

TEMPORAL BÖLGEDE DURAL METASTATİK PROSTAT ADENOKARSINOMU: OLGU SUNUMU

Hikmet Turan SÜSLÜ,¹ İlker GÜLEÇ,¹ Bilge BILGIÇ,² Çiçek BAYINDIR,² Mustafa BOZBUĞA¹

¹Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2. Nöroşürji Kliniği; ²İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi, Nörolojik Bilimler, Nöropatoloji Bölümü

Prostat adenokarsinomları erkeklerde ikinci sıklıkla görülen tümörlerdir; en sık pelvik lenf nodlarına, akciğere ve iskelet sistemine metastaz yapar. Beyinde metastatik prostat kanseri nadirdir ve daha çok otopsi çalışmalarında multipl dural tutulumlar şeklinde saptanır. Bu yazıda temporal bölgede skalp şişliği ile prezante olan ve radyolojik olarak birden fazla kranyal kompartmanda tutulumu neden olan dural metastatik prostat adenokarsinomlu olgu sunuldu. Olguda görülen skalp şişliği ile prezantasyon ve kranyal alanda birden fazla kompartmana yayılım prostat adenokarsinomlarının kranyal metastazları için ilginçtir.

Anahtar Sözcükler: Prostat adenomu; prostatik kanser; beyin; dura; metastaz.

TEMPORAL DURAL METASTASIS OF PROSTATIC ADENOCARCINOMA: A CASE REPORT

Prostatic adenocarcinomas are the second most common encountered tumors of men which make metastasis mostly to the pelvic lymph nodes, lungs and skeletal system. Cranial metastases from prostatic cancer are rare and mostly seen as multiple tumoral lesions developing in cranial dura in autopsy series. We presented a case with previously diagnosed as prostatic adenocarcinoma which caused scalp swelling on temporal region. Solitary metastatic tumors were evaluated radiologically and these were presented in more than one cranial compartment which was originated from cranial dura. Presentation of the case with scalp swelling and metastasis to the several cranial compartments is interesting.

Key Words: Prostatic adenoma; prostatic cancer; brain; dura; metastases.

Prostat kanserleri erkeklerde ikinci sıklıkla görülen malign tümörler olup pelvik lenf nodları, pulmoner ve aksiyel kemik metastazları hastaların yaklaşık yarısında ilk prezantasyon sırasında bulunmaktadır.^(1,2) Santral sinir sistemi'ne (SSS) prostat metastazı oldukça nadir görülür; daha çok spinal omurlarda kemik tutulumuna bağlı spinal kord basısına neden olan epidural kitleleri oluştururlar. Kranyal alanda ise en çok leptomeninkslere metastaz yapma eğiliminde olan prostat kanserleri, otopsi çalışmalarında kranyal alanda dural metastazların en sık görülenidir.

Bu yazıda prostat adenokarsinomu nedeniyle tedavi edilen ve 18 ay sonra temporal şişlik şikayeti ile baş-

vuran ve kranyal prostat adenokarsinom metastazı saptanan olgu sunuldu. Hastada radyolojik olarak kranyal duradan orijin alarak subdural ve epidural mesafe ile kranyum dışına yayılım gösteren ekstraparankimal metastatik kitle saptandı. Böyle bir yerleşim daha çok meningiomlarda görülmektedir ve prostat metastazı için ilginçtir.

OLGU SUNUMU

Prostat adenokarsinomu nedeniyle 18 ay önce iki taraflı orşiektomi yapılan ve hormonal terapi gören 72 yaşında erkek hastanın tedavisine yönelik sistemik metastaz araştırmasında metastatik bir lezyon saptanmamıştır. Üroloji kliniği tarafından belirli peri-

Başvuru tarihi: 30.11.2005 **Kabul tarihi:** 24.7.2006

İletişim: Dr. Hikmet Turan Süslü, Petrol İş Mahallesi, Raman Sokak, No: 52, D:7, Kartal, İstanbul.

