



OLGU SUNUMU / CASE REPORT

Omuz ağrısı olan hastanın yüzünü de muayene ediyor muyuz?

Do we inspecting the patient face who has shoulder pain?

Yüksel ERKİN, Zeynep ISSI

Özet

Pancoast tümörü ya da superiyor sulkus tümörü, nadir görülen bronkojenik karsinomlardır. Erken dönemde omuz ağrısı en sık semptomdur. Bizim hastamızda omuz ve kol ağrısı şikayetiyle gelmesi nedeniyle diğer başvurduğu polikliniklerde öncelikle muskuloskeletal nedenler ve radikülopati açısından tetkik edilmiş ve yüzündeki Horner sendromu dikkat çekmemişti. Aynı zamanda hastanın ağrısı ön planda olması nedeniyle, bu durumdan şikayetçi değildi. Anhidrozisin yüzü ve boyun bölgesini kapsamı nedeniyle preganglionik Horner sendromu düşünülen hastadan ileri görüntüleme istenildi. Pancoast tümörü olan hastaların %50'sinden azı ilk tanıda rezektabl lezyonlara sahip olurlar. Akciğere yönelik şikayetleri daha az ve geri planda olan bu hastalarda muskuloskeletal hastalıklar öncelikle düşünülür ve tanı koyulması gecikir ya da yanlış tanı alırlar. Bu nedenle kol ve omuz ağrısı ile gelen hastalarda ayrıntılı muayene ve anamnezin önemi büyüktür.

Anahtar sözcükler: Akciğer kanseri; Horner sendromu; omuz ağrısı; pancoast.

Summary

A Pancoast or superior sulcus tumor is a rare, bronchogenic carcinoma. In the early period, shoulder pain is the most common symptom. In this case, the patient had presented with complaints of shoulder and arm pain at other outpatient clinics and was examined primarily for musculoskeletal causes and radiculopathy. The patient had no complaints of facial symptoms and Horner's syndrome signs, such as anhidrosis of the face and neck region, were not noticed. Advanced imaging of a patient with preganglionic Horner's syndrome is important. Fewer than 50% of patients with a Pancoast tumor have a resectable lesion at the first diagnosis. Diagnosis is often delayed or there may be a misdiagnosis because musculoskeletal disorders are the focus and there are few lung-related complaints. A detailed examination and anamnesis is very important in patients with arm and shoulder pain.

Keywords: Lung cancer; Horner's syndrome; shoulder pain; pancoast.

Giriş

Pancoast tümörü ya da superiyor sulkus tümörü, nadir görülen bronkojenik karsinomlardır. Bronkojenik karsinomların yanı sıra enfeksiyon, anevrizma gibi diğer nadir nedenler de pancoast sendromuna yol açabilir. Erken dönemde omuz ağrısı en sık semptomdur. Ağrı ipsilateral kolda ulnar sinir trasesini izleyerek aşağıya kadar da yayılabilir. Bu klinik özellikler, torasik girişte tümörün yaptığı tutulumu göre değişebilir. C8 ve T1-2 sinir köklerine uyan dağılımdaki şiddetli ağrı, Horner sendromu (ipsilateral miyozis, ptozis, enoftalmus ve anhidrozis) ve eşlik eden int-rinsik el kaslarının zaafiyeti, klinikte Pancoast-Tobias sendromu olarak adlandırılır.^[1]

Pancoast tümörü olan hastaların %50'sinden azı ilk tanıda rezektabl lezyonlara sahip olurlar. Akciğere yönelik şikayetleri daha geri planda olan bu hastalarda muskuloskeletal hastalıklar öncelikle düşünülür ve tanı koyulması gecikir ya da yanlış tanı alırlar. Bu nedenle kol ve omuz ağrısı ile gelen hastalarda ayrıntılı muayene ve anamnezin önemi büyüktür.^[1,2]

