

Tek Taraflı Retina Dekolmanı ile Ortaya Çıkan Küçük Hücreli Dışı Akciğer Kanseri

Non-Small Cell Lung Cancer Presenting with Unilateral Retinal Detachment: Case Report

Yrd.Doç.Dr. Savaş ÖZSU,^a
Yrd.Doç.Dr. Adem TÜRK,^b
Prof.Dr. Yılmaz BÜLBÜL,^a
Yrd.Doç.Dr. Mehmet KOLA,^b
Doç.Dr. Funda ÖZTUNA,^a
Prof.Dr. Tefvik ÖZLÜ^a

^aGöğüs Hastalıkları AD,
^bGöz Hastalıkları AD,
Karadeniz Teknik Üniversitesi
Tıp Fakültesi, Trabzon

Geliş Tarihi/Received: 20.01.2010
Kabul Tarihi/Accepted: 21.06.2010

Yazışma Adresi/Correspondence:
Yrd.Doç.Dr. Savaş ÖZSU
Karadeniz Teknik
Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Göğüs Hastalıkları AD, Trabzon,
TÜRKİYE/TURKEY
savoz@mynet.com

ÖZET Oküler metastazlar meme kanserlerinin %8-9,7'sinde, akciğer kanserlerinin ise 1-6,7'sinde ortaya çıkmaktadır. Akciğer kanserinden kaynaklanan semptomatik oküler metastaz ise nadirdir. Genel durumu iyi olan 68 yaşındaki erkek hasta, sol gözündeki görme azlığı yakınması ile başvurdu. Arka segment muayenesinde sol gözde retina dekolmanı ve retina altı koroidal kitle mevcuttu. Orbital manyetik rezonans incelemesinde metastatik lezyon ve toraks bilgisayarlı tomografisinde ise kitle saptandı. Klinik muayene ve laboratuvar incelemelerinde bir başka metastatik bölge tespit edilemeyen olguda, transtoraksik biyopsi sonucunda küçük hücre dışı akciğer kanseri tanısı konuldu. Akciğer kanserli olgularda retina dekolmanı ilk bulgu olabileceğinden, metastatik lezyonun primer odağı açısından olgu sistemik olarak araştırılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Koroid; akciğer tümörleri; manyetik rezonans görüntüleme; tümör metastazı; retina dekolmanı

ABSTRACT Ocular metastases originate from 8-9.7% of breast cancers and 1-6.7% of lung cancers. Symptomatic ocular metastases of lung cancer are rare. A 68-year-old male patient with otherwise good health presented with impaired vision of the left eye. Posterior segment examination of the left eye revealed retinal detachment and subretinal choroidal mass. Orbital magnetic resonance imaging showed a metastatic lesion and chest computed tomography revealed a mass. Clinical examination and laboratory investigations revealed no other metastases. Non-small cell lung cancer was diagnosed with transthoracic biopsy of the mass. Retina detachment may be the first sign in patients with lung cancer; therefore, such patients should be investigated for the primary site of cancer.

Key Words: Choroid; lung neoplasms; magnetic resonance imaging; neoplasm metastasis; retinal detachment

Türkiye Klinikleri J Med Sci 2012;32(3):813-7

Akciğer kanserli olguların yarısından fazlasında başvuru anında uzak metastaz saptanmaktadır. Metastatik yayılım sıklıkla kemikler, karaciğer, sürrenal bezler, beyin, lenf düğümleri ve ciltte görülmekte iken, intraoküler metastaz nadiren görülmektedir.^{1,2} İntraoküler metastazlar sıklıkla meme kanserinden, daha seyrek olarak da akciğer ve kolon kaynaklı olmaktadır.³⁻⁵ Akciğer kanserinden kaynaklanan semptomatik oküler metastaz ise çok nadirdir.⁶

