

Yassı Hücreli Akciğer Kanseri Hastada, Nadir Görülen İskelet Kası Metastazı

Metastasis of Muscle with Squamous Cell Lung Cancer Patient; A Rare Case

Mehmet ÇELİK,^a
Mustafa KOÇ,^a
Özlem ÇAKIN^b

^aRadyoloji Kliniği,
^bİç Hastalıkları Kliniği,
Özel Elazığ Medikalpark Hastanesi,
Elazığ

Geliş Tarihi/Received: 31.08.2013
Kabul Tarihi/Accepted: 05.06.2014

Yazışma Adresi/Correspondence:
Mehmet ÇELİK
Özel Elazığ Medikalpark Hastanesi,
Radyoloji Kliniği, Elazığ,
TÜRKİYE/TURKEY
mehmetutm@hotmail.com

ÖZET Akciğer kanseri, dünyada erkek ve kadınlarda en sık görülen kanserlerden biridir. Akciğer kanserlerinin en tipik metastazları, karaciğer, beyin, akciğer, kemik ve adrenal bezleredir. Akciğer kanserlerinde kas metastazları nadirdir. Çalışmamızda, primer olarak iskelet kasına metastaz yapan akciğer kanseri olgusu sunuldu. Altmış üç yaşında, yassı hücreli akciğer kanseri tanısı olan erkek hastanın, rutin takipleri sırasında sağ uyluk ve sol gluteal bölge ağrısı nedeniyle yapılan tetkiklerinde, sağ biceps femoris, sol gluteus maksimus kasında ve kemik yapılarında metastaz ile uyumlu olabilecek lezyonlar saptandı. Biz bu yazıda; yassı hücreli akciğer kanserlerinde spesifik bölgelere yayılmadan, kas metastazının nadir görülmesi nedeni ile, literatür eşliğinde olgunun sunulmasını amaçladık.

Anahtar Kelimeler: Karsinom, skuamöz hücre; tümör metastazı; manyetik rezonans görüntüleme; pozitron emisyon tomografi

ABSTRACT Lung cancer is one of the most commonly diagnosed cancers in both men and women worldwide. The most typical localizations of lung cancer metastases are the liver, brain, lung, bone and adrenal glands. Muscle metastases are rarely observed in lung cancers. In this case, we presented a patient with skeletal muscle and bone metastases without spreading specific metastasis areas. A case of a 63-year-old male patient with squamous cell lung carcinoma during routine follow-up procedure, in the investigations of right femoral and left gluteal pain, right biceps femoris and left gluteus maximus muscle with bone metastases were diagnosed. Herein we reported a rare case of muscle metastasis by lung squamous cell carcinoma, without spreading specific metastasis areas with a review of the literature.

Key Words: Carcinoma, squamous cell; neoplasm metastasis; magnetic resonance imaging; positron-emission tomography

Türkiye Klinikleri J Case Rep 2014;22(4):296-9

Akciğer kanseri, 20. yüzyılın başında nadir görülen bir hastalık iken, sigara içme alışkanlığındaki artışa paralel olarak, sıklığı giderek artmış ve dünyada en sık görülen kanser türü haline gelmiştir.¹ Dünya çapında her yıl ortaya çıkan yaklaşık 1,3 milyon yeni olgu ile yaygın bir hastalık olup, birçok ülkede başta gelen ölüm nedenidir. Küçük hücreli dışı akciğer kanseri (KHDAK), bu olguların %75-80'ini oluşturmaktadır.² Erkeklerde kansere bağlı ölüm nedenlerinin %31'i, kadınlarda ise %22'si akciğer kanseri olarak bildirilmiştir. Akciğer kanseri diğer en sık görülen üç kanserin toplamından (kolon, meme ve prostat kanseri) daha büyük oranda ölüm nedenidir.³

Otopsi serilerinde KHK'lı olguların ekstrasporasik metastaz sıklığı, skuamöz hücreli karsinomda %54, adenokarsinomda %82, büyük hücreli karsinomda %86 bulunmuştur.⁴ Akciğer kanserleri sıklıkla karaciğer, beyin, akciğer, kemik ve sürrenal beze metastaz yapmaktadır. Akciğer kanserlerinin iskelet kası metastazı ise çok nadirdir.^{5,6}

Biz bu olguda, skuamöz hücreli akciğer kanseri tanısı konduktan sonra gelişen, iki farklı lokalizasyondaki iskelet kası metastazını sunduk. Akciğer kanserlerinde, spesifik bölgelere yayılmadan, kas metastazının nadir görülmesi nedeniyle, ilgili literatür bilgileri eşliğinde vakayı tartıştık.

