



YAŞLI LENFOMALI OLGUDA İNTRADURAL İNTRAMEDÜLLER SPİNAL KORD METASTAZI

Öz

İntradural intramedüller spinal kord (İİSK) metastazı oldukça nadir görülür. Tüm intramedüller spinal kord lezyonlarının %1-3'ünü; spinal metastazların ise %0.9-2.1'ini oluşturur. İİSK metastazları sıklık sırasına göre akciğer, meme, kolorektal, prostat, böbrek, lenfoma ve malign melanom kaynaklıdır. Her on hastadan birinde primer orijin bilinmemektedir. Prognozu belirleyen en önemli faktör, tümör lezyonun yeridir. Diğer faktörler arasında hastanın yaşı, cinsiyeti ve lezyon tespiti sonrasında hastanın genel durumu yer alır. Manyetik Rezonans Görüntüleme kitlelerin saptanmasında ve ayırt edici özelliklerin belirlenmesinde temel bir rol oynar. Tedavide cerrahi, kemoterapi ve/veya radyoterapi önerilir. Bu yazıda 65 yaşında diffüz büyük B hücreli lenfoma tanısı ile takip edilen erkek hastada gelişen İİSK metastazı literatür eşliğinde sunuldu.

Anahtar Sözcükler: Lenfoma; Spinal Kord Tümörü.



INTRADURAL INTRAMEDULLARY SPINAL CORD METASTASIS IN AN ELDERLY CASE WITH LYMPHOMA

ABSTRACT

Intradural intramedullary spinal cord (IISC) metastases are considered to be quite rare. They account for 1 to 3% of all intramedullary spinal cord lesions, and 0.9-2.1 % of spinal metastases. IISC metastases have been also reported to arise from primary lesions such as lung, breast, colorectal, prostate, lymphoma, renal cell carcinoma and malign melanoma. Primary origins of each 1/10 patients are obscure. Prognostically location is the most important feature, but the clinical presentation, patient' age and gender are also important. Magnetic resonance imaging plays a central role in the detection of masses and their discriminative characteristics. Treatment is generally surgery, chemotherapy and/or irradiation. In this study, we describe a rare case of IISC metastases in an old patient with lymphoma and together with a review of the literature.

Key Words: Lymphoma; Spinal Cord Neoplasm.

İletişim (Correspondance)

Yasemin BENDERLİ CİHAN
Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Radyasyon Onkoloji Kliniği KAYSERİ

Tlf: 0352 336 88 84
e-posta: cihany@erciyes.edu.tr

Geliş Tarihi: 06/03/2011
(Received)

Kabul Tarihi: 11/09/2011
(Accepted)

Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Radyasyon Onkoloji Kliniği KAYSERİ



GİRİŞ

Kanser tedavisindeki gelişmelerle birlikte hastaların yaşam süreleri de uzamaktadır. Kanser tedavisinin daha etkili hale gelip, hastaların ömrü uzadıkça nadir görülen metastaz lokalizasyonlarının insidansında da artış gözlenmektedir (1,2).

Kanser hastalarının iskelet sistemindeki tutulum %70 oranında olmakla birlikte bunlardan sadece %10'u semptomatiktir. İskelet sistemi metastazları en sık omurgada görülür. Vertebraya metastazlar %95 extradural yerleşimli olup, genellikle medulla spinalis basısına neden olur. Saf intradural metastazlar oldukça seyrek; %0.9-2.1 oranında görülmesine rağmen bunlardan sadece %0.1-0.4'ü semptomatiktir (1-4).

Metastazlar sıklık sırasına göre lumbal, torakal ve servikal bölgeye olmasına rağmen semptomatik lezyonların %70'i torakal, %20'si lumbal ve %10'u servikal bölgede görülür (5-8).

Bu yazıda, diffüz B hücreli lenfoma nedeni ile takip edilen hastada gelişen ve nadir görülen intradural intramedüller spinal kord metastazlı olgu literatür eşliğinde sunuldu.