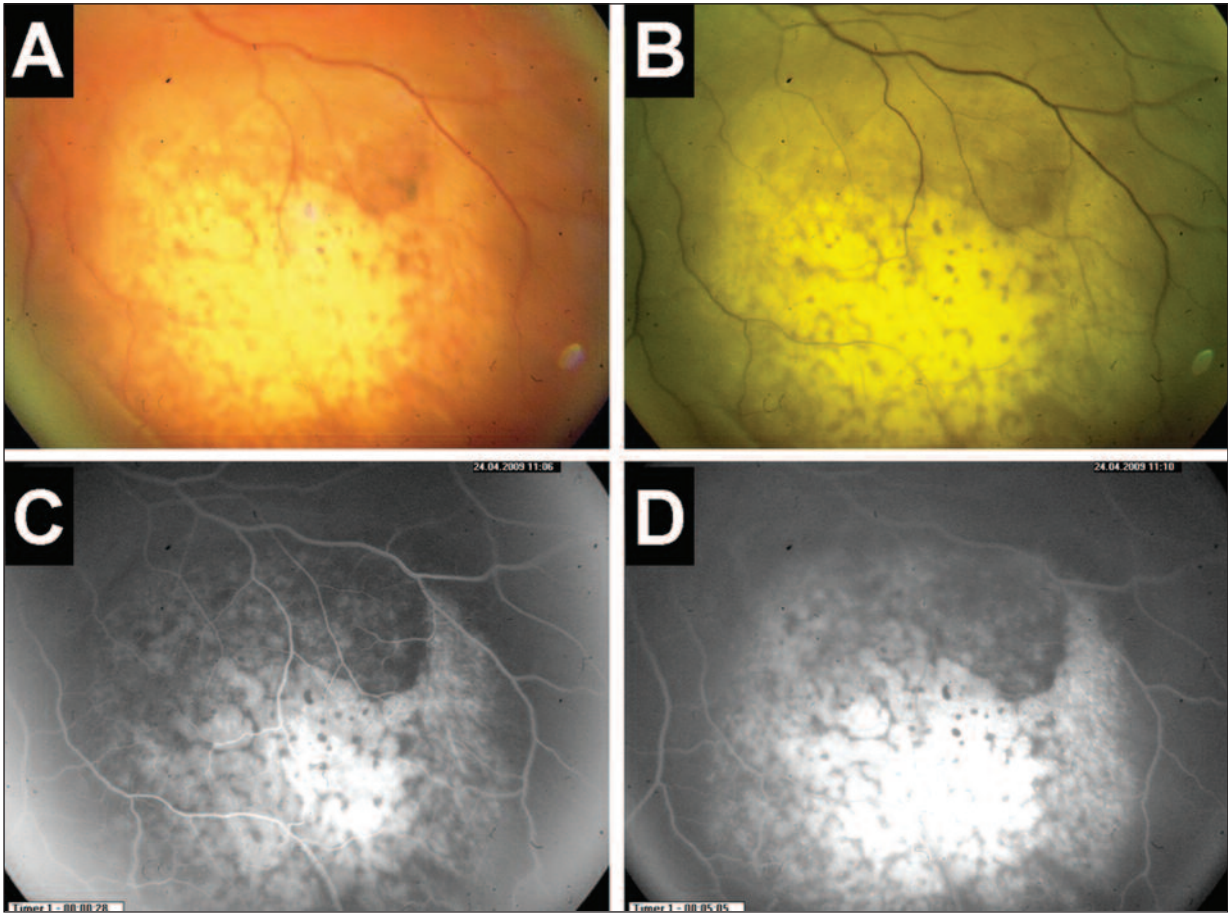
Primer akciğer kanserinde intraoküler metastazın nadiren görülmesi ve hastamızın oküler semptomlarla başvurması nedeniyle olgu literatür eşliğinde sunulmuştur.

