meme sağlığı dergisi
THE JOURNAL OF BREAST HEALTH

Meme Sağlığı Dergisi 2006 Cilt: 2 Sayı: 3

MEME KANSERİNİN LARENKS METASTAZI

Dr. Can Atalay, Dr. Kerim Bora Yılmaz, Dr. Mehmet Altınok
Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi, Ankara, Türkiye

Meme kanseri kadınlarda sık görülen bir kanser olmasına karşın larenks metastazları ile nadir olarak karşılaşılır. Burada larenks metastazı saptanan meme kanserli bir hastanın sunulması amaçlanmıştır. Larenkse metastaz yapma olasılığı yüksek olan, malign melanom, renal hücreli karsinom ve meme kanseri tanısıyla izlenen hastalarda larenks metastazları bu akılda tutulmalı ve semptomatik hastaların yanı sıra asemptomatik hastalarda da indirek laringoskopi yapılmalıdır. Eğer larenkste metastaz saptanırsa sağkalımı uzatabilmek için lokal kontrolü sağlamaya yönelik tedaviler sistemik tedavilerle birlikte uygulanmalıdır.

LARYNGEAL METASTASES IN BREAST CANCER

SUMMARY

Although breast cancer is a frequently diagnosed cancer in women, laryngeal metastases are rarely encountered. Here, a breast cancer patient with laryngeal metastases is reported. Laryngeal metastases should be kept in mind in cancer patients with higher probability of laryngeal metastases such as malignant melanoma, renal cell carcinoma and breast cancer and indirect laryngoscopy may be performed in asymptomatic as well as symptomatic patients. If laryngeal metastases are diagnosed, in order to prolong the survival, treatment modalities to achieve local control should be performed with systemic therapies.

Meme kanseri kadınlarda sık görülen bir kanser olmasına karşın son yıllarda yapılan tarama çalışmaları ve toplumdaki kadınların bilinçlenmesi ile erken evrede tanı konulabilmektedir. Buna karşın, tanı anında veya ameliyat sonrası takipler sırasında metastatik hastalığı olan hastalarla sıklıkla karşılaşılmaktadır. Meme kanseri sıklıkla kemik, akciğer, karaciğer ve beyine uzak metastaz yapma eğilimindedir. Meme kanserli hastalarda larenks metastazları ile nadir de olsa karşılaşılabilmektedir ve meme kanserinde larenks metastazı ilk kez 1966 yılında tanımlanmıştır (1). Burada da larenks metastazı saptanan meme kanserli bir hastanın sunulması amaçlanmıştır.

Olgu sunumu

Altmış beş yaşında bayan hastanın 1996 yılında sağ memesinde kitle yakınması ile hastaneye başvurduğunda çekilen mamografisinde sağ meme üst dış kadranda 3x2 cm boyutlarında düzensiz konturlu bir kitle saptandı. Kitlenin eksizyonel biyopsisinde invaziv duktal karsinom tanısı konuldu. Hastanın sağ aksilla muayenesinde yaklaşık 1x1 cm boyutlarında, hareketli bir adet lenf bezi mevcuttu. Hastaya meme kanseri tanısıyla sağ modifiye radikal mastektomi yapıldı. Patolojik incelemede 5x3x3 cm boyutlarında tümöral kitle saptanırken aksilladan çıkarılan 15 adet lenf bezinin tümü reaktifti. İmmünhistokimya yöntemiyle çalışılan östrojen reseptörü negatif olup progesteron reseptörü, c-erb-B2 ve p53 çalışılmamıştı. Bu bulgularla hastaya 6 kür 21 günde bir siklofosfamid (600 mg/m^2), epirubisin (60 mg/m^2) ve 5-fluorourasilden (600 mg/m^2) oluşan kemoterapi uygulandı. Hasta adjuvan radyoterapi ve hormon tedavisi almadı. Takipler sırasında Eylül 2002'de hastanın toraks tomografisinde plevra metastazları ve plevral effüzyon saptandı. Effüzyon sıvısı boşaltılarak plörodez yapıldı ve alınan sıvının sitolojik incelemesinde malign hücrelere rastlandı. Hastaya dört kür 21 günde bir dosetaksel (175 mg/m^2) tedavisi verildi. Plevral lezyonlarda regresyon olması üzerine hasta takibe alındı. Eylül 2005'te hastada nefes darlığı ve ses kısıklığı olması nedeniyle indirek laringoskopi yapıldı. İndirek laringoskopide vokal kordların altında saat 6 hizasında 2x1 cm boyutlarında polipoid bir kitle saptanarak total olarak çıkartıldı. Patolojik inceleme sonucunun invaziv duktal karsinom metastazı olarak bildirilmesi üzerine hastaya postoperatif dönemde 25 seansta toplam 5000 cGy radyoterapi uygulandı. Şubat 2006'da çekilen larenks tomografisinde kitle saptanmazken toraks tomografisinde solda plevral kalınlaşma ve mediastende prevasküler, paratrakeal ve sağ hiler bölgelerde en büyüğü 3 cm çaplı lenfadenopatiler mevcuttu. Hasta bu bulgularla stabil olarak takip edilmektedir.

