



# Metastatic Renal Cell Carcinoma of the Nasal Septum: A Case Report

## *Nazal Septumun Metastatik Renal Hücreli Karsinomu: Olgu Sunumu*

Case Report  
Olgu Sunumu

Mustafa Aslier , Mustafa Cenk Ecevit 

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

### Abstract

Metastatic lesions of the nasal cavity and paranasal sinuses are rare tumors. Carcinomas originating from intrapelvic organs play an important role in the differential diagnosis of these masses because of their paradoxical spread to the head and neck region. In this study

we report a case with metastatic renal cell carcinoma of the caudal nasal septum.

**Keywords:** Nasal septum, nose neoplasms, renal cell carcinoma

### Öz

Nazal kavite ve paranasal sinüslerin metastatik lezyonları az rastlanır tümörlerdir. Bu kitlelerin ayırıcı tanıları içerisinde, paradoksik baş boyun bölgesi yayılımı yapabilmeleri nedeni ile intrapelvik organ kaynaklı karsinomların önemli yeri vardır. Bu çalışmada

nazal septumun kaudal kısmına metastaz yapmış bir renal hücreli karsinom olgusu sunuldu.

**Anahtar kelimeler:** Nazal septum, nazal neoplaziler, renal hücreli karsinom



**ORCID IDs of the authors:**  
M.A. 0000-0001-8257-0979;  
M.C.E. 0000-0002-5809-7322.

**Cite this article as:** Aslier M, Ecevit MC. Metastatic Renal Cell Carcinoma of the Nasal Septum: A Case Report. Turk Arch Otorhinolaryngol 2018; 56: 51-3.

This study was presented as a poster presentation at the 33<sup>rd</sup> Turkish National Congress of Otorhinolaryngology Head and Neck Surgery, October 26-30, 2011, Antalya, Turkey.

Bu çalışma, 33. Türk Ulusal Kulak Burun Boğaz ve Baş Boyun Cerrahisi Kongresi'nde poster bildirisi olarak sunulmuştur, 26-30 Ekim 2011, Antalya, Türkiye.

**Corresponding Author/Sorumlu Yazar:**  
Mustafa Aslier; mustafa.aslier@gmail.com

**Received Date/Geliş Tarihi:** 15.10.2017  
**Accepted Date/Kabul Tarihi:** 03.11.2017

© Copyright 2018 by Official Journal of the Turkish Society of Otorhinolaryngology and Head and Neck Surgery Available online at [www.turkarchotolaryngol.net](http://www.turkarchotolaryngol.net)

© Telif Hakkı 2018 Türk Kulak Burun Boğaz ve Baş Boyun Cerrahisi Derneği Makale metnine [www.turkarchotolaryngol.net](http://www.turkarchotolaryngol.net) web sayfasından ulaşılabilir.

DOI: 10.5152/tao.2018.2826

### Giriş

Sinonazal bölgede saptanan kitlelerin büyük kısmını neoplastik olmayan enflamatuvar lezyonlar oluşturur (1). Bu lezyonlar nazal pasajlarda sıklıkla bilateral gelişme özelliği göstermeleri ile neoplastik patolojilerden ayrılabilirler. Tek taraflı intranasal kitlelerde ise neoplazi riski daha yüksektir ve bu nedenle enflamatuvar polipoid görünümde olsalar dahi ileri incelemeler ile araştırılmalıdır. Tümörle lezyonun oluşturduğu enflamasyona bağlı lezyonun çevresinde gelişebilecek mukozal ödem ve polipoid dejenerasyon malign kitlenin saptanmasını güçleştirebilir ve hatta alınan biyopsinin niteliğini etkileyebilir.

Sinonazal bölgenin neoplastik lezyonları ise yukarıda bahsedildiği üzere genellikle tek taraflı gelişim göstermektedir. Malign lezyonlar nadir rastlanır tümörlerdir ve bu grup içerisinde metastatik kitleler çok daha seyreklerdir. Sıklık sırası ile renal hücreli karsinom (RHK), bronkojenik karsinom, tiroid ve meme karsinomları ile prostat tümörleri sinonazal bölgeye metastaz yapabilirler (2). Özellikle RHK bu alanın bilinen en sık metastatik tümürüdür (3).

