

## Yürüme Zorluğuna Neden Olan İyi Lokalize Dev Renal Kitle

### A Well Localized Giant Renal Mass Which Caused Difficulty in Walking: Case Report

Dr. Haluk SÖYLEMEZ,<sup>a</sup>  
Dr. Süleyman KILIÇ,<sup>b</sup>  
Dr. Bülent ALTUNOLUK<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Üroloji Kliniği,  
İzmir Asker Hastanesi, İzmir  
<sup>b</sup>Üroloji Kliniği,  
Yeni Dünya Hastanesi, Batman  
<sup>c</sup>Üroloji AD,  
Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi  
Tıp Fakültesi, Kahramanmaraş

Geliş Tarihi/Received: 11.12.2008  
Kabul Tarihi/Accepted: 31.03.2009

Yazışma Adresi/Correspondence:  
Dr. Bülent ALTINOLUK  
Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi  
Tıp Fakültesi,  
Üroloji AD, Kahramanmaraş,  
TÜRKİYE/TURKEY  
drbulenta@yahoo.com

**ÖZET** Bu yazıda, inferior vena kava (İVK)'ya bası yaparak alt ekstremitede ödem ve buna bağlı yürüme zorluğuna neden olan 17 x 10 x 11 cm boyutlu iyi lokalize dev bir renal kitlesi olan olguyu sunuyoruz. Altmış dört yaşında erkek hasta sağ yan ağrısı, alt ekstremitede ödem ve yürüme zorluğu nedeni ile başvurdu. Bilgisayarlı tomografide renal parankimi tümüyle kaplamış, 15,3 x 11,4 x 15 cm boyutlu sağ renal kitle görüldü. İVK, kitle basısı nedeni ile yeterince değerlendirilemedi. Hastaya sağ radikal nefrektomi ve lenfadenektomi yapıldı. İleri hastalığın bulgusu olarak bilinen alt ekstremitede ödemi bu olguda sadece İVK basısına bağlı olarak gelişmiş ve yürüme zorluğuna neden olmuştur. Bu hasta literatürde görebildiğimiz bölgesel veya uzak metastaz yapmamış ikinci büyüklükteki tümöre sahiptir. Hastanın semptomlarının düzelmesine rağmen, ancak uzun dönem takip ile bu hastada mikro metastaz varlığı, sağkalımın ne olacağı ve yaptığımız tedavinin kür sağlayıp sağlamadığı anlaşılacaktır.

**Anahtar Kelimeler:** Böbrek tümörü, dev kitle

**ABSTRACT** This article, we report a 17 x 10 x 11 cm measured well localized giant renal mass which caused difficulty in walking because of edema of distal extremities by compressing inferior vena cava (IVC). A 64-year-old man presented with right flank pain, edema of distal extremities and difficulty in walking. Computed tomography confirmed the presence of a 15.3 x 11.4 x 15 cm right renal mass completely replacing the renal parenchyma. IVC was not clearly observed because of compression of the mass. Right radical nephrectomy with lymphadenectomy was performed. Edema of distal extremities is known as a sign of metastatic disease. But in this case edema happened because of compressed IVC, so it caused difficulty in walking. This patient had a very large sized-second in literature-tumor without any evidence of regional or distant metastases. His symptoms were improved, however a longer term follow up would tell us about micrometastases, survival and total cure of the disease.

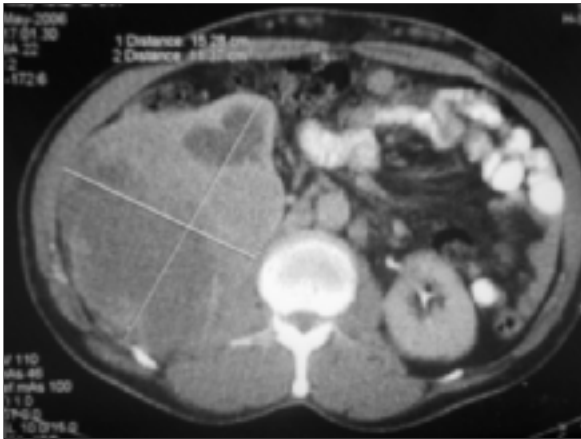
**Key Words:** Kidney tumor, giant mass

**Türkiye Klinikleri J Nephrol 2009;4(2):90-2**

**R**enal hücreli kanserin klinik belirti ve bulguları, paraneoplastik sendromları ve metastatik hastalıkta venöz tutulumun bir işareti olarak tanımlanan alt ekstremitede ödemi iyi bilinmektedir. Bu olguda ise metastaz olmamasına rağmen sadece İVK'nın kitle basısına bağlı olduğunu düşündüğümüz ileri derecede alt ekstremitede ödemi ve buna bağlı gelişen yürüme zorluğu ile dikkat çeken dev bir renal kitleyi sunuyoruz.

