

Kolon Metastazı Yapan Bir Akciğer Kanseri Olgusu

A Lung Cancer Case With Colon Metastasis

Aylin Özgen Alpaydın¹, Mine Bora¹, Nalan Neşe², Cihan Göktan³, Ayşin Şakar Coşkun¹, Pınar Çelik¹, Arzu Yorgancıoğlu³

¹ Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları AD, Manisa

² Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji AD, Manisa

³ Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji AD, Manisa

ÖZET

Primer akciğer kanserinin semptomatik gastrointestinal sistem metastazına çok nadir rastlanılmaktadır. Burada başlangıçta kolon karsinomuna bağlı intestinal obstrüksiyon olarak değerlendirilen, ancak daha sonra akciğer kanseri kolon metastazı olduğu saptanan olgu sunulmaktadır.

Anahtar sözcükler: akciğer kanseri, intestinal obstrüksiyon, kolon neoplazmi

ABSTRACT

Symptomatic gastrointestinal tractus metastasis are very rare in lung cancer. We present here a case of lung cancer with colon metastasis which was evaluated as intestinal obstruction priorly.

Keywords: colon neoplasms, intestinal obstruction, lung cancer

GİRİŞ

Akciğer kanserli olguların yaklaşık üçte birinde uzak metastazlara bağlı semptomlar görülür. Akciğer kanserinin en sık metastaz yaptığı organlar arasında beyin, karaciğer, sürrenal, kemikler, kemik iliği ve karşı akciğer gelmektedir.¹ Akciğer kanserinin gastrointestinal sistem metastazı oldukça nadirdir ve genellikle asemptomatiktir.² Bu makalede, nadir görülmesi nedeniyle, kolon metastazı yapmış bir akciğer kanseri olgusu sunulmaktadır.

OLGU SUNUMU

Altmış üç yaşında erkek olgu, 15 gündür devam eden sağ yan ve bel ağrısı yakınmaları ile polikliniğimize başvurdu. Hastanın özgeçmişinde 45 paket/yıl sigara öyküsü mevcuttu. Soygeçmişinde, iki erkek kardeşinin akciğer kanseri nedeniyle eksitus olduğu öğrenildi. Hasta yaklaşık yedi ay önce akut batın nedeni ile hekime başvurmuştu ve kolon ca

tanısıyla sağ hemikolektomi + iliotransverostomi operasyonu geçirmişti. Operasyon materyalinin patolojik incelemesi, epidermoid karsinom infiltrasyonu (sağ hemikolektomi), lenf düğümlerinde karsinom metastazı (2/21) olarak değerlendirilmişti. Operasyon sonrasında çekilen toraks BT'sinde kitle tespit edilen hasta, göğüs hastalıkları tarafından değerlendirilmiş, lezyona transtorasik ince iğne aspirasyon biyopsisi (TTİAB) yapılmış ve patolojik incelemesi küçük hücreli dışı akciğer karsinomu (KHDAK) olarak raporlanmıştı. Olgu, tetkik ve tedavisine altı ay süreyle ara vermişti. Ortaya çıkan yeni yakınmaları nedeniyle polikliniğimize başvurdu.

Fizik muayenesinde, genel durum iyi, vital bulguları normaldi. Solunum sistemi muayenesinde, solunum seslerinin bilateral azalmış, sağ orta ve alt zonda raller mevcut olduğu görüldü. Diğer sistem muayeneleri normaldi.

Laboratuvar bulgularında; lökosit değeri 22,500/mm³, hemoglobin 12.2 g/dL, hematokrit %36.7, platelet 332,000x10⁹/e/uL olarak saptandı. Biyokimyasal parametreleri normaldi.

Alındığı tarih: 19 Haziran 2009; **Revizyon sonrası alınma:** 19 Haziran 2009; **Kabul tarihi:** 26 Ocak 2010

Yazışma adresi (Address for correspondence): Uzm. Dr. Aylin Özgen Alpaydın, Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı 45010 Manisa, Tel: 0 (236) 232 31 33 / 327; *E-posta:* aylin.ozgen@yahoo.com

© 2010 Türkiye Solunum Araştırmaları Derneği (TÜSAD)

Solunum 2010;12(2): 88–90

Solunum Dergisi'ne www.solunum.org.tr adresinden ulaşabilirsiniz.

