

Hematürisiz Renal Hücreli Karsinom: “Üç Olgu Sunumu”

RENAL CELL CARCINOMA WITHOUT HEMATURIA “3 CASE REPORT”

Semahat KARAHİSAR*, Rabia KÖKSAL**, Canan ALATAŞ***,
Başol CANBAKAN***, Süreyya ADANALI****

* Dr. Ankara Numune Hastanesi 3. Dahiliye Kliniği Asistanı
** Dr. Ankara Numune Hastanesi 5. Dahiliye Kliniği Asistanı
*** Dr. Ankara Numune Hastanesi 3. Dahiliye Uzmanı
**** Dr. Ankara Numune Hastanesi 3. Dahiliye Kliniği Şefi, ANKARA

ÖZET

Kasım 1994-Ocak 1995 tarihleri arasında kliniğimize; renal hücreli karsinom (RCC) en sık karşılaşılan semptomu hematüri ve klasik triyad (hematüri, abdominal kitle, bel ağrısı) bulunmadan, halsizlik, kilo kaybı ve bel ağrısı yakınmasıyla başvuran üç hastada RCC tanısı konulması nedeniyle, erken tanıda USG'nin değerini vurgulamak için bu olguları yayınlamayı uygun bulduk.

Anahtar Kelimeler: Renal hücreli karsinom, hematüri ve ultrasonografi

Türkiye Klinikleri J Med Sci 1996, 16:318-321

Renal hücreli karsinom nadir görülen bir ileri yaş hastalığıdır. İnsidansı adult maligniteler arasında %3 oranında olup, 50-70 yaşları arasında siktir (1-7). Etiyolojide suçlanan bir takım risk faktörlerinin (sigara, analjezik suistimali, kimyasal ve biyolojik ajanlar gibi) hiçbirisi kesin değildir. Hastalar en sık hematüri (%37-59), abdominal kitle (%21-45), ağrı (21-41) klasik semptomları ile başvururlar (8,9,10). Hastaların %9'unda bu klasik triyad (gross hematüri, abdominal kitle ve ağrı) bulunur (8,9). Diğer semptomlar kilo kaybı, ateş, anemi veya eritrosidoz, hiperkalsemi, akut varikosel ve metastaz semptomlarıdır. Hastaların %7'sinde tanı tesadüfen konur (8,9,10,11,12). Olgularımızı erken tanıda ultrasonografinin değerini vurgulamak için yayınladık.

ÜÇ OLGU SUNUMU

Olgu 1: B.S. 54 yaşında, erkek, çiftçi. Son bir aydır klaudikasyon ve halsizlik yakınmalarıyla başvurdu. Son üç ayda 12 kg. kilo kaybı mevcuttu. 27 yıldır 1 paket/gün

Geliş Tarihi: 12.12.1995

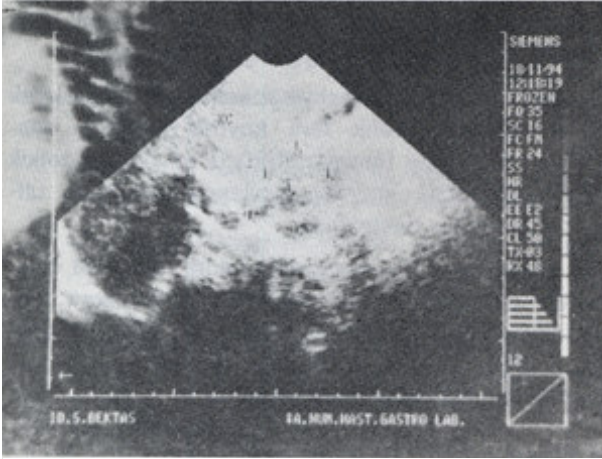
Yazışma Adresi: Dr. Rabia KÖKSAL
Reşat Nuri Sok. 5/B
06540 Y.Ayrancı, ANKARA

