

Toplayıcı Kanal Karsinomu

Collecting Ductal Carcinoma: Case Report

Uz.Dr. Cavit CEYLAN,^a
Doç.Dr. Öner ODABAŞ,^a
Dr. Adnan ŞAHİN,^a
Uz.Dr. Tülay TEMUÇİN,^b
Uz.Dr. Taner CEYLAN^c

^aÜroloji Kliniği,
^bPatoloji Kliniği,
Ankara Yüksek İhtisas Eğitim
ve Araştırma Hastanesi,
^cÜroloji Kliniği,
Ankara Yenimahalle Devlet Hastanesi,
Ankara

Geliş Tarihi/Received: 21.09.2010
Kabul Tarihi/Accepted: 24.05.2011

Yazışma Adresi/Correspondence:
Uz.Dr. Cavit CEYLAN
Ankara Yüksek İhtisas Eğitim
ve Araştırma Hastanesi,
Üroloji Kliniği, Ankara
TÜRKİYE/ TURKEY
ceylancavit@yahoo.com

ÖZET Böbrek toplayıcı kanal karsinomu (TKK), tüm böbrek tümörleri içinde oldukça nadir görülen ve tanı konulduğunda sıklıkla metastatik semptom veren bir tümördür. Olgu, şiddetli yan ağrısı ile üroloji polikliniğine başvurmuş, yapılan tetkikler neticesinde tanı konmuştur. Ultrasonografide sol böbrekte kortikomedüller ayrımı yapılamayan 5x6cm lobule konturlu hipoeoik kitle, bilgisayarlı tomografide intravenöz kontrast madde sonrası 6x5x4 cm boyutlarında heterojen kontrastlanma tutan tümöral kitle, ve renal ven düzeyinde konglomere lenfadenopati izlendi. Hastaya sol radikal nefrektomi sonrası yapılan histopatolojik incelemede, böbrek çevre dokularda tubal displazi ve fokal intraselüler musin, yüksek gradeli sitoloji, solid ve tubulopapiller büyüme paterni, yaygın inflamatuvar hücre içeren multinodular tümör şeklinde tanımlanan TKK tanısı aldı. Tanı anında sıklıkla metastatik olan TKK, agresif seyirli ve tedavisi zor bir malignitedir.

Anahtar Kelimeler: Karsinom, duktal; nefrektomi; tedavi

ABSTRACT Renal collecting duct carcinoma is rare among all kidney tumors and it is frequently metastatic on diagnosis. The patient applied to the department of urology suffering from severe flank pain and it's diagnosed with renal collecting duct carcinoma at end of the investigations. A hypoechoic lobulated mass with a diameter of 5x6 cm was determined by ultrasonography, and it could not be determined whether it arose from the cortex or the medulla of the kidney. A mass with a diameter of 6x5x4 cm which contrasted heterogenously after intravenous contrast material injection and conglomerated lymphadenopathies were seen on computerised tomography. We performed left radical nephrectomy. At the end of the histopathological examination, the diagnosis was collecting duct carcinoma characterized by tubal dysplasia and focal intracellular mucine in the tissues around the kidney, high grade cytology, solid and tubulopapillary growth pattern and multinodular tumor which contained diffuse inflammatory cells. Collecting duct carcinoma is generally metastatic on diagnosis, and since it is an aggressive tumor, its treatment is considerably difficult.

Key Words: Carcinoma, ductal; nephrectomy; therapy

Türkiye Klinikleri J Med Sci 2012;32(4):1159-62

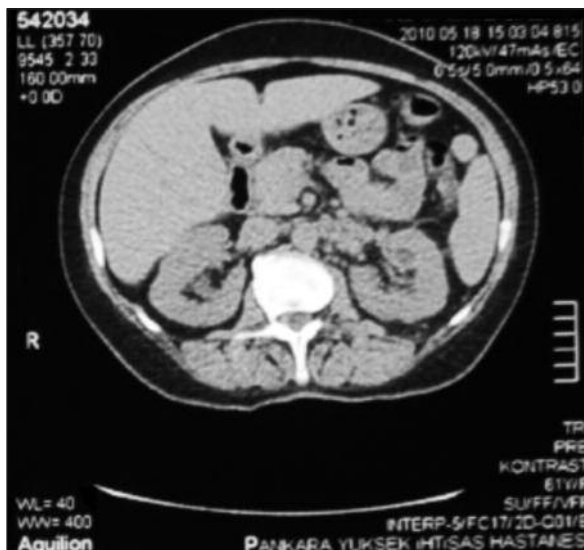
Böbrek toplayıcı kanal karsinomu (TKK), sıklıkla orta yaş grubunda görülen, erkek/kadın oranı 2/1 olan ve beyaz ırkta daha sık rastlanan agresif seyirli bir böbrek tümörüdür. TKK tüm renal karsinomların yaklaşık %1'ini oluşturmaktadır.^{1,2} Genel morfolojik özelliği yüksek derecede atipik epitelyal hücrelerle örtülü, malign potansiyeli çok yüksek bir neoplazmdır. Bu epitelyal neoplastik yapı, bazen yüzeyden daha kabarık iri başlı inflame desmoblastik stromayı da içine alabilmektedir.³ Böbreğin bu

