

Anjiyonötrotik Ödem Benzeri Klinik Tablo İle Başvuran Larinks Kanseri Olgusu: Olgu Sunumu

A Larynx Cancer Case Which Is Coming With A Clinical Table Similar To Angioneurotic Edema: Case Report

¹Uzm.Dr. Yavuz PEHLİVAN

¹Arş.Gör.Dr. İbrahim Halil TÜRKBEYLER

²Yrd.Doç.Dr.Mehmet Emin KALENDER

²Doç.Dr.Alper SEVİNÇ

³Doç.Dr.Mustafa YILMAZ

¹Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları AD

²Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları AD, Onkoloji Bilim Dalı

³Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nükleer Tıp AD

Gaziantep Tıp Dergisi 2010;16(1):19-22.

Özet

Larinks kanseri üst solunum yolu kanserlerinin en sık görülen tipidir. Tüm kanserlerin %2'si; baş-boyun bölgesi kanserlerinin yaklaşık %25'i larinks kanseridir. Lenfödem, lenfatik sistemde anatomik veya fonksiyonel tıkanıklık olmasına bağlı olarak, interstisyel dokuda lenf sıvısının fazla miktarda birikmesinin sonucunda gelişir. Lenfödem enfeksiyonlar, tümörler, travma, cerrahi uygulamaları veya radyasyona sekonder olarak gelişebilir. Anjiyonötrotik ödem genellikle yüz, dil ve göz kapaklarında alerjik reaksiyon nedeniyle ortaya çıkan ani ödem gelişmesi ile karakterize bir klinik tablodur ve gecikmeden tıbbi müdahale yapılmalıdır. Bu vaka takdiminde, baş boyun tümörü nedeniyle radyoterapi ve cerrahi uygulanan 47 yaşında bir erkek hastada gelişen anjiyonötrotik ödem benzeri larinks ödemi olgusu sunuldu. Baş-boyun tümörlerinde cerrahi girişim ve radyoterapi sonrası yoğun lenfödem gelişebilir ve anjiyonötrotik ödem ile karışabilir. Anjiyonötrotik ödem vakaları genellikle antihistaminiklere, kortikosteroidlere iyi yanıt verir. Baş- boyun kanseri tanısı olan bir hastada anjiyonötrotik ödem yanında, ayrıca lenfödem gelişebileceği de unutulmamalıdır.

Anahtar kelimeler: Sekonder Lenfödem, Larinks kanseri, Anjiyonötrotik ödem

Abstract

Larynx cancer is the most common type of upper respiratory system cancer. 2% and 25% of all cancers and head & neck cancers are consist of larynx cancer, respectively. Two main treatment modalities for larynx cancer are surgery & radiotherapy. Anatomic or functional obstruction at the lymphatic system induced lymphedema and result in swelling of the tissue due to collection of lymphatic fluid. Lymphedema can develop secondary to infections, neoplasm, surgery, trauma, and radiation. Angioneurotic edema is an emergency clinical state with a sudden swelling at face, tongue and eyelids as a result of allergic reactions. In this case we present a 47-year-old male patient who developed massive lymphedema mimics angioneurotic edema after radiotherapy and surgical treatment for head&neck tumor. In general, angioneurotic edema generally respond to anti-histaminic and corticosteroid administrations. Facial lymphedema which simulate angioneurotic edema can develop in a patient with the diagnosis of head-neck cancer especially exposed to local treatment procedures like radiotherapy and/or surgery.

Key Words: Secondary lymphedema, Larynx cancer, Angioneurotic edema

Giriş

Larinks kanseri, meme ve akciğer kanserleri kadar sık olmamasına rağmen, literatürde tedavisi ile ilgili en çok yayın bulunan kanserler arasındadır. Bu ilginin nedeni larinks fonksiyonlarının insan yaşamındaki önemidir. Bununla birlikte, ileri evre larinks kanserlerinde cerrahi ile istenilen sağkalım oranları sağlanamamaktadır. Cerrahi girişimin hastanın larinks fonksiyonlarını kaybetme ihtimaline sahip olması nedeniyle, tedavide organ koruyucu yöntemlere yönelik çalışmaların artarak devam etmesine sebep olmuştur (1).

Lenfödem, lenfatik sistemde anatomik veya fonksiyonel tıkanıklık sonucu interstisyel dokuda lenf sıvısının birikmesi ve buna bağlı ödem durumunun gelişmesidir (1-6). Lenfödem, enfeksiyonlar, neoplazm, cerrahi, travma, radyasyona sekonder olarak gelişebilir; ancak çocukluk çağında lenfödem vakalarının çoğu primer lenfödem şeklindedir. Primer lenfödemde genetik yatkınlık olabilir ve lenfatik sistemin gelişiminin yetersizliğine bağlı olarak oluşur. Sekonder lenfödemde ise edinsel problemler ön plandadır. Enfeksiyon, travma, radyasyon maruziyeti, tümör, lenfoproliferatif hastalıklar ya da yaralanmaya bağlı gelişebilir. Gelişmekte olan ülkelerde sekonder lenfödem en sık sebebi filariazisdir. Gelişmiş ülkelerde ise en sık sebepler tümörler ve radyoterapidir (6,7).

