

Pankoast Tümörü'nün Neden Olduğu Torasik Çıkış Sendromu: Olgu Sunumu

Thoracic Outlet Syndrome Caused by Pancoast Tumor: Case Report

Mahir Uğur¹, Yonca Bavlı Eren¹, Akın Erdal¹, Saliha Karatay¹, Kazım Şenel¹

¹Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon AD, ERZURUM

Yazışma Adresi: Prof. Dr. Mahir Uğur, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon AD, 25240, Erzurum.
E-posta: e-mail: mugur66@hotmail.com

Özet

Torasik çıkış sendromu (TÇS) sıklıkla brakial pleksus, subklavian arter ve venin torasik çıkış bölgesinde kostoklaviküler aralık, korakoid prosesin hemen altındaki subkorakoid alanda ve önde anterior skalen kas, arkada orta skalen kas ve altta birinci kostanın medial kenarından çevrelenen interskalen üçgende bası altında kalması sonucu ortaya çıkan ve boyun, omuz, kol ve eli etkileyen farklı semptomlarla karakterize klinik bir tablodur. TÇS'nun nadir görülen nedenlerinden biri de akciğer apikal tümörleridir. Akciğer apeks tümörlerinde (pankoast) brakial pleksus ve komşu kostalar ile vertebraların infiltrasyonu sonucu Horner Sendromu, C8-T1 düzeyinde ağrı, kol el ve parmak kaslarında atrofiler gözlenir. Bu yazıda Pankoast tümörü'nün zemininde gelişen TÇS'lu bir olgu sunularak ilgili literatür gözden geçirilmiştir.

Abstract

Thoracic outlet syndrome (TOS) is a clinical picture characterised by different symptoms related with neck, shoulders, arms, and hands. Brachial plexus, subclavian artery and veins are frequently crush at costoclavicular triangle, subcoracoid space beneath the coracoid process and interscalene triangle, which is bordered by the anterior scalene muscle anteriorly, the middle scalene muscle posteriorly, and the medial surface of the first rib inferiorly.

One of the rare cause of TOS is apical lung tumors. As a result of infiltration of brachial plexus, neighbour ribs and vertebrae, Horner syndrome, pain at C8-Th1 level and atrophy at arm, hand and finger muscles may be observed.

In this article, we discussed a TOS case caused by a pancoast tumor in the light of literature.

Anahtar Kelimeler: Çıkış sendromu, Pankoast tümörü, Torasik

Keywords: Outlet syndrome, Pancoast tumor, Thoracic

Giriş

Torasik çıkış sendromu (TÇS) tanımı ilk olarak Peet tarafından 1956'da yapılmıştır. Nörovasküler yapıların torasik çıkış bölgesinden geçerken sıkışmasına neden olan bu sendrom farklı klinik ve anatomik antiteleri içinde barındırır. Servikal ve torakal spinal sinirlerden oluşan pleksus brakialis ile subklavian arter ve ven, boyundan kola gitmek için sınırlı bir boşluktan geçerler. Bu boşluğu sınırlayan skalen kaslar 1. kosta ve klavikula da olabilecek morfolojik ve fizyopatolojik değişiklikler sinir-damar paketini sıkıştırarak TÇS semptom ve bulgularına neden olurlar [1].

Etyolojide servikal kot, 7. servikal vertebranın uzun transvers süreci veya servikal kotla, 1. torasik kot arasında uzanan fibröz bandlar ve konjenital yapısal anomaliler ile skalen kas hipertrofileri ve postür bozuklukları sıklıkla rol oynarken bu anatomik nedenler dışında baş üstü montaj işleri, oto tamiri, malzeme boşaltma gibi kolların uzun süreli hiperabduksiyonunu gerektiren aktiviteler gibi fonksiyonel nedenlere bağlı olarak da oluşabilmektedir. Ayrıca çeşitli anatomik yapıları invaze ederek diğer akciğer tümörlerinden daha farklı bir klinik tablo ile ortaya çıkan akciğer apikal tümörleri gibi yer kaplayıcı lezyonlara bağlı olarak da nadirde olsa rastlanabilmektedir [2].

