

## Massif plevral efüzyonla seyreden ve ürinotoraksı taklit eden endoservikal malignite olgusu: Tanısal zorluk

An endocervical malignancy case presenting with massive pleural effusion and mimicking urinothorax: diagnostic challenge

Emin Taşkiran, Harun Akar, Sibel Demiral Sezer

*İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği, İzmir, Türkiye*

### ÖZ

47 yaşında kadın hasta, sol hemitoraksta plevral efüzyonla başvurdu. Plevral sıvı aspirasyonu ürinotoraks için tanısal değildi. Ancak endoservikal biyopsi sonucu servikal adenokarsinom lehine saptandı. Kadınlarda hiçbir vaginal semptom olmadan plevral efüzyon, metastatik endoservikal adenokarsinomun ilk başvuru semptomu olabilir. Aynı zamanda herhangi bir anormal lezyon, primer bir maligniteye sekonder metastaz olabileceğinden hastanın bütünsel değerlendirilmesi önemlidir.

**Anahtar sözcükler:** Plevral efüzyon; servikal malignitesi; ürinotoraks.

### ABSTRACT

We report the case of a 47-year-old woman presenting left-sided pleural effusion as her initial symptom. Pleural aspirate was not diagnostic for urinothorax. However, cervical punch biopsy revealed cervical adenocarcinoma. A pleural symptom such as massive pleural effusion, not vaginal symptoms, in a woman may be a first manifestation of metastatic cervical cancer. Furthermore, any abnormal lesion should not be ignored because of the possibility of metastasis from the primary malignancy, especially in the current case of cervical adenocarcinoma, so a complete evaluation is always mandatory.

**Keywords:** Pleural effusion; cervical malignancy; urinothorax.

Plevral efüzyonun en yaygın nedenleri, konjestif kalp yetmezliği, ileri evre siroz ve nefrotik sendromdur. Bazı nadir olgularda idrar plevral kompartmanda birikmiş şekilde bulunabilir ve bu antite ürinotoraks olarak adlandırılır.<sup>[1]</sup> Ürinotoraks plevral efüzyonun nadir görülen bir tipidir.<sup>[2]</sup> Bu fenomen genellikle üriner obstrüksiyona veya efüzyon ile aynı tarafta ürinomaya ikincil (tam olarak aydınlatılmamış bir mekanizma üzerinden) olarak düşünülür. Ürinotoraks en sık, ekskretuar üropatili veya künt abdominal travmalı olgularda görülmektedir.<sup>[2]</sup>

Ürinotorakslı olgularda plevral efüzyonun doğası genellikle transuda şeklindedir, pH 7.30'un

altında, plevral sıvı/serum kreatinin oranı  $>1$ 'dir.<sup>[3]</sup> Plevra sıvısı glukoz konsantrasyonunda düşüklük ürinotorakslı hastalarda görülebilmektedir.<sup>[4]</sup> Yakın zamanda başarısız bir nefrostomi girişimi sonrasında massif plevral efüzyon ile seyreden ve ürinotoraksı taklit eden bir endoservikal malignite olgusunun tanısında yaşanan zorlukları paylaşma amacıyla bu olguyu sunmayı planladık.

### OLGU SUNUMU

Kırk yedi yaşında kadın hasta dahiliye polikliniğine sol yan ağrısı, sol bacakta daha belirgin olan ödem, son 1-2 haftadır giderek artan nefes darlığı yakınmalarıyla başvurdu. Hastanın

**Tablo 1.** Hastanın eş zamanlı kan ve plevral mayi laboratuvar değerleri

Örnek	pH	Üre (mg/dL)	Kreatinin (mg/dL)	LDH (mg/dL)	Glukoz (mg/dL)	Protein (g/dL)	Albumin (g/dL)
Plevral mayi	7.40	104	2.1	280	78	2	0.9
Kan	7.35	120	2.3	378	98	4	1.6

LDH: Laktat dehidrogenaz.

bir ay önce sol nefrolitiazis nedeniyle sol üretere uygulanmak istenen ancak başarısız olunan bir double J stent öyküsü vardı. Sol bacağındaki şişliği ilk kez dört ay önce fark etmiş ve venöz yetmezlik tanısı düşünülmüş ve halen ilaç tedavisi kullanmakta idi. Hastanın öz geçmişinde başka bir kronik hastalık öyküsü ve soy geçmişinde önemli bir özellik yoktu. Fizik muayenede kan basıncı 120/50 mmHg, vücut sıcaklığı 37 derece, nabız 90 atım/dk ve ritmik idi. Solunum sistemi muayenesinde her iki hemitoraks solunuma eşit katılmakta, ancak sol akciğer orta ve alt zonlarda oskültasyonda solunum seslerinde belirgin azalma vardı ve ral, ronküs saptanmadı. Kardiyovasküler sistem muayenesinde S1+, S2+, ek ses veya üfürüm duyulmadı. Batın muayenesinde defans, rebound ve ele gelen kitle yoktu. Batın rahattı ancak sol kostovertebral açı hassasiyeti vardı. Sol alt ekstremitede belirgin ödem vardı, sağ bacağına göre sol bacakta çapı artmış, dorsalis pedis nabızları açık, pretibial ödem +/- olarak saptandı. Hastanın nörolojik muayenesinde bilinç açık, oryante ve koopere idi. Lateralizan bulgu veya motor güç kaybı yoktu.