OLGU SUNUMU

Altmış sekiz yaşındaki erkek hasta sol gözde ağrı ve görme kaybı nedeniyle Göz Kliniği'ne başvurdu. Muayenesinde, görme keskinliği sağda tam, solda 0,2 düzeyinde bulunan olgunun ön segment göz bulguları normaldi. Göz içi basınçları her iki gözde de normal bulunan olgunun belirgin bir refraksiyon kusuru da mevcut değildi. İndirekt oftalmoskopide sağ retina bulguları normal bulunmasına karşın, sol gözünde alt temporal kadrandan makulaya doğru uzanan seröz retinal kabarıklık ve bu kabarıklığın altında koroidal kitle tespit edildi (Resim 1). Fundus floresein anjiyografi (FFA) incelemesinde hiperfloresan olarak izlenen koroidal kitlenin manyetik rezonans görüntüleme (MRG) taramasında, sol glob posteriorunda, optik sinirin her iki tarafında, T1'de hiperintens ve T2'de hipointens sinyal karakter-

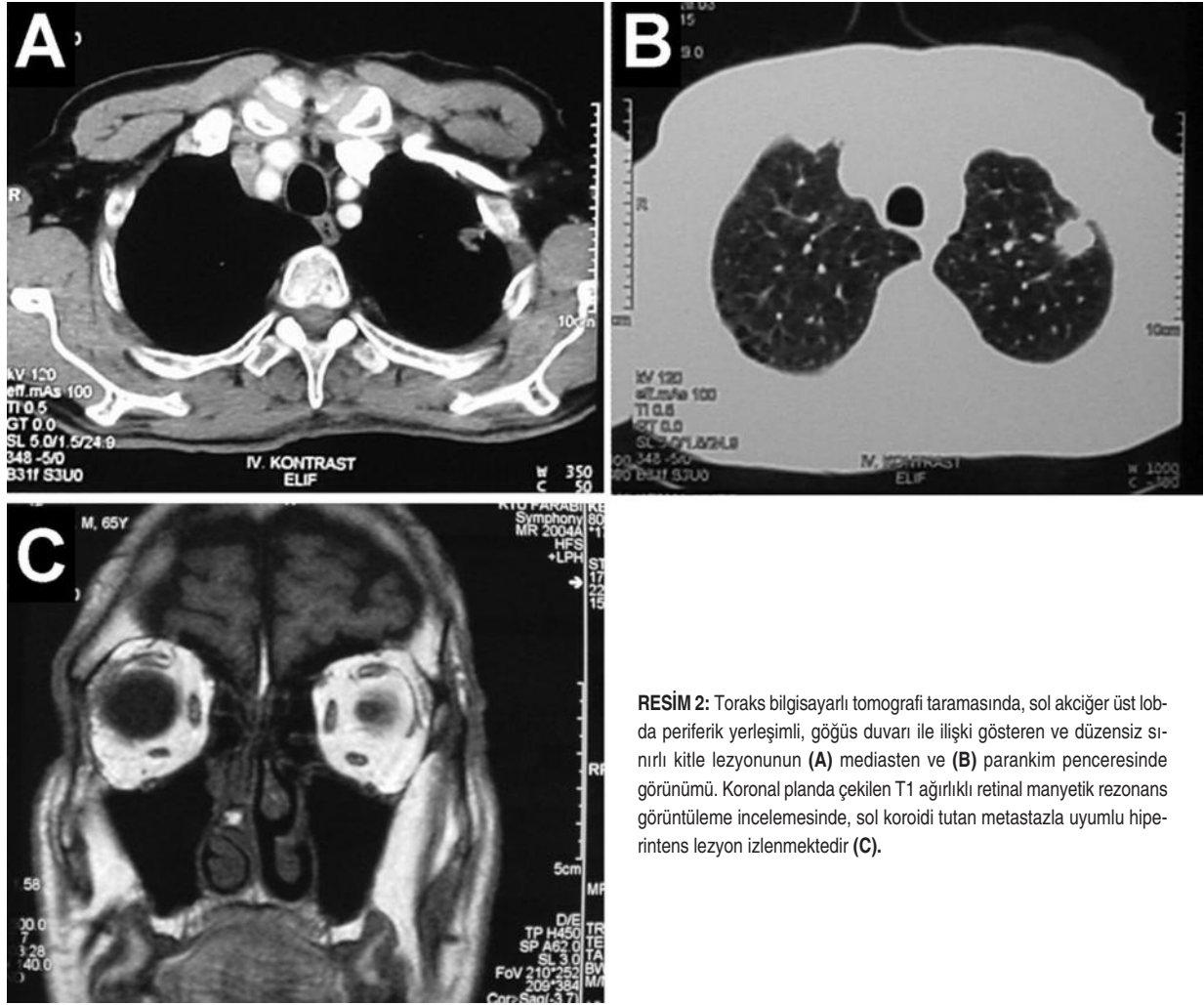
rinde, metastazla uyumlu koroidal kalınlaşma saptandı (Resim 2). Yapılan tetkiklerde akciğer grafisinde kitle izlenmesi üzerine olgu kliniğimize sevk edildi.