SUMMARY

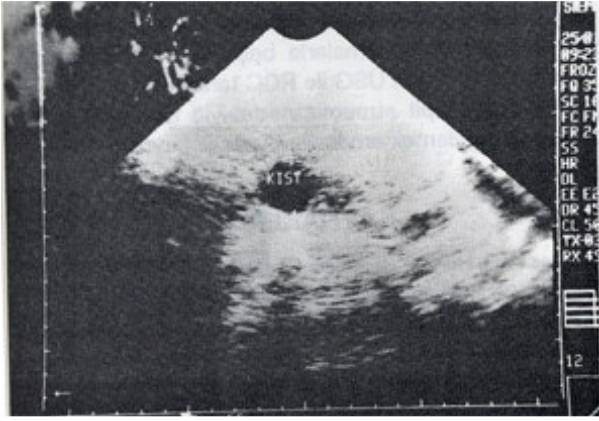
Patients applied with the complaints of malaise, weight loss and frank pain, without hematuria or the classical triad of renal cell carcinoma (hematuria, abdominal mass, frank pain) between November 1994-January 1995 to our clinic. They had the diagnosis of renal carcinoma. To emphasize the importance and value of USG in early diagnosis of renal cell carcinoma we are publishing this article.

Key Words: Renal cell carcinoma, hematuria and ultrasonography

sigara öyküsü olan hastanın fizik muayenesinde TA: 90/60 mmHg, Nabız: 88/dak, ritmik, Ateş: 36.5°C idi. Sağ supraklaviküler, servikal ve inguinalde 1x1 cm. boyutlarında lenfadenopatileri vardı. Karaciğer 2 cm. palpable, alt ekstremitelerde sağ bacakta (+++), sol bacakta (++) asimetrik ödem, skrotal ve penil ödem mevcuttu. Hb: 8.9 g/dl, KK: 3.060.000/mm³, Htc: %28, ESR: 96 mm/sa, LDH: 4635 İÜ/L (114-240), albumin: 28.3 g/L (35-42), globulin: 28.7 g/L (23-30) idi. Diğer laboratuvar parametreleri normal sınırlardaydı. Asimetrik periferik ödem araştırması için yapılan abdominopelvik USG'de sol böbrek üst polde 60 mm. çapında heterojen kitle ve yaygın intraabdominal lenfadenopatiler tespit edildi (Şekil 1). Torako-abdominal CT'de aynı lokalizasyonlarda hipodens lezyon, yaygın intraabdominal, patolojik boyutta lenfadenopati, mediastanda lenfadenopati, akciğer parenkiminde metastazla uyumlu nodüler lezyonlar görüldü. Sağ supraklaviküler ve servikal lenf nodu biyopsisi sonucu karsinoma metastazı gelen hastada USG eşliğinde böbrekteki kitleden alınan biyopsi sonucu iri yuvarlak veya oval hiperkromatik nukleuslu yer yer belirgin nukleoullu, geniş eozinofilik sitoplazmalı, pleomorfik ve mitotik aktivite gösteren, gruplar oluşturan tümör hücreleri; renal hücreli karsinom olarak geldi. Evre IV. inoperable kabul edilen hasta tedaviye başlanmadan exitus oldu.



Şekil 1. Abdominal USG'de sol böbrek üst polde 60 mm çapında heterojen kitle (1. olgu).



Şekil 2. Abdominal USG'de sağ böbrekte 50 mm çapında heterojen kitle (2. olgu).

