

Derin Ven Trombozu ile Ortaya Çıkan Yumuşak Doku Sarkomu

Soft-Tissue Sarcoma Presenting with Deep Vein Thrombosis: Case Report

Elif ŞENOCAK,^a
Yusuf AYDIN,^a
Fahri Halit BEŞİR,^b
Havva ERDEM^c

^aİç Hastalıkları AD,
^bRadyoloji AD,
^cPatoloji AD,
Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Düzce

Geliş Tarihi/Received: 28.07.2013
Kabul Tarihi/Accepted: 01.12.2013

Yazışma Adresi/Correspondence:
Elif ŞENOCAK
Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi,
İç Hastalıkları AD, Düzce,
TÜRKİYE/TURKEY
esenocak@gmail.com

ÖZET Yumuşak doku sarkomları, sıklıkla ileri yaşlarda görülen ve çoğunlukla ekstremitelerde nadir gözlenen mezenkimal sistem tümörleridir. İmmobilizasyon, cerrahi, gebelik, yaş ve kalıtsal trombofili derin ven trombozu (DVT) için başlıca risk faktörleridir. DVT malignitelere sekonder olarak da görülebilir. Akciğer, pankreas, mide ve kolon kanserleri bu malignitelerin başında gelmektedir. Nadiren, DVT ilk belirti olup, malignite tanısını ve tedavisini geciktirir. Bu çalışmada, ilk bulgusu DVT olan ve sonrasında sarkom tanısı alan genç bir hasta sunulmuştur. Vaka, altta yatan bir neden olmadığında DVT ayırıcı tanısında sarkom düşünülmesi gerektiğine ve DVT tanısıyla başlanan antikoagülan tedavinin muhtemel yan etkilerinin, özellikle hematoma görülmesinin, sarkom tanısını geciktirebileceğine dikkat çektiğinden önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Venöz tromboz; sarkoma

ABSTRACT Soft tissue sarcomas are rarely met mesenchymal system neoplasms mostly observed in the extremities. They are frequently seen in elderly. Immobilization, surgery, pregnancy, age, and inherited thrombophilia are risk factors for deep vein thrombosis (DVT). DVT can be seen secondary to malignancies. Lung, pancreas, stomach and colon cancer are the leading malignancies seen with DVT. Infrequently, DVT is the first symptom causing delayed diagnosis and treatment of malignancies. Here, we reported a case of sarcoma presented with DVT in order to attract attention; if there isn't any underlying cause, sarcoma should be considered in the differential diagnosis of DVT. Also, it should be kept in mind that the possible side affects of anticoagulant therapy, especially hematoma, might delay the diagnosis.

Key Words: Venous thrombosis; sarcoma

Türkiye Klinikleri J Case Rep 2014;22(4):288-91

Yumuşak doku sarkomları erişkinlerde görülen solid malignitelerin %1'ini oluşturmaktadır.¹ Çoğunlukla ekstremitelerde görülürken, %10-20 oranında retroperitonda izlenmektedir.² Genellikle büyük kitle ve buna bağlı bası semptomlarıyla ortaya çıkmaktadır.³ Derin ven trombozları (DVT) bazen malign hastalıklarda görülen ilk belirti olabilir. Özellikle akciğer, pankreas, mide ve kolon kanserlerinde DVT daha fazla izlenmektedir.⁴ Bu çalışmada, ilk bulgusu DVT olan ve sonrasında sarkom tanısı alan bir olgu sunulmuştur. Nadir görülen bu vaka, özellikle altta yatan bir neden olmadığında DVT ayırıcı tanısında sarkom düşünülmesi gerektiğine dikkat çektiğinden önemlidir.

