

# Nadir Bir Böbrek Tümörü: Multiloküler Kistik Renal Hücreli Kanser

## A Rare Renal Tumor: Multilocular Cystic Renal Cell Carcinoma: Case Report

Dr. Selahattin ÇALIŞKAN,<sup>a</sup>  
Dr. Cevdet KAYA,<sup>a</sup>  
Dr. Meryem DOĞAN<sup>b</sup>

<sup>a</sup>II. Üroloji Kliniği,  
<sup>b</sup>Patoloji Kliniği,  
Haydarpaşa Numune  
Eğitim ve Araştırma Hastanesi,  
İstanbul

Geliş Tarihi/Received: 17.04.2011  
Kabul Tarihi/Accepted: 26.08.2011

Yazışma Adresi/Correspondence:  
Dr. Selahattin ÇALIŞKAN  
Haydarpaşa Numune  
Eğitim ve Araştırma Hastanesi,  
II. Üroloji Kliniği, İstanbul,  
TÜRKİYE/TURKEY  
dr.selahattin@gmail.com

**ÖZET** Multiloküler kistik renal hücreli kanser (MKRHK), tüm böbrek tümörlerinin %1-2'sini oluşturmaktadır. MKRHK 20 ile 76 yaş arasında erkeklerde kadınlara göre 3 kat fazla görülür. MKRHK'de kistler septalı olup değişken boyutludur ve fibröz kapsülle böbrekten ayrılmıştır. Kist içeriği seröz veya hemorajik olabilir. Rekürrens ve metastaz bildirilmemiştir. Ayırıcı tanıda multikistik böbrek, segmental kistik hastalık, kistik nefroma ve diğer renal hücreli karinomlar akla gelmelidir. Histolojik olarak MKRHK iyi sınırlanmış multikistik lezyon olup, düşük mitotik aktivite veya mitotik aktivitesiz tümöral hücreleri içeren farklı boyutlarda kistlerden oluşur. Bu çalışmada, sağ açık radikal nefrektomi ile tedavi ettiğimiz olgu sunulmuştur.

**Anahtar Kelimeler:** Karsinom, böbrek hücreli; böbrek tümörleri

**ABSTRACT** Multilocular cystic renal cell carcinoma (MCRCC) is almost 1-2% of all renal tumors. MCRCC is seen between 20 and 76 years with a predominate male to female ratio is 3:1. The cysts are septated, have variable sizes and separated from the kidney with fibrous capsule. The cyst fluid may be serous or hemorrhagic. Recurrence and metastasis were not reported. Differential diagnosis of MCRCC includes multicystic kidney, segmental cystic disease, cystic nephroma and other renal cell carcinomas. Histologically the MCRCCs were well-demarcated multicystic lesions containing variable sized aggregates of neoplastic clear cells that have little mitotic activity or not. The patient who was treated with open radical nephrectomy was presented in this study.

**Key Words:** Carcinoma, renal cell; kidney neoplasms

Türkiye Klinikleri J Urology 2011;2(2):68-70

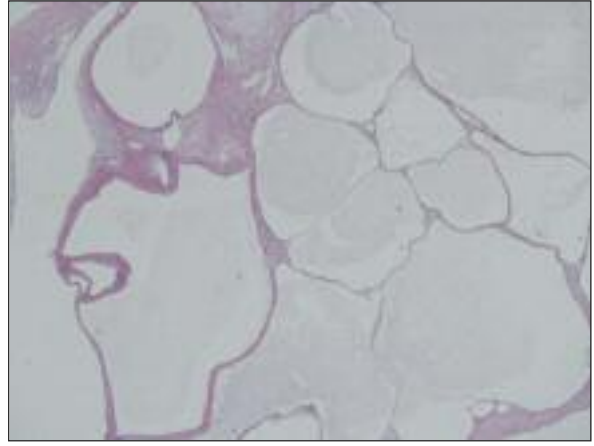
Böbrek hücreli kanserler, Dünya Sağlık Örgütü tarafından histolojik olarak; berrak hücreli, papiller, kromofob hücreli, Bellini toplayıcı sistem kaynaklı, medüller, noroblastoma ile ilişkili, müsinöz tubuler (iğne hücreli) ve sınıflandırılmayan olarak gruplandırılmıştır.<sup>1</sup> Multiloküler kistik kanser berrak hücreli kanserin nadir bir formudur ve mükemmel bir seyir gösterir.<sup>2</sup> İlk olgu sunumu 1928 yılında Perlman tarafından yapılmıştır.<sup>3</sup> Multiloküler kistik renal hücreli kanser (MKRHK) tüm böbrek tümörlerinin %1-2'sini oluşturmaktadır.<sup>4</sup>

### OLGU SUNUMU

Kırk yedi yaşında kadın hasta, 10 yıldır olan künt tarzda sağ yan ağrısının son 1.5 aydır artması üzerine hastaneye başvurdu. Öz geçmişinde herhan-

gi bir özellik bulunmayan hastaya yapılan batin ultrasonografisinde karaciğer sağ lob kaynaklı olduğu düşünülen 131 x 109 mm boyutunda düzgün sınırlı, septalı multikistik lezyon saptandı. Çekilen batin manyetik rezonans görüntüleme (MRG)'de sağ böbrekten köken alan egzofitik tarzda yaklaşık 118 x 114 mm boyutlu renal hücreli karsinom ile uyumlu kitle saptandı (Resim 1). Fizik incelemede özellik saptanmayan hastanın hemogram ve biyokimyasal tetkiklerinde anormallik saptanmadı. İndirekt hemaglunitasyon testi negatif olarak rapor edildi.

