Cases of Renal Cell Carcinoma and Lung Metastasis Sequential Bilateral Pneumothorax

Renal Hücreli Karsinom ve Akciğer Metastazlı Olguda Ardışık Bilateral Pnömotoraks

Akciğer Metastazında Pnömotoraks / Pneumothorax Lung Metastasis

[1]Mahmut Tokur, [2]Hasan Kahraman, [3]Bülent Altınoluk, [4]Fuat Özkan

[1]Department of Thoracic Surgery, Kahramanmaraş Sütçü İmam University, Faculty of Medicine, Kahramanmaraş, Türkiye.

[2]Department of Chest Diseases, Kahramanmaraş Sütçü İmam University, Faculty of Medicine, Kahramanmaraş, Türkiye.

[3]Department of Urology, Kahramanmaraş Sütçü İmam University, Faculty of Medicine, Kahramanmaraş, Türkiye.

[4]Department of Radiology, Kahramanmaraş Sütçü İmam University, Faculty of Medicine, Kahramanmaraş, Türkiye.

Özet

Tüm kanser olgularının yaklaşık %30'unda akciğer metastazı gelişmektedir. Spontan pnömotoraks, primer akciğer ve trakea tümörlerinde nadir olarak saptanan ancak, klinik önemi olan bir komplikasyondur. Metastatik tümörlerde de spontan pnömotoraks gelişebilir. Metastatik akciğer tümörlerinde lezyonların yaygınlığına göre değişik derecelerde dispne görülmektedir. Bu hastalarda nefes darlığında ani ya da progresif artış spontan pnömotoraks habercisi olabilir. Bu sunumda renal hücreli tümör tanısı ile sol nefrektomi uygulanmış, nefrektomiden bir yıl sonra bilateral pulmoner metastaz gelişmesi nedeniyle kemoterapi verilmiş hastada ardışık bilateral spontan pnömotoraks gelişmesi literatür bilgileri ile tartışıldı.

Anahtar Kelimeler

Renal Hücreli Karsinom, Pnömotoraks; Ardışık

Abstract

The metastasis of the lungs develop in proportion as 30% of all cancers. Spontaneous pneumothorax is a rarely found but clinically significant complication in lung and trachea tumors. Spontaneous pneumothorax may also occur in metastatic tumors. Different levels of dispnea are observed in metastatic lung tumors according to the prevalance of the lesions. Sudden or progressive incline in the shortness of breath in these patients may be the harbinger of a spontaneous pneumothorax. In this presentation, underwent left nephrectomy with a diagnosis of renal cell carcinoma, bilateral pulmonary metastases after nephrectomy for two years due to the development of spontaneous pneumothorax in consecutive patients given chemotherapy was discussed with the development of literature.

Keywords

Renal Cell Carcinoma; Pneumothorax; Sequential

DOI: 10.4328/JCAM.661 Received: 30.03.2011 Accepted: 03.05.2011 Publihed Online: 01.07.2013 J Clin Anal Med 2013;4(4):319-321

Corresponding Author: Mahmut Tokur, Department of Thoracic Surgery, Kahramanmaraş Sütçü İmam University, Faculty of Medicine, Kahramanmaraş, Türkiye.
Phone: +90 344 2257575/138 Fax: +90 344 2212371 E-mail: mahmuttokur@hotmail.com

Giriş

Beyinden sonra metastazların en sık geliştiği ikinci organ akciğerlerdir. Tüm kanser olgularının yaklaşık %30'unda akciğer metastazı gelişmektedir.[1] Akciğer metastazları sıklıkla bilateral; soliter, multipl ya da diffüz, miliyer opasiteler olarak görülebilir.[2] Pnömotoraks, herhangi bir nedenle plevra boşluğunda hava bulunmasıdır.[3] Akciğerin primer ve sekonder malign tümörlerinde pnömotoraks görülebilir.[4]

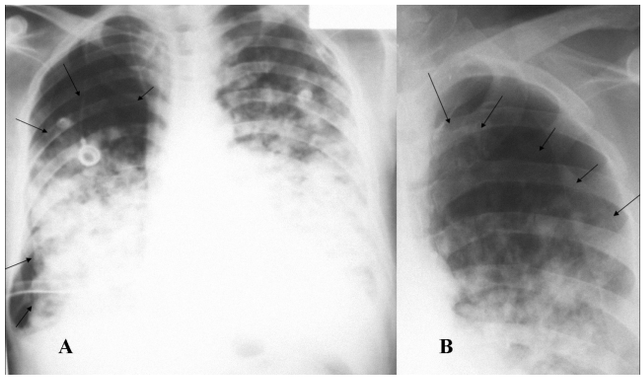
Olgu Sunumu

Ellialtı yaşındaki erkek hastaya renal hücreli karsinom (RHK) tanısı ile sol nefrektomi uygulanmış. Operasyondan bir yıl sonra bilateral akciğer metastazı saptanarak 6 ay kemoterapi uygulanmış. Kemoterapinin tamamlanmasından sonraki 6. aydan itibaren metastatik lezyonlarda ve nefes darlığında sürekli artış olmuş. Son bir haftada ise nefes darlığında belirgin artış olmuş.

