

# Bronkojenik Karsinomaya Bağlı Hipertrofik Osteoartropati: Bir Vaka Sunumu

## Hypertrophic Osteoarthropathy Associated with Bronchogenic Carcinoma: A Case Report

Börteçine N. ARSLAN, İlyas TUTAR, Nilnur KONURALP, Fatma D. MEYDAN OCAK, Cemal KOCABAŞOĞLU, M. Hayri ÖZGÜZEL  
SSK Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kliniği, İstanbul

### Özet

Hipertrofik osteoartropati; sıklıkla 4. ve 6. dekad arası erkeklerde simetrik artrit, periostit, parmaklarda çomaklaşma triadıyla seyreden bir hastalıktır. En sık sebebi bronkojenik karsinomadır. Diğer romatolojik hastalıklarla sıklıkla karışması ve altta yatan hastalığın tanısını geciktirmesi bakımından hipertrofik osteoartropati akılda tutulması gereken bir konudur. Bizim olgumuzda 47 yaşında erkek hasta her iki diz ve ayak bileğindeki ağrı ve şişlik yakınmasıyla polikliniğimize başvurdu. Kliniğimize başvurmadan önce romatolojik yönden tetkikler yapılmış ve tedaviler uygulanmıştı. Muayenesinde çomak parmak ve her iki diz ve ayak bileğinde şişlik mevcuttu. Çekilen akciğer grafisi ve toraks bilgisayarlı tomografisi sonrasında düzensiz konturlu sağ üst lob lokalizasyonlu kitle tespit edildi. Primer akciğer kanseri teşhis edilerek, romatolojik şikayetleriyle ilgili olarak hipertrofik osteoartropati tanısı konuldu. Sağ torakotomi ve üst lobektomi uygulanan hastanın cerrahi sonrasında romatolojik şikayetlerinde gerileme gözlemlendi. Hipertrofik osteoartropati konusuna dikkati çekmek amacıyla bu vakayı sunmayı uygun gördük. *Türk Fiz Tıp Rehab Derg 2005;51(2):71-73*

**Anahtar Kelimeler:** Hipertrofik osteoartropati, pulmoner osteoartropati, çomak parmak

### Summary

Hypertrophic osteoarthropathy is most frequently encountered in males between fourth and sixth decades and is composed of a triad of symmetric arthritis, periostitis and digital clubbing. The most common cause of hypertrophic osteoarthropathy is bronchogenic carcinoma. Since hypertrophic osteoarthropathy may be confused with other rheumatologic diseases and may delay the diagnosis of the primary causative disorder, it should be kept in mind. We reported a case of 47 years old man who referred to our hospital with complaints of pain and swelling at knees and ankles. Before he has admitted to our clinic, he was evaluated and treated as he had a rheumatologic disease. Physical findings on admission were clubbing of the fingers and swelling of knees and ankles. Plain radiographs and computerized tomography of the chest revealed a tumor with an irregular margin in the right upper lobe. The patient was diagnosed as hypertrophic osteoarthropathy associated with primary pulmonary carcinoma. Symptoms of the patient were improved clinically after he had right thoracotomy and upper lobectomy. *Turk J Phys Med Rehab 2005;51(2):71-73*

**Key Words:** Hypertrophic osteoarthropathy, pulmonary osteoarthropathy, digital clubbing

### Giriş

Hipertrofik osteoartropati klinik görüntüsü genellikle nonspesifik olan ve başta romatoid artrit olmak üzere bir çok romatolojik hastalığı taklit etmesi nedeniyle sıklıkla gözden kaçan bir tablodur (1). Özellikle 4. ve 6. dekad arası erkeklerde sık görülür (2). Bulgulardaki klasik triad artrit, periostit, parmaklarda çomaklaşma şeklindedir (1). Her vakada üç bulgunun da görülmesi beklenmez. Başka sebepleri de tanımlanmışsa da hipertrofik osteoartro-