Olgu Sunumu

Otuz dokuz yaşında erkek hasta 20 gündür olan şiddetli sağ kol ve omuz ağrısı nedeniyle ağrı polikliniğine başvurdu. Ağrı polikliniği başvurusu öncesinde ağrısı nedeniyle beyin cerrahisi, acil servise başvuru-

¹Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Algoloji Bilim Dalı, İzmir

²Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Algoloji Bilim Dalı, İzmir

¹Division of Algology, Department of Anesthesiology and Reanimation, Dokuz Eylül University Faculty of Medicine, İzmir, Turkey

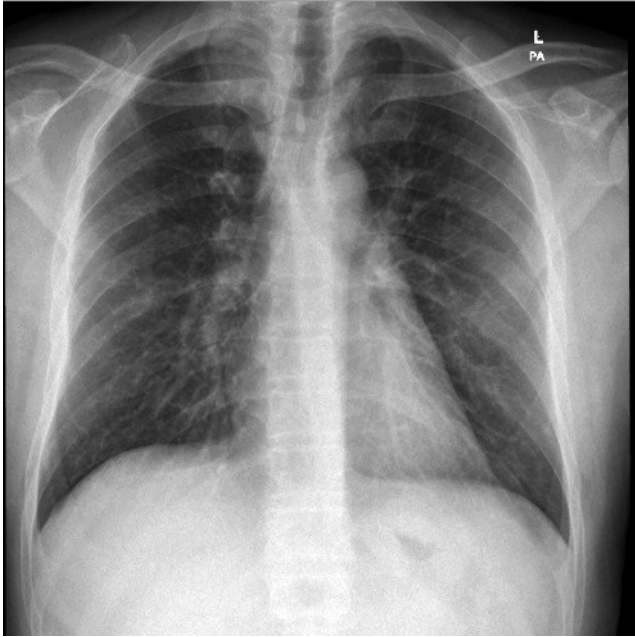
²Division of Algology, Department of Neurology, Dokuz Eylül University Faculty of Medicine, İzmir, Turkey

Başvuru tarihi (Submitted) 07.10.2017 Düzeltme sonrası kabul tarihi (Accepted after revision) 19.03.2018 Online yayımlanma tarihi (Available online date) 10.10.2018

İletişim (Correspondence): Dr. Zeynep İssi. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Algoloji Bilim Dalı, İnciraltı Yerleşkesi, İzmir, Turkey.

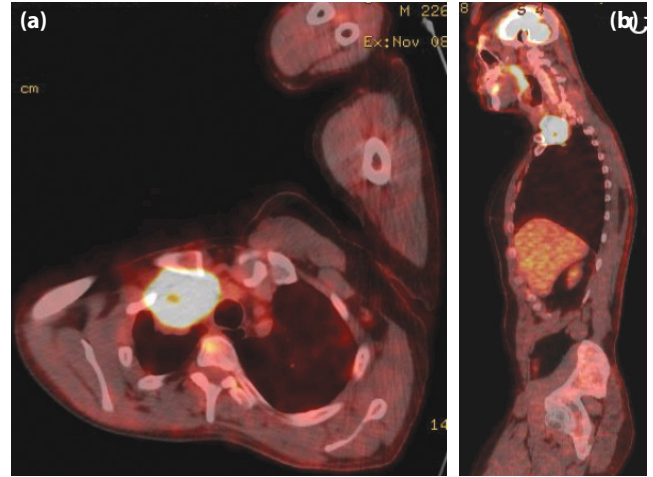
Tel (Phone): +90 - 532 - 640 73 26 **e-posta (e-mail):** zzeyneptuncer@gmail.com

© 2020 Türk Algoloji Derneği



Şekil 1. PAAC görüntüsünde sağ 1, kot hizasında dansite artışı.

