

# İntramusküler Metastazlarla Başvuran Aseptomatik Kolon Karsinomu

## Asymptomatic Colon Carcinoma Presenting with Intramuscular Metastases: Case Report

Dr. Birgül ÖNEÇ,<sup>a</sup>  
Dr. Ayla YILDIZ SAVAŞ,<sup>a</sup>  
Dr. Mehmet KARAKOÇ,<sup>a</sup>  
Dr. Kürşad ÖNEÇ,<sup>a</sup>  
Dr. Ebru ÇAKIR,<sup>b</sup>  
Dr. Erdal ESKİOĞLU,<sup>a</sup>  
Dr. Selma KARAAHMETOĞLU<sup>a</sup>

<sup>a</sup>İç Hastalıkları Kliniği,  
Ankara Numune Eğitim ve  
Araştırma Hastanesi,  
<sup>b</sup>Patoloji Kliniği,  
Atatürk Göğüs Hastalıkları ve  
Göğüs Cerrahisi Eğitim ve  
Araştırma Hastanesi, Ankara

Geliş Tarihi/Received: 28.03.2008  
Kabul Tarihi/Accepted: 03.03.2009

Yazışma Adresi/Correspondence:  
Dr. Ayla YILDIZ SAVAŞ  
Ankara Numune Eğitim ve  
Araştırma Hastanesi,  
İç Hastalıkları Kliniği, Ankara,  
TÜRKİYE/TURKEY  
drmsa@gmail.com

**ÖZET** Kolorektal karsinomun iskelet kasları içine metastazı nadirdir ve genellikle daha önce tanı almış kolon kanseri hastalarında görülür. Kolorektal kanser hastalarının çoğu gastrointestinal semptomlar ya da anemiye bağlı semptomlarla başvururlar ve tanıda asemptomatik kanserler genellikle daha iyi Dukes evrelerindedir. Bu yazıda gastrointestinal semptom, güçsüzlük ya da kilo kaybı tariflemeyen; uyluk ve göğüs duvarındaki ağrılı metastazlarla tanı almış bir kolon kanseri olgusunu sunuyoruz. Uylukdaki kitleden yapılan biyopside kası invaze eden az diferansiye müsinöz adenokarsinom gözlemlendi. Yapılan abdominal bilgisayarlı tomografi incelemesi karaciğerdeki metastatik kitleyi ve daha sonra biyopsiyle adenokarsinom olarak tanımlanan sigmoid kolon duvarındaki kalınlaşmayı ortaya çıkardı. Visseral malignitelerin iskelet kası içine metastazı nadirdir. Bizim olgumuzda olduğu gibi primer lezyonun semptomu olmaksızın kas içi metastazlarına ait semptomlarla kendini göstermesi daha da nadirdir.

**Anahtar Kelimeler:** Kolorektal tümörler; yumuşak doku tümörleri; müsinöz adenokarsinom; iskelet kası; iskelet kası tümörleri

**ABSTRACT** Intramuscular metastasis of colorectal carcinoma is rare and usually seen in patients with a previously diagnosed malignancy. The majority of colorectal cancer patients have gastrointestinal symptoms or anemia at the time of diagnosis and asymptomatic cancers usually have a better Dukes' staging. We report a colon cancer patient admitted with painful soft tissue metastases in his thigh and chest wall. He did not experience gastrointestinal symptoms, weakness or weight loss. Needle biopsy of the thigh mass showed poorly differentiated mucinous adenocarcinoma that invaded the muscle. Abdominal computed tomography revealed a mass in the liver and irregular thickening of sigmoid colon walls, that was later diagnosed as adenocarcinoma on biopsy. The clinical presentation of a solitary soft tissue metastasis without any symptoms of the primary malignancy, as our case presented, is rare.

