

# Akciğer Kanserlerinde Klinik

CLINICAL MANIFESTATION OF THE LUNG CANCER

Gökhan ÇELİK\*, Akın KAYA\*, Doğanay ALPER\*\*

\* Dr.Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları ve Tüberküloz ABD,

\*\* Prof.Dr.Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları ve Tüberküloz ABD, ANKARA

Akciğer kanserlerinin tanısı konusundaki çalışmalar tümörün gelişimindeki evrelere göre üç fazda özetlenebilir.

- 1- Saptanamayan faz
- 2- Preklinik veya asemptomatik fakat saptanabilir faz
- 3- Klinik veya semptomatik faz
  - a) Lokalize
  - b) Rejyonel yayılım gösteren
  - c) Dissémine (uzak metastazlar) ve paraneoplastik sendromlar

Akciğer kanseri, genellikle hastada yeni veya aşikar bir semptomun gelişimi veya akciğer radyografisinde bir anormalliğin bulunması ile tanınır. Tanı sırasında saptanan belirti ve bulgular primer tümörün yeri ve büyüklüğüne, metastazların büyüklük ve yerine paraneoplastik sendromların oluşumuna bağlı olarak çok çeşitlidir (Tablo 1 ve 2). Vakaların çoğunda bulgu ve belirtilerin ortaya çıktığı zaman ise maalesef rejyonel veya uzak lenf bezleri veya uzak diğer organ metastazları mevcuttur.

Bulgu ve belirtiler, bir ölçüde hücre tipine göre değişmektedir.

Asemptomatik sigara içen bireylerde yapılan taramalarda bulunan akciğer kanserli vakalar hariç tutulursa, akciğer kanserli hastaların büyük çoğunluğu semptomatik hastalıkla başvurur. "Yale-New Haven Hospital" ve "New Haven Vétérans Administration Hospital"den bildirilen 678 bronkojenik karsinomlu hastanın sadece %6'sı asemptomatik bulunurken, %27'sinde primer tümöre bağlı semptomlar, %32'inde metastaza alt semptomlar, %34'inde ise anoreksi, kilo kaybı ve halsizlik gibi sistemik semptomlar saptanmıştır. Semptomların var-

lığı ile yaşam süresi arasında da ilişki olduğu bildirilmiştir. Asemptomatik vakaların %18'inde, primer tümöre bağlı semptomu olanların %12'sinde, genel sistemik semptomları olanların %6'sında, metastatiklerin ise %0'ında 5 yıl yaşam saptanmıştır. Uzun süreli semptomu olanlarda yaşam süresinin kısa süreli semptomu olanlara göre daha uzun olduğu ve bunun uzun süreli semptomlu olanların biyolojik olarak daha yavaş büyüyen kanserle karışık olabileceği ileri sürülmüştür. Bununla beraber, Eastern Cooperative Oncology group (ECOG)'un çalışmalarından çıkan prognostik faktör tartışmaları, tedavi öncesi semptomların süre uzunluğunun yaşam süresi ve tedaviye yanıtla korele olmadığını düşündürmektedir. Akciğer kanseri semptomları, özellikle öksürük pek çok olguda yavaş yavaş gelişir ve hasta tarafından önemsenmez, sigaraya veya gribal enfeksiyona bağlanır, izleyen doktoru tarafından da bu semptomlar trakea-bronşit, pnömoni, influenza, pulmoner infarktüs veya akciğer absesi düşünülerek semptomatik veya antibiyotik tedaviye alınır ve böylece birkaç ay geçebilir.

Akciğer kanseri için patognomonik belirti veya bulgu yokken, bazı bulgu veya semptomlar diğerlerinden daha sık görülür. A.Ü. Tıp Fak. Göğüs Hastalıkları Anabilim dalında 814 akciğer kanseri vakasının değerlendirilmesinde öksürük %87, balgam %74, hemoptizi %41 bulunmuştur. Nefes darlığı, göğüs ağrısı, wheezing daha az oranlarda görülmüştür. Genel semptom olarak halsizlik %27.5, iştahsızlık %34, kilo kaybı %40, ateş %25, terleme %25 oranında gözlenmiştir.

