

AYNI BÖBREKTE RENAL HÜCRELİ KARSİNOM VE TRANSİSYONAL HÜCRELİ KARSİNOM BİRLİKTELİĞİ

Aylin Okçu HEPER (*), Diclehan ORHAN (*), Orhan BULAY (*)

ÖZET: Bu olgu sunumunda aynı böbrekte ve aynı anda, renal hücreli karsinom ve transisyonal hücreli karsinom birlikteliği ile basit kortikal kistler gösteren bir olgunun özellikleri literatür eşliğinde tartışılmaktadır.

ANAHTAR SÖZCÜKLER: Renal hücreli karsinom, Transisyonal Hücreli Karsinom, Böbrek.

SUMMARY: RENAL CELL CARCINOMA AND TRANSITIONAL CELL CARCINOMA COEXISTENCE IN THE SAME KIDNEY. We report a case of coexistence of renal cell carcinoma and transitional cell carcinoma in a single kidney of a patient with simple cortical cysts in the same kidney. We also review the literature of such cases.

KEY WORDS: Renal cell carcinoma, Transitional cell carcinoma, kidney.

GİRİŞ

Üriner sistem karsinomları tüm karsinomların yaklaşık %4'ünü ve kanser nedeniyle meydana gelen ölümlerin %3'ünü oluşturmaktadır (1). Renal tümörler ise tüm neoplazilerin %2.17'sini oluşturmaktadır (2).

Renal tümörlerin yaklaşık %80-90'ını renal hücreli karsinom ve yalnızca %2'sini de renal pelvis yerleşimli tümörler meydana getirmektedir (1). Ürotelyal tümörlerin sadece %6'sının renal pelvis lokalizasyonunda ortaya çıktığı bildirilmektedir (3).

Aynı böbrekte farklı histolojik yapıda neoplazilerin bulunması son derece seyrek gözlenmektedir (4). Graves ve Templeton 1921'de ilk olarak aynı böbrekte renal hücreli karsinom (RHK) ve transisyonal hücreli karsinom (THK) birlikteliği bulunan bir olgu saptamışlardır (5). Daha sonra 1986'ya kadar yaklaşık 12 kadar benzer olgu rapor edilmiştir (2).

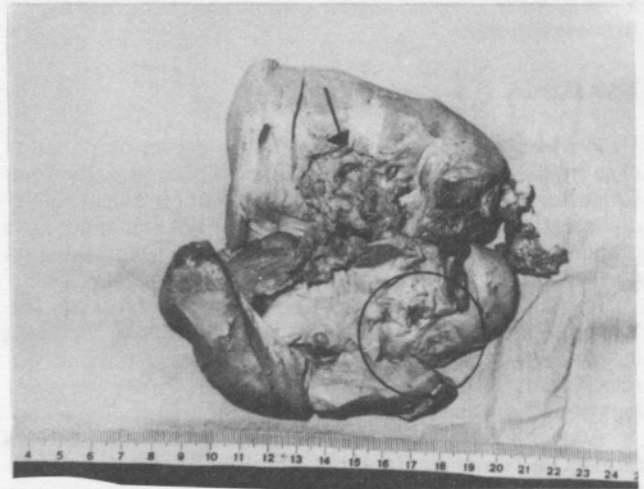
Bu çalışmada aynı böbrekte RHK ve THK birlikteliği bulunan bir olgunun özellikleri literatür eşliğinde tartışılmaktadır.

OLGU

60 yaşındaki kadın hasta Ağustos 1993 tarihinde 3 aydır süregelen pıhtılı hematurî pollaküri, dizürî, sağ lomber ağrı ve kilo kaybı şikayetleriyle Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Polikliniğine başvurmuştur. Hastanın sigara ve alkol kullanma öyküsü yoktur. Fizik muayenesi ve rutin kan tetkikleri normaldir. Rutin idrar tetkiklerinde ise idrarda bol eritrosit görülmüştür. Direkt üriner sistem grafisi normaldir. İntravenöz pyelografide sağ böbrek fonksiyone olup pelvis renalisi tamamen dolduran ve böbrek hacminden artışa neden olan dolma defekti saptanmıştır. Ultrasonografide, sağ böbrekte 125X60X46 mm. boyutlarında, irregüler konturlu solid kitle lezyonu ile alt kalikte çok sayıda taş ekosu, sol böbrekte ise 25 mm. ve 10 mm. çaplarında iki adet basit kortikal kist gözlenmiştir. Bu bulgularla hastaya sağ nefroureterektomi ve parsiyel sistektomi uygulanmıştır.

