



İpsilateral, Ko-insidental Renal Hücreli Karsinom ve Üreterin Ürotelyal Karsinomu: Nadir Bir Olgu

Co-insidental, Ipsilateral Renal Cell Carcinoma and Urothelial Carcinoma of Ureter: A Rare Case

İbrahim Küçüktürkmen, Volkan Şen, İbrahim Halil Bozkurt, Tarık Yonguç, Özgü Aydoğdu, Tansu Değirmenci

İzmir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İzmir, Türkiye

Öz

Renal hücreli karsinom ve üst üriner sistemin transizyonel hücreli ürotelyal karsinomu çok nadir görülen tümörler değildir, ancak bir hastada renal hücreli karsinom ve transizyonel hücreli karsinomun aynı anda aynı böbrekte görülmesi oldukça nadir bir olaydır. Biz bu olgu sunumunda kliniğimizde böbrekte kitle nedeni ile laparoskopik radikal nefrektomi uygulanan, patoloji sonucunda renal hücreli karsinom ile eş zamanlı transizyonel hücreli karsinom saptanan ve bunun üzerine üreterektomi ve cuff eksizyonu yapılan olguyu literatür eşliğinde sunmayı amaçladık.

Anahtar Sözcükler: Renal hücreli karsinom, ürotelyal karsinom, ko-insidental renal tümörü

Abstract

Renal cell carcinoma and urothelial carcinoma of the upper urinary tract are not rare urological malignancies, however, in a patient with renal cell carcinoma and urothelial carcinoma seen simultaneously in the same kidney is a rare event. We present a patient with a renal mass who underwent laparoscopic radical nephrectomy in our clinic. Pathology results revealed renal cell carcinoma and urothelial carcinoma, therefore, ureterectomy and cuff excision were performed. Pathological investigation of the ureterectomy specimen revealed urothelial carcinoma of the proximal ureter. We report this rare case with a literature review.

Keywords: Renal cell carcinoma, urothelial carcinoma, co-incident renal tumor

Giriş

Renal hücreli karsinom (RHK) yan ağrısı, karın ağrısı ve hematüri gibi semptomlarla kendini gösterirken, üst üriner sistemin karsinomu [transizyonel hücreli karsinomu (THK)] daha çok ağrılı hematüri ile kendini gösterir (1). RHK ve THK tümörlerine ayrı ayrı bakıldığında çok da nadir görülen tümörler değildir. Ancak bir hastada bu iki tümörün aynı anda oluşumu son derece nadir bir olaydır (1). Preoperatif veya intraoperatif olarak doğru tanının konulması radikal nefrektominin yanında üreter rezeksiyonunda yapılması açısından oldukça önemlidir. Kliniğimizde böbrekte kitle nedeni ile radikal nefrektomi uygulanan, patoloji sonucunda eş zamanlı RHK ve THK

saptanması üzerine üreterektomi yapılan literatürde nadir rapor edilen olgumuzu sunmayı amaçladık.

Olgu

Otuz sekiz yaşında kadın hasta hematüri ve sağ yan ağrısı şikayetleriyle üroloji polikliniğine başvurdu. Hastanın özgeçmişinde herhangi bir kronik hastalık bulunmamaktaydı. Travma ve operasyon öyküsü yoktu. Hastanın alınan anamnezinde sigara öyküsü ve kimyasal madde maruziyeti bulunmamaktaydı. Hastanın bakılan tam idrar tetkikinde +3 eritrosit mevcuttu. Hastanın kreatinin düzeyi: 0,9 mg/dL, hemoglobin düzeyi: 11,5 g/dL idi ve koagülasyon tetkikleri normal sınırlar içindeydi.

