

Mesanein plazmasitoid ürotelyal karsinomu: Olgu sunumu

Plasmacytoid urothelial carcinoma of the urinary bladder: Case report

Burak Özçift¹, Kaan Bal², Yaşar Issı³, Ayşegül Akder Sarı⁴, Ahmet Bölükbaşı²

¹ Hakkari Devlet Hastanesi Üroloji Kliniği, Hakkari

² İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üroloji Kliniği, İzmir

³ Bayındır Devlet Hastanesi Üroloji Kliniği, İzmir

⁴ İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Patoloji Kliniği, İzmir

Özet

Plazmasitoid ürotelyal karsinom ürotelyal karsinomun nadir bir varyantı olup İngilizce ve Türkçe literatürde az sayıda vaka bildirilmiştir. Bu varyantın prognozu hakkında henüz yeterli sonuçlara varılamamaktadır. 53 yaşındaki erkek hastaya, transüretal rezeksiyon spesmenlerinin mikroskopik incelenmesinde plazmasitoid görünümü olmasıyla tanı konuldu. İmmunohistokimyasal çalışmalar ayırıcı tanı için gerekli oldu. Hastaya sistemik kemoterapide gemcitabin ve karboplatin uygulandı. Bu makalede, invaziv, metastatik olmayan plazmasitoid ürotelyal karsinom vakasını sunduk.

Anahtar Kelimeler: mesane kanseri, ürotelyal karsinom, plazmasitoid varyant

Abstract

Plasmacytoid urothelial carcinoma is a rare variant of urothelial carcinoma with just a handful of cases reported in the English and Turkish literature. The reported data on prognosis of this variant do not yet allow any definitive conclusions. A 53-year-old man was diagnosed with plasmacytoid urothelial carcinoma by the microscopically plasmacytoid appearance of the specimen from the transurethral resection. Immunohistochemical studies was required for differential diagnosis. Systemic chemotherapy were performed with gemcitabine and carboplatin. In this article, we report a case of invasive, non-metastatic plasmacytoid urothelial carcinoma of the bladder.

Key Words: bladder cancer, urothelial carcinoma, plasmacytoid variant

Geliş tarihi (Submitted): 08.04.2012

Kabul tarihi (Accepted): 15.07.2012

Yazışma / Correspondence

Op. Dr. Burak Özçift

Hakkari Devlet Hastanesi

Üroloji Kliniği 30000, Hakkari-Türkiye

Tel: 0438 211 60 67- 0505 906 04 59

E-mail: burakozcift@hotmail.com

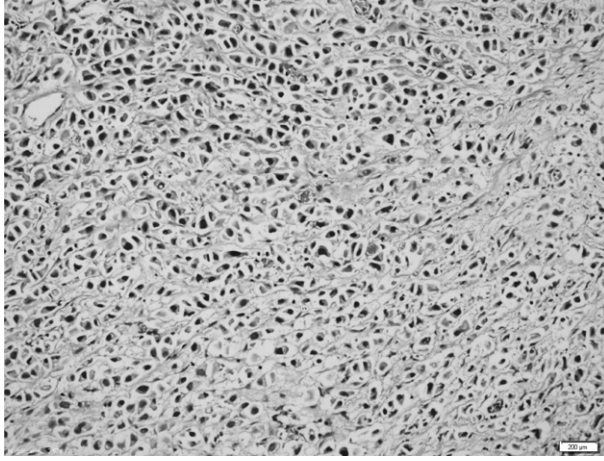
Giriş

Ürotelyal karsinomun plazmasitoid varyantı Dünya Sağlık Örgütünün son sınıflamasında ürotelyal karsinomun nadir varyantı olarak tanımlanmıştır (1) Mesanein plazmositoid ürotelyal karsinomu çok nadir bir tümördür. Taradığımız Türkçe ve İngilizce literatürde bildiğimiz kadarıyla şimdiye kadar yaklaşık olarak yalnızca 30 olgu bildirilmiştir.(2-5). Bu makalede çok nadir olarak izlenmesi nedeniyle plazmositoid özellikler taşıyan, yüksek dereceli ürotelyal karsinom tanısı alan 53 yaşındaki erkek olgunun klinik bulgularını ve tümörün histopatolojik özelliklerini sunmayı amaçladık.