Tel: +90 - 216 - 441 39 00 / 1110 **e-posta:** hikmets1972@yahoo.com

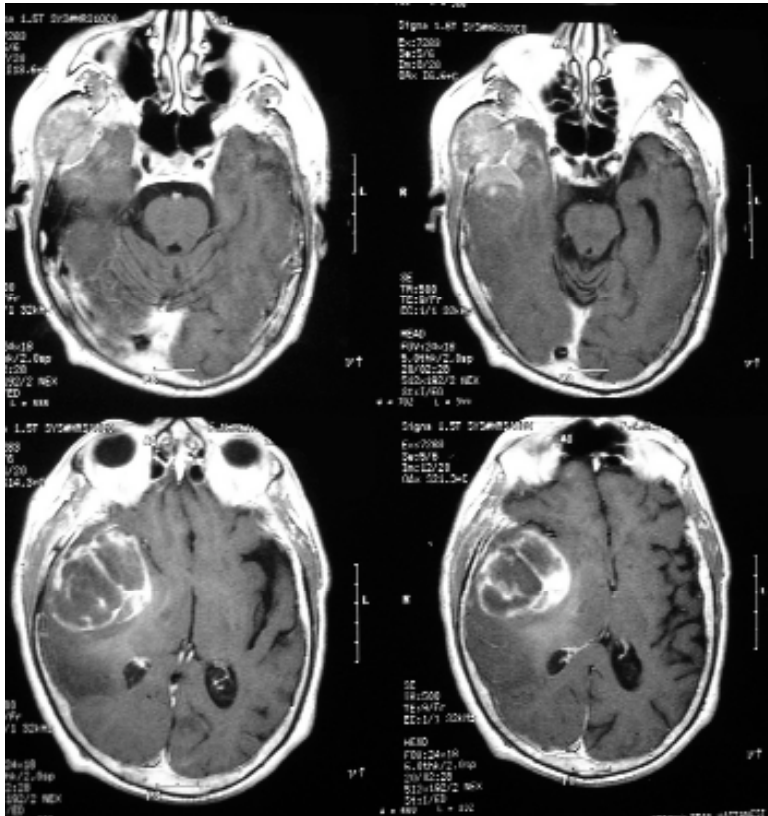
yotlarla takibi yapılan hastanın sağ temporal bölgede yumuşak doku şişliği belirlenerek tetkik edildiği ve kranyal kitle saptanınca kliniğimize yönlendirildiği öğrenildi.

Hastanın yapılan ilk muayenesinde sağ temporal bölgede skalp şişliği, sol fasyal paralizi ve sol hemiparezi saptandı. Kranyal manyetik rezonans görüntüleme'de (MRG) sağ temporal kemik ön bölümünü destrükte ederek ekstra ve intrakranyal uzanım gösteren sağ temporoinsüler bölgede heterojen dansitede hemoraji alanları olan, temporal kemikte erozyon alanından temporal adale altına yayılan, nonhomojen karakterde ekstraparenkimal kitle mevcuttu. Cerrahi olarak kitle rezeksiyonu planlanan hastaya sağ temporal kranyotomi yapıldı. Ameliyat sırasında temporal adale altında yumuşak tümör dokusu, temporal kemikte 3x2 cm büyüklüğünde kemik erozyon saptandı (Şekil I).

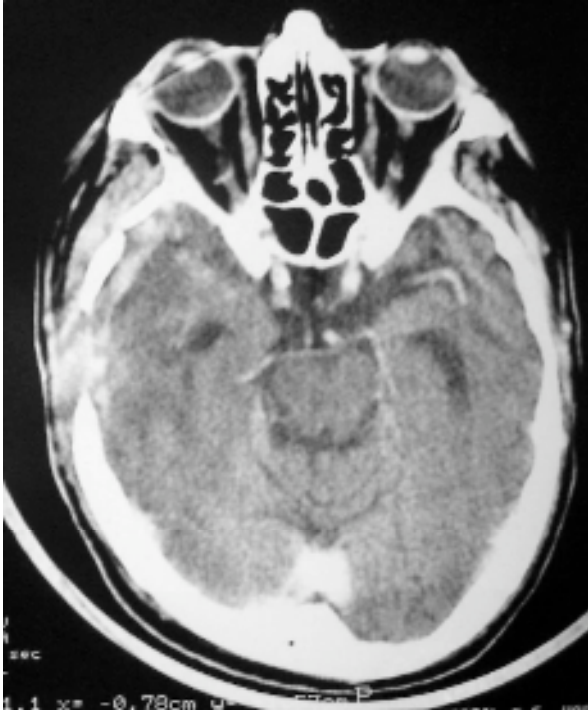
Temporal kranyotomi sonrasında, temporal lop durasının vaskülarizasyonunun artmış ve kalınlaşmış

olduğu görüldü. Cerrahi rezeksiyon sırasında dura dan subdural mesafeye uzanan sert kıvamda, vaskülarize, nekrotik alanlar içeren kitle diseke edildi. Duranın epidural yüzünde ise temporal kemiğin medialini erode ederek kranyum dışına yayılan kitle total olarak çıkarıldı. Duraplasti yapıldıktan sonra temporal kemikteki erode bölüm rezeke edilerek mevcut kemip flep yerleştirildi (Şekil II). Rezeke edilen materyalin ameliyat sonrası dönemde yapılan histopatolojik incelemesinde prostat spesifik antigen (PSA) pozitif reaksiyon veren prostat adenokarsinom metastazı saptandı (Şekil III).

