



Sırt Ağrısı ile Prezente Olan Akciğer Kanseri: Bir Metastaz Olgusu

Lung Cancer Presenting with Back Pain: A Case of Metastasis

Fatih Bağcier, Osman Onaç*, Akın Erdal

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Erzurum, Türkiye

*Metin Sabancı Baltalimanı Kemik Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, İstanbul, Türkiye

Öz

Sırt ağrısı nedenleri genellikle benign karakterlidir ve çoğunlukla yumuşak doku kaynaklıdır. Ancak nadiren primer veya metastatik maligniteler de sırt ağrısına neden olabilir. En yaygın kemik metastazları meme, akciğer, prostat, böbrek karsinomları ve multipl miyeloma kaynaklıdır. Kostalar, vertebra ve ekstremitte uzun kemikleri en çok metastaza uğrayan iskelet bölgeleridir. Burada başlangıçta mekanik bel ağrısı ile prezente olan bir akciğer kanseri olgusu sunulmaktadır. Histopatolojik bulguları göz önüne alındığında, lezyon bir adenokarsinom olarak belirlenmiştir. Hastaya tedavi olarak radyoterapi önerilmiştir. Sonuç olarak sırt ağrısı ile başvuran, öyküsünde anlamlı bulgusu (sigara kullanımı, ileri yaş) olan veya tedaviye dirençli mekanik sırt ağrısı olan olgularda ciddi patolojilerin olabileceği akıldan tutulmalıdır.

Anahtar kelimeler: Akciğer kanseri, sırt ağrısı, metastaz

Summary

Back pain is usually benign and is often soft tissue originated. But rarely primary or metastatic malignancies may also cause back pain. The most common bone metastases are caused by breast, lung, prostate, renal carcinomas and multiple myeloma. Costa, vertebrae and long bones of extremities are the most affected skeletal sites. The case describes a male patient with adenocarcinoma of the lung who initially presented with mechanical back pain. Given the histopathological findings, the lesion was determined to be an adenocarcinoma. The patient was recommended to receive radiotherapy. Serious disease as the cause of back pain must be considered in cases with certain historical factors (smoking, old age) or when the patient fails to respond to treatment for mechanical back pain.

Keywords: Lung cancer, back pain, metastasis

Giriş

Daha az hareketli olması nedeniyle sırt ağrıları bel ağrılarında göre daha düşük oranda görülür. Sırt ağrısı başlı başına sırt bölgesinden kaynaklanabileceği gibi başka hastalıklara eşlik eden veya yansıyan ağrı şeklinde de karşımıza çıkabilir. Yaş gruplarına göre sırt ağrısı yapan nedenler değişebilmektedir. Çocukluk döneminde daha çok konjenital deformiteler (skolyoz, hemivertebra) ön planda iken erişkin yaş grubunda torasik disk herniasyonu, tüberküloz, ankilozan spondilit ve miyofasial ağrı sendromuna bağlı sırt ağrıları daha sık görülür. Yaşlılık döneminde ise osteoartroz, osteoporoz ve kemik tümörlerine bağlı sırt ağrıları öne çıkmaktadır. Burada primer akciğer kanserinin torakal vertebra metastazına bağlı olarak polikliniğimize sırt ağrısı ile başvuran olguyu sunmayı ve akciğer kanseri yanında kemik metastazı yapabilen diğer malignitelerin literatür eşliğinde tartışılmasını amaçladık.

Olgu

Elli dokuz yaşında erkek hasta 1,5 ay önce başlayan ve o zamandan beri devam eden sırt ağrısı ile polikliniğimize başvurdu. Ağrıları istirahatle geçmeyen ve geceleri daha da şiddetlenen karakterdeydi. Başlangıçta kullandığı non steroidal antiinflamatuar ilaçların ağrıları kısmen azalttığını ancak son iki haftadır ilaçlara rağmen ağrıların şiddetlendiğini söyledi. Eşlik eden uyuşma, karıncalanma gibi nöropatik ağrı şikayetleri yoktu. Hastanın özgeçmişinde 60 paket/yıl sigara öyküsü vardı. Alkol kullanımı, madde bağımlılığı, kronik hastalık öyküsü yoktu. Fizik muayenesinde palpasyonda torakolomber bileşkede (T12-L1 seviyesi) belirgin hassasiyeti vardı. Kifoz görülmedi. Her iki üst ve alt ekstremitte kas gücü ve duyu muayenesi tamdı. Diğer sistem fizik muayene bulguları normaldi. Yapılan laboratuvar incelemelerinde herhangi bir anormallik görülmedi. Hastanın torakolomber bölgesine konvansiyonel direk grafisinde şüpheli

