

Böbrek toplayıcı kanal karsinomu

Renal collecting duct carcinoma: Case Report

Erem Asil¹, Sadi Turkan², İpek Çoban³, Serkan Altınova¹

¹Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1. Üroloji Kliniği

²Özel Kastamonu Anadolu Hastanesi

³Ankara Dışkapı Y.B. Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. Patoloji Kliniği

Özet

Toplayıcı kanal karsinomu renal hücreli kanserlerin oldukça nadir rastlanılan bir çeşididir (%0,6-3) ve genelde ileri evre hastalık olarak karşımıza çıkmaktadır. Hastaların bir kısmında tanı anında lenf nodu metastazı (%44) ve uzak metastaz(%32) mevcuttur.

Bu yazıda toplayıcı renal karsinomu olan bir olgu güncel literatürler ışığında değerlendirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Renal kanser, Toplayıcı kanal karsinomu

Summary

Collecting-duct carcinoma is a very rare type of RCC (%0,6- 3), often presenting at an advanced stage of disease. Regional lymph node metastases and distant metastases were present at diagnosis(%44, %32).

In this article, the patient having collecting-duct carcinoma is evaluated under the current literature.

Key Words: Renal cancer, Collecting-duct carcinoma

Giriş

Toplayıcı kanal karsinomu renal hücreli kanserlerin oldukça nadir rastlanılan bir çeşididir (%0,6-3) ve genelde ileri evre hastalık olarak karşımıza çıkmaktadır. Yayınlanan, 81 hastanın incelendiği en geniş seride hastalaların %44'ünde tanı anında lenf nodu metastazı mevcuttur ve yine tanı anında %32 hastada uzak metastaz mevcuttur (1). 5 yıllık ve 10 sağkalım oranları sırasıyla %48 ve %14' tür (1-3).

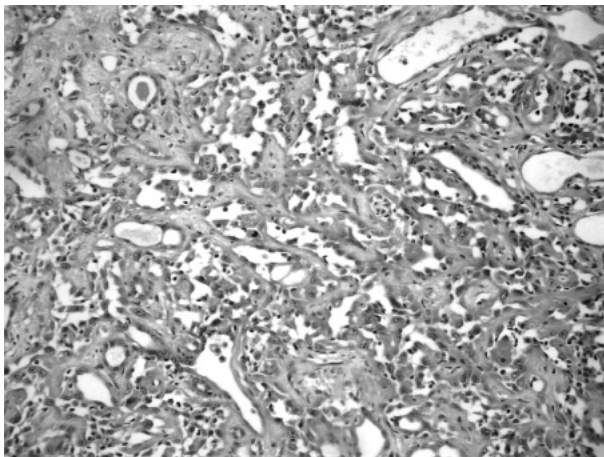
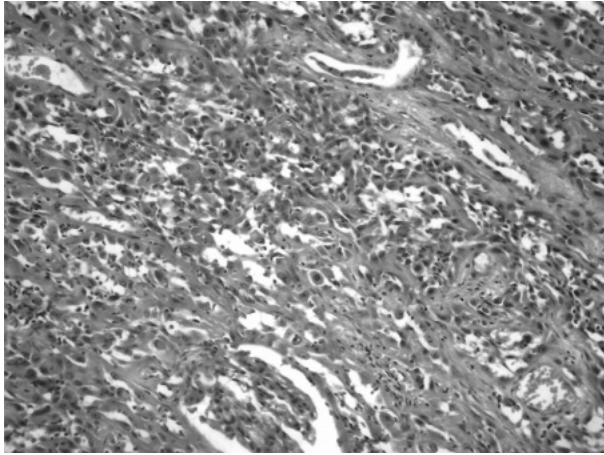
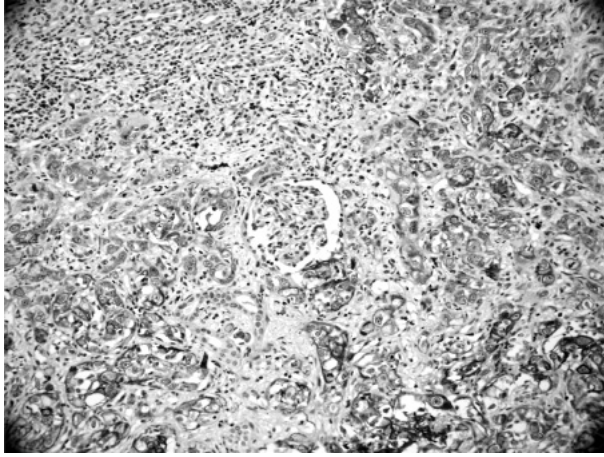
Olgu Sunumu

