

# Nüks Adrenokortikal Karsinom

## Recurrent Adrenocortical Carcinoma: Case Report

Selçuk SARIKAYA,<sup>a</sup>  
Ersin ATABEY,<sup>a</sup>  
Çağrı ŞENOCAK,<sup>a</sup>  
Ekrem ÖZYUVALI,<sup>a</sup>  
Ömer Faruk BOZKURT<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Üroloji Kliniği,  
Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi,  
Ankara

Geliş Tarihi/Received: 28.01.2014  
Kabul Tarihi/Accepted: 09.06.2014

Yazışma Adresi/Correspondence:  
Selçuk SARIKAYA  
Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi,  
Üroloji Kliniği, Ankara,  
TÜRKİYE/TURKEY  
drselcuksarikaya@hotmail.com

**ÖZET** Kırk üç yaşında erkek hasta, kliniğimize sol yan ağrısı şikâyeti ile başvurdu ve yapılan tetkiklerinde, ultrasonografi ve bilgisayarlı tomografi (BT)'de; sol böbrek üst polde heterojen kitle lezyon tespit edildi. Kitleye yönelik olarak sol radikal nefrektomi operasyonu uygulanan hastanın patolojisi renal hücreli karsinom olarak raporlandı. Postoperatif altıncı ayda BT'de herhangi bir lezyon saptanmayan hasta sonrasında iki yıl süre ile takipsiz kaldı. Postoperatif 30. ayda sol böbrek lojunda tespit edilen nüks kitle lezyona yönelik olarak eksplorasyon operasyonu yapıldı. Patolojisi adrenokortikal karsinom, onkositik varyant, atipik mitoz mevcut, venöz invazyon mevcut şeklinde raporlanması üzerine hastanın önceki patolojisi tekrar incelendi ve adrenokortikal karsinom olarak tespit edilmesi üzerine hasta medikal onkolojiye konsülte edildi. Fakat medikal tedavi sonrası, hastada rutin kontrollerde kitlenin tekrar nüks ettiği izlendi.

**Anahtar Kelimeler:** Adrenokortikal karsinom; nefrektomi; nüks

**ABSTRACT** A 43 year-old male patient came to our clinic with left flank pain. According to the ultrasonography and computerised tomography (CT) results; a left renal upper-pole mass was detected. Radical nephrectomy operation was performed and the pathologic result was renal cell carcinoma. On postoperative 6<sup>th</sup> month, the CT result was normal and after that, the patient did not come to routine follow-ups for two years. On postoperative 30<sup>th</sup> month, a recurrent mass was detected in the left renal region and exploration was performed. The pathology was adrenocortical carcinoma, oncocytic variant, positive atypical and positive venous invasion. After that, the previous pathology was re-examined and it was detected as adrenocortical carcinoma. And after the pathologic result, the patient was consulted to medical oncology. But after the medical therapy, a recurrent mass was detected again on routine follow-ups.