Acil servise getirilen hastada ileri düzeyde dispne, takipne mevcuttu. Fizik muayenede; solunum sesleri her iki alt zonda alınamıyordu, orta zonlarda kaba raller mevcuttu. Akciğer grafisinde; bilateral yaygın soliter nodüller ve sağda pnömotoraks saptandı (Resim 1A). Arteriyal kan gazında; Ph:7.20, PCO2:50, PO2:83, SatO2:80 ölçüldü.

Dehidrate ve hipotansif olan hasta yoğun bakıma alındı. Sağdan tüp torakostomi uygulandı. Gerekli medikal tedavi desteği sağlandı. Hastanın takiplerinde üçüncü günde solda minimal pnömotoraks gelişti (Resim 1B). Ancak solunum sıkıntısında ek bir artış olmadığından sol tarafa tüp torakostomi uygulanmadı. Hasta yatışının 15. gününde multiorgan yetmezliği nedeniyle eksitus oldu.

Tartışma



Resim 1. Hastaya ait akciğer grafileri (A) Sağda pnömotoraks ve göğüs tüpüne ait görünüm (B) Daha sonra solda gelişen parsiyel pnömotoraks görünümü

Metastatik akciğer tümörleri (MAT), primer malign tümörün sistemik metastazının bir parçası olmakla birlikte sahip olduğu özellikleri ile ayrı olarak incelenmesi gereken bir konudur. Metastaz yapmış RHK'lu olgularda 5 yıllık yaşam oldukça düşüktür (%0-20). RHK' un sık metastaz yaptığı organlardan birisi de akciğerdir.[5] Bizim olgumuzda tanı konulduktan bir yıl sonra bilateral multipıl akciğer metastazı saptanmıştır.

Sekonder spontan pnömotoraks (SSP), en sık kronik obstrüktif akciğer hastalığı olmak üzere pek çok hastalıkta (tüberküloz, infeksiyonlar, interstisyel akciğer hastalıkları, kistik fibrozis, AIDS'li olgularda pnömosistis karini enfeksiyonu vb.) görülebilmektedir.[6]

SSP'ın etiyolojik nedenleri arasında akciğer tümörleri ise oldukça nadirdir. MAT'de de SSP gelişebilir. Bu tümörlerden en sık görülenleri sırasıyla sarkomlar, germ hücreli tümörler ve lenfomalardır.[4]

MAT olan hastalar genellikle semptomsuzdur, semptomatik hasta oranı %13-34 arasında bildirilmiştir.[7] Bu nedenle, primer tümörün tedavisinden sonra metastazı saptamak için hastalar akciğer grafisi ve gerekirse Bilgisayarlı toraks tomografisi ile rutin olarak izlenmelidir.[2,8] MAT olan hastalarda nefes darlığı, göğüs ağrısı, öksürük ya da hemoptizi semptom olarak ortaya çıkabilir.[9]

Pnömotoraks olgularında en sık saptanan semptomlar göğüs ağrısı ve nefes darlığıdır.[3,10]

Pulmoner metastazlara bağlı semptom oluşumu ise nadirdir.[2] Bu nedenle özellikle kemoradyoterapi almış hastalar dikkatli değerlendirilmeli, mevcut nefes darlığında artış veya yeni oluşan nefes darlığı şikayetlerinde pnömotoraks olasılığı akılda tutulmalıdır. Nihayetinde bizim olgumuzda da pnömotoraksın varlığı bu şekilde ortaya çıkmıştır.

Smevik[4] akciğer metastazlarında kemoterapi sonrası spontan pnömotoraks insidansının arttığını bildirmiştir. Diğer taraftan radyoterapi sonrası spontan pnömotoraks, Hodgkin hastalarında radyoterapiden birkaç ay sonra tarif edilmiştir. Ayrıca sigara içenler ve amfizemli hastalarda kemoradyoterapi sonrasında pnömotoraks sıklığı artmaktadır.[4,11] Olgumuzda uzun süre sigara içme öyküsü mevcuttu.