49 yaşında erkek hasta şiddetli sağ yan ağrısı ve sağ kostavertebral bölgeden pürülan akıntı (fistül) şikayeti ile başvurdu. Hastanın özgeçmişinde 20 yıl önce sağ pyelolitotomi,1 ay önce ise sağ perkütan nefrolitotomi hikayesi mevcuttu. Hastanın genel durumu orta olup, son altı ayda 15 kilo kaybı ve halsizlik şikayeti mevcuttu. Fizik muayenede özellikle batın sağ tarafta hassasiyet ve sağda kostavertebral açığı hassasiyeti saptandı.BT'de sağ böbrekte büyüme, kontürlerinde lobulasyon, normal konfigürasyonunda bozulma, parankimde belirgin derecede in-

celme ve içeriği yoğunlaşmış- ileri derecede hidronefrotik görünüm(pyonefroz) saptandı. Sağ böbrekte posterior perirenal alandan kas planlarını aşır cilt altına dek uzanan ve trasesi boyunca pü ile uyumlu hipodens alanlar içeren düzensiz sınırlı fistül hattı ve sağ böbrek üst polde yaklaşık 1cm çapında taş saptandı. Laboratuvar incelemelerinde sedimentasyon yüksekliği (70mm/h), hafif anemi (Htc:36, Hb: 11.6), tam idrar tetkikinde ise bol lökosit saptandı. Bütün bu bulgular eşliğinde hastaya sağ basit nefrektomi operasyonu uygulandı. Perioperatif ve postoperatif bir komplikasyon gelişmedi. Çıkarılan kitlenin patolojik incelemesinde dokuların tamamına yakını nekrotik görünümde saptandı ve dokuların kısmen seçilebildiği alanlarda sert krem beyaz renkli dokular izlendi. Mikroskopik incelemede H&E boyalı kesitlerde yaygın nekroz alanları içerisinde sınırlı alanlarda parankim seçilebiliyordu.Bu alanlarda medulla ve kortekste infiltratif tarzda dağılmış,yer yer kapsül invazyonu yapan,papiller morfolojisi baskın olmak üzere tübüler ve tübülopapiller yapılar oluşturan tümöral lezyon izlendi.Arada desmop-

Geliş tarihi (Submitted): 19.01.2012

Kabul tarihi (Accepted): 27.01.2012



lastik stroma varlığı ve stromada yer yer mikst tipte inflamatuvar hücre varlığı görüldü. Tumor alanlarına komşu bazı alanlarda intratubuler epitelyal atipi varlığı dikkati çekti. Tumor hücreleri orta genişlikte eozinofilik sitoplazmalı, iri, hiperkromatik nükleuslu, kaba kromatin-

li ve belirgin nükleollü olarak görüldü. Bazı alanlarda tumor hücreleri sarkomatoid diferansiyasyon göstermekteydi. Yapılan immunohistokimyasal boyamalarda tumor hücrelerinde Alcian Blue boyası ile yer yer münin varlığı izlendi ve hastaya sarkomatoid diferansiyasyon gösteren Bellini toplayıcı kanal karsinomu tanısı verildi. Tanı sonrası hasta bir üniversite hastanesinin onkoloji kliniğine sevk edildi. Burada RT ve KT alan hasta postoperatif 2. ayda ex oldu.