**Key Words:** Adrenocortical carcinoma; nephrectomy; recurrence

Türkiye Klinikleri J Urology 2014;5(2):50-3

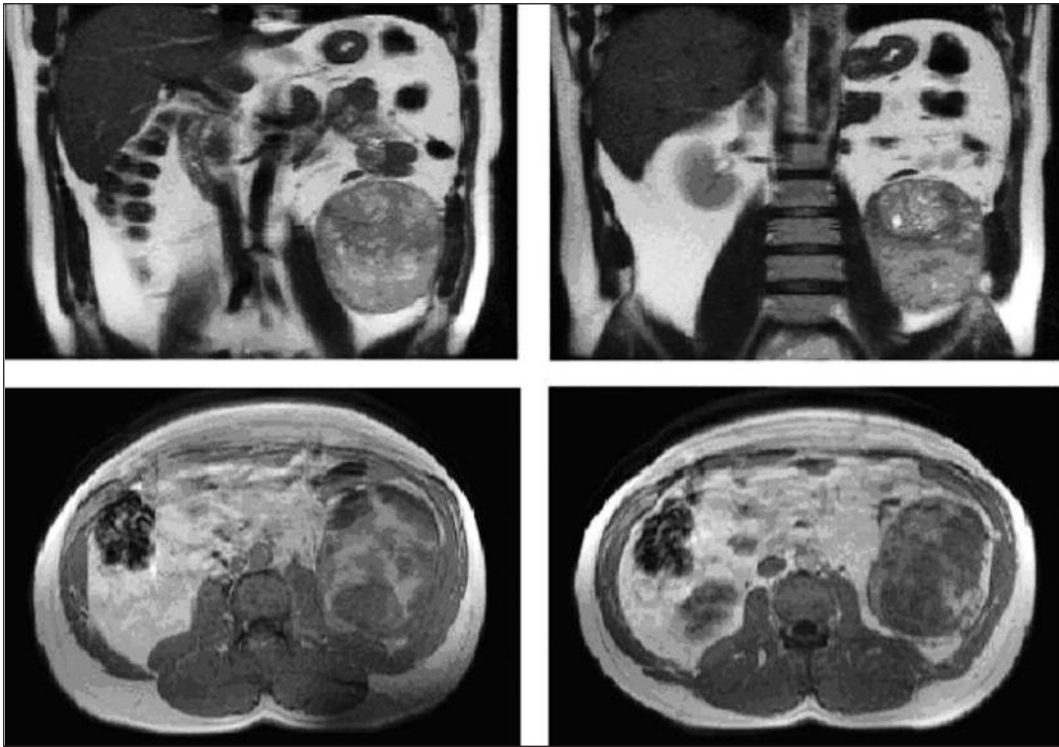
**A**drenokortikal karsinom nadir görülen; prognozu kötü olan bir tümör olmakla birlikte, konjenital adrenal hiperplazi (KAH) ile klinik ve patolojik olarak benzer özelliklere sahiptir.<sup>1-5</sup> Yıllık insidansı, yaklaşık olarak milyonda 0,5-2 arasındadır.<sup>2,6</sup> Genellikle birinci ve beşinci dekadlarda sık olarak tespit edilmektedir.<sup>7,8</sup> Komplet rezeksiyon sağkalım açısından önem taşısa da, takiplerde rekürrens saptanabilmektedir.<sup>6</sup> Çocukluk çağı tümörleri arasında yaklaşık %0,2'lik bir payı oluşturmakla birlikte, özellikle çocukluk çağında virilizasyon ve “cushingoid” görünüm gibi, endokrin problemlerle kendini gösterebilmektedir.<sup>3</sup>

Literatürde renal hücreli karsinom ve adrenokortikal karsinom birlikteliği ile ilgili vakalar bulunmaktadır.<sup>1,9</sup> Bununla birlikte ayırıcı tanı da önem taşımakta, iki patolojinin ayırıcı tanısı, hastanın sağ- kalımına ve yaşam süresine doğrudan etki göstermektedir. Bu açıdan bakıldığında, renal kitle tespit edilen hastaların ilk başvuru anından itibaren bütün ayırıcı tanılar göz önünde bulundurularak değerlendirilmeleri, doğru tedavi almaları ve takipleri açısından yol gösterici olmaktadır.

## OLGU SUNUMU

Kırk üç yaşında erkek hasta, kliniğimize sol yan ağrısı şikâyeti ile başvurmuş ve bunun üzerine yapılan tetkiklerinde, ultrasonografi (USG)'de; sol böbrek üst polde yaklaşık 10 cm çaplı düzgün sınırlı heterojen kitle lezyon izlenmiştir. Takiben çekilen bilgisayarlı tomografi (BT)'de; sol böbrek üst polde solid kistik alanlar içeren heterojen kitle lezyon tespit edilmiş ve takiben sol radikal nefrektomi operasyonu uygulanmıştır. Postoperatif

