



OLGU SUNUMU

F.Ü.Sağ.Bil.Tıp Derg.
2010; 24 (2): 137 - 139
http://www.fusabil.org

Emrah ALPER
Behlül BAYDAR
Fatih ASLAN
Zehra AKPINAR
Ayfer İmir SERİN
Zafer BUYRAÇ
Belkis ÜNSAL

Atatürk Eğitim ve
Araştırma Hastanesi,
Gastroenteroloji Kliniği,
İzmir, TÜRKİYE

Başlangıç Bulgusu Akut Pankreatit Olan Pankreas Metastazlı Küçük Hücreli Akciğer Karsinomu: Olgusu

Pankreatik metastazlar, ileri dönem akciğer kanserlerinde oldukça yaygındır, ancak metastazların indüklediği akut pankreatit çok nadir izlenir. Bu yazıda, küçük hücreli akciğer karsinomunun pankreatik metastazının indüklediği akut pankreatiti bir olguyu sunduk. Yetmişdört yaşında erkek hasta, hastanemize 24 saattir süren şiddetli karın ağrısı ve bulantı şikayeti ile başvurdu. Kırk yıldır günde 25 adet sigara içme öyküsü mevcut. Alkol kullanımı veya kolesistektomi öyküsü yoktu. Pankreas enzimleri ve bilirubin seviyeleri yüksekti. Radyal endoskopik ultrasonografi çok sayıda pankreatik hipoekoik kitleler gösterdi. Toraks BT'de, mediastende ve sol akciğer hilusunda sırasıyla, 70 mm ve 20 mm büyüklüğünde düzensiz sınırlı kitleler izlendi. Mediastinal kitle, pankreatik kitle ve çölyaktaki lenfadenopatiden, aynı seansta, lineer endoskopik ultrasonografi (EUS) kullanılarak biyopsiler alındı. Histopatolojik değerlendirmede 3 biyopsi materyali küçük hücreli karsinom olarak bildirildi. Sonuç olarak, küçük hücreli akciğer karsinomu olan akut pankreatit geçiren olgularla karşılaşıldığında, pankreatik metastaza bağlı akut pankreatit olabileceği hatırlanılması gerektiği gibi, sadece akut pankreatit şikayetleri ile de başvurabilecekleri hatırlanmalıdır ve pankreatik metastazları bulunan bu hastalar etkin biçimde tedavi edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Karsinom, küçük hücreli akciğer neoplazmi, pankreas neoplazmi, pankreatit.

Acute Pancreatitis as a Presenting Symptom in a Patient with Pancreatic Metastasis of a Small Cell Lung Carcinoma: A Case Report

Pancreatic metastases are relatively common in advanced lung cancers, but metastase-induced acute pancreatitis is very unusual. In this report, we documented a case of pancreatic metastases of small cell lung carcinoma induced acute pancreatitis. A 74-year-old man was admitted to our hospital with severe epigastric pain and nausea for 24 hours. He had been smoking 25 cigarettes a day for 40 years. There was no history of alcohol consumption or cholecystectomy. Pancreatic enzymes and bilirubin levels were elevated. Radial endoscopic ultrasound (EUS) showed multiple pancreatic hypoechoic masses. Thoracic computerized tomography showed 70 mm and 20 mm masses with irregular margins at the mediastinum and left lung hilus, respectively. Biopsies were taken by using linear endoscopic ultrasound (EUS) for the mediastinal mass, pancreatic mass and celiac lymphadenopathy at the same procedure. Three biopsy materials were reported as small cell lung carcinoma in histopathologic evaluation. We concluded that when cases of acute pancreatitis in patients with small cell lung carcinoma are encountered, the possibility of metastase-induced acute pancreatitis should be considered as well as that the only presenting symptom could be the acute pancreatitis and that pancreatic metastases found in these patients, should be treated aggressively.

Key Words: Carcinoma, small cell lung neoplasms, pancreatic neoplasms, pancreatitis.

Geliş Tarihi : 21.01.2010
Kabul Tarihi : 10.06.2010

Yazışma Adresi Correspondence

Behlül BAYDAR
Atatürk Eğitim ve
Araştırma Hastanesi,
Gastroenteroloji Kliniği,
İZMİR-TÜRKİYE

behlulbaydar@hotmail.com

Giriş

Küçük hücreli akciğer karsinomu, erken dönemde hematojen yolla bölgesel ve uzak metastaz yapan bir tümördür. Hastalığın seyri sırasında ya da çok nadiren hastalığın başlangıç bulgusu olarak akut pankreatit görülebilmektedir (1). Biz, hastalığın başlangıç bulgusu akut pankreatit olan, EUS ince iğne aspirasyon sitolojisi (İİAS) ile tanı konan ve palyatif tedavi amacıyla endoskopik retrograd kolanjiopankreatografi (ERCP) sırasında pankreatik kanal ve koledoka stent yerleştirilen bir olguyu sunmayı amaçladık.