## OLGU SUNUMU

Altmış dört yaşında erkek hasta, 5 aydır süren sağ yan ağrısı, distansiyon, makroskopik hematüri, alt ekstremitelerde ödem ve yürüme zorluğu nedeni ile kliniğimize başvurdu. Fizik muayenesinde sağ üst kadranda büyük bir kitle, göbek çevresi cildinde ve alt ekstremitelerde variköz venler ve ödem tespit edildi. Tıbbi öyküsünde özellik yoktu ve karaciğer fonksiyon testleri ile akciğer grafisi normaldi. Hemoglobün seviyesi 11.5 mg/dL, kan üre azotu 31 mg/dL ve serum kreatinin ise 1.72 mg/dL idi. Bir cm aralıklarla çekilen üst abdominal bilgisayarlı tomografi (BT)'de 16 kesitte izlenen, sağ böbreği tümüyle kaplamış, mikro kalsifikasyonlar içeren, kompleks 15.3 x 11.4 x 15 cm boyutlu sağ renal kitle görüldü (Resim 1). İVK kitle basısı nedeni ile karaciğer hilusunda yeterince değerlendirilemedi. Bilateral inguinal, paraumbilikal ve abdominal cilt altında çok sayıda variköz venin neden olduğu nodüller tespit edildi. Renkli Doppler ultrasonografi (USG)'de kitle içinde vaskülarite artışı ve normal bir renal arter ve ven tespit edildi. Supin pozisyonunda sağ anterior subkostal kesi yapılarak transperitoneal sağ radikal nefrektomi ve lenfadenektomi yapıldı. Operasyon sırasında çok sayıda dilate subkütan ven ve birçok preaortik lenf nodu görüldü. İVK kitle tarafından basıya uğramıştı. Deneyimlerimizin aksine kitlenin diseksiyonu kolayca yapıldı ve parakaval, paraaortik ve hiler alanlarda lenf nodu görülmedi. Postoperatif 8 gün boyunca 100



**RESİM 1:** Operasyon öncesi çekilen abdominal BT'de dev sağ böbrek kitlesinin görünümü.

cc'den fazla lenfatik drenaj gözlendi. Postoperatif takibinde başka bir komplikasyon izlenmeyen hasta 10. günde taburcu edildi. Serum kreatinin değeri taburcu olduğu sırada 1.8 mg/dL idi.

Makroskopik olarak kitle 17 x 10 x 11 cm boyutlu ve 1600 g ağırlığındaydı. Histopatolojik incelemesi ise renal hücreli kanser (berrak hücreli tip-fuhrman nükleer grade III) olarak rapor edildi. Renal kapsül invazyonu olduğu ancak lenfovasküler veya perirenal yağ doku invazyonu olmadığı bildirildi. Renal parankim içerisinde tümöral doku dışındaki birçok alanda kronik piyelonefrit alanları olduğu görüldü. Preaortik lenf nodlarının tümü tümör negatif olarak bildirildi. Operasyondan 3 ay sonra yapılan kontrolde alt ekstremitelerde ödeminin azaldığı ve hastanın yürüme probleminin ortadan kalktığı görüldü. Abdominal USG'de herhangi bir metastaz görülmedi. Karaciğer fonksiyon testleri ve idrar tetkiki normal olan hastanın serum kreatinin değeri 1.43 mg/dL olarak ölçüldü. Hasta yayın hakkında bilgilendirilerek bilgilendirilmiş olur formu alındı.

## TARTIŞMA

Renal hücreli karsinomun önemli prognostik faktörleri, tümöre bağlı faktörler, laboratuvar bulguları ve spesifik klinik semptom ve bulgulardır. Bunlar arasında tümör çapı, patolojik evre, nükleer grade ve histolojik subtip gibi tümöre bağlı faktörler en önemlileridir.<sup>1</sup>

Organa sınırlı ve cerrahi olarak tamamı çıkarılabilen tümörlerin lenf nodu veya uzak metastaz yapan tümörlerden çok daha iyi bir sağkalıma sahip oldukları bilinmektedir.<sup>2,3</sup> Tümör boyutu böbrekte sınırlı tümörler için önemli bir prognostik faktördür.<sup>4,5</sup> 10 cm'den daha büyük çapa sahip tümörlerin kötü prognoza sahip oldukları bilinmektedir. Medeiros ve ark. 1998 yılında tümör boyutu ile 5 yıllık sağkalım arasındaki ilişkiyi araştırmışlar, bu çalışmada, 10 cm'den küçük tümörlerin 5 yıllık sağkalım oranlarının 10 cm'den büyük tümörlerden belirgin olarak yüksek olduğunu bulmuşlardır.<sup>6</sup> Guiliani ve ark. böbrek tümörlerini çaplarına göre <5 cm, 5-10 cm ve >10 cm olarak sınıflandırmış ve 5 yıllık sağkalımı sırasıyla %84, %50 ve %0 olarak saptamışlardır.<sup>7</sup> Büyük tümörlerin metastaz yapma-

ya daha yatkın oldukları bilinmektedir. Geniş çaplı bir çalışmada 5 cm'den küçük tümörlerde %11 metastaz oranı saptanırken 10 cm'den büyük tümörlerde bu oran %85'e kadar çıkmaktadır.<sup>8</sup>

