınırlı maküler plaklar bulunuyordu (şekil-1). Üzerine basmakla solmayan ve merkezde homojen, periferde daha küçük yamalar şeklindeki bu plaklarda hafif ısı artışı ve endürasyon vardı. Özenle yapılan palpasyonda herhangi bir kitle algılanmadı. Aksillada ise 1x1 cm ebadında sert ve hareketli bir adet LAP mevcuttu. Rutin laboratuvar tetkiklerinde orta derecede sedimantasyon artışı (28/sa) ve hipokrom mikrositer anemi (hemoglobin 10.8 gr/dl, eritrosit 4.2 milyon/mm³, hematokrit % 34, ortalama eritrosit hacmi 80.9 µ³, ortalama eritrosit hemoglobini 25.7 pg, ortalama eritrosit hemoglobin konsantrasyonu 31.7 gr/dl) dışında özellik yoktu (lökosit 4100/mm³, trombosit 210000/mm³, açlık kan şekeri 101 mg/dl, AST 21 ü/L, ALT 22 ü/L, LDH 146 ü/L, GGT 20 ü/L, alkalen fosfataz 63 ü/L, amilaz 74 ü/L, üre 18 mg/dl, kreatinin 1.3 mg/dl, Ca⁺ 9.5 mg/dl, inorganik fosfor 3.5 mg/dl, Na⁺ 141 mEq/L, K⁺ 4.8 mEq/L). Torakal ve abdominal bilgisayarlı tomografi, PA akciğer grafisi, abdominal ultrasonografi, kemik sintigrafisi ve endoskopide lokal nüks, metastaz ya da kitle oluşturan başka bir oluşuma ait bulguya rastlanmadı. Gastrik karsinoma deri metastazı ön tanısıyla alınan punch biyopsi örneğinin histolojik incelemesinde yüzeysel ve derin lenfatikler yer yer adenoid yapı gösteren tümör hücreleriyle yoğun bir şekilde infiltrasyona uğramıştı (şekil-2, şekil-3), ayrıca östrojen ve projesteron reseptörleri için yapılan immünohistokimya boyaması menfi idi. Mide adenokarsinomu metastatik cilt nüksü olarak değerlendirilen ve kemoterapisi interferon-2alfa (haftada 3 kez, 3 milyon ü s.c) ve 5-florourasil (1000 mg/gün i.v) şeklinde değiştirilen hastanın iki kür uygulamadan sonra kontrollere gelmemesi üzerine takibi yapılamadı. Başka şehirde oturan hastanın, deri belirtilerinin başlangıcından 6 ay, hastaneden ayrıldıktan 4 ay sonra aniden başlayan nefes darlığı ve göğüs ağrısı şikayetleri nedeniyle kaldırıldığı sağlık merkezinde aynı gün hayatını kaybettiği öğrenildi.



Şekil 1: Sol pektoral bölgede aksillaya doğru yayılım gösteren eritem ve endurasyon gösteren lezyonlar



Şekil 2: Yüzeysel ve derin lenfatiklerde tümör hücreleri ile dolu yoğun infiltrasyon (H&E *25)



Şekil 3: Adenoid yapı gösteren tümöral infiltrasyonun daha yakından görünüşü (H&E * 50)

Tartışma

İç organ malinilerinin deri metastazları karaciğer, akciğer, lenf nodülleri, kemik ve beyin gibi organ metastazlarına göre az olup %2.8-10.4 arasında değişmektedir¹⁻⁴. İlk bulgu olarak deri metastazının ortaya çıkması %0.8 civarında beklenir ve en sık meme, melanoma, baş ve boyun bölgesinin mukozal tümörleri ile akciğer, böbrek ve over kanserlerinde görülür^{2,5,6}. Deri metastazları bilinmeyen bir internal malinitenin ilk bulgusu olabileceği gibi burada ele alınan olguya benzer şekilde, tedavi alanlarda, tedavinin yetersizliğinin de bir göstergesi şeklinde ortaya çıkabilir.

Deri metastazı nedenlerinin oranları, primer neoplazilerin toplumdaki insidansı ile kaba bir paralellik göstermektedir^{4,5}. Deriye olan metastazlarda direkt yayılım en sık meme ve oral mukoza kanserlerinde; yakın metastaz meme ve pelvik neoplazilerde; uzak metastaz ise meme, bronş, melanom, pelvik, mide, kolon, pankreas ve parotis gibi değişik yerleşim ve tipteki malinitelere bağlı meydana gelebilir³⁻⁵. Anaplastik karakterli ve uzun süreli primer tümörlerin deri metastazları daha fazladır⁴. Deri metastazları genellikle hastalığın yayılımına işaret eden ve geç ortaya çıkan kötü prognostik belirtilerden sayılırken, diğer organ metastazları olmadan sadece soliter deri metastazı bulunanların ise daha iyi prognoza sahip olduğu kabul edilir⁷. Tümör tipine bağlı olarak deri metastazı tanısından sonra sürvi yaklaşık 1-34 ay civarındadır².