patinin en sık görülen sebebi bronkojenik karsinomadır (2). Diğer sebepler arasında Hodgkin hastalığı, mezotelyoma, ösefagus kanseri, kistik fibrozis, bronşektazi, amfizem, siyanotik kalp hastalıkları, eroin kullanımı, karaciğer sirozu, rejyonel enterit, ülseratif kolit sayılabilir (1). Çomak parmak, distal parmak uçlarının yumuşak dokudaki kalınlaşmaya bağlı olarak bulboz genişlemesi olarak tarif edilmiştir (1). Artrit, efüzyonla beraber olan sinovit, sıcaklık artışı ve kızarıklık gibi objektif bulgularla da desteklenir ve genelde dizler, dirsekler, ayak ve el bilekleri, parmakların proksimalinde

görülür (1). Periostitten, uzun kemiklerin diafizleri boyunca hissedilen ve özellikle ön kol ve bacağı tutan müphem ağrı şikayeti sebebiyle şüphelenilir. Bütün bu bulgular asıl hastalık bulgularından daha belirgin olabilir. Laboratuvar bulguları altta yatan hastalığa bağlı olarak değişiklik gösterebilir, ama genelde eritrosit sedimentasyon hızı yüksek olarak ölçülür.

### Olgu Sunumu

Bizim olgumuz her iki dizden başlayıp ayak bileklerine kadar yayılan ağrı şikayeti ile polikliniğe başvuran 47 yaşında bir erkek hastaydı. Diz ve ayak bilek eklemlerindeki ağrıya eşlik eden şişlik şikayeti, 2,5 senedir dönem dönem azalma ve alevlenmelerle mevcuttu. Daha önce başvurduğu merkezlerde çeşitli romatolojik hastalıklar düşünülerek tetkik edilmiş ve şikayetlerine yönelik semptomatik tedavi uygulanmıştı. Polikliniğimize başvurmadan 1 ay önce her iki el parmak eklemlerinde de ağrı ve şişlik şikayeti gelişmişti. Özgeçmiş ve soygeçmişinde özellik yoktu, hastada 30 senedir günde 20 adet sigara kullanım öyküsü mevcuttu. Kliniğimize yatırılarak değerlendirilen hastanın lökomotor sistem muayenesinde kifotik duruş, omuz skapula ve kostodiyafragmatik pillerinde asimetri, skolyotik görünüm, torakal asimetri, sağda belirgin paravertebral adale spazmı, lomber lordozda düzleşme, her iki kruris ön yüzünde palpasyonla hassasiyet, her iki ayak bileğinde şiş görünüm tespit edildi (Resim 1).

Hastanın sistemik muayenesinde solunum ekspirasyon süresi uzundu, oskültasyonla nadir ronküs duyulmaktaydı ve çomak parmak mevcuttu (Resim 2 ve 3).

Hasta posteroanterior akciğer grafisi ile değerlendirildi. Direkt posteroanterior akciğer grafisinde retikülonodüler görünüm tespit edildi. Hastanın mukayeseli ön-arka diz grafisinde tibiada bilateral simetrik lineer periostit görüntüsü mevcuttu (Resim 4). Eritrosit sedimentasyon hızı (ESH) 52 mm/saat, serum kreatinfosfokinaz değeri 302 U/L (25-195), alkalen fosfotaz değeri 132 U/L (30-126), kan hemoglobin değeri 11,7 gr/dl, hematokrit %34,3 olarak bulundu. C reaktif protein (+++), romatoid faktör (-) idi. Brucella tüp agglütinasyon ve Gruber Widal testi (-) bulundu. PCR-SSP yöntemi ile DNA düzeyinde tiplerede HLA-B27 tayini (-) olarak bulundu. HBs Ag (-), anti HCV (-), anti HIV (-) idi. Hastanın ya-

