

Acil Müdahale Gerektiren Kromofob Tip Böbrek Hücreli Kansere Bağlı Spontan Retroperitoneal Kanama

Spontaneous Retroperitoneal Hemorrhage Due to Chromophobic Type Renal Cell Carcinoma Requiring Emergency Action: Case Report

Yrd.Doç.Dr. Enis Rauf COŞKUNER,^a
Yrd.Doç.Dr. Burak ÖZKAN,^b
Prof.Dr. Veli YALÇIN^b

^aÜroloji AD,
Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi,
^bÜroloji Kliniği,
Acıbadem Bakırköy Hastanesi,
İstanbul

Geliş Tarihi/Received: 27.09.2010
Kabul Tarihi/Accepted: 24.05.2011

Yazışma Adresi/Correspondence:
Yrd.Doç.Dr. Enis Rauf COŞKUNER
Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Üroloji AD, İstanbul,
TÜRKİYE/TURKEY
enisraufcoskuner@hotmail.com

ÖZET Spontan retroperitoneal kanama oldukça nadir görülen bir durumdur. Uygun tedavi hastalığın nedeni tespit edilerek yapılmalıdır. Doğru tanı için tam bir klinik bilgi ve detaylı bir radyolojik inceleme gerekir. Bu çalışmada hastanemizin acil bölümünde değerlendirilip büyük bir böbrek kitlesine bağlı ani gelişen retroperiton kanaması olan ve hemorajik şok tablosu tespit edilen 76 yaşında bayan hastamız sunulmaktadır. Hastamıza acil radikal nefrektomi uygulaması gerekmiştir. Patolojik sonucu perirenal yağlı dokuda invazyon gözlenen kromofob tip böbrek hücreli tümör (pT3a) olarak tespit edilmiştir. Operasyon sonrası ileri değerlendirmemizde metastaz tespit edilmeyen hastamızın operasyon sonrası ilk yıl takibinde de lokal nüks veya uzak metastaz bulgusu saptanmamıştır.

Anahtar Kelimeler: Retroperitoneal boşluk; karsinom, böbrek hücreli; kanama; tedavi sonucu

ABSTRACT Spontaneous retroperitoneal hemorrhage is a quite rare disease. Appropriate treatment should be done after the cause of the disease had been detected. A complete clinical information and detailed radiologic examination are required for accurate diagnosis. In this study, a 76-year-old female patient who was evaluated in the emergency department of our hospital and found to have an abruptly developed retroperitoneal hemorrhage and hemorrhagic shock due to a big renal mass is presented. The patient required immediate radical nephrectomy. Pathological diagnosis was chromophobe type renal cell carcinoma with an invasion into the perinephric fat (pT3a). Subsequent staging after the operation failed to indicate any metastatic disease and there was no local or distant metastases in the first year follow-up.

Key Words: Retroperitoneal space; carcinoma, renal cell; hemorrhage; treatment outcome

Türkiye Klinikleri J Med Sci 2012;32(4):1163-6

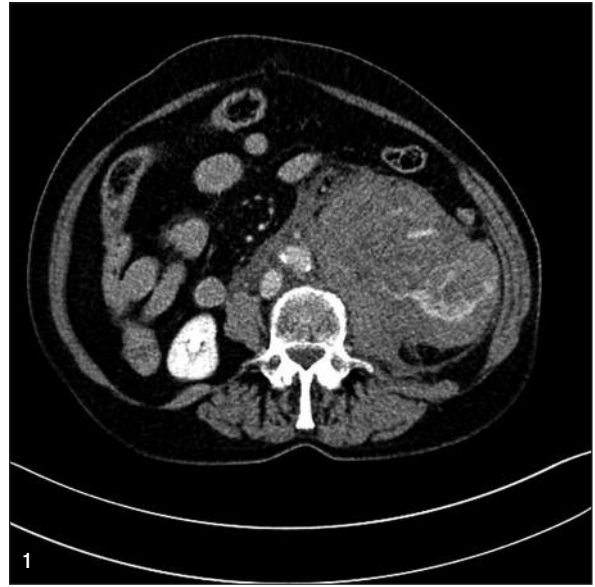
Karın içinde arkada sakrospinal ve quadratus lumborum kasları, lateralde transversus abdominis kası, üstte diafram, altta ekstraperitoneal pelvik yapılar ile sınırlı bir alan olarak bilinen retroperitoneal bölge; böbrek üstü bezleri, böbrekler ve ureterlerin yanı sıra aorta, vena cava gibi büyük ana damarlar ile otonom ve somatik sinir sistemine ait yapıları kapsamaktadır. Karın içi aortanın yırtılması ani gelişen retroperiton kanamasının en sık nedeni olarak bilinirken, diğer sık karşılaşılan durumlar böbrek kitleleri ve özellikle anjiomiyolipom ve böbrek hücreli kanser olarak bilinmektedir.¹ Daha çok perirenal kanamaların nedeni olarak gözlenen böbrek hücreli tümör gibi malign kitlelerin tanısı bilgisayarlı tomografi (BT) inceleme ile konulabilir. Tedavide bazen akut durumu beklemek veya sadece hematomu boşaltıp daha sonra detaylı radyolojik inceleme yap-