Hasta başvurduğunda solunum sistemine ait herhangi bir şikâyeti yoktu. Özgeçmişinde 50 paket/yıl sigara içme öyküsü dışında bir özellik yoktu. Hastanın solunum sistemi fizik muayenesi ise normaldi. Akciğer radyografisinde sol akciğer üst zonda, periferde düzensiz sınırlı opasite saptanması üzerine toraks bilgisayarlı tomografi (BT) taraması yapıldı. BT'de sol üst lobta periferik yerleşimli ve göğüs duvarı ile ilişkili 2 cm boyutunda kitle lezyonu ve sol hiler lenfadenopati izlendi (Resim 2). Akciğer dışı olası başka primer odak açısından hasta araştırıldı. Uzak organ taramalarında beyin MRG, Batın BT, pelvik ultrasonografisi ve kemik sintigrafisi normal olarak değerlendirildi. Aynı dönemde



RESİM 1: Alt temporal koroidi tutan metastaz odağı ve bunun yol açtığı retina dekolmanı (A,B). Aynı lezyonun erken (C) ve geç (D) döneme ait fundus floresein anjiyografi görüntüleri.

(Renkli hali için Bkz. <http://tipbilimleri.turkiyeklinikleri.com/>)



RESİM 2: Toraks bilgisayarlı tomografi taramasında, sol akciğer üst loba periferik yerleşimli, göğüs duvarı ile ilişki gösteren ve düzensiz sınırlı kitle lezyonunun (A) mediasten ve (B) parankim penceresinde görünümü. Koronal planda çekilen T1 ağırlıklı retinal manyetik rezonans görüntüleme incelemesinde, sol koroidi tutan metastazla uyumlu hiperintens lezyon izlenmektedir (C).

yapılan hemogramda, lökosit $14,600/\text{mm}^3$, hemoglobin 11 mg/dL , trombosit $646,000/\text{mm}^3$ ve sedimentasyon 42 mm/saat olarak bulundu. Kan biyokimyası ve idrar analizinde anormallik saptanmadı. Tümör göstergelerinden sadece karsinoembriyonik antijen 89 ng/mL (normal değer $<3,4 \text{ ng/mL}$) saptandı. Bunun üzerine yapılan kolonoskopi normal olarak değerlendirildi. Ayrıca hastanın nazofarinks ve ürolojik muayenesi normaldi. Bronkoskopisinde endobronşiyal lezyon izlenmeyen hastada yapılan BT eşliğinde transtorasik biyopsinin patoloji sonucu küçük hücreli dışı akciğer karsinomu (KHDAK) ile uyumlu geldi. Hastaya Evre-IV (T1N1M1) KHDAK tanısı konularak cisplatin/gemistabin kemoterapisi planlandı.

TARTIŞMA

Akciğer kanserleri tanı anında sıklıkla metastaz yapmış olarak karşımıza çıkmasına karşın, oküler metastaza nadiren yol açmaktadır. Oküler metastazlar ise meme kanserlerinin %8-9,7'sinde, akciğer kanserlerinin ise %1-6,7'sinde ortaya çıkmaktadır.³⁻⁵ Akciğer kanserinin evrelemesinde rutin göz muayenesi ve/veya orbital MRG yapılmamaktadır. Bu durumun en önemli nedeni ise akciğer kanserinin semptomatik göz metastazına nadiren yol açmasıdır. Şimdiye kadar sadece akciğer kanseri tanısı almadan semptomatik oküler metastazla ortaya çıkan vaka sayısı 11 olarak rapor edilmiştir.⁷ Yine literatürde bizim vakamızda olduğu gibi, olguların yak-

laşık 1/3'ünde, oküler metastaz ortaya çıktığında primer kanser tanısı olmadığı bildirilmektedir.⁸⁻¹⁰