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: İbrahim Küçüktürkmen
İzmir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İzmir, Türkiye
Tel.: +90 532 612 29 67 E-posta: ibrahimkucukturkmen@gmail.com

Geliş Tarihi/Received: 24 Temmuz 2015 **Kabul Tarihi/Accepted:** 03 Ekim 2015

Haseki Tıp Bülteni,
Galenos Yayınevi tarafından basılmıştır.
*The Medical Bulletin of Haseki Training and Research Hospital,
published by Galenos Publishing.*

Hastaya yapılan üriner sistem ultrasonografide sağ böbrek orta kesimden pelvise bası oluşturan 5,5 cm'lik kitle görülmesi üzerine tüm batın dinamik manyetik rezonans (MR) görüntüleme istendi. MR'da sağ böbrekte parankim ve renal sinüse uzanımı olan 6 cm boyutunda solid kitle saptandı (Resim). İlk planda RHK olarak düşünülen hastaya laparoskopik sağ radikal nefrektomi yapıldı. Takiplerinde herhangi bir sıkıntı saptanmayan hasta postoperatif beşinci günde taburcu edildi. Nefrektomi materyalinin patolojik değerlendirilmesinde sağ böbrek alt polde 5x4x4 cm boyutlarında kromofob hücreli RHK (Fhurman grade 2) ve buna ek olarak rezeke edilen üreterde bir odakta lamina propria invazyonu olan düşük dereceli THK (T1 düşük dereceli THK) saptandı. Periferik cerrahi sınır, üreter cerrahi sınır ve renal ven salim olarak raporlandı. Bunun üzerine hastaya üreterektomi yapılması kararı alındı. Sistoskopisinde herhangi bir patoloji saptanmayan hastaya sağ üreterektomi uygulandı. Patoloji sonucunda üreter proksimal kesiminde bir odakta düşük dereceli THK saptandı. Bir yıldır rutin takipte olan hastanın kontrol sistoskopilerinde nüks saptanmadı.

Tartışma

RHK yetişkin kanserlerinin %3'ünü oluşturmaktadır. Yetişkinlerde RHK tanı anında %20 oranında toplayıcı sisteme veya renal kapsüle invaze olduğu görülmüştür (2). Üst üriner sistem THK ise yetişkinlerde üretere göre renal pelviste daha sık görülür ve tanı anında %60 oranında invazivdir (3,4). Böbrek tümörlerinin %10'u da



Resim. Sağ böbrekte parankim ve renal sinüse uzanımı olan 6 cm boyutunda solid kitle

renal pelvise uzanım görülürken, renal pelvis tümörlerinin yaklaşık %90'ı THK'dır (5).

Bu iki tümörün aynı taraf böbrekte bir arada görülmesi çok nadirdir ve bununla ilgili literatürde çok az sayıda seri ve olgu sunumu vardır. Literatürde ilk olarak 1921 yılında Graves ve Templeton (6) bu olguyu rapor etmişlerdir. Bu güne kadar sunulmuş olgulara bakıldığında hastalarda erkek hakimiyeti olduğunu görmekteyiz (Erkek/Kadın: 2/1) (7). Hastaların yaş ortalaması 65 ve ilk başvuru şikayeti %90 oranında hematüri idi (7). Sunulan olgularda RHK ve THK sol tarafta sağa göre üç kat fazla görülmüştür (7). RHK ile ilgili bilinen risk faktörleri arasında sigara içiciliği, obezite ve hipertansiyon bulunmaktayken; THK'nın risk faktörleri sigara içiciliği ve aromatik amin maruziyetidir. Yani her iki kanserinde ortak risk faktörü sigara içiciliğidir ve bu bilgiyi doğrulayan İspanya'da RHK ve THK'nın aynı böbrekte görüldüğü 47 olgunun derlendiği çalışma mevcuttur. Bu çalışmada hastaların %24'ünün sigara içicisi olduğu saptanmıştır (8). Çalışmada başvuru şikayetleri gözden geçirildiğinde hastaların %90'ı hematüri ile, %14'ü palpe edilebilir kitle ile ve %19'u flank ağrı ile başvurmuşlardır. Çalışmadaki hastaların %24'ünün başvuru anında hastalığının metastatik safhada olduğu saptanmıştır (1).

Leveridge ve ark. (9) aynı taraf böbrekte mikroskopik ven metastazı olan T1b RHK ve renal sinüs yağ dokusuna invaziv T3 yüksek dereceli THK tümörlerinin aynı anda görüldüğü olguyu sundular. Bu olgu sonucunda bu iki agresif tümörün bir arada görülmesiyle prognoz daha da kötüye gidebileceği vurgulandı (10). Bizim sunduğumuz olguda ise hastaya metastatik olmayan T1b RHK ve düşük dereceli T1 THK tanısı konuldu ve bir yıldır rutin takipte olan hastanın kontrol sistoskopilerinde nüks saptanmadı.