ikinci günde dreni alınan hasta, postoperatif üçüncü günde genel durumu iyi ve vital bulguları satabil olması üzerine taburcu edildi. Patolojisi; renal hücreli karsinom, berrak tip, fuhrman grade 4, mikrovasküler invazyon mevcut, cerrahi sınır negatif, pT2a, N0, M0 olarak raporlandı. Postoperatif altıncı ayda BT'de herhangi bir lezyon saptanmayan hasta sonrasında iki yıl süre ile takipsiz kaldı. Postoperatif 30. ayda sol yan ağrısı ile başvurusu üzerine, abdomen BT'de (Resim 1); sol böbrek lojunda 11\*8,5 cm boyutlu heterojen hipokoik oluşum, aynı zamanda toraks BT'de sol akciğer alt lobda 10 mm çaplı 3 adet nodüler lezyon tespit edilmesi üzerine kitleye yönelik olarak eksplozasyon yapıldı. Patolojisi adrenokortikal karsinom, onkositik varyant, atipik mitoz mevcut, venöz invazyon mevcut şeklinde raporlanması üzerine hastanın önceki patolojisi tekrar incelendi ve adrenokortikal karsinom olarak tespit edilmesi üzerine hasta medikal onkolojiye konsülte edildi. Medikal onkoloji tarafından mitotan tedavisi uygulanan hastanın postoperatif 43. ayda yapılan



RESİM 1: Batında sol böbrek lojunda nüks kitle lezyon (abdomen BT).

kontrollerinde abdomen manyetik rezonans görüntüleme (MRG)'de operasyon lojunda pankreas kuyruk kesimi posterior komşuluğunda retroperitoneal alanda yağ dokusu içerisinde büyüğü 13\*12 mm boyutlu 2-3 adet T1A ve T2A sekanslarda hipointens izlenen oluşum ve sol iliak fossada 46\*35 mm ve komşuluğunda 17\*13 mm, 24\*15 mm boyutlarında benzer özellikler gösteren retroperitoneal yerleşimli solid lezyonlar saptanması üzerine hastaya mevcut nüks kitlelere yönelik olarak operasyon planlanmıştır.

## TARTIŞMA

Adrenokortikal karsinom, nadir görülen ve oldukça agresif seyreden bir tümördür. Adrenokortikal karsinomun tanısında biyokimyasal, hormonal parametreler ve radyolojik incelemenin oldukça önemli bir yeri olmakla birlikte yapılan bazı çalışmalarda pozitron emisyon tomografi (PET)'nin de faydalı olduğu gösterilmiştir.<sup>10</sup> Adrenokortikal karsinom, adrenokortikal adenom ve renal hücreli karsinom gibi patolojilerle histolojik olarak benzerlik göstermesi bakımından tanısı oldukça güçtür.<sup>11</sup> Ayırıcı tanının zor olduğu bazı olgularda ultrastrüktürel çalışma, ayırıcı kullanabilmektedir.<sup>11</sup> Bununla birlikte, klinik seyir de ayırıcı tanıda oldukça önem taşımaktadır.<sup>12</sup> Hiperkortizolizm ve hiperaldosteronizm, daha çok benign olgularda görülmekle birlikte, androjen ve östeojen seviyelerindeki yükseklik daha çok maligniteye işaret etmektedir.<sup>12</sup> Adrenokortikal karsinomların yaklaşık yarısında fonksiyonel aktivite izlenmekte ve sıklıkla çeşitli sendromlar ile klinik olarak kendini göstermektedir. Bununla birlikte