Anjiyonötrotik ödem dudak, dil, göz kapağı gibi derialtı dokularda, barsak duvarında ve üst solunum yollarında asfiksiye kadar giden klinik tabloya sebep olabilen geçici ödemle karakterizedir (8-10). Bu olgu sunumunda larinks kanseri tanısı ile takip edilen bir erkek hastada cerrahi girişim ve radyoterapi sonrası dil, yüz ve gözkapaklarında anjiyonötrotik ödem benzeri şiddetli lenfödem gelişen bir olgu sunuldu.

Olgu Sunumu

47 yaşında bir erkek hasta dilinde, yüzünde ve gözkapaklarında şişlik şikayeti ile Fakültemiz Tıbbi Onkoloji polikliniğine başvurdu.

Uzm.Dr. Yavuz PEHLİVAN, Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları AD
Adres: Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Arş. ve Uyg. Hastanesi. Şehitkamil/GAZİANTEP
Tel: 0342 360 60 60 Faks: 0342 361 00 63 E-mail: drpehlivan@hotmail.com

Geliş Tarihi: 03.09.2009 Kabul Tarihi: 22.12.2009



Hastanın hikayesinde, 1.5 yıl önce giderek artan ses kısıklığı, yutma güçlüğü, kilo kaybı, nefes darlığı şikayeti ile KBB bölümüne başvurduğu öğrenildi. O dönemde yapılan direkt laringoskopi tetkikinde, sağ piriform sinüs apeksine uzanan, larinksin lateral ve median duvarına uzanım gösteren, arkada arytenoidde submukozal kalınlaşmaya neden olan kitle saptanmış. Hastaya larinks kanseri tanısıyla trakeostomi, total larenjektomi ve tip 2 modifiye radikal sağ boyun disseksiyonu uygulanmış. Eksize edilen materyalin patolojik incelemesi sonucu yumuşak doku tutulumu olan orta derecede diferansiye skuamöz hücreli karsinom saptanmış ve evre pT4aN1M0 olarak evrelenmiş. Lezyon bölgesine adjuvan radyoterapi önerilmiş ancak hasta tedaviyi kabul etmemiş.

Hastada 6 ay önce sol boyun bölgesinde tekrar kitle ortaya çıkmış ve sol servikal lenf nodu biyopsi yapılmış ve biyopsinin patolojik inceleme sonucu skuamöz hücreli karsinom metastazı saptanmış. Bunun üzerine hastaya tip 3 modifiye radikal sol boyun diseksiyonu yapılmış. Patoloji incelemesinde 2 adet metastatik lenf nodu ve yumuşak doku yayılımı saptanmış. Hastaya adjuvan radyoterapi uygulanmış. Radyoterapi 40 Gy uygulandıktan sonra trakeostomi etrafında grade 3 dermatit gelişmiş ve radyoterapi 60 Gy uygulandıktan sonra hastada radyasyon özefajiti, radyodermatit ve submandibuler fistül gelişmiş. Hastaya radyoterapiden 1 ay sonra beslenme amaçlı gastrostomi tüpü takılmış. Hasta polikliniğimize son bir haftadır ortaya çıkan gözkapaklarında, yüzünde ve dilinde şişlik gelişmesi nedeniyle başvurdu (Resim 1).



Resim 1. Son bir haftadır ortaya çıkan gözkapaklarında, yüzünde ve dilinde şişlik gelişmesi

Hastanın fizik muayenesinde yüz bölgesi, göz ve dilde şişlik mevcut idi ve dil ağız dışına taşmıştı. Diğer sistem muayenelerinde patoloji saptanmadı. Hastanın biyokimya ve hemogram değerleri normal sınırlar içindeydi. Ön planda klinik olarak anjiyonörotik ödem düşünülerek metilprednizolon 1 gr/gün dozunda 3 gün süre ile, difenhidramin 3x1 i.v. başlandı. Bu tedavilerle yeterli yanıt alınamayınca adrenalinin lokal etkisinden faydalanılabileceği düşünülerek hastaya günlük 1/1000 adrenalin 0.25 mg lokal olarak dile uygulandı. Hastada uygulanan lokal tedavi ile semptomatik rahatlama gözlemlendi ve şişlikleri gerileyen hasta tedavisi düzenlenerek taburcu edildi.