Charleston ise Güney Carolina'da 702 akciğer kanserli hastanın değerlendirilmesinde öksürük %64.2, kilo kaybı %55.3, ağrı %52.7, aşırı balgam %44.6, hemoptizi %28.3, halsizlik %26.5, ateş %21.1, nöromiyopati %9.7, baş dönmesi %4 ve %11.7 asemptomatik vaka oranları saptanmıştır.

Akciğer kanserli hastaların çoğu sık görülen semptom kompleksleri ile karşımıza çıkarsa da seyrek görülen semptom ve bulguların bilinmesi, klinisyene hastalığın erken, tedavi edilebilir bir evrede yakalanması konusunda yardımcı olur. Eaton-Lambert sendromu ve diğer nörolojik ve endokrin sendromlar sık görülen geç

Geliş Tarihi: 22.11.1995

Yazışma Adresi: Dr.Gökhan ÇELİK  
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Göğüs Hastalıklar ve Tüberküloz ABD,  
ANKARA

Tablo 1. Akciğer kanserlerinde semptomlar

Primer tümöre bağlı semptomlar	Öksürük, Ekspektorasyon, Hemoptizi, Dispne, Göğüs ağrısı, Ateş
Intratorasik ekstrapulmoner yayılma ait semptomlar	Nefes darlığı, Göğüs ağrısı, Ses kısıklığı, Vena Kava Superior sendromu, Disfaji ve kardiyak semptomlar
Uzak metastaza ait semptomlar	Lenf bezi, Merkezi sinir sistemi, Karaciğer, Kemik, Clit tutulumuna ait belirti ve bulgular
Metastaza Bağlı olmayan sistemik semptomlar	İştahsızlık, Kilo kaybı, Halsizlik ve Paraneoplastik sendromlar gibi

Tablo 2. Akciğer kanserlerinde bulgu ve belirtiler

Primer tümörün santral lokalizasyonuna veya endobronşial gelişimine bağlı semptomlar	Öksürük, Hemoptizi, Wheezing, Stridor, Obstrüksiyona bağlı dispne Obstrüksiyona bağlı pnömonitis (Ateş, Prodüktif Öksürük)
Primer tümörün periferik lokalizasyonuna bağlı semptomlar	Plevral veya göğüs duvarı tutulumuna bağlı ağrı, Öksürük, Restriksiyona bağlı dispne Kaviteleşmeye bağlı akciğer absesi belirtileri
Rejyonel lenf bezi veya komşuluk yolu ile toraks içi yayılıma bağlı semptomlar	Trakea obstrüksiyonu, oesofagus basısına bağlı disfaji, Rekürren larengeal sinir paralizisine bağlı ses kısıklığı, Frenik sinir paralizisine bağlı hemidyafragma yüksekliği ve dispne, Sempatik zincir paralizisi ve horner sendromu, sekizinci servikal ve birinci torakal sinirlere bağlı ulnar ağrı ve pancoast sendromu, Vasküler obstrüksiyona bağlı VCSS Kardiyak ve perikardiyak yayılıma bağlı tamponad, Arıtmı veya kalp yetmezliği lenfatik obstrüksiyon Akciğerlerdeki lenfatik yayılıma bağlı hipoksemi ve dispne

(Cohen MH. Signs and symptoms of bronchogenic carcinoma in Straus MJ (ed) Lung Cancer Clinical Diagnosis and Treatment PP \*5-94) New York Grune Stratton 1977.