Sistemik kanserler; iyi kanlanmasından dolayı gözde en sık uveya metastaz yapmaktadır.¹¹ Bunun dışında retina, sklera, optik sinir ve orbita gibi diğer gözle ilişkili dokulara da metastaz görülebilmektedir.¹² Koroid metastazlarında ortaya çıkan klinik bulgular olgudan olguya değişebilmektedir. Hastalarda ağrısız görme kaybı, sinek uçuşmaları, sekonder retina dekolmanı, sekonder glokom ve ağrı gibi değişik klinik bulgular ortaya çıkabilmektedir. Tümör boyutunun çok büyük olduğu olgularda total retina dekolmanına kadar ilerleme gelişebilmektedir. Fundus muayenesinde retina pigment epiteli değişiklikleri, Bruch membranının yırtılması sonucu retina altı mantar şeklinde büyüme paternleri izlenebilir. Tanı koymada fundus görünümü genellikle yeterli olsa da, bazı olgularda oküler ultrasonografi ve fundus floresin anjiyografi (FFA) tanı koymada yardımcıdır. FFA'da genellikle erken safhada hipofloresan izlenen kitle alanının, zamanla hiperfloresan boyandığı gözlenmektedir.^{11,13,14} Diğer yandan, bizim olgumuzda olduğu gibi, tanı almamış akciğer kanserli olgularda koroidal metastaz genellikle tek taraflıdır.¹⁵

Oküler metastazlarda tanı, sıklıkla klinik bulguların görüntüleme yöntemleriyle desteklenmesi ile konulmaktadır. Bizim hastamızda semptom varlığı, görme bulguları ve MRG ile metastaz tanısı konuldu ve biyopsi düşünülmeydi. Ayrıca hastamızda uzak organ taramalarında başka bir primer odak tespit edilmedi. Bizim vakamızda tek başına oküler metastazın bulunması ilginçtir. Literatürde, koroidal metastazlı olguların yaklaşık %60'ında eş zamanlı olarak en az başka bir organda da metas-

taz olduğu bildirilmektedir.⁷ Kreusel ve ark. tarafından yapılan çalışmada da oküler metastazı olan hastalarda en az iki organ metastazı saptanmıştır.¹⁶ Oküler metastazı olan hastaların yaklaşık %22'sine aynı zamanda santral sinir sistemi metastazı da eşlik etmektedir.¹⁷ Diğer yandan, tanı almamış primer akciğer kanserinin daha çok erken evrede semptomatik göz metastazına neden olduğu bildirilmektedir.⁵ Oküler metastaza en sık neden olan histopatolojik akciğer kanseri türü adenokanserdir.^{5,6} Bizim olgumuzda ise histopatolojik alt grup tayini yapılamamıştır.

Literatürde oküler metastazların tedavisinde öncelikle primer odağa bağlı olmak kaydıyla ekizyon, enükleasyon, kriyoterapi, primer tümörün çıkarılması, radyoterapi ve kemoterapi uygulanmaktadır.^{18,19} Hormonal tedavi prostat ve meme tümörlerinde başarılı bulunmuşken, renal karsinomlu olgularda palyatif cerrahinin akut görme kaybını düzelttiği bildirilmektedir.^{18,19} Oküler metastazlı olgularda prognoz genellikle kötü olmasına karşın, kemosenitif meme ve prostat tümörlerinde sağkalım 2-5 yıl arasında değişmektedir.^{20,21}

Primer akciğer karsinomu olan hastalar, tanı almadan oküler semptomlarla ortaya çıkabilir. Ayrıca gözde metastaz yapmış olguların çoğunun asemptomatik olduğu dikkate alındığında, özellikle sigara kullanma öyküsü ve görme şikâyeti olan erkek hastaların akciğer tümörü açısından taranması erken tanı açısından çok önemlidir. Akciğer kanserinin evrelendirmesinde tedavi seçimini etkilemesi açısından rutin göz muayenesinin yapılması da, vurgulanması gereken önemli bir noktadır.

