

İzole böbrek hidatik kistini taklit eden multiloküler kistik böbrek hücreli karsinom

Ozan Efesoy (*), Barış Saylam (**), Ebru Serinsöz (***), Marina Çekirdek (***), İclal Gürses (***), Erdal Doruk (**)

ÖZET

Multiloküler kistik böbrek hücreli karsinom, Dünya Sağlık Örgütü 2004 erişkin böbrek tümörleri sınıflamasında böbrek hücreli karsinomun ayrı bir alt tipi olarak tanımlanmıştır. Oldukça iyi prognoza sahip olan bu tümör nadir görülür ve tüm böbrek tümörlerinin yaklaşık %1-2'sini oluşturur. Literatürde klinik belirti ve bulgularına dair oldukça az bilgi yer almaktadır. Bu makalede radyolojik ve serolojik tetkikleri izole böbrek hidatik kistini taklit eden 57 yaşındaki multiloküler kistik böbrek hücreli karsinom olgusu sunulmuştur.

Anahtar kelimeler: Böbrek hücreli kanser, hidatik kist, kistik böbrek hastalıkları

SUMMARY

Multilocular cystic renal cell carcinoma mimicking isolated renal hydatid cyst

Multilocular cystic renal cell carcinoma was defined as a separate subtype of renal cell carcinoma in the 2004 World Health Organization classification of adult kidney tumors. These tumors are rarely seen with a good prognosis and comprise approximately 1 to 2% of all renal tumors. There are scarce data about its clinical signs and symptoms in the literature. In this article we report a 57-year-old woman with multilocular cystic renal cell carcinoma whose radiological workup and serologic findings mimic isolated renal hydatid cyst.

Key words: Renal cell carcinoma, hydatid cyst, cystic kidney diseases

Giriş

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2004 erişkin böbrek tümörleri sınıflamasında böbrek hücreli karsinomun (BHK) ayrı bir alt tipi olarak tanımlanan multiloküler kistik böbrek hücreli karsinom (MKBHK) diğer alt tiplerden oldukça farklı doğal seyir ve iyi prognoza sahip, kistik bir böbrek tümörüdür (1). MKBHK nadir görülür, sıklığı kesin olarak bilinmemekle beraber, tüm malign böbrek tümörlerinin yaklaşık %1-2'sini oluşturur (2). Bu makalede izole böbrek hidatik kisti ön tanısıyla sağ parsiyel nefrektomi yapılmasına karar verilen, ancak ameliyat sırasında yapılan patolojik inceleme sonucunun MKBHK olarak bildirilmesi üzerine sağ radikal nefrektomi uygulanan 57 yaşındaki bayan olgu sunulmuştur. Ameliyat öncesi dönemde tanınabilmesi tedavi yaklaşımını etkileyen MKBHK'nin bu dönemde tanısını koyabilecek kriterler tam olarak belirlenemediğinden, MKBHK olgularının klinik, biyokimyasal ve radyolojik özelliklerinin rapor edilmesi son derece önemlidir.

Olgu Sunumu

Bilinen bir sistemik hastalığı ve geçirilmiş cerrahi öyküsü bulunmayan 57 yaşındaki bayan hasta sağ lomber bölgede ağrı yakınması ile polikliniğimize müracaat etti. Öyküsünden ağrının yaklaşık 1 ay önce başladığı ve künt vasıfta olduğu öğrenilen hastanın fizik muayenesinde patolojik bir bulguya rastlanmadı. Laboratuvar incelemelerinde tam kan sayımı, böbrek ve karaciğer fonksiyon testleri ile tam idrar tetkiki normal sınırlarda saptanan olgunun üriner ultrasonografide (USG) sağ böbrek alt polde 6.1x4.4 cm boyutlarında septalı multikistik lezyon izlendi. Multifazik renal bilgisayarlı tomografi (BT) kesitlerinde sağ böbrek alt pol lokalizasyonunda, 6.7x5.8x5.5 cm boyutlarında, yer yer hipodens alanlar içeren, dış kapsülünde ve septasında minimal kontrast tutulumu olan multiloküle septalı kist görüntüsünün izole