mak uygun olabilir.² Fakat eğer cerrahi müdahale şartsa ve nefrektomi uygulama kararı verilirse, onkolojik prensiplere sadık kalınması zorunludur. Burada, ani gelişen şiddetli sol yan ağrısı ile acil servise başvuran ve yapılan değerlendirmeler sonucu böbrek tümörüne bağlı retroperitoneal kanama tespit edilen bir olgu literatürler eşliğinde sunulmaktadır.

OLGU SUNUMU

Yetmiş altı yaşında bayan hasta ani gelişen şiddetli sol yan ağrısı ile hastanemiz acil servisine başvurmuştur. Beş yıldır hipertansiyon nedeniyle antihipertansif ilaç kullanmakta olup bunun dışında ilaç kullanmadığını, hastaneye gelmeden bir saat öncesine kadar iyi olduğunu ve ani başlayan ağrı ile birlikte genel durumunun giderek bozulduğunu ifade etmiştir. Hastanın hikayesinde daha önce üriner sisteme ait sorunu olmadığı, önem göstermesini gerektirecek düzeyde karın veya yan ağrısı hissetmediği veya makroskopik hematüri gözlemediği öğrenilmiştir. Hastanın fizik muayenesinde sol kostavertebral açıda hassasiyet, karın sol yanda defans ve medialde umbilicus hizasından altta pelvis girimine kadar hissedilen kitle tespit edilmiştir. Hipotansiyon (80/50 mmHg) ve taşikardi (110 atım/dk) gözlenmiştir. Acil ağrı tedavisi ile birlikte alınan ilk laboratuvar sonuçlarında hematokrit %28, kreatinin seviyesi 1,0 mg/dl ölçülmüş ve tam idrar tahlilinde mikroskopik hematüri belirlenmiştir. Diğer laboratuvar bulgularında özellik saptanmamıştır.

Vital fonksiyonları dengelenen hastaya hızlı karar verme amacıyla oral kontrastsız-intravenöz kontrastlı tüm batın tomografisi yapılmış, sol böbrek orta bölümden kaynaklanan 12x8x7 cm boyutlarında solid kitle ve böbrek çevresinde özellikle kitleyi çevreleyecek şekilde gerota fasyasını öne yaylandıran, böbrek alt kutup ön yüzünden sol parakolik alan ve pelvise uzanan hematoma saptanmıştır. Radyolojik olarak kanama miktarı hakkında net bilgi verilememiştir. Bu bulgulara ek olarak böbrek üst-orta bileşkede ekzofitik yerleşimli 3,5x3,5 cm boyutlarına kontrast tutulumu gösteren düzgün konturlu kist ile sol böbreküstü bezinde 3x3,2 cm boyutlarında kontrastlanan solid kitle belirlenmiştir (Resim 1, 2).



RESİM 1, 2: Sol böbrekte tespit edilen kitle ve buna bağlı perirenal hematoma ait bilgisayarlı tomografi görüntüleri.

İki saat sonra bakılan diğer kan sayımında hematokrit seviyesi %22 olarak tespit edilince damar içi sıvı desteğine ek olarak 2 ünite kan transfüzyonu yapılmış ve hastanın vital bulgularının dengede tutulmasında zorlanılması üzerine acil cerrahi müdahale kararı alınmıştır. Cerrahi işlem sırasında onkolojik prensiplere sadık kalınarak sol böbreküstü bezi de dahil olmak üzere radikal nefrektomi uygulanmış ve retroperitondaki hematoma boşaltılmıştır. Operasyon sonrası ilk 24 saati yoğun bakım ünitemizde geçiren hastamızın ikinci gün dreni alınarak beşinci gün hastaneden taburcu edilmiştir.