evre semptomları çıkmadan aylar önce görülebilir. Vena kava superior sendromu rejyonel olarak ilerlemiş akciğer kanserini gösterirken, bu sendromla birlikte olan küçük hücreli akciğer kanserli hastalar sıklıkla küratif amaçla tedavi edilirler. Ayrıca tümörün hücre tipi ile lokalizasyonu arasında korelasyon vardır. Tüm akciğer kanserlerinin çoğu periferik bronştan köken alırsa da, klinik tanı konulduğunda, yassı hücreli ve küçük hücreli kanserler genellikle santral olarak yayılmıştır. Adenokarsinoma ve large celi anaplastik karsinoma pek çok hastada periferik yerleşmiştir. Periferik yerleşim nedeni ile adenokarsinoma, tanı sırasında en çok asemptomatik olan akciğer kanseri formudur. Yassı hücreli ve küçük hücreli kanserlerin primer yeri ile adenokarsinoma arasındaki fark, farklı başlangıç belirti ve bulgulara yol açar. Endobronşial ve santral tümör gelişimine bağlı semptomlar; öksürük, obstrüktif dispne, segmental atelektazi, segmental emfizem, pnömoni (ateş, prodüktif öksürük), kurt göğüs ağrısı, wheezing veya stridordur. Periferik tümör büyümesine bağlı semptomlar ise plevra ve göğüs duvarı tutulumuna bağlı keskin ağrı, restriktif dispne, plevral effüzyon, öksürük, tümör kaviteleşmesine bağlı akciğer absesidir. Santral lokalizasyonda ağrı mediastinal yapıların veya perivasküler, peribronşial sinirlerin tutulumuna bağlı olabilir ve belirsiz, intermitant olma eğilimindedir, iyi lokalize edilemez, intrabronşial tümör hemoptizi, atelektazi ve post-obstrüktif pnömoniye yol açar.

Adenokarsinom ve büyük hücreli kanserler ise önemli büyüklüğe ulaşıncaya kadar nadiren hemoptizi, lokal atelektazi veya obstrüktif pnömoniye neden

olurlar. Periferik yerleşimdeki tümörler tanı sırasında çok büyümüş olabilirler ve plevraya, göğüs duvarına direkt tutulum söz konusu olabilir ve ağrı kolaylıkla lokalize edilebilir. Periferik tümörlerde dispne daha çok plevral effüzyona veya göğüs duvarı hareketlerinde oluşan ağrıya bağlı restriksiyondan ileri gelir.

Bronkoalveolar kanser adenokansere benzeyen belirti ve bulgular gösterir, fakat belli bulgular, bronkoalveolar kanser tipini düşündürülebilir. Alveolar yüzeyler boyunca büyüyen tümör hücreleri, arterovenöz (A-V) şanta yol açacak şekilde kapiller membranlardan geçen oksijen transferini bozabilir; böylece syanoz, dispne ve hipoksi belirgin olabilir. İlerlemiş bronkoalveolar kanserli hastaların 1/3 kadarı hipoksemiye artırabilecek ve hipovolemi ve elektrolit bozukluklarına yol açabilecek fazla miktarda köpüklü balgam çıkarırlar. Bu sendromun pnömoni ile karışması sıktır. Akciğer adenokarsinomasının tersine bronkoalveolar karsinomada plevral ve göğüs duvarı tutulumu belirgin değildir. Bu türdeki hastalar öksürük, göğüs ağrısı veya hemoptizi ile başvurabilirler. Fakat %20 kadarı tanı sırasında asemptomatiktir. Bazı asemptomatik hastaların akciğer grafisinde yaygın pulmoner hastalık bulunabilir, bunlar soliter veya multipl nodüller, kalıcı bir infiltrat, lobar konsolidasyon veya kaviter lezyon olabilir. Malign hücreler alveollerde olduğundan hava bronkogramı sık görülür.

## TORAKS İÇİ YAYILIMLA İLGİLİ BELİRTİ VE BULGULAR

Sıklıkla epidermoid tipde olan apeks yerleşimli tümörlerde lokal yayılım sonucu 8. servikal ve 1. torakal

sinirlerin invazyonu ile Pancoast sendromu veya superior sulkus sendromu oluşur. Bu sendromda; omuz ağrısı vardır ve ağrının kolda ulnar sinir trasesi boyunca yansması olur. Paravertebral tümörün sempatik sinire invazyonu ile Horner sendromu gelişir. Enoftalmi, ptosis, myozis ve anizokoriye neden olur. Erken dönemde mydriazis görülebilir. Radyolojik olarak sıklıkla 1. ve 2. kostada destrüksiyon vardır.