Hastaya tüm bulgular altında chevron insizyonla sağ açık radikal nefrektomi operasyonu yapıldı. Makroskopisinde kistik yapıların böbrek parankimini ortadan kaldırdığı gözlemlendi. Histolojik olarak çevre böbrek dokusundan ince bir kapsülle ayrılmış boyutları farklılık gösteren multiloküler kistlerin oluşturduğu tümör izlendi. Kistlerin birçoğunda döşeyici epitelyum izlenmemekteydi ve epiteli oluşturan hücreler veziküler nükleuslu olup, geniş sitoplazmalı tek sıralı dizilim göstermekteydi. Tümör çapı 12 cm olup Fuhrman derecelendirmesine göre grad 2 olarak rapor edildi (Resim 2). Patolojik olarak multiloküler kistik böbrek hücreli kanser rapor edildi. Hastanın postoperatif 3. ayında yapılan tetkiklerinde sedimantasyonu normal, akciğer grafisinde metastaz görünümü mevcut değildi. Postoperatif 6. ayında çekilen



RESİM 2: Böbrekte multiloküler kistlerin görünümü.

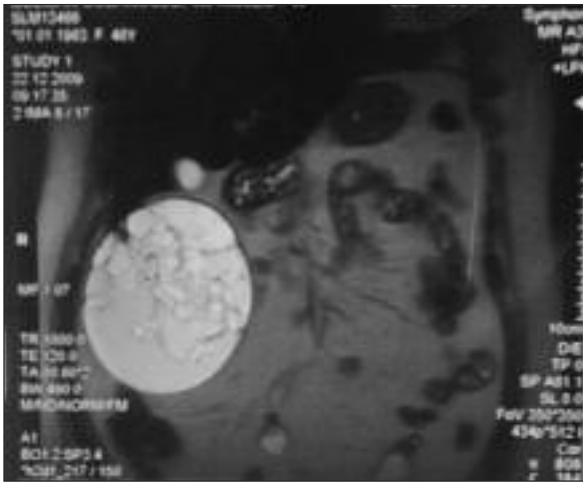
batin tomografisinde nüks veya metastaz lehine bulgu saptanmadı. Hasta takibinin 9. ayında, olup herhangi bir şikâyeti bulunmamaktadır.

## TARTIŞMA

MKRHK, 20 ile 76 yaş arasında erkeklerde kadınlara göre 3 kat fazla görülür. MKRHK'de kistler septalı olup değişken boyutludur ve fibröz kapsülle böbrekten ayrılmıştır. Kist içeriği seröz veya hemorajik olabilir ve %20'sinde septada veya duvarda kalsifikasyon gözlenebilir. Rekürrens ve metastaz bildirilmemiştir.<sup>5</sup> Ayırıcı tanıda multikistik böbrek, segmental kistik hastalık, kistik nefroma ve diğer renal hücreli karsinomlar akla gelmelidir.<sup>2</sup> Histolojik olarak MKRHK iyi sınırlanmış multikistik lezyon olup, düşük mitotik aktivite veya mitotik aktivitesiz tümöral hücreleri içeren farklı boyutlarda kistlerden oluşur.<sup>6</sup>

Hora'nın yapmış olduğu çalışmada, 701 böbrek kanserli hastanın 10'unda kistik kanser tespit edilmiş ve 10 hastanın 7'sinde MKRHK saptanmıştır. Hastaların 5'inde tanı rastlantısal olarak konulurken, 2 hastada karın ağrısı mevcutmuş. Tanı kriteri olarak 3 kriter belirlenmiş; iyi sınırlanmış böbrek kitlesi, solid nodül içermeyen tamamı kistlerden oluşan kitle ve epitelyal hücreleri sınırlayan septa varlığı.<sup>7</sup> Hastamızda var olan sağ yan ağrısı tanıya gitmede yardımcı olmuştur.