Tartışma

Baş-boyun bölgesi metastazları çeşitli kanserlerde sıklıkla saptanabilir ve metastazların görülme sıklığı otopsi serilerinde klinikte

olduğundan daha fazladır. Baş-boyun bölgesine olan bu metastazların yaklaşık %20'si larenks metastazlarıdır (2). Larenkse en sık olarak malign melanom, renal hücreli karsinom ve meme kanseri metastaz yapmaktadır (3). 1985 yılına kadar bildirilen 83 larenks metastazlı hastanın primer kanserleri incelendiğinde; %30'unda malign melanom, %16.9'unda renal hücreli karsinom ve %9.6'sında meme kanseri saptanmıştır (4). 1988 yılına kadar tanı konulan 123 larenks metastazlı hastanın ise sadece 12'sinde (%9.7) meme kanseri primer hastalıktır (3). Yıllar içinde meme kanserinin larenks metastazları sayıca artış göstermemektedir.

Meme kanseri larenkse hematojen ve lenfatik yayılım yoluyla metastaz yapabilir. Hematojen metastazlar üç yoldan olabilir. Birinci yolda metastazlar aksiller ven ve superior vena kava ile kalbe gelir ve pulmoner dolaşımdan geçerek kalbin sol tarafına ulaşıp sırasıyla aorta, eksternal karotid arter, superior tiroid arter ve laryngeal arter ile boyun bölgesine ulaşır. İkinci yolda ise artan intraabdominal ve/veya intratorasik basınç tümör embolilerinin Batson'un vertebral pleksusu yardımıyla boyun bölgesi venlerine ulaşmasına neden olur. Ayrıca, akciğer metastazı olan hastalarda baş-boyun bölgesine tümör embolileri atılabilir (4). Lenfatik yayılımda ise tümör hücreleri duktus torasikus yoluyla supraklaviküler lenf bezlerine oradan da subglottik lenf bezlerine metastaz yaparlar (5). Ayrıca, primer tümör tiroid veya krikoid kıkırdak içindeki kemik iliğine de metastaz yapabilir. Hastamızda larenks metastazı ortaya çıkmadan önce plevrada metastazlar saptanması tümör hücrelerinin plevradan baş-boyun bölgesine embolizasyon yoluyla gelmiş olduğunu düşündürmektedir. Larenks bölgesine olan metastazların %40'ı damar ve lenfatiklerden zengin olması nedeniyle supraglottik kısımda saptanır (6). Subglottik bölge metastazları ise olguların %12'sinde görülür (6). Olgumuzda metastaz subglottik bölgede yerleşmişti.