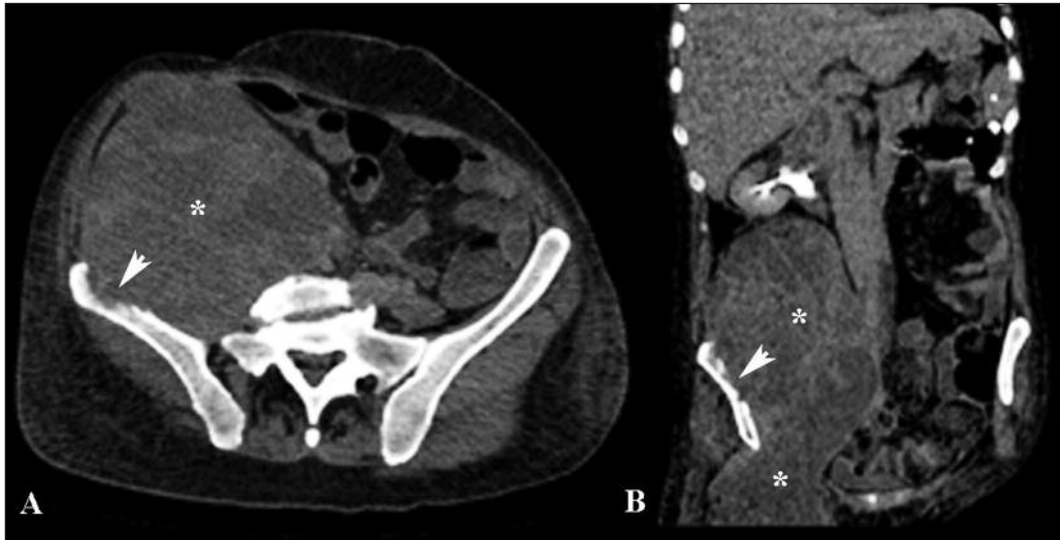
OLGU SUNUMU

Kırk sekiz yaşındaki kadın hasta, idrarda kanama şikâyetiyle hastanemiz acil servisine başvurdu. Hastanın bundan 15 gün önce de bacak ağrısı şikâyeti ile acil servise başvurduğu öğrenildi. Bu sırada çekilen acil sağ alt ekstremitte venöz Doppler ultrasonografisi (USG) sonucu DVT ve selülit tanısı konan hastaya ampicilin-sulbaktam 1000 mg 2x1 ve warfarin 5 mg 1x1 başlanmış. Hastanın öz geçmişinde diabetes mellitus nedeni ile metformin kullanımını dışında özellik yoktu. Son beş ayda 15 kilo kaybettiği öğrenilen hastanın fizik muayenesinde tansiyon: 110/60 mmHg, nabız: 120/dk, vücut sıcaklığı: 37,8 C, konjonktivalarda soluk görünüm,

batın sağ alt kadranda yaklaşık 10 cm'lik ele gelen kitle saptandı. Sağ bacakta periferik nabızlar zayıf olup, çap artışı ve hareket kısıtlılığı mevcuttu. Hastanın laboratuvar sonuçları Tablo 1'de görülmektedir. Tüm batın USG'de sağ alt kadranda 15x15 cm boyutlarında organize olmuş hematoma lehine değerlendirilen kistik alanlar içeren heterojen ve solid yapıda yer kaplayıcı lezyon saptandı. Tüm batın bilgisayarlı tomografi (BT)'de batın sağ alt kadranda ve lomber bölgede böbrek alt pol seviyesinden başlayarak femur boynu seviyesine kadar devam eden en geniş yerinde boyutları 26x14x14'ye ulaşan kistik alanlar içeren heterojen ve solid yapıda yer kaplayıcı lezyon izlendi. Lezyon komşuluğundaki sağ iliak kanatta dekstrüksiyon izlendi (Resim 1). War-

TABLO 1: Hastanın hastaneye yatışı ve yedi gün sonra bakılan kontrol laboratuvar bulguları.

	Normal aralık	Hastaneye yatış laboratuvar bulguları	Kontrol laboratuvar bulguları (yedi gün sonra)
Hemoglobin	12-16 g/dL	7,6 g/dL	11,28 g/dL
Lökosit	4000-10 000/mm ³	27 500 mm ³	16 400 mm ³
Trombosit	150 000-400 000/mm ³	891 000/mm ³	693 000/mm ³
PTZ	10-14 sn	Maksimum	13 sn
INR	0,8-1,2	Maksimum	4,14
aPTT	21-35 sn	Maksimum	4,8 sn
CRP	<0,5	21	10
Sedimentasyon	0-20 mm/s	77 mm/s	57 mm/s



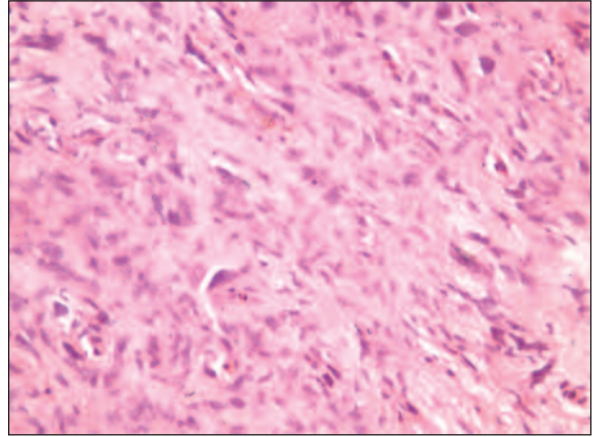
RESİM 1: Aksiyel (a) ve koronal reformat bilgisayarlı tomografi kesitlerinde; batın sağ lomber bölgeden başlayarak sağ alt kadranı kaplayan ve sağ femoral bölgeye uzanan 26x14x14 cm boyutlarında kistik alanlar içeren heterojen solid lezyon (*) ve lezyon komşuluğunda sağ iliak kemikte litik değişiklikler ile uyumlu düzensizlikler (beyaz ok) izlenmekte. Lezyon komşuluğunda sağ böbrek renal pelvisinde genişleme izlenmekte olup, lezyon medial kesiminde ana iliak arter ve ven ile arasındaki yağ planları ayırt edilememekte.

