

Büyük renal kitle: Olgu sunumu

Huge renal mass: Case report

Cem Başataç, Uğur Boylu, Eyüp Gümüş

Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği

Özet

Böbrek kanseri sık görülen ve ölüm oranları yüksek olan önemli ürolojik tümörlerden biridir. Erişkin tümörlerin yaklaşık % 3'ünü oluşturur. Böbreğin renal hücreli karsinomlardan (RHK) sonra en sık izlenen 2. primer malignansısi üroepitelyal kökenli tümörlerdir. Bu grupta en sık izlenen tümör değişici epitel hücreli karsinomdur. Renal pelvis değişici epitel hücreli kanserleri, tüm ürotelyal tümörlerin yaklaşık % 5'ini oluşturmaktadır. En sık yakınma makroskopik hematuridir ve olguların sadece %10-15'i asemptomatiktir.

Bu yazıda görüntüleme yöntemleri ile boyutları 40 cm ye ulaşan retroperitoneal kistik kitleye sahip olan 52 yaşında erkek hasta sunuldu. Olgumuz güncel literatür ışığında tartışıldı.

Anahtar Kelimeler: Değişici epitelyum hücreli karsinom, uzak yayılım, retroperitoneal kitle

Abstract

Kidney cancer, which is common and has high mortality rates, is one of the most important urological tumors. Kidney cancer is approximately %3 of all adult tumors. The second most common tumor of the kidney after renal cell carcinomas is tumor of uroepithelium. Mostly observed tumor in this group is transitional cell carcinoma (TCC). TCC of renal pelvis is about 5% of all urothelial tumors. The most common complaint is on macroscopic hematuria and only 10 to 15% of patients have no symptoms.

In this article 52 year old male patient, who had a retroperitoneal cystic mass reaching up to 40 cm in size according to imaging techniques, was presented. Our case was discussed with the light of current literature.

Key Words: Transitional cell carcinoma, wide spread, mass of retroperitoneum

Giriş

Böbrek kanserleri önemli ürolojik kanserlerden biri olup, üriner sistem maligniteleri içerisinde 3. sıklıkta yer almaktadır. RHK böbrek tümörlerinin % 90 dan fazlasını oluşturmaktadır. Yetişkinlerde en sık izlenen varyantı şeffaf hücreli RHK olup, tüm RHK'ların % 70'ini oluşturmaktadır.

Böbreğin RHK'lardan sonra en sık izlenen 2. primer malignansısi üroepitelyal kökenli tümörler olup, bu grupta sıklık sırasına göre değişici epitelyum hücreli karsinom (TCC) (%85), squamoz hücreli karsinom (%10) ve adenokarsinomlar sayılmalıdır (1).

TCC'de en sık klinik belirti olguların %56-98' inde görülen hematuridir. İkinci en sık belirti flank ağrısıdır ve olguların %30 kadarında gözlemlenmektedir. Hastaların

küçük bir bölümü abdominal kitle, kilo kaybı, iştahsızlık ve kemik ağrısı gibi ilerlemiş hastalık semptomları ile başvururlar. Böbrek hücreli karsinomun aksine TCC'de hastaların %10-15'inin asemptomatik olduğu ve diğer nedenlerle yapılan görüntüleme yöntemleri ile tümörün tesadüfen tespit edildiği bildirilmektedir (2-5).

Biz ele gelen kitle şikayeti ile tarafımıza başvuran ve yapılan değerlendirmelerde boyutları 40x32x39 cm'ye ulaşan retroperitoneal kitle tespit edilen 52 yaşında erkek olguyu sunuyoruz.