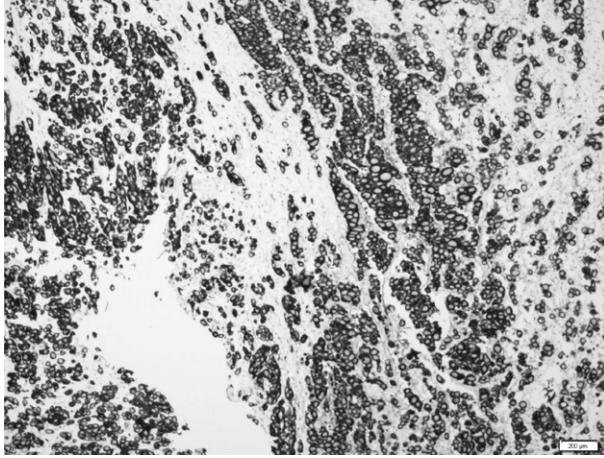
Olgu Sunumu

Yaklaşık 5 ay önce başlayan idrar yapmada zorluk ve

makroskopik hematüri şikayetleri ile başka bir merkeze başvuran 53 yaşındaki erkek olgunun ultrasonografisinde mesane duvarında kalınlaşma, mesane lümeninde kitle ve bilateral böbrek toplayıcı sisteminde grade 3 hidröretonefroz saptanmış. Sistoskopide ise mesane tabanında solid yapıda papiller tümöral kitle tespit edilen hastaya bilateral double j stent takılıp tümöral alana transüretal rezeksiyon(TUR) yapılmış. TUR materyalinin histopatolojik ve immunohistokimyasal incelemesi lamina propriayı invaze eden yüksek grade'li plazmasitoid özellikler içeren ürotelyal karsinom olarak raporlanmış. TUR materyali muskularis propriayı içermediğinden kas invazyonu belirtilememiş. Ameliyattan sonraki 1.ayda double-j stentleri çekilen hastanın 1. ve 3. ayda sistosko-



Resim 1: Lamina propriada tek tek hücreler şeklinde infiltrasyon oluşturan, plazmasitoid görünümde malign epitelyal hücreler. (H&E x 100)



Resim 2: Plazmasitoid görünümde malign epitelyal hücrelerin sito-keratin 7 diffüz pozitifliği

pileri opere olduğu merkezde yapılmış. Hastada nüks izlenmediği belirtilmiş.

TUR yapıldıktan 4 ay sonra gelişen assit ve karaciğer enzimlerinin yüksekliği nedeniyle hasta başka bir merkezden hastanemize yönlendirilmiş. Acil servise kabul edilen hasta gastroenteroloji kliniğince ileri tetkik amacıyla yatırıldı. Hastanın mesane kanseri öyküsü olması üzerine hasta gastroenteroloji kliniğinde üroloji tarafından değerlendirildi. Makroskopik hematürisi olmayan hastanın yapılan idrar tetkikinde mikroskopik hematürisi de yoktu. Tarafımızca yapılan fizik muayenede batın distandüydü. Dijital rektal muayenede prostat grade 1 benign özellikte olup, ancak mesane tabanından mesane boynu-

na doğru sert ve fikse kitle palpe edilmekteydi. Hastanın mesane kanseri öyküsü olması ve batında yaygın assit olması üzerine detaylı laboratuvar ve görüntüleme metodlarına başvuruldu.

Laboratuvar:

Rutin idrar tahlilinde özellik saptanmadı. Açlık kan glukozu 52 mg/dl , kan kreatinini 1.15 mg/dl, kan üre azotu 16 mg/dl, PSA 0.54 ng/mL idi . AST 171, ALT 185 U/L , bilirubin(total) 4.5 mg/dl, bilirubin(direkt) 4 mg/dl, ALP 1065 U/L, amilaz 143 U/L, CRP 18.24 mg/dl, GGT 424 U/L , CA-125 4450U/ml, CA 19-9 609.79 U/ml olup normal değerlerinin üzerinde bulundu. Kan albuminin 2.8 g/dl, proteinin 6 g/dl olduğu görüldü. Assit sıvısının laboratuvar incelemesinde assit albumin 1.4g/dl, assit glukoz 63 g/dl, assit amilaz 48 U/L, assit bilirubin(total) 1.8 mg/dl , assit bilirubin(direkt) 1.4 mg/dl olarak raporlandı. Hepatit belirteçlerinin negatif olduğu belirtildi.

Görüntüleme:

Ultrasonografide karaciğer boyutu 166 mm olup üst sınırdaki olarak belirtildi. Parankim ekojenitesinin azaldığı, bu zeminde intraparakimal vasküler yapıların ekojenitesi artmış izlenimi verdiği ve akut süreçli bir hepatiti düşündürülecek sonografik bulgular olduğu belirtildi. Mesane posterior duvarda kalınlaşma mevcut olup bilateral böbrek pelvikaliksiyel sistemlerde grade 2 dilatasyon olduğu ve bu dilatasyonun proksimal üreterlerde izlendiği belirtildi. Ayrıca batında yaygın serbest sıvı olduğu da rapor edildi.