İntrapelvik organ kaynaklı tümörlerin bu paradoksik baş boyun bölgesi yayılımı Batson venöz pleksusu aracılığı ile gelişebilmektedir (4). Batson venöz pleksusu derin pelvik venler ile internal vertebral venler arasında bulunmaktadır ve intravasküler sisteme girmiş karsinom hücrelerini içeren emboliler bu pleksus aracılığı ile sistemik ve pulmoner dolaşıma katılmaksızın baş boyun bölgesine ulaşabilirler (4).

Bu çalışmada tek taraflı semptomlar ile hekime başvurmış ve intranasal kitleden alınan biyopsi ile tanı almış bir olgu sunuldu. Bu olgu genelinde literatür taraması yapıldı ve benzer olgu serileri incelenerek tanı ve tedavi yaklaşımları tartışıldı.

### Olgu Sunumu

Altmış üç yaşında erkek hasta sol nazal pasajda yeni başlamış burun tıkanıklığı ve zaman zaman gelişen burun kanaması şikayetleri ile Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Kliniği'ne başvurdu. Yapılan fizik muayenesinde nazal septumun sol tarafın-



Resim 1. Nazal septumun kaudal kısmında gelişmiş renal hücreli karsinom metastazi

da kaudal yerleşimli yaklaşık 2 cm boyutlu, nazal vestibulumu kapatmış solid yapıda kitle izlendi (Resim 1). Lezyonun anteriorundan alınan insizyonel biyopsi sonucu RHK metastazi olarak raporlandı. Üroloji kliniğine yönlendirilen hastanın primer alanın saptanmasına yönelik yapılan radyolojik incelemelerinde sağ böbrekte altı cm'lik kitle görüntüledi. Metastaz taraması da yapılan hastanın sağ femur proksimalinde kitlesel lezyon izlendi. Böbrekten alınan tru-cut biyopsi RHK olarak raporlandı ve palyatif kemoterapi planlanan hasta Medikal Onkoloji kliniğine yönlendirildi. Bu aşamada oluşturulması planlanan akademik yayın için hastadan aydınlatılmış yazılı onam alındı.

Metastatik ileri evre hastalık varlığı nedeni ile olgunun intranasal kitlesinin tedavisine yönelik küratif girişim uygulanmadı. Kemoterapi protokolü Medikal Onkoloji kliniğince sürdürüldü. Bir aylık izlemin sonunda tedavi yanıtı alınmadı ve yaygın metastatik hastalık sonrasında gelişen çoklu organ yetmezliği sonucu hasta kaybedildi.

## Tartışma

İntranazal kitlelerin büyük kısmını kronik enflamasyona bağlı gelişmiş nazal polipler oluşturmaktadır (1). Nazal polipler bilateral gelişim özelliği göstermeleri ile kolay tanınabilir ve tedavi öncesi biyopsi sıklıkla gerekli değildir. Sinonazal bölgede saptanan tek taraflı kitlelerde ise enflamatuvar olmayan patolojilerin araştırılması mutlak gereklidir. Bu nedenle öncelikle görüntüleme yapılması uygun olacaktır. Görüntüleme yöntemleri ile ensefalosel ya da meningosel gibi intrakraniyal uzanım gösteren kitlelerin ayrıcı tanısı yapılabilir ve bu sayede katastrofik sonuçlar doğurabilecek biyopsi işlemlerinden kaçınılmış olur. Görüntüleme sonucunda tek taraflı, solid yapıda, çevre dokulara invazyon göstermiş ya da kemik destrüksiyonu oluşturmuş kitle saptanırsa ise malignite olasılığı yüksektir. Bu olgulardan erken zamanda doku örneği alınmalı ve histopatolojik tanıya ulaşılmalıdır.

Sinonazal bölgenin malign lezyonlarının en önemli grubunu primer tümörler oluşturmaktadır. Bu grupta en sık olarak epidermoid karsinom ve daha az sıklıkla minor tükrük bezi neoplazileri, malign melanom ve olfaktör mukoza kaynaklı tümörler yer alır (1, 5). Metastatik tümörler ise oldukça seyrek gözlenmektedir ve makroskopik olarak primer tümörden ayrımı zordur. Alınan doku örneğinde yapılan histopatolojik inceleme sonrası kitlenin metastatik olduğu saptanabilir. Sinonazal bölgeye metastaz yapan maligniteler içerisinde sıklık sırası ile RHK, bronkojenik karsinom, tiroid ve meme karsinomları ile prostat tümörleri sayılabilir (2). Bu metastatik kitleler içerisinde paradoksik baş boyun bölgesi yayılımı yapabilmeleri nedeni ile intrapelvik organ kaynaklı tümörlerin önemli bir yeri vardır.