OLGU SUNUMU

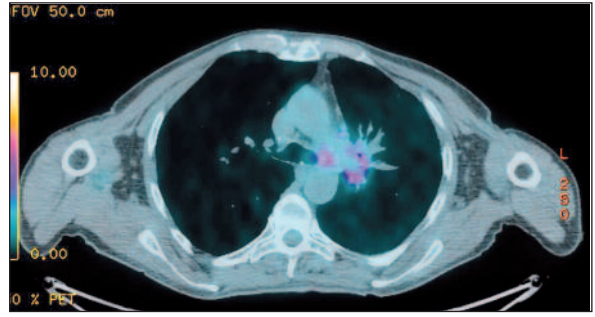
Altmış üç yaşında erkek hasta, yaklaşık iki aydır devam eden göğüs ağrısı, hafif nefes darlığı, öksürük, halsizlik, kilo kaybı şikâyetleri ile iç hastalıkları kliniğine başvurdu. Yirmi yıl boyunca günde bir paket sigara içme öyküsü olan hastanın, akciğer grafisinde, sol akciğerde perihiler alanda, sınırları düzensiz, nonhomojen dansite artışı izlendi.

Yapılan kontrastlı toraks bilgisayarlı tomografi (BT) tetkikinde; sol akciğer hilusta, üst lob bronşunu çevreleyen ve daraltan, yaklaşık 5x4x4 cm ebatlarında solid kitle lezyonu saptandı. Çekilen pozitron emisyon tomografi (PET) BT'de, sol akciğerde kitle lezyonunda, sol hiler bölge ve mediastinal lenf nodlarında yoğun artmış FDG tutulumu saptandı. Vücudun diğer alanlarında tutulum saptanmadı (Resim 1).

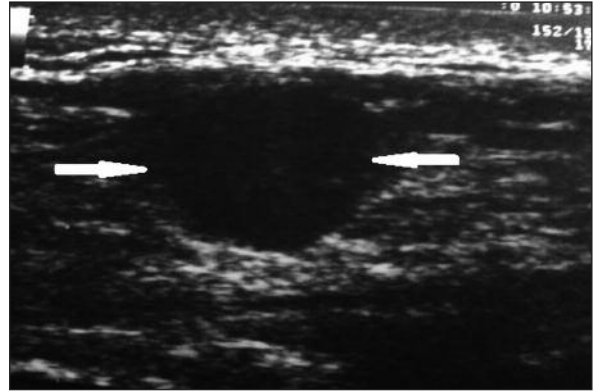
Yapılan bronkoskopik biyopsi neticesinde kitle lezyonunun patoloji sonucu, skuamöz hücreli karsinom olarak rapor edildi. Hastanın operasyonu reddetmesi nedeniyle, konsey kararı ile kemo-radyoterapi önerildi. Takip programına alındı.

Altı ay sonra sağ uylukta ve sol gluteal bölgede ağrı şikâyeti ile gelen hastaya, olası metastaz açısından ultrasonografi (USG), kontrastlı uyluk manyetik rezonans görüntüleme (MRG) ve PET BT tetkikleri yapıldı.

Sağ uyluk ve sol kalçaya yönelik yüzeysel USG incelemede; sağ biceps femoris kası içerisinde, 20x15 mm boyutunda ve sol gluteus maksimus kası



RESİM 1: Aksiyel PET-BT'de, sol akciğerde, sol hiler bölge ve mediastinal lenf nodlarında yoğun artmış FDG tutulumu gösteren kitle lezyonu izlenmekte.

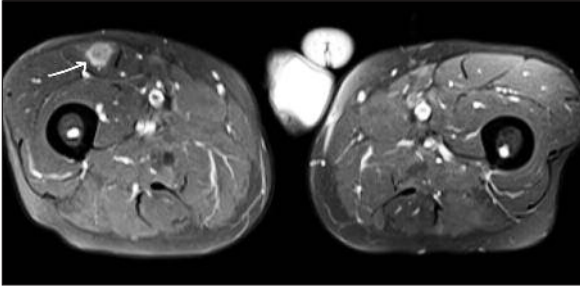


RESİM 2: Sağ uyluk yüzeysel USG incelemede; biceps femoris kası içerisinde, düzgün konturlu, hipoekoik, solid lezyon izlenmekte (oklar).