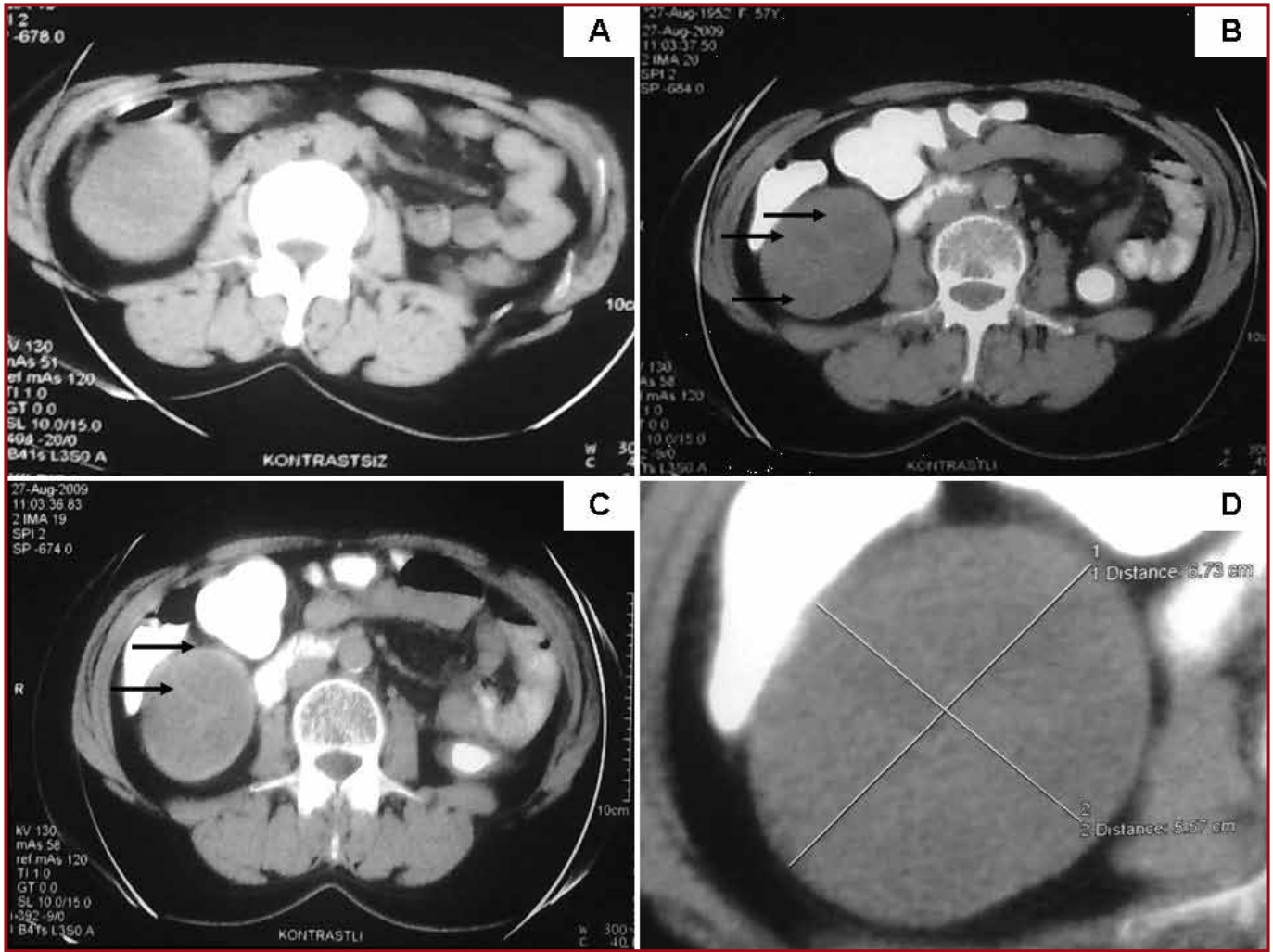
* Mersin Toros Devlet Hastanesi Üroloji Kliniği

** Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı

***Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı

Aynı basım isteği: Dr. Ozan Efesoy, Mersin Toros Devlet Hastanesi Üroloji Kliniği, Yeni Mahalle, Cemalpaşa Caddesi, 5314 Sokak, Mersin
E-mail: oefesoy@yahoo.com

Makalenin geliş tarihi: 29.09.2010 • **Kabul tarihi:** 01.02.2011



Şekil 1. Olguya ait bilgisayarlı tomografi görüntüleri: kontrastsız fazda multiloküle septalı kist görüntüsü (A), kist içerisinde hipodens alanlar (B), kist dış kapsülünde ve septasında minimal kontrast tutulumu (C), kist boyutları (D)

böbrek hidatik kisti ile uyumlu olabileceği belirlendi (Şekil 1). Olguya *Echinococcus granulosus* için indirekt hemaglütinasyon (IHA) testi yapıldı ve antikor titresi 1/64 (şüpheli pozitif) olarak raporlandı. Test immüno Floresan antikor tekniği (IFAT) ile tekrar edildi ve yine şüpheli pozitif anlamına gelen 1/64 oranı bulundu.

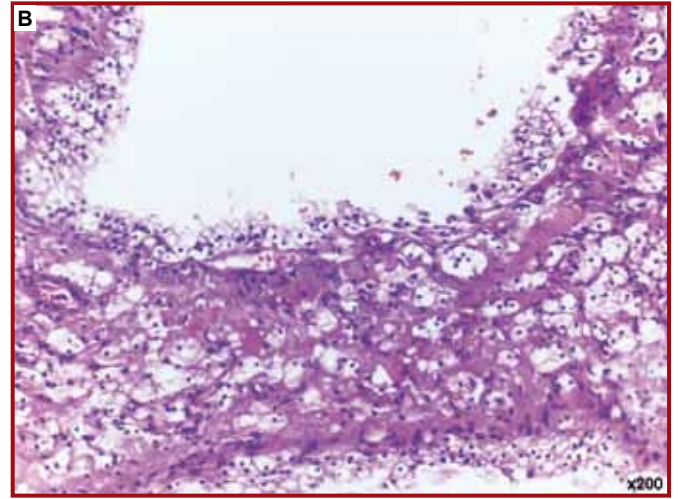
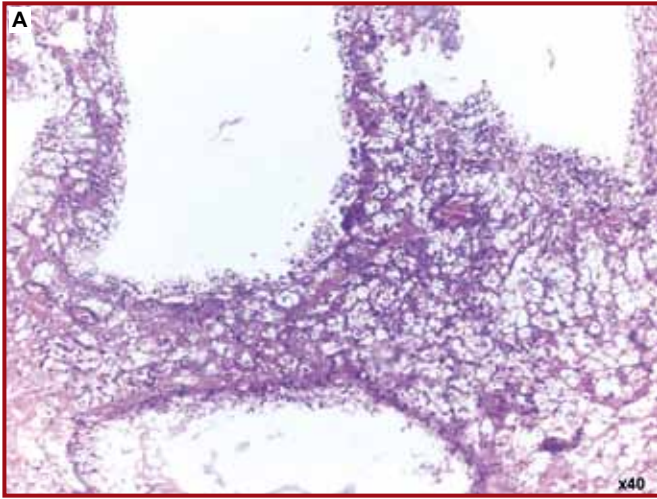
Hastaya izole böbrek hidatik kisti ön tanısıyla sağ parsiyel nefrektomi yapılmasına karar verildi. Ancak, ameliyat sırasında yapılan patolojik inceleme sonucunun MKBHK (cerrahi sınır pozitifliği mevcut) olarak bildirilmesi üzerine, sağ radikal nefrektomi uygulandı. Olgunun postoperatif patolojik incelemesi de MKBHK, Furhman Grade 1 olarak rapor edildi (Şekil 2). Mikroskopik incelemede tümörün renal kapsüle dayandığı, üreter ile vasküler cerrahi sınırların intakt olduğu, tümör hücrelerinin vimentin, epitelyal membran antijeni (EMA) ve pansitokeratin ile yaygın pozitif boyanma gösterdiği izlendi. Ameliyat esnasında ve sonraki takiplerinde herhan-

gi bir komplikasyon gelişmeyen hasta, postoperatif 4. günde taburcu edildi. Bir yıldır tam remisyonda olarak takip edilen hastanın halen hiçbir yakınması bulunmamaktadır.