Olgusu

Yetmişdört yaşında erkek hasta, hastanemize 24 saattir süren şiddetli karın ağrısı ve bulantı şikayeti ile başvurdu. Kırk yıldır günde 25 adet sigara içme öyküsü mevcut. Alkol kullanımı veya kolesistektomi öyküsü yok. Serum lipaz 1640 UI/L, serum amilaz 470 UI/L, total bilirubin 4,6 mg/dL, beyaz küre 13400/mm³ olarak bulundu. Radyal endoskopik ultrasonografide (EUS) çok sayıda pankreatik hipoekoik kitle (60 mm ve daha küçük boyutlarda), çöliak bölgede lenfadenopatiler, geniş koledok (18 mm) ve pankreatik kanal (6,7 mm) izlendi (Şekil 1). Toraks tomografide mediastende düzensiz sınırlı 70 mm ve sol akciğer hilusunda 20 mm kitleler izlendi. Üst batin tomografide,

pankreasda en büyüğü 60 mm ölçülen çok sayıda düzensiz sınırlı kiteller, çöliak ve mezenterik bölgede metastatik görünümde lenfadenopatiler izlendi. Lineer EUS 22 gauge İİAS iğnesi ile aynı seansta yapılan biyopsi mediasten, pankreas ve çöliyak bölge lenf bezi biyopsi sonuçları her üç örneğinde aynı özellikleri gösteren küçük, atipik nükleuslu, rozet formasyonu gösteren malign hücreler saptandı. Köken aldığı dokuyu saptamak amacıyla pankreatik kitleden perkütan yolla ultrasonografi (USG) eşliğinde dokudan sitolojik örnekler alındı. İmmünohistokimyasal olarak tümör hücreleri sitokeratin AE1-AE3 (+), pansitokeratin (+), TTF-1 (+), sinaptofizin (+), CD-56 (+), kromogranin (-), CD-3 (-), CD-20 (-), TDT (-) olarak tespit edildi. Bu bulgularla, söz konusu tümörün akciğer kökeli küçük hücreli karsinom metastazı olduğu sonucuna varıldı. Bilirubin ve amilaz düzeyinin giderek artması üzerine ERCP yapıldı (Şekil 2). Pankreatik kanalın düzensiz ve dilate, koledoğun distalinde daralma ve proksimalinde dilatasyon saptandı. Aynı işlem seansında pankreatik kanala 8 cm 7 F ve koledoğa 10 cm 10 F plastik stent yerleştirildi. Kemoterapi verilmek üzere hasta onkoloji kliniğine yönlendirildi, ancak taburcu tarihinden 1 hafta sonra hasta genel durum bozukluğu nedeni ile kaybedildi.



Şekil 1. Pankreatik metastazların ve çöliak bölge lenfadenopatilerinin EUS görüntüsü.



Şekil 2. Dilate pankreatik kanala konulan stentin ERCP görüntüsü.

Tartışma

Küçük hücreli karsinoma, erken dönemde hematojen yolla bölgesel ve uzak metastaz yapan bir tümördür. Postmortem yapılan iki çalışmada pankreasa metastaz %24 olarak bildirilmiştir (1, 2). Ancak tümörün tanınmasından önce akut pankreatit yaparak tanı konulması çok nadirdir. Pankreasa metastaz sonrası pankreatik kanalın obstrüksiyonu, parankimde meydana gelen enflamasyon ve destrüksiyon, infiltrate çevresel lenf nodlarının pankreasa basısı ya da uygulanan kemoterapi akut pankreatite neden olabilmektedir (3). Akut pankreatite neden olan küçük hücreli karsinomanın pankreasa metastazına ait literatür bilgileri sıklıkla olgu sunumu şeklindedir (1, 3-5). Bazı olgularda primer tümör, akut pankreatit sırasında saptanmakta iken, bazılarında primer küçük hücreli karsinoma tanısı mevcut iken, akut pankreatit gelişmektedir. Olgumuzda, akut pankreatit öncesi akciğer küçük hücreli karsinomu bilinmiyordu. Karın ağrısı ile beraber amilaz, lipaz ve bilirubin yüksekliği olan hasta, akut biliyer pankreatit nedeni ile tedavi edilmekteydi. Pankreatit tedavisi sırasında primer tümöre bağlı pankreasa metastazı saptandı.

Akut biliyer pankreatitli hastaların tedavileri sırasında pankreasın ve koledoğun değerlendirilmesi ultrasonografi, EUS ve bilgisayarlı tomografi (BT) ile yapılabilmektedir. Biz 72. saatte yaptığımız radyal endosonografide pankreasda en büyüğü 60 mm çapında, düzgün sınırlı, hipoeoik çok sayıda kitle, çöliak bölgede lenfadenopatiler, pankreatik kanalda düzensiz dilatasyon ve koledokta dilatasyon saptadık. Toraks BT'de mediastende 70 mm çapında düzensiz sınırlı kitle, mediastinal lenfadenopatiler ve sol akciğer hiler bölgede 20 mm çapında düzgün sınırlı kitle, batin BT'de pankreasda multipl kiteller, çöliak ve mezenterik çok sayıda lenfadenopatiler görüldü. Pankreatitin nedeninin, pankreatik kanala bası yapan metastaz ile uyumlu kitlelere bağlı olduğu düşünüldü.