Posteroanterior (PA) akciğer grafisinde, sağ orta ve alt zonda homojen dansite artışı, sağ akciğer üst zonda retikülonodüler infiltrasyon mevcuttu. Toraks bilgisayarlı tomografide (BT) sağ akciğer alt lobta 4x3 cm boyutlarında kitle, distalinde atelektazi ve komşuluğunda plevral efüzyon izlendi (*Şekil 1*). Batın USG ve kemik sintigrafisinde, metastazla uyumlu bulgu saptanmadı.

Fiberoptik bronkoskopi yapıldığında intermedier bronş girişinde orta ve alt lob ağzını tam tıkayan vejetan lezyon saptandı; lezyondan forseps biyopsi alındı.

Akciğer karsinomu ve obstrüktif pnömoni ön tanılarıyla yatırılan hastaya, klaritromisin ve ampicilin sulbaktam başlandı, aynı zamanda torasentez yapıldı. Plevral sıvı biyokimyasal parametreleri ampiyemle uyumlu idi ve tüp torakostomi uygulandı. Plevral sıvı patolojik incelenmesinde akut ve kronik yangısal hücreler mevcuttu.

Daha önce başka bir merkezde kolon ca ön tanısı ile opere olan olgunun patoloji preparatları, bronkoskopik biyopsi materyalleri ile birlikte merkezimizin patoloji kliniğinde yeniden değerlendirildi. Kolona ait preparatların değerlendirilmesinde tümörün submukoza ve kas tabakasına yerleşmiş olduğu, bazı alanlarda tümörün mukozayı infiltre ederek ülserasyon oluşturduğu belirtildi. Ancak non-neoplastik mukoza ile tümör arasında hiçbir geçiş alanı izlenmemesi nedeniyle, bulguların metastatik bir karsinomla uyumlu olduğu düşünüldü.

Bütün bu bulgular nedeniyle, hastalığın primer akciğer karsinomu (skuamöz hücreli karsinom) ve kolon metastazı olduğu kabul edildi. Olgu onkoloji konseyinde değerlendirildi ve ampiyem tablosu geriledikten sonra sisplatin

bazlı kombinasyon kemoterapisi uygulanmasına karar verildi.

