

## Primer mesane adenokarsinomu mu yoksa gastrointestinal sistem kaynaklı metastaz mı?: Olgu sunumu

*Is primary adenocarcinoma of urinary bladder or originated gastrointestinal system metastases?: A case report*

Kerem Taken<sup>1</sup>, Hüseyin Özveren<sup>1</sup>, Remzi Erten<sup>2</sup>, Gülay Bulut<sup>2</sup>, İlhan Geçit<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, Van, Türkiye

<sup>2</sup>Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Patoloji Ana Bilim Dalı, Van, Türkiye

Geliş tarihi (Submitted): 02.05.2014  
Kabul tarihi (Accepted): 30.01.2015

### Yazışma / Correspondence

Kerem Taken  
Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Dursun  
Odabaş Tıp Merkezi Üroloji AD  
65090 Tuşba/ VanTürkiye  
E-mail: takenyyu@yahoo.com

### Özet

Mesanenin primer adenokarsinomları nadir olup, tüm mesane kanserlerinin %2'sinden azını oluştururlar. Teşhis edildiklerinde agresif yapılarından dolayı genellikle ileri evrederler ve kötü prognoza sahiptirler. Tümörün primer orijini belirlemek, uygun tedavi için önemlidir. Bu makalede gastrointestinal kaynaklı metastatik adenokarsinom ön tanısı almış olan 60 yaşındaki mesanenin primer adenokarsinom olgusunu sunduk ve literatür eşliğinde gözden geçirdik.

**Anahtar Kelimeler:** Adenokarsinom, Kanser, Mesane

### Abstract

Primary adenocarcinoma of bladder is a very rare condition and represents less than 2% of all bladder cancers. They have a poor prognosis because of their aggressive nature and advanced stages at the diagnosis. It is important to determine the origin of the primary tumor to begin the appropriate therapy. Herein we presented a case of primary adenocarcinoma of bladder misdiagnosed as metastatic adenocarcinoma and reviewed in view of literature.

**Key Words:** Adenocarcinoma, Cancer, Bladder

### Giriş

Dünya Sağlık Örgütü mesanenin primer adenokarsinomunu tipik ürotelyal karsinom kanıtı olmadan saf glandüler farklılaşma gösteren bir epitelyum malignite olarak tanımlar. Glandüler farklılaşma gösteren invaziv ve non invaziv malign lezyonlar mesanenin primer adenokarsinomunun ayırıcı tanısında yer almalıdır. Bunlar mesaneyi doğrudan veya metastaz ile etkileyen sekonder maligniteler de olabilir. Bu farklı varlıkların tanınması ve ayırımı patoloğlar için zor olabilir. Fakat bunların büyük bir klinik önemi vardır (1).

### Olgu Sunumu

Olgumuz aralıklı hematüri şikayeti ile üroloji polikliniğine başvuran 60 yaşında erkek hasta idi. Yapılan tetkiklerde rutin biyokimyası normal idi. Sigara anamnezi, 20 paket yıl olup son 10 yıldır sigara öyküsü yoktu. Olgumuzun PSA ve digital rektal muayene bulguları nor-

mal idi. Hasta kliniğimize başvurmadan 3 ay önce dış merkezde mesaneye transuretral rezeksiyon (TUR-M) yapılmıştı. Patoloji sonucu iyi differansiye adenokarsinom olarak raporlanmıştı. Ultrasonografisinde (USG) mesane sol yan duvarda 4 cm'lik polipoid kitle lezyon saptandı. Takiben çekilen kontrastlı Abdominal Bilgisayarlı Tomografi (BT)' de mesane sol yan duvarda yaklaşık 3 cm'lik kontrast tutan kitle lezyon izlendi (Resim1). Perivezik alanda silinme izlendi. Başka bir organda kitle lezyon izlenmedi.

Hastaya spinal anestezi altında litotomi pozisyonunda sistoskopi yapıldı. Mesane sol yan duvarda yaklaşık 3cm'lik solid, geniş tabanlı kitle lezyon mevcuttu, rezeke edildi. Patoloji spesmeninin sonucu iyi differansiye adenokarsinom olarak geldi. Ayrıca histopatolojik ve immünohistokimyasal incelemesinde neoplastik hücrelerde sitokeratin (+), sitokeratin20 (+), CDX2(+), sitokeratin7 (+),

PSA (-), HMWCK(-), P63(-) idi (Resim-2-3). Olguda öncelikle kolon adenokarsinom metastazını düşünüldüğü ve öncelikli olarak gastrointestinal sistemin (GİS) araştırılması önerildiği bildirilmişti. Hastaya bunun üzerine gastroentroloji polikliniğinde gastroözefagoskopi+ duodenoskopi ve kolonoskopi işlemleri yapıldı. Şüpheli alanlardan alınan patoloji örnekleri sonucunda orta derecede şiddetli aktif kronik gastrit dışında patoloji izlenmedi.