**Key Words:** Colorectal neoplasms; soft tissue neoplasms; adenocarcinoma, mucinous; muscle, skeletal; neoplasms, muscle tissue

Türkiye Klinikleri J Med Sci 2010;30(2):788-91

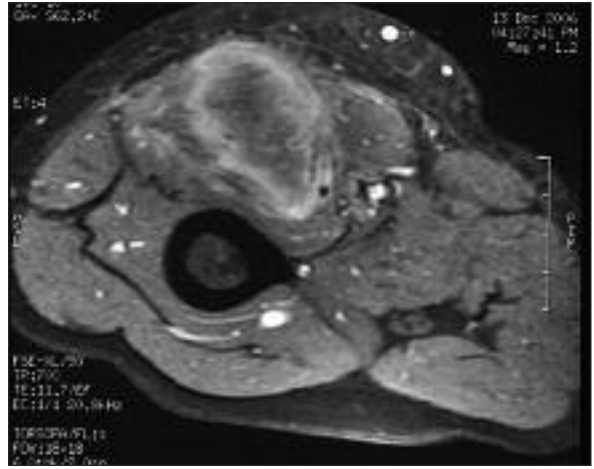
**K**olorektal kanser tüm dünyada en sık rastlanan kanserlerden biridir ve 2007'de yalnız ABD'de 112.000 yeni olgunun tanı alacağı tahmin edilmektedir.<sup>1</sup> Hastaların büyük çoğunluğu rektal kanama, bağırsak alışkanlıklarında değişim, anemi, karın ağrısı ya da kilo kaybı gibi semptom ve bulgularla tanı alır. Genellikle taramalar sırasında tanı alan asemptomatik kolon kanserleri ise tüm kolon kanserlerinin %5-20'sini oluşturur ve daha erken evrelerde yakalanır.<sup>2</sup> Kolorektal kanserlerde iskelet kası içine

metastazlar ise nadirdir ve genellikle hastalığı bilinen ileri evre kanserlerde görülür. Gastrointestinal sisteme ya da anemiye ait semptomu olmaksızın, uyluk ve göğüs duvarında ağırlı yumuşak doku kitelleri ile başvurarak tanı alan kolon adenokarsinomu sunuyoruz.

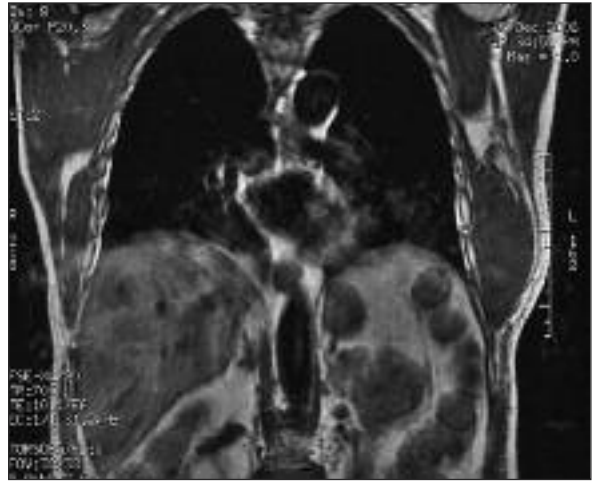
## OLGU SUNUMU

Elli dokuz yaşında erkek hasta göğüs duvarında ve sağ uylukta ağırlı kitleler şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Hasta bir ay kadar önce göğsünün sol tarafında hareketle artan, sürekli, künt bir ağrı hissetmeye başladığını ve beş gün sonra bu bölgede giderek büyüyen hassas bir şişlik farkettiğini belirtti. İki hafta sonra sağ uyluğunda benzer bir ağrı ve şişlik gelişmeye başladığını farkederek hasta, gittiği doktor tarafından başlanan analjezikleri almasına rağmen artan ağrı ve büyüyen kitleler nedeniyle kliniğimize başvurdu. Yapılan fizik muayenede, sol göğüs duvarında 5-7. kostalar üzerinde 8x6 cm ve sağ uyluk distal medial kesiminde 15x7 cm ağırlı, orta sertlikte, derin dokulara fikse ama kemik yapıya fikse olmayan kitleler tespit edildi. Hasta bu kitleler dışında; rektal kanama, bağırsak alışkanlıklarında değişim, halsizlik ya da kilo kaybı gibi gastrointestinal malignite düşündürecek semptom tariflemiyordu. İlk laboratuvar bulgularında Hb:12.2 g/dl, MCV 80 fl ve serum demiri hafif azalmış olmakla beraber, ferritin ve demir bağlama kapasitesi normaldi. Eritrosit sedimentasyon hızı 40 mm/saat, beyaz küre ve trombosit sayıları normal, gaitada gizli kan negatifti. Yapılan ultrasonografik incelemede her iki kitlenin de solid, kas içinde kapsülsüz kitleler olduğu anlaşıldı. Diğer tüm laboratuvar bulguları normaldi.