Patolojik sonucu “perirenal yağlı dokuda invazyon gözlenen kromofob tip böbrek hücreli tümör (pT3a) ve böbreküstü bezi adenomu” olarak gelmiştir. Makroskopik bulgularda böbreğin 506 gram ağırlığında ve 17x9x8 cm ölçülerinde olduğu, üzerinde 6 cm uzunluğunda üreter bulunduğu, böbrek kapsül bütünlüğünün hilusta bozulmuş olup, kapsül altında 6,5x4,2x2,5 cm ölçülerinde hematoma izlendiği belirtilmiştir. Ayrıca böbreğin 2/3’ünü kaplayan, kanamalı 10x6,2x6 cm ölçülerinde tümör görülmüş, kapsülü aşmadığı ve üreter ile damar yapılarında tümör invazyonu gözlenmediği tespit edilmiştir. Operasyon sonrası ileri değerlendirmemizde metastaz tespit edilmemiştir. Hastamızın operasyon sonrası ilk yıl takibinde lokal nüks veya uzak metastaz bulgusu saptanmamıştır.

TARTIŞMA

Böbrek hücreli tümör, epitelyal kaynaklı bir kanserdir. Böbrek hücreli kanser, ürolojik kanserler içerisinde en öldürücü olanıdır ve erişkin kanserlerinin yaklaşık olarak %2-3’ünü oluşturmaktadır. Genel olarak yılda 100 .000 kişide 8,9 yeni böbrek hücreli kanser gelişmektedir.³ Genelde iyi sınırlı olup pseudo-kapsülü vardır. Histolojik olarak şeffaf hücreli kanser (%75), papiller böbrek hücreli kanser (%15), toplayıcı kanal karsinomu (%1-2), medüller kanser (% 1), kromofob böbrek hücreli kanser (%5), sarkomatoid böbrek hücreli kanser (%1) gibi alt tiplere ayrılır. Olgumuzda tespit edilen kromofob böbrek hücreli kanser, makroskopik olarak iyi sınırlı, soliter, kesit yüzeyi kahverengi gri renkli ve kanama ya da nekroz alanı içermeyen yapıdadır.⁴ Kromofob böbrek hücreli tümörlerin büyük bir bölümünün asemptomatik olduğu görülür ve çok az bir bölümünde de yan ağrısı, hematüri ve karın içi kitle nedeniyle tanı konulabilir.⁵ Olgumuzun hikayesinde karın içi kitleye bağlı şikayet tespit edilmemiş, hastamız acil girişim gerektiren klinik tablo öncesine kadar yan ağrısı veya hematüri yakınması olmadığını bildirmiştir.

Spontan subkapsül veya perirenal kanama nadir görülür ve uygun tedavisi altta yatan nedene göre planlanmalıdır. Malign veya benign karakterli böbrek kitleleri bu tür kanamalar için en sık rastlanan nedenler olarak gösterilirken (%57-63), poli-

arteritis nodosa gibi vasküler hastalıklar (%18-26) ve enfeksiyon (%7-10) ise bu tip kanamaların diğer nedenlerindedir.²

Spontan böbrek kanamasına neden olabilecek böbrek kitlelerinin cerrahi olarak çıkarılmasında sınır boyut 4 cm olarak tespit edilmiştir. Fakat böbrek hücreli tümörde bu değer iyi bir belirleyici olmayıp, 4 cm’nin altındaki boyutlarda da kanama riski 4 cm üzerindekiyle yakındır.² Olgumuzda operasyon öncesi yapılan radyolojik incelemede boyut 12x8x7 cm olarak verilirken, operasyon sonrası patoloji piyesinde 10x6,2x6 cm olarak tespit edilmiştir. Bu değer genel böbrek kitlelerindeki kanama sınır boyutunun çok üzerindedir.