su mevcuttu ve non steroid antiinflamatuvar (NSAİ) ile kısmi rahatlaması olan hastanın, servikal görüntülemesinde C3-C4 seviyesinde santral bulging saptandı. Elektromiyografisinde, incelenen sinir yanıtları normal aralıkta bulunmuştu. Hastanın özgeçmişinde gastrit dışında bilinen hastalığı yoktu, proton pompa inhibitörü kullanmaktaydı. Sigara kullanımı, 25 paket/yıl'dı. Muayenesinde sağ göz kapağında pitozis, miyozis, enoftalmusu mevcuttu ve sorgulandığında sağ yüz, sağ boyun ve omuza doğru terlemede azalma ifade ediyordu. Sesi nazoneydi. Diğer nörolojik muayene bulguları normal sınırlardaydı. Yirmi gün önce olan, giderek azalan yutma güçlüğü de tarif ediyordu. Kan tetkiklerinde: Hemoglobin 13,1 g/dL, WBC 11,6 $10^3/\mu\text{L}$, folik asit 2,6 olarak sonuçlandı. Diğer laboratuvar değerleri normal aralıktaydı. Beyin Magnetik Rezonans (MR) tetkikinde bilateral frontoparietal bölgede derin beyaz cevherde non spesifik, T2 ve FLAIR sekanslarında iskemik gliotik odaklar ile uyumlu olabilecek hiperintens görünümlem mevcut. Karotis vertebral doppler ultrasonu normal sonuçlandı. PAAC'de (Şekil 1) sağ 1, kot hizasında şüpheli dansite artışı olan hastadan toraks bilgisayarlı tomografisi (BT) istenildi. Oldukça şiddetli, batıcı, iğnelenme tarzındaki ağrısına yönelik olarak pregabalin ve NSAİ başlandı. Uzun süre kontrole gelmeyen hasta tekrar başvurduğunda. Pet BT'de sağ akciğer apikalinde mediastinal vasküler yapılara invaze 55x38 mm çapında heterojen iç yapıda kitle ve bunun hemen posteriorunda 9x8 mm çapta hipermetabolik kitlesi tespit edilmiş (Şekil 2a, b), tru-cut



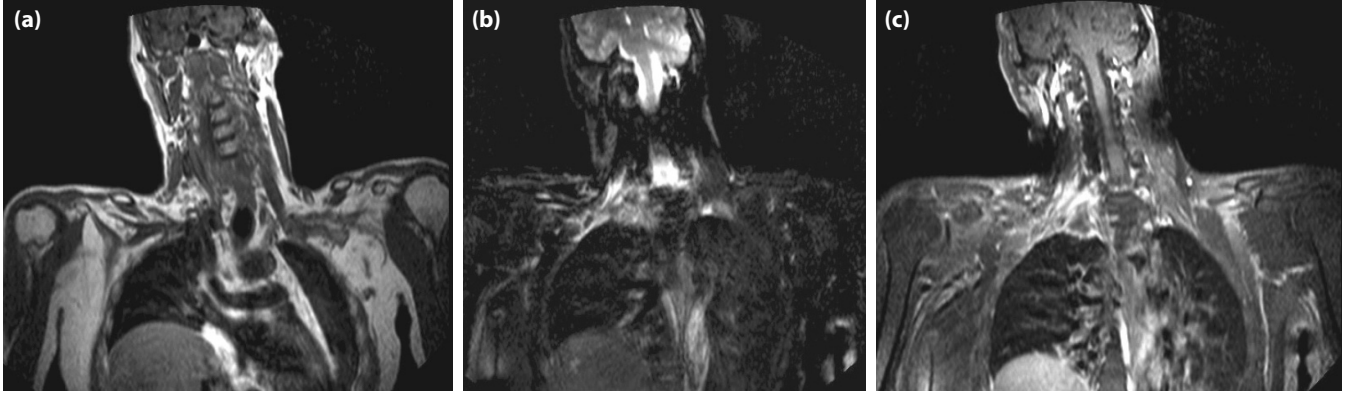
Şekil 2. (a) PET BT'de sağ akciğer apikalinde ve posteriyorunda hipermetabolik kitle görünümü. (b) PET BT'de sağ akciğer apikalinde ve posteriorunda hipermetabolik kitle görünümü.