N. rekürrens larengeus'un felci ile ses kısıklığı oluşur. Sol rekürrens sinirin sağa göre daha uzun seyri olduğundan solda daha fazla görülür.

Frenik sinir tutulumu sonucu Hemidiafragma paralizisi, yükseklik ve sonuçta dispne gelişir. Osefagusa bası ile disaji oluşur. Rekürrens larengeal sinirin paralizisi de sıvı veya katı gıdalarla disfaji gelişmesine, aspirasyona neden olur. Çünkü bu sinir krikoid kas yapısını ve osefagusun proksimal kısmını innerve eder. Sıklıkla sağdaki akciğer kanseri veya sağ mediastinal lenf bezi ince duvarlı ve düşük basınçlı vena kava superior'a bası yaparak obstrüktif vasküler sendromun (VCSS) oluşmasına neden olur. Bu sendromun tümörün büyüme hızı ve obstrüksiyonun yerine göre farklılıklar gösterir. Epidermoid hücreli kanserlerde obstrüksiyon genellikle yavaş gelişir ve belirgin venöz kolleteraller oluşur.

Küçük hücreli kanserlerde ise hızlı bir seyir görüldüğünden kolleteraller gelişmemiştir. Tıkanma azigosun vena kava superiore açılma yerinin altında ise kol ve boyun venlerinde dolgunluk, yüz, boyun ve kollarda ödem vardır. Mukoz membranlarda dolgunluk, göğüs üst kısmında, sırtta genişlemiş büküntülü kolleteraller görülür. Obstrüksiyon azigosun açılma yerinin üzerine ise klinik daha ağırdır. Karın anterior ve posterior duvarında kolleteraller oluşur. Kan akımındaki staz sonucu trombozis gelişebilir.

VCSS ile spinal kord basısı birlikte olabilir. Diğer birlikte oluş tümörün perikarda invazyonu ile kalp tamponadı tablosu gelişmesidir. Bu nedenle VCSS olan vakalarda ekokardiografi yapılması yararlı olur. Akciğer kanserli vakaların %15-35'inde kardiak metastaz görülür. Tümörün perikarda yayılması sonucu perikardial tamponad, aritmi ve konjestif kalp yetmezliği gelişebilir. Retrospektif bir çalışmada kalbe ait hiçbir belirti ve bulgu olmadan, EKG normal iken %4 kardiak metastaz saptanmıştır.

## EKSTRATORAKAL METASTAZLAR

Akciğer kanserlerinde hematojen yayılım sıktır. Hematojen metastazlar istirahatta kardiak output'un dıstrübisyonu ile paralel olarak beyin, kemik karaciğer, sürrenal ve böbreklerde sık görülür.

Ekstratorakal metastazların sıklığı tümörün hücre tipi ve differansiasyonu ile ilgilidir. Yassı hücreli akciğer kanserlerinde zayıf differansiasyon olan tümörlerin ekstratorakal metastazları iyi diferansiye alanlardan daha fazladır.

Küçük hücreli kanserlerin pankreas, testis, tiroid, meme gibi organ metastazları diğer kanser tiplerinden daha fazladır.

Metastazın neden olduğu semptomlar klinik tabloya hakim olabilir, tanıyı karıştırır ve etkisiz tedaviye neden olurlar. Primer tümörün büyüklüğü ile metastaz arasında bir korelasyon yoktur. Büyük tümör olmasına karşın metastaza rastlanmayabilir veya aksine asemptomatik ufak bir akciğer kanseri yaygın metastazlar ile ortaya çıkabilir.