Üriner sistemi ve prostatı drene eden derin pelvik venler ile internal vertebral venler arasında vasküler kollateral dolaşım sistemi mevcuttur. Bu vasküler kollateral sistem 1940 yılında anatomist Oscar Vivian Batson tarafından tanımlanmış ve Batson venöz pleksusu olarak isimlendirilmiştir (4). Bu pleksus aracılığı ile üriner sistem, prostat, rektum gibi intrapelvik organlardan kaynaklanan tümörler pulmoner dolaşıma girmeksizin vertebraya ve baş boyun bölgesine metastaz yapabilirler (4, 6, 7). Renal hücreli karsinom da bu mekanizma ile sistemik yayılımı bulunmadan baş boyun metastazları ile prezente olabilen bir tümördür (8, 9). Literatürde baş boyun bölgesinde vaskülaritesi yüksek bölgeler olan nazal kavite ve paranazal sinüslere izole şekilde metastaz yapmış RHK olguları bildirilmiştir (3, 9). Bu olguların bir kısmı intranasal kitlelerden alınan biyopsiler sonucu ilk tanımlarını almışlardır.

Bu çalışmada RHK olgularının baş boyun bölgesine metastazlarını değerlendirmek amacı ile PubMed arama motorunda tıbbi konu başlıkları sekmesinde anahtar kelimeler olan 'Renal Cell Carcinoma' ve 'Head and Neck Neoplasms' terimleri kullanılarak tarama yapıldı. Tarama sonucunda 1956 ve 2016 tarihleri arasında yayınlanmış 111 olguyu içeren toplam 73 makaleye ulaşıldı. Çalışmalardaki olgular değerlendirildiğinde, RHK'nin baş boyun bölgesinde hemen her alana metastaz yapabildiği fakat en sık olarak 20 olguda sinonazal bölge, 17 olguda servikal lenf nodu, 12 olguda cilt, 10 olguda dil, 9 olguda parotis ve 7 olguda tiroid bezi metastazı bulunduğu tespit edildi. Bu tarama sonucunda literatürde yer alan RHK olgularında baş boyun bölgesi metastazlarının en sık sinonazal bölgede geliştiği saptandı. Çalışmamızda yer alan olguda da sinonazal bölgede gelişmiş metastatik odak mevcuttur. Olgu nazal semptomlar ile prezente olmuş ve sinonazal metastatik odaktan alınan biyopsi sonucu tanı almıştır.

Renal hücreli karsinomun onkolojik davranışı incelendiğinde erken evrede hematojen yol ile yayıldığı ve agresif davranışlı bir tümör olduğu bilinmektedir. Hastaların %33'ünde uzak metastaz gelişir ve iki yıllık yaşam süresi %10-20 arasındadır (10). Özellikle erken evre düşük risk grubunda bulunan hastalarda metastatektomi ile yaşam süresinin artırılabilirliği gösterilmiştir. Bu nedenle tanı sonrası yapılması gerekli olan ilk işlem metastaz taraması olmalıdır. Tarama sonrası saptanan izole metastazlarda küratif tedavi endikasyonu vardır (10). Yaygın hastalık saptanan olgularda ise palyatif tedavi seçenekleri uygulanmalıdır.

Yukarıda bahsedildiği şekilde baş boyun bölgesinde saptanan RHK metastazlarında da öncelikle tarama yapılması gerekmektedir. Bu şekilde yaygın hastalığı bulunan olgularda sağ kalıma katkısı gösterilmemiş geniş cerrahilerden kaçınılmış olur. İzole baş boyun bölgesi metastazı bulunan olgularda ise primer alanın cerrahisi ile birlikte metastatik odağın küratif tedavisi planlanmalıdır. Eğer opere edilebilir bir izole baş boyun metastazı mevcut ise cerrahi, inoperabl bir odak mevcut ise radyoterapi seçenekleri kullanılabilir (7, 10). Operasyon planlanan olgularda cerrahi öncesi tümörün vasküler yoğunluğunu azaltmaya yönelik embolizasyonun gerekli olabileceği bilinmelidir (7).

Metastaz taraması sonrası yaygın metastatik hastalık saptanan olguların tedavisi ise palyatif kemoterapi ile sınırlıdır ve bu nedenle metastatektomi de gerekli değildir (10). Bu olgularda baş boyun metastazları için semptomlara yönelik cerrahi ya da radyoterapi uygulanabilmesine karşın prognoza katkısının olmayacağı unutulmamalıdır (3, 7). Olgumuzda da baş boyun bölgesi dışı metastaz odaklarının bulunması nedeni ile nazal septuma yönelik cerrahi ya da radyoterapi planlanmadı. Sadece palyatif kemoterapi alan hasta birinci ayında çoklu organ yetmezliği sonrasında kaybedildi.

