

Renal hücreli karsinomda bilateral adrenal bez metastazı: Olgu sunumu*Renal cell carcinoma with bilateral adrenal metastasis: Case report***Doğan Atılğan, Nihat Uluocak, Bekir Süha Parlaktaş, Fikret Erdemir, Engin Kölükçü**

Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Kliniği, Tokat, Türkiye

Geliş tarihi (Submitted): 14.04.2012
Kabul tarihi (Accepted): 15.07.2012

Yazışma / Correspondence

Dr. Doğan Atılğan
Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp
Fakültesi, Üroloji AD 60100 Tokat
Gsm: 0533 312 96 67
Fax:0356 212 94 17
e-mail: datilgan@msn.com

Özet

Renal parankimin en sık görülen malign neoplazmı renal hücreli karsinomdur(RHK). Renal hücreli karsinom sıklıkla akciğer, beyin, kemik ve karaciğer gibi organlara metastaz yaparken, bilateral sürrenal metastazı oldukça nadir görülen bir durumdur. Bu çalışmada, sol RHK ve bilateral sürrenal metastazı saptanan 38 yaşındaki erkek hastayı literatür ışığında sunmaktayız

Anahtar Kelimeler: Böbrek karsinomu, adrenal, metastaz, bilateral

Abstract

The most common malignant neoplasm of the renal parenchyma is renal cell carcinoma (RCC). Renal cell carcinoma is often metastasis in organs such as, lung, brain, bone and liver. Bilateral adrenal metastasis of RCC is extremely rare. In this study, we present a 38-year-old male patient with left RCC and bilateral adrenal metastasis.

Key Words: Renal carcinoma, adrenal, metastasis, bilateral

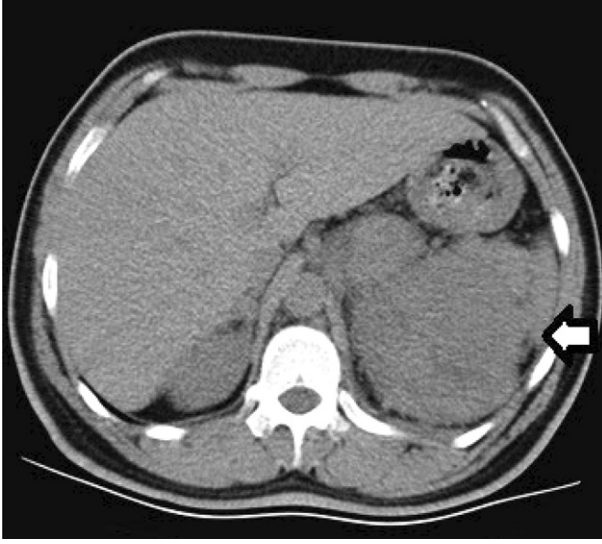
Giriş

Renal hücreli karsinom(RHK) böbreğin en sık görülen malign tümörüdür ve erişkinde tüm böbrek tümörlerinin %90'ını oluşturur. Tanı sırasında olguların %30'unda uzak organ metastazı görülür (1-3). RHK hemen hemen her organa metastaz yapmakla beraber akciğer, batın, kemik ve beyin metastazları oldukça sıktır. İpsilateral sürrenal metastazı olguların % 2-10 unda saptanırken, bilateral sürrenal metastazı oldukça nadir görülen bir durumdur (4).

Olgu Sunumu

38 Yaşında erkek hasta idrardan pıhtılı kan gelmesi şikayeti ile üroloji polikliniğimize başvurdu. Yapılan fizik muayenede patolojik bir bulguya rastlanmadı. Laboratuvar tetkikleri normal olarak tespit edildi. Hastanın özgeçmişinde 20 paket/yıl sigara kullanımı öyküsü mevcuttu. Yapılan ultrasonografide, sol böbrek lokalizasyonunda 25 cm çapında heterojen yapıda solid kitle tespit edildi. Kontrasız bilgisayarlı tomografisinde (BT), sol böbrek

orta üst kesiminden gelişen 12 x 10 cm büyüklüğünde heterojen kitle, sol sürrenal bez lokalizasyonunda 8 x 6 cm büyüklüğünde kitle ve sağ sürrenal bez lokalizasyonunda 2,5 cm çapında kitle tespit edildi (Resim-1). Manyetik rezonans görüntüleme (MRG)'de sol böbrek superior-posterior kesimini büyük ölçüde dolduran, koronal planda 12x10 cm heterojen kontrast tutan kitle ile beraber kitlenin ve sol böbreğin superiorunda sürrenal lojda koronal planda yaklaşık 8,5 x 6,5 cm heterojen kontrast tutan sürrenal metastazla uyumlu kitle, sol paraaortik ve parakaval alanda yaklaşık 10 cm büyüklüğünde patolojik konglomera lenfadenopati ve sağ sürrenal bezde 25 x 20 mm metastazla uyumlu kitle saptandı (Resim 2a-2b). Sol radikal nefrektomi ve bilateral sürrenalektomi planlanan hasta operasyon öncesi endokrinoloji kliniğinin önerisiyle steroid şemsiyesi altına alındı. Gerekli hazırlıkları takiben hastaya sol Chevron insizyonu ile sol radikal nefrektomi, bilateral sürrenalektomi ve paraaortokaval lenfadenektomi yapıldı Patoloji sonucu, renal ven dallarına



Resim 1: Sol böbrek orta üst kesimde gelişen ekspansil tarzda heterojen parankim dansitesinde kitlenin BT görüntüsü.