Suzigan ve ark.nın yapmış olduğu 45 olguluk çalışmada, hastaların evreleri; %82'si T1, %16'sı T2, %2'si de T3 olarak rapor edilmiştir. Fuhrman dere-



RESİM 1: Batin manyetik rezonans görüntüleme sağ böbrekte çok sayıda kist görülmektedir.

celendirmesine göre hastaların %62'sinde grad 1, %38'inde grad 2 saptanmış.<sup>2</sup> Ortalama tümör boyutu 4.9 cm olarak bildirilmiştir. Nassir ve ark.nın çalışmasında, ortalama tümör boyutu 3.4 cm olarak bildirilmiştir.<sup>8</sup> Olgumuzda tümör boyutu 12 cm olup, literatüre kıyasla daha büyük boyutta olduğunu saptadık.

Suzigan'ın çalışmasında hastaların ortalama yaşı 54.3 olup, kadınlarda 51.1 olarak bildirilmiştir. Altmış altı aylık takip süresince hastalığa bağlı bir olay yaşanmadığı bildirilmiştir. Hastaların klinik gidişi; tümör boyutu ve evresinden etkilenmediği belirtilmiştir.<sup>2</sup>

Kistik böbrek hücreli kanserlerin radyolojik bulguları solid olanlara göre daha fazla kafa karıştırıcı ve daha az spesifiktir.<sup>9</sup> Ultrasonografi yararlı bir görüntüleme olsada bilgisayarlı tomografi lezyonun malign özelliğini ayırt etmek için kullanılabilir. MRG şüpheli olgularda kullanılabilir.<sup>8</sup>

Tedavide boyut ve evreye aldırmadan rezeksiyonun kür sağladığı ve nefron koruyucu cerrahiden fayda gördükleri, preperatif ve intraoperatif

frozenın faydalı olmadığı ve yanlış sonuçların çok sık görüldüğü bildirilmiştir. Bazı olgularda radikal nefrektomi önerilmektedir.<sup>7</sup> Seçilmiş olgularda nefron koruyucu cerrahi yapılabilmektedir. Nassir ve ark.nın 12 hastalık çalışmasında, 4 hastaya parsiyel nefrektomi operasyonu yapıldığı bildirilmiştir.

Olgumuzda kitlenin boyutu göz önüne alındığında nefron koruyucu cerrahi şansının olmadığı görülmekteydi. Hastanın indirekt hemaglunitasyon testinin negatif çıkması kist hidatik tanısından uzaklaştırırsa da ayırıcı tanıda bu hastalık göz önünde bulundurulmalıdır. Ülkemizden Adayener ve ark.nın yapmış olduğu olgu çalışmasında, indirekt hemaglunitasyon testi pozitif çıkan bir adet MKRHK olgusu bildirilmiştir.<sup>3</sup>

Sonuç olarak MKRHK, radyolojik yöntemlerle öntanısı konan, kesin tanı için histolojik inceleme gerektiren benign karakterde bir böbrek tümörüdür. Tanı ve tedavide nefrektomi tek seçenektir. Uzun dönem sonuçlarında nüks veya metastaz saptanmayan MKRHK ileriki zamanlarda farklı bir sınıflamaya girmeye aday gibi gözükmektedir.

## KAYNAKLAR

1. Aydin H, Zhou M. The changing face of renal cell carcinoma pathology. *Curr Oncol Rep* 2008;10(3):235-44.
2. Suzigan S, López-Beltrán A, Montironi R, Drut R, Romero A, Hayashi T, et al. Multilocular cystic renal cell carcinoma : a report of 45 cases of a kidney tumor of low malignant potential. *Am J Clin Pathol* 2006;125(2):217-22.
3. Adayener C, Akyol İ, Berber U, Şenkul T, Baykal K, İşeri C. [A multilocular cystic renal cell carcinoma mimicking hydatid cyst]. *Turkish Journal of Urology* 2008;34(2):266-8.
4. Sabhiki A, Abrari A, Sachdev R, Chawla A, Vaidya A. Multilocular cystic renal cell carcinoma: a diagnostic rarity. *Indian J Pathol Microbiol* 2008;51(3):457-8.
5. Prasad SR, Humphrey PA, Catena JR, Narra VR, Srigley JR, Cortez AD, et al. Common and uncommon histologic subtypes of renal cell carcinoma: imaging spectrum with pathologic correlation. *Radiographics* 2006;26(6):1795-806.
6. Imura J, Ichikawa K, Takeda J, Tomita S, Yamamoto H, Nakazono M, et al. Multilocular cystic renal cell carcinoma: a clinicopathological, immuno- and lectin histochemical study of nine cases. *APMIS* 2004;112(3):183-91.
7. Hora M, Hes O, Michal M, Boudová L, Chudáček Z, Kreuzberg B, et al. Extensively cystic renal neoplasms in adults (Bosniak classification II or III)--possible "common" histological diagnoses: multilocular cystic renal cell carcinoma, cystic nephroma, and mixed epithelial and stromal tumor of the kidney. *Int Urol Nephrol* 2005;37(4):743-50.
8. Nassir 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(3):421-7.
9. Kim JC, Kim KH, Lee JW. CT and US findings of multilocular cystic renal cell carcinoma. *Korean J Radiol* 2000;1(2):104-9.