biyopside skuamöz hücreli karsinom olarak sonuçlanmıştı. İki kür etoposid ve sisplatin kemoterapisi, 30 seans radyoterapi almıştı. Çekilen kontrol görüntülemelerinde sağ akciğer üst lob apikal segmentte plevrayı invaze ederek bu düzeyde göğüs duvarındaki kas planlarına uzanım gösteren; sağ sternocleidomastoid kasına invaze görünümde, belirgin kemik destrüksiyonu oluşturmayan, sağ vertebral arter ve sağ common karotis arteri konsantrik olarak saran ancak belirgin lümen içi daralmaya neden olmayan ve sağ brakiyal pleksusa invazyon bulguları gösteren kitlesel lezyon saptandı (Şekil 3a-c). Göğüs cerrahisi, kemoterapi açısından onkoloji takibi önerdi. Şiddetlenen sağ kol ağrısına yönelik, almakta olduğu analjezik tedavisi 75 mcg/h fentanil transdermal, oksikodon 4x10 mg, tramadol retard formu 2x100 mg ve pregabalin 2x300 mg iken tramadol kesildi, fentanil transdermal dozu arttırıldı fakat hasta ulaşım mazereti nedeniyle kontrole gelemeyeceğini belirterek takiplere gelmedi.

Tartışma

Superior sulkus tümörü olarak da bilinen pancoast tümörleri, klinik olarak eşsiz ve aynı zamanda da nadir görülen bronkojenik karsinomlardandır. Genellikle altıncı dekada ve erkeklerde daha sık olarak görülür. En önemli risk faktörü sigaradır.^[1,3,4]

Torasik girişi infiltre ettiğinden dolayı, invazyon gösterdiği spesifik yapıların özelliklerine göre çeşitli semptomlar bir arada bulunabilir.^[1] Klinik prezentasyonunda, öksürük, hemoptizi gibi akciğeri düşündürülen semptomlar tümörün periferik lokalizasyonu



Şekil 3. (a) T1 koronal kesit MR: sağ akciğer üst lob apikal segmentte plevrayı ve brakial pleksusa invaze kitlesel lezyon görünümü. **(b)** T2 Spair koronal kesit: Sağ akciğer üst lob apikal segmentte plevrayı ve brakial pleksusa invaze kitlesel lezyon görünümü. **(c)** Kontrastlı koronal kesitte lezyonun kontrast tuttuğu görülmekte.

nedeniyle nadirdir. Erken dönemde, parietal plevra, brakial pleksus, üst kotlar, ya da endotorasik fascia invazyonu veya vertebra gövdelerine bitişik olmaları nedeniyle, omuz ağrısı en sık semptomdur. Ağrı ipsilateral kolda ulnar sinir trasesini izleyerek aşağıya kadar da yayılabilir. Torasik giriş anatomik olarak 3 kompartmana ayrıldığında, anterior kompartmandakiler (sternum ve anterior scalen kaslar arası) daha çok göğüs ön duvarı yukarısında ağrı ile gelir. Çünkü frenik sinir ya da superiyor vena kava'dan ziyade üst kotlar ve 1, interkostal siniri invaze eder. Orta kompartmanda (anterior ve orta skalen kaslar arası) olanlar, brakial pleksusun orta ve alt trunkusuna kompresyon ya da infiltrasyon sonucu üst ekstremitte ve omuz bölgesinde ağrı ve parestezi oluşumuna neden olur. Arka kompartmanda yerleşen tümörler ise (orta skalen kasin arkası), aksillada ve üst kol medialinde interkostobrakial sinir bölgesinde anormal his ve ağrıyla prezente olur. Sempatik zincirin, bitişigindeki tümör nedeniyle irrite olmasıyla, invazyonundan önce, flushing hatta hiperhidrozis olabilir. Refleks sempatik distrofi de bildirilmiştir. Tümörün sempatik zincire invazyonu, Horner sendromu ile sonuçlanır.^[1]