Yaklaşık 1 hafta sonra yine aynı şikayetlerle hasta tekrar servise yatırıldı. Hastada lenf yollarında obstrüksiyon düşünülerek lenfosintigrafisi tetkiki yapıldı. Her iki şakak bölgesinde subdermal 0.5 mCi Tc-99m nanokolloid enjeksiyondan 3 saat sonra alınan anterior baş-boyun görüntüsünde sol tarafta radyofarmasötüğün inferiora ilerlemediği, sol servikal bölgede herhangi bir lenf nodunun vizüalize olmadığı ve enjeksiyon yerinde retansiyon gösterdiği izlenmekteydi. Sağ tarafta ise preauriküler lenf nodunun vizüalize olduğu ancak sağ servikal alanda lenf nodlarının vizüalize olmadığı ve radyofarmasötüğün büyük oranda enjeksiyon yerinde retansiyon gösterdiği saptandı (Resim 2). Hastaya ilave bir cerrahi girişim düşünülmedi. Hastada servise yattıktan 3 gün sonra ağız, burun mukozalarından ve submandibular bölgedeki fistülden abondan kanama başladı. Tetkiklerinde trombosit sayısı, protrombin zamanı (PT), parsiyel tromboplastin zamanı (PTT) ve d-Dimer düzeyleri normal sınırlarda saptandı. Hastaya eritrosit süspansiyon replasmanı, taze donmuş plazma, intravenöz yolla traneksamik acid ve mekanik tampon uygulandı. Ön planda tümörün karotis arter dallarını invaze ettiği düşünülen hastada kardiyak arrest sonucunda eksitus oldu.



Resim 2. Radyofarmasötüğün büyük oranda enjeksiyon yerinde retansiyon gösterdiği saptandı.

Tartışma

Larinks kanseri cilt kanserinden sonra en sık görülen baş-boyun tümörüdür ve üst solunum yolu kanserleri içinde en sık görülen kanserdir (1). Etiyolojisinde, diğer üst solunum yolu kanserlerinde olduğu gibi sigara ve alkol en önemli faktörlerdir. Larinks kanserlerinin %95'i yassı hücreli kanser veya varyasyonlarıdır (1,2). Larinks kanserinin en sık görüldüğü yaş 60 ile 65 yaş arasındadır ve sıklığı erkeklerde kadınlara göre 5 kat daha fazladır (1).

Erken evre larinks karsinomunda tedavinin en önemli amacı kür sağlamaktır. Larinks kanseri tedavisinde cerrahi ve radyoterapi iki ana tedavi yöntemidir (3). Radyoterapi larinks kanserinde primer tedavi, adjuvan tedavi veya palyatif amaçlarla uygulanabilir. Erken evre larinks kanserlerinde tedavi yönteminin seçilmesinde tümör, hasta ve tedaviye ait faktörler dikkate alınır (3).

Erken evre glottik larinks kanserinde radyoterapi tek başına uygulanan primer tedavi yöntemidir. Radyoterapi ile tedavi edilenlerde organ koruyucu özelliğinden dolayı ses kalitesi, cerrahi tedavi görenlerden daha iyidir (5).

Lenfödem, lenf sistemindeki anatomik veya işlevsel tıkanıklık sonucu, proteinden zengin sıvının interstisyel boşlukta birikmesi sonucu oluşur (6). Sekonder lenfödem, kanser, enfeksiyon, radyoterapi, travma ve lenfatik sisteme yönelik girişim (inguinal bölge cerrahisi ve lenf nodu disseksiyonu gibi) sebebiyle oluşabilir (6,7). Gelişmiş ülkelerde ikincil lenfödemin en sık sebebi kanser ve kanser tedavisine bağlı yan etkiler iken, gelişmekte olan ülkelerde ise Wuschereria Bancrofti'nin etken olduğu filariiaz en sık sebeptir. Lenfödem, en sık alt ekstremitelerde (%80) görülmekle birlikte kol, yüz, gövde ve dış genital organlarda da görülebilir. Kadınlarda daha sık görülür ve üçte iki oranda tek taraflıdır (7).

Lenfödem patogenezinde cerrahi tedavi ve/veya radyoterapiye bağlı lenfatik sistemin hasarlanmasının önemli rol oynadığı düşünülmektedir (7). Bu hasardan çoğunlukla cerrahi girişim sırasında lenfatik damarlarının ligasyonu, transeksiyonu ve rezeksiyonu sorumludur. Malignensi için yapılan LN disseksiyonları mümkün olduğu kadar minimumda tutulmalıdır. Radyoterapi ise lenf nodlarında veya çevre dokuda fibrozise sebep olabilir. Ayrıca cerrahi ve radyasyon tedavisi dışında enfeksiyonlar, venöz ve arteriel nedenler gibi tam açıklanamayan faktörler de fizyopatolojide rol almaktadır (8). Lenfödem tanısı için lenfosintigrafi, radyo-isotopik lenfosintigrafi, direkt ve indirekt lenfografi, lenfatik kapillaroskopi, magnetik rezonans (MR), aksiyel tomografi ve ultrasonografi gibi çeşitli görüntüleme yöntemleri kullanılabilir (9).