Larenks bölgesinde görülen metastatik kitleler yerleşim yeri ve büyüklüklerine göre semptom verirler. Öyküsünde özellikle larenkse sık metastaz yapan kanserler olan hastalarda uzun süren boğaz ağrısı, ses kısıklığı, nefes darlığı ve kulak zarı normalken ortaya çıkan otalji larenks metastazları yönünden şüphe uyandırmalıdır. Buna karşın, larenks metastazlarının bir kısmı, özellikle supraglottik bölgede yerleşenler, havayolunu tıkayacak büyüklüğe ulaşana kadar asemptomatik kalabilirler. Olgumuzda da metastatik kitle subglottik yerleşimli olduğundan nefes darlığı ve ses kısıklığına neden olmuştur ve semptomların ortaya çıkması ile daha erken tanı koyabilmek mümkün olmuştur.

Hastalarda larenks metastazından şüphelenildiğinde ilk olarak indirek laringoskopi yapılarak kitle görülmeye çalışılmalıdır. Radyolojik olarak bilgisayarlı tomografi ile metastatik kitlenin yerleşim yeri, boyutu ve komşu organlarla ilişkisi ortaya konmalıdır. İndirek laringoskopi ve bilgisayarlı tomografide saptanan kitleden direk laringoskopi yapılarak doku örneği elde edilmelidir. Larenks metastazları genellikle submukozal yerleşimli olduğundan indirek laringoskopide derin biyopsiler alınması gerekir. Olgumuzda polipoid yapıda olan kitle kolaylıkla total olarak çıkartıldı.

Larenks metastazları genellikle yaygın sistemik metastazlarla birlikte görülür. Bu nedenle hastalarda beklenen yaşam süresi 1 yıldan kısadır. Semptomların ortadan kaldırılabilmesi için lokal kontrolun sağlanması gerekir. Bu amaçla, metastatik kitle total olarak çıkartılmalı ve tedaviye radyoterapi eklenmelidir. Hastada eğer sistemik metastazlar da mevcutsa kemoterapi de uygulanmalıdır.

Larenkse metastaz yapma olasılığı yüksek olan, malign melanom, renal hücreli karsinom ve meme kanseri tanısıyla izlenen hastalarda bu olasılık akilda tutulmalıdır. Takipler sırasında semptomatik hastaların yanı sıra asemptomatik hastalarda da indirek laringoskopi yapılmalıdır. Eğer larenkste metastaz saptanırsa sağkalımı uzatabilmek için lokal kontrolü sağlamaya yönelik tedaviler sistemik tedavilerle birlikte uygulanmalıdır.

Kaynaklar

1. Mazzarella LA, Pina LH, Wolff D. Asymptomatic metastasis to the larynx. Laryngoscope 1966; 76: 1547-1554. (PMID: 5918073)
2. Friedmann I, Osborn DA. Metastatic tumors in the ear, nose and throat region. J Laryngol Otol 1965; 79: 576-591. (PMID: 14335137)
3. Ferlito A, Caruso G, Recher G. Secondary laryngeal tumors: report of seven cases with review of the literature. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 1988; 114: 635-639. (PMID: 3284547)
4. Batsakis JG, Luna MA, Byers RM. Metastases to larynx. Head Neck Surg 1985; 7: 458-460. (PMID: 4044264)
5. Wanamaker JR, Kraus DH, Eliachar I, Lavertu P. Manifestations of metastatic breast carcinoma to the head and neck. Head Neck 1993; 15: 257-262. (PMID: 8491591)
6. Ferlito A, Caruso G. Secondary malignant melanoma of the larynx. Report of two cases and review of 79 laryngeal secondary cancers. ORL J Otorhinolaryngol Relat Spec 1984; 46: 117-133. (PMID: 6728433)

İletişim

Can Atalay
Tel : 0312 3360909
Fax : 0312 2151924
E-posta : atalay_can@hotmail.com