Sonuç

Preoperatif görüntüleme büyük böbrek tümörü ve hematüri şikayeti olan hastada böbrek tümörüne renal pelvis tümörünün de eşlik edebileceği akılda tutulmalıdır. Radikal nefrektomi materyalinde her iki tümörün varlığında üreterektomi yapılması uygun bir yaklaşım olacaktır. Renal pelviste THK şüphesi bulunduğu operasyonun şeklini değiştirebileceğinden preoperatif patoloji frozen değerlendirilmesi yapılabilir.

Etik

Hasta Onayı: Olgu sunumu yapılan hastanın bilgilendirilmiş onam formu alınmıştır.

Hakem Değerlendirmesi: Editörler kurulu dışındaki kişilerce değerlendirilmiştir.

Yazarlık Katkıları

Cerrahi ve Medikal Uygulama: İbrahim Halil Bozkurt, Volkan Şen. Konsept: İbrahim Küçüktürkmen, Volkan Şen. Dizayn: İbrahim Küçüktürkmen, Volkan Şen. Veri Toplama

veya İşleme: İbrahim Halil Bozkurt, Tarık Yonguç, Özgü Aydoğdu, Tansu Değirmenci. Analiz veya Yorumlama: İbrahim Küçüktürkmen, Volkan Şen. Literatür Arama: İbrahim Halil Bozkurt, Tarık Yonguç, Özgü Aydoğdu, Tansu Değirmenci. Yazan: İbrahim Küçüktürkmen.

Çıkar Çatışması: Yazarlar bu makale ile ilgili olarak herhangi bir çıkar çatışması bildirmemiştir.

Finansal Destek: Çalışmamız için hiçbir kurum ya da kişiden finansal destek alınmamıştır.

Kaynaklar

1. Hart AP, Brown R, Lechago J, Truong LD. Collision of transitional cell carcinoma and renal cell carcinoma. An immunohistochemical study and review of the literature. *Cancer* 1994;73:154-9.
2. Novick AC, Campbell SC. Renaltumors. In: Campbell M, Retik AB, Vaughan ED, editors. *Campbell'surology*. 8th ed. Philadelphia: Saunders; 2002. p. 2672-731.
3. Babjuk M, Oosterlinck W, Sylvester R, et al. EAU guidelines on non-muscle-invasive urothelial carcinoma of the bladder, the 2011 update. *Eur Urol* 2011;59:997-1008.
4. Margulis V, Shariat SF, Matin SF, et al. Outcomes of radical nephroureterectomy: a series from the upper tract urothelial carcinoma collaboration. *Cancer* 2009;115:1224-33.
5. Messing EM. Urothelialtumors of the urinarytract. In: Campbell M, Retik AB, Vaughan ED, editors. *Campbell'surology*. 8th ed. Philadelphia: Saunders; 2002. p. 2732-84.
6. Graves RC, Templeton ER. Combined tumors of the kidney. *Urology*. 1921;5:517-37.
7. Ke QH, Kuo HC. Synchronous ipsilateral renal cell and transitional cell carcinoma: A case report. *JTUA* 2006;17:67-70.
8. Fernandez Arjona M, Santos Arrontes D, De Castro Barbosa F, Beqara Morillas F, Cortes Aranquez I, Gonzalez L. Synchronous renal clear-cell carcinoma and ipsilateral transitional-cell carcinoma: case report and bibliographic review. *Arch Esp Urol* 2005;58:460-3.
9. Leveridge M, Isotalo PA, Boag AH, Kawakami J. Synchronous ipsilateral renal cell carcinoma and urothelial carcinoma of the renal pelvis. *Can Urol Assoc J*. 2009;3:64-6
10. Lang H, Lindner V, Letourneux H, Martin M, Saussine C, Jacqmin D. Prognostic value of microscopic venous invasion in renal cell carcinoma: long-term follow-up. *Eur Urol* 2004;46:331-5.