farin aşırı dozuna bağlı oluşabilecek intraabdominal hematoma, apse, malignite ön tanılarıyla hastanın yatışı yapıldı. Warfarin tedavisi kesilerek, hastaya eritrosit replasman tedavisi, taze donmuş plazma replasmanı ve vitamin K tedavisi uygulandı. Enfeksiyon hastalıklarına danışılan hastadan kan ve idrar kültürleri alındı. Ampirik piperasilin-tazobaktam 3x4,5 g intravenöz başlandı. Hastanın kontrol tetkikleri Tablo 1'de görülmektedir. Tümör ve kalıtsal trombofili belirteçleri, otoimmün antikor sonuçları negatif bulundu. Kan kültüründe koagülaz-negatif Stafilokok üredi, antibiyotik tedavisine devam edildi. Koagülasyon parametreleri normal seyreden hastaya yatışının 8. gününde DVT tedavisi için düşük molekül ağırlıklı heparin (enoksaparin) 0,6 mL 2x1 başlandı. Heterojen lezyona USG eşliğinde aspirasyon yapıldı. Aspirasyon materyali hemo-pürülan idi. Kültürde bakteri üremedi, Gram ve Giemsa boyamada bol polimorfonükleer lökosit görüldü. Sitoloji sonucu malign sitoloji lehine yorumlandı. Sitoloji sonucu ve lezyonun boyutu nedeni ile USG eşliğinde perkütan yolla Seldinger yöntemi ile lezyona girilerek, kılavuz tel yardımıyla 10 F drenaj kateteri takılarak spontan drenaja bırakıldı. Kateter vasıtasıyla yaklaşık 1500 cc sıvı drene edilen hastanın kateteri sıvı gelmemesi nedeni ile çıkarıldı. Lezyondan malignite ayırıcı tanısı için USG eşliğinde kesici iğne biyopsisi yapıldı, patolojik değerlendirmesi nekroz ve hücrel atipiden dolayı sarkom lehine yorumlandı (Resim 2).

TARTIŞMA

Yumuşak doku sarkomları genellikle ekstremitelerde görülen mezankimal sistem tümörleridir ve sıklıkla ağrısızdır.⁵ Çoğunlukla 60 yaş ve üzerinde rastlanmaktadır.⁶ Hastalar genellikle kitle boyutu kuşku uyandıracak seviyeye geldiğinde hastaneye başvurmaktadır. Hematom, metastatik hastalık veya enfeksiyon ayırıcı tanıda akla gelmelidir. Sarkom tanısını koymada ise altın standart tanı yöntemi biyopsidir.⁶

DVT, her yıl 1000'de 2 oranında görülen önemli bir morbidite ve mortalite nedenidir.⁵ İmmobilizasyon, cerrahi, malignansi, gebelik, yaş ve kalıtsal trombofili risk faktörleridir.⁷ Özellikle genç



RESİM 2: Yuvarlak oval nükleuslu, hiperkromatik iğsi hücreler (HE, x400).

hastalarda görülen DVT olgularında, Faktör V Leiden mutasyonu, protein C, protein S eksikliği, protrombin gen mutasyonu ve antitrombin eksikliği akılda bulundurulmalıdır.⁸ Yeni tanı alan %40 oranında vaka bu risk faktörlerinden herhangi birine sahip olmadığından, idiyopatik DVT vakalarında malignansi mutlaka akla getirilmelidir.² Kanser saptanma oranı sekonder nedene bağlı DVT vakalarında %2-3 iken, idiyopatik DVT'de %8, nüks idiyopatik DVT'de %20'den fazladır.³ Sistemik fizik muayene ve laboratuvar testlerinin yanı sıra abdominopelvik USG ya da BT'de gizli malignensiyi araştırmak açısından yararlıdır.⁹ Tanı sonrası antikoagülan tedavi başlanan hastalarda gelişebilecek ciddi yan etki, organ ve dokularda oluşabilecek kanamalardır.¹⁰ Kanama göz önünde bulundurularak antikoagülan tedavi alan olgularda hematoma lehine yorumlanabilen kitleler malignansi tanısını daha da güçleştirmekte ve tedaviyi geciktirmektedir.