Tartışma

BHK en sık görülen primer malign böbrek tümürüdür ve görüntüleme yöntemlerinde genellikle solid kitle olarak karşımıza çıkar. Ancak, BHK'lerin %10-22'si kistik komponent içerir. BHK ile birlikte görülen kistik lezyonların gelişiminde dört farklı mekanizma tarif edilmiştir: intrinsek uniloküler kistik gelişim (papiller kistik adenokarsinoma), intrinsek multiloküler kistik gelişim (MKBHK), tümör nekrozu sonucunda kist gelişimi (psödokist) ve önceden var olan basit böbrek kistinden tümör gelişimi (3).

DSÖ 2004 erişkin böbrek tümörleri sınıflamasında BHK'nin ayrı bir alt tipi olarak tanımlanan MKBHK, erkeklerde kadınlardan 3 kat daha sık görülür ve ortalama tanı yaşı 51 olarak bildirilmiştir (1). Klinik bul-



Şekil 2. Olguya ait patolojik örneğin görüntüsü (H-E): kistik yapılar meydana getiren tümöral gelişimde kistik yapıları döşeyen ve kist duvarlarında da izlenen şeffaf sitoplazmalı tümör hücreleri (A). Tümör hücrelerinin büyük büyütmede görünümü (B)

gular değişkenlik göstermekle beraber, yan ağrısı en sık rastlanan semptomdur. Ancak olguların önemli bir kısmında tanı başka nedenlerle yapılan görüntüleme yöntemleri sırasında rastlantısal olarak konulmaktadır (4).

MKBHK tanısında görüntüleme yöntemleri önemli yer tutar. Çünkü kist duvarı veya septasından gelişen bu tümörü ameliyat öncesi dönemde saptayabilmenin en önemli yolu radyolojik görüntülerde MKBHK'den şüphelenmektir. Ucuz, etkin ve noninvaziv bir tetkik olan USG tanıda ilk tercih edilmesi gereken görüntüleme yöntemidir. USG'de içerisinde ekojenik debrisler izlenebilen multiloküler kistik kitle saptanır. BT, kitlenin malign özelliklerini daha iyi ayırt edebilir ve görüntüleme yöntemleri içerisinde en değerli olanıdır (5). BT'de içerisinde hipo-, izo-veya hiper-dens sıvı içeren septalı, multiloküler kistik kitle lezyonu izlenir. Ayrıca kist duvarı ve septalarında kalsifikasyon ve postkontrast çekimlerde kontrast tutulumu görülebilir (4,5). Ancak bu bulguların hiçbiri MKBHK'ye özgü bulgular değildir. Başta izole böbrek hidatik kisti olmak üzere, kompleks (enfekte/hemorajik) multiloküler kistler-benign multiloküler kistik nefroma ile nekrotik/kalsifiye renal hücreli karsinomda da benzer radyolojik bulgulara rastlanmaktadır (6).

Karakteristik makroskobik ve histolojik görünümü olan MKBHK'nin kesin tanısı patolojik inceleme ile konulur. Makroskobik olarak, küçük alanlarla sınırlı sarımtırak solid komponentler içeren ebruli renkte multiloküler kistler görülür. Çapı 25-130 mm arasında değişebilen bu kistlerde geniş nodül ve nekroz bulunmaz (1). Makroskobik incelemede izlenen kist duvarları ve septaları döşeyen hücreler, tek veya az sıralanma gösteren şeffah hücrelerdir. Bu hücreler ka-

rakteristik olarak küçük ve koyu çekirdeklere sahiptir ve histolojik derecelendirmede çoğunlukla Fuhrman nükleer derece 1, nadiren de Fuhrman nükleer derece 2 olarak izlenmektedirler (4,5). İmmünohistokimyasal çalışmalarda bu tümör hücreleri, EMA ve sitokeratin gibi epitelyal belirleyiciler ile yaygın ve kuvvetli pozitif reaksiyon verir (1).

