

Meme kanserli hastada kalp metastazı ile saptanan küçük hücreli dışı akciğer kanseri: olgu sunumu

Alpaslan Özgün (*), Bülent Karagöz (*), Oğuz Bilgi (*), Ahmet Alacacıoğlu (*), Tolga Tunçel (*), Namık Özmen (**), Zafer Küçükodacı (**), Emin Gökhan Kandemir (*)

ÖZET

Malignitelere bağlı kalp metastazları nadir görülür. Genellikle agresif tümörlerin ve ileri evre hastalığın bir bulgusu olarak ve sıklıkla otopsi serilerinde saptanmaktadır. Burada, meme kanseri nedeniyle hastaliksız izlemde olan, kalp metastazı ile tanı konulan bir akciğer küçük hücre dışı karsinom olgusu sunulmuştur. Yetmiş üç yaşında bilateral meme kanseri tanısı olan kadın hasta, son tanıdan 19 yıl sonra nefes darlığı yakınması ile başvurdu. Ultrasonografi ve bilgisayarlı tomografi ile sol akciğer alt lobda kitle lezyonu, plevral efüzyon ve minimal perikardiyal efüzyon saptandı. Sol atriyumdaki kitlenin cerrahi olarak rezeksiyonu sonrası morfolojik ve immünohistokimyasal incelemede küçük hücre dışı akciğer karsinomunun metastazı tanısı konuldu ve sistemik kemoterapiye başlandı. Olgu, daha önceden iki primer meme kanseri olan hastada, tanı esnasında kalp metastazı saptanan bir akciğer karsinomu olması yönüyle ilginçtir. Özellikle kardiyak semptomları olan kanser hastalarında kalp metastazı olasılığı göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar kelimeler : Akciğer kanseri, atriyal kitle, kardiyak metastaz, meme kanseri

SUMMARY

Non-small cell lung cancer diagnosed with the aid of cardiac metastasis in a breast cancer patient: a case report

Cardiac metastases due to malignities are rare. They are usually diagnosed as a finding of aggressive tumors and advanced stage disease, and frequently in autopsy series. We herein present a case of non-small cell lung cancer diagnosed with the aid of cardiac metastasis in a breast cancer patient in remission. A 73-year-old female patient who had had a diagnosis of bilateral breast cancer admitted with dyspnea 19 years after the last diagnosis. A mass lesion in left lower lobe of the lung, pleural effusion and minimal pericardial effusion were detected with ultrasonography and computed tomography. Surgical resection, and morphological and immunohistochemical examination of the mass in left atrium revealed the metastasis of non-small cell lung cancer, and systemic chemotherapy was started. The case is interesting since a lung carcinoma with cardiac metastasis was detected at the time of diagnosis in a patient who had previously had two primary breast cancers. Probability of cardiac metastasis should be considered in cancer patients with cardiac symptoms.

Key words: Lung cancer, atrial mass, cardiac metastasis, breast cancer

Giriş

Kardiyak malign tümörlerin çoğu metastatik tümörlerdir (1,2). En sık akciğer kanserinde, ösefagus kanserinde, lenfomada ve malign melanomda görülür (3,5). Kalp metastazları genellikle agresif tümörlerin ve ileri evre hastalığın bir bulgusu olarak karşımıza çıkmaktadır ve sıklıkla otopsi serilerinde bildirilmektedir (3). Bu olgu sunumunda, meme kanseri nedeniyle hastaliksız izlemde olan kadın hastada kalp metastazı ile tanı konulan bir küçük hücreli dışı akciğer kanseri olgusu sunulmuştur.