litik görünüm tespit edildi ve ileri tetkik amacıyla torakolomber bölgeye manyetik rezonans görüntüleme (MRG) istendi. Sonuçta alt dorsal bölgede T11 ve T12 vertebra korpuslarında, lomber bölgede L2, L3 korpuslarında, sakrumda multipl seviyelerde, T1 hipo, T2 ara sinyal özelliğinde kitlesel lezyonlar görüldü (Resim 1). Lezyonların davranış şekli metastatik tutulumu ile uyumluydu. Ek olarak dorsal intervertebral disklerde dejeneratif sinyal değişiklikleri ve yer yer minimal bulging tespit edildi. Belirgin disk hernisi saptanmadı. Hastanın pozitron emisyon tomografi sintigrafisinde torakolomber bölgede hipermetabolik kemik lezyonları görüldü. DEXA incelemesi T ve Z skorları osteopeni ile uyumluydu. Öyküsünde 60 paket/yıl sigara öyküsü olması nedeniyle primer odak etiyojisi açısından konvansiyonel akciğer grafisi çekildi (Resim 2a). Retrokardiyak yerleşimli şüpheli kitle görülmesi nedeniyle toraks bilgisayarlı tomografisi (BT) istendi. Sol akciğer alt lobta posterior bazal segment lokalizasyonunda en belirgin olduğu yerde 3 cm boyuta kadar ulaşan çevresinde silik konsolidasyon atelektatik bant oluşturan yer yer spiküler uzanımlar gösteren kitlesel lezyon mevcut olup görünüm malignite ile uyumluydu (Resim 2b). Histopatolojik inceleme ile akciğer adenokanser tanısı konulan hasta radyoterapi tedavisi almak üzere radyasyon onkolojisi kliniğine yönlendirildi.

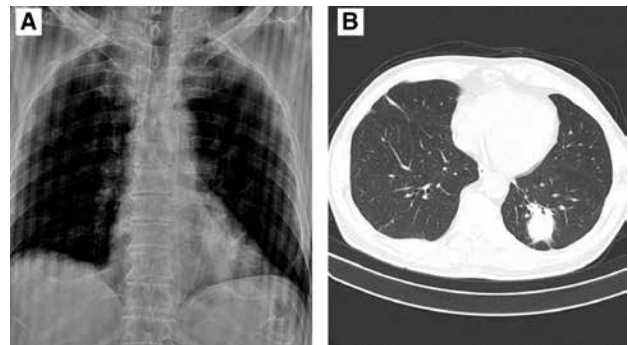
Tartışma

Sırt ağrısı yaşam boyunca sık karşılaşılan bir şikayet olmasına rağmen boyun ve bel ağrıları üzerine yapıldığı kadar çalışma yapılmamıştır. Sırt ağrısına diğer bölgelere kıyasla daha ciddi patolojiler neden olmaktadır. Çalışmalar sırt ağrısının en sık çocukluk ve adolesan döneminde ve kadınlarda olduğunu göstermektedir (1). Sırt ağrısı en sık paravertebral adele ya da diğer yumuşak dokuların irritasyonuna bağlı olarak ortaya çıkar. Buna neden olan durumlar ise; anormal postür, bilgisayar başında uzun süre kalma, travmadır (whiplash ya da spor yaralanması). Ağrının gelişme süresine göre akut ve kronik olarak da sınıflandırılabilir. Torasik disk herniasyonu ve çökme kırıkları akut olarak gelişir. Osteoartrit, spinal stenoz, ankilozan spondilit gibi inflamatuvar patolojiler, miyofasyal ağrı sendromu, iç organ patolojilerine bağlı yansıyan ağrılar, metabolik kemik hastalıkları, psikojenik sırt ağrıları kronik nedenler arasında değerlendirilebilir. Çok sık görülmemesine rağmen predispozan faktörleri (sigara kullanım öyküsü, malignite öyküsü) olan olgularda metastatik sırt ağrısı da akıldaki tutulmalıdır. Primer kemik tümörlerine göre metastatik kemik tümörleri daha sık görülmektedir. Kemik; akciğer ve karaciğerin ardından en sık metastaz görülen bölgedir (2). Kemiklerde tümör metastazı direkt invazyon, lenfatik sistem, hematogen ya da doğal geçitler gibi yollarla olabilir. En sık görülen hematogen yoldur. Primer tümörden dolaşıma katılan bir hücre metastaz odağı oluşturabilir. Burada kollajenaz, hidrosilaz, katepsin D ve proteaz gibi degradatif enzimlerin önemli katkısı vardır (3). Hemen hemen tüm kanser türleri kemiğe metastaz yapma potansiyeline sahipken, en sık prostat ve meme olmak üzere