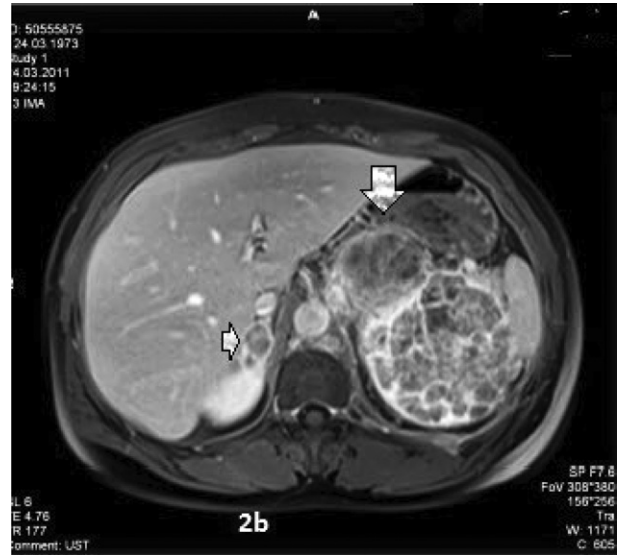


Resim 2: a) Sol böbrek süperior posterior kesimini büyük ölçüde dolduran koronal planda 12x10 cm postkontrast incelemede renal parankime göre daha az heterojen kontrast tutan kitlenin MR görüntüsü.

ve renal artere invazyon gösteren Fuhrmann grade 3 renal hücreli karsinom saptandı. Sol sürrenal bez, sağ sürrenal bez ve paraaortik lenf nodlarının patolojik değerlendirmesi RHK metastazı olarak değerlendirildi (Resim 3). Postoperatif takiplerinde komplikasyon saptanmayan hasta, hedefe yönelik tedavi amacıyla onkoloji kliniğine yönlendirildi. **Klinik takiplerinde patoloji tespit edilmeyen hasta postoperatif 8. ayda ex oldu.**

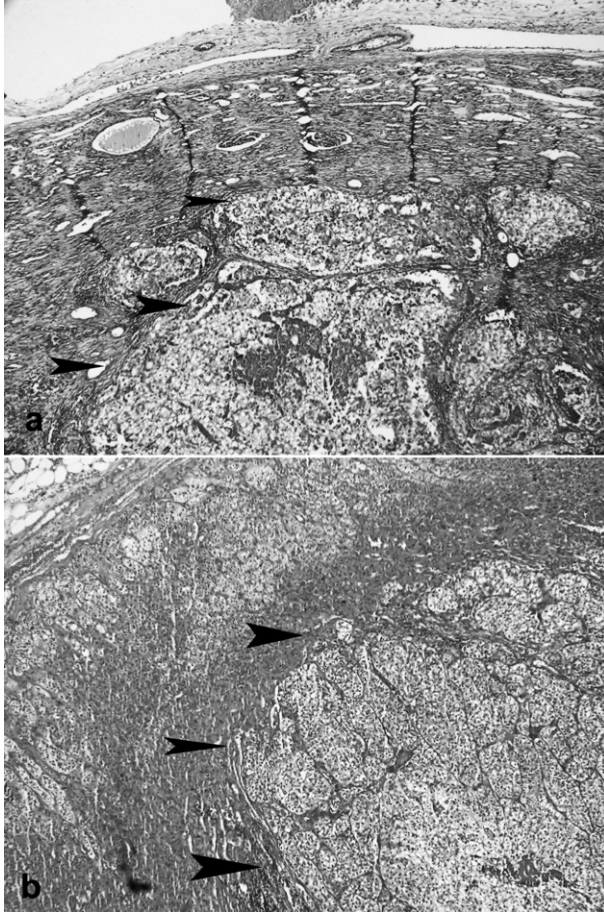
Tartışma

RHK'nin iki taraflı sürrenal metastazı oldukça nadir görülen bir durumdur ve üst pol yerleşimli RHK lerde daha sıktır (4). Otopsi serilerinde renal hücreli karsinomun adrenal metastaz insidansı %6-29 dur ve bunların 1/3 ü klinik tanıda tespit edilir (5-9). Sürrenal bez metastazı olan renal kanser hastalarında renal tutulum büyük çoğunlukla böbreğin tamamına yayılmış durumdadır (10). Sürrenal metastazlar doğrudan yayılım, retroperitoneal lenf nodlarını içeren lenfatik yayılım, retrograd venöz emboliler veya gerato fasyasını içeren lokal vasküler yayılım ile oluşabilmektedir (11). Bilateral sürrenal bez tutulumunda dahi sürrenal bez fonksiyonları genellikle korunur (12). RHK de bilateral sürrenal metastazı oldukça nadir görülen bir patoloji olduğu için tedavi yaklaşımı ile ilgili literatürde kesin bir protokol bulunmamak-