Genelde deri metastazları çok sayıda sert ya da lastik kıvamlı, deri renginde, kırmızı-mor, kahve ya da siyah renkli papül, nodül, plak veya tümöral kitle şeklindedir ve

ülserasyon seyrek görülür^{1,8}. Büyüme hızı değişkendir ve genellikle 5mm ya da daha büyük bir çapa ulaştığında fark edilir⁴. Metastatik infiltrasyon bazen alttaki dokuya yapışiktır. Göğüs, abdomen ve saçlı deri en sık tutulan alanlardır¹.

Metastazın bir diğer tipi ise ilk kez 1931'de Rasch tarafından KE olarak tanımlanan keskin sınırlı, eritem, ısı artışı ve endürasyonun gözleendiği erizipel benzeri tablodur^{8,9}. O bölge drenajını sağlayan yüzeyel ve derin lenfatiklerin ya da lenf nodlarının hasarı veya tümör hücreleriyle blokajı sonucu bu hücrelerin retrograd olarak deriye ulaşmasıyla meydana gelmektedir⁹⁻¹¹. En sık meme kanseriyle birlikteliğine rastlandığı için önceleri 'memenin inflamatuvar karsinomu' olarak adlandırılan tablonun ayrıca akciğer, kolon, rektum, mide, pankreas, tiroid, over, tonsil, parotis, uterus, prostat, mesane, meme dışı Paget hastalığı, larinks gibi organ maliniteleri ve melanoma ile birlikteliği de bildirilmiştir^{8,9,11,12}. KE meme kanserlilerin %1-4'ünde, en fazla da intraduktal tipte görülür⁹. Meme kanserinde sadece yüzeyel lenfatiklerin tutulduğu purpurik plak, papül ve veziküllerin olduğu tablo 'karsinoma telenjektetika'; belirgin fibroz, deride sertleşme ve kabalaşma ile giden morfea benzeri tablo da 'carcinoma en cuirasse' olarak bilinmekte ve bazen KE ile karışabilmektedirler^{9,13}. Olgumuzda veziküler lezyonlar ve fibrotik değişiklikler yoktu. Ayrıca meme kanserlerinin erkeklerde oldukça az rastlanması, invazif intraduktal tipin daha da az görülmesi, fizik ve radyolojik muayenelerde kitle saptanmaması, histopatolojik incelemede primer tümörle uyumlu adenoid yapı gözlenmesi, östrojen ve projesteron immünhistokimya boyamalarının menfi olmasıyla meme kanserinden uzaklaşıldı.

KE ile erizipel, sellülit, radyasyon dermatiti, elefantiazis ve kontakt dermatit gibi klinik tablolar da karışabilmektedir¹¹. Anamnez, klinik seyir ve laboratuvar yardımıyla olguda ayırıcı tanıdaki bu hastalıklar düşünümedi.

KE, genellikle asemptomatik seyreder ancak bazen ağrı tarif edilebilir⁶. inflamatuvar görünüm ve sıcaklık muhtemelen lenfatikleri tıkayan tümör hücrelerinin çeşitli sitokinler salgılamalarına ve kapiller konjesyona bağlıdır^{13,14}. Tutulan alanda ülserasyon olmadan hızlı bir genişleme vardır ve yaşam ümidi tanıdan sonra en fazla iki yıldır¹⁵.

KE'nin histopatolojisinde olgumuzda olduğu gibi (şekil-2 ve 3) yüzeyel ve derin lenfatiklerin tümör hücreleriyle aşırı miktarda dolu olduğu, ayrıca klinik olarak eritemli, enflame görünüme rağmen akut enflamasyon bulgularının olmadığı dikkat çeker^{8,13}. Ayrıca ödem ve hafif perivasküler lenfositik infiltrasyon olabilirken nötrofiller nadirdir.

Mide karsinomlarının %90'dan fazlasını adenokarsinomlar oluşturmakta ve bunlar öncelikli olarak lokal lenf nodları, karaciğer ve peritona yayılım gösterirken; uzak metastaz yapmaları nispeten az olup başta umblikal bölge olmak üzere değişik yerlere olabilmektedir^{14,16}. Karın duvarında yüzeyel lenfatikler ve subkütan kan damarları birlikte seyretmekte olup supraumblikal bölgenin lenfatik drenajı oblik seyreden damarlarla pektoral, subskapular ve parasternal nodlara drene olur¹⁷. Bildiğimiz kadarıyla literatürde gastrik karsinoma ile ilişkili olarak Yamamura ve arkadaşları¹⁸ bildirilen, Virchow nodülünün yoğun infiltrasyonu duktus torasikusun rüptüre olup deriye metastazı sonucu KE gelişen tek olgu vardır. Klinik ve radyolojik olarak belirgin nodüler tutulumu bulunmayan olgumuzda ortaya çıkan bu

metastazın kemoterapi yetersizliği ya da etkisizliği zemininde daha çok lenfatik obstrüksiyon sonucu oluştuğu kanısındayız.

