



CASE REPORT

Open Access

Yüksek gradlı rektal nöroendokrin tümörde dev iskelet sistemi metastazları

Giant bone metastases of primary rectal high grade neuroendocrine tumor

Alpaslan Mayadağlı¹, Hacı Mehmet Türk²

1Bezmialem Vakıf University, Faculty of Medicine, Department of Radiation Oncology,
2Bezmialem Vakıf University, Faculty of Medicine, Department of Medical Oncology,

ABSTRACT

BACKGROUND: Neuroendocrine tumors rarely cause bone metastasis. In this case, widespread calcified metastases were demonstrative and were prepared as a case report.

CASE REPORT: The male patient has 17 * 7 cm diameter expansile lytic-sclerotic calcified in the skeletal system, especially in the left hemithorax, covering the posterior regions of 5 and 8 jeans; 8 * 10 cm, which had prominent soft tissue component in the right iliac bone and causing destruction in iliac bone, there was significant contrast enhancement in the central and metastatic mass bone lesions in the sarcomatous character, including ossification-calcification.

DISCUSSION: Generally, survival of patients with osteolytic skeletal metastasis is known to be worse than patients with osteosclerotic skeletal metastasis. Although there are widespread osteosclerotic metastases in this case, a relatively better life can be expected.

KEYWORDS: osteolytic, osteosclerotic bone metastases, clear, neuroendocrine tumor and bone metastases

Corresponding Author: Alpaslan Mayadağlı, MD, Bezmialem Vakıf University, Faculty of Medicine, Department of Radiation Oncology,
E-mail: alpdağ@hotmail.com

Conflicts of interest: There is no conflict of interest between authors or others

Patient Consent: Patient consent was taken

ÖZET

AMAÇ: Nöroendokrin tümörler nadiren kemik metastazı yaparlar. Bu vakada yaygın dev kalsifiye metastazlar demonstratif olduğundan vaka sunumu olarak hazırlandı.

VAKA SUNUMU: İskelet sisteminde özellikle sol hemitoraksda 5 ve 8. kot posterior bölgelerini kaplayan 17*7 cm çapında ekspansil litik -sklerotik yer yer kalsifiye ; sağ iliak kemikte belirgin yumuşak doku kompenenti de bulunan ve iliak kemikte destrüksiyona yol açan 8*10 cm, santralinde belirgin kontrastlanma nın olduğu ve yaygın ossifikasyon -kalsifikasyon içeren , sarkomatöz karakterde metastatik kitlesel kemik lezyonları vardı

TARTIŞMA: Genel olarak osteolitik iskelet metastazı gelişen hastaların sağ kalımının osteosklerotik iskelet metastazı gelişen hastalardan daha kötü olduğu bilinmektedir. Bu vakada yaygın osteosklerotik metastazlar olmasına rağmen nisbeten daha iyi bir yaşam beklenebilir.

ANAHTAR KELİMELER: osteolitik, osteosklerotik kemik metastazları, net, nöroendokrin tümör ve kemik metastazları

GİRİŞ

Nöroendokrin tümörler (NET), karsinoid tümörler olarak ta adlandırılan ve vücutta geniş çapta dağılmış olan enterokromaffin hücrelerinden kaynaklanan neoplazmalardır. Bunlar vücutta herhangi bir yerden çıkabilmekte beraber, genellikle, mide-bağırsak yolunda (% 60-75) ve akciğerde (% 20-30) daha sık görülür. Nadir bir tümör tipi olup 100.000'de sadece 1-2 vakada görülür. Karsinoid tümörler genellikle karaciğer, lenf bezleri, akciğerler ve kemik metastazı yapar. Vakaların yaklaşık % 10'unda primer tümör bölgesi bulunmaz. Hastalığın evresi, prognozu önemli ölçüde etkilemekte olup, uzak metastatik hastalıkta % 20-30 5 yıllık sağkalım oranı vardır (1, 2)).

Karsinoid tümörlerde iskelet metastazı sıklığı yaklaşık % 10 'dur. Metastaz bölgesindeki ağrı, bazen metastaz nedeniyle patolojik kırıklar ve omurilik yaralanmaları gelişebilir (2, 3).

Kemik metastazı karsinoid tümörlerin % 9'unda ve yüksek dereceli NET'lerin % 20'sinde görülür. Tipik olarak, NET ile görülen kemik metastazı osteosklerotiktir ve % 10'u osteolitik olabilir. En sık aksiyel iskeleti tutmakla beraberde % 15 ila % 30 oranında pelvis ve femur bölgeleri tutulabilir (2, 3).

İskelet lezyonlu hastaların yaklaşık üçte birinde başlangıç tanısında BM ile ilişkili ağrı, bazen de kırıklar venörolojik bozukluklar gelişebilir. Nadiren hiperkalsemi de görülebilir (2, 3).

Kullanılan en yaygın tedaviler bifosfonatlar, denosumab, palyatif radyasyon tedavisi, peptid reseptörü radyonüklid tedavisi ve kemoterapidir. Kemik metastazına yönelik tedaviler uygulanan hastalarda, spesifik tedavileri almayanlara kıyasla daha uzun ancak anlamlı bulunmayan bir ortalama yaşam görülmüştür (4).

Kemik metastazının ilk tanısı daha çok MRI ile yapılırken, somatostatin reseptör sintigrafisi veya DOTATOC-PET-CT ile fonksiyonel görüntüleme de kullanılabilir. Ga-DOTATOC-PET-BT görüntülemesinin kullanılmasından bu yana tespit edilen kemik metastazı sıklığı artmıştır (5, 6).