Laboratuvar incelemelerinde; Üre 86 mg/dL, kreatinin 6.9 mg/dL, albümin 3.2 g/dL, ferritin 95 ng/mL, hemoglobin: 11.6 g/dL, CA-125 düzeyi: 85 U/mL idi. Tam idrar incelemesinde; pH, dansite: 1010, protein +, eritrosit +++, lökosit negatif, nitrit negatif, C reaktif protein 5 mg/dL saptandı. İdrar kültüründe üreme olmadı. Arka-ön akciğer grafisinde, sol hemitoraksta orta zonları aşan plevral efüzyon vardı. Torasentez ile alınan plevral mayi eksuda niteliğinde ve pH 7.40 idi. Torasentez mayiden bakılan adenozin deaminaz (ADA) ve asidoresistan basil (ARB) negatif, kültürde üreme yoktu. Torasentez mayiden bakılan üre ve kreatinin değerleri kan değerlerinden yüksek idi. Sitoloji sonucu malign sitoloji olarak raporlandı. İntravenöz kontrast verilerek çekilen toraks ve abdomen tomografilerinde kitle lezyonu saptanmadı. Meme ultrasonografisinde, kitle saptanmadı. Üriner sistem ultrasonografisinde sol böbrek hidronefrotik, sol üreter distale kadar dila-

te görünümde saptandı. Tiroid ultrasonografi (USG)'sinde kitle saptanmadı.

## TARTIŞMA

Hastanın sol taraf üretere girişim öyküsünün olması, yakınmalarının çok uzun süredir var olması, görüntüleme yöntemleriyle kitle lezyonu saptanamaması, sol üreterohidronefroz ve plevral efüzyonun birlikteliği, hiçbir enfeksiyon etkeninin saptanamaması nedeniyle hastada üreterohidronefroz öncelikle düşünüldüyse de hastanın kliniği ve torasentez mayinin malign sitolojik özellikler taşıması nedeniyle hastada malignite araştırılmasına devam edildi. Hastanın bağ doku hastalığı öyküsü ve immünolojik olarak destekleyen laboratuvar bulgusu olmaması nedeniyle bağ doku hastalıklarından uzaklaşıldı.

Hastanın klinik gidişinde iki kez hemodiyalize alındıktan sonra, hemodiyalizsiz izleme alındı. Günlük diürez takibi ve böbrek fonksiyon testleri takibi ve arter kan gazı takibi yapıldı.

Hastanın CA-125 değerinin yüksek saptanması, sol bacakta belirgin olmak üzere alt ekstremitede lenfödem ve solda üreterohidronefroz yakınması olması üzerine jinekolojik maligniteleri taramaya yönelindi. Hastaya yapılan transvaginal USG'de endoservikal kanalda 2 cm boyutunda kitlesel lezyon saptandı. Buradan alınan biyopsi ile servikal adenokarsinom tanısı konulan kadın hasta onkoloji tarafından kemoterapi tedavisi planlanarak takibe alındı.

Hastada multipl sistem tutulumu olmasına rağmen, tüm bulguları farklı patogenezler ile açıklamaya çalışmak yerine, bütüncül yaklaşımlar ile altta yatan ve tüm bulguları açıklayabilecek bir patoloji araştırmak, hastayı bir bütün olarak ele almak bizleri doğru tanıya ulaştıran en önemli etken oldu. Hastaya bize başvurana kadar konulan sol üreter taşı, hidronefroz ve sol alt ekstremitede venöz yetmezlik tanıları pencerelerinden baksaydık, malign bir durumu göz ardı edip metastatik bir serviks adenokarsinomu olgusundaki plevral efüzyona

ürinotoraks tanısı koyup boşaltıcı torasentez sonrası tekrar efüzyon gelişene kadar izlemeye devam edebildik.

#### **Çıkar çakışması beyanı**

Yazarlar bu yazının hazırlanması ve yayınlanması aşamasında herhangi bir çıkar çakışması olmadığını beyan etmişlerdir.

#### **Finansman**

Yazarlar bu yazının araştırma ve yazarlık sürecinde herhangi bir finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

### **KAYNAKLAR**

1. Javaloyas M, Picado MJ, Nonell F, Rodriguez E, Torres M. Massive pleural effusion secondary to hydronephrosis. Rev Clin Esp 1989;185:19-20. [Abstract]
2. Ferreira PG, Furriel F, Ferreira AJ. Urinothorax as an unusual type of pleural effusion - clinical report and review. Rev Port Pneumol 2013;19:80-3.
3. Garcia-Pachon E, Romero S. Urinothorax: a new approach. Curr Opin Pulm Med 2006;12:259-63.
4. Stark DD, Shanes JG, Baron RL, Koch DD. Biochemical features of urinothorax. Arch Intern Med 1982;142:1509-11.