Türkdermatoloji literatüründe de melanom¹², meme ve larinks¹¹ kanserlerine sekonder geliştiği bildirilen KE olguları bulunmaktadır. Bildiğimiz kadarıyla burada ele alınan hasta mide kanserine sekonder gelişen KE olarak ülkemizdeki ilk, literatürdeki 2. olgudur.

Kaynaklar

1. Odom RB, James WD, Berger TG: Dermal and subcutaneous tumors. Andrews' Diseases of The Skin: Clinical Dermatology'de. 9'uncu baskı. Philadelphia, W.B Saunders Company, 2000;733-799.
2. Lookingbill DP, Spangler N, Helm KF. Cutaneous metastases in patients with metastatic carcinoma: A retrospective study of 4020 patients. J Am Acad Dermatol 1993;29:228.
3. Lookingbill DP, Spangler N, Sexton FM. Skin involvement as the presenting sign of internal carcinoma. J Am Acad Dermatol 1990;22:19.
4. MacKie RM: Soft-tissue tumors. Textbook of Dermatology'de. Ed. Champion RH, Bruton JL, Burns DA, Breathnach SM. 6'inci baskı. London, Blackwell Science Ltd, 1998; 2347-2372.
5. Schwartz RA. Cutaneous metastatic disease. J Am Acad Dermatol 1995;33:161.
6. McLean DI, Haynes HA. Cutaneous manifestation of internal malignant disease. Dermatology in General Medicine'de. Ed. Freedberg IM, Eisen AZ, Wolf K, Austen KF, Goldsmith LA, Fitzpatrick TB. 5'inci baskı. New York, McGraw Hill, 1999; 2106-2120.
7. Weismann K, Graham RM: Cutaneous markers of internal malignancy, Textbook of Dermatology'de. Ed. Champion RH, Bruton JL, Burns DA, Breathnach SM. 6'inci baskı. London, Blackwell Science Ltd, 1998; 2708-2720.
8. Nambi R, Tharakaram S. Carcinoma erysipeloides as a presenting feature of breast carcinoma. Int J Dermatol, 1999;38(5):367-368.
9. Cox SE, Cruz PD: A spectrum of inflammatory metastasis to skin via lymphatics: Tree cases of carcinoma erysipeloides. J Am Acad Dermatol 1994;30:304-7.
10. Tan BB, Marsden JR, Sanders DSA. Melanoma erysipeloides: inflammatory metastatic melanoma. Br J Dermatol. 1993;129:327-329.
11. Anadolu R, Anadolu Y. ve ark. İki olgu nedeniyle karsinoma erizipeloides. XIII. Prof. Dr. A. Lütfü Tat Simpozyumu Posterler kitabı. Ed. Gürgey E. Ankara, Nuro mat.1997;326-329.
12. Özkan ş, Bozkurt E. ve ark. Erysipelas melanomatosum. XVI. Ulusal Dermatoloji Kongresi Kitapçığı. Antalya, 1996;183.
13. Mortimer PS: Disorders of lymphatic vessels, Textbook of Dermatology'de. Ed. Champion RH, Bruton JL, Burns DA, Breathnach SM. 6'inci baskı. London, Blackwell Science Ltd, 1998; 2277-2296.
14. Johnson WC: Metastatic carcinoma of the skin. Lever's Histopathology of the Skin'de. Ed. Elder D, Elenitsas R, Jaworsky C, Jonnson B. 8'inci baskı. Philadelphia, Lippincott-Raven Publishers, 1997; 1011-1018.
15. Lever LR, Holt PJA. Carcinoma erysipeloides. Br J Dermatol 1991;124:279-282.
16. Tumors of gastrointestinal tract. Harrison's Principles of Internal Medicine'de. Ed. Issebacher KJ ve ark. 13'üncü baskı. Singapur, McGraw Hill, 1994;499-505.

17. Murata Y, Kumano, Tani M. Underpants-pattern erythema: A previously unrecognized cutaneous manifestation of extramammary Paget's disease of the genitalia with advanced metastatic spread. *J Am Acad Dermatol* 1999;40:949-56.
18. Yamamura Y, Koderu Y, et al. Gastric cancer with carcinoma erysipeloides caused by spontaneous thoracic duct rupture: report of a case. *Surg Today* 1997;27:166-8.