Tüm abdomen bilgisayarlı tomografide batında yaygın assit tespit edildi. Ancak peritoneal yüzlerde belirgin bir metastatik infiltrasyon izlenmemekteydi. Karaciğer normal büyüklükte olup parankimde heterojen yağlanma görülmekteydi. Karaciğer de yer kaplayan bir lezyona rastlanmadı. Safra yollarında minimal dilatasyon dışında bir patolojiye rastlanmadı. Her iki böbreğin toplayıcı sistem genişliğinin sağda daha fazla olmak üzere artmış olduğu görüldü (Resim 4). Ayrıca üreterlerde genişleme mevcut olduğu görüldü. Tomografide lenfadenopati (lap) tespit edilmedi. Mesane ile rektum arasında bir yumuşak doku komponenti dikkati çekmektedir olarak raporlandı(Resim 3). Toraks BT de ise metastatik tutulum ve lap izlenmedi.

Portal renkli doppler ultrasonografi, MR kolanjiografi, endoskopik ultrasonografide safra yollarında geniş-

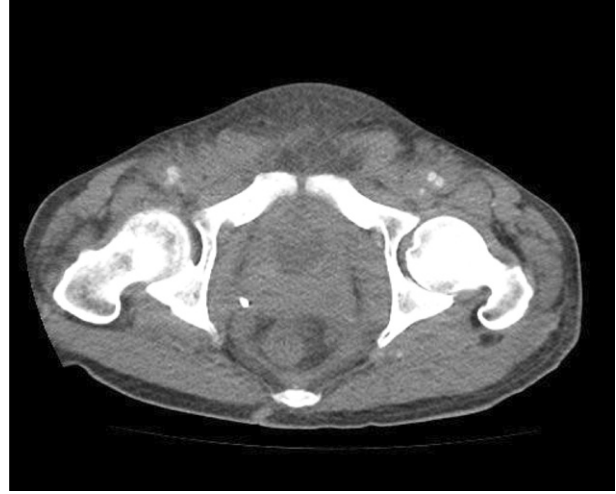
leme ve koledok kanalının distalininin ödemli pankreas komşuluğunda incelenmiş olduğu görüldü. Batındaki assitten alınan sitoloji benign olarak rapor edildi. Assit ve KCFT bozukluğunun eş zamanlı bir pankreatit atağına bağlı olduğu anlaşıldı. Pankreatit tablosu uygun şekilde tedavi edilirken ürolojik açıdan tespit edilen mesane duvar kalınlaşması ve hidronefroza yönelik olarak hastaya endoskopi ve biyopsi planlandı .

Yapılan sistoskopiye mesane içi bakıda bilateral orifisler olağan olup idrar jet akımları izlendi. Trigon ve mesane tabanında mukozadan kabarıklık olmayan endüre görünümü eski rezeksiyon alanı görüldü. Bu endüre alan transüretral olarak rezeke edildi.

TUR ile alınan biyopsilerin histopatolojik değerlendirilmesinde izlenen ürotelyumun olağan görünümde olduğu belirtildi. Lamina propriada tek tek hücreler şeklinde infiltrasyon oluşturan, plazmasitoid görünümde malign epitelyal hücrelerin mevcut olduğu rapor edildi (Resim 1). İmmunhistokimyasal incelemede bu hücreler sitokeratin 7 diffüz (+), sitokeratin 20(-) olduğu belirtildi (Resim 2). Pansitokeratinle neoplazm hücrelerinde kuvvetli intrastoplazmik boyanma (+) olduğu ve plazmasitoid görünümdeki hücrelerle birarada bulunan taşlı yüzük hücreli morfolojisindeki hücrelerde PAS-alcian blue histokimyasal boyası ile intrastoplazmik mukus izlendiği rapor edildi. Söz konusu tümörün daha önceden başka merkezde yapılan ameliyat materyallerinden hazırlanan boyalı blok ve preparatların tekrar hastanemiz patoloji kliniğince incelenmesi ve immunhistokimyasal bulgularla birlikte ürotelyal karsinom (plazmositoid komponent içeren) (pT1G3) olarak değerlendirildi. TUR muskuler tabaka içermemesinden dolayı müsküler invazyon hakkında bilgi verilemedi.

