

Primeri Belli Olmayan Bir Karsinoma Telanjiektatikum

Carcinoma Telangiectaticum of Unknown Primary

Demet Çiçek, Başak Kandi (Coşkun),
Betül Demir, Ferda Dağlı*, Fatma Gedik**

Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji, *Patoloji, **Anestezi ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Elazığ, Türkiye

Özet

Karsinoma telanjiektatikum malinitelere bağlı olarak gelişen, telanjiektazi benzeri lezyonlarla karakterize olan ve nadir görülen bir kutanöz metastaz şeklidir. Hastalık malin hücrelerin, yüzeysel lenfatikler yoluyla deriye yayılımı ile ortaya çıkar ve klinik olarak pembe-mor renkli psödovezikül, purpurik papül, plak ve telanjiektaziler ile karakterizedir.

Primer karsinomu tam olarak tespit edilemeyen, yaygın iç organ metastazları bulunan 58 yaşında bayan hasta, radyoterapi ve cisplatin-etoposide kombine kemoterapi tedavisi devam eden hastanın karın bölgesindeki döküntü nedeniyle değerlendirildi. Lezyonlardan alınan biyopsi materyalinin histopatolojik incelemesinde dermiste özellikle yüzeysel lenfatiklerde genişleme ve bu lenfatiklerin hemen tümüyle tümör hücreleri tarafından doldurulduğu görüldü. Klinik ve histopatolojik incelemeler doğrultusunda hastaya primeri bilinmeyen malin epitelyal tümör metastazına bağlı karsinoma telanjiektatikum tanısı konuldu. Hasta mevcut kemoterapisine devam edilirken kaybedildi. (*Turkderm 2008; 42: 70-2*)

Anahtar Kelimeler: Karsinoma Telanjiektatikum

Summary

Carcinoma telangiectaticum is an unusual type of cutaneous metastasis originating from various malignant tumors and characterized by telangiectases. This disorder appears with the spread of malignant cells to the skin via superficial lymphatics. It presents as small pink to purplish pseudovesicles, purpuric papules, plaques and telangiectases.

A 58-year-old female patient with extensive internal organ metastasis, the primary of which could not be determined, was consulted for bluish lesion on her abdomen, while she was receiving cisplatin and etoposide combination chemotherapy and radiotherapy. Histopathologic examination revealed that the superficial lymphatics in dermis were attacked by tumoral cells. Final diagnosis was established by clinical and histopathological findings as carcinoma telangiectaticum due to metastasis of a malignant tumor of unknown origin. Unfortunately our patient succumbed during her chemotherapy. (*Turkderm 2008; 42: 70-2*)

Key Words: Carcinoma Telangiectaticum

Giriş

Karsinoma telanjiektatikum (KT), malin hücrelerin derinin yüzeysel lenfatiklerine yayılımı ile ortaya çıkan, klinik olarak pembe-mor renkli psödovezikül, purpurik papül, plak ve telanjiektazi ile karakterize olan ve nadir görülen bir kutanöz metastaz şeklidir¹⁻⁵. Hastalık genellikle meme karsinomlarına bağlı olarak gelişir. Burada, primeri bilinmeyen yaygın metastatik karsinoma ikincil gelişen bir karsinoma telanjiektatikum olgusu nadir görülmesi nedeniyle ve kutanöz metastazlara dikkat çekmek amacıyla sunulmaktadır.