Bu olguda operasyon öncesi çekilen BT' de metastaz saptanmamıştı ancak İVK'nin da normal anatomisi izlenememekteydi. Renkli Doppler USG ile normal renal arter ve ven gösterilmişti. Bu sonuçlar İVK'nin tümör tarafından invaze edilmiş olabileceğinden şüphelendirmişti. Lokalize renal hücreli karsinomun standart tedavisi radikal nefrektomi olarak kabul edildiğinden bizim de tedavi seçeneğimiz benzer oldu ve kitle tamamen çıkarıldı.<sup>9</sup> Herhangi bir lokal veya uzak metastaz bulunmamakla birlikte kitlenin büyüklüğü nedeni ile İVK, tümör tarafından bası altında izlendi.

Renal hücreli kanserin klinik belirti ve bulguları, paraneoplastik sendromları ve metastatik hastalıkta venöz tutulumun bir işareti olarak tanımlanan alt ekstremitte ödemi iyi bilinmektedir.<sup>1</sup> Bu olguda ise metastaz olmamasına rağmen sadece İVK'nin kitle basısına bağlı olduğunu düşündüğü-

müz ileri derecede alt ekstremitte ödemi ve buna bağlı gelişen yürüme zorluğu dikkat çekicidir.

Fawad ve ark. 1998 yılında BT'de 19 x 12 x 22 cm olarak ölçülen ve 5 kg ağırlığa sahip sağ böbreği tamamen kaplamış bir renal hücreli kanser olgusu bildirdiler. Bu tümör metastaz ve invazyon yapmamış organa sınırlı dev bir kitledir. Hastaya bizim olgumuza yaklaşımımızla aynı yönde hareket ederek radikal nefrektomi yapılmıştır.<sup>10</sup> Ancak çalışmalarında hastanın uzun dönem takibi ile ilgili bilgi yoktur. Bildirdiğimiz hasta literatürde saptayabildiğimiz bölgesel veya uzak metastaz yapmamış ikinci büyüklükteki tümöre sahiptir. Hastanın 3. ay kontrolünde yapılan tetkiklerde metastaza rastlanmadı ancak bu süre hastanın takibi açısından çok kısadır. Hastanın kitle basısına bağlı semptomlarının düzelmesiyle birlikte, hâli hazırda mikro metastaz varlığı saptanamadığı için, ancak uzun dönem takip ile bu hastada sağkalımın ne olacağı ve yaptığımız tedavinin kür sağlayıp sağlamadığı anlaşılacaktır. Bu olgu renal hücreli karsinomun her hastada ortaya çıkışının ve davranışının farklı olabileceğinin bir göstergesidir.

## KAYNAKLAR

1. Novick AC, Campbell SC. Renal tumors. In: Walsh PC, Retik AB, Vaughan ED, Wein AJ, eds. Campbell's Urology. Volume 4. 8<sup>th</sup> ed. Philadelphia: WB Saunders Company; 2004. p.2672-731.
2. Golimbu M, Joshi P, Sperber A, Tessler A, Al-Askari S, Morales P. Renal cell carcinoma: survival and prognostic factors. Urology 1986;27(4):291-301.
3. Gutierrez JL, Val-Bernal JF, Garijo MF, Buelta L, Portillo JA. Nuclear morphometry in prognosis of renal adenocarcinoma. Urology 1992;39(2):130-4.
4. Hafez KS, Fergany AF, Novick AC. Nephron sparing surgery for localized renal cell carcinoma: impact of tumor size on patient survival, tumor recurrence and TNM staging. J Urol 1999;162(6):1930-3.
5. Zisman A, Pantuck AJ, Chao D, Dorey F, Said JW, Gitlitz BJ, et al. Reevaluation of the 1997 TNM classification for renal cell carcinoma: T1 and T2 cutoff point at 4.5 rather than 7 cm. better correlates with clinical outcome. J Urol 2001;166(1):54-8.
6. Medeiros LJ, Gelb AB, Weiss LM. Renal cell carcinoma. Prognostic significance of morphologic parameters in 121 cases. Cancer 1988;61(8):1639-51.
7. Giuliani L, Giberti C, Martorana G, Rovida S. Radical extensive surgery for renal cell carcinoma: long-term results and prognostic factors. J Urol 1990;143(3):468-73.
8. Bell ET. Tumors of the kidney. Renal Diseases. 2<sup>nd</sup> ed. Philadelphia: Lea and Fabiger; 1950. p.434.
9. Robson CJ. Radical nephrectomy for renal cell carcinoma. J Urol 1963;89:37-42.
10. Fawad A, Ather MH. Well localized huge renal cell carcinoma. J Pak Med Assoc 1998;48(5):151-2.