Ouriel ve ark., 885 DVT vakasında 84 olgunun malignansi ile ortaya çıktığını göstermişlerdir.¹¹ Arumilli ve ark., ağrılı, çap artışı gösteren alt ekstremitte ile DVT tanısı alan ve tedavi başlanan, fakat pleomorfik sarkom tanısı konan üç vaka bildirmişlerdir.¹² Subramaniam ve ark. ise USG ve BT sonuçları DVT'yi işaret eden intravasküler miksoid leiomyosarkom olgusu rapor etmişlerdir.¹³ Singh ve Koller, DVT tanısı ile antikoagülan tedavi başlanan, fakat yanıt alınamayan bir vakada ileri tetkiklere başvurmuş ve liposarkom tanısı koymuşlardır.¹⁴ Benns ve ark. da yaptıkları çalışmada, yumuşak

doku sarkomu vakalarından %0,11'inin DVT ile ortaya çıktığını göstermişlerdir.² Özellikle, tedaviye rağmen bacakta devam eden çap artışı ve ağrı, femoral venlere yakınlığı ve venöz obstrüksiyona neden olabileceğinden inguinal bölge sarkomlarını akla getirmelidir.⁶

Sunulan vaka, altta yatan bir neden bulunmadığında DVT ayırıcı tanısında sarkom düşünülmesi gerektiğine dikkat çektiğinden, diğer vakalarla benzerlik gösterse dahi genç hasta olması bizi

sarkom tanısından uzaklaştırmıştır. Hastada organize hematoma lehine bulgular olması tanıyı geciktiren diğer bir nedendir. Daha sonra bunun tümörüne kanamaya bağlı olduğu anlaşılmıştır.

İlk bulgusu DVT olan ve sonrasında sarkom tanısı alan bu vaka, DVT tedavisi olarak antikoagülan tedavi başlanan hastalarda aşırı doza bağlı görülebilecek yan etkilerin, kanamaya bağlı görülebilecek hematomun, uzmanları sarkom tanısından uzaklaştırabileceğine dikkat çektiğinden önemlidir.

KAYNAKLAR

1. Yazıcı P, Sözbilen M. [Giant retroperitoneal liposarcoma: case report]. *The Eurasian Journal of Medicine EAJM* 2007;39(4):235-7.
2. Bennis M, Dalsing M, Sawchuck A, Wurtz D. Soft tissue sarcomas may present with deep vein thrombosis. *J Vasc Surg* 2006;43(4):788-93.
3. Pisters P, Weiss M, Maki R. Soft-tissue sarcomas. *Journal Oncology* 2013;27(5):13-9.
4. Horsted F, West J, Grainge MJ. Risk of venous thromboembolism in patients with cancer: a systematic review and meta-analysis. *PLOS Med* 2012;9(7):e1001275.
5. Emori M, Naka N, Hamada K, Tomita Y, Takami H, Araki N. Soft-tissue sarcomas in the inguinal region may present as deep vein thrombosis. *Ann Vasc Surg* 2010;24(7):951.e7-951.e11.
6. İlaslan H, Schils J, Nageotte W, Lietman SA, Sundaram M. Clinical presentation and imaging of bone and soft-tissue sarcomas. *Cleve Clin J Med* 2010;77 Suppl 1:S2-7.
7. Stansby G, Berridge D. Venous thromboembolism. *Br J Surg* 2013;100(8):989-90.
8. Baglin T. Inherited and acquired risk factors for venous thromboembolism. *Semin Respir Crit Care Med* 2012;33(2):127-37.
9. Hastaoğlu O, Sokullu O, Sanioğlu S, Şenay Ş, Akkay K, Er R, et al. [The relationship between deep venous thrombosis and undiagnosed malignant disease]. *Turkish Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery* 2008;16(4):241-3.
10. Kar H, Peker Y, Cin Y, Kahya M, Koç O, Karabuğa T, et al. [Intra-abdominal hemorrhage due to uncontrolled warfarin therapy: two case reports]. *Marmara Medical Journal* 2010;23(3):377-81.
11. Minami S, Kounami S, Sakata R, Miyazaki N, Watanuki A, Yoshida M. Chondrosarcoma of sacrum presenting with a deep vein thrombosis. *J Orthop Sci* 2011;16(4):482-6.
12. Perisano C, Maffulli N, Colelli P, Marzetti E, Panni A, Maccauro G. Misdiagnosis of soft tissue sarcomas of lower limb associated with deep venous thrombosis: report of two cases and review of the literature. *J BMC Musc Dis* 2013;14(2):64-8.
13. Subramaniam MM, Martinez-Rodriguez M, Navarro S, Rosaleny JG, Bosch AL. Primary intravascular myxoid leiomyosarcoma of the femoral vein presenting clinically as deep vein thrombosis: a case report. *Virchows Arch* 2007;450(2):235-7.
14. Singh NK, Kolluri R. Liposarcoma of thigh presenting as deep venous thrombosis. *Phlebology* 2009;24(3):139-41.