Olgu

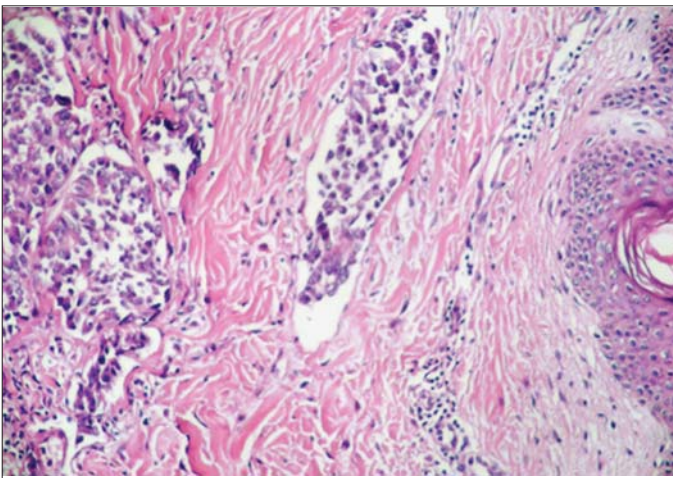
Elli sekiz yaşında kadın hasta yaklaşık altı ay önce boynunda şişlik nedeniyle hastanemize başvurdu. Hastanın sağ servikal bölgesinde 2x5 cm boyutunda kitle tespit edildi. Yapılan boyun ultrasonografisinde her iki servikal bölgede çok sayıda lenfadenopati ve batin tomografisinde sağ sürrenal bezde solid lezyon saptandı. Toraks tomografisinde patoloji saptanmazken, manyetik rezonans incelemede sol parailiak ve bilateral inguinal bölgede lenfadenopatiler ve sağ iskiyumda yer kaplayıcı lezyon tespit edildi. Kolesistek-

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Dr. Demet Çiçek, Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Elazığ, Türkiye
Tel.: 0424 238 80 80 E-posta: dr.demetcicek@yahoo.com

tomi, sağ sürrenalektomi, bilateral servikal kitle eksizyonu ve aortakaval lenf nodu eksizyonu yapılarak alınan materyalinin histopatolojik incelemesinde skuamöz diferansiyasyon ve nöroendokrin morfoloji göstermekte olan karsinom olduğu saptandı. Hastaya cisplatin-etoposide kombine kemoterapisi, boyun ve sağ inguinal bölgeye radyoterapi başlandı. Tedavinin altıncı ayında hasta karın bölgesinde kızarıklık şikayeti nedeniyle değerlendirildi. Hastanın yapılan dermatolojik muayenesinde alt abdomen ve pelvik bölgede mor renkli ve telenjektatik psödoveziküller saptandı (Resim 1). Laboratuvar incelemede patolojik olarak Hb: 9.1 g/dL (10-16), Htc: % 30.3 (33-57), lökosit: 21.560 $10^3/\mu\text{mL}$ (3.8-10.3), trombosit: 122.000 $10^3/\mu\text{mL}$ (140-360), eritrosit sedimentasyon hızı: 105 mm/h (<20), glukoz: 106 mg/dL (75-115), üre: 297 mg/dL (10-50), kreatinin: 3.93 mg/dL (0.6-1.2), total protein: 6.11 g/dL (6.6-8.7), albumin: 2.42 g/dL (3.5-5.3) olarak tespit edildi. Hastanın alt abdominal bölgesindeki deriden alınan "punch" biyopsi materyalinin histopatolojik incelemesinde dermiste özellikle yüzeysel lenfatiklerde genişleme ve bu len-



Resim 1. Hastanın alt abdomen ve pelvik bölgesinde mor renkli ve telenjektatik psödoveziküller



Resim 2. Dermal lenfatiklerde genişleme ve bu lenfatikleri hemen tümüyle doldurmuş tümör hücreleri (Hematoksilen EozinX200)

fatiklerin hemen tümüyle tümör hücreleri tarafından doldurulduğu görüldü (Resim 2). Tümörün köken aldığı hücreyi belirlemeye yönelik olarak yapılan immünohistokimyasal incelemesinde sinaptofizin, kromogranin, S-100, vimentin, melan-A ve tiroglobulin negatif olarak saptanırken sitokeratin ve CEA fokal olarak pozitif tespit edildi. Bu durum bir meme karsinomu metastazından şüphelendirildiği için CK 34 ve CA 19-9 çalışıldı ancak negatif olarak saptandı. Klinik ve histopatolojik incelemeler doğrultusunda hastaya, primeri bilinmeyen yaygın metastatik karsinomun neden olduğu KT tanısı konuldu. Hasta, tedavisi devam etmekte iken kısa süre sonra kaybedildi.