Hastanın CA-125 4450U/ml, CA 19-9 609.79 U/ml gelmesi üzerine kitlenin 2. primerden kaynaklanabileceği de düşünülerek, kolonoskopi yapılması düşünüldü. Ancak yakın tarihe ait başka bir merkezde yapılmış endoskopi ve rektosigmoidoskopisinde patolojik bir hadise görülmemiş olduğu da dikkate alınarak bilgisayarlı tomografide izlenen rektovezikal boşluğu dolduran kitlenin mesane kaynaklı olduğu düşünüldü.

Bizim olgumuzda, batında yaygın assit olması ve dijital rektal muayenede sert fikse olan kitlenin bilgisayarlı tomografide rektovezikal boşluğa doğru uzanım gös-



Resim 3: Mesane ile rektum arasında bir yumuşak doku komponenti ve mesane posterior duvarda kalınlaşma.

termesi nedeniyle radikal sistoprostatektomi düşünülmüş olup hasta medikal onkoloji bölümüne refere edildi. Akut pankreatit tablosu düzelen, karaciğer enzimleri normal seviyelere gerileyen hastaya sistemik kemoterapiye gemitabin ve karboplatin uygulandı. Hastanın medikal onkoloji bölümünde takibi ve tedavisi devam etmektedir.

Tartışma

Plazmasitoid ürotelyal karsinom ürotelyal karsinomun nadir bir varyantı olup literatürde az sayıda vaka bildirilmiştir(2-8). Vakaların çoğunun tanısı biyopsi veya TUR ile konulmuş olup, 2 tanesinin tanısı sitoloji ile konulmuştur (7,9).

Plazmasitoid komponent genellikle konvansiyonel ürotelyal karsinom ile birlikte sistektomi spesmenlerinde görülür, ama plazmasitoid ürotelyal karsinom saf veya ağırlıklı olarak küçük biyopsilerde de görülebilir. Özellikle ilgi çekici olarak metastatik alanlarda plazmasitoid görünüm multipl myeloma veya malign lenfoma açısından hatalı tanıya yol açabilir(9).

Bu vakalarda immunhistokimyasal değerlendirmenin antikolar ile birlikte yapılması büyük önem taşımaktadır. Plazmasitoid ürotelyal karsinomda immunreaktif olarak pan-CK,CK7,CK20 pozitifliği ve LCA ve CD-138 (syndekan-1) gibi lenfosit ve plazmasit belirteçlerinin negatifliği Plasmositoid Ürotelyal Karsinom(PUC) u (İlk geçtiği yerde kısaltma yapılmaklı) desteklemektedir. Müsin boyama olmaması PUC un taşlı yüzük karsinomdan ayırt

edilmesinde yardımcı olabilir. Bizim vakamızda plazmositoid morfolojideki ürotelyal karsinom alanları pansitokeratin ve sitokeratin 7 ile diffüz pozitif. PAS-alcian blue histokimyasal boyasında birkaç hücre intrasitoplazmik (+) izlendi. Lamina propria içine ve bitişik mukozayı işgal eden ürotelyal karsinom varlığı da tümörün mukozal kökenini doğruladı.

Plazmositoid morfoloji, epitelial ve nonepitelyal orijinli birçok neoplazmda izlenebilir (8). Mesanede bildirilen az sayıdaki plazmositoid morfolojideki tümörlerin çoğunda, eşlik eden konvansiyonel yüksek dereceli ürotelyal karsinom alanları bulunmaktadır (1) ve bunların hepsi kas invaziv tümörlerdir (5). Bu tümörler özellikle küçük biopsilerde baskın komponent olduğu takdirde histolojik olarak plazmositom ve lenfoma ile karışır ancak immunohistokimyasal çalışmalar ayırıcı tanıda yardımcı olur (1,8). Mai ve ark.nın (4) çalışmasındaki yedi adet plazmositoid ürotelyal karsinom olgusunun beşinde, bizim olgumuzda olduğu gibi klasik ürotelyal karsinom alanları mevcut olup, bu durum ayırıcı tanı açısından yardımcı bir bulguydu. Mesanenin plazmositoid ürotelyal karsinomu çok nadir bir tümördür, taradığımız Türkçe ve İngilizce literatürde bildiğimiz kadarıyla şimdiye kadar yaklaşık olarak yalnızca 30 olgu bildirilmiştir.(2-5,10). Bizim olgumuzda dijital rektal muayenede sert ve fikse olan kitlenin, bilgisayarlı tomografide rektovezikal boşluğa doğru uzanım göstermesi nedeniyle radikal sistoprostektomi düşünülmemiş olup hasta medikal onkoloji bölümüne refere edildi. Hastaya sistemik kemoterapide gemsitabin ve karboplatin uygulandı(14). Şu anda hastanın medikal onkoloji bölümüne takibi ve tedavisi devam etmektedir.