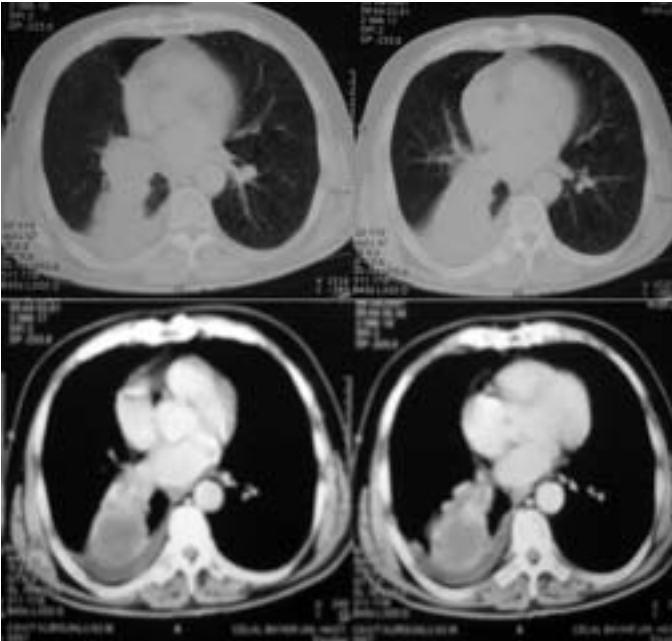
TARTIŞMA

Dünyada kanserden ölüm nedenleri arasında akciğer kanseri ilk sırada gelmektedir.¹ Tanı anında hastaların yaklaşık yarısında metastaz mevcuttur.^{2,3} Ekstrapulmoner metastaz bölgeleri en sık lenf nodları, karaciğer, sürrenal bezler, kemik ve beyindir. Akciğer karsinomunun gastrointestinal sistem metastazı çok nadirdir, otopsi çalışmalarında prevalansı %4.7-14 arasında bildirilmiştir.^{4,5} Antler ve arkadaşlarının yaptığı postmortem çalışmadaki 423 akciğer kanserli hastanın otopsi incelemesinde, ösefagus dahil 58 gastrointestinal sistem metastazı bulunan olgu saptanmış, kolonun tutulum oranı sadece %5 olarak belirtilmiştir. Japonya'da yapılan bir başka otopsi çalışmasında ise, ösefagus hariç gastrointestinal sistem metastazı oranı %1.8 ve kolon metastazı oranı %0.5 olarak raporlanmıştır.⁶

Akciğer karsinomundan kaynaklanan kolon metastazlarının yaklaşık 1/3'ü asemptomatiktir ve tanı genellikle otopsi çalışmaları sonrası konulmaktadır. Akciğer kanserlerinde gastrointestinal sistem metastazının hematojen ve lenfojen yolla olduğu düşünülmektedir. Kemoterapi ile indüklenen tümör nekrozunun perforasyona yol açabileceği de belirtilmiştir.⁷ Semptomatik olan olgularda en sık rastlanılan semptomlar abdominal ağrı, bulantı, kusma, anemi ve kilo kaybıdır.^{5,8} Bu bulgular primer hastalığın tanısından sonra ortaya çıkabileceği gibi, olgumuzda olduğu gibi primer hastalığın tanısından önce ya da eşzamanlı olarak da görülebilir.^{8,9}

Kolon metastazlarına neden olan bronkojenik karsinomların histolojik tipleri çalışmalar arasında farklılık göstermektedir. Olguların çoğunluğu büyük hücreli ya da skuamöz hücreli akciğer karsinomu tipindedir.^{5,10} Az sayıda kolon metastazı olgusu saptanması nedeniyle bronkojenik karsinomun histolojik tiplerinden biriyle kolon metastazını ilişkilendirmek zordur.¹¹

Yang ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, 2003–2005 yılları arasında 399 akciğer karsinomu olgusu taranmış ve altısında (%1.77) semptomatik gastrointestinal sistem metastazı saptanmıştır. Üç olgu skuamöz hücreli akciğer karsinomu, bir olgu adenokarsinom, iki olgu küçük hücreli akciğer karsinomu olarak değerlendirilmiştir. Tüm hastaların sigara kullanan erkekler olduğu belirtilmiştir. Olgularda akciğer kanserinin primer lokalizasyonu değişken olarak saptanmış, ancak sağ akciğer ve üst lob tutulumu biraz daha sık izlenmiştir. Tanı gastrik metastazı olan üç olguda gastroskopi ile, birinde kolonoskopi (çekum tutulumu) ile iki olguda ise ince barsak perforasyonu ve intüpsiyon tanısıyla yapılan laparotomi ile konulmuştur.^{8,12} Olgumuzda kitle, sağ akciğer alt lob lokalizasyonlu idi ve acil servise ileus tab-



Şekil 1. Sağ akciğer alt lobta 4 x 3 cm boyutlarında kitle ve onun distalinde atelektazi ve ona komşu plevral efüzyon

losu ile başvurmuş, yapılan laparotomi sonucunda kolon ca tanısı almıştı.

Japonya'da Yashimoto ve arkadaşlarının gastrointestinal sisteme metastaz (otopsi ile kanıtlanmış) sıklığını araştırma amacıyla yaptığı çalışmada ise, gastrointestinal metastaz oluşturabilecek faktörler araştırılmış, 1972-2004 yılları arasındaki 33 yıl boyunca akciğer karsinomu tanısı almış 525 olgunun otopsi raporları incelenmiştir. Gastrointestinal sistem metastazı ve multipl metastaza en sık adenokarsinomda rastlanılırken, gastrointestinal sisteme en fazla metastaz %8.1 oranı ile ince barsaklar, %5.1 oranında mide ve %4.5 oranında kalın barsak olarak saptanmıştır. Gastrointestinal sistem metastazı büyük hücreli akciğer karsinomunun %30'unda, diğer histolojik tiplerin %10'unda saptanmıştır.¹⁴ Yang ve arkadaşlarının çalışmasında ise, skuamöz hücreli akciğer karsinomu en sık rastlanılan tip olarak belirtilmiştir.¹² Olgumuzda saptadığımız histolojik tip, skuamöz hücreli akciğer karsinomu idi.