Hazırlamış olduğumuz bu vaka sunumunda, kemiğe yaygın ve atipik metastaz yapan rektal nöroendokrin karsinom olgusunun görüntüleri demonstre edilmiştir. Karsinoid tümörlü hastada iskelet metastazının agresif radyolojik özelliklerini, yerleşimlerini ve klinik seyrini paylaştık.

VAKA SUNUMU: 49 yaşında erkek hasta, yaygın ve şiddetli kemik ağrıları ile başvurdu. İskelet sisteminde özellikle sol hemitoraksda 5 ve 8 kot posterior bölgelerini kaplayan 17*7 cm çapında ekspansil litik -sklerotik yer yer kalsifiye; sağ iliak kemikte belirgin yumuşak doku komponenti de bulunan ve iliak kemikte destrüksiyona yol açan 8*10 cm, santralinde belirgin kontrastlanmanın olduğu ve yaygın ossifikasyon -kalsifikasyon içeren, sarkomatöz karakterde metastatik kitlesel kemik lezyonları vardı (Şekil 1).



Şekil 1. Toraksda kotlarda, karaciğer, vertebralarda skleroze, lasifik metastazlar

Hastaya çekilen FDG-PET de rektum orta distal bileşkesinde 5 cm lik segmentte 1,5 cm çapa ulaşan primer tümöral oluşum ve ayrıca batında pelvik ve paraaortakaval konglomere patolojik

lenfadenopatiler vardı. Bilgisayarlı tomografide, bu lezyonlarda osteosklerotik ve osteolitik değişikliklerin birlikte olduğu görülmüştür. Sağ iliak kemikten ve paraaortik alandaki konglomerasyon gösteren kitleden BT eşliğinde trucut iğne biopsisi yapıldı (Şekil 2).



Şekil 2: Sağ iliak kanatta osteosklerotik ve kalsifiye kemik metastazı

Patolojik numunenin histolojik incelemesine göre:tümör hücrelerinin çoğu, kromogranin A, sinaptofizin ve CD56 için pozitif. Histolojik tanı, bir nöroendokrin tümör metastazıydı. Hasta sistemik kemoterapi ve ağrılı dev metastatik kitlelere radyoterapi aldı. Kemik metastazları radyoterapiden yüksek oranda yararlandı.

TARTIŞMA

Genel olarak osteolitik iskelet metastazı gelişen hastaların sağ kalımının osteosklerotik iskelet metastazı gelişen hastalardan daha kötü olduğu bilinmektedir (7-9).

Bu vakada, nöroendokrin tümörden kaynaklanan yoğunluklu iskelet ve lenfatik metastazı olan bir klinik durum bildirdik. Hastanın iskelet sistemindeki osteolitik ve osteosklerotik içerikli ossifiye –kalsifiye olmuş çok büyük metastatik lezyonlar dikkat çekici idi. Osteolitik iskelet metastazı, karsinoid tümürlü hastalarda olumsuz bir prognostik faktör olup, bu hastalar gelişebilecek komplikasyonlar açısından yakın dikkatle izlenmelidir.

KAYNAKLAR

- 1.Dasari, A., Shen, C., Halperin, D. et al. Trends in the incidence, prevalence, and survival outcomes in patients with neuroendocrine tumors in the United States. *JAMA Oncol.* 2017; 3: 1335–1342
- 2.Riihimäki M, Hemminki A, Sundquist K et al (2016) The epidemiology of metastases in neuroendocrine tumors. *Int J Cancer* 139:2679–2686CrossRefPubMedGoogle Scholar
- 3.Putzer D, Gabriel M, Henninger B et al (2009) Bone metastases in patients with neuroendocrine tumor: 68Ga-DOTA-Tyr3-Octreotide PET in comparison to CT and bone scintigraphy. *J Nucl Med* 50:1214–1221CrossRefPubMedGoogle Scholar
- 4.Panzuto F, Nasoni S, Falconi M et al (2005) Prognostic factors and survival in endocrine tumor patients: comparison between gastrointestinal and pancreatic localization. *Endocr Relat Cancer* 12:1083–1092CrossRefPubMedGoogle Scholar
- 5.Skoura E, Michopoulou S, Mohmaduvsh M et al (2016) The impact of 68Ga-DOTATATE PET/CT imaging on management of patients with neuroendocrine tumors: experience from a national referral center in the United Kingdom. *J Nucl Med* 57:34–40CrossRefPubMedGoogle Scholar

6. Erlemann R (2006) Imaging and differential diagnosis of primary bone tumors and tumor-like lesions of the spine. *Eur J Radiol* 58:48–67 [CrossRefPubMedGoogle Scholar](#)
7. Grillo F, Albertelli M, Brisigotti MP et al (2016) Grade increases in gastroenteropancreatic neuroendocrine tumor metastases compared to the primary tumor. *Neuroendocrinology* 103:452–459 [CrossRefPubMedGoogle Scholar](#)
8. Van Loon K, Zhang L, Keiser J et al (2015) Bone metastases and skeletal-related events from neuroendocrine tumors. *Endocr Connect* 4:9–17 [CrossRefPubMedPubMedCentralGoogle Scholar](#)
9. Gauthé M, Richard-Molard M, Fayard J et al (2017) Prognostic impact of tumour burden assessed by metabolic tumour volume on FDG PET/CT in anal canal cancer. *Eur J Nucl Med Mol Imaging* 44:63–70 [CrossRefPubMedGoogle Scholar](#)