MKBHK diğer BHK alt tiplerinden farklı bir doğal seyir ve iyi prognoza sahiptir. Çoğu Fuhrman nükleer derece 1 olan bu tümörler düşük nüks potansiyeline sahiptir ve hemen hiç metastaz yapmaz (2). Tosaka ve ark. yaptıkları literatür derlemesinde 38 olgunun 10 yıllık sağ kalım ve nüks gelişmeme oranlarını sırasıyla %97.3 ve %90.3 olarak bildirmişlerdir (7). Bu nedenle, özellikle küçük hacimli kitle varlığında, nefron koruyucu cerrahi (NKC) tercih edilmesi gereken tedavi yöntemi olmalıdır (5). Ancak, NKC uygulanabilmesi için ameliyat öncesi tanı önem arz etmektedir. Bununla birlikte ameliyat öncesi dönemde klinik ve radyolojik bulgularla MKBHK'nin kesin tanısını koymak olası görülmemekte ve birçok hastada tanı, farklı ön tanılarla yapılan nefrektomi materyalinin patolojik incelemesi sonucunda konulmaktadır (4,5). Bu nedenle kistik yapı içeren kitlesel lezyonların MKBHK olabileceğinden şüphe edilerek öncelikle NKC ve ameliyat esnasında yapılan patolojik inceleme sonucuna göre, gerekirse nefrektomi yapılması akılcı bir yaklaşım olarak görülmektedir.

Sonuç olarak, DSÖ tarafından MKBHK olguları için belirlenen patolojik tanı kriterleri bilinmesine rağmen, klinik belirti ve bulguların diğer renal kitlelerin oluşturduğu bulgularla benzer olması nedeniyle ameliyat öncesi tanı kriterleri belirlenebilmiş değildir. Oldukça iyi prognoza ve hemen hiç metastaz yap-

mama özelliğine sahip MKBHK'nin ameliyat öncesi tanınabilmesi tedavi yaklaşımını etkilediğinden olguların klinik, biyokimyasal ve radyolojik özelliklerinin rapor edilmesi son derece önemlidir.

Kaynaklar

1. Eble JN. Multilocular cystic renal cell carcinoma. In: Eble JN, Sauter G, Epstein JI, Sesterhenn IA (eds). Pathology and Genetics of Tumours of the Urinary System and Male Genital Organs. Lyon: IARC Press, 2004: 26.
2. Han KR, Janzen NK, McWhorter VC, et al. Cystic renal cell carcinoma: biology and clinical behavior. *Urol Oncol* 2004; 22: 410-414.
3. Murphy WM, Grignon DJ, Perlman EJ. Tumors of the kidney, bladder and related urinary structures. In: Silverberg SG, Sobin LH (eds). Atlas of Tumor Pathology. 4th ed. Washington: AFIP Press, 2004: 121-123.
4. Adayener C, Akyol İ, Berber U, Şenkul T, Baykal K, İşeri C. Böbreğin hidatik kistini taklit eden multiloküler kistik kanser. *Türk Üroloji Dergisi* 2008; 34: 266-268.
5. Nasir A, Jollimore J, Gupta R, Bell D, Norman R. Multilocular cystic renal cell carcinoma: a series of 12 cases and review of the literature. *Urology* 2002; 60: 421-427.
6. Efesoy O, Tek M, Erdem E, Bozlu M, Çayan S, Akbay E. İzole böbrek hidatik kistlerinin kistektomi ve omentoplasti ile tedavisi. *Türk Üroloji Dergisi* 2010; 36: 176-181.
7. Tosaka A, Yoshida K, Kobayashi N, Takeuchi S, Uchijima Y, Saitoh H. A report of two cases of multilocular cystic renal cell carcinoma: review of 51 cases reported and the results of a prognostic survey. *Hinyokika Kyo* 1992; 38: 1045-1050.