

# Rekürren plevral efüzyonlu olguda Leser-Trélat belirtisi

## Leser-Trélat sign of patient with recurrent pleural effusion

Fazlı YANIK, Yekta Altemur KARAMUSTAFAOĞLU, Adem KARATAŞ

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Edirne

Leser-Trélat belirtisi, sıklıkla mide kanseri olmak üzere bir malignite ve seboreik keratozların ani başlangıcı birlikteliğini içerir. Bu yazıda Leser-Trélat belirtisi olan 75 yaşında sağlıklı bir kadın olgu sunuldu. Allta yatan maligniteyi araştırmak için invaziv ve noninvaziv araştırmalar yapıldı ve herhangi bir malignite bulgusuna rastlanmadı. Şu ana kadar bildirilen olguların çoğunluğu, allta yatan malignite ile ilişkilidir. Literatürde sağlıklı bireylerde görülmesiyle ilişkili olarak birkaç bildirim mevcuttur.

**Anahtar sözcükler:** Kanser; Leser-Trélat belirtisi; seboreik keratoz.

Leser-Trélat sign includes the combined sudden onset of seborrheic keratosis and internal malignancy, most commonly adenocarcinoma of the stomach. A case of Leser-Trélat sign in a 75-year-old healthy woman is presented. To search for an underlying malignancy, the invasive and noninvasive investigations were performed and found to reveal any evidence of malignancy. To date, almost all cases of Leser-Trélat sign have been reported in association with an underlying malignancy. There have been a few report associated with healthy individuals in literature.

**Keywords:** Cancer; Leser-Trélat sign; seborrheic keratoses.

Leser-Trélat (LT) belirtisi, özellikle boyunda aniden ortaya çıkan, kaşıntılı, genellikle bir iç organ malignitesinin eşlik ettiği ve sayıları giderek artan seboreik keratozlardır. Ender görülen paraneoplastik bir hadisedir.<sup>[1]</sup> En sık mide adenokarsinomunda görülür. Pankreas, kolon, karaciğer, meme kanserleri, mikozis fungoides, Sezary sendromu, lösemi ve lenfomalara da eşlik edebilir.<sup>[2]</sup> Leser-Trélat belirtisi, gebelik ve bazı benign neoplazmlarla da beraber görülebilmektedir.<sup>[3]</sup> Oluşum mekanizması tümörden salgılanan epidermal growth factor (EGF) ve transforming growth factor a(TGFa)'nın keratinositler üzerindeki proliferatif etkisi ile açıklanmaktadır.<sup>[4]</sup> Çalışmamızda, LT belirtisi olan, kronik karaciğer parankim hastalığına bağlı masif asiti ve rekürren plevral efüzyonu olan bir olguyu sunuyoruz.

### OLGU SUNUMU

Bilinen esansiyel hipertansiyonu ve tip 2 diabetes mellitusu olan 75 yaşında kadın hasta, altı ay

önce karın ağrısı, karında şişlik, boyunda aniden ortaya çıkan siyah, siğil benzeri lezyonların çoğalması ve büyümesi şikayetleri ile dahiliye polikliniğine başvurmuş. Çekilen batın bilgisayarlı tomografisinde (BT) koledokda genişleme, karaciğer konturlarında mikrobülasyon, uterin servikste kalınlık artışı ve perihepatik ve perisplenik alanda sıvı saptanmış ve hasta inceleme amacıyla gastroenteroloji kliniğine yatırılmış. Hastanın tam kan, biyokimya incelemelerinde sedimentasyon hızı artışı dışında bir özellik saptanamamış (38 mm/saat) ve akciğer grafisi normalmiş. Karsinoembriyonik antijen (CEA) (10.8 ng/ml) dışında, diğer tümör belirteçleri (Ca 19-9, Ca 125, AFP) normal olan olguya, malignite odağı saptanması amaçlı çekilen Pozitron emisyon tomografisinde (PET) normal sınırlarda olarak raporlanmış (Şekil 1).