İntestinal metastaz olan akciğer karsinomu, ortalama 4-8 haftalık sağkalım süresi ile birlikte kötü prognozudur.^{12,13} Akciğer karsinomu tanısı ile gastrointestinal sistem metastazı arasında geçen süre ortalama 196.2 (0-456) gün, gastrointestinal sistem metastazı tanısından eksitusa kadar geçen süre ise ortalama 130 (23-371) gün olarak bildirilmiştir.¹² Perfore ince barsak kanamalarından sonra ortalama yaşam süresi 16 ay olarak saptanmıştır.¹⁴ En kötü sağkalım jejunum metastazında saptanmıştır.

Akciğer karsinomunda gastrointestinal sistem metastazı nadir görülmekle birlikte, risk grubundaki hastalarda perforasyon, obstrüksiyon, kanama ve akut apendisit şeklindeki akut karın tablolarında akciğer karsinomunun gastrointestinal sistem metastazı da akla getirilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Parkin DM, Bray F, Ferlay J, Pisani P. Global cancer statistics, 2002. *CA Cancer J Clin* 2005;55:74-108.
2. Stenbygaard LE, Sorensen JB, Larsen H, Dombernowsky P. Metastatic pattern in non resectable non-small cell lung cancer. *Acta Oncol* 1999;38:993-998.
3. Yoshimoto A, Kasahara K, Kawashima A, et al. Characterization of the prostaglandin biosynthetic pathway in non-small cell lung cancer: a comparison with small cell lung cancer and correlation with angiogenesis, angiogenic factors and metastases. *Oncol Rep* 2005;13:1049-1057.
4. McNeill PM, Wagman LD, Neifeld JP. Small bowel metastases from primary carcinoma of the lung. *Cancer* 1987;59:1486-1489.
5. Antler AS, Ough Y, Pitchumoni CS, et al. Gastrointestinal metastases from malignant tumor of the lung. *Cancer* 1982;49:170-172.
6. Ryo H, Sakai H, Ikeda T, et al. Gastrointestinal metastasis from lung cancer. *Nihon Kyobu Shikkan Gakkai Zasshi* 1996;34:968-972.
7. Yoshimoto A, Kasahara K, Kawashima A. Gastrointestinal metastases from primary lung cancer. *Euro J Cancer* 2006;42:3157-3160.
8. John AK, Kotru A, Pearson HJ. Colonic metastasis from bronkojenik carcinoma presenting as pancolitis. *J Postgrad Med* 2002;48:199-200.
9. Carroll D, Rajesh PB. Colonic metastases from primary squamous cell carcinoma of the lung. *Eur J Cardiothorac Surg* 2001;19:719-720.
10. Gitt SM, Flint P, Fredell CH, Schmittz GL. Bowel perforation due to metastatic lung cancer. *J Surg Oncol* 1992;51:287-291.
11. Habeşoğlu MA, Oğuzülgen Kİ, Öztürk C, et al. A case of bronchogenic carcinoma presenting with acute abdomen. *Tüberk Toraks* 2005;53:280-283.
12. Yang C, Hwang J, Kang W, et al. Gastrointestinal metastasis of primary lung carcinoma: Clinical presentations and outcome. *Lung Cancer* 2006;54:319-323.
13. Suzaki N, Hiraki A, Ueoka H, et al. Gastric perforation due to metastasis from adeno carcinoma of lung. *Anticancer Res* 2002;22:1209-1212.
14. Yoshimoto A, Kasahara K, Kawashima A. Gastrointestinal metastases from primary lung cancer. *Eur J Cancer* 2006;42:3157-3160.