Tartışma

Kutanöz metastazlar vücudun başka bölgelerinden köken alan malin hücrelerin deriye yayılması sonucu oluşur. Hematojen, lenfojen veya komşuluk yoluyla yayılan malin hücreler deride farklı klinik görünlere neden olurlar. Bunlar; eritemli veya deri renginde nodüller, erizipel benzeri eritemli makül veya plaklar, diskoid lupus eritematozus veya morfea benzeri skatrisel lezyonlar, psödovezikül ve telenjektazi şeklindeki lezyonlardır^{1,4,6,7}. İnternal malinitelerin neden olduğu kutanöz metastaz insidansı farklı yayınlarda %0.5-9 olarak bildirilmiştir^{8,9}. İlk kez 1924 yılında Newcomb, malin hücrelerin yüzeysel deri lenfatiklerine yayılmasıyla oluşan ve telenjektazi benzeri lezyonları bulunan bir kutanöz metastaz vakası bildirmiştir¹⁰. Daha sonra Parkes Weber 1933 yılında benzer bir vaka bildirirken bu hastalığın, derin lenfatiklerin tutulumuyla seyreden karsinoma erizipeloidesin bir varyantı olduğuna dikkat çekmiştir¹¹. Ingram 1958 yılında detaylı klinikopatolojik inceleme yaptığı bir vaka bildirisinde ise hastalığın karsinoma telanjektatikum olarak isimlendirilmesini önermiştir¹². Karsinoma Telenjektatikum genellikle meme karsinomlarına bağlı olarak gelişir. Ancak hepatosellüler karsinom ve parotis karsinomuna bağlı vakalar da bildirilmiştir^{13,14}. İngilizce literatürde çok az sayıda olgu bildirimine rastlanmıştır¹⁵. Bizim olgumuz primeri bilinmeyen bir tümör metastazının neden olduğu KT olgusu olması nedeni ile daha önce bildirilen olgulardan farklılık göstermekte idi.

Karsinoma telanjektatikum klinik olarak sarı, kırmızı veya mor renkli papüloveziküller şeklinde prezente olup genellikle primer karsinomun olduğu bölgeye lokalizedir^{1,15}. Hastalıkta ayrıca purpurik plaklarla seyreden ve vaskülit benzeri lezyonlar da tanımlanmıştır¹⁶.

Karsinoma telanjektatikum, radikal mastektomi sonrası kronik lenfödem zemininde gelişen bir anjiyosarkom olan Stewart-Treves Sendromundan ayırt edilmelidir. Stewart-Treves Sendromu klinik olarak mavi-kırmızı renkli makül, plak, nodüllerle seyrederek ve aynı klinik görünüme sahip olan KT ile ayırıcı tanısı ancak histopatolojik inceleme ile yapılır. KT'nin histopatolojik olarak adenomatöz veya apokrin özellikte olması ayırıcı tanıda yol göstericidir. İmmünohistokimyasal yöntemle kanser hücrelerinin kökeni tespit edilmeye çalışılır ancak, kötü diferansiyasyonlu tümörlerde ayırıcı tanısını yapmak zordur¹⁵. Akkiz lenfanjiyoma daha çok meme kanseri nedeniyle yapılan radikal mastektomi sonrasında oluşan kronik lenfödem zemininde görü-

lür. Klinik olarak berrak içerikli veziküllerle karakterizedir. Hastalığın histopatolojisinde ise papiller dermiste dilate lenfatikler ve bu lenfatiklerin duvarında incelmeyen yanı sıra lenf sıvısı, lenfositler ve eritrosit birikimi mevcuttur fakat, kanser hücrelerinin görülmemesiyle ayırt edilir¹⁵.