agresif seyirli tümörü renal meduler toplayıcı sistemden geliştiği halde bazı literatür bilgilerine göre renal hücreli karsinomun alt grubu olarak da nitelendirilir.⁴

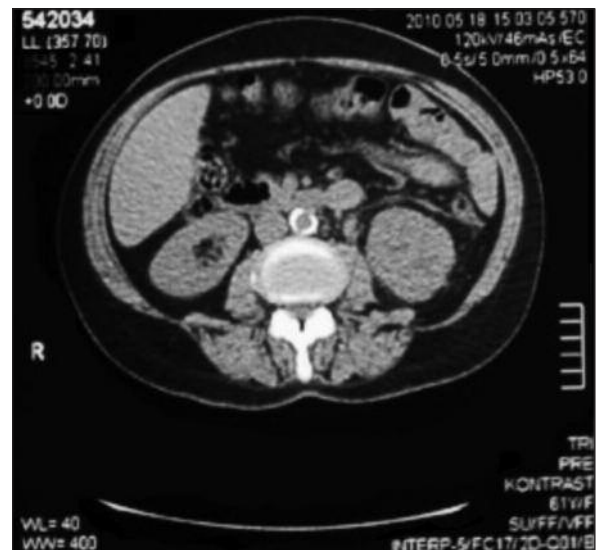
OLGU SUNUMU

Elli iki yaşında bayan hasta, şiddetli sol yan ağrısı ile üroloji polikliniğine başvurdu. Yapılan fizik muayenesinde sol lomber bölgede palpasyonla ele gelen fikse kitle tespit edildi. Abdominopelvik ultrasonografide, sağ böbrek boyut ve kontur normal, sol böbrek alt polde 5x6 cm boyutunda konturda lobulasyon yapan, korteks medulla ayırımı yapılmayan heterojen hipoekoik kitle lezyonu (tümör?) izlenmiştir. Kontrastlı bilgisayarlı tomografide (BT), sağ böbrek normal, sol böbrek alt polde, 6x4x5 cm boyutlarında intravenöz kontrast madde (İVKM) sonrası heterojen kontrastlanma içeren tümöral kitle, sol paraaortik alanda renal ven düzeyinde yaklaşık 2x2,5 cm konglomere lenfadenopati ve karaciğerde 4. segmentte vena kava inferior (VCI) komşuluğunda erken arteriyel fazda jeografik tarzda kontrastlanan izodens alanlar, sol gerato fasyası üzerinde 1 cm çapında iki adet nodüler lezyon (lenfadenopati) izlendi (Resim 1, 2). Magnetik rezonans görüntüleme 6x4x5 cm kitle ve renal ven tutulumu mevcut idi. Kan biyokimyasında açlık kan şekeri 177, HbA1C: 6.5, Hb: 11, Htc: 33,