OLGU

Aktmış beş yaşında erkek hastanın, sol testisinde fark ettiği yaklaşık 2x2 cm büyüklüğünde, sert, ağrısız kitle nedeniyle üroloji polikliniğine başvurduğu öğrenildi. Yapılan skrotal ultrasonografide, sağ testisin ultrasonografik görünümü normal iken sol testis parenkiminde 32x23 mm boyutlarında, hipoeoik kitle tespit edilmiş. Hastaya dış merkezde sol orşiektomi yapılmış. Histopatolojik değerlendirme de diffüz büyük B hücreli lenfoma tanısı konulmuş ve hematoloji bölümüne sevk edilmiş.

Hastanın fizik muayenesinde periferik lenfadenopati ve hepatosplenomegali yoktu. Orofarinks, nazofarinks, kardiyovasküler ve solunum sistem muayenesi normaldi. Laboratuvar analizlerinde; sedim: 90 mm/saat, Hb: 9.5 gr/dl, Hct: %29.6/cm³, lökosit: 6.000/mm³ ve trombosit: 250.000/mm³, LDH: 399 UI/L (normali:190-380) idi. Diğer biyokimya değerleri ve idrar tetkik sonuçları normaldi. Özgeçmişinde hipertansiyon, KOAH ve kalp hastalığı vardı. Tüm abdominal ve kranial tomografileri (BT) normaldi. Toraks BT lenfomanın akciğer parankim tutulumu olarak rapor edildi. Kemik iliği biyopsisi ve aspirasyonu hiposelüler kemik iliği olarak değerlendirildi. ECOG: 1-2 ve BOS:2 idi. Ateş, kilo kaybı, gece terlemeleri ve akciğer tutulumu olan hastaya Ann Arbor evreleme sistemine göre Evre 4B diffüz büyük B hücreli tanısı konuldu. Olguya R-CHOP kombinasyon kemoterapisi başlandı.

Üçüncü küre geldiğinde, hasta skrotal bölgesinde yeni kitlelerin oluştuğunu, kilo kaybı ve gece terlemesi bulunduğunu tarif etmesi üzerine tetkikler yapıldı. Fizik muayenede skrotumda ele gelen birkaç adet, hareketli ve sert kitle tespit edildi. Skrotal ultrasonografide sağ skrotumda 38x22 mm ve 21x15 mm ve sol skrotal kesede 39x23 mm ölçüsünde hipoeoik kitleler izlendiği rapor edildi. Eski ve yeni toraks BT karşılaştırılmasında kitleler regresyon lehine değerlendirildi. Üst ve alt batın BT normal olarak rapor edildi. Primer tedaviye refrakter kabul edilip second line kemoterapi planlandı (2 kür MİNİ-ICE sonrası OKİT). Hastanın kemoterapiyi kabul etmemesi üzerine radyoterapi önerildi. Skrotumda yeni oluşan kitlelerine yönelik radyoterapi planlandı. Hasta radyoterapinin 1. haftasında yaklaşık 15 gündür olan her iki alt ekstremitede git-tikçe artan bir kuvvet kaybı ve bel bölgesinde ağrı şikâyeti olduğunu belirtti. Çekilen torako-lomber Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG) T12, L1, ve L2 vertebra korpusları düzeyinde spinal kordu ve tekal keseyi tamamen dolduran, kordu infiltrate eden, minimal kontrast tutulum gösteren intradural intramedüller kitle izlendiği ve bu kitlenin metastaz açısından anlamlı kabul edildiği rapor edildi. Hastanın genel durumunun iyi olmaması üzerine operasyon önerilmedi. Antiödem tedavisi başlandı (Deksametazon 4x8 mg/gün). T11 ve L3 bölgesine 30 Gy radyoterapi planlandı.