tışının 5. gününde vücut sıcaklığı ölçümü 37,8°C olarak bulundu ve sonrasında 38,5°C'nin üzerine çıkmayan bir düzeyde devam etti. Bir hafta sonra yapılan kontrol ESH 95mm/saat olarak bulundu. Hastanın solunum sistemi muayenesinde ekspirasyon süresinin uzun olması, el ve ayaklarda çomak parmak görüntüsü, posteroanterior akciğer grafisinde retikülonodüler görünüm olması sebebiyle toraks bilgisayarlı tomografi ile değerlendirildi. Tetkik sonucunda sağ akciğer üst lob anterior segment lokalizasyonunda yaklaşık 4x4 cm boyutunda düzensiz kontürlü akciğer parankimine spiküler uzanımları bulunan komşu plevrada düzensizliğe neden olan heterojen dansitede kitle lezyon izlendi (Resim 5). Batın ultrasonografi incelemesinde karaciğer boyutu artmış, kontür minimal küntleşmiş, parankim ekosu ve diğer batın içi organlar tabii idi. Sonrasında hastaya göğüs cerrahisi merkezinde bronkoskopi uygulandı ve bilateral sekretli endobronşiyal sistem ve kronik iltihap olarak değerlendirildi. Akciğerdeki kitleye yönelik sağ torakotomi ve üst lobektomi uygulandı. Sağ akciğerde 3 cm çapında adenokarsinom tespit edilen hastada, cerrahi sınırdaki tümör hücrelerine rastlanmadı. TNM sınıflamasına göre T1NOMO (Evre IA) akciğer adeno karsinom olduğu tespit edilen hastanın operasyon sonrası romatolojik şikayetlerinin gerilediği gözlemlendi.



Resim 2: Eldeki çomak parmak görünümü.



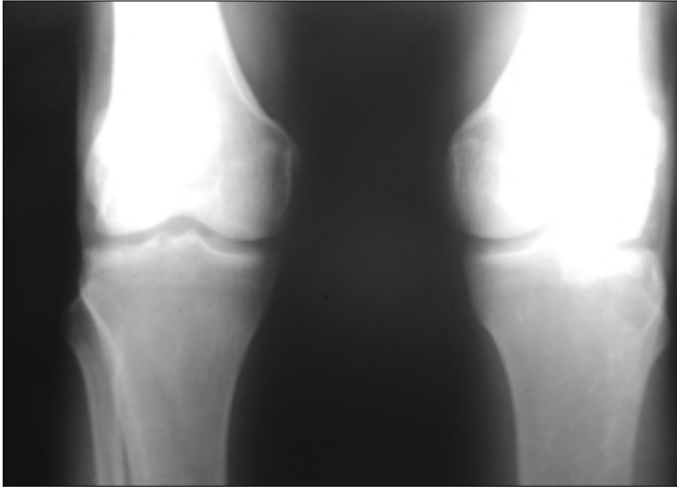
Resim 1: Ayak bileğindeki şiş görünüm.



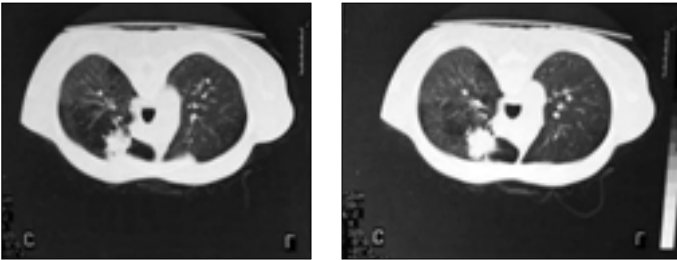
Resim 3: Ayaktaki çomak parmak görünümü.

## Tartışma

Hipertrofik osteoartropati ilk defa Marie ve Bambarger tarafından 19. yüzyılın sonunda tanımlanmıştır (1). Hastalık parmaklarda çomaklaşma, simetrik artrit, periostit triadını kapsar (3). Genellikle intratorasik yerleşimli bir major iç organ problemi nedeni ile gelişir (3). Hipertrofik osteoartropati teşhis edilen hastalarda periferdeki semptomatolojinin sebebinin özellikle nervus vagusda gelişen anormal nörovasküler refleksler olduğu düşünülmektedir. İntratorasik bir probleme sekonder olarak gelişen hipertrofik osteoartropati semptomları vagal rezeksiyon ve bazen sadece torakotomi ile klinik olarak belirgin hızlı bir regresyon gösterir (4). Radyografik bulgularsa aylar gibi çok daha uzun bir sürede geriler. Problemlili organdan gönderilen nöral uyarıların vagal efferent refleks vazodilatasyona yol açtığı ve dış fibröz tabakadaki yuvarlak hücre infiltrasyonuna periostal cevabın yeni kemik oluşumuyla sonlandığı düşünülmektedir. Bu, radyolojik olarak kemik korteksine bitişik solid veya sadece laminasyon şeklinde görülen yeni kemik oluşumu olarak izlenir ve karakteristik olarak uzun kemiklerin metafiz ve diafizleriyle sınırlıdır; bilateral ve simetrik (5,6). Değişiklikler diz ve dirseklerin distalinde ve genellikle de alt



Resim 4: Mukayeseli ön-arka diz grafisinde tibiada periostit görünümü.