Üst gastrointestinal sistem incelemesinde eritemli pangastrit ve evre 1 özofagial varisler görü-



Şekil 1. Olgunun normal sınırlarda raporlanan **Pozitron emisyon tomografi-bilgisayarlı tomografi** görüntüsü.

*Renkli şekiller derginin online sayısında görülebilir (www.onk-der.org)*

lürken, kolonoskopi de bir özellik saptanamamış. Jinekolojik muayenesi ve servikal smear sonucu malignite negatif olarak raporlanmış. İki taraflı mammografi ve kranyal BT’de patoloji tespit edilememiş. Bunun üzerine girişimsel radyoloji tarafından batın USG eşliğinde karaciğer biyopsisi uygulanmış ve patoloji sonucu siroz, küçük ve büyük hücreli displazi odakları olarak raporlanmış; ancak etiyojijiyi açıklayacak bir neden bulunamamış. Masif asit parasentez ile boşaltılmış ancak parasentez sıvısı sitolojik olarak benign natürde gelmiş. Boyunda bulunan seboreik dermatit benzeri lezyonlar dermatoloji kliniğince konsülte edilmiş ve olguda LT bulgusu düşünülmüş (Şekil 2).



Şekil 2. Leser-Trélat belirtisi, boyunda çok sayıda seboreik keratoz görüntüsü.

*Renkli şekiller derginin online sayısında görülebilir (www.onk-der.org)*

Bir ay sonraki kontrol akciğer grafisinde sağda plevral effüzyon tespit edilen hastaya plevral drenaj kateteri takılarak servisimize yatırıldı. Plevral sıvı biyokimyası asit ile benzer özellikte ve transüdatif vasıflı olması nedeniyle poröz effüzyon olabileceği düşünüldü. Gönderilen plevral sıvı örneğinde sitoloji benign olarak raporlandı. Drenajı azalan olgunun kateteri çekilerek taburcu edildi ancak, 10 gün sonra nefes darlığı şikayeti ile tekrar başvuran olguda, sağ hemitoraksta yeniden masif plevral effüzyon tespit edilmesi üzerine, sağ tüp torakostomi uygulandı. Akciğer grafisi ekspansiyon olan olguya günlük drenajının 100 cc’nin altına düşmesi üzerine 4 gr talk ile plörodezis uygulanarak dren sonlandırıldı. Kırk gün sonra tekrar masif plevral effüzyonla başvuran hastaya, kalıcı plevral katater (Pleurx®) uygulandı. Gastroenteroloji kliniğince karaciğer nakli önerilen olgu ilgili merkeze refere edildi.

## TARTIŞMA

“Leser-Trélat” belirtisi; ender görülen paraneoplastik bir olaydır.<sup>[1]</sup> En sık mide adenokarsinomunda görülmekle birlikte gebelik ve bazı benign neoplazmlarda birlikteliği gösterilmiştir.<sup>[3]</sup> İleri yaşlı bir olguda, ani ortaya çıkan, kaşıntılı yaygın seboreik keratozlar tespit edildiğinde LT bulgusu olabileceği düşünülmelidir. Olgu iç organ maligniteleri açısından bir an önce araştırılmalıdır. Rutin hematolojik ve biyokimyasal incelemeler, akciğer grafisi, mammografi, servikal sitoloji, prostat spesi-

fik antijen, gastrointestinal sistemin endoskopisi, ultrasonografi ve tomografik incelemeler yapılmalıdır.<sup>[5]</sup> Bizim olgumuz da 75 yaşında bir kadın hasta olup; tüm görüntüleme ve kan incelemelerine rağmen malignite yönünde bir bulgu elde edilememiştir. Buna rağmen dermatoloji konsültasyonu sonucu; boyundaki lezyonların LT belirtisi ile uyumlu olduğu sonucuna varılmıştır. Klinik olarak seboreik keratozlar, en sık sırt ve göğüs bölgesinde (%76) çoğalırken, ekstremitelerde %38, yüzde %21, karında %15, boyunda %13, aksillada %6 ve kasıklarda %3 oranında artış göstermektedir.<sup>[1]</sup> Bizim olgumuzda da lezyonlar literatüre benzer şekilde göğüs ön duvarı ve boyun bölgesinde yoğunlaşmış durumdaydı (Şekil 2).