Lenfödem tedavisi medikal ve cerrahi olarak iki sınıfta incelenebilir. Medikal tedavi olarak, Filariyal hastalıkta antiparazitik tedavi (dietilkarbonat veya ivermektin) lenfatik hasarı sınırlar (10). Sekonder enfeksiyon agresif tedavi edilmelidir ve yeni enfeksiyonların oluşumu ciddi hijyen önlemleri ile engellenmelidir (Topikal fungal enfeksiyonlar da önlenmelidir). Ciltte travma koruyucu giysiler tercih edilmelidir. Diüretik kullanımı ve sıvı azaltılması tartışmalıdır çünkü etkisi geçicidir. Diyetteki tuz miktarı az olmalıdır (11). Benzopyron kronik lenfödemde doku makrofajlarının proteolitik etkilerini arttırarak faydalı olabilir. Böylece proteinler interstisyel alandan farklı bir yöntemle uzaklaştırılabilirler. Teorik olarak interstisyel alandaki protein uzaklaştırılabilirse lenfatik sıvı da kaybolacaktır. Cerrahi tedavi ise tüm hastaların %5-10'una uygulanır. Cerrahi tedavide lenfödemli cilt altı dokusu ve bir miktar cildin eksizyonu, lenfatik rekonstrüksiyon veya lenfovenöz anastomoz şeklinde yaklaşımlar uygulanabilir (12).

Anjiyonötik ödem vücuttaki mukoza ile kaplı bölgelerde (dudak, dil, göz kapağı gibi derialtı dokularda, barsak duvarında ve üst solunum yollarında) en ağır klinik tablo olan asfiksiye kadar giden geçici ödemle karakterize bir klinik tablodur.

Ig E salınımı veya çeşitli proinflamatuvar modülatörlerin salınımı ve bunun sebep olduğu vazodilatasyon, ödemi oluşturan ana mekanizmalardır (10).

Sonuç olarak baş-boyun tümörlerinde cerrahi girişim ve radyoterapi sonrası çok masif lenfödem gelişebilir ve anjiyonötik ödem ile karışabilir. Anjiyonötik ödem vakaları genellikle antihistaminiklere, kortikosteroidlere iyi yanıt verirler. Baş- boyun kanseri tanısı olan bir hastada lenfödem yanında, ayrıca anjiyonötik ödem de gelişebileceği unutulmamalıdır.

Kaynaklar

1. Jemal A, Siegel R, Ward E. Cancer statistics. CA Cancer J Clin. 2008;58:71-8.
2. Sessions RB, Harrison LB, Forastiere AA: Tumors of the larynx and hypopharynx. in: DeVita VT, Hellman S, Rosenberg S A, eds.: Cancer: Principles and Practice of Oncology. 6th ed. Philadelphia, Pa: Lippincott Williams & Wilkins, 2001, 861-85.
3. Thomas JV, Olsen KD, Neel HB. Early glottic carcinoma treated with open laryngeal procedures. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 1994;120:264-9.
4. Mendenhall WM, Parsons JT, Mancuso AA, Cassisi NJ, Stringer SP: Larynx. Perez CA, Brady LW, eds. Textbook of radiation oncology. 1998; 3rd ed. 897-1180. Philadelphia: Lippincott-Raven.
5. Norris JM, Cady B. Larynx and hypofarenx cancer. Leibel SA, Phillips TL, eds. Textbook of radiation oncology 1998; pp. 412-56. Philadelphia: WB Saunders Company
6. Browse NL. The diagnosis and management of primary lymphedema. J Vasc Surg. 1986;3:181-4.
7. Lazareth I. Classification of lymphedema. Rev Med. Intern. 2002;3:375-78.
8. Szuba A, Rockson SG. Lymphedema: classification, diagnosis and therapy. Vasc Med. 1998;3:145-56.
9. Cambria RA, Gloviczki P, Naessens JM, Wahner HW: Noninvasive evaluation of the lymphatic system with lymphoscintigraphy: A prospective, semiquantitative analysis in 386 extremities. J Vasc Surg. 1993;18:773-82.
10. Casley-Smith JRT. The diagnosis and treatment of peripheral lymphedema. Consensus document of the International Society of Lymphology Executive Committee. Lymphology. 1995;28:113-18.
11. Campisi, C. A rational approach to the management of lymphedema. Lymphology. 1991;24:48-55.

12.Szuba A, Cooke JP, Yousuf S. Decongestive lymphatic therapy for patients with cancer-related or primary lymphedema. Am J Med. 2000;109:296-99.