TÇS'de sinir-damar paketinin basısına bağlı olarak nörolojik, arteriyel ve venöz belirtiler görülür. Belirtilerin % 90'ı sinir, % 10'u ise damarların basısına bağlıdır. Nörolojik olarak bu hastaların kliniğinde tipik olarak pleksus alt trunkusu veya C8-T1 köklerinin sıklıkla etkilenmesiyle kol ve önkolun mediali ile son iki parmak boyunca ağrı ve parestezik şikâyetler ile geç dönemde el intrinsek kaslarında güçsüzlük ve lateral tenar kaslarda ve ön kol kaslarında atrofinin eşlik ettiği motor bulgular ortaya çıkar. Ayrıca arter ve venlerdeki basıya bağlı olarak iskemik ağrı, ekstremitelerde yorulma, kladikasyon, soğukluk, siyanoz ve ödem saptanır. Ağrılar uzun süreli ve çoğu kez de nokturnaldır [2].

Bin dokuz yüz otuz iki yılında yedi olgu bildiren ve radyolog olan Henry Pancoast'ın adıyla anılan Pankoast tümörü akciğer apeksinde yerleşim gösterir ve kendine özgü klinik bulgular oluşturarak TÇS bulgularına da yol açabilir. Sıklıkla, brakial pleksus alt kısmını, üst torasik kaburgaları ve vertebra cisimlerini, stellar ganglion ve subklavian damarları invaze ederek damar-sinir paketinin geçtiği alanı daraltarak karakteristik olarak C8-T1 düzeyinde kol ve omuzda ağrıya ve üst ekstremitelerde, kol, el ve parmak kaslarında motor kayıplara, atrofilere ve Horner Sendromuna (pitozis, myozis, enoftalmus) yol açar [1,2].

Olgu Sunumu

Yaklaşık 1,5 yıldır sağ kolda ağrısı olan 52 yaşındaki erkek hastanın, polikliniğimize başvurmadan 3 ay önce ağır yük taşıması sonrası koldaki ağrısının şiddetlendiği öğrenildi. Hikayesinde hasta ağrısının, omuzdan sağ kola doğru yayıldığını sıcak ve soğukla değişme göstermediğini ve ağrı kesicilere cevap vermediğini, ağrının geceleri uykudan uyandırdığını belirtiyordu. Ayrıca sağ elde kuvvetsizlik, uyuşma ve üşüme şikâyetlerinin de olduğu,



Resim 1 — C6-T2 vertebral CT'de sağ akciğer apeksinde nöral fenomene uzanım gösteren kitle lezyonu

bu şikâyetlerle daha önce nöroşirurji polikliniğine başvuru sonucu yatırıldığı, servikal MR ve EMG istendiği ve bu süre içinde cerrahi düşünülmeyip ağrı kesici romatizmal ilaçlar verilerek taburcu edildiği, ağrı şikâyetleri geçmeyen hastanın da polikliniğimize başvurduğu öğrenildi. Hastanın mevcut raporlarından servikal MR'ın; kemik yapılar da spondilozu destekleyici dejeneratif değişikliklerin olduğu şeklinde, EMG'nin ise 'servikal radikülopatiyi destekleyici nitelikte C7-8-T1 innervasyonlu kaslarda aktif nörojenik değişiklikler' şeklinde rapor edildiği anlaşıldı. Öz ve soy geçmişinde 30 yıldır günde 1-2 paket sigara kullanması dışında özellik yoktu.

Hastanın yapılan fizik muayenesinde boyun hareketleri özellikle sağa lateral fleksiyonda kısıtlı ve ağrılı, servikal paravertebral kas spazmı sağda (+) idi. Motor manuel kas gücü değerlendirilmesinde sağda C8 ve T1'e uyan kaslarda 1/5 motor kayıp ve aynı seviye dermatom sahalarında hipoestezi bulundu. Ayrıca sağ el hipotenar ve interosseöz kaslarda atrofi ve sağda Adson testi (+) olarak tespit edildi.