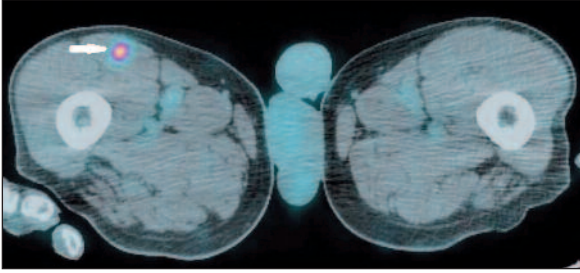
içerisinde, iliak kemik posteromedial komşuluğunda, 22x16 mm boyutunda, santralinde yoğun vasküler Doppler akımı alınan, hipoekoik, düzgün kontürlü, solid lezyonlar izlendi (Resim 2). Kontrastlı uyluk MRG görüntülerinde; sağ uyluk 1/3 orta kesimde, biceps femoris ve sol gluteus maksimus kası içerisinde iv. kontrast sonrası imajlarda yoğun kontrast tutulumu gösteren, solid nodüler lezyon izlendi (Resim 3). Yapılan PET BT tetkikinde; sağ uylukta biceps femoris kasında (SUDmax 7,4), sol gluteus maksimus kasında (SUDmax 6,3), ve kemik yapılarında artmış FDG tutulumları izlendi. Görünümler malignite lehine artmış aktivite tutulumları olarak değerlendirildi (Resim 4,5).

TARTIŞMA

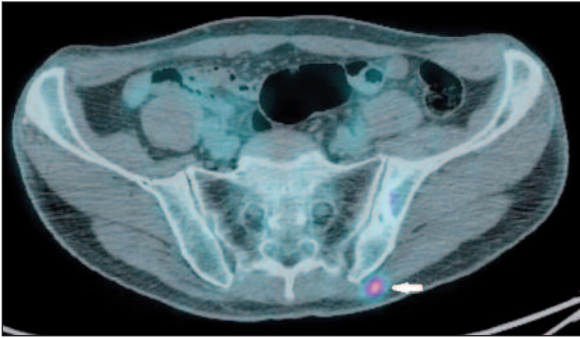
Malign tümörlere bağlı iskelet kası metastazları, kemik metastazlarının aksine nadir tanımlanmıştır. İskelet kasında metastatik tümörlerin az oluşu-



RESİM 3: Kontrastlı T1 ağırlıklı aksiyel uyluk MRG'de; biceps femoris kası içerisinde, yoğun kontrast tutulumu gösteren, metastaz ile uyumlu solid nodüler lezyon görülmekte (Ok).



RESİM 4: Aksiyel PET BT'de; sağ uylukta, biceps femoris kasında, metastaz ile uyumlu artmış FDG tutulumu gösteren lezyon alanı izlenmekte (Ok).



RESİM 5: Aksiyel PET BT'de; sol gluteus maksimus kasında, metastaz ile uyumlu artmış FDG tutulumu gösteren lezyon izlenmekte (Ok).

nun mekanizması açık değildir. Kontraktilite aktivitesi, pH değişiklikleri, intramusküler kan basıncı ve lokal sıcaklık nedeniyle iskelet kasının metastazlara dirençli olduğu düşünülmektedir.^{7,8} Kan akımı dikkate alındığında, kas dokusu, metabolizma sonucu ortaya çıkan laktik asit sebebiyle, tümör hücreleri için oldukça kötü bir ortam olarak

görölmektedir. Doku kompartmanlarını birbirinden ayıran bazal membran, metastaz hücrelerinin geçmeleri gereken doğal bariyer olabilir. Yapılan çalışmalar kas bazal membranın düşük metastatik kapasiteli tümör hücreleri tarafından kolay geçilemediğini göstermiştir.⁹⁻¹¹

Travmaya maruz kalan hastalarda metastazların görülme insidansının arttığı rapor edilmiştir. Travma nedeni ile iskelet kası fizyolojisi bozulmakta ve fokal hiperemi meydana gelmektedir. Bunun sonucunda kasın hem laktik asidi atma yeteneği azalır hem de metastatik hücrelerin kas içine yerleşme eğilimi artar. Bu nedenle olgular travma yönünden sorgulanmalı ve ayırıcı tanıda aynı klinik bulguları veren hematoma, kas yırtılması ve enfeksiyon da düşünülmalıdır.¹²