Ameliyat sonrası erken dönemde hastadaki sol hemiparezi, geç dönemde de sol fasyal paralizi tamamen düzeldi ve hastanın erken ameliyat sonrası Karnofsky Performans Skalası (KPSS) 90 olarak belirlendi. Yapılan sistemik tetkikler sonunda yaygın abdominal, pelvik lenf nodu ve kemik metastazları saptanan hastaya ameliyat sonrası dönemde tüm beyin radyoterapisi uygulandı. Hasta cerrahi rezeksiyondan 10 ay sonra kaybedildi.



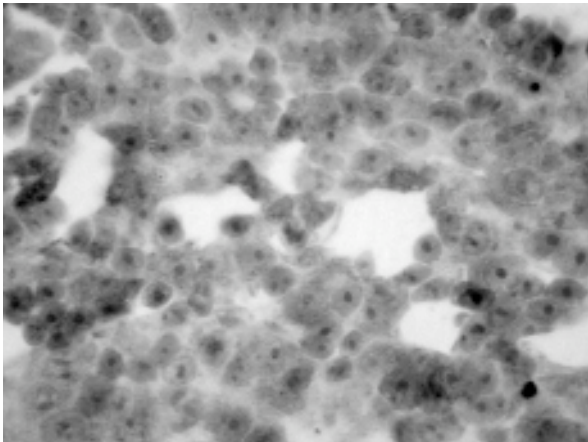
Şekil I. Ameliyat öncesi dönemde çekilmiş kranyal MRG görüntülemeye sağ temporal kemik anteriorunda kemik destrüksiyonu yapan, intra ve ekstrakranyal uzanımı ile yaygın dural kontrast tutulumu olan ekstraparenkimal kitle.



Şekil II. Ameliyat sonrası kontrol kranyal bilgisayarlı tomografide ekstraparankimal kitlenin total olarak rezekte edildiği görülmekte.

TARTIŞMA

Prostat karsinomu erkeklerde ikinci sıklıkla görülen malignite olup sıklıkla pelvik lenf nodları, pulmoner ve aksiyel kemik metastazlarına neden olur. Bu hastalarda SSS metastazları genellikle spinal omurlardaki kemik tutulumu şeklinde olup klinik bulgu veren beyin metastazları ile nadiren karşılaşılır. Birçok olguda prostat karsinomunun ilk teşhisi ile beyin



Şekil III. İmmünohistokimyasal çalışma sonrasında mevcut materyal PSA ile pozitif reaksiyon verdi (H-E x 200).

metastazının gelişimi arasındaki süre 28.3 ile 60 ay civarında olduğundan kranyal metastazlar hastalığın daha çok geç dönemlerinde ortaya çıkar.^[3] Bu uzun süre nedeniyle de beyin metastazları genellikle otopsi çalışmalarında saptanmakta, klinik serilerde yaklaşık %0.6-4.4 oranında belirlenmektedir.^[4-6]

Klinik olarak beyinde saptanan prostat adenokarsinom metastazları en sık leptomenikslerde yerleşmekte olup daha az oranda serebrum, serebellum, beyin sapı, dura, pitüiter glandda görülür.^[3,7,8] Bunun aksine, otopsi çalışmalarında saptanan prostat kanseri beyin metastazlarının en çok durada yerleştiği görülmüş ve bu olgularda leptomeningeal tutulum ve belirgin parankimal kitle saptanmamıştır.^[1,7] Bu da, yaşayan prostat adenokarsinomlu hastalarda dural metastazların zannedildiğinden daha fazla olduğunu ancak klinik bulgu verecek ve kitle etkisi oluşturacak büyüklükte lezyonlar oluşmadığından klinik prezantasyonun olmadığını düşündürmektedir.

Hastalar klinik olarak farklı şekillerde prezante olabilirler. Baş ağrısı, gaita inkontinansı, papilla ödemi, ataksi, epileptik nöbet, baş dönmesi, kranyal sinir paralizileri gibi belirtiler verebileceği gibi bazı hastalarda intraserebral veya subdural hemoraji ilk prezantasyon şekli olabilir.^[2,9-13] Ancak bizim hastamızda ilk klinik prezantasyon temporal bölgedeki skalp şişliği olup böyle bir bulguya daha çok sfenoid kanadın hiperostozu ile seyreden meningiomlarda (%12), bazı kemik metastazlarında ve primer kemik tümörlerinde rastlanır.^[14]

Prostat adenokarsinomundan dolayı kranyal dura metastazı olan hastalarda, duranın genellikle metastatik penetrasyona karşı iyi bir bariyer ve önemli kemik değişiklikleri varlığında bile genellikle iyi bir koruyucu olduğuna inanılmaktadır.^[13] Bu nedenle de dural metastazlar subdural alanda sınırlıdır.^[13] Ancak bizim olgumuzda metastatik lezyon duradan orijin alarak subdural mesafeye, durayı erode ederek epidural alana, kemiği erode ederek de kranyum dışına yayılmıştır.