akciğer, böbrek ve tiroid kanserleri metastazların %80 gibi büyük kısmını oluşturur. Meme kanserinde hastaların ileriki yaşamlarında kemik metastazı gelişmesi oranı %85 civarında iken, prostat kanserinde bu oran %50-70 civarındadır (4). Akciğer kanserli olguların otopsi serilerinde ise %25-40 oranında kemik metastazı gösterilmiştir (5). Vücudumuzun tüm kemiklerinde metastatik hastalık görülebilmesine rağmen, aksiyel omurgada appendiküler iskeletten daha yüksek oranda metastaz görülür. İskelet metastazları daha sık omurga, kaburgalar, pelvis ve proksimal femura; daha az sıklıkla üst ekstremiteler ve kafa kemiklerine olur. Metastaz oranı vertebrada %69 (sıklıkla anterior ve orta kolon), pelviste %41, femurda %25, üst ekstremitelerde %15, kranyumda %14 oranında görülmüştür. El ve ayaklara nadir de olsa akciğer kaynaklı metastaza rastlanmıştır. Akciğer



Resim 1. T11 ve T12 vertebra korpuslarında, lomber bölgede L2, L3 korpuslarında, sakrumda multipl seviyelerde, T1 hipo, T2 ara sinyal özelliğinde kitlesel lezyonlar görüldü



Resim 2. a) Retrokardiyak yerleşimli şüpheli kitlesel görünüm, b) Sol akciğer alt lobta posterior bazal segment lokalizasyonunda en belirgin olduğu yerde 3 cm boyuta kadar ulaşan kitlesel lezyon