Literatürde akciğer kanserli hastaların %0,8-1'inde iskelet kasına metastaz rapor edilmiştir.¹³ Kas içi metastaz yapan kanserlerin 2/3'ünü karsinomlar, 1/3'ünü lösemi, lenfomalar oluşturmaktadır. İskelet kası metastazlarının ileri evre ve kötü differansiye tümörlerde görülmeye meyilli oldukları ve prognozu kötüleştirdikleri bildirilmiştir.^{9,14}

Bizim olgumuzda; akciğer kanseri tanısı konulduktan yaklaşık altı ay sonra, sağ uyluk ve sol gluteal bölgede ağrı tanımlayan hastada, uylukta biceps femoris kasına ve sol gluteus maksimus kasına metastaz saptandı. Bu aşamada kemik dışında diğer organlarda tutulum izlenmedi. Hastalığın tedavisi, klinik bulgulara göre değişmekle beraber, metastatik lezyonun tedavisinde öncelikle lokalize radyoterapi önerilmektedir. Ancak bu hastaların sağ kalım sürelerinin çok kısa olduğu unutulmamalıdır. Sridhar ve ark., ağrı ve kitlenin küçültülmesinde palyatif radyoterapinin faydası olduğunu bildirmektedirler.⁹

Sonuç olarak; çok nadir görülen bir durum olmakla birlikte, akciğer kanserli hastalarda, yumuşak dokuda şişlik, ağrı ve ilgili eklemde hareket kısıtlılığı geliştiğinde, hastada aynı lokalizasyonda travma öyküsü sorgulanmalı ve kas metastazı ayırıcı tanıda göz önünde bulundurulmalıdır. USG, MRG ve PET-BT tanıda yardımcı radyolojik modalitelere.

KAYNAKLAR

1. Spiro SG, Porter JC. Lung cancer--where are we today? Current advances in staging and nonsurgical treatment. *Am J Respir Crit Care Med* 2002;166(9):1166-96.
2. Janssen-Heijnen ML, Coebergh JW. Trends in incidence and prognosis of the histological subtypes of lung cancer in North America, Australia, New Zealand and Europe. *Lung Cancer* 2001;31(2-3):123-37.
3. Jemal A, Thomas A, Murray T, Thun M. Cancer statistics, 2002. *CA Cancer J Clin* 2002;52(1):23-47.
4. Hooper RG, Tenholder MF, Underwood GH, Beechler CR, Spratling L. Computed tomographic scanning of the brain in initial staging of bronchogenic carcinoma. *Chest* 1984;85(6):774-6.
5. Al-Alao BS, Westrup J, Shuhaibar MN. Non-small-cell lung cancer: unusual presentation in the gluteal muscle. *Gen Thorac Cardiovasc Surg* 2011;59(5):382-4.
6. Di Giorgio A, Sammartino P, Cardini CL, Al Mansour M, Accarpio F, Sibio S, et al. Lung cancer and skeletal muscle metastases. *Ann Thorac Surg* 2004;78(2):709-11.
7. Purandare NC, Rangarajan V, Pramesh CS, Rajnish A, Shah S, Dua SG. Isolated asymptomatic skeletal muscle metastasis in a potentially resectable non-small cell lung cancer: detection with FDG PET-CT scanning. *Cancer Imaging* 2008;8:216-9.
8. Giugliano FM, Alberti D, Guida G, Palma GD, Iadanza L, Mormile M, et al. Non small-cell lung cancer with metastasis to thigh muscle and mandible: two case reports. *J Med Case Rep* 2013;7(1):98.
9. Sridhar KS, Rao RK, Kunhardt B. Skeletal muscle metastases from lung cancer. *Cancer* 1987;59(8):1530-4.
10. Ferrigno D, Buccheri G. Lumbar muscle metastasis from lung cancer--report of a case. *Acta Oncol* 1992;31(6):680-1.
11. Castronovo V. Laminin receptors and laminin-binding proteins during tumor invasion and metastasis. *Invasion Metastasis* 1993;13(1):1-30.
12. Magee T, Rosenthal H. Skeletal muscle metastases at sites of documented trauma. *AJR Am J Roentgenol* 2002;178(4):985-8.
13. López-González A, Huelves M, García AL, Provencio M. Skeletal muscle metastasis from NSCLC. *J Thorac Dis* 2012;4(2):232-4.
14. Pretorius ES, Fishman EK. Helical CT of skeletal muscle metastases from primary carcinomas. *AJR Am J Roentgenol* 2000;174(2):401-4.