

# Nyopståede smerter i crus på baggrund af ossøs solitær metastase fra ikkeerkendt primærtumor

Shefali Anup Chatterjee & Christin R. Graff Isaksen

## KASUISTIK

Diagnostisk Center,  
Radiologisk Afdeling,  
Regionshospitalet  
Silkeborg

Ugeskr Læger  
2014;176:VO5130323

Differentialdiagnoserne til akut opståede krurale smerter er talrige, men i det initiale udredningsforløb bør dyb venøs trombose (DVT) be- eller afkræftes både klinisk, biokemisk og billeddiagnostisk. Endvidere bør en overfladisk venøs trombose, Bakers cyste, muskelsprængning eller blødning, erysipelas, lymfødem, hjerteinsufficiens foruden arteriel trombose eller emboli have in mente [1].

Primære knogletumorer er sjældne, og maligne ossøse tumorer er langt hyppigst metastaser, der i 70% af tilfældene skyldes spredning fra malignitet i mammae og prostata og i øvrigt fra primærtumorer i lunger, nyrer, ventrikel, vesica, colon, uterus og thyroidea [2].

Ossøse metastaser debuterer hyppigst med en lokaliseret smerte, som i nedenstående sygehistorie, eller patologisk fraktur, men livstruende hyperkalcæmi eller neurogene symptomer kan også forekomme.

Denne sygehistorie demonstrerer vigtigheden af den billeddiagnostiske udredning af en patient med uforklarlige symptomer fra crus.

## SYGEHISTORIE

En 77-årig kvinde, der havde haft spontant opståede smerter fortil i højre crus igennem halvanden uge blev henvist til en radiologisk afdeling på mistanke om DVT.

Ved en UL-undersøgelse af de dybe vener på højre underekstremitet blev der initialt ikke fundet tegn på DVT, og en efterfølgende kontrol fem dage senere viste fortsat ingen DVT. D-dimerkoncentrationen var marginalt forhøjet til 0,54 mg/l.

Pga. vedvarende smerter i højre crus blev der efter knap tre uger foretaget røntgen af denne på mistanke om stressfraktur. Ved røntgenundersøgelsen i to projektioner af crus med markering af området for smertemaksimum påvist en 3 cm stor, kortikal destruktion i tibiadiaphysen med periostal reaktion, men ingen traumefølger (**Figur 1A**).

På mistanke om malign destruktion blev patienten henvist til subakut MR-skanning med i.v. kontrast. MR-skanningen blev udført to dage senere, og her påvist en overensstemmelse med fundene ved røntgenundersøgelsen en solitær, kortikal destruktion i højre tibia med omgivende ødem og diffus kontrastopladning.

Til afklaring af, om læsionen skyldtes en primærtumor eller var en metastase fra en ukendt tumor, blev patienten udredt med både CT af hals-thorax-abdomen-bækken (hals-TAB) og knoglebiopsi.

Anmnestisk fremgik det, at patienten 28 år tidligere var blevet diagnosticeret med cancer mammae og behandlet med brystbevarende kirurgi og adjuverende stråleterapi. Hun var tidligere ryger, med rygeophør siden 2004.

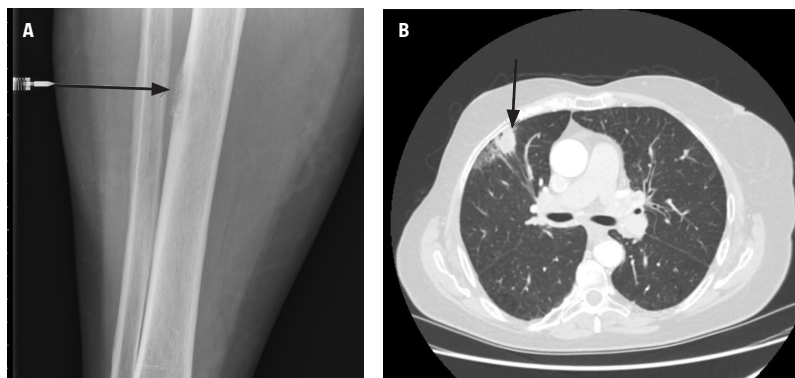
Ved CT af hals-TAB påvist patologiske lymfeknuder i venstre aksil og mediastinum samt et 2 × 2,8 cm stort, malignt infiltrat med centralt henfald basalt i højre lunges overlapp (Figur 1B). Man fandt et 4 mm stort metastasesuspekt rundinfiltrat i venstre lunges overlapp samt små metastasesuspekter i begge binyrer.

Der blev udført en knoglebiopsi, og patologisvaret afslørede, at der var tale om adenokarcinommetastase med sandsynligt udgangspunkt fra lungerne. Eksstirpation af en patologisk udseende lymfeknude fra venstre aksil resulterede i et enslydende patologisvar.

På grund af udbredt systemsygdom blev patienten ikke fundet egnet til radikal kirurgisk intervention og blev i stedet henvist til behandling i onkologisk regi med henblik på palliativ kemoterapi.

FIGUR 1

A. Osteolytisk læsion i højre tibia (markeret med pil). B. Et 2 x 2,8 cm malignt infiltrat basalt i højre lunges overlapp (markeret med pil).



## DISKUSSION

Primær lungecancer er i 85% af tilfældene ikkesmå-cellet lungecancer, der histologisk repræsenterer planocellulært karcinom, adenokarcinom samt storcellet udifferentieret karcinom. Hos 70% er sygdommen dissemineret og inkurabel på diagnosetidspunktet [3].

Adenokarcinomet er karakteriseret ved at være lokaliseret perifert i lungen og er den hyppigst forekommende maligne tumortype hos ikkerygere. Tendensen til metastasering er hyppigere for adenokarcinom end for det planocellulære karcinom. Ved ossøse metastasering er prædilektionsstedet fortrinsvist costa, pelvis, columna, femur og cranium [4], og en solitær metastase i tibia er således sjælden.

Ved litteratursøgning i PubMed sås det, at *Shih et al* i 1998 har publiceret en kasuistik om et lignende tilfælde [5], hvor en patient debuterede med en ossøse metastase i tibia fra et lungeadenokarcinom, men hos denne patient var der til forskel fra hos patienten i ovenstående sygehistorie multiple ossøse metastaser på debuttidspunktet.

## SUMMARY

Shefali Anup Chatterjee, Christin R. Graff Isaksen:

Suddenly occurring pain in the shin due to solitary metastasis to bone from a non-recognised primary tumour:

Ugeskr Læger 2014;176:V05130323

A woman who had formerly had adequately treated breast cancer presented with symptoms of pain in the right shin. An X-ray of the punctum maximum for the pain showed a bone lesion. Biopsy revealed that it came from an adenocarcinoma of the lung, contrary to the first diagnosis of breast cancer metastasis. The lung lesion had been seen on a subsequent computed tomography. There were no presenting symptoms relating to lung cancer. This case is interesting as adenocarcinoma metastasis to bone rarely occurs in the tibia and below the knee.

**KORRESPONDANCE:** *Shefali Anup Chatterjee*, Radiologisk Afsnit, Diagnostisk Center, Regionshospitalet Silkeborg, Falkevej 1-3, 8600 Silkeborg.  
E-mail: shefalichatterjee@yahoo.co.in

**ANTAGET:** 4. september 2013

**PUBLICERET PÅ UGESKRIFTET.DK:** 6. januar 2014

**INTERESSEKONFLIKTER:** Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

## LITTERATUR

1. Schaffalitzky de Muckadell OB, Haunsø S, Vilstrup H. Medicinsk kompendium. 17. udg. København: Nyt Nordisk Forlag, 2009:1254-66.
2. Roodman GD. Mechanisms of bone metastasis. *N Engl J Med* 2004;350:1655-64.
3. Molina JR, Yang P, Cassivi SD et al. Non-small cell lung cancer: epidemiology, risk factors, treatment and survivorship. *Mayo Clin Proc* 2008;83:584-94.
4. Hanagiri T, Kodate M, Nagashima A et al. Bone metastasis after resection of stage I and II primary lung cancer. *Lung Cancer* 2000;27:199-204.
5. Shih WJ, Magoun S, Lahar B et al. An unusual case of a tibial metastasis as the clinical presentation of bronchogenic adenocarcinoma. *J Nucl Med Technol* 1998;26:91-3.