Olgu Sunumu

Yetmiş üç yaşında kadın hasta, meme kanseri nedeniyle kliniğimiz tarafından takip edilmekteydi. Otuz yıl önce sol memede meme karsinomu tanısı konmuştu. Hastaya mastektomi ve ardından radyoterapi uygulanmıştı. On dokuz yıl önce ise sağ meme karsinomu tanısı alarak yine mastektomi ve radyoterapi uygulanmıştı. Daha sonra 5 yıl boyunca tamoksifen tedavisi almıştı. Tamoksifen tedavisi bittikten sonra hastaliksız takipteyken, ikinci meme karsinomu tanısından 19 yıl sonra, hasta nefes darlığı şikayeti ile başvurdu. Toraks bilgisayarlı tomografi (BT) görüntülemesinde sol akciğer alt lobda plevra tabanlı 2.8 cm kitle lezyonu, sol plevral efüzyon ve minimal perikardiyal efüzyon görüldü. PET-BT inceleme, sol akciğer alt lobda (SUVmax: 11.5), mediastende 8, 10L ve 11L numaralı lenfatik istasyonlarda (SUVmax: 5.9), abdominal paraaortik lenf nodunda (SUVmax: 6) ve L3 vertebra korpusunda (SUVmax: 4.2) FDG tutulumunu gösterdi (Şekil 1).

Fiberoptik bronkoskopide endobronşiyal lezyon izlenmedi. Akciğerdeki kitleden yapılan biyopsilerde malignite saptanmadı. Plevra sıvısından yapılan sitolojik incelemede reaktif mezotel hücreleri ve bazıları taşlı yüzük şeklinde atipik hücre grupları görüldü. Bu atipik hücreler primer akciğer veya mide kaynaklı bir malignitenin metastazı olabileceğini düşündürmek-

* GATF Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Tıbbi Onkoloji Servisi

** GATF Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Patoloji Servisi

***GATF Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Kardiyoloji Servisi

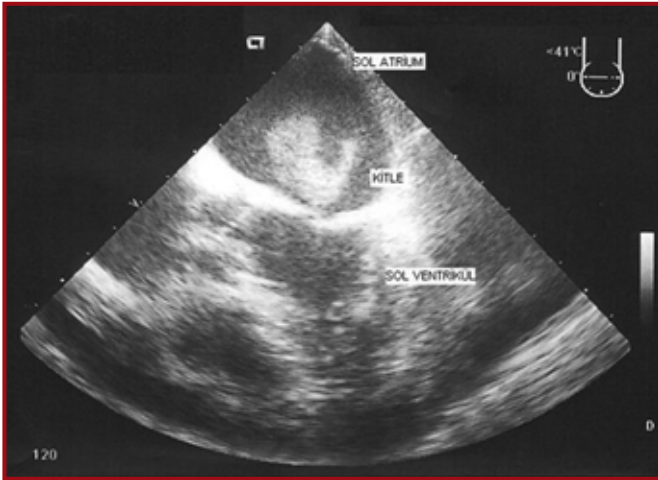
Aynı basım isteği: Dr. Alpaslan Özgün, GATF Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Tıbbi Onkoloji Servisi, Tıbbiye Caddesi, Üsküdar, İstanbul
E-mail: alpozgun@yahoo.com

Makalenin geliş tarihi: 04.08.2009 • **Kabul tarihi:** 03.02.2010



Şekil 1. PET-BT incelemede sol akciğer alt lobda, mediyastende, paraaortik lenf nodunda, L3 vertebra korpusunda FDG tutulumu saptandı

teydi. Gastroskopiye eritematöz pangastrit ve anturunda hipertrofi saptandı. Alınan biyopsilerde ağır displastik değişiklikler görüldü, ancak malignite bulgusu yoktu. Hastaya endoskopik ultrasonografi yapıldı. Endoskopik ultrasonografi yapılırken sol atriyum içerisinde şüpheli bir kitle görüldü. Bunun üzerine hastaya transözefagiyal ekokardiyografi yapıldı ve sol atriyum içerisinde yaklaşık 36x23 mm boyutlarında bir kitle olduğu görüldü (Şekil 2).