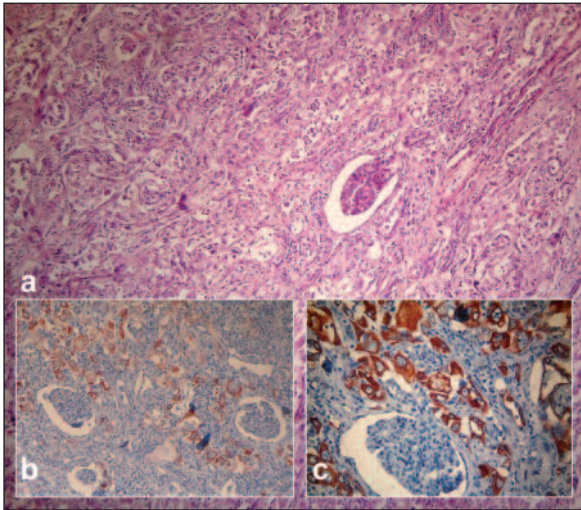
karaciğer fonksiyon testleri normal, üre, kreatinin normal sınırlarda, C-reaktif protein 110 (0-5 mg/dl), tam idrar tahlilinde 8-10 lökosit, 3-4 eritrosit dikkati çekmekteydi. Hastadan bilgilendirilmiş onam formu alınmıştır. Takiben hastaya genel anestezi altında açık sol radikal nefrektomi ve lenf nodu diseksiyonu yapıldı. Patolojik değerlendirme sonucunda makroskopik olarak, sınırları düzensiz, çevre böbrek parankimini infiltre eden kirli beyaz renkte tümöral lezyon görülmüştür. Mikroskopik değerlendirmede ise dezmozplastik stromada, belirgin nükleole sahip pleomorfik nükleuslu, eozinofilik sitoplazmalı atipik hücrelerin oluşturduğu tübülopapiller yapılar ve solid alanlar görülmüştür. İmmünohistokimyasal olarak tümöral hücrelerde 34 beta E 12 ve sitokeratin 19 ile kuvvetli boyanma (Resim 3) tespit edilmiştir. Histomorfolojik bulgular, histokimyasal ve immünohistokimyasal incelemeler sonucunda lezyon TKK olarak değerlendirilmiştir. Hastanın postoperatif erken dönemde yaygın karın ağrısı ve dispeptik yakınmaları olması nedeniyle yapılan trifazik kontrastlı BT'de karaciğer kraniokaudal boyutu artmış, segment 6 ve 8'de yaklaşık 2x2 cm boyutlarında hipodens, İVKM sonrası arteriyel fazda periferi kontrastlanan lezyon (metastaz?) mevcuttu. Dalakta boyutu yaklaşık 2x2 cm olan lobule konturlü, duvarı kontrastlanan iki adet hipodens lezyon tespit edildi. Akciğer grafisi incelendiğinde her-



RESİM 1: TKK'nın abdominopelvik bilgisayarlı tomografi görüntüsü.



RESİM 2: TKK'nın abdominopelvik bilgisayarlı tomografi görüntüsü.



RESİM 3: TKK'nın patolojik görüntüsü.

Toplayıcı Kanal Karsinomu

a. Hematoksilin & Eosin boyama

b. İmmünohistokimyasal sitokeratin 19

c. 34 Beta (b ve c'de kahverengiler immünohistokimyasal boyanma)

(Renkli hali için Bkz. <http://tipbilimleri.turkiyeklinikleri.com/>)

hangi bir patoloji saptanmadı. Hasta postoperatif metastazları nedeniyle medikal onkolojiye yönlendirildi. Hasta, medikal onkolojide sistemik interferon tedavisi devam ederken, ameliyattan beş ay sonra sepsis nedeniyle eksitus olmuştur.

TARTIŞMA

İlk kez 1955'de Masson tarafından ifade edilen TKK, Bellini kanaliküllerinin iç yüzey epitelinin epitelioması olarak da ifade edilmiştir.⁵ 1976'da Mancilla-Jimenez ve arkadaşları 34 vakalılık papiller renal hücreli kanser serisindeki 3 olgunun TKK olduğunu ifade etmişlerdir.⁶ Daha sonra Fleming ve Lewi ile TKK literatür serisi yayınlanmıştır.¹ İlk tanımlandığı tarihlerde Masson ve Mancilla-Jimenez bu böbrek tümörünü, komşu toplayıcı kanallarla ilişkili bir "papiller karsinom" olarak rapor etmişlerdir.^{5,6} Sonrasında bu tümör tipinin pelvik mukozaya yakın toplayıcı kanal epitelinden kaynaklandığını görülmüştür. Ancak Dünya Sağlık Örgütü'nün bu lezyonların teşhisi için bir-

çok kriter ileri sürmesine rağmen, TKK için gerçek tanıl kriterler hala tartışmalıdır.⁷ TKK'da genellikle normal böbrek dokusu korunmuş olup, tümör boşaltım kanallarında çıkıntı yaparak boşaltım sisteminde morfolojik değişikliklere neden olabilir.⁵ TKK'da ne radyolojik ne de rutin patolojik değerlendirme ile kesin bir teşhis mümkün olmadığından, doğru teşhis için cerrahi sonrası spesimenin detaylı histopatolojik araştırması gerekir. Komşu toplayıcı kanallarda displastik özelliklerin varlığı TKK tanısını desteklemeye yardımcı eder.⁸ İmmünohistokimyasal çalışmalarda özellikle yüksek moleküler ağırlıkta sitokeratin pozitifliği, toplayıcı kanal tümörleri için daha belirgin patolojik bulgu olarak TKK tanısı konulmasına yardımcı olmaktadır.⁹ Renal hücreli karsinomlar metanefrik blastemadan kaynaklanan böbreğin tubuler yapısından menşee alırken, TKK ile üretelyal karsinom arasında embriyolojik kökeninde benzerlik vardır. TKK'nun embriyolojik kökeninin mezonefroza kaynaklandığı düşünülmektedir. Bu benzerliklerin temelinde dayanarak, üretelyal karsinom tedavisinde kullanılan kemoterapi rejimleriyle TKK için kullanılan tedavi arasında doğrudan bir bağlantı kurulabileceği ifade edilmiştir.^{10,11}