kaynaklı kemik metastazı %80'in üzerinde aksiyel iskelettedir (6). Sık etkilenen bölgeler kostalar, vertebra, kol ve bacağın uzun kemikleridir. Femur boynunda rastlanan metastaz özel bir durumdur ve acil müdahale gerekir. Bunun aksine kafatası, ekstremitelerin femur dışındaki uzun kemikleri ve skapula çoğu zaman hastalığın geç evrelerinde ve daha az oranda etkilenirler. Kemik metastazı olan hastalarda görülen ana yakınma ağrı olup ani başlangıçlı, istirahatle geçmeyen ve şiddeti giderek artan karakterdedir. Ağrının uykudan uyandırması metastatik kemik hastalığı lehine bir ipucu olabilir. Metastazlar %25 oranında ağrısız progresyon gösterip ancak kemik taraması ve radyolojik modalitelerle tespit edilirler (7). Diğer yandan patolojik kırıklar, nörolojik bozukluklar, hiperkalsemiye bağlı kardiyak aritmi gibi klinik bulgularla da sağlık merkezine başvurabilirler. Dört yüz doksan sekiz meme kanserli hastanın incelendiği bir çalışmada, ilk kemik metastazı olan olgularda %17 oranında hiperkalsemi tespit edilmiştir (8). Olgumuzun medikal tedaviye dirençli ve şiddeti artan sırt ağrısından başka herhangi bir yakınması yoktu. Klavikula veya kosta gibi düz kemiklerin lezyonu uzun süre asemptomatik seyrettikten sonra patolojik kırıkla prezente olabilirler. Kanserler osteoblastik, osteolitik ve mikst şeklinde üç tipte metastaz yaparlar. Osteoblastik olanlar (prostat, mesane, mide) genel olarak ağrısız seyredeler ve bunlarda patolojik kırığa nadir rastlanır. Osteolitik olanlar (akciğer, böbrek, tiroid) ise çoğunlukla ağrılı olup patolojik kırık görülme oranı yüksektir. Mikst tipte olanlara meme, testis, over, serviks ve bazı akciğer kanserlerinin metastazları örnek verilebilir. Küçük hücreli dışındaki akciğer kanserlerinin kemik metastazı genelde osteolitik olmakla beraber osteoblastik özellikte de olabilir. Serum tümör belirteçleri primeri tespit edilemeyen kemik metastazlarında etkili olabilir. Karsinoembriyjenik antijen, CA 19-9 ve CA 12-5'in kanser taramasında kullanılmalarına rağmen, düşük özgünlükte olması primer odağın tespitindeki etkinliklerini azaltmaktadır (9). Radyografik olarak kemik destrüksiyonunun görülebilmesi için %40-50 trabeküler kemik harabiyetinin gerekliliği konvansiyonel grafilerin etkinliklerini azaltmıştır. Omurga ve skapula gibi üç boyutlu anatomisi olan kemiklerde malignite düşünüldüğünde MRG ve BT faydalıdır. MRG'de tümörün yumuşak doku komponenti ve kemik iliğini, BT'de kortikal değişiklikleri göstermek daha duyarlıdır (10). Ayrıntılı öykü, sistemik fizik muayene, rutin laboratuvar tetkikleri, lezyon düşünülen kemiğin ve akciğerin iki yönlü grafisi, kemik sintigrafisi, akciğer, karın ve pelvis tomografisi ile hastaların %85'inde primer tümör odağı tespit edilebilmektedir. Olgumuzda sigara kullanım öyküsünün olması ve akciğer grafisinde retrokardiyak şüpheli görünüm tespit edilmesi akciğer kanseri tanısı koymamızı kolaylaştırdı. Bununla birlikte hastaların büyük kısmında iskelet metastazının kesin tanısı için biyopsiye ihtiyaç duyulmaktadır. Rougraff ve ark. (11) 40 olgudan oluşan bir seride, primeri bilinmeyen; ancak metastatik lezyondan yapılan biyopsinin olguların sadece %65'inde primer tümörü tanımladığını göstermişlerdir. Metastatik kemik tümörlerinin tedavisinde amaç beş ana noktadan oluşur. Bunlar ağrının azaltılması, patolojik kırık gelişmesinin önlenmesi, mobilizasyon

ve fonksiyonelliği iyileştirmek, yaşam kalitesinin artırılması ve yaşam süresini uzatmaktır. Metastatik kemik tümörlerinde radyoterapi öncelikle tercih edilen tedavi yöntemidir. Kemik metastazlarında palyatif radyoterapinin amacı yeni kemik oluşumu ve ağrı palyasyonunu sağlamak bunun yanında yeni yayılıma engel olmaktır. Prostat ve meme kanserlerinin kemik metastazları radyoterapiye oldukça duyarlıyken, hipernefroma metastazları ise dirençlidir. Hormonoterapi, meme ve prostat kanserlerinin kemik metastazlarında faydalı olabilir. Kemik metastazı olan akciğer kanserli bir olguda yaşam süresinin altı-yedi ay olarak bildirilmiş olması tedavi modalitelerindeki çaresizliği ortaya koymaktadır (12). Ağrının azaltılmasında nonsteroid antiinflamatuarlar ve bifosfonatların yanında radyoterapi de etkili olabilir. Opioidler de seçenekler arasındadır. Soliter kemik metastazı durumunda agresif cerrahi planlanabilir. Biz olgumuzda hastanın tercihi sebebiyle radyoterapi seçeneğini tercih ettik ve radyasyon onkolojisi kliniğine yönlendirdik.