Şekil 2. Kitlenin transözefagiyal ekokardiyografik görüntüsü. Sol atriyumda mitral kapak üzerinde lobüle kitle

Torakotomi ile sol atriyumdaki kitle rezeke edildi. Ayrıca, operasyon sırasında sol akciğerdeki lezyondan ve perikarddan eksizyonel biyopsi yapıldı. Perikardiyal efüzyondan ve plevral efüzyondan sitolojik inceleme için sıvı örnekleri alındı. Sol atriyumdan çıkarılan kitle, alınan biyopsiler ve sıvı örneklerinde

az diferansiye malign tümör infiltrasyonu görüldü. İmmünohistokimyasal inceleme sonucunda, pansitokeratin yaygın pozitif, TTF-1 yaygın pozitif, CK7 yaygın pozitif, CK20 negatif, S-100 geniş alanda negatif, Melan A geniş alanda negatif, CD38 geniş alanda negatif, fokal pozitif, CEA negatif, östrojen reseptörü negatif ve progesteron reseptörü negatif bulundu. Bu morfolojik ve immünohistokimyasal bulgularla hastaya akciğerin az diferansiye adenokarsinomu tanısı kondu. Bunun üzerine hastaya evre IV küçük hücreli dışı akciğer kanseri tanısı ile dosetaksel ve sisplatin kombinasyon kemoterapisi başlandı.

Tartışma

Kardiyak metastatik tümörler nadir görülmektedir. Genellikle asemptomatiktir ve bu yüzden antemortem tanı koymak zordur ve bu nedenle en geniş seriler otopsi serilerinde görülmüştür (3). Kardiyak metastazlar sıklıkla terminal dönemde ortaya çıkmaktadır. Malign tümörlerin tanı ve tedavisindeki gelişmeler sonucu, artan yaşam süresine bağlı olarak kardiyak metastazların görülme sıklığı da artmaktadır (4).

En sık kalp metastazı yapan tümör akciğer kanseridir. Daha az sıklıkla ösefagus kanseri, lenfoma, malign melanom, meme kanseri, tiroid kanseri ve sarkomlar da kalp metastazı yapabilmektedir (3,5,6). Kardiyak metastaz, lenfatik, hematojen ve direkt yayılım yoluyla olur. Direkt yayılım akciğer kanseri için tipiktir. Kardiyak metastazlı olgular genellikle asemptomatik olmakla birlikte, olguların %30'unda kardiyak fonksiyon bozukluğuna ait semptomlar vardır. Bu semptomlar göğüs ağrısı, nefes darlığı ve çarpıntıdır. Kardiyak metastazların literatürdeki bazı olgularda kardiyak tamponada ve atriyoventriküler bloklara neden olduğu gösterilmiştir (7,8). Sunulan olguda kardiyak tamponad ve atriyoventriküler blok bulgusu yoktu. Kardiyak semptomları yoktu. Plevral efüzyon ve pulmoner kitleye bağlı olduğu düşünülen nefes darlığı ve öksürük gibi spesifik olmayan semptomları mevcuttu. Kardiyak patoloji varlığını düşündürebilecek semptomu olmayan hastada, mideye yönelik istenen endoskopik ultrasonografide rastlantısal olarak atriyal kitle saptanmıştı.

Sunulan hastada 30 ve 19 yıl önce saptanan iki primer meme kanserinin tanısı vardı ve semptomlar gelişene kadar hastalıklı takip edilmekteydi. Klinik yakınmalar sonrası ilk olarak saptanan pulmoner kitle ve efüzyon bulgusu, meme kanserinin bir metastazını akla getirmekle beraber, aradan geçen süre oldukça uzundu. Histopatolojik olarak ispatlanması gerekliydi, ancak atriyal kitle saptanana kadar yapılan biyopsiler ve sitolojilerin incelemelerinde malignite saptanmamıştı. Atriyal kitle saptandığında, kitlenin

atriyum çıkışını obstrükte etme riski olması ve histopatolojik tanı gerekliliği nedeniyle hastaya cerrahi rezeksiyon uygulanmıştır.