Laboratuvar değerlendirmesinde sedimentasyon yüksekliği (1. saat: 70 mm) dışında özellik yoktu. Direkt grafilerde servikal spondiloz yönünde dejeneratif değişiklikler mevcuttu. Hasta TÇS+Servikal spondiloz tanıları ile postür egzersizleri, TENS ve yüzeysel ısıtıcı içeren fizik tedavi programına alındı. Nöropatik ağrı da düşünülerek gabapentin 2400 mg tedrici olarak başlandı. Ağrıları azalmayan hastaya tramadol 100 mg verilmesine rağmen rahatlama olmaması nedeniyle etyolojik nedeni araştırmak üzere tümör markerleri, postero-anterior akciğer grafisi, supraklavikular ultrason, fibröz band ve servikal bölge açısından C6-T2 vertebral CT istendi. Akciğer grafisi ve ultrasonda özellik yoktu. Tümör markerlerinden CA 15-3 yüksekti. C6-T2 vertebral CT'de sağ akciğer apeksinde nöral fenomene uzanım gösteren (Resim 1) ve T1 vertebra ve kosta proksimal kesiminde destrüksiyona (Resim 2) neden olan kitle lezyonu tespit edildi. Hasta nöroloji (muayenede sağ gözde miyozis tespit edildi), Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi ile konsülte edilerek akciğer apeks tümörü (Pankoast

tümörü) ve Horner sendromu tanısı ile Göğüs cerrahisi kliniğine devredildi.

Tartışma

TÇS tanımı ilk olarak Pett tarafından 1956 yapılmış ve Pett, nörovasküler yapıların torasik çıkış bölgesinden geçerken sıkışmasına neden olan farklı klinik ve anatomik antiteleri tek isim altında toplamak için bu terimi kullanmıştır. Boyunda subklavian arter, subklavian ven ve brakial pleksus alt trunkusu ön ve orta skalen kaslar arasından geçer. Daha sonra damar sinir paketi, klavikula ve 1. Kosta arasından ilerler ve kola kadar pektoralis minör kasi altında devam eder. Bu anatomik bölgelerden herhangi birinde ki patoloji kompresyona neden olabilir [3].

TÇS çok seyrek görülen ve ayırıcı tanısında birçok hastalığın düşünülmesi gereken bir klinik durumdur. Servikal disk hastalıkları, Pankoast tümörü, sinir kılıf tümörleri, ulnar ve median sinir tuzaklanmaları, brakial pleksit, siringomyeli, spinal kord tümörleri, omuz patolojileri, fibromiyalji, multipl skleroz, Reynaud hastalığı, akut koroner sendrom, vaskülitler, vazospastik bozukluk, kompleks bölgesel ağrı sendromu ayırıcı tanıda düşünülmesi gereken klinik durumlardır [4].

Bası sonucunda etkilenen yapılar brakial pleksus, subklavian ven ve/veya subklavian arterdir. Basıdan hipertrofik 7. servikal vertebra transvers çıkıntısı ve servikal kosta gibi konjenital kemik yapılar, fibromusküler anomaliler, postür sorumlu olabileceği gibi, baş üstü montaj işleri, posta tasnifi, oto tamiri, malzeme boşaltma gibi fonksiyonel nedenlerle de oluşabilmekte ve daha nadir olarak da tümör invazyonu sonucu, radyasyon hasarına bağlı veya idiyopatik olarak da gelişebilmektedirler. Tümör invazyonuna bağlı gelişen neoplastik brakial pleksopatilerde en sık nedenler arasında lenfoma, meme ve akciğer kanserleri sayılabilir [5].

Tutulan dokuların çeşitliliği ve semptomların yaygınlığı (arter, ven, sinir ve kas dokusu) nedeniyle TÇS oldukça değişken bir kliniğe sahiptir ve tıp literatüründe en tartışmalı konulardan biridir. Klinikte brakial pleksus kompresyonu sonucu ağrı, uyuşukluk, parestezi, kas güçsüzlüğü ve atrofi görülebilir. Etkilenen tarafta ulnar ve medial antebraial kutanöz sinirlerin duyu alanlarında hipoestezi olur ve median sinir dağılım alanında duyu normaldir. Ağrı boyun ve omuzlara, kola özellikle kolun iç kısmına yayılır. Elin intrinsek kaslarında atrofi, Reynoud fenomeni gibi arteriyal bulguların yanında, şişlik, siyanoz gibi venöz bulgular da görülür.