## Sonuç

Renal hücreli karsinom baş boyun bölgesinde en sık sinonazal bölgeye metastaz yapar ve sinonazal bölgenin en sık metastatik tümörü de yine RHK'dir. RHK olgularında izole baş boyun bölgesi metastazı mevcut ise primer alanın tedavisi ile birlikte metastatektomi, çoklu organ metastazları mevcut ise semptomlara yönelik palyatif tedavi seçenekleri uygulanmalıdır.

**Informed Consent:** Written informed consent was obtained from patient who participated in this study.

**Peer-review:** Externally peer-reviewed.

**Author Contributions:** Concept - M.A., M.C.E.; Design - M.A., M.C.E.; Supervision - M.C.E., M.A.; Resource - M.A., M.C.E.; Materials - M.A.; Data Collection and/or Processing - M.A.; Analysis and/or Interpretation - M.A., M.C.E.; Literature Search - M.A.; Writing - M.A., M.C.E.; Critical Reviews - M.C.E.

**Conflict of Interest:** No conflict of interest was declared by the authors.

**Financial Disclosure:** The authors declared that this study has received no financial support.

**Hasta Onamı:** Yazılı hasta onamı bu çalışmaya katılan hastadan alınmıştır.

**Hakem Değerlendirmesi:** Dış bağımsız.

**Yazar Katkıları:** Fikir - M.A., M.C.E.; Tasarım - M.A., M.C.E.; Denetleme - M.C.E., M.A.; Kaynaklar - M.A., M.C.E.; Gereçler - M.A.; Veri Toplanması ve/veya İşlemesi - M.A.; Analiz ve/veya Yorum - M.A., M.C.E.; Literatür Taraması - M.A.; Yazıyı Yazan - M.A., M.C.E.; Eleştirel İnceleme - M.C.E.

**Çıkar Çatışması:** Yazarlar çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

**Finansal Destek:** Yazarlar bu çalışma için finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

## Kaynaklar

1. Lathi A, Syed MM, Kalakoti P, Qutub D, Kishve SP. Clinico-pathological profile of sinonasal masses: a study from a tertiary care hospital of India. *Acta Otorhinolaryngol Ital* 2011; 31: 372-7.
2. Prescher A, Brors D. Metastases to the paranasal sinuses: case report and review of the literature. *Laryngorhinootologie* 2001; 80: 583-94. [CrossRef]
3. Parida PK, Renal cell carcinoma metastatic to the sinonasal region: Three case reports with a review of the literature. *Ear Nose Throat J* 2012; 91: 11-6.
4. Gottlieb MD, Roland JT Jr. Paradoxical spread of renal cell carcinoma to the head and neck. *Laryngoscope* 1998; 108: 1301-5. [CrossRef]
5. Slootweg PJ, Ferlito A, Cardesa A, Thompson LD, Hunt JL, Stojan P, et al. Sinonasal tumors: a clinicopathologic update of selected tumors. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2013; 270: 5-20. [CrossRef]
6. Langille G, Taylor SM, Bullock MJ. Metastatic renal cell carcinoma to the head and neck: summary of 21 cases. *J Otolaryngol Head Neck Surg* 2008; 37: 515-21.
7. Pritchik KM, Schiff BA, Newkirk KA, Krowiak E, Deeb ZE. Metastatic renal cell carcinoma to the head and neck. *Laryngoscope* 2002; 112: 1598-602. [CrossRef]
8. Doğan S, Can IH, Sayın M, Ozer E, Bayız U, Yazıcı G, et al. The nasal septum: an unusual presentation of metastatic renal cell carcinoma. *J Craniofac Surg* 2009; 20: 1204-6. [CrossRef]
9. Hong SL, Jung DW, Roh HJ, Cho KS. Metastatic renal cell carcinoma of the posterior nasal septum as the first presentation 10 years after nephrectomy. *J Oral Maxillofac Surg* 2013; 71: 1813.e1-7.
10. Russo P, O'Brien MF. Surgical intervention in patients with metastatic renal cancer: metastasectomy and cytoreductive nephrectomy. *Urol Clin North Am* 2008; 35: 679-86. [CrossRef]