Daha önce plasmasitoid ürotelyal karsinom vakalarında kemoterapinin etkin olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur. Bu vakalardan birinde kemoterapi ile tam cevap elde edildiği de rapor edilmiştir (2,7,9,11,14). Radikal sistektomi invaziv, metastatik olmayan ürotelyal karsinomlar için ilk basamak tedavi olmasına rağmen, kemoterapinin bu nadir ürotelyal karsinom için çok etkili olduğunu bilmek önemlidir(12,14). Bildiğimiz kadarıyla Türkçe ve İngilizce literatürde nüks görülen tüm vakalar ölümle sonuçlanmıştır(13).

Daha önceki makaleler ve bizim makalemiz göz önünde bulundurulduğunda PUC un ayırıcı tanısı ve

doğru teşhisi hayati öneme sahiptir çünkü bunların çoğu yüksek dereceli histolojiye sahip olup ileri evrede tanıları konulabilmektedir(13). Plazmositoid morfolojideki ürotelyal karsinomlar çok az görülen tümörler olup özellikle küçük biopsiler de ayırıcı tanıda problem yaratabileceğinden her zaman akılda tutulmalıdır(10). Bu özellikleri taşıyan rapor edilen olgular arttıkça prognozu ve tedavisi ile bilgilerin gelişeceğine inanıyoruz.

Kaynaklar

1. Eble JN, Sauter G, Epstein JI. Pathology and Genetics: Tumors of the urinary System and Male Genital Organs. WHO Classifications of Tumors Lyon: IARC 2004. pp 90-157.
2. Zukerberg LR, Harris NH, Young RH. Carcinoma of the urinary bladder simulating malignant lymphoma: a report of five cases. Am. J.Surg. Path 1991;15(4):569-76.
3. Jae YR, Shen SS, Lee HI, Hong EK, Lee YH, Cho NH, et al. Plasmacytoid transitional cell carcinoma of the urinary bladder. Am. J.Surg. Path 2008;32(5):752-57.
4. Mai KT, Park PC, Yazdi HM, Saltel E, Erdoğan S, Stinson WA, et al. Plasmacytoid urothelial carcinoma of the urinary bladder: Report of seven new cases. Eur Urol 2006;50(5):1111-1114.
5. Coyne JD, Sim E. Urethelial neoplasia 1 with plasmasitoid morphology. Histopathol 2006;48(2):200-1.
6. Soylu A, Aydın NE, Yılmaz U, Kutlu R, Güneş A. Urethelial carcinoma featuring lipid cell and plasmacytoid morphology with poor prognostic outcome. Urology 2005;65(4):797.
7. Zhang XM, Elhosseiny A, Melamed MR. Plasmacytoid urethelial carcinoma of the bladder: a case report and the first description of the urinary cytology. Acta Cytol 2002;46(2):412-6.
8. Mitsogiannis IC, Ioannou MG, Sinani CD, Melekos MD. Plasmacytoid transitional cell carcinoma of the bladder. Urology 2005; 66(1):194.
9. Sahin AA, Myhre M, Ro JY, Sneige N, Dekmezian RH, Ayala AG. Plasmacytoid transitional cell carcinoma: report of a case with initial presentation mimicking multiple myeloma. Acta Cytol. 1991;35(3):277-80.
10. Sarı A, Ermete M, Pehlivan FS, Bal K, Dinçel Ç. Urethelial carcinoma, Featuring lipid cell and plasmacytoid features: a case report. Erc Med Jour 2007;29(5):423-27.
11. Manousakas T, Kyroudi A, Dimopoulos MA, Moraitis E, Mitropoulos D. Plasmacytoid transitional cell carcinoma of the bladder. BJU Int 2000;86(7):910.
12. Kohno T, Kitamura M, Akai H, Takaha M, Kawahara K, Oka T. Plasmacytoid urethelial carcinoma of the bladder. Int J.Urol 2006;13(4):485-6.

13. Klimis A, Karvounis H. Plasmacytoid urethelial carcinoma of the urinary bladder. *Hell J.Surg* 2011;83(1):50-2.
14. Kawahara T, Oshiro H, Sekiguchi Z, Ito H, Makiyama K, Uemura H, Kubota Y. High-grade invasive urothelial carcinoma with focal plasmacytoid differentiation successfully treated by transurethral resection followed by chemoradiotherapy. *Int J Urol.* 2011 Oct 17. doi: 10.1111/j.1442-2042.2011.02880.x.