Zhang ve arkadaşlarının 2002 yılında yayınlamış oldukları bir meta-analizde spontan perirenal kanama şüphesinde en iyi tanı aracının BT olduğu tespit edilmiştir.² Bu meta-analize göre BT incelemesi retroperitoneal kanama varlığını gösterme açısından %100 sensitiviteye sahipken, altta yatan böbrek kitlesinin tespitinde ultrasona göre daha duyarlıdır. BT’ye en iyi alternatif olarak görüntüleme gösterilmiştir. Olgumuzda da BT, kanamayı göstermesi yanı sıra altta yatan kitleye ilişkin verdiği detaylı bilgi ile operasyona karar verme sürecimizi ve operasyonun acil şartlarda gerçekleştirilmiş olmasına rağmen uygulama tekniğimizi olumlu etkilemiştir.

Böbrek ve çevresinde gelişen kanamalarda acil cerrahi gerektiren yaklaşımlar nadir görülür ve risklidir. Radyolojik görüntüleme yöntemlerinin doğru tanıyı tespiti her zaman mümkün olmayabilir. İlk incelemeler yeterli bilgi vermemişse öncelikle hastanın takibi veya sadece hematoma boşaltılması işlemi gereksiz bir nefrektomiye önleyebilir. Fakat vakanın klinik seyri cerraha yeterli süreyi vermediği olgumuzdaki gibi durumlarda asıl olan hasta hayatının devamıdır. Nefrektomi istenmeyen, ama bu hastalarda hayat kurtarıcı bir sonuçtur. Literatürde de bu gibi durumlarda da %68 oranında nefrektomi kararı verildiği tespit edilmiştir.² Karşı taraf böbreğin normal olduğunun tespit edildiği durumlarda altta yatan malignite ihtimalini de dikkate alarak yapılacak olan eksplorasyon amaçlı cerrahi girişim veya nefrektomi şarttır.^{6,7} Acil operasyon öncesi tümör tanısını netleştirmiş-

sek onkolojik prensiplere uyacağımız muhakkaktır; ancak tanıyı tespit edemeyip eksplorasyon amaçlı yaptığımız operasyonlarda dahi eğer nefrektomi kararı vermişsek onkolojik prensiplerden vazgeçmememiz gerektiği kanaatindeyiz.

Sonuç olarak spontan perirenal kanamaların en sık nedeni böbrek kaynaklı kitleler olup, anjiyomiyolipom en sık, böbrek hücreli tümör ise en sık ikinci görülen nedendir. Kanamayla birlikte böbrek

kaynaklı sorunu en iyi tespit eden radyolojik inceleme aracı BT'dir. Tedavisinde öncelikle takip ve/veya hematoma boşaltılması sonrası yapılması gereken elektif cerrahi tavsiye edilir. Acil şartlarda müdahale gerekiyorsa bunun eksplorasyon ve beraberinde nefrektomi olma ihtimali yüksektir. Nefrektomi sırasında altta yatan malign bir neden olabileceğini bilmek ve onkolojik cerrahi prensiplerine uygun davranmak gerekmektedir.

KAYNAKLAR

1. Pode D, Caine M. Spontaneous retroperitoneal hemorrhage. *J Urol* 1992;147(2):311-8.
2. Zhang JQ, Fielding JR, Zou KH. Etiology of spontaneous perirenal hemorrhage: a meta-analysis. *J Urol* 2002;167(4):1593-6.
3. Campbell SC, Novick AC, Bukowski RM. Renal tumors. In: Wein AJ, Kavoussi LR, Novick AC, Partin AW, Peters CA, eds. Campbell-Walsh Urology. 9th ed. Philadelphia: WB Saunders; 2007. p.1582-632.
4. Marım G, Dinçel Ç. [Classification of renal tumors]. Dinçel Ç, editör. Üroonkoloji. 1. Baskı. İzmir: Meta Basım Matbaacılık; 2007. p.594-5.
5. Brown ET, Perlmutter AE, Oliverio B, Williams HJ, Zaslau S. Chromophobe renal cell carcinoma presenting as hemorrhagic shock: case report. *Can J Urol* 2008;15(5):4276-8.
6. Kendall AR, Senay BA, Coll ME. Spontaneous subcapsular renal hematoma: diagnosis and management. *J Urol* 1988;139(2):246-50.
7. Nguyen HT, Wolf JS Jr, Nash PA, Hovey RM, McAninch JW. Acute retroperitoneal hemorrhage due to transitional cell carcinoma of the renal pelvis. *J Urol* 1995;153(1):140-1.