Değişik tipte renal tümörlerde, biyolojik davranış farklılığından dolayı farklı tedavi rejimleri uygulanır. Birçok renal hücreli karsinom vakasının erken döneminde cerrahi ile başarı sağlanabilirken TKK'ları ilk tanı anında uzak metastaz sık olduğundan dolayı, tek başına cerrahi ile başarılı tedavi mümkün olmamaktadır. Cerrahi sonrası aynı zamanda uzak metastazları ve yüksek tekrarlanma sıklığından dolayı TKK için şu anda etkin küratif bir tedaviden söz etmek mümkün değildir. İmmünoterapi dahil, özellikle doxorubisin-cisplatin bazlı kombine kemoterapötiklerin de içinde bulunduğu pek çok ilaç, TKK tedavisi için uygulanmaktadır.^{12,13} Bizim olgumuz interferon tedavisi altında takip edilirken postoperatif beşinci ayında sepsis nedeniyle eksitus oldu.

KAYNAKLAR

1. Fleming S, Lewi HJ. Collecting duct carcinoma of the kidney. *Histopathology* 1986;10(11): 1131-41.
2. Wein AJ, Kavoussi LR, Novick AC, Partin AW, Peters CA. *Renal tumours*. Campbell-Walsh Urology. 8th ed. Philadelphia, PA: Saunders-Elsevier; 2002. p.2695.
3. Skinnider BF, Folpe AL, Hennigar RA, Lim SD, Cohen C, Tamboli P, et al. Distribution of cytokeratins and vimentin in adult renal neoplasms and normal renal tissue: potential utility of a cytokeratin antibody panel in the differential diagnosis of renal tumors. *Am J Surg Pathol* 2005;29(6):747-54.
4. Chao D, Zisman A, Pantuck AJ, Gitlitz BJ, Freedland SJ, Said JW, et al. Collecting duct renal cell carcinoma: clinical study of a rare tumor. *J Urol* 2002;167(1):71-4.
5. Masson P. Collecting duct carcinoma of the kidney. In: Kobernick S, translator. *Tumeurs Humaines: Human Tumors, Histology, Diagnosis and Technique*. 2nd ed. Detroit: Wayne State University Press; 1955. p.1970.
6. Mancilla-Jimenez R, Stanley RJ, Blath RA. Papillary renal cell carcinoma: a clinical, radiologic, and pathologic study of 34 cases. *Cancer* 1976;38(6):2469-80.
7. Cuckow PM, Nyirady P, Winyard PJ. Normal and abnormal development of the urogenital tract. *Prenat Diagn* 2001;21(11):908-16.
8. Vecchione A, Galetti TP, Gardiman M, Ishii H, Giarnieri E, Pagano F, et al. Collecting duct carcinoma of the kidney: an immunohistochemical study of 11 cases. *BMC Urol* 2004; 4:1.
9. Kennedy SM, Merino MJ, Linehan WM, Roberts JR, Robertson CN, Neumann RD. Collecting duct carcinoma of the kidney. *Hum Pathol* 1990;21(4):449-56.
10. Peyromaure M, Thiounn N, Scotté F, Vieillefond A, Debré B, Oudard S. Collecting duct carcinoma of the kidney: a clinicopathological study of 9 cases. *J Urol* 2003;170(4 Pt 1): 1138-40.
11. Dobroński P, Czaplicki M, Koźmińska E, Pykało R. Collecting (Bellini) duct carcinoma of the kidney--clinical, radiologic and immunohistochemical findings. *Int Urol Nephrol* 1999;31(5):601-9.
12. Tokuda N, Naito S, Matsuzaki O, Nagashima Y, Ozono S, Igarashi T; Japanese Society of Renal Cancer. Collecting duct (Bellini duct) renal cell carcinoma: a nationwide survey in Japan. *J Urol* 2006;176(1):40-3.
13. Milowsky MI, Rosmarin A, Tickoo SK, Papanicolaou N, Nanus DM. Active chemotherapy for collecting duct carcinoma of the kidney: a case report and review of the literature. *Cancer* 2002;94(1):111-6.