TARTIŞMA

Kanser iskelet sisteminde en sık vertebra bölgesine metastaz yapar. Tüm kanserli hastaların %5-10'unda spinal metastaz görülür. Spinal metastazların %95'i ekstradural, %5'i intradural ekstramedüller yerleşimlidir (1-5). Perrin ve ark.ları 200 spinal metastazlı vakaları bildirdikleri çalışmasında %94'ünün ekstradural, %0.5'inin intramedüller ve %5'inin ise intradural ekstramedüller olduğunu belirtmişlerdir (3). Edelson ve ark.ları 175 vakalık çalışmalarında %3.4'ünü intramedüller, %96.6'sının ekstradural olduğunu rapor etmiş ve intradural hiçbir vaka saptamadıklarını söylemişlerdir (5). Lee ve ark.ları 138 intramedüller metastazlı hastanın %54'ü akciğer, %11'i meme, %9'u renal cell, %8'i malign melanom, %6'sı primeri bilinmeyen ve %4'ünün lenfoma kaynaklı olduğunu bildirmişlerdir (6). Okamoto ve ark.ları 1215 akciğer kanserli hastaların 20'sinde (%1.65) İİSK metastazı tespit etmiş ve bu hastaların %50'sinin küçük hücreli akciğer kanseri olduğunu söylemişlerdir (7). Her 15 hastadan birinde intradural metastaz, epidural spinal kord kompresyonu ile birlikte bulunur. Genellikle bu hastaların



Şekil 1— Sırasıyla T2 sagittal, post kontrast T1A sagittal ve post kontrast T1A aksiyel MRG görüntülerde tekal keseyi tamamen dolduran, kordu infiltre eden, minimal kontrast tutulumu gösteren intradural intramedüller kitle lezyonu izlenmektedir (oklar).

kanserleri ileri evre olup, %40'ından fazlası beyin metastazı ile birlikte görülür (2,3,6-8).

İİSK metastazların yayılımı arteriel, venöz, spinal epidural pleksus yolu ile veya direkt olmaktadır. Gerçek hematojen yayılım çok nadir görülüp daha çok lenforetiküler malignitelere gözlenir. Torakal bölge, semptomatik vertebra metastazlarının %70'inin yerleştiği bölgedir. Lomber vertebralara %20, servikal vertebralara ise %10 oranında metastaz olur. Yani metastazların vertebrada yerleştikleri bölge, bölgenin uzunluğu ve kemik kitlesi ile orantılıdır (2,5-8).

İİSK metastazlı olguların yakınma süreleri ortalama dört haftadır. İlk ve en sık yakınma ağrıdır. Ayrıca motor kaybı, sfinkter problemleri ve duyu bozuklukları da görülür. Ağrı genelde hafif başlar ve ilerleyicidir. Muayenede spinal duyarlılık, özellikle perküsyon ile uyandırılan ağrı önemlidir. Tanı

için direkt röntgenogram, BT, kemik sintigrafisi, MRG, gerekirse PET-CT'ye başvurulur (1,4,8-10).

Spinal metastazların tedavisinde cerrahi yöntem faydalı görülmeyle birlikte farklı hasta gruplarında radyoterapi, kemoterapi ve değişik kombinasyonlar konusundaki tartışmalar hala devam etmektedir. İİSK metastazlı hastaların tedavisinde birkaç amaç vardır. Bunlardan biri ağrının giderilmesidir. Bir diğer amaç ise hastanın hali hazırdaki nörolojik durumunun korunması ve yapılabiliirse daha iyi hale getirilmesidir. Bu amaçla tanı konur konmaz glukortikoid tedavisine başlanılır. Eğer hastada lenfoma düşünülüyorsa kortizon verilmesi tümörü ortadan kaldıracığı için tanıyı güçleştirebilir. Radyoterapi değişik hasta gruplarında önerilecek diğer bir tedavi şekli olup, belirgin etkisi ağrı üzerinedir. Sıklıkla 300 cGy dozun 10 seansla verildiği şemalar kullanılır. Kemoterapinin, lenfomaya



ikincil gelişen omurilik basılarında radyoterapi ile birlikte kullanılmasının yarar sağladığı görülmüştür (2,4,8-10).