KAYNAKLAR

1. Beckles MA, Spiro SG, Colice GL, Rudd RM. Initial evaluation of the patient with lung cancer: symptoms, signs, laboratory tests, and paraneoplastic syndromes. *Chest* 2003;123(1 Suppl):97S-104S.
2. Bulbul Y, Oztuna F, Topbas M, Ozlu T. Survival analyses of patients with thoracic complications secondary to bronchial carcinoma at the time of diagnosis. *Respiration* 2005; 72(4):388-94.
3. Nelson CC, Hertzberg BS, Klintworth GK. A histopathologic study of 716 unselected eyes in patients with cancer at the time of death. *Am J Ophthalmol* 1983; 95(6): 788-93.
4. Weiss L. Analysis of the incidence of intraocular metastasis. *Br J Ophthalmol* 1993;77(3):149-51.
5. Su HT, Chen YM, Perng RP. Symptomatic ocular metastases in lung cancer. *Respirology* 2008;13(2):303-5.
6. Kreusel KM, Bechrakis NE, Wiegel T, Krause L, Foerster MH. Incidence and clinical characteristics of symptomatic choroidal metastasis from lung cancer. *Acta Ophthalmol* 2008; 86(5):515-9.
7. Ascaso FJ, Castillo JM, García FJ, Cristóbal JA, Fuertes A, Artal A. Bilateral Choroidal Metastases Revealing an Advanced Non-Small Cell Lung Cancer. *Ann Thorac Surg* 2009;88(3):1013-5.

8. Goldberg RA, Rootman J, Cline RA. Tumors metastatic to the orbit: A changing picture. *Surv Ophthalmol* 1990;35(1):1-24.
9. Shields CL, Shields JA, Gross NE, Schwartz GP, Lally SE. Survey of 520 eyes with uveal metastases. *Ophthalmology* 1997;104(8):1265-76.
10. Demirci H, Shields CL, Chao A, Shields J. Uveal metastasis from breast cancer in 264 patients. *Am J Ophthalmol* 2003;136(2):264-71.
11. Gökmen Soysal H. [Metastatic tumors of the eye and adnexa]. *Türkiye Klinikleri J Ophthalmol* 2006;15(3):104-9.
12. Bloch RS, Gartner S. The incidence of ocular metastatic carcinoma. *Arch Ophthalmol* 1971;85(6):673-5.
13. Shields JA. Metastatic tumors to the uvea. *Int Ophthalmol Clin* 1993;33(3):155-61.
14. Shields JA, Shields CL, Eagle RC Jr, Gündüz K, Lin B. Diffuse ocular metastases as an initial sign of metastatic lung cancer. *Ophthalmic Surg Lasers* 1998;29(7):598-601.
15. Kreusel KM, Bornfeld N, Hosten N, Wiegel T, Foerster MH. Solitary choroidal metastasis as the first sign of metastatic lung carcinoma. *Arch Ophthalmol* 1998;116:1396-7.
16. Kreusel KM, Wiegel T, Stange M, Bornfeld N, Hinkelbein W, Foerster MH. Choroidal metastasis in disseminated lung cancer: frequency and risk factors. *Am J Ophthalmol* 2002;134(3):445-7.
17. Mewis L, Young SE. Breast carcinoma metastatic to the choroid: analysis of 67 patients. *Ophthalmology* 1982;89(2):147-51.
18. Bianciotto C, Demirci H, Shields CL, Eagle RC Jr, Shields JA. Metastatic tumors to the eyelid: report of 20 cases and review of the literature. *Arch Ophthalmol* 2009;127(8):999-1005.
19. Tsina EK, Lane AM, Zacks DN, Munzenrider JE, Collier JM, Gragoudas ES. Treatment of metastatic tumors of the choroid with proton beam irradiation. *Ophthalmology* 2005;112(2):337-43.
20. Char DH, Miller T, Kroll S. Orbital metastases: diagnosis and course. *Br J Ophthalmol* 1997;81(5):386-90.
21. Goldberg RA, Rootman J. Clinical characteristics of metastatic orbital tumors. *Ophthalmology* 1990;97(5):620-4.