**Merkezi sinir sistemi metastazları:** Akciğer kanseri vakaların %10'unda tanı sırasında, %15-20 hastalığın seyri sırasında MSS metastazları saptanmıştır. En sık küçük hücrelide, en az da yassı hücreli akciğer kanserinde görülür. Beyin metastazları akciğer grafisinde apikal ve periferik lezyonu olanlarda daha sık görülmektedir.

Beyin metastazına ait en sık görülen semptomlar intrakranial basınç artışını gösteren başağrısı, bulantı, kusma, şuur bozukluğu, yorgunluk ve halsizliktir. Daha az olarak epilepsi nöbetleri, kranial sinir bozuklukları, hemiparezi, cerebellar bozukluklar ve afazidir. Akciğer grafisinde periferik yerleşim gösteren tümörlerde beyin metastazları göğüs semptomlarından önce klinik tabloya hakim olabilir.

Akciğere kanserlerinde genellikle frontal lobda daha az olarak da cerebellumda metastaz görülür. Vak'aların %30'unda BBT'de soliter lezyon saptanır. Küçük hücreli dışı kanserlerde nörolojik belirti ve bulgu olmadıkça rutin BBT yapılmaz. Medulla spinalis tutulumu ise epidural ve leptomeningeal metastazlar şeklinde görülür. Epidural metastazlar hastaların %95'inde başlangıçta sırt ağrısı neden olur. Kuvvetsizlik, otonomik disfonksiyon, his kaybı, ataksi geç belirtilerdir.

Sırt ağrısı ve vertebra destrüksiyonu olan hastaların %50'sinden fazlasına nörolojik muayene normal olsa bile ekstradural spinal kord basısı saptanmıştır. Radiküler ağrısı olan hastaların %60'dan fazlasında epidural metastaz görülmüştür. Bu hastalarda myelopati belirtileri ortaya çıkmadan önce radyoterapi uygulanırsa ambulatuvar olarak yaşantılarını devam ettirirler. Radiküler ağrılar boyun ve lumbosakral bölgede daha fazladır. Epidural bölgede ağrı sırt üstü yatar durumda daha fazla olduğundan bu hastalar otururu vaziyette uyurlar. Leptomeningeal metastazlar küçük hücreli kanserlerde daha sık görülür.

**Kemik metastazları:** Kemik akciğer kanserlerinde sık görülen metastaz yeridir. Kemik metastazının en sık görüldüğü yerler; vertebra %70, pelvis kemikleri %40, femur %25, daha az olarak diğer uzun kemikler, skapula, sternum, el ve ayak ufak kemikleridir. Diz ve dirsek altındaki kemiklerde ise seyrek görülür. El ve ayak parmak kemiklerindeki osteolitik metastazları seyrek görülür ve prognozun çok kötü olduğuna işaret etmektedir. Akciğer kanserlerinde kemik metastazlarının

çoğunluğu osteolitik olurken, bazılarında özellikle küçük hücreli ve adeno kanserlerde osteoplastik de olabilir.

Monoartiküler artritisi şeklinde belirti nadirdir. Fizik muayenede eklemde inflamasyon ve effüzyon vardır. Diz ve kalçak eklemleri sık tutulmaktadır. Vakaların çoğunluğunda effüzyonda malign hücreler gösterilebilir. Bu nedenle eklemlerde effüzyon saptanan akciğer kanserli vakalarda antlenflamatuar tedaviye başlanmadan önce sıvının sitolojik tetkiki yapılmalıdır.

Klinik olarak kemik metastazlarının en çok sorun olanı vertebral tutulum ve beraberindeki ağrıdır. Vertebral metastaza bağlı sırt ağrısı olan hastaların bir kısmında kemik grafisi ve sintigrafisi normal bulunabilir.

Kemik sintigrafisi vertebra dışı metastazda %96 pozitif sonuç vermektedir, iskelet radyografileri ile kemik metastazları kemik kodeksinin %50 veya daha fazlasının harabiyeti oluncaya kadar gösterilememektedir.

Şüphe edilen drumlarda kemik tomografisi, CT scanning ve kemik biopsileri yapılmalıdır. Vertebra kemik lezyonu gösterilen ve kemik ağrıları olan kişilerde myelografi ile %80 epidural ve leptomeningeal tutulum saptanmıştır.