Manyetik rezonans görüntüleme (MRG) sağ uylukta vastus medialis ve intermedius kaslarını invaze eden ancak femur invazyonu olmayan 15 x 7 x 5 cm ölçülerinde (Resim 1) ve göğüs duvarında pektoralis major, pektoralis minör, serratus anterior ve eksternal abdominal oblik kaslarını tutan 6x4,5x9 cm ölçülerinde (Resim 2) kitleler gözlemlendi. Sağ uyluktaki kitleden yapılan iğne biyopsisi makroskopik olarak 1x0,3x0,2 cm'lik gri renkli bir dokuydu ve mikroskopik olarak kas liflerini invaze etmiş, ekstraselüler mütin gölcükleri içinde az di-

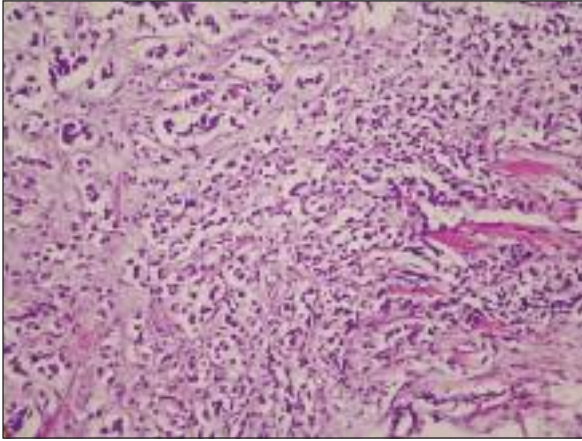


**RESİM 1:** Manyetik rezonans görüntüleme sağ uylukta vastus medialis ve intermedius kaslarını invaze eden ancak femur invazyonu olmayan kitle lezyonu.

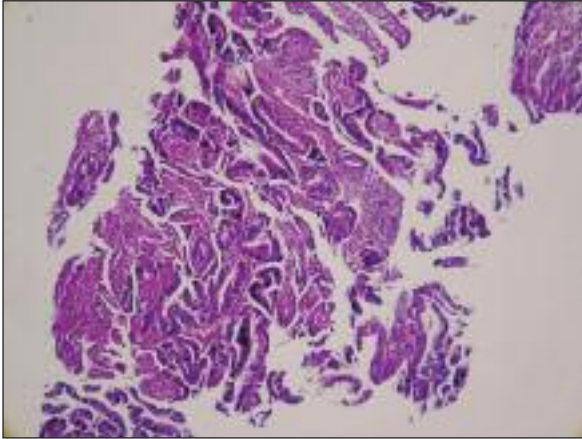


**RESİM 2:** Manyetik rezonans görüntüleme göğüs duvarında pektoralis major, pektoralis minör, serratus anterior ve eksternal abdominal oblik kaslarını tutan kitle lezyonu.

feransiye adenokarsinom hücreleri görülmekteydi (Resim 3). Yapılan immünohistokimyasal değerlendirmede tümör hücreleri muskarin ve karsinoembriyojenik antijen boyaları ile kuvvetli pozitif boyandı. Abdominal bilgisayarlı tomografi (BT) sigmoid kolonda irregüler duvar kalınlaşması ve çevresinde büyük lenf nodları ile birlikte karaciğer sağ lob posterior segmentte de kitle lezyonu varlığını ortaya çıkardı. Kolonoskopide 18 cm'den 38 cm'ye kadar uzanan, lümeni çepeçevre saran ancak obstrüksiyon yaratmayan ülsere polipoid lezyon görüldü ve biyopsiler alındı. Bu biyopsilerde desmo-



**RESİM 3:** Uyluktaki kitleden iğne biyopsisi, kas liflerini invaze etmiş, ekstraselüler mürin gölcükleri içinde az diferansiye adenokarsinom hücreleri.



**RESİM 4:** Kolonoskopik biyopsi, desmoplastik stroma içerisinde düzensiz gland yapıları ile karakterize adenokarsinom.

plastik stroma içerisinde düzensiz gland yapıları ile karakterize adenokarsinom saptandı (Resim 4). Karaciğer kitlesinden yapılan biyopside de uyluktaki kitle gibi ekstraselüler mürin salgılayan adenokarsinom tespit edildi. Bakılan tümör belirteçlerinden CEA 11.1 ng/ml (0-5) ve CA19-9 1200 IU/ml'nin üzerinde saptandı.