Şunu da unutmamak gerekir ki; başka organda tümör olan olgularda gelişen spontan pnömotoraks akciğerde yeni oluşan bir metastaz habercisi olabilir.

Primer ve sekonder akciğer tümörlerinin komplikasyonu olarak gelişen spontan pnömotoraksların oluşum mekanizması için bazı fikirler sürülmektedir. Bunlar; tümör nekrozu sonucunda oluşan spontan parankim rüptürleri, periferal akciğer tümörlerinde çekvalf mekanizması ile oluşan obstrüksiyona bağlı subplevral büllerin yırtılması ve tümörlerin plevraya açılmasıdır. Kemoradyoterapi alan hastalarda ise hızlı tümör lizisine sekonder parankim rüptürü ve fibrozis sorumlu tutulmaktadır.[4,12]

Olgumuza MAT nedeniyle 6 ay kemoterapi verilmesine rağmen akciğerdeki metastatik lezyonlarda hızla artma görülmüştür. Olgumuzda gelişen ardışık pnömotoraksların da muhtemel nedeni kemoterapi sonrası oluşan tümör nekrozudur.

Pnömotoraks tedavisinde en temel yöntem tüp torakostomi olup minimal pnömotorakslarda ise önce klinik gözlem yapılabilir. Klinik takipteki parsiyel pnömotorakslı hasta semptomatik hale gelirse veya pnömotoraksta artış devam ederse bunlara da tüp torakostomi uygulanır. MAT'lü olgularda oluşan pnömotorakslarda da aynı tedavi prensipleri geçerlidir.[3,10]

Sonuç

Metastatik akciğer tümörlü hastalarda özellikle de kemoradyoterapi almış hastalarda yeni gelişen nefes darlığı, mevcut nefes darlığında ani veya sürekli artış pnömotraks bulgusu olabilir. Bu yönden dikkatli olunmalı, mutlaka akciğer grafisi ile değerlendirilmelidir.

Kaynaklar

1. Erbaycu E A, Özsöz A, Bozkurt Z, Çakan A. Akciğer Metastazlı Olguların Analizi: Farklı Etyolojilere Sahip 106 Olgu. Akciğer Arşivi: 2006; 7: 19-21
2. Özkan M, Tokat AO, Kavukçu Ş. Akciğerin Metastatik Tümörleri. Tüberküloz ve Toraks Dergisi 2003;51(2):207-215.
3. Anthonisen N R, Antonısen N R, Filuk R B. Pneumothorax in: Fishman AP (ed) . Pulmonary Diseases and Disorders. Volum I. Newyork : McGraw-Hill; 1988 , 2171-82.
4. Smevik B, Klepp O. The risk of spontaneous pneumothorax in patients with osteogenic sarcoma and testicular cancer. Cancer 1982;49(8):1734-7.

5. Friedel G, Hürtgen M, Penzenstadler M, Kyriss T, Toomes H. Resection of pulmonary metastases from renal cell carcinoma. Anticancer Res 1999;19(2C):1593–6.
6. Mansuroğlu Z, Demir A, Akpınar M ve ark. Spontan Pnömotorakslı Olgularda Etyolojik Faktörler, Klinik ve Radyolojik Bulgular. Akciğer Arşivi: 2003;4: 36-40
7. Güven T, Sırmalı M, Türüt H, Fındık G,Gezer S, Kaya S, Taştepe İ. Akciğerin sekonder tümörlerinde metastazektomi sonuçları: 74 olgunun retrospektif değerlendirilmesi. Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi. 2006;14:216-21.
8. McCormack PM, Ginsberg KB, Bains MS, Burt ME, Martini N, Rusch VW, et al. Accuracy of lung imaging in metastases with implications for the role of thoracoscopy. Ann Thorac Surg 1993;56:863-5.
9. Özkan M, Tokat AO, Kavukçu Ş. Akciğerin Metastatik Tümörleri. Tüberküloz ve Toraks Dergisi 2003;51(2): 207-15.
10. Tanaka F, Itoh M, Esaki H. Et al. : Secondary Spontaneous Pneumothorax. Ann Thorac Surg 1993; 55: 372-6.
11. Steinhauslein A, Cuttat FJ: Spontaneous pneumothorax A complication of lung cancer Chest 1985;88:5.
12. Bani A, Zompatori M, Ansaloni L, Grazia M, Stella F, Bazzocchi R. Bilateral recurrent pneumothrax complicating chemotherapy for pulmonary metastatic breast ductal carcinoma: Report of a case. Surg Today 2000;30:469–72.