Kutanöz paraneoplastik sendromlar, altta yatan tümörle ilişkili olabilmektedir. Bunlar; çomak parmak, hipertrofik osteoartropati, dermatomiyozit, multisentrik retikülohistiositoz, eritema giratum repens, nekrolitik migratuvar eritem, Trousseau sendromu, akantozis nigrikans, palmar hiperkeratoz, akkiz iktiyoz, pitiriyazis rotunda, Bazex sendromu, ekstramamar Paget, LT bulgusu ve akkiz hipertrikozis lanoginosadır. Kutanöz paraneoplastik sendromun bulunması sıklıkla kötü prognoz belirtisidir.<sup>[5]</sup> Ancak bizim olgumuzda takiplerinde malignite saptanamamış, prognozda belirgin bozulma izlenmemiştir.

Leser-Trélat bulgusu genellikle malignite tanısından kısa süre sonra ortaya çıkmakla birlikte, literatürde eş zamanlı veya öncesinde oluşan olgular da mevcuttur.<sup>[6]</sup> Bizim olgumuzda da malignite tespit edilememiş ve altı aylık takipte, rekürren plevral efüzyon dışında prekanseröz bulguya rastlanmamıştır ve malignite riski nedeni ile yakın takip önerilmiştir. Leser-Trélat'ın paraneoplastik bir belirti olması nedeniyle, altta bir malignite olma olasılığı

sebebi ile tüm kan, biyokimya, invaziv ve non invaziv görüntüleme incelemeleri kullanılarak olgu iridelenmelidir.<sup>[7]</sup> Tüm bu incelemelere rağmen testler negatif olduğu halde LT belirtisi ilerlemeye devam ediyorsa, incelemeler bir süre sonra tekrarlanmalıdır.<sup>[8]</sup> Bizim olgumuzda takipleri sırasında LT belirtisinde progresyon izlenmedi. Ancak hastada ilgili testlerin altı ay sonra tekrarlanmasına karar verildi.

Sunulan olgu, sağlıklı bir kadın olguda LT bulgusunu göstermektedir. Literatür bilgisine göre, bu bulguyu tamamen reddetmek ya da onamak mümkün değildir. Bununla birlikte akut başlangıç, seboreik keratozların sayısında hızlı artış, ilerde altta yatabilecek bir maligniteyi dışlamak için sistem taramalarının yapılması gerekliliğini göstermektedir. Cilt lezyonları malignitenin bir ön habercisi olabilir, ancak daha az bilinen bir gerçek LT bulgusunun sağlıklı kişilerde de bulunabileceğidir.

#### KAYNAKLAR

1. Schwartz RA. Sign of Leser-Trélat. J Am Acad Dermatol 1996;35(1):88–95. [CrossRef](#)
2. Venencie PY, Perry HO. Sign of Leser-Trélat: report of two cases and review of the literature. J Am Acad Dermatol 1984;10(1):83,8.
3. Ellis DL, Yates RA. Sign of Leser-Trélat. Clin Dermatol 1993;11(1):141–8. [CrossRef](#)
4. Ceylan C, Alper S, Kiliç I. Leser-Trelat sign. Int J Dermatol 2002;41(10):687–8. [CrossRef](#)
5. Kurzrock R, Cohen PR. Cutaneous paraneoplastic syndromes in solid tumors. Am J Med 1995;99(6):662–71.
6. Wagner RF, Wagner KD. Malignant neoplasms and the Leser-Trélat sign. Arch Dermatol 1981;117(9):598–9.
7. Holdiness MR. The sign of Leser-Trélat. Int J Dermatol 1986;25(9):564–72. [CrossRef](#)
8. Ellis DL, Yates RA. Sign of Leser-Trélat. Clin Dermatol 1993;11(1):141–8. [CrossRef](#)