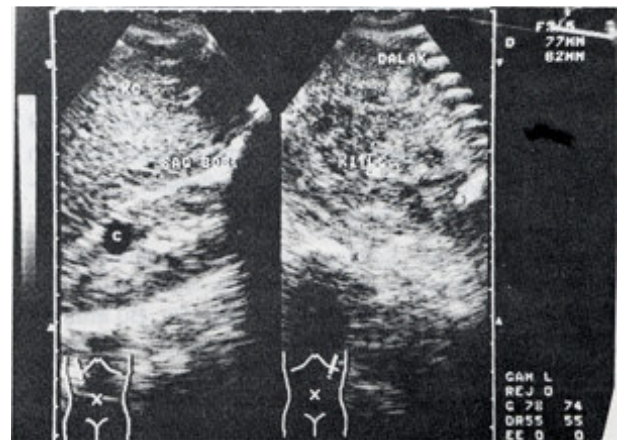
Olgu 2: K.C., 60 yaşında, erkek, çiftçi. Dispne yakınmasıyla başvuran hastanın fizik muayenesinde; TA: 110/80 mmHg, Nabız:116/dk. ritmik, Ateş: 37°C idi. Sigara öyküsü olmayan hastada kilo kaybı yakınması vardı. Laboratuvar incelemelerinde; Hb:15 g/dl, KK: 5.300.000/mm³, Htc: %48, ESR: 28 mm/saat bulundu. Diğer parametreler normal sınırlardaydı. EKG'de subakut anteroseptal miyokard enfarktüsü tespit edilen hastada sol kalp yetmezliği tedavisine rağmen halsizlik ve iştahsızlık şikayetlerinde düzelme olmaması ve kilo kaybı hikayesi nedeniyle yapılan abdominal USG'de konjestif hepatomegali, kronik taşlı tolesistit, bilateral pyelit, basit renal kistler ve sağ böbrekte 50 mm. çapında heterojen kitle tespit edildi (Şekil 2). Yapılan torako-abdominopelvik CT'de sağ böbrekte en büyüğü 50 mm. çapında olmak üzere bilateral, multiple sayı ve boyutta kortikal kistler tespit edildi. Patolojik boyutta lenfadenopati yoktu. USG ve CT arasındaki solid/kistik ayrımı konusundaki şüphe nedeniyle tekrarlanan USG sonrası solid kitle tanısı kondu. Hastanın operabilite

sınırlarında olması nedeniyle sağ total radikal nefrektomi yapıldı. Patoloji sonucu; normal böbrek dokusuna komşu, ince fibrovasküler bir stromaya sahip, diffüz dağılım gösteren, yer yer tübüller yapmış tümör dokusu izlenmektedir. Tümör hücreleri nispeten uniform görünümde, veziküler nukleuslu, belirgin nukleolu, geniş berrak sitoplazmalı hücrelerdir. Kalsifikasyonlar da izlenmektedir. Ayrıca sayıca artmış damar yapıları dikkati çekmektedir. Damar ve kapsül invazyonu izlenmektedir. Kapsül invazyonu göstermeyen renal hücreli karsinom olarak rapor edildi. Hasta şifa ile taburcu edildi.

Olgu 3: N.T., 55 yaşında, erkek, çiftçi. Bel ağrısı, pollaküri ve kilo kaybı yakınmalarıyla servise kabul edilen hastada sigara öyküsü yoktu. Fizik muayenesinde; TA: 140/60 mmHg, Nabız: 96/dk., ritmik, Ateş: 36.8°C idi. Sol supraklaviküler 2x3 cm. boyutunda lenfadenopati tespit edildi. Laboratuvar incelemelerinde; Hb: 11 g/dl,



Şekil 3. Abdominal USG (3. olgu).



Şekil 4. Abdominal USG (3. olgu).