Horner sendromu, okulosempatik parezi olarak Johann Friedrich Horner tarafından 1869'da tanımlanmıştır. Gözün sempatik innervasyonu, sempatik liflerin 3 sıra nöronu ile sağlanır. Birinci sıra nöronlar (santral nöron); posterolateral hipotalamustan başlar ve lateral beyin sapından geçerek, C8-T1 segmentlerinde spinal kordun intermediolateral gri cevherinde (Budge ve Waller'in siliospinal merkezi) sonlanır. Bu yapılardan birinin hasarı ile santral horner sendromu ortaya çıkar, lezyon ile ipsilateraldir ve hemihipohidrozis vardır. İkinci sıra nöronlar (pre-

ganglionik sempatik nöron), Budge'ın siliospinal merkezinden çıkar, pulmoner apeksi geçer ve superiyor servikal gangliona doğru karotis kılıfına tırmanır. Preganglionik Horner sendromunun nedeni olarak geniş vaka serilerinde %25 oranında malignite tespit edilmiştir. Akciğer apikal lezyonlarının pancoast sendromuna yol açanlarının büyük çoğunluğu küçük hücreli dışı akciğer kanseri olmakla birlikte enfeksiyonlar da neden olabilir. Pancoast sendromu ek kosta ve santral venöz kateter komplikasyonu olarak da olabilir. Üçüncü sıra nöronlar (postganglionik sempatik nöron) superiyor servikal gangliondan çıkar ve internal karotis arter duvarında seyreder. Horner sendromunun bu formuna pitoz ve miyozise anhidrozisin eşlik etmemesi ya da kaşın altında çok az olması nedeniyle inkomplet form denir. Çünkü lezyon, internal karotisteki sempatik lifleri etkiler fakat yüzdeki ter bezlerine eksternal karotis pleksusundan lifler gelir.^[5,6]

Bizim hastamızda omuz ve kol ağrısı şikayetiyle gelmesi nedeniyle diğer başvurduğu polikliniklerde öncelikle muskuloskeletal nedenler ve radikülopati açısından tetkik edilmiş ve yüzündeki Horner sendromu dikkat çekmemiştir. Aynı zamanda hasta da, ağrısı ön planda olması nedeniyle bu durumdan şikayetçi değildi. Horner sendromunun, lezyon lokalizasyonu açısından santral, preganglionik ya da postganglionik liflerin tutulumuna göre değişen komponentlerine dikkat edilmelidir. Keza ayırt edici olan anhidrozis bizim hastamızda tüm vücut yarısında değildi, yüz ve boyun-omuz bölgesini kapsıyordu. Yine nazone sesi olan ve yutma güçlüğü bahseden hastanın ekartasyon için kraniyal ve servikal görüntülemeleri yapıldı. Pancoast sendromu açısından PAAC ve ardından toraks BT istendi.

Hastalar genellikle omuz ağrısı ile başvurduklarından, öncelikle servikal artrit, omuz bursiti, rotator cuff hasarı gibi tanılar alırlar ve tanı koyulması gecikir. Hatta bazen dirsekte eklem ağrısı olarak da karakteristik olmayan şikayetler ile başvuran hastalarda olabilir.^[7] Pancoast tümörü olan hastaların %50'sinden azı ilk tanıda rezektabl lezyonlara sahip olurlar. Deng ve arkadaşlarının,^[8] 1999–2006 yılları arasındaki pancoast tümörlerini retrospektif olarak taradığı bir çalışmada, 26 hastanın 2 tanesinde Horner sendromu saptanmıştır. 26 hastanın 19'unda yanlış tanı konulmuş ve 26'sında da BT'de akciğer apikal bölgesinde lezyon tespit edilmiştir. Hastaların 3'ü akciğer tüberkülozu olarak yanlış tanı almıştır. Çok karıştığı durumlardan biri olan servikal radikülopati ile ayırımında, servikal hareket açıklığının normal olması Spurling boyun testinin negatif olması, servikal grafilerde etkilenen tarafta apikal akciğerde pulmoner hava görünümünün kaybı, ileri radyolojik görüntülemeler için uyarıcı olmalıdır.^[9] Yine omuz ağrısı nedeniyle ayırımında genellikle mekanik olmayan ağrı karakteri, ağrının şiddeti, ek bulguları, sigara içiciliği altta ciddi bir hastalığın yatabileceğine dair şüphelendirmelidir.^[10]