Resim 2: b) Sol böbreğin superiorunda sürrenal lojda koronal planda yaklaşık 8,5x6,5 cm heterojen kontrast tutan sürrenal metastazla uyumlu kitle (küçük ok) ve sağ sürrenal bezde 25*20 mm heterojen kontrast tutan metastazla uyumlu kitlenin MR görüntüsü (büyük ok).

tadır. Radikal nefrektomi ile birlikte bilateral sürrenalektomi tümör yükünü azaltmak için önerilse de prognoz oldukça kötüdür. Radikal nefrektomi ile beraber bilateral adrenalektomi yapılan hastalarla ilgili olgu sunumlarında 6-12 aylık hastaliksız sağkalım bildirilmiştir (13,14,15). Tedavi seçeneklerinden biri de parsiyel sürrenalektomidir. Bu prosedürle postoperatif dönemde ortaya çıkabi-



Resim 3: a) Böbrek parankiminde şeffaf hücreli tipte renal hücreli karsinoma infiltrasyonu (ok başları) (HE, X10)
b) Sürrenal korteksinde metastatik şeffaf hücreli renal hücreli karsinoma odağı (ok başları) (HE, X10)

lecek addison krizlerinin önüne geçilebilmektedir (15). Bunun yanında tümör yükünün azaltılması açısından radikal nefrektomi ile beraber bilateral sürrenalektominin uygun tedavi yaklaşımı olduğu ileri sürülmektedir.

Kaynaklar

1. Golimbu M, Joshi P, Sperber A. Renal cell carcinoma: survival and prognostic factors. *Urology* 1986; 27:291-301.
2. Motzer RJ, Bander NH, Nanus DM. Renal-cell carcinoma. *N Engl J Med* 1996;335: 865-75.
3. Oztürk K, Sahin M, Midilli R, Karcı B. Delayed Phase Nasal Metastasis of Renal Cell Carcinoma as a Rare Epistaxis Cause. *Journal of Clinical and Analytical Medicine* DOI: 10.4328/JCAM.848
4. Kozlowski JM. Management of distant solitary recurrence in the patient with renal cancer: contralateral kidney and

- other sites. *Urol Clin North Am* 1994;21:601-24.
5. Saitoh H, Nakayama M, Nakamura K, Satoh T. Distant metastasis of renal adenocarcinoma in nephrectomized cases. *J Urol* 1982 ;127:1092-95.
6. Hajdu SI, Thomas AG: Renal cell carcinoma at autopsy. *J Urol* 1967; 97: 978-82.
7. Duggan MA, Forestell CF, Hanley DA. Adrenal metastases of renal-cell carcinoma 19 years after nephrectomy. Fine needle aspiration cytology of a case. *Acta Cytol* 1987; 31:512-16.
8. Antonelli A, Cozzoli A, Simeone C. Surgical treatment of adrenal metastasis from renal cell carcinoma: a single-centre experience of 45 patients. *BJU Int* 2006; 97:505-8.
9. Rosenthal FD, Davies MK, Burden AC. Malignant disease presenting as Addison's disease. *Br Med J* 1978;1:1591-2.
10. Skinner DG, Colvin RB, Vermillion CD, Pfister RC, Leadbetter WF. Diagnosis and management of renal cell carcinoma. A clinical and pathologic study of 309 cases. *Cancer* 1971; 28:1165-77
11. Sagalowsky A, Kadesky K, Ewalt D, Kennedy TJ. Factors influencing adrenal metastasis in renal cell carcinoma. *J Urol* 1994 ;151:1181-84.
12. Zornoza J, Bernardino ME. Bilateral adrenal metastasis: "head light" sign. *Urology* 1980;15:91-2.
13. Koutalellis GE, Felekouras E, Evangelou C, Koritsiadis G, Chasiotis D, Anastasiou I. Renal cell carcinoma with bilateral synchronous adrenal gland metastases: a case report. *Cases J* 2009;2:7298.
14. Karadağ D, Çağlar O. İki taraflı sürrenal metastazlı renal hücreli karsinom olgusu. *Türk Üroloji Dergisi* 2011;37(1):67-70
15. Wu HY, Xu LW, Zhang YY, Yu YL, Li XD, Li GH. Metachronous contralateral testicular and bilateral adrenal metastasis of chromophobe renal cell carcinoma: a case report and review of the literature. *J Zhejiang Univ Sci B* 2010;11(5):386-9
16. Schomer NS, Mohler JL. Partial adrenalectomy for renal cell carcinoma with bilateral adrenal metastases. *J Urol* 1995;153:1196-8.