Hastaya daha sonra alt-üst abdomen BT çekildi. BT'sinde mesane sol lateral duvarda serozayı aşmış yağlı planlara minimal invaze yaklaşık 4 cm lik bir segmentte 13 mm yi bulan cidar kalınlaşması izlendi (Tümör). Ayrıca mesane sol lateral duvarda yağlı planlarda hafif çizgisel bulanıklaşma (İnvazyon?), bilateral üreter orifislerinde tutulum izlendi. Ancak üreter kalibrasyonları normal idi. Bilateral inguinal bölgede kısa aksı 1 cm den küçük lenf nodları, bilateral iliak zincirlerde mm'ik ebatlı birkaç adet lenf nodu izlendi. Radikal sistektomi önerildi, hasta kabul etmedi. Hasta invaziv mesane adenokanseri kabul edildi, kemoterapi için medikal onkoloji'ye devredildi.

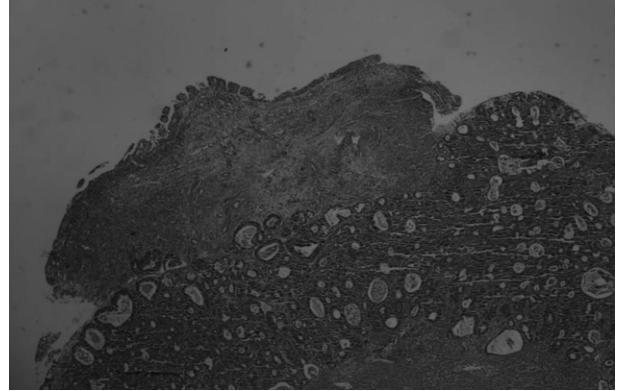
#### Tartışma

Mesanenin primer adenokarsinom tanısı zor ve önemlidir. Özellikle başka bir alandan mesanenin sekonder adenokarsinom tarafından etkilenmesi olasılığından dolayı mesanedeki glandüler lezyonları ekarte etmek önemli bir klinik çalışma gerektirir (1). Tümörün orjini baz alınarak mesanenin adenokarsinomu 3 kategoriye ayrılabilir: primer, urakal ve metastatik. Bunlar arasında en sık metastatik form izlenir. Genellikle kolon, prostat yada bayan genital organlardaki primer bir lezyondan direkt yayılımla mesanede kendini gösterir (2). Mesane malignensilerin içinde yaklaşık % 2 oranında izlenmektedir (3). Primer adenokarsinom tipleri intestinal, taşlı yüzük ve şeffaf hücrelidir. Mesane adenokarsinomu tanısında lezyonun primer, urakal veya metastatik (uzak veya komşu organ) kökeninin tespiti uygun tedavinin seçimi, evrelemede ve hastalığın seyrinin belirlenmesinde çok önemlidir (4).

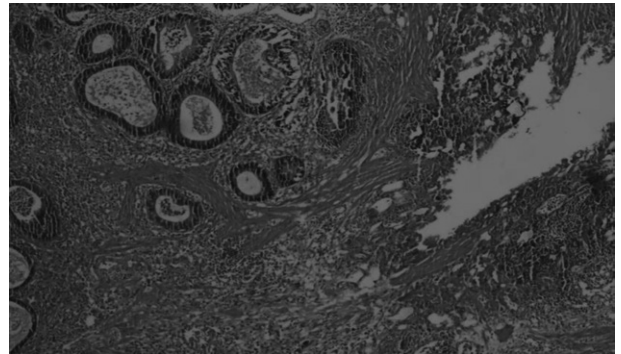
Primer mesane adenokarsinomları ile prostat adenokarsinomlarının klinik olarak ayırt edilemeyeceğini ancak, morfolojik olarak ayırıcı tanının mümkün olabileceği belirtilmiştir (5). Mesane orijinli adenokarsinomların büyük bir kısmının tipik kolon adenokarsinomuna



Resim 1: BT'de mesane sol yan duvarda kitle görünümü



Resim 1: Normal görünümdeki mesane epitelinin altında laminapropria ve kas tabakasını infiltre eden bazıları nekrotik materyal içeren adenokarsinoma ait neoplastik glandlar. (Hematoksilen&Eozin x40)



Resim 2: Mesane kas tabakasını infiltre eden bazıları nekrotik materyal içeren adenokarsinoma ait neoplastik glandlar. (Hematoksilen & Eozin x100)

benzediğini, prostat müsinöz adenokarsinomlarının ise müsin içinde yüzen kribriform glandlar şeklinde izlene-

bileceği bildirilmiştir (6). İntestinal metaplazi, genellikle mesanenin primer adenokarsinomuna bitişik mukozada görüldüğünden öncü lezyon olduğu ileri sürülmüştür (7).