KK: 4.000.000/mm³, Htc: %33, ESR: 70 mm/saat, albulin: 47.3 g/L, globulin: 26.2 g/L. Kilo kaybı nedeniyle 15 gün arayla yapılan abdominal USG'de ilk raporda süppüre kist, abse, semi-solid kitle ayırımı yapılamamış olup, ikinci raporda sol böbrekte 62x77x85 mm. boyutlarında heterojen kitle olarak değerlendirildi (Şekil 3,4). TorakO-abdominaO-pelvik CT'de sol böbrekte 100x75 mm. boyutlarında kitle, sol renal hilusta 20 mm. Çapında, içinde değişik yoğunluk alanları izlenen kitle lenfadenopati olarak rapor edildi. Sol renal ven tromboze görünümündeydi. S1 vertebrada kistik lezyon izlendi. Hastada mevcut sol supraklaviküler lenf nodunun total eksizyonu patoloji sonucu fibröz kapsül altında, çok küçük alanlarda izlenebilen lenfoid doku altında, solid alanlar oluşturan, yer yer fibröz bantlar ile ayrılarak lobülasyonlar oluşturan tümör dokusu izlenmektedir. Tümör hücreleri küçük hiperkromatik nükleuslu, geniş, berrak, yer yer kesin sınırlı sitoplazmalı, pleomorfik, atipik özellikte berrak hücreli karsinom metastazı (renal hücreli) raporu gelen hasta evre IV, inoperable kabul edildi. Tedaviyi kabul etmeyen hasta haliyle taburcu edildi.

TARTIŞMA

İki ay içerisinde renal hücreli karsinom tanısı alan üç hastamız etiyoloji, klinik, laboratuvar ve tanı yöntemleri açısından literatür ile karşılaştırıldı.

Etiyolojide en fazla suçlanan sigara içimi (erkeklerde %30, kadınlarda %24) bizim hastalarımızdan sadece birinde mevcuttu (13-17). Kimyasal ve biyolojik ajanlara maruz kalma özgeçmişte hiçbir hastamızda tespit edilemedi. Aynı şekilde kronik analjezik kullanımı öyküsü de yoktu. Obesite üç hastamızın hiçbirinde mevcut değildi.

Hematüri renal hücreli karsinomun bilinen en sık semptomu (%37-59) olmasına karşın hastalarımızın hiçbirinde makroskopik veya mikroskopik hematüri tespit edilmedi. Literatürde %21-45 oranında olan abdominal kitle de hastalarımızda mevcut değildi (8-9). %21-41 oranında bulunan bel ağrısı 1. ve 3. olgumuzda başvuruda mevcuttu ve kilo kaybı ile birlikte başvuru yakınmasını oluşturuyordu. %23-30 oranında görülen kilo kaybı hastalarımızın hepsinde nonspesifik olmasına karşın, vardı. Metastaza ait şikayetler ve %9 oranında belirtilen klasik triyad birlikteliği hastalarımızın hiçbirisinde yoktu (8,9). Akut varikosel de hastalarımızda tespit edilmedi.

Renal hücreli karsinomun paraneoplastik bulgularından %20 oranında görülen ateş, sadece bir hastamızda subfebril düzeyde tespit edildi (18). Bu ateş ise alta yatan amip enfeksiyonuna bağlandı. Diğer olgularımızda vücut ısısı normal sınırlardaydı.

Hastalarımızın hiçbirisinde hipertansiyon, eritrositoz, trombositoz, hiperkalsemi tespit edilmedi. 1. ve 3. olgumuzda anemi, 1. olgumuzda hepatik disfonksiyon

mevcuttu. Aynı olguda tespit edilen LDH yüksekliği tümör kitlesinin yaygınlığına bağlandı.

Literatürde sensitivitesi ve spesifisitesi %97 olarak belirtilen ultrasonografik tanı koyma yöntemi hastalarımızın hepsinde tanıya götürücü en önemli tetkik oldu (19,20). USG sonrası yapılan renal CT'de ultrasonografik tanıyı destekledi.

1. olgu evre IV, inoperable olup, tedaviye başlamadan exitus oldu. 2. olgu evre I olarak değerlendirilmiş olup radikal nefrektomi ile total kür sağlandı. 3. olgu evre IV inoperable olup, tedaviyi kabul etmediğinden haliyle taburcu edildi.