Tartışma

Bellini toplayıcı kanal karsinomu, renal medulladaki toplayıcı kanal hücrelerinden gelişen malign epitelyal bir tumördür. Bellini toplayıcı kanal karsinomu ile ilgili ilk yayın 1976 yılında yayınlanmıştır (4). Geniş bir yaş dağılımı vardır (13-83 yaş arası). Erkeklerde kadınlara göre 2 kat daha sık izlenir. Hastaların genelde yan ağrısı, hematurisi, halsizlik ve kilo kaybı ile başvururlar.

Makroskopik incelemede, tumor küçükse medulladan kaynaklandığı izlenebilir. Büyük tumörler ise medulla ve kortekste sert krem beyaz renkli irregüler, invaziv sınırlıdır. Histolojik olarak 2 alt tipe ayrılmaktadır.

Papiller tip, krem-gri-beyaz renkte ve mikroskopik olarak tumor hücreleri, eozinofilik sitoplazması olan, nükleer pleomorfizm gösteren, papiller veya tübülöpapiller yapıdadır (7). Tumor küçükse, böbrek medullada lokalize sadece nodüler bir kitle olarak izlenir.

Mikst tip, makroskopik olarak gri-beyaz renktedir. Mikroskopik olarak, transizyonel hücre diferansiyasyon alanlarına ve tübülöpapiller adenokarsinom özelliklerine sahiptir (8). Tumor hücreleri, yüzük şeklinde dizilim gösterir, mezonefrik kanalı taklit ederler.

Bellini toplayıcı kanal karsinomunun prognozu oldukça kötüdür. Vakaların bir çoğunda cerrahi sonrası ilk 1-3 yıl içinde ölüm görülür. Radikal nefrektomi sonrası rapor edilen en uzun yaşam süreli tek olgu 100 aydır (5). Lokal yayılım, akciğer, kemik, karaciğer ve cilt metastazı görülebilir (6).

Bellini toplayıcı kanal karsinomu nadir görülen ve agresif bir tumördür. Agresif özelliği ve yüksek rekürrens riski nedeniyle radikal nefrektomi en iyi seçenek gibi görünmektedir. İleri evre hastalık söz konusu ise sistemik tedavi gereklidir. Doksorubisin, gemstabin, ifosfomid, paklitaksel ve sisplatin metastatik hastalarda kullanılmaktadır.

Uzun süreli takip lokal rekürrens ve uzak metastazı değerlendirmek açısından önemlidir.

Kaynaklar

1. Tokuda N, Naito S, Matsuzaki O, et al. Collecting duct (Bellini duct) renal cell carcinoma in Japan: a nationwide survey in Japan. J Urol 2006 Jul;176(1):40-3.
2. Srigley JR, Delahunt B. Uncommon and recently described renal carcinomas. Mod Pathol 2009 Jun;22:S2-S23.
3. Karakiewicz PI, Trinh QD, Rioux-Leclercq N, et al. Collecting duct renal cell carcinoma: a matched analysis of 41 cases. Eur Urol 2007 Oct;52(4):1140-5
4. Mancilla-Jimenez R, Stanley RJ, Blath RA: Papillary renal cell carcinoma. A clinical, radiologic and pathologic study of 34 cases. Cancer 38: 2469-80; 1976.
5. Mejean A, Roupert M, Larousserie F, et al: Is there a place for radical nephrectomy in the presence of metastatic collecting duct (bellini) carcinoma? J Urol 169: 1287-90, 2003
6. Carter MD, Tha S, McLoughlin MG, Owen OA: Collecting duct carcinoma of the kidney: A case report and review of the literature. J Urol 147: 1096-8; 1992
7. Lack EE, Cassidy JR, Sallan SE: Renal cell carcinoma in childhood and adolescence. A clinical and pathological study of 17 cases. J Urol 133: 822-8; 1985.
8. Fleming S, Lewi HJE: Collecting duct carcinoma of the kidney. Histopathology 10: 1131-41, 1986.

Yazışma / Correspondence

Erem Asil

Kaman Devlet Hastanesi Üroloji Bölümü Kaman/ Kırşehir

Tel: 0530 766 40 40

E-mail: dreremasil@gmail.com