Karaciğer metastazı: Akciğer kanserinin tüm hücre tiplerinde sık görülür. Ancak geç evrelerde klinik olarak belirgindir. Otopsi çalışmalarında %35'ten fazla olduğu bildirilmiştir. Klinik muayenede karaciğer büyüklüğü, ağrı, sertlik, palpabl nodüller saptanır. AST, ALT ve özellikle alkalen fosfatazda yükselme saptanır. CEA yüksek olabilir, ateş bulunabilir. Sarılık ve assit seyrek bulgulardır. Sarılık periportal lenf bezlerinin ekstrahepatik bilier kanallara bası etkisine bağlıdır. Anoreksi karaciğer metastazı veya tümörün metabolik etkisine bağlı olabilir. Karaciğer metastazı seyrek olarak laktik asidozis ile birlikte olabilir. Hiperpne, sirkülatur kollaps ve ölümlü sonuçlanabilir. Tümör tarafından laktat oluşmasından ziyade, normalde anaerobik glikozis sonucu oluşan laktatı azaltamamasından kaynaklanır.

Surrenal metastazı: Akciğer kanserlerinde adrenal hipofonksiyonu diğer tümörlerden daha çok görülür, fakat surrenalın %90'dan fazlasının tümör tarafından tutulmadıkça asemptomatik olur. CT ile adrenal metastaz daha sık gösterilmiştir. Otopside adrenal metastaz %27'den fazla olup çoğunlukla da bilateraldir.

Metastazlar çoğunlukla adrenal medullasında görülür. Addison'a ait kuvvetsizlik, yorgunluk, anoreksi, bulantı, kusma, karın ağrısı, hipotansiyon, deri ve mukozalarda pigmentasyon değişiklikleri görülür. Laboratuvar bulguları hiponatremi, hiperkalemi, orta derecede metabolik asidozis, idrarda sodyum yüksekliği ve potasyum düşüklüğü saptanır.

Gastrointestinal metastaz: Gastrointestinal sistem ve abdominal lenf bezi tutulumu siktir. Fakat klinik olarak ya sessizdir veya nonspesifik semptomlarla seyrederler. Gastrointestinal metastaz %12 oranında olup bunların %13'ü büyük hücreli anaplastik kanserlerdir.

Kolonun proksimal kısmının tutulumu rektum ve sigmoidе göre daha fazladır. İntestinal obstrüksiyon ve perifrasyon seyrek ve kötü prognoz işaretidir. Otopside mide tutulumu %2-4 olarak bildirilmiştir ve bu tutulum şekli sıklıkla semptomatiktir. Epigastrik ağrı, bulantı ve kusma şikayetleri olabilir. Dalak tutulumu %5-7 olup metastazlar çok küçüktür. Dalak rüptürü çok seyrek olup, bazan küçük hücreli akciğer kanserinde görülmektedir. Küçük hücreli akciğer kanserinde pankreas metastazı daha sık görülür ve çoğu kez çok küçük olup, obstrüktif sarılık seyrek.

Akciğer kanserlerinde özellikle adenokanserde seyrek olarak amilaz salgınır ve pankreatit gibi düşünülür. Ancak tümöre bağlı amilaz tükürük tip amilazdır.

Deri ve yumuşak doku metastazı: Akciğer kanserinde deri metastazı %1, otopside %3 olarak saptanmıştır. Deri metastazı olan 36 vakanın otopsisinde primer tümör olarak %47 oranında akciğer kanseri bulunmuştur. Bu nedenle metastatik cild kanserlerinde primer odak olarak akciğerler araştırılmalıdır. Özellikle baş, boyun, göğüs cildi üzerinde ağrısız, morumsu renkte, keskin sınırlı, sıklıkla süratle büyüyen lezyonlardır.