Pankreatik kiteller, mediastinal kiteller, çöliak ve mediastinal lenfadenopatiler lineer endosonografi ile yapılan İİAS ile sitolojik olarak incelenebilmektedir. Bu yöntem ile sitolojik örnek alınması düşük komplikasyonlu ve güvenilirdir (6-8). Biz, aynı seansta 3 ayrı iğne kullanarak mediastinal kitle, çöliak lenfadenopati ve en büyük pankreatik kitleden lineer EUS ile İİAS aldık. Mikroskoik incelemede alınan tüm örneklerde aynı yapıda, rozet formasyonu gösteren, atipik nükleuslu, küçük hücreler izlendi. Alınan örneklerde primer tümörün saptanamayacağı düşünülmesi üzerine perkütan yolla USG eşliğinde 18 G trucut biopsi yaptık. Histolojik incelemede küçük hücreli karsinomanın pankreas metastazı olduğu belirlendi.

Pankreas metastazı pankreatik kanala bası yaparak pankreatite, koledoğa bası yaparak ekstrahepatik sarılığa neden olabilmektedir. Pankreas metastazı bulunan akciğer kanserli hastalarda kemoterapinin akut pankreatiti ve ikteri gerilettiği, yaşamı uzattığı görülmüştür (1, 9). Akut pankreatitin iyileştirilmesi amacıyla pankreatik stent uygulaması ve/veya koledoğa stent yerleştirilerek ikterin giderilmesi sonrası kemoterapi

uygulanan olgular da literatürde mevcuttur (1, 5, 9, 10). Olgumuzda radyal EUS'ta pankreatik kanal düzensiz genişlemişti ve koledok distaline bası nedeniyle koledok geniş izlenmekteydi. Artan karın ağrısı, giderek yükselen amilaz ve bilirübin düzeyleri bulunması nedeniyle ERCP yaptık. ERCP sırasında pankreatik kanala ve koledoğa plastik stentler yerleştirdik. İşlem sonrası amilaz ve bilirübin seviyelerinin gerilediğini ve karın ağrısının kaybolduğunu gördük. Olgu, kemoterapi uygulanması

amacıyla onkoloji kliniğine yönlendirildikten 1 hafta sonra genel durum bozukluğu nedeni ile kaybedildi..

Sonuç olarak, küçük hücreli akciğer karsinomu olan akut pankreatit geçiren olgularla karşılaşıldığında, pankreatik metastaza bağlı akut pankreatit olabileceği hatırlanılması gerektiği gibi, sadece akut pankreatit ile de başvuruabilecekleri hatırdta tutulmalıdır ve pankreatik metastazları bulunan bu hastalar etkin biçimde tedavi edilmelidir.

Kaynaklar

1. Tanaka H, Nakazawa T, Yoshida M. Metastasis-induced acute pancreatitis in a patient with small cell carcinoma of the lungs. *JOP* 2009; 10: 557-561.
2. Line DH, Deeley TJ. The necropsy findings in carcinoma of the bronchus. *Br J Dis Chest* 1971; 65: 238-242.
3. Kwang HK, Kim CD, Lee SJ. Metastasis-induced acute pancreatitis in a patient with small cell carcinoma of the lung. *J Korean Med Sci* 1999; 14: 107-109.
4. Berkel DS, Hummel F, Goo J. Poorly differentiated small cell carcinoma of the pancreas. A case report and review of the literature. *Pancreatology* 2004; 4: 521-526.
5. Katan C, Er M, Özbay B. Ekstrahepatic biliary obstruction caused by small cell lung cancer: a case report. *Acta Chirg. Belg* 2001; 101: 190-192.
6. Singh P, Camazine B, Jadhav Y. Endoscopic ultrasound as a first test for diagnosis and staging of lung cancer: a prospective study. *Am J Respir Crit Care Med*. 2007; 175: 345-354.
7. Harewood GC, Wierswma MJ. Endosonography-guided fine needle aspiration biopsy in the evaluation of pancreatic masses. *Am J Gastroenterol*. 2002; 97: 1386-1391.
8. Wakatsuki T, Irisawa A, Bhutani MS. Comparative study of diagnostic value of cytologic sampling by endoscopic ultrasonography-guided fine-needle aspiration and that by endoscopic retrograde pancreatography for the management of pancreatic mass without biliary stricture. *J Gastroenterol Hepatol*. 2005; 20: 1707-1711.
9. Allan SG, Bundred N, Eremin O. Acute pancreatitis in association with small cell lung carcinoma: potential pitfall in diagnosis and management. *Postgrad Med J*. 1985; 61: 643-644.
10. Moozzam N, Mir A, Potti A. Pancreatic metastasis and extrahepatic biliary obstruction in squamous cell lung carcinoma. *Med Oncol* 2002; 19: 273-276.