

# Meme Kanserli Bir Hastada Brakial Pleksus ve Servikal Vertebra Metastazları Birlikteliği: Olgu Sunumu

## Coexistence of Brachial Plexus and Cervical Spine Metastases in a Patient With Breast Cancer: Case Report

Ece ÜNLÜ, Sevgi POLAT, Ebru UMay, Aytül ÇAKCI

Sağlık Bakanlığı Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, Ankara, Türkiye

### Özet

Brakial pleksusun metastatik tutulumu nadir görülen bir durumdur. Brakial pleksus metastazı en sık meme kanserinde görülür. Meme kanserli hastada omuz, kol ve ele yayılan şiddetli ağrı ve ardından gelişen duyuşal ve motor semptomlar varlığında öncelikle brakial pleksus metastazı düşünölmelidir. Vertebrada en sık görölen tümörler metastatik tümörlerdir. Vertebra metastazlarının %21'inde neden meme kanseridir. Bu nedenle, öyküsünde malignite olan hastada öncelikle metastatik vertebra tümörü düşünölmelidir. Aynı hastada, iki metastatik tutulumun birlikteliği çok nadir bir durumdur. Bu olgu sunumunda, sol omuzda şiddetli ağrı ve güçsüzlük yakınmaları ile başvuran, meme kanseri öyküsü olan ve aynı anda hem brakial pleksus, hem de servikal vertebra metastazı saptanan bir hastayı sunmayı amaçladık. Ayrıca, bu vaka sunumu çerçevesinde iki metastatik lezyonu saptamada elektrofizyolojik çalışmanın önemini vurgulamaya çalıştık. *Türk Fiz Tıp Rehab Derg 2012;58:63-5.*

**Anahtar Kelimeler:** Meme kanseri, servikal vertebra metastazı, brakial pleksus metastazı, ENMG

### Summary

Metastatic involvement of the brachial plexus is a rare condition and is most commonly associated with breast cancer. In patients with breast cancer, brachial plexus metastases should be taken into account in case of severe pain spreading to the shoulder and arm followed by sensory and motor symptoms. Metastatic spinal tumors are the most common type of tumors of the spine. Breast cancer accounts for 21% of all vertebral metastases. Therefore, metastatic spinal tumors should principally be considered in patients with history of malignancy. Coexistence of two metastatic involvements in same patient is the rarest condition. In this case report, we present a patient with a history of breast cancer who was admitted with complaints of severe pain and weakness in the left shoulder, and in whom we detected metastases in both the brachial plexus and the cervical spine. In addition, within the framework of this case report, we aimed to emphasize the importance of electrophysiological studies in detecting two metastatic lesions. *Turk J Phys Med Rehab 2012;58:63-5.*

**Key Words:** Breast cancer, metastasis of cervical spine, metastasis of brachial plexus, ENMG

### Giriş

Meme kanseri kadınlar arasında tüm dünyada en sık görölen kanser türüdür (1,2). Türkiye'de yapılan bir çalışmada kadınlarda %27, erkeklerde %1 oranında bildirilmiştir (3).

Kemik, akciğer ve karaciğer başta olmak üzere pek çok organa ve vertebral kolona metastaz yapabilmektedir (4). Vertebral kolon metastazı sıklıkla torakal bölgeye olmakta, servikal bölge tutulumu %10 oranında görölmektedir. Meme kanserinde brakial pleksus

tutulumu nadir olup, bu oran %0,5'den az olarak bildirilmiştir (5). Meme kanserinde üst ekstremitte morbiditesi olarak sıklıkla eklem hareket açıklığı kısıtlılığı, ağrı, uyuşukluk ve lenfödem görölmektedir (6). Hem vertebra tutulumu hem de brakial pleksus lezyonları olan hastalarda üst ekstremitte ağrıları, duyu bozuklukları, kas kuvvetinde azalma, kas atrofileri ve refleks kayıpları oluşabilmektedir. Klinik tanı her iki durumda da elektronöromiyografi (ENMG) incelemesi ve uygun radyolojik tetkikler ile doğrulanır. Özellikle ENMG; hem servikal radikulopati hem de brakial pleksopatiye yol açan lezyonun

**Yazışma Adresi/Address for Correspondence:** Dr. Ece Ünlü, Sağlık Bakanlığı Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, Ankara, Türkiye Tel.: +90 312 317 05 05 E-posta: dreceunlu@yahoo.com

**Geliş Tarihi/Received:** Mayıs/May 2010 **Kabul Tarihi/Accepted:** Mart/March 2011

© Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi, Galenos Yayınevi tarafından basılmıştır. / © Turkish Journal of Physical Medicine and Rehabilitation, published by Galenos Publishing.

ve bunun lokalizasyonunun saptanmasına olanak sağladığı, sinir köklerinde, trunkus ve kordlarda hangi derecede akson kaybı olduğunu gösterdiği ve ayırıcı tanı yapma fırsatı verdiği için önemlidir (7).