İİSK metastazların lokalizasyonları, büyüme hızları, bunlara bağlı gelişen nörolojik durum ve hastanın performansı prognozu belirleyen önemli parametrelerdir. Prognoz genellikle kötüdür. Ortalama yaşam süresi 3-4 aydır. Hastaların %25'i altı ay, %12'si ise 12 ay yaşamaktadır (6-10).

Literatür gözden geçirildiğinde bu olgu İİSK metastazların nadir görülmesi ve sıklıkla bir ayırıcı tanı sorununa yol açması nedeniyle önemli bulundu. Ayrıca bu olgu kemik iliği tutulumu olmadan intradural infiltrasyon görülmesi nedeniyle de özellikli idi. Olgunun hem genel durumu bozuk olduğundan hem de yaygın kemik tutulumu bulunmadığından, dolayısıyla patolojik fraktür ve instabilite beklenmediğinden cerrahi düşünülmedi. Lenfomanın radyosensitif olmasından dolayı, lenfomadaki nörolojik tablonun düzelmesinde radyoterapinin etkili olabileceği düşünüldüğünden tutulan bölgeye palyatif radyoterapi başlandı.

Sonuç olarak, lenfomalı olgularda genellikle kemik metastazi ekstraduraldır. Nadir de olsa intradural intramedüller olabileceği akılda tutulmalıdır. MRG tümörün sınıflandırılmasında ve karakterinin ayırımında çok büyük kolaylıklar sağlamaktadır. Cerrahi, kemoterapi ve radyoterapi tedavi seçenekleri arasındadır.

NOT

Hastadan bilgilendirilmiş onam formu alındı.

KAYNAKLAR

1. Erkol G. Kanser hastasına nöro-onkoloji pratiği açısından yaklaşım. *Klinik Gelişim* 2004;17:62-76.
2. Kosmas C, Koumpou M, Nikolaou M et al. Intramedullary spinal cord metastases in breast cancer: report of four cases and review of literature. *J Neuro-Oncol* 2005;71:67-72. (PMID:15719278).
3. Perrin RG, Livingston KE, Aarabi B. Intradural extramedullary spinal metastasis. *J Neurosurg* 1982;56:835-37. (PMID:7077385).
4. Khan SN, Donthineni R. Surgical management of metastatic spine tumors. *Orthop Clin N Am* 2006;37:99-104. (PMID:16311115).
5. Edelson RN, Deck MD, Posner JB. Intramedullary spinal cord metastasis: Clinical and radiographic findings in nine cases. *Neurology* 1972;22:1222-31. (PMID:4346871).
6. Lee SS, Kim MK, Sym SJ et al. Intramedullary spinal cord metastases: a single-institution experience. *J Neuro-Oncol* 2007;84:85-9. (PMID:17010265).
7. Okamoto H, Shinkai T, Matsuno Y, Saijo N. Intradural parenchymal involvement in the spinal subarachnoid space associated with primary lung cancer. *Cancer* 1993;72:2583-8. (PMID:8402479).
8. Kalayci M, Cagavi F, Gul S, Yenidunya S, Acikgoz B. Intramedullary spinal cord metastases: diagnosis and treatment—an illustrated review. *Acta Neurochirurgica* 2004;146:1347-54. (PMID:15526223).
9. Altaş M, Çerçi A, Silav G, Işık N, Elmacı İ. Servikal spinal metastaz: olgu sunumu *Tıp Araştırmaları Dergisi* 2009;7(2):118-21.
10. Lyding JM, Tseng A, Newman A, Collins S, Shea W. Intramedullary spinal cord metastasis in Hodgkin's disease. *Cancer* 1987;60:1741-4. (PMID:355201).