Sonuç

Sırt ağrısı ile gelen hastalarda kırmızı bayrak işaretleri rutin olarak sorgulanmalıdır (13). Yakın zamanda geçirilmiş araç içi travma öyküsü, eğer osteoporozu varsa minör travma öyküsü, 20 yaşından önce ve 50 yaşından sonra yeni ortaya çıkan ağrı, bilinen malignitesinin varlığı, AIDS, immünsupresan ilaç kullanım öyküsü, konstitusyonel semptomlarının olması sorulması gerekenlerden bazılarıdır. Ayrıca medikal tedaviye yanıt vermeyen, sabah tutukluğunun eşlik ettiği, gece alevlenen ağrılarda inflamatuvar patolojiler (ankilozan spondilit gibi) göz önünde bulundurulmalıdır. Olgumuzda kırmızı bayrak işaretlerine uyan tipte gittikçe şiddetlenen ve tedaviye yanıt vermeyen sırt ağrısı vardı. Elli yaşından sonra ortaya çıkan yeni ve tedaviye dirençli bir ağrının olması bizi daha dikkatli inceleme yapmaya yönlendirdi. Yapılan ayrıntılı tetkikler neticesinde sırt ağrısından primer akciğer adenokanseri tanısı aldı. Sonuç olarak klinik pratiğimizde sırt ağrısı ile gelen, medikal tedaviye dirençli ve öyküsünde kırmızı bayrak işaretleri olan hastalarda ayırıcı tanılarımız arasında mekanik, inflamatuvar patolojiler yanında maligniteler de düşünülmelidir ve ayrıntılı sistematik bir yaklaşım primer odak tespit edilip gerekli tedaviler planlanmalıdır.

Etik

Hasta Onayı: Alındı.

Hakem Değerlendirmesi: Editörler kurulu ve editörler kurulu dışında olan kişiler tarafından değerlendirilmiştir.

Yazarlık Katkıları

Konsept: Fatih Bağcıer, Osman Onaç, Dizayn: Fatih Bağcıer, Osman Onaç, Veri Toplama veya İşleme: Fatih Bağcıer, Osman Onaç, Analiz veya Yorumlama: Fatih Bağcıer, Osman Onaç, Literatür Arama: Fatih Bağcıer, Osman Onaç, Akın Erdal, Yazan: Fatih Bağcıer.

Çıkar Çatışması: Yazarlar tarafından çıkar çatışması bildirilmemiştir.

Finansal Destek: Yazarlar tarafından finansal destek almadıklarını bildirmişlerdir.

Kaynaklar

1. Briggs AM, Smith AJ, Straker LM, Bragge P. Thoracic spine pain in the general population: Prevalence, incidence and associated factors in children, adolescents and adults. A systematic review. *BMC Musculoskelet Disord* 2009;10:77.
2. Hage WD, Aboulafla AJ, Aboulafla DM. Incidence, location, and diagnostic evaluation of metastatic bone disease. *Orthop Clin North Am* 2000;31:515-28.
3. Healey JH, Turnbull AD, Miedema B, Lane JM. Acrometastases. A study of twenty-nine patients with osseous involvement of the hands and feet. *J Bone Joint Surg Am* 1986;68:743-6.
4. Dürr HR, Müller PE, Lenz T, Baur A, Jansson V, Refior HJ. Surgical treatment of bone metastases in patients with breast cancer. *Clin Orthop Relat Res* 2002;191-6.
5. Akkoçlu A, Savaş İ. Akciğer Kanseri Tanı ve Tedavi Rehberi. *Toraks Dergisi* 2006;7:26-9.
6. Atıkcın Ş, Pelit A, Bayız H, ve ark. Metastazların tedavisi. Akkoçlu A, Öztürk C, editörler. *Akciğer Kanseri, Multidisipliner Yaklaşım*. Ankara: Bilimsel Tıp Yayınevi, 1999;146-50.
7. Wagner G. Frequency of pain in patients with cancer. *Recent Results Cancer Res* 1984;89:64-71.
8. Weinstein JN. Differential diagnosis and surgical treatment of pathologic spine fractures. *Instr Course Lect* 1992;41:301-15.
9. Bates SE. Clinical applications of serum tumor markers. *Ann Intern Med* 1991;115:623-38.
10. Oflluoglu O, Boriani S, Gasbarrini A, De Iure F, Donthineni R. Diagnosis and planning in the management of musculoskeletal tumors: Surgical perspective. *Semin Intervent Radiol* 2010;27:185-90.
11. Rougraff BT, Kneisl JS, Simon MA. Skeletal metastases of unknown origin. A prospective study of a diagnostic strategy. *J Bone Joint Surg Am* 1993;75:1276-81.
12. Tsuya A, Fukuoka M. Bone metastases in lung cancer. *Clin Calcium* 2008;18:455-9.
13. European guidelines for the management of acute nonspecific low back pain in primary care; COST B13 Working Group 2004.