Sistemik tümörlerden kranyuma metastaz gelişebilir ve temporal kemik de metastaz saptanan bir kemiktir. Prostat kanseri kemik metastazlarının sık görüldüğü bir malignite olup kranyumda meningiomlar gibi osteoblastik kemik değişikliklerine neden olan lezyonlara neden olabilir.^[14] Bizim olgumuzdaki kemik lezyonu primer kemik metastazına bağlı olmayıp komşu alandaki kitlenin yayılımından dolayı ge-

lişmiştir. Ayrıca prostat kanserleri osteoblastik aktivitede kemik metastazı yapma eğiliminde olmalarına rağmen bizim olgumuzda temporal kemikte litik bir lezyon oluşmuştur.

Olgumuzdaki mevcut metastatik kitlenin skalp şişliği ile prezantasyonu ile subdural, epidural alana yayılması ve temporal kemik erozyonu sonucunda da kranyum dışına uzanmış olması ilginçtir. Ek olarak metastatik kitleler için ilk tedavi seçeneğimiz olan cerrahi kitle rezeksiyonu ile hastada ameliyat sonrası dönemde nörolojik düzelme sağlanmıştır.

Kanser tedavisinde olan olumlu yöndeki gelişmeler, bu hastalardaki sağkalım süresini uzattığından kranyal alanda saptanan metastatik kitle oranı artmaktadır. Bu nedenle hastalarda farklı prezantasyonlar, lezyonun yayılımı ve davranış şekli ile karşılaşılmaktadır. Sonuç olarak prostat kanserlerinin kranyal metastazları farklı şekillerde klinik bulgu veren ve artık daha sık olarak teşhis ve tedavi edilen patolojiler olarak karşımıza çıkmaktadırlar.

KAYNAKLAR

1. Elkin M, Mueller HP. Metastases from cancer of the prostate; autopsy and roentgenological findings. *Cancer* 1954;7(6):1246-8.
2. Varkarakis MJ, Winterberger AR, Gaeta J, Moore RH, Murphy GP. Lung metastases in prostatic carcinoma. Clinical significance. *Urology* 1974;3(4):447-52.
3. Gupta A, Baidas S, Cumberlin RK. Brain stem metastasis as the only site of spread in prostate carcinoma. A case report. *Cancer* 1994;74(9):2516-9.
4. Catane R, Kaufman J, West C, Merrin C, Tsukada Y, Murphy GP. Brain metastasis from prostatic carcinoma. *Cancer* 1976;38(6):2583-7.
5. Chung TS, Thannikkary C. Carcinoma of the prostate with brain metastasis. *J Surg Oncol* 1986;33(2):103-5.
6. Patel N, Teh BS, Powell S, Lu HH, Amato R, Butler EB. Rare case of metastatic prostate adenocarcinoma to the pituitary. *Urology* 2003;62(2):352.
7. Kleinschmidt-DeMasters BK. Dural metastases. A retrospective surgical and autopsy series. *Arch Pathol Lab Med* 2001;125(7):880-7.
8. Kwee IL, Nakada T, St John JN. Triple fossa metastasis of prostate cancer. *Neurosurgery* 1983;13(5):584-6.
9. Barolat-Romana G, Maiman D, Dermbach P, Chohi H. Prostate carcinoma presenting as intracranial hemorrhage. Case report. *J Neurosurg* 1984;60(2):414-6.
10. Bucci MN, Farhat SM. Metastatic adenocarcinoma of the prostate as a cause of subdural hematoma. *J Urol* 1986;135(4):803-4.
11. Kasabian NG, Previte SR, Kaloustian HD, Ganem EJ. Adenocarcinoma of the prostate presenting initially as an intracerebral tumor. *Cancer* 1992;70(8):2149-51.
12. Rao KG. Carcinoma of prostate presenting as intracranial tumor with multiple cranial nerve palsies. *Urology* 1982;19(4):433-5.
13. Tomlin JM, Alleyne CH. Transdural metastasis from adenocarcinoma of the prostate mimicking subdural hematoma: case report. *Surg Neurol* 2002;58(5):329-31; discussion 331.
14. Pompili A, Derome PJ, Visot A, Guiot G. Hyperostosing meningiomas of the sphenoid ridge--clinical features, surgical therapy, and long-term observations: review of 49 cases. *Surg Neurol* 1982;17(6):411-6.