SONUÇ

RCC triyadını oluşturan bulguları taşımayan hastalarda da USG'nin spesifisite ve sensitivite açısından en değerli tanı yöntemi olduğu literatürde gösterilmiştir (19,20).

Biz de kilo kaybı, halsizlik, iştahsızlık, bel ağrısı gibi nonspesifik yakınmalarla başvuran üç olgumuzda hematüri olmaksızın USG ile RCC tanısı koyarak, bir olguda evre I tespit etmemiz nedeniyle tanıda USG'nin değerini vurgulamak amacıyla bu üç olguyu sunduk.

KAYNAKLAR

1. Ries LAG, Hankey BF, Miller BA, Hartman MA, Edwards BK, eds. Cancer statistics review. National institutes of Health Publication, 91-2789. Beteasda: National Cancer Institute 1991.
2. Silverberg E, Baring C, Squires T. Cancer statistics CA 1991;9:26.
3. Dekernio JB. Renal Tumors. In: Walsh PC, Gittes RF, Perlmutter AD, eds. Campbell's Urology. Philadelphia: WB Saunders; 1986. p.1294-342.
4. Goodman MT, Morgensten H, Wynder EL. A case control study of factors affecting the development of renal cancer. Am J Epidemiol 1986;124:926-41.
5. Lieber MM, Tomera FM, Taylor WF, Farrow GM. Renal adenocarcinoma in young adults. Survival and variables affecting prognosis. J Urol 1981;125:164-8.
6. Castellanos RD, Aron BS, Evans AT. Renal adenocarcinoma in children. Incidence, therapy ad prognosis. J Urol 1974;111:534-6.
7. Golimbu M, Joshi P, Sperber A, Tessler A, Al-Askaris, Marles P. Renal cell carcinoma: Survival and prognostic factors. Urology 1986;27:291-301.
8. Skinner DG, et al. Diagnosis and management of renal cell carcinoma. A clinical and pahologic study of 309 cases. Cancer 1971;28:1165.
9. Gibbons RP, et al. Manifestations of renal cell carcinoma. Urology. 1976;8:201.

10. Fleischmann J. A perspective on renal cell carcinoma. J Urol. Editorial July 1995;154:41-2.
11. Sawezuk I. Renal cell carcinoma-local recurrence J Urol 1996;155-37.
12. Aydoğanlı L, Tarhan F, Atan A, Akalın Z, Yıldız M. Ksantogranüloamatöz pyelonefrit. Üroloji Bülteni, 1992;3:11-3.
13. Laughin JK, Mandel JS, Blot WJ, Schuman LM, Mehl ES, Froumeni JF. A population-based case control study of renal cell carcinoma JNU 1984;72:275-84.
14. Yu MC, Mack TM, Hanisch R, Cicioni C, Huderson BE. Cigarette smoking, obesity, diuretic use and coffee consumption as risk factors for renal cell cancer in Northern Italy. Cancer Causes Control 1990;1:125-31.
15. Talomani R, Baran AE, Barra S. A case control study of risk factors for renal cell cancer in Northern Italy. Cancer Causes Control 1990;1:131-5.
16. Lavecchia C, Negri ED, Aranzo B, Franceski B, Franceski S. Smoking and renal cell carcinoma. Cancer Res 1990;50:5231-3.
17. Maclure M, Willent W. A case-control study of diet and risk of renal adenocarcinoma. Epidemiology 1990;1:430-40.
18. Chisholm GD, Ray RR. The systemic effects of malignant renal tumors. Br J Urol 1971;43:687.
19. Smith EH, Bennet AH. The usefulness of ultrasound in the evaluation of renal masses in adults. J Urol 1975;113:525.
20. Aydoğanlı L, Atan A, Cengiz T. Böbrek tümörü ile karışan renal subkapsüler hematoma olgusu. Bursa Devlet Hastanesi Tıp Bülteni 1992;3:3.