Karsinoma telenjektatikumun, tüm metastatik deri tutulumlarında olduğu gibi, özel bir tedavisi yoktur. Altta yatan primer tümörün tedavisi yeterlidir. Az sayıda deri lezyonu bulunan olgularda cerrahi eksizyon, radyoterapi, immünoterapi veya intralezyonel kemoterapi uygulanabilir^{2,5}. Olgumuzda çok sayıda lezyon bulunması nedeniyle bu tedaviler uygulanamadı ve mevcut tedavi protokolüne devam edildi. Karsinoma telenjektatikum kötü prognozun bir göstergesi olup, hastalık genellikle bu klinik tanıdan sonra kısa süre içinde fatalite ile sonuçlanır^{1,17}. Bizim olgumuz da KT tanısı aldıktan kısa süre sonra kaybedildi.

Sonuç olarak malinite nedeniyle takip edilmekte olan hastalarda ortaya çıkan dermatolojik bulgulara yaklaşımda kutanöz metastazlar da dikkate alınmalıdır.

Kaynaklar

- Mackie RM: Soft-tissue tumors. Textbook of Dermatology. Ed. Champion RH, Burton JL, Burns DA, Breathnach SM. sixth edition. Oxford, Blackwell Science Ltd, 1998; 2347-72.
- Odom RB, James WD, Berger TG: Andrews' Diseases of the Skin. 9th edition. Philadelphia, WB Saunders, 2000; 733-99.
- Lawley TJ, Yancey KB: Cutaneous manifestations of internal malignant disease. Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine. Ed. Freedberg IM, Eisen AZ, Wolff K, Austen KF, Goldsmith LA, Katz SI, Fitzpatrick TB. 5th edition. New York, Mc Graw Hill, 1999; 2106-20.
- Thomas PH: Clinical Dermatology. 3rd edition. USA, Von Hoffman Pres, 1996; 649- 87.
- Baykal C: Dermatoloji Atlası. 2. baskı. İstanbul, ARGOS İletişim Hizmetleri Reklamcılık ve Ticaret A.Ş., 2004; 654-8.
- Kaplan RP: Specific cutaneous manifestations of internal malignancy. Adv Dermatol 1986;1:3-42.
- Kleyn CE, Lai-Cheong JE, Bell HK: Cutaneous manifestations of internal malignancy: diagnosis and management. Am J Clin Dermatol 2006;7:71-84.
- Lookingbill DP, Spangler N, Sexton FM: Skin involvement as the presenting sign of internal carcinoma: A retrospective study of 7316 cancer patients. J Am Acad Dermatol 1990;22:19-26.
- Spencer PS, Helm TN: Skin metastases in cancer patients. Cutis 1987;39:119-21.
- Newcomb WD: Unusual cutaneous metastases in carcinoma of the breast. Lancet 1924;206:1056-7.
- Parkes-Weber F: Bilateral thoracic zosteroid spreading marginate telangiectasia-probably a variety of 'carcinoma erysipelatodes' (C.Rasch)-associated with unilateral mammary carcinoma, and better termed 'carcinoma telangiectaticum'. Br J Dermatol Syphilol 1933;45:418-23.
- Ingram JT: Carcinoma erysipelatodes and carcinoma telangiectaticum. Arch Dermatol 1958;77:227-31.
- Platin P, Quillot M, Le Lu M, Le Roux P, Guiochet N, Lodde JP, Leroy JP: Cutaneous extension of parotid carcinoma. Ann Dermatol Venerol 1994;121:571-3.
- Yamanishi K, Kishimoto S, Hosokawa Y, Yamada K, Yasuno H: Cutaneous metastasis from hepatocellular carcinoma resembling granuloma teleangiectaticum. J Dermatol 1989;16:500-4.
- Lin JH, Lee JY, Chao SC, Tsao CJ: Telangiectatic metastatic breast carcinoma preceded by en cuirasse metastatic breast carcinoma. British Journal of Dermatology 2004;150:506-25.
- Pickard C, Callen JP, Blumenreich M: Metastatic carcinoma of the breast-an unusual presentation mimicking cutaneous vasculitis. Cancer 1987;59:1184-6.
- Kleyn CE, Lai-Cheong JE, Bell HK: Cutaneous manifestations of internal malignancy: diagnosis and management. Am J Clin Dermatol 2006;7:71-84.