Literatürde, ayırıcı tanıda urakus orijinli müsinöz adenokarsinomun olması gerektiği de vurgulanmıştır (6,8). Urakus, göbekten mesane kubbesine kadar uzanır ve mesane içi urakus artıklarından gelişen adenokarsinom, primer mesane adenokarsinomundan histolojik olarak ayırt etmek zordur. Urakus kaynaklı adenokarsinomlar, daha genç yaşta görülür ve daha agresifdirler. Sıklıkla mesane içinde fokal bir alanda, özellikle domda yerleşir ve epiteli intakt bırakarak, derin tabakalara, mesane dışından göbeğe kadar uzanabilir (5,9). Tümöre sistitis sistika veya glandularisin eşlik etmemesi, derin dokulara invaziv ülsere lezyonun varlığı, tümör epiteli ve normal epitel arasında keskin bir demarkasyon sınırının varlığı urakus tümörleri için önemli özelliklerdir.

Mesane adenokarsinomu daha çok erkeklerde ve 63 yaş civarında izlenir (4). Genellikle agresifdirler ve tanı anında % 40'ı metastatiktir. Hastamızda 60 yaşında erkek hasta idi. Tanı anında perivezikal alana yayılım olduğu izlendi. Nitekim olgumuzun 2 tane patoloji sonucunda da gastrointestinal kaynaklı olabileceği vurgulanmıştır. Olgumuzda, gastrointestinal ve diğer sistemler radyolojik ve endoskopik olarak incelenmiş ve gasintestinal sistemde primer odak saptanmamıştır. Hastamızın PSA değerleri ve digital rektal muayene bulguları normal izlendi. Dolayısıyla prostat adenokarsinomu düşünülmeydi. Olgumuzun genç yaşta olmaması, tümörün mesane domunda olmaması, sistitis sistikanın ve glandularisin eşlik etmesi nedeniyle urakal adenokarsinom ekarte ettirmiştir.

Evrelemeye dayalı yapılan çalışmalarda ürotelyal karinomlu hastaların ile primer adenokarsinomlu hastaların mortalitesinin aynı olduğu izlenmiştir (10).

Mesane adenokarsinomlarının kötü prognozu genellikle vakaların geç evrede tanı almasına bağlıdır. Olgumuzun BT'sinde perivezikal alana yayılım olması geç tanı aldığını göstermektedir. Erken evrede tanısı konan hastalara radikal sistektomi uygulanır. Kemoterapi ve radyoterapi invaziv mesane tümörlerinde uygulanmakla beraber faydası kanıtlanmamıştır (2,3). Olgumuz sistektomiye kabul etmediğinden medikal onkoloji tarafından hastaya kemoterapi başlandı. Hastamızın 6 aylık takibinde, hastanın yaşadığı genel durumunun iyi olduğu izlenmiştir.

Sonuç olarak Primer Mesane adenokarsinomu nadirdir. GİS ten kaynaklı olabileceği unutulmamalıdır. Diğer orjinler ekarte edildikten sonra primer mesane adenokarsinom tanısına ulaşılmalıdır.

#### Kaynaklar

1. Zhong M, Gersbach E, Rohan SM, Yang XJ. Primary adenocarcinoma of the urinary bladder: differential diagnosis and clinical relevance. Arch Pathol Lab Med 2013;137:371-381.
2. Gill HS, Dhillon HK, Woodhouse CR. Adenocarcinoma of the urinary bladder. Br J Urol 1989;64:138-142.
3. El-Mekresh MM, El-Baz MA, Abol-Enein H, Ghoneim MA. Primary adenocarcinoma of the urinary bladder: a report of 185 cases. Br J Urol 1998;82:206-212.
4. Wang HL, Lu DW, Yerian LM, et al. Immunohistochemical distinction between primary adenocarcinoma of the bladder and secondary colorectal adenocarcinoma. Am. J. Surg. Pathol 2001;25:1380-1387.
5. Abenoza P, Manivel C, Fraley E. Primary adenocarcinoma of urinary bladder. Clinicopathologic study of 16 cases. Urology 1987;29:9-14.
6. Khanh PT, Epstein J. Mucinous adenocarcinoma of urinary bladder type arising from the prostatic urethra. Am J Surg Pathol 1996;20:1346-1350.
7. Smith AK, Hansel DE, Jones JS. Role of cystitis cystica et glandularis and intestinal metaplasia in development of bladder carcinoma. Urology 2008;71:915-918.
8. Nakanishi K, Tominaga S, Kawai T, et al. Mucin histochemistry in primary adenocarcinoma of the urinary bladder (of urachal or vesical origin) and metastatic adenocarcinoma originating in the colorectum. Pathology International 2000;50:297-303.
9. Mattelaer P, Wolff JM, Jung P, IJzerman W, Jakse G. Adenocarcinoma of the urachus: 3 case reports and a review of the literature. Acta Urol Belg 1997;65:63-67.
10. Lughezzani G, Sun M, Jeldres C, et al. Adenocarcinoma versus urothelial carcinoma of the urinary bladder: comparison between pathologic stage at radical cystectomy and cancer-specific mortality. Urology 2010;75:376-381.