Olguda rezeksiyonda farklı yerlerden biyopsiler alınmış ve yapılan patolojik inceleme sonucu, akciğer kanserinin kardiyak metastazı olduğu gösterilmiştir. Perikarda malign tümör infiltrasyonu olması, metastazın direkt yayımlı akciğer kanseri tanısını desteklemektedir. Morfolojik bulgular akciğer ya da meme karsinomu ayırımını yapamasa bile, immünohistokimyasal olarak CK7 pozitifliği ve CK20 negatifliği primer akciğer karsinomu tanısını koydurmuştur. Akciğerin primer ve metastatik tümör ayırımında TTF-1 ekspresyonu bir parametre olarak kullanılmaktadır. Yapılan çalışmalarda, primer tiroid malign tümörleri dışında, primer meme karsinomları dahil akciğer metastazlarında TTF-1 ekspresyonu saptanmadığı bildirilmiştir (9,10). Sunulan olguda da TTF-1 pozitifliği saptanmışken, östrojen ve progesteron reseptör varlığı saptanmamıştır ve tiroid glandında patoloji gösterilmemiştir. Kardiyak metastazların tedavisinde cerrahi ve kemoterapi yapılır. Cerrahi, seçilmiş olgularda ve uygun şartlarda yapılmalıdır. Kemoterapi ise primer hastalığa göre yapılır. Bizim olgumuzda hastaya hem cerrahi tedavi, hem de akciğer kanserine yönelik kemoterapi uygulanmıştır.

Sunulan olgu, daha önceden iki primer meme kanseri olan hastada yeni saptanan ve tanı esnasında kalp metastazı olan bir akciğer karsinomu olması yönüyle ilginçtir. Özellikle kardiyak semptomları olan kanser hastalarında kalp metastazı olasılığı göz önünde bulundurulmalıdır.

Kaynaklar

1. Sarjeant JM, Butany J, Cusimano RJ. Cancer of the heart. Epidemiology and management of primary tumors and metastases. *Am J Cardiovasc Drugs* 2003; 3: 407-421.
2. Abraham DP, Reddy V, Gattusa P. Neoplasms metastatic to the heart: review of 3314 consecutive autopsies. *Am J Cardiovasc Pathol* 1990; 3: 195-198.
3. Rafajlovski S, Tatic V, Ilic S, Kanjuh V. Frequency of metastatic tumors in the heart. *Vojnosanit Perql* 2005; 62: 915-920.
4. Catton C. The management of malignant cardiac tumors: clinical considerations. *Semin Diagn Pathol* 2008; 25: 69-75.
5. Lam KY, Dickens P, Chan AC. Tumors of the heart. A 20-year experience with a review of 12,485 consecutive autopsies. *Arch Pathol Lab Med* 1993; 117: 1027-1031.
6. Karagoz B, Bilgi O, Haholu A, Kardesoglu E, Türken O, Kandemir EG. Cardiac metastasis of thyroid cancer. *Eur J Gen Med* 2009; 6: 55-56.
7. Altun G, Bilgi S, Altun A. Sudden death due to cardiac tamponade caused by metastasis of squamous cell carcinoma of the lung. *Cardiology* 2005; 103: 53-54.
8. Kasai T, Kishi K, Kawabata M, Narui K, Momomura S, Yoshimura K. Cardiac metastasis from lung adenocarcinoma causing atrioventricular block and left ventricular outflow tract obstruction. *Chest* 2007; 131: 1569-1572.
9. Moldvay J, Jackel M, Bogos K, et al. The role of TTF-1 in differentiating primary and metastatic lung adenocarcinomas. *Pathol Oncol Res* 2004; 10: 85-88.
10. Su YC, Hsu YC, Chai CY. Role of TTF-1, CK20, and CK7 immunohistochemistry for diagnosis of primary and secondary lung adenocarcinoma. *Kaohsiung J Med Sci* 2006; 22: 14-19.