Kolon adenokarsinomunun iskelet kası metastazı tanısı aldıktan sonra hastanın uyluk ve göğüs duvarına lokal palyatif radyoterapi uygulanarak ağrının azalması sağlandı. Yapılan değerlendirmeler de obstrüksiyon riski yüksek olduğuna karar verildi ve bunu önlemek için kolostomi açılmasının ardından, 5-florourasil, oksaliplatin ve folinik asit içeren sistemik kemoterapiye başlandı. Bu haliyle

operasyon morbidite ve mortalitesi yüksek olacağından, operasyon alanını küçültebilmek için üç kür kemoterapi sonrasında iskelet kası metastazları, karaciğerdeki tek metastatik lezyon ve primer kitlenin rezeksiyonu planlandı.

## TARTIŞMA

Kolon karsinomu her iki cinsiyette en sık görülen üç kanserden biridir ve Amerikan Kanser Derneği'nin verilerine göre 2007'de yalnız ABD'de 112.000 yeni olgu beklenmektedir.<sup>1</sup> Erken evrede ve küçük tümörlere sahip olan asemptomatik hastaları tespit etmek için çeşitli tarama programları kullanılsa da, hastaların %66'sı gastrointestinal sistemi işaret eden semptomlarla tanı almaktadır. Speights ve ark. 246 iyi dokümanite edilmiş hastanın verilerini taramış ve yalnız 32'sinin gastrointestinal semptomu olmaksızın tanı aldığını bildirmiştir.<sup>2</sup> Bununla beraber ileri evre ve büyük tümörlerde bağırsak alışkanlıklarında değişim, rektal kanama, anemi sonucu gelişmiş halsizlik tanısında çok daha sık görülmektedir. Metastatik kolorektal kanserlere ait net veri olmamasına rağmen primer tümöre ait semptomların daha sık olması beklenir.

Bilinen malignitesi olan hastalarda bile visseral tümörlerin yumuşak doku metastazları nadirdir. Willis ve Pearson otopsi serilerinde intramusküler metastaz sıklığını sırasıyla %0.8 ve %16 olarak bildirmişlerdir.<sup>3,4</sup> Primer tümöre ait belirtisiz yumuşak doku metastazları ile başvuru ise çok daha nadirdir ve Glocker ve ark. tarafından %0.8 olarak bildirilmiştir.<sup>5</sup> Görüntüleme çalışmaları ile soliter yumuşak doku kitlesi ortaya konmuş 1421 hastanın tarandığı bu çalışmada sekiz akciğer kanseri, bir primeri bilinmeyen adenokarsinom ve bir kolon kanseri metastazı saptanmıştır.<sup>5</sup>

Bu olguda hasta, primer tümöre ait rektal kanama, ağrı, bağırsak alışkanlıklarında değişim gibi bir şikayet olmaksızın yumuşak doku metastazlarına ait semptomlarla başvurmuştur. Başvurusunda Hb:12.2 ve MCV:80fl olmasına rağmen halsizlik tariflememekteydi. Ferritin, serum demir bağlama kapasitesi normal ve ilk yapılan gaitada gizli kan araştırması negatif olduğundan, aneminin olası bir

primer yumuşak doku malignitesine bağlı gelişmiş kronik hastalık anemisi olabileceği düşünüldü. Yapılan yumuşak doku ultrasonografisinin her iki kitlenin benzer özellikte solid lezyonlar olduğunu açığa çıkarması ile visseral bir malignitenin metastazı olabileceği düşünüldü. Yine kitlelerin metastazla uyumlu olduğunu düşündüren MRG sonrası uyluktan alınan biyopside adenokarsinom saptanması üzerine, primer odağı tespit edebilmek amacıyla üst ve alt gastrointestinal sistemlerin endoskopisi yapıldı. Kolonoskopide 20 cm'lik bir segment boyunca çepeçevre uzanan ancak kolonoskopun geçişine izin verecek şekilde lümeni obstrükte etmeyen tümöral lezyon gözlemlendi. Bu tümöral lezyondan alınan biyopsi az differansiye adenokarsinom ile uyumlu geldi. Alınan biyopsinin patolojik tanısını destekler nitelikte CEA ve CA 19-9 yüksekliği tespit edildi.