fonksiyonel aktivite göstermeyen adrenokortikal karsinomların tanısı ise genellikle rastlantısal olarak konulmaktadır. Olgumuzda, yapılan tetkikler sonrası saptanan renal kitlenin radyolojik görünümünün renal hücreli karsinom ile uyumlu olması, ayrıca herhangi bir hormonal bozukluğa işaret eden klinik tablonun mevcut olmaması sebebiyle adrenokortikal karsinoma yönelik ileri tetkik yapılmamıştır. Rekürren adrenokortikal karsinom tedavisi, lokal rekürrens ve sistemik hastalık olarak iki başlık altında toplanabilir.<sup>6</sup> Lokal rekürrens durumlarında cerrahi, radyoterapi ve radyofrekans ablasyon kullanılabilmeyle birlikte, sistemik rekürrens durumlarında mitotan, kemoterapi ve steroid destek tedavileri kullanılabilir.<sup>6</sup> Olgumuzda nüks kitleye yönelik olarak yapılan cerrahi müdahale sonrası medikal onkoloji tarafından mitotan tedavi uygulanmış, fakat tedavi sonrasında yapılan kontrollerde tekrar nüks kitleler tespit edilmiştir. Olgumuzda gerek hasta uyumunun, gerekse ilk patolojik tanı yapılan yanlışlığın hasta sağlığına doğrudan etki gösterdiği açıkça gözlenmektedir. Olgumuzda, mevcut histopatolojik benzerliğin yaratmış olduğu ayırıcı tanı güçlüğü oldukça önemlidir. Önceki patolojinin renal hücreli karsinom, sonraki patolojinin ise adrenokortikal karsinom şeklinde raporlanması, önceki patolojinin tekrar incelenmesini gerektirmiştir. Bununla birlikte, mevcut durum düzenli takip ve hasta uyumunun önemini de vurgulamaktadır. Ayrıca patoloğun değerlendirme yapmadan önce vaka ile ilgili olarak ayrıntılı bilgilendirilmesi, ayırıcı tanıda oldukça faydalı olacaktır.

## KAYNAKLAR

1. Majhi U, Murhekar KM, Reddy MP, Narayanaswamy K. A rare case of synchronous adrenocortical carcinoma and renal cell carcinoma. *Indian J Endocrinol Metab* 2011; 15(3):214-6.
2. Langer P, Bartsch D, Moebius E, Rothmund M, Nies C. Adrenocortical carcinoma--our experience with 11 cases. *Langenbecks Arch Surg* 2000;385(6):393-7.
3. Çayır A, Kılıç G, Aycan Z, Tiryaki T, Emir S. [Adrenocortical carcinoma: A case report]. *Turkish J Pediatr Dis* 2009;3(1):41-5.
4. Şensu S, Karadayı N, Gülhan Y. [A case study: Adrenocortical neoplasm]. *Turkish Journal of Pathology* 1996;12(2):32-3.
5. Nishida S, Itoh N, Sasao T, Masumori N, Taguchi K, Tsukamoto T. Adrenocortical carcinoma: retrospective study of 14 patients experienced at a single institution over 34 years. *Int J Urol* 2007;14(7):581-4.
6. Glover AR, Ip JC, Zhao JT, Soon PS, Robinson BG, Sidhu SB. Current management options for recurrent adrenocortical carcinoma. *Onco Targets Ther* 2013;6:635-43.

7. Kanat Ö, Özal G, Yener F, Evrensel T, Kurt E, Manavoğlu O. [Retrospective evolution of adrenocortical carcinoma patients]. *Uludağ Medical Journal* 2007;33(1):1-3.
8. Roman S. Adrenocortical carcinoma. *Curr Opin Oncol* 2006;18(1):36-42.
9. Mahe E, El-Shinnawy I. A "tumour trifecta:" myelolipomata arising within an adrenocortical adenoma ipsilateral to a synchronous clear cell renal cell carcinoma. *Malays J Pathol* 2010;32(2):123-8.
10. Inage E, Saito M, Saito Y, Takata O, Fujimura J, Yamataka A, et al. Contralateral pleural recurrence of adrenocortical carcinoma after surgical resection. *Pediatr Int* 2011;53(4):600-3.
11. Wick MR, Cherwitz DL, McGlennen RC, Dehner LP. Adrenocortical carcinoma. An immunohistochemical comparison with renal cell carcinoma. *Am J Pathol* 1986;122(2):343-52.
12. Günlüsoy B, Çiçek S, Tilki A, Nergiz N, Minareci S, Ayder AR. [Surgical approach to adrenal masses]. *Turkish Journal of Urology* 2004;30(1):35-9.