Bizim olgumuzda da hastanın ağır yük taşıması sonrası kolda ağrı şikâyeti ile geldiği, ağrısının omuzdan sağ kola doğru yayıldığı, ağrının geceleri uykudan uyandırdığı ve ayrıca sağ elde kuvvetsizlik, uyuşma ve üşüme şikâyetlerinin olduğu, sağda C8 ve T1'e uyan kaslarda 1/5 motor kayıp ile birlikte sağ el hipotenar ve interosseöz kaslarda atrofi bulundu.

Ayırıcı tanıda öncelikle kemik yapılarıdaki anormallikleri tespit için servikal bölgenin direkt röntgen grafisi istendi. Olgumuzda direkt servikal grafide dejeneratif değişiklikler mevcuttu ve servikal kosta görünümüne rastlanmadığından daha ileri tetkiklere gereksinim duyuldu. Bu bölge ayırıcı tanısının yapılması amacıyla hastanın daha önce yapılan manyetik rezonans görüntüleme ve elektrofizyolojik çalışmaların sonuçları tekrar değerlendirildi. Has-

tada mevcut bulgularla TÇS düşünülmesi yanı sıra MR ve elektrofizyolojik değerlendirmelerin servikal radikülopatiye ve spondilozu desteklemesiyle hasta fizik tedavi programına alındı. Ancak hastanın uygulanan tedavilere cevap vermemesi ile daha ileri tetkiklerin yapılmasına karar verildi. Hastaya istenen servikal bölge bilgisayarlı tomografi (CT) tetkikinde sağ akciğer apeksinde nöral fenomine gösteren ve T1 vertebra ve kosta proksimal kesiminde destrüksiyona neden olan kitle lezyonu tespit edildi ve istenen göğüs cerrahisi konsultasyonuyla tanı olarak Pankoast tümörü kabul edildi.

Pankoast tümörü, torasik girişdeki çeşitli anatomik yapıları invaze ederek diğer akciğer tümörlerinden daha farklı bir klinik tablo ile ortaya çıkar. Pankoast'un tanımadığı şekilde superiyor sulkus tümörü bu özel yerleşim yerleri nedeniyle, akciğerin diğer bölgelerine yerleşim gösteren tümörlerden farklı özellikler gösterirler. Akciğer apeksinde homojen gölge ile birlikte az veya çok kot harabiyeti ve sıklıkla vertebraya infiltrate; C8, T1 ve T2 dağılımında ağrı ve stellar ganglion ve sempatik zincirin tutulumu sonucu Horner sendromu yapan sürekli ve karakteristik bir klinik durumdur. Sıklıkla, brakial pleksus alt kısmını, üst torasik kaburgaları ve vertebra cisimlerini, stellat ganglion ve subklavian damarları invaze eder [6].

Çeşitli serilerde omuz ağrısının görülme sıklığı % 44-99 oranında bulunmuşken kol ağrısı ise % 30-75 arasında bulunmuştur. Literatürde kolda uyuşukluk % 22 oranında kol veya elin atrofi ve/veya güçsüzlüğü % 8-13 olarak bildirilirken, Horner sendromu çeşitli serilerde % 14-34 oranında bildirilmiştir. Bizim olgumuzda da serilerde gözlenen kolda uyuşukluk, ağrı, atrofi ve horner sendromu klinik bulguları mevcuttu.

Öksürük, dispne ve hemoptizi gibi semptomlar belirgin prognoz olmadıkça nadirdir. Pulmoner semptomlar çeşitli serilerde % 14-81 oranında bildirilmiştir [7]. Olgumuzda sadece ara sıra öksürük şikâyetleri mevcuttu. Bu yüksek oran tüm olguların sigara kullanımına ve sigara kullanımı ile birliktelik gösteren kronik



Resim 2 — T1 vertebra ve kosta proksimal kesiminde destrüksiyona yol açan kitle görünümü

bronşit ve amfizeme bağlı olabileceği gibi geç evre hastalığa da bağlanabilir. Olgumuz da günde 1-2 paket sigara içme öyküsü vardı. Ses kısıklığı geç evre hastalığı göstermekte olup, Attar ve arkadaşlarının çalışmasında % 10 [8], Komaki ve arkadaşlarının çalışmasında ise % 5,5 olguda saptanmıştır [9]. Hastamızda biz ses kısıklığına rastlamadık. Bu durum hastalığın erken evrede olmasıyla ilişkilendirilebilir.