Literatürde kolon kanserinin iskelet kası metastazı oldukça nadirdir.<sup>6-16</sup> Yalnız iki olgu gastrointestinal sistem açısından asemptomatik iken kas

içi metastazlarla tanı almıştır. Bizim olgumuzda bu derece büyük olan primer kitlenin asemptomatik kalması ve batın içi lenf nodlarına, karaciğere ve uzak iskelet kaslarına metastazlardan sonra tanı alması şaşırtıcıydı. Başka bir ilgi çekici nokta da hem karaciğer hem de uyluk kasları içindeki metastatik lezyon belirgin müsin salgılıyor iken, primer adenokarsinomda bu özelliğin bulunmamasıydı. Primer tümörde böyle bir özellik yok iken literatürdeki olgulardan üçünde müsinöz metastazlar,<sup>6,8,16</sup> dördünde kalsifiye veya ossifiye metastazlar<sup>10,13</sup> bildirilmiştir.

Sonuç olarak gastrointestinal sistem semptomları olmaksızın iskelet kası metastazları varlığı ve primer lezyonun böyle bir özelliği olmamasına rağmen hem karaciğer hem de uyluk metastazının müsin salgılıyor olması, literatürde benzer bulgularla sunulmuş olan olguların azlığı bizi bu olgu bildirimini sunmaya yöneltti. Bu olgu kolon kanserlerinin sessiz progresyonu ve farklı prezentasyonları açısından çarpıcı bir örnektir.

## KAYNAKLAR

- Jemal A, Siegel R, Ward E, Murray T, Xu J, Smigal C, et al. Cancer statistics, 2006. *CA Cancer J Clin* 2006;56(2):106-30.
- Speights VO, Johnson MW, Stoltenberg PH, Rappaport ES, Helbert B, Riggs M. Colorectal cancer: current trends in initial clinical manifestations. *South Med J* 1991; 84(5): 575-8.
- Willis RA. Secondary tumours in sundry unusual situations. *The Spread of Tumours in The Body*. 3<sup>rd</sup> ed. London: Butterworths; 1973. p.279-81.
- Pearson CM. Incidence and type of pathologic alterations observed in muscle in a routine autopsy survey. *Neurology* 1959;9:757-66.
- Glockner JF, White LM, Sundaram M, McDonald DJ. Unsuspected metastases presenting as solitary soft tissue lesions: a fourteen-year review. *Skeletal Radiol* 2000;29(5):270-4.
- Laurance AE, Murray AJ. Metastasis in skeletal muscle secondary to carcinoma of the colon-presentation of two cases. *Br J Surg* 1970;57(7):529-30.
- Stulc JP, Petrelli NJ, Herrera L, Lopez CL, Mitelman A. Isolated metachronous metastases to soft tissues of the buttock from a colonic adenocarcinoma. *Dis Colon Rectum* 1985; 28(2):117-21.
- Torosian MH, Botet JF, Paglia M. Colon carcinoma metastatic to the thigh – an unusual site of metastasis. *Dis Colon Rectum* 1987;30(10):805-8.
- Lampenfeld ME, Reiley MA, Fein MA, Zaloudek CJ. Metastasis to skeletal muscle from colorectal carcinoma. A case report. *Clin Orthop Relat Res* 1990;(256):193-6.
- Caskey CI, Fishman EK. Computed tomography of calcified metastases to skeletal muscle from adenocarcinoma of the colon. *J Comput Tomogr* 1988;12(3):199-202.
- Araki K, Kabayashi M, Ogata T, Takuma K. Colorectal carcinoma metastatic to skeletal muscle. *Hepatogastroenterology* 1994;41(5): 405-8.
- Herring CL Jr, Harrelson JM, Scully SP. Metastatic carcinoma to skeletal muscle. A report of 15 patients. *Clin Orthop Relat Res* 1998; (355):272-81.
- Yoshikawa H, Kameyama M, Ueda T, Kudawara I, Nakanishi K. Ossifying intramuscular metastasis from colon cancer: report of a case. *Dis Colon Rectum* 1999;42(9):1225-7.
- Hasegawa S, Sakurai Y, Imazu H, Matsubara T, Ochiai M, Funabiki T, et al. Metastasis to the forearm skeletal muscle from an adenocarcinoma of the colon: report of a case. *Surg Today* 2000;30(12):1118-23.
- Avery GR. Metastatic adenocarcinoma masquerading as a psoas abscess. *Clin Radiol* 1988;39(3):319-20.
- Homan HH, Mühlberger T, Kuhnen C, Steinau HU. [Intramuscular extremity metastasis of adenocarcinoma of the colon]. *Chirurg* 2000; 71(11):1392-4.