Lenf bezi metastazları: sıklıkla supraklaviküler bölgededir. Bazan aksiller ve inguinal lenf bezleri de ağırlı büyüyebilir ve tedavi edilmezse ülsere olabilir.

iskelet kaslarında ise metastaz seyrek görülür ve kas zorlanmas, inflamasyonu gibi yanlış yorumlanabilir.

Akciğer kanserli olguların baş boyun muayeneleri dikkatli yapılmalıdır. Zira oral kavitede özellikle dişeti ve dilde metastaz yapan tümörlerdir.

Baş derisi diğer yumuşak doku metastazlarının görüldüğü yerdir ve subkutan nodüHer şeklinde görülür.

## Diğer metastazlar

Akciğre kanserleri herhangi bir organ veya dokuda metastaz yapabilir. Küçük hücreli akciğer kanserlerinde endokrin organ metastazı eğilimi daha fazladır. Bu nedenle küçük hücreli akciğer kanserlerinde tiroid muayenesi çok dikkatli yapılmalıdır. Sıklıkla tiroid metastazları klinik olarak belirgin değildir ve tiroid fonksiyon bozukluğu olmayabilir.

Bulanık görüş koroidal metastazı düşündürür. Akciğer kanserlerinin %0.5'inde göz dibi muayenelerinde koroidal metastaz saptanmıştır. Özel teknik ile muayenede bu oran dah ayüksek bulunabilir. Başlıca şikayet görmeye bulanıklık, lekeler şeklinde olabilir. Bazan koroidal tümör mekanik olarak retinal elemanların sıkışmasına, ayrılmasına neden olabilir. Koroidal metastatik tümörlerin en sık nedeni erkeklerde ilk sırada akciğer kanseri, kadınlarda ise meme kanserinden sonra akciğer kanseri ikinci nedendir. Genellikle hastalığın ileri dönemlerinde görülmekte beraber bazan hastalığın başlangıcında da bulunabilir.

Böbrek metastazı nekropsi serilerinde %15-20 oranında saptanmıştır. Genellikle metastatik tümör küçük boyutlarda ve asemptomatiktir.

Akciğer kanserleri övere, uterusu metastaz yapabilir (%1-2). Uterusa metastaz nadiren uterin kanamaya neden olabilir. Küçük hücreli kanser testise metastaz yapabilir, ancak tümör 1 cm'den küçüktür ve asemptomatiktir. Seyrek olarak penise metastaz olabilir, ülsürasyona disürkiye neden olabilir.

## KAYNAKLAR

1. Çobanlı B. Primer akciğer kanserlerinde semptomlar. *Tüberküloz Toraks*, 1989; 1:39-44
2. Cromartie RS, Parker EF, May JE, et al. Carcinoma of the lung: a clinical review. *Ann Thorac Surg* 1980; 30:30-5.
3. Doyle LA, Aisner J. Clinical presentation of lung cancer. In: *Thoracic Oncology* 1989; 52-72.
4. Fraser RG, Pare PJA, Fraser RS, Genereux GP. *Neoplastic Diseases of the lungs. Diagnosis of diseases of the chest.* WB Saunders Company Philadelphia 1989(2):1442-46.
5. Huntsman WT, Brown ML, Albala DM. Cardiac tamponade as a unusual presentation of lung cancer case report and review of the literature. *Clin Cardiol* 1994; 14:529-32.
6. Minna JD, Higgings GA, Glatstein EJ. Cancer of the lung. In: *Cancer principles practise of oncology.* Vincent T, Devita, Samuel Hellman, Steven A. Rosenberg JB. Lippincott Company, Philadelphia 2 ed 1985:507-97.
7. Murray JF, Nadel JA. Neoplasm of the lungs. *General principles and diagnostic approach.* WB Saunders Company 1994:1541-42.
8. Patel MA, Peters GS. Clinical manifestation of the lung cancer. *Mayo Clin Proc* 1993; 68:273-7.
9. Thompson FJ, Cheshire CM. Addison's disease with nephrotic syndrome: an unusual presentation of malignancy. *British Journal of Hospital Medicine* 1991; 45:388-9.