## Olgu

Altmış dört yaşında kadın hasta, Tıbbi Onkoloji Kliniği'nden ENMG laboratuvarımıza servikal poliradikülopati ön tanısı ile gönderildi. Hastanın alınan öyküsünden, Ekim 2006 tarihinde memede ele gelen kitle yakınması ile Genel Cerrahi Kliniği'ne başvurduğu, burada invaziv duktal karsinom tanısı konularak modifiye radikal mastektomi ve aksiller lenf nodu diseksiyonu yapıldığı ve eksize edilen 23 aksiller lenf nodundan 11'inde metastaz tespit edildiği öğrenildi. Ayrıca, operasyon sonrası hastaya 4 kür kemoterapi tedavisi de uygulanmıştı. Hastanın 2009 yılına kadar yapılan takiplerinde herhangi bir metastatik tutulum tespit edilmemişti. Hasta 2009 yılı Mart ayında, takibinde bulunduğu Genel Cerrahi Kliniği'ne bir travma sonrası oluşan sol omuzda ağrı ve sol kolunu kaldırmada güçlük şikayeti ile başvurmuştu. Burada hastanın sol omuz manyetik rezonans görüntülemesi (MRG) yapılarak, supraspinatus tendonunda parsiyel yırtık tespit edilmiş ve tedavi olarak omuz askısı kullanımı ve non steroid antiinflamatuar ilaç verilmişti. Hastaya operasyon önerilmemişti. Fakat hastanın yakınmalarının geçmemesi, omuz ağrısı ve eklem hareket kısıtlılığının giderek artması, bu yakınmalarına sol kolda yaygın ödem ve güçsüzlük şikayetlerinin de eklenmesi nedeni ile olası metastaz düşünülerek hasta Tıbbi Onkoloji Kliniği'ne yatırılmıştı. Koldaki ödem için yapılan arteriyel ve venöz sistem Doppler ultrasonografi normal olarak bulunmuştu. Metastaz ayırıcı tanısı için kranial ve servikal MRG'leri çekilen hastanın kranial MRG'de durumu açıklayacak patoloji saptanmaması, servikal MRG'de ise C7 ve T12 vertebra korpusunda metastazla uyumlu T1 ağırlıklı görüntülerde hipointens odaklar, C6 ve C7 sol pediküllerinde T1 ağırlıklı görüntülerde hipointens alanlar ve kalınlaşma (sklerotik metastaz) bulunması üzerine servikal poliradikülopati ön tanısı ile ENMG laboratuvarımıza gönderilmişti.

Hastanın laboratuvarımıza geliş fizik muayenesinde; sol kolda yaygın ödem ve gevşek bir felç hali vardı, hiç aktif hareket yoktu. Sol omuz pasif eklem hareket açıklıkları (EHA) fleksiyon 90°, ekstansiyon 30°, abduksiyon 90°, iç rotasyon 20°, dış rotasyon 20° idi. Duyu ve derin tendon reflekslerinin muayenesinde tüm kolda tam anestezi ve

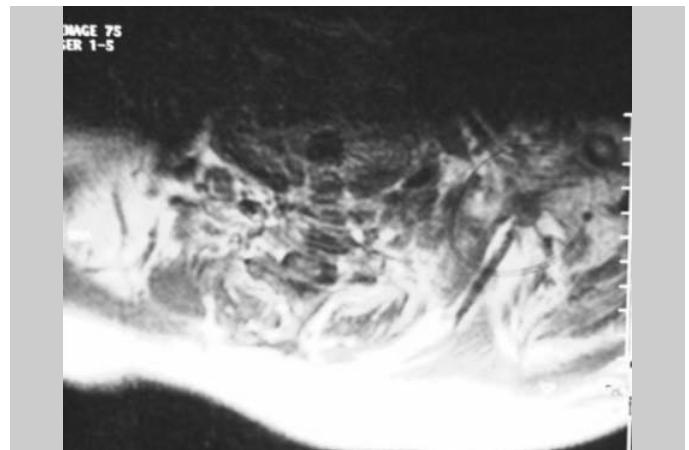


Resim 1. Brakial Pleksus MRG'de metastazın görünümü.