Resim 5: Akciğerin bilgisayarlı tomografi değerlendirilmesinde kitle görünümü.

ekstremitede yoğundur (7). Periostit tanısında radyonüklid uptake çalışmaları yüksek oranda sensitiftir (8). Periostal yeni kemik oluşumu metastaz göstergesi değildir.

Artrit, efüzyonla beraber olan sinovit, sıcaklık artışı ve kızarıklık gibi objektif bulgularla da desteklenir ve genelde dizler, dirsekler, ayak ve el bilekleri, parmakların proksimalinde görülür (7). Radyolojik olarak artrit destekleyen tek bulgu efüzyon olabilir. Parmak uçlarının distalinde yumuşak dokudaki kalınlaşmaya bağlı olarak görülen bulboz genişleme çomak parmakla sonuçlanır. Diğer bulgular tırnak kontüründeki eğimin artmasını içerir. Çomak parmak gelişmiş olan hastalarda yapılan kapiller kan akışı çalışmaları doku hipertrofisi ve hiperplazinin sorumlusu olarak artmış kan dolaşımını ve vasküler endotelial büyüme faktörleri göstermektedir (9).

Bronkojenik karsinom tanılı hastaların %17'sinde hipertrofik osteoartropati görülebilmektedir (6). Pulmoner kitlelerin çoğunluğu periferik yerleşimli olmaktadır (6). Göğüs kafesinin radyolojik görüntüleme metodlarıyla incelenmesi pulmoner kitle veya anomaliyi açığa çıkartır.

Sonuç olarak özellikle erişkin erkek grubunda diz, dirsek, el, ayak bileği eklemi ve parmak proksimalinde simetrik artrit ve uzun kemiklerin diafizi boyunca hissedilen özellikle de ön kol ve bacağı tutan ağrı şikayetinde hipertrofik osteoartropati akla gelmelidir. Bu bulgular bazen; bizim vakamızda da olduğu gibi; asıl hastalık bulgularından önce klinikte yer alabilmekte veya daha belirgin olabilmektedir. Bu yüzden de majör sebep olan akciğer kanseri gözden kaçabilmektedir. Bu olguyu sunmaktaki amacımız romatolojik tutulumlu hastalarda çok yönlü düşünülmesi ve hipertrofik osteoartropatinin dikkate alınması gereğinin altını çizmektir.

## Kaynaklar

1. Yochum TR, Rose LJ. Essentials of skeletal radiology. Baltimore: Lippincott W; 1996. p. 925-8.
2. Segal AM, Mackenzie AH. Hypertrophic osteoarthropathy: A 10 year retrospective analysis. Semin Arthritis Rheum 1982;12:220-32.
3. Raffayova H, Schultz P, Malis F. Secondary hypertrophic osteoarthropathy in a patient with pulmonary carcinoma. Bratisl Lek Listy 2000;101:219-22.
4. Kumar V, Cotman RS, Robbins SL. Basic pathology. WB Saunders; 1992. p. 688-9.
5. Pineda C, Fonseca C, Martinez-Lavin MJ. The spectrum of an adult tissue and skeletal abnormalities of hypertrophic osteoarthropathy. J Rheumatol 1990;17:626-32.
6. Wei-Jen S. Pulmonary hypertrophic osteoarthropathy and its resolution. Semin Nucl Med 2004;34:159-63.
7. Tuncer S. Hipertrofik Osteoartropati. In: Beyazova M, Gökçe-Kutsal Y, editors. Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon. Ankara: Güneş Tıp Kitabevi; 2000. p. 1832-7.
8. Ali A, Tetalman MR, Fordham EW. Distribution of hypertrophic pulmonary osteoarthropathy. Am J Radiol 1980;134:771-80.
9. Silveira LH, Martinez-Lavin M, Pineda C, Fonseca MC, Navarro C, Nava A. Vascular endothelial growth factor and hypertrophic osteoarthropathy. Clin Exp Rheumatol 2000;18:57-62.