Ziporyn ve arkadaşlarının çalışmalarında 37 TÇS'lu olgunun 34'ü servikal osteoartrit veya omuz bursiti tanıları ile ortalama altı ay hatalı tedavi edilmişlerdi. Bu çalışmadaki bir olguda semptomların ortaya çıkışı ile tanı arasındaki süre dört yıl idi [10]. Attar ve arkadaşlarının çalışmasındaki olguların % 12'si ise bir-üç yıl arasında değişen süreler ile gecikmeli tanı almışlardı [8].

Takip ettiğimiz olgumuzda da yaklaşık 1,5 yıldır şikayetlerinin olduğu ve tanı konulmadığı, birçok ilaç tedavisine rağmen cevap alınmadığı dolayısıyla bir tanı gecikmesinin olduğu gözükmektedir.

Akciğer kanserleri içerisinde Pankoast tümörleri nadir tümörlerdir (% 2-5) Transtorasik ince iğne aspirasyon biyopsisi bu tümörlerin tanısında önemli bir yer tutar. Skuamöz hücreli karsinom en sık rastlanan patolojik tiptir. Bilgisayarlı tomografi (BT) ve manyetik rezonans görüntüleme (MRG); tanı, evreleme ve tedavi planlamasında rol alan önemli yöntemlerdir. Karakteristik klinik ve radyolojik görünümleri nedeni ile TÇS'lu olguların % 90-95'ine histolojik inceleme öncesi tanı konulabilir. Ancak akciğer kanseri dışında pek çok durum benzer tabloya neden olabileceği için sitolojik veya histolojik tanı gereklidir. [11].

Sonuç olarak TÇS çok seyrek görülen ve ayırıcı tanısında birçok hastalığın düşünülmesi gereken bir klinik tablodur. Uzun süreli takip edilen ve tedavilere cevap alınamayan hastalarda özellikle de sigara içme öyküsü olanlarda, nadir olarak görülse de Pankoast tümörü de düşünülmalıdır.

Kaynaklar

1. Talu GK. Thoracic Outlet Syndrome. *Ağrı* 2005; 17: 2.
2. Fechter JD, Kushner SH. The Thoracic Outlet Syndrome *Orthopedics* 16 (11) 1993: 1243-51.
3. Armağan O. Torasik çıkış sendromunun konservatif tedavisi. *Türk Serebrovasküler Hastalıklar Dergisi* 2006; 13: 3: 75-9.
4. Huang JH, Zager EL. Thoracic Outlet Syndrome. *Neurosurgery* 2004; 55: 897-903.
5. Preston DC, Shapiro BE. Electromyography and neuromuscular disorders. 2nd ed. USA Butterworth-Heinemann pub, 2005; 479-501.
6. Ginsberg RJ, Martinin N, Zaman M ve ark. Influence of surgical resection and brachytherapy in the management of superior sulcus tumor. *Ann Thorac Surg* 1994; 57: 1440-5.
7. Van Houtte P, Mac Lenon I, Poulter C ve ark. External radiation in the management of superior sulcus tumor. *Cancer* 1984; 54: 223.
8. Attar S, Krasna MJ, Sonett RJ ve ark. Superior sulcus (Pancoast) tumor: experience with 105 patients. *Ann Thorac Surg* 1998; 66: 193-8.
9. Komaki R, Roh J, Cox JP ve ark. Superior sulcus tumors; results of irradiation of 36 patients. *Cancer* 1981; 48: 1563-8.
10. Ziporyn T. Upper body pain; possible tipoff to Pancoast tumor. *JAMA* 1981; 246:1759-63.
11. Grover LF, Komaki R. Special consideration of superior sulcus tumors. In: Roth JA, Ruckdeschel JC, Weisenburger TH, eds. Philadelphia: Thoracic Oncology 1995: 225-38.