derin tendon reflekslerinde kayıp saptandı. Vizüel analog skala ile 100 mm üzerinden değerlendirilen üst kol ağrısı 90 mm olarak ölçüldü. Hastaya yapılan ENMG'de sol median ve ulnar sinir duyu ve motor iletim çalışmasında potansiyel saptanamadı. İğne ENMG'de sol infraspinatus, romboid major, servikal paraspinal, biceps, deltoid, abduktor pollicis brevis ve abduktor digiti minimi kaslarında spontan aktivite saptandı. İstemli kasıda görülen motor ünite potansiyeli, romboid major kasında vardı, diğer kaslarda ise saptanamadı. Elde edilen bulgular sol C5, C8 ve T1 miyotomunda total aksonal dejenerasyon ve postgangliyonik brakial pleksus tutulumu (panpleksus) olarak değerlendirildi. ENMG'de saptanan bu bulgu ile tarafımızdan brakial pleksus MRG incelemesi yapılması önerildi. Yapılan brakial pleksus MRG'de; sol brakial pleksus liflerinde karşı tarafa göre kalınlaşma ve çevresinde ödem, sol supraklaviküler bölgede yaklaşık 2-3 cm çapında düzensiz kenarlı T1 ve T2 ağırlıklı görüntülerde hipointens sinyal şiddetinde yumuşak doku dansitesi (metastatik infiltrasyon, kitle) tesbit edildi (Resim 1,2). Hasta, hem brakial ve servikal vertebra MRG, hem de ENMG sonuçları ile meme kanserine bağlı servikal vertebra ve brakial pleksus metastazı olarak değerlendirildi.

## Tartışma

Omuz ağrısı ve EHA kısıtlılığına sebep olan hastalıkların ayırıcı tanısında öykü çok önemlidir. Hastamız travma sonrası başlayan omuz ağrısı ve kolunu kaldırmada güçlük tarif ediyordu. Bu öykü rotator manşet yetmezliğini düşündürebilirdi. Hastanın bu yakınmalarla başvurması sonrası ilk değerlendirmede de, bu şekilde düşünülerek omuz MRG'si çekilmiş ve supraspinatus tendonu yırtığı olduğu söylenerek hastaya omuz askısı ve ilaç tedavisi verilmişti. Fakat hastada meme kanseri öyküsünün olması öncelikle ayırıcı tanıda metastaz durumunu akla getirmelidir, çünkü meme kanserinde klinik belirti veren metastazlar çok uzun bir zaman sonra dahi ortaya çıkabilmektedir. İlk tanıdan 10-15 yıl sonra görülmeleri nadir değildir. Tüm metastazlı olgulara bakıldığında, tedaviden metastaza kadar geçen süre ortalama olarak 42 ay civarındadır. Bu süreç tümörü 8,5 cm ve daha büyük olan hastalarda 4 ay kadar bulunmuştur. Tümör ne kadar küçükse, uzak metastaz o denli geç ortaya çıkmaktadır (4,8). Meme kanserinin klinik davranışı uzun bir doğal seyir ve heterojenite ile karakterizedir. Meme kanseri tanısı



Resim 2. Brakial pleksus MRG'de horizontal kesitte metastazın görünümü.

konan hastalar uzun süre metastaz riski taşırlar ve bu nedenle tam iyileşmenin tanımı sorunludur (9). Bizim olgumuzda operasyon sonrası tespit edilen tümör çapı 4 cm idi ve hastada 2,5 yıl sonra uzak metastaz saptanmıştı.