Patoloji:

Makroskopik incelemede 21 cm. uzunluğunda üreter içeren, 12X8X3 cm. boyutlarında sağ nefrektomi materyali



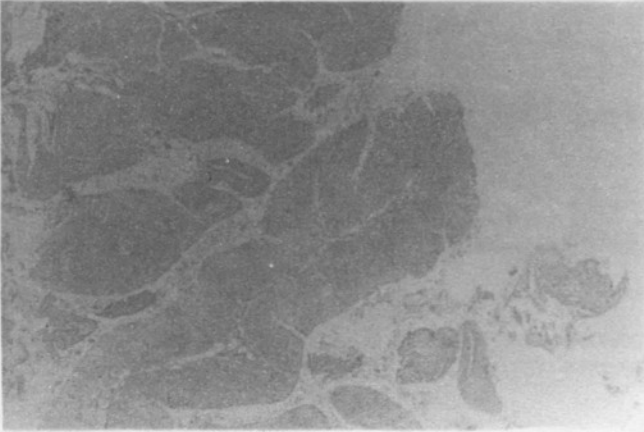
Resim 1: Pelvis yerleşimli düzensiz kitle (ok) ile korteks yerleşimli nodüler lezyon (balka içinde).

üreterden girilerek açıldığında pelvisin bir kısmını dolduran, üreterin başlangıcına yakın olmakla birlikte, üreterle ilişkisi bulunmayan, yumuşak kıvamlı, düzensiz yüzeye sahip, kirli beyaz renkte tümöral bir yapı mevcuttur.

Bunlara ek olarak üreterde böbrekten 9 cm. uzaklıkta, lümeninde obstrüksiyona neden olan bir adet taş izlenmiştir (Resim 1).

Pelvis renalisteki tümöral kitlenin mikroskopik incelemesinde fibrovasküler sapların etrafında çok sıralanma gösteren, disorganize görünümde, mitoz içeren, nükleositoplazmik oranı artmış, hiperkromatik nükleuslu atipik epitelyal hücreler görülmüştür (Resim 2). Bu görünümle tümör, grade II THK olarak değerlendirilmiştir. Tümörün parankime, pelvik yağ dokusuna, üretere, damarlara ve sinirlere invazyonu gözlenmemiştir.

Parankimdeki nodüler tümöral lezyonun ise çoğu alanda düzgün sınırlı ve heterojen bir yapıda olduğu izlenmiştir. Bu tümörü oluşturan atipik hücrelerin şeffaf veya granüler sitoplazmalı olup, asinus benzeri yapılar ve yer yer solid gruplar oluşturduğu tespit edilmiştir. Arada kanama alanları ve bu alanlarda hemosidlerin yüklü makrofajlar dikkati çekmiştir. Yer yer atipik mitozların varlığı saptanmıştır. Bu bulgularla lezyon, RHK olarak değerlendirilmiştir. Tümöre komşu olarak izlenen kistik yapıların, basık tek sıralı epitel ile döşeli basit kortikal kistlerden ibaret olduğu görülmüştür (Resim 3).



Resim 2: Pelvis yerleşimli papiller görünümde transisyonal hücreli karsinom (HEx40).

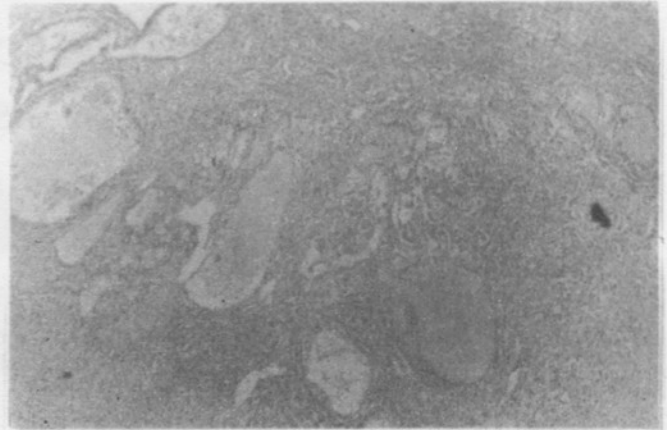
TARTIŞMA

RHK, renal tübüler epitelden kaynaklanan bir neoplazi olup yetişkinlere 3. sıklıkta görülen genitoüriner sistem malignitesidir. Genellikle insidanda bölgesel farklılıklar rol oynamaktadır. Erkeklerde kadınlara göre 2 ve 3 kat daha fazla oranda gelişmekte ve 6 haftadan sonra her yaş grubunda görülmekle birlikte 6. dekatta bir pik oluşturmaktadır.

Renal pelvis karsinomlarının %80'ini THK oluşturur (6). Yaşlı popülasyonda ve erkeklerde sıklıkla izlenir, 7. dekatta bir pik oluşturur. Nadir olmakla birlikte 30 yaş altında da görülebilmektedir (3). Genellikle sessiz tümörlerdir, ileri evrelere gelmeden klinik bulgu vermezler (6).

Aynