

Akciğer Kanserli Hastalarda Deri Bulguları

SKIN MANIFESTATIONS OF THE PATIENTS WITH LUNG CANCER

Yrd.Doç.Dr.ibrahim KÖKÇAM*, Dr.Emel YAVRUCUOĞLU*, Dr.Yunus SARAL*,
Yrd.Doç.Dr.Hamdi MUZ", Uz.Dr.Pınar ÇELİK"

Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi "Dermatoloji ve "Göğüs Hastalıkları ABD, ELAZIĞ

ÖZET

Genelde, akciğer kanserlerine (AK) eşlik eden deri bulguları nonspesifiktir. Çomak parmak ve pulmoner hipertrofik osteoartropati, nonspesifik dermatolojik sendromlar (dermatomyozitis, skleroderma, pakidermoperiostozis, akantozis nigrikans) gibi bulguların mevcudiyetinde hatırlanması gereken hastalıklar arasında akciğer kanserleri de yer alır.

AK tanısı almış 40 olgu dermatolojik bulgular açısından değerlendirildi. Hastalarda en sık tesbit edilen bulgular; çomak parmak (%40), dudaklarda siyanoz (%40), telenjiektazik deri belirtileri (%32.5) idi. Daha az sıklıkla tesbit edilen deri bulguları; kirpiklerde uzama (%15), boyunda lenfadenopati (%12.5), kronik diffüz alopesi (%12.5), pulmoner hipertrofik osteoartropati (%5), nüksi herpes simplex (%5), deri metastazları (%5), karsinoid sendrom (%2.5), skleroderma (%2.5), jinekromasti (%2.5), periorbital ödemdir (%2.5).

Anahtar Kelimeler: Akciğer kanserleri, Deri

T Klin Dermatoloji 1994, 3:156-159

Vücudumuzdaki tüm organ ve sistemler birbirleriyle yakın ilişki içindedir. Bir organ veya sistemde meydana gelen bozukluk diğer organ ve sistemlerin yanında, deride de birtakım değişikliklere yol açar. Dikkatli bir dermatolojik muayene, diğer sistemlerle ilgili bazı "hastalıkların erken döneminde tanı konulmasını sağlayabilir. Derideki değişikliklerin bir kısmı bazı hastalıklar için spesifik olabileceği gibi, bazen de farklı hastalıklarda benzer deri belirtileri oluşabilir. Deri belirtileri oluşturabilen hastalıklardan birisi de AK'leridir.

Geliş Tarihi: 13.5.1994

Kabul Tarihi: 23.1.1995

Yazışma Adresi: Yrd.Doç.Dr.ibrahim KÖKÇAM
Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi
Dermatoloji ve ABD,
ELAZIĞ

156

SUMMARY

In general, skin changes associated with lung cancers are nonspecific. But some signs, such as clubbing and hypertrophic osteoarthropathy, and non-specific dermatologic syndromes (dermatomyositis, scleroderma, pachydermoperiostosis, and acanthosis nigricans) are important for diagnosis.

In this investigation, forty patients with lung cancers were examined by dermatologically. The frequencies of skin manifestations were for clubbing (40%), cyanosis of lip (40%), telangiectasia (32.5%). The other less frequencies of skin changes were for long lashes (15%), cervical lymphadenitis (12.5%), chronic diffuse alopecia (12.5%), pulmonary hypertrophic osteoarthropathy (5%), recurrent herpes simplex (5%), skin metastasis (5%), carcinoid syndrome (2.5%), scleroderma (2.5%), gynecomastia (2.5%), periorbital edema (2.5%).

Key Words: Lung cancers, Skin

Turk J Dermatol 1994, 3:156-159

AK etyolojisinde sigara, hava kirliliği, asbest, arşenik, klormetil esterleri, kromat, nikel ve kalıtsal arii hidrokarbon hidroksilaz enzim eksikliği gibi birçok faktörün rol oynadığı bildirilmiştir (1-5). Geçen asırda nadir görüldüğü bildirilen AK'leri, bu asrın başından itibaren artmaya başlamış ve bu artış son 40-50 yılda çok belirgin olmuştur (4-6). Günümüzde erkeklerde en fazla ölüme yol açan kanser özelliğini kazanmıştır. Kadınlarda da son yıllarda sigara tüketiminin hızla artması sonucu, AK'leri ve buna bağlı ölümlerde hızlı bir artış meydana gelmiştir (1,5,6).

AK'leri hücre tiplerine göre dört grupta incelenmektedir. Bunlar; epidermoid karsinom, küçük hücreli anaplastik karsinom, büyük hücreli anaplastik karsinom ve adenokarsinomdur (2-7).

Literatürde AK'leri için patognomonik denecek herhangi bir dermatolojik bulgu bildirilmemiş fakat bulun-

T Klin Dermatoloji 1994. 4

duklarında diğer hastalıkların yanında AK'lerinin de tartışılması gereken bazı bulgulara dikkat çekilmiştir. Bunlar arasında çomak parmak ve hipertrofik osteoartropati, vena kava superior sendromuna bağlı olarak ortaya çıkan siyanoz, ödem, telenjektaziler, paraneoplastik sendromlarla ilgili dermatomyozitis, akantozis nigrikans, Gushing sendromu, skleroderma, eritema giratum repens, jinekomasti, kronik diffüz alopesi, akiz hipertrikozis lanugoza, ayrıca; yüksük tırnak, Bowen hastalığı, tekrarlayan virütik ve bakteriyel deri hastalıkları, alopesia neoplastika, prurituslar, psoriasiform dermatoz bildirilmiştir (2,4,8-13).

Bu çalışmada akciğer kanseri tanısı alan 40 olgudaki deri belirtileri araştırıldı. Sonuçlar ilgili literatür bulguları ile karşılaştırıldı.

MATERYEL VE METOD

Çalışma, Ocak 1992-Mart 1994 tarihleri arasında Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları kliniğinde AK tanısı alan 10, Ankara Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Merkezinde 15, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastahanesi Göğüs Hastalıkları kliniğinde 15 hasta olmak üzere toplam 40 hasta üzerinde yapıldı. Çalışma, vakaların yaş, cins, hastalık süresini belirten ve en sık rastlanması muhtemel olan deri değişikliklerinin bulunduğu bir araştırma formu kullanılarak yapıldı. Ayrıca nadir rastlanan deri belirtileri de rastlandıkça formun alt kısmına detaylı şekilde kaydedildi.

BULGULAR

Araştırmaya alınan olguların 8'i (%20) kadın, 32'si (%80) erkekti. Erkeklerin yaşı 32-75 arası olup, yaş ortalaması 57.4±10, kadın olguların yaşı 35-70, arasında olup, yaş ortalaması 54.7±13 idi. Olguların dermatolojik muayene bulguları ve yüzde oranları Tablo 1'de gösterilmiştir. Tabloda görüldüğü gibi çomak parmak ve dudaklarda siyanoz (%40) en sık rastlanılan bulgular olup, bunları sırasıyla telenjektazi (%32.5), kirpiklerde

Tablo 1. Akciğer kanserli olgularda görülen dermatolojik bulgular ve sıklığı

Bulgular	Hasta sayısı	%
Çomak parmak	16	40
Dudaklarda siyanoz	16	40
Telenjektazik deri belirtileri	13	32.5
Kirpiklerde uzama	6	15
Boyunda lenfadenopati	5	12.5
Kronik diffüz alopesi	5	12.5
Hipertrofik osteoartropati	2	5
Nüksü herpes simpleks enfeksiyonları	2	5
Deri metastazları	2	5
Karsinoid sendromu	1	2.5
Skleroderma	1	2.5
Jinekomasti	1	2.5
Yüzde ödem	1	2.5

uzama (%15), servikal lenfadenopati ve kronik diffüz alopesi (%12.5), ikişer olguda (%5) pulmoner hipertrofik osteoartropati, nüksi herpes simpleks enfeksiyonları ve deri metastazı, birer olguda (%2.5) karsinoid sendrom, skleroderma, jinekomasti, periorbital ödem izlemektedir.

TARTIŞMA

Primer AK'lerinin salgıladıkları hormonların, doğrudan veya dolaylı etkilerine bağlı olarak, vücudun hemen hemen her sisteminde çeşitli belirti ve semptomlara neden olabilirler (14). Küçük hücreli tipinde; ektoptik ACTH benzeri hormonlar, kortikal hiperplazi yaparak Cushing sendromuna, yine aynı tümörlerden MSH benzeri peptidlerin salgılanması hiperpigmentasyona neden olduğu bildirilmiştir (2,4,13,14).

Çomak parmak (Hipokrat parmağı): Terminal falanksalarda hipertrofik değişiklikler ile birlikte tırnakların saat camı gibi bombeleşmesiyle karakterizedir. İdiopatik, herediter ve akkiz olarak oluşabilir. Akkiz çomak parmaklara, siyanozlu kalp ve akciğer hastalıklarında sıklıkla rastlanır. Basit çomaklaşmanın %80'i solunum sistemi hastalıklarında görülür (15-17). Akciğerlerin primer ve sekonder tümörleri çomak parmak oluşumunda bronşektazi ve kronik bronşitten sonra üçüncü sırayı alır (15). AK'lı olguların %20'sinde bir ön bulgu olarak çomak parmak görüldüğü bildirilmiştir (18). Tümörün çıkarılmasından sonra çomaklaşma kaybolabilir (3). Çalışmamızda olguların %40'ında çomak parmak tesbit edildi. Literatürde çeşitli çalışmalarda çomak parmak görülme oranı %10-36.9 olduğu rapor edilmiştir (3,19). bizim bulgularımızın literatürde bildirilen oranlardan daha yüksek olmasının nedeni, serideki vakaların geç dönemde tarafımızdan görülmesi ile izah edilebilir.

AK'inde solunum alanının daralması ve buna bağlı olarak arteriye! oksijen saturasyonunun azalması siyanozu neden olabileceği gibi, vena kava superiorun basıncı ile bu alanda venöz staz gelişmesi de siyanozu neden olabilir. AK'li olgularda başlangıçta siyanoz yalnız yüz ve dudaklara lokalizedir. Vena cava superior sendromu tam geliştiğinde siyanoz şiddetlenir. Bütün yüze ve boyuna, üst ekstremitelere yayılır (4,10,11,13). Çalışma grubumuzdaki hastaların 16'sında (%40) farklı yaygınlıkta siyanoz tesbit edildi.

Telenjektazi, AK'li olgularda göğsün ön-üst ve yan bölgelerinde küçük varikoz genişlemeler halinde görülür (4,10,13). Çalışmamızda olguların %32.5'de yüz ve boyunda telenjektazi tesbit edildi. Bu bulguya diğer çalışmalarda ne oranda rastlandığını tesbit edemedik.

Literatürde akciğer hastalıkları, AIDS ve alkaptoria gibi bazı hastalıklarda kirpiklerde uzama görüleceği bildirilmiştir (10,20). Serimizde %15 oranında kirpiklerde uzama görüldü. Ulaşabildiğimiz literatürde AK'li olgularda kirpiklerde uzama sıklığı ile ilgili bir veriye rastlayamadık.

Boyunda lenfadenopati, AK'li olgularda %20 oranında servikal lenf bezlerine metastaz yaptığı bildirilmiştir (18). Olgularımızın %12.5'inde servikal lenfadenopati tesbit edildi.

Kronik diffüz alopesi, şiddetli kronik hastalıklarda görülebileceği gibi neoplastik hastalıklarda da hafif ya da orta derecede alopesi görüldüğü bildirilmiştir. Bazen alopesi neoplazinin bir habercisi olabilir (21). Çalışma serimizdeki olguların %12.5'inde kronik diffüz alopesi görüldü.

Pulmoner hipertrofik osteoartropati, el, bazen de ayak parmaklarının son falankslarının tambur çomağı gibi şişmesi, büyük mafsallarda romatizmaya benzer inatçı ağrılar, uzun kemiklerde yaygın orta derecede de-kalsifikasyonla beraber diyafizlerde periost proliferasyonu ile karakterizedir. Kızartı ve aşırı terleme gibi otonom sinir sistemine ait belirtiler bulunabilir. Hipertrofik osteoartropatili olguların hemen hemen tümünde birlikte çomaklaşma vardır fakat basit çomaklaşmada kemik ve eklem bulguları görülmez (2). Hipertrofik osteoartropati AK'li olguların %30'unda tanı konulmadan önce görülebilir (15). Çalışma grubumuzda sadece iki hastada (%5) hipertrofik osteoartropati tesbit edildi. Literatürde AK'li olguların %5-10'nunda görüldüğü bildirilmiştir (17). Yurdumuzda yapılan bir çalışmada AK'li olgularda %2.4 oranında pulmoner hipertrofik osteoartropatiye rastlanmıştır (22).

Tekrarlayan deri enfeksiyonları, AK'li olgularda tekrarlayan viral, bakteriyel, mikoplazma ve mantar hastalıkları görüldüğü bildirilmiştir (8,9). İki olguda (%5) nüksl herpes simpleks tesbit edildi.

İç organ kanserlerinden en sık deri metastazı yapanlar, meme, mide, akciğer, uterus, böbrek, över, kolon ve mesane karsinomlarıdır. AK'lerinin deri metastazları genellikle saçlı deriye ve göğüs duvarına olur (23-24). Saçlı deri metastazları daha ziyade oksipital bölgede sklerotik lekeler şeklindedir (10). Göğüs duvarı metastazı nadir olup subkutan veya intradermal nodüller şeklindedir. Başlangıçta deri renginde olan nodüller daha sonra pembe, mor veya kahverengiden siyaha kadar değişen bir görünüm arzeder. Genellikle taş gibi serttirler, ülserasyon azdır (4,23). Deri metastazını takip eden 3-6 ay içinde çoğu hastanın yaşamı son bulur, biz çalışmamızda 2 olguda (%5) deri metastazı tesbit ettik. Bunlardan birisi oksipital bölgeye, diğeri göğüs ön duvarına idi. Literatürde bronş kanserlerinin deri metastazlarına %2.8-7.5 oranında rastlandığı rapor edilmiştir (23).

Karsinoid sendrom; krizler halinde derinin kızarması, ishal, kalp kapağı hastalıkları ve nadiren astımla karakterize bir tablodur. Tablo karsinoid tümörlerin salgıladıkları; serotonin, bradikinin, histamin, prostoglandinler ve polipeptid hormonların damarlar üzerine etkilerine bağlı olarak ortaya çıkar. Yüz ve boyunda tekrarlayan kızarıklığı, siyanoz takip eder. Karsinoid sendroma yol açan hormon ve peptidler genellikle gastro-

intestinal mukozadaki (appendiks ve İnce bağırsaklar) enterokromaffin (Kulchitsky) hücreleri ve nadiren bronşial adenomlardan salgılanır. Bronşlardan kaynaklanan karsinoid sendrom, barsaklardan kaynaklanandan daha büyük rahatsızlığa neden olur. Yüzdeki kızarıklık daha şiddetli ve daha uzun sürer, periorbital ödem, lakrimasyon, tükürük salgısındaki artış ve hipertermi daha belirgindir (2,4,9,12,14,17). Çalışmamızda bir olguda yüzde flushing tipi kızarıklık ve ödem tespit edildi.

Skleroderma, AK olgularda nadiren görüldüğü bildirilmiştir (9,12). Özellikle bronkoalveolar karsinoma veya adenoid karsinoma ile birlikte görülür. Yaygın pulmoner fibrozisli sklerodermalı olgularda AK gelişme şansı yüksektir (8). Serimizde bir olguda (%2.5) sistemik sklerozis tesbit edildi. Bu olguya AK tanısı konulmadan önce sistemik sklerozis tanısı konulmuştu.

Jinekomasti; unilateral ya da bilateral olabilir (17). Bu olgularda gonodotropin düzeyi artmıştır. Hormona tümör hücresinde rastlanmış olup, gebelik testi genellikle pozitifdir (4). Jinekomasti, ağırlı olabileceği gibi, testiküler atrofi ile birlikte görülebilir (14). Literatürde AK'li olguların %1'inden daha azında görüldüğü bildirilmiştir (22). Çalışmamızda bir (%2.5) olguda jinekomasti saptandı.

AK'li olgularda ödem başlangıçta yüzde ve göz kapaklarında hafif şişlik şeklindedir. Sabahleyin yataktan kalkınca daha iyi hissedilir. Hastalının İleri döneminde ise, yüzde, boyun kaidesinde ve göğsün yukarı kısmında siyanotik bir ödem gelişir (4). Serimizde bir olguda (%2.5) yüzde hafif derecede ödem tesbit ettik.

Literatürde AK'li olgularda çalışmamızda rastlamadığımız birçok deri değişikliklerine de değinilmiştir. Bunlar arasında eritema multiforme, eritema giratum, aköz iktiyozis, Leser-Tre'lat belirtisi, yüzeysel veya gezeleci tromboflebit, onkolizis, tırnaklarda psoriasisiform değişiklikler, psoriasisiform dermatoz (Bazex sendromu), aköz hipertrikozis lanugoza bildirilmiştir (8,17,25).

Sonuç olarak, birçok sistemik hastalığa göre AK'li vakalarda deri bulgularına daha az rastlandığı, bu bulguların da hastalığa has değişiklikler olmadığı, tesbit edilen deri belirtileri değerlendirilirken, diğer sistemik hastalıkların yanısıra AK'nin de hatırlanmasının erken tanıda faydalı olacağı inancındayız.

KAYNAKLAR

1. Fishman AP. Epidemiology of cancer of the lung. In: Fishman AP, ed. Pulmonary diseases and disorders. New York: McGraw Hill Book Comp, 1988:1905-12.
2. Hinshaw HC, Murray JF. Diseases of the chest. Philadelphia: WB Saunders Comp, 1980: 465-521.
3. Spiro SG. Lung tumors. In: Brewis RAL, Gibson GJ, Geddes DM, eds. Respiratory medicine. London: Bailliere Tindall, 1990: 832-80.

4. Balcı K. Göğüs hastalıkları, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 1993:267-305.
5. Carr DT, Holoye PY. Bronchogenic carcinoma. In: Murray JF, Nadel JA, eds. Textbook of respiratory medicine. Philadelphia: WB Saunders Comp, 1988:1174-1250.
6. Kenneth S, Stjernsörd J. Lung cancer a worldwide health problem. Chest 1989; 1-5.
7. Yesner R. Pathology of carcinoma of the lung. In: Fishman AP, ed. Pulmonary diseases and disorders. New York: Mc Graw Hill Book Comp, 1988:1913-30.
8. Jegasothy BV, Sherertz EF. Pulmonary cutaneous disorders. In: Fishman AP, ed. Pulmonary diseases and disorders. New York: Mc Graw Hill Book Comp, 1988: 367-88.
9. Franks AG. Cutaneous aspects of cardiopulmonary of disease. In: Fitzpatrick TB, Elsen AZ, Wolf K, Freedberg IM, Austen KF, eds. Dermatology in General Medicine, 1993: 2063-77.
10. Tat AL. Akciğer ve kalp hastalıklarında görülen deri belirtileri. Ulusal Dermatoloji Kong 1986; 15-29.
11. Szidon JP, Fishman AP. Approach to the pulmonary patient with respiratory signs and symptoms. In: Fishman AP, ed. Pulmonary diseases and disorders. New York: Mc Graw Hill Book Comp, 1988: 313-66.
12. Callen JP, Fahre VC. Cutaneous manifestations of systemic diseases. In: Moschella SL, Hurley HJ, eds. Dermatology. Philadelphia: WB Saunders Comp, 1992: 1682-1718.
13. Kürkcüoğlu N. Internal malignansilerde deri belirtileri. Ulusal Dermatoloji Kong 1986; 65-85.
14. Ross EJ. Extrapulmonary syndromes associated with neoplasm of the lung. In: Fishman AP, ed. Pulmonary diseases and disorders. New York: Mc Graw Hill Book Comp, 1988: 1905-70.
15. Ston OJ. Clubbing and kollonyhla. Dermatolojik Clinics 1985; 3:485-501.
16. Norton LA, Zais N. Clubbing of the fingers. In: Demis DJ, ed. Clinical dermatology. Philadelphia: Harper and Row Publ, 1987:1:33.
17. Smith LH. Systemic manifestations of carcinoma of the lung. In: Murray JF, Nadel JA. Textbook of respiratory medicine. Philadelphia: WB Saunders Comp, 1988: 414-30.
18. Gazloğlu K. Akciğer hastalıkları. Tek Ofset Mat 1978; 707-70.
19. Enacar N, Karabıyıközü G, Bartu S. Hİpertrofik pulmoner osteoartropati. Tüberküloz ve Toraks 1986; 1:8-14.
20. Burton JL. The skin and the eyes. In: Champion RH, Burton JL, Ebling FJG, eds. Textbook of dermatology. Oxford, 1993: 2639-69.
21. Dawber RPR, Ebling FJG, Wojnarowska FT. Disorders of hair. In: Champion RH, Burton JL, Ebling FJG, eds. Textbook of dermatology. Oxford, 1993: 2533-2638.
22. Çobanlı B. Primer akciğer kanserlerinde semptomlar. Tüberküloz ve Toraks, Özel Sayı 1989; 39-44.
23. Coslett LM, Katlic MR. Lung cancer with skin metastasis. Chest, 1990; 97(3):757-8.
24. Parish LC, Kauch YC, Luscombe HA. Color atlas of difficult diagnoses In dermatology. New York: Igaku-Shoin, 1993.
25. Daniel III CR, Sams Jr WM, Scher RK. Nail In systemic disease. Dermatology Clinics 1985; 3:465-83.