Terapötik stratejiler çeşitlidir. Radyolojik görüntüleme ve doku biyopsisi ile evreleme tedavi planında önemlidir.^[1,2] Erken tanı ise prognoz açısından önem taşır. Horner sendromunun da sağkalımı etkileyen faktörlerden biri olduğu belirtilmiştir.^[11]

Hasta onamı: Olgu sunumunun ve beraberindeki görüntülerin yayınlanması için yazılı bilgilendirilmiş onam alındı.

Çıkar çatışması: Yazar(lar) ya da yazı ile ilgili bildirilen herhangi bir ilgi çatışması (conflict of interest) yoktur.

Hakem değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Kaynaklar

1. Panagopoulos N, Leivaditis V, Koletsis E, Prokakis C, Alexopoulos P, Baltayiannis N, et al. Pancoast tumors: characteristics and preoperative assessment. J Thorac Dis 2014;6 (Suppl 1):S108–15.
2. Foroulis CN, Zarogoulidis P, Darwiche K, Katsikogiannis N, Machairiotis N, Karapantzos I, et al. Superior sulcus (Pancoast) tumors: current evidence on diagnosis and radical treatment. J Thorac Dis 2013;5 (Suppl 4):S342–58.
3. Arcasoy SM, Jett JR. Superior pulmonary sulcus tumors and Pancoast's syndrome. N Engl J Med 1997;337(19):1370–6.
4. Detterbeck FC. Pancoast (superior sulcus) tumors. Ann Thorac Surg 1997;63(6):1810–8. [CrossRef]
5. Kanagalingam S, Miller NR. Horner syndrome: clinical perspectives. Eye Brain 2015;7:35–46. [CrossRef]
6. Yi P, Kasimu G, Xia H. A rare cause of arm and shoulder pain in an eight-year-old girl: Pancoast's syndrome secondary to lobar pneumonia. Pain Med 2014;15(4):716–8. [CrossRef]
7. Calabek B, Meng S, Pollanz S, Klepetko W, Hoetzenecker K, Oberndorfer F, et al. A Case of Pancoast Tumor with Unusual Presentation. J Brachial Plex Peripher Nerve Inj 2015;10(1):e53–e56. [CrossRef]
8. Deng PB, Luo YY, Hu CP, Zhou LH. [Misdiagnosis of pancoast cancer: analysis of 26 cases]. [Article in Chinese] Zhonghua Jie He He Hu Xi Za Zhi 2011;34(9):663–5.
9. Gu R, Kang MY, Gao ZL, Zhao JW, Wang JC. Differential diagnosis of cervical radiculopathy and superior pulmonary sulcus tumor. Chin Med J (Engl) 2012;125(15):2755–7.
10. Ronan L, D'Souza S. Pancoast's tumour presenting as shoulder pain in an orthopaedic clinic. BMJ Case Rep 2013;2013:bcr2012008131. [CrossRef]
11. Attar S, Krasna MJ, Sonett JR, Hankins JR, Slawson RG, Suter CM, McLaughlin JS. Superior sulcus (Pancoast) tumor: experience with 105 patients. Ann Thorac Surg 1998;66(1):193–8. [CrossRef]