Metastatik pleksopatilerde ağrı sık rastlanılan ve şiddetli seyreden bir semptomdur (10). Ekşiöğlü ve ark.(11)'nin yaptıkları çalışmada, brakial pleksus metastazı saptanan iki olguda da ağrı semptomunun ön planda olduğu belirtilmiştir. Bizim olgumuzda da ağrı metastazı düşündürülecek kadar şiddetli idi. Hastanın Tıbbi Onkoloji Kliniği'ndeki muayenesinde sol kolda kuvvetsizlik ve duyu kaybı üzerine santral patoloji düşünülerek istenilen kranial MRG normal saptanmıştı. Ayırıcı tanı için yapılan ENMG incelemesinde ise sol C5, C8 ve T1 miyotomunda total aksonal dejenerasyon, brakial pleksus tutulumu (panpleksus) saptandı. ENMG'de lezyon post gangliyonik olarak değerlendirildiği için hastadaki total akson hasarının sadece ağır kök hasarı ile açıklanamayacağı, brakial pleksus tutulumunun da olabileceği düşünülerek brakial pleksus MRG incelemesi önerildi. MRG sonuçlarında hem brakial pleksus, hem de servikal vertebra metastazı saptandı.

Kanserli bir hastada, pleksopati ile karşılaşıldığında bu tablonun metastaza ya da radyoterapiye bağlı olduğunun ayırt edilmesi gereklidir. Bizim hastamıza sadece kemoterapi uygulanmış olup, radyoterapi almadığı için radyasyon pleksopatisi düşünülmedi.

Spinal metastazların en nadir görülen yerleşim yeri servikal bölge olmasına rağmen, olgumuz vertebra metastazının servikal bölgede yerleşmesi yönünden de özelliklidir. Spinal tümörlerin en sık görüleni metastatik tümörlerdir. Kanser hastalarının yaklaşık %10'unda spinal metastazlar gelişir ve bunların da ancak %10'u servikal spinal bölgeyi tutmaktadır. En sık olarak akciğer, meme ve prostattan kaynaklanan neoplazmlar spinal metastaza neden olmaktadır (12,13).

Sonuç olarak, öyküsünde meme kanseri olan hastaların uzun süre metastaz riski taşıdıkları düşünülmesi ve hastanın kliniğine göre, nadir görülse de, brakial pleksus ve servikal vertebra metastazları akla gelmelidir.

### Çıkar Çatışması:

Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

### Kaynaklar

1. Pisani P, Parkin DM, Ferlay J. Estimates of worldwide mortality from eighteen major cancers in 1985. Implication for prevention and projection of future burden. *Int J Cancer* 1993;55:891-903.
2. Ünal A, Meme kanserleri. Ünal A, editör. Klinik Cerrahi Onkoloji. Ankara: Özkan Matbaacılık;1997. p. 389-404.
3. Kanser bildirimlerinin değerlendirilmesi 1991-1992. T.C. Sağlık Bakanlığı, Kanser Savaş Dairesi. Ankara; 1994. p. 554.
4. Haagensen C. Diseases of the breast. 3rd edition. Philadelphia: W.B. Saunders;1986. p.686-687.
5. Wood JJ, Gawler J, Whittle RJ, Staunton MD. Brachial plexopathy in breast carcinoma-an unsolved problem. *Eur J Surg Oncol* 1991;17:265-9.
6. Selçuk B, Dalyan M, İnanır M, Akyüz M, Çakıcı A. Meme cerrahisi ve aksiller diseksiyon uygulanan hastalarda üst ekstremité muskuloskeletal problemleri. *Turk J Phys Med Rehab* 2001;47(1):1-5.
7. Selçuk B, Akyüz M. Pleksus lezyonları. Akyüz G, Özaras N, Gündüz H, Ofluoğlu D, editörler. *Elektrodiagnostik*. 1. Basım. Ankara: Güneş Kitabevi; 2003. p. 257-87.
8. Warren S, Witham E. Studies on tumor metastases: The distribution of metastases in cancer of the breast. *Surg Gynecol Obstet* 1993;57:81-85.
9. Bloom H, Richardson W, Harrier E. Natural history of untreated breast cancer. *BMJ* 1962;213:1805-933.
10. Johansson S, Svensson H, Denekamp J. Timescale of evolution of late radiation injury after postoperative radiotherapy of breast cancer patients. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2000;48:745-50.
11. Eksioğlu E, Aydog E, Unlu E, Cakci A, Keyik B. Brachial plexopathy due to breast cancer metastases. *Neurol India* 2007;55:176-7.
12. Alleyne CH, Rodts GE Jr, Haid RW. Corpectomy and stabilization with methylmethacrylate in patients with metastatic disease of the spine: A technical note. *J Spinal Disord* 1995;8:439-43.
13. Conley FK, Britt RH, Hanbery JW, Silverberg GD. Anterior fibular strut graft in neoplastic disease of the cervical spine. *J Neurosurg* 1979;51: 677-84.