Olgu

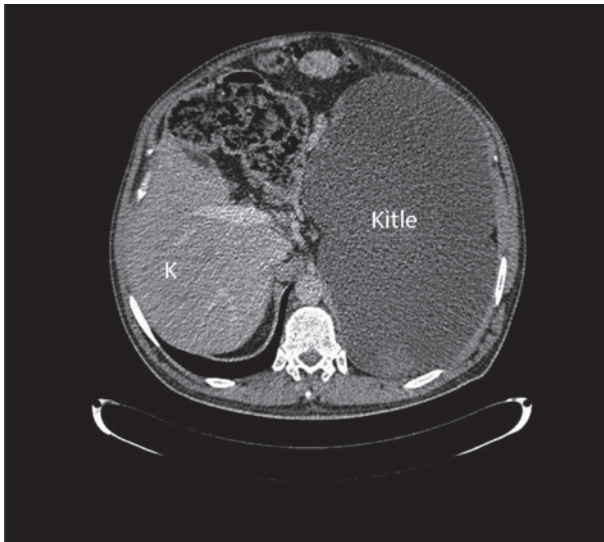
52 yaşında erkek olgu 6 ay önce başlayan karında şişlik şikayeti ile başvurdu. Yapılan fizik muayenede karnın bütün kadrantlarında ele gelen, perküsyonla matite veren, palpasyonla sert ve ağrısız olan abdominal kitle tes-

Tablo 1. TCC sebebiyle radikal nefroüretrektomi yapılan hastaların tümör evresine ve derecesine göre 5 yıllık sağ kalımları

Evre	5 yıllık sağ kalım
pTis/pTa	>90
pT1	90
pT2	70
pT3	40
pT4	<5
Tümör derecesi	5 yıllık sağ kalım (%)
G1	>80
G2	30-90
G3-4	<25

pit edildi. Olgunun ultrasonografisinde batın içerisinde septalı kistik bölümler içeren solid kitle izlendi. Torakoabdominopelvik bilgisayarlı tomografide tüm batını dolduran yaklaşık 40x39x30 cm boyutlarında kontrast tutan multikistik dev boyularda kitlesel lezyon izlendi. Akciğerde en büyüğü 12 mm boyutlarında periferik yerleşimli nodüller ile karaciğer sol lobda 16x18 mm çapında lezyonlar saptandı. Yapılan laboratuvar testleri sonucu sedimentasyon yüksekliği (52mm/saat), CA-19-9 yüksekliği (>1200), CA-125 yüksekliği (247,3) ile trombositoz (474.000) tespit edildi.

Hastaya USG eşliğinde perkütan nefrostomi takıldı. 6000 cc sıvı drene edildi. Sıvının sitolojik incelemesinde vimentin, CD-10, CK-PAN pozitif high grade ürotelyal karsinom rapor edilmesi üzerine hastaya radikal nefroü-

**Resim 1:** Radikal nefroüretrektomi öncesi retroperitoneal kitlenin üst batın tomografi kesiti: K: Karaciğer

retrektomi ve hiler lenfadenektomi yapıldı. Operasyonda tüm retroperitonu dolduran, kolonu medialize edip orta hattı geçen ve kemik pelvise kadar uzanan kitle izlendi. Kitle etraf dokudan serbestlenerek çıkartıldı. Ameliyat sırasında ve sonrasında herhangi bir komplikasyon gelişmedi.

Spesmenin patolojik incelemesinde morfolojik ve immunohistokimyasal bulgular ışığında sarkomatöz, skuamöz ve glandüler diferansiyasyon gösteren high grade ürotelyal karsinom (TCC) olarak rapor edildi. Tümör 32x21x14 cm boyutlarında multikistik solid kit-

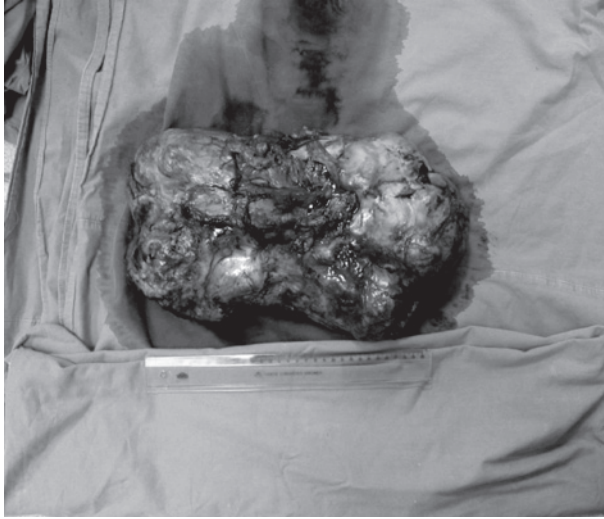
**Resim 2:** Radikal nefroüretrektomi öncesi retroperitoneal kitlenin alt batın tomografi kesiti

le olarak rapor edildi. Tümör dokusunun perirenal yağlı doku ve gerota fasyasına invaze olduğu bildirildi (pT4). Sisplatin+gemsitabin kemoterapisi başlandı.

Hastanın ameliyat sonrası 3. ayda yapılan kontrollerinde laboratuvar parametreleri normale döndü. 6. ayda yapılan torakoabdominal bilgisayarlı tomografide ise akciğerdeki nodüler lezyonlar dışında karaciğerdeki kitlenin boyutları 10 cm'ye ulaştı. Hasta ameliyat sonrası 9. ayda halen takiptedir.

Tartışma

Üst üriner sistem ürotelyal tümörleri renal pelvis ve üreterin nadir rastlanılan tümörleridir. Tüm böbrek tümörleri içerisinde % 5-7 oranında görülürken, tüm ürotelyal tümörlerin % 5' ini kapsar. En sık görüldüğü yer balkan ülkeleri olup, bu bölgelerde tüm böbrek maligni-



Resim 3: Sol radikal nefroureterektomi spesmen görüntüsü

telerinin % 40' ını oluşturur (6-7). TCC nadir olarak 40 yaşından önce izlenirken, ortalama tanı yaşı 65 dir (8). Erkeklerde kadınlara göre 2 kat daha fazla gözlenir (9).

TCC'de radikal nefroureterektomi ile beraber mesane güdük rezeksiyonu invazif renal pelvis ve proksimal ureter tümörlerinde standart tedavi biçimini oluşturmaktadır (10). Radikal nefroureterektomi açık, laparoskopik ve robotik yaklaşımla uygulanabilir. Bu yöntemlerin birbirine belirgin bir üstünlükleri yoktur ve hangi yöntemin tercih edileceğine hastaya ait faktörler, mevcut ekipman ve cerrahın tecrübesine göre karar verilir (11-12). Nefroureterektomi ile tedavi edilen TCC hastalarının 5 yıllık sağ kalım oranları tablo 1'de verilmiştir (13).

Endoskopinin ürolojide yaygın kullanıma girmesi ile küçük, düşük dereceli tümörü olan ve normal fonksiyon gösteren karşı taraf böbreği olan seçilmiş hasta grubunda antegrad ya da retrograd tümör rezeksiyonu yapılmaktadır. Antegrad perkütan tedavide Smith ve ark. 30 hastanın 9 yıllık izlemi sonucunda toplam % 33 rekürrens oranı bildirmişlerdir (14). Bagley ve arkadaşları ise ureteroskopik olarak tedavi ettikleri 41 hastada % 29 rekürrens oranı bildirmektedirler (15).

Topikal immünoterapi ve kemoterapi TCC'nin adjuvan tedavisinde antegrad perkütan ya da retrograd instilasyon şeklinde uygulanabilir. Bu amaçla kullanılan ajanlar BCG, mitomycin C, thiotepa ve doksorubisindir (14-17). Birçok araştırmacı bu ilaçlarla memnuniyet verici sonuçlara ulaşmıştır ancak kansere özgü sağ kalımı ve rekürrens oranlarına etkiyi gösteren daha geniş serilere ih-

tiyaç duyulmaktadır.

Metastatik TCC tedavisinde aktif olarak 3 ilaç tipi kullanılmaktadır. Bunlar sisplatin, taksanlar ve gemsitabindir. Bu ajanlarla oluşturulan 2'li ya da 3'lü kombinasyon rejimlerinin klinik yararı gösterilmiştir. Genel olarak kullanılan rejim, sisplatin ve gemsitabin (GC) kombinasyonu ya da sisplatin bazlı çok ajanlı protokollerdir (MVAC) (18). Günümüzde GC kombinasyonunun, MVAC gibi sisplatin bazlı kombinasyon rejimleri kadar sağ kalıma katkısı olduğu yapılan çalışmalarda gösterilmiştir (19). GC kombinasyon protokolü MVAC protokolü ile karşılaştırıldığında benzer sistemik aktiviteye ve daha düşük yan etkli profiline sahiptir.

Kaynaklar

1. Gatewood OMB, Goldman SM, Marshall FF et al: Computerized tomography in the diagnosis of transitional cell carcinoma of the kidney. J Urol 1982;127:876-887
2. Resseguie LT, Nobrega FT, Farrow GM et al: Epidemiology of renal and ureteral cancer in Rochester, Minnesota, 1950-1974, with special reference to clinical and pathologic features. Mayo Clin Proc 1978; 53:503
3. Raabe NK, Fossa SD, Bjerkehaugen B et al: Carcinoma of the renal pelvis. Scand J Urol Nephrol 1992; 26:357
4. Guinan P, Vogelzang NJ, Randazzo R, et al: Renal pelvic cancer: A review of 611 patients treated in Illinois 1975-1985. Urology 1992; 40:393
5. Murphy DM, Zincke H, Furlow WL et al: Management of high grade transitional cell cancer of the upper urinary tract. J Urol 1981; 135:25
6. Melamed MR, Reuter VE et al: Pathology and staging of urothelial tumors of the kidney and ureter. Urol Clin North Am 1993; 20:333.
7. Jemal et al., 2004. Jemal A, Tiwari RC, Murray T, et al: Cancer statistics, 2004. CA Cancer J Clin 2004; 54:8
8. Anderstrom C, Johansson SL, Pettersson S, et al: Carcinoma of the ureter: A clinicopathologic study of 49 cases. J Urol 1989; 142:280
9. Greenlee RT, Murray T, Bolden S et al: Cancer statistics, 2000. CA Cancer J Clin 2000; 50:7
10. Sagalowsky AI, Jarrett TW et al: Management of urothelial tumors of the renal pelvis and ureter. In: Walsh PC, Retik AD, Vaughan ED, et al ed. Campbell's Urology, Philadelphia: WB Saunders; 2002:2845
11. Shalhav AL, Dunn MD, Portis AJ et al: Laparoscopic nephroureterectomy for upper tract transitional cell cancer: The Washington University experience. J Urol 2000; 163:1100
12. Gill IS, Soble JJ, Miller SD et al: A novel technique for management of the en bloc bladder cuff and distal ure-

- ter during laparoscopic nephroureterectomy. J Urol 1999;161:430-434
13. Thompson RH, Leibovich BC et al: Mangement of upper tract tumors. In Vogelzang NJ, Scardino PT, Shipley WU, Debruyne FMJ, Linehan WM (eds). Genitourinary Oncology 3 th edition. Philadelphia, Lippincott, Williams and Wilkins. 2005:435-432
 14. Jarrett TW, Sweetser PM, Weiss GH, Smith AD: Percutaneous management of transitional cell carcinoma of the renal collecting system: 9-year experience. J Urol 1995;154:1629-1635
 15. Keeley FX, Bibbo M, Bagley DM: Ureteroscopic treatment and evaluation of the upper tract TCC. J Urol 1997; 157:1560-1565
 16. Patel A, Soonawalla P, Shepherd SF, et al: Long-term outcome after percutaneous treatment of transitional cell carcinoma of the renal pelvis. J Urol 1996;155:868-874
 17. See WA: Continuous antegrade infusion of adriamycin as adjuvant therapy for upper tract urothelial malignancies. Urology 2000;56:216-222
 18. Kaufman D, Raghavan D, Carducci M et al: Phase II trial of gemcitabine plus cisplatin in patients with metastatic urothelial cancer. J Clin Oncol. 2000 May;18(9):1921-27
 19. Von der Maase H, Sengelov L, Roberts JT et al: Long-term survival results of a randomized trial comparing gemcitabine plus cisplatin, with methotrexate, vinblastine, doxorubicin, plus cisplatin in patients with bladder cancer. J Clin Oncol. 2005 Jul 20;23(21):4602-4608
-
- Yazışma / Correspondence
Op. Dr. Uğur Boylu
Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Üroloji Kliniği, Ümraniye, İstanbul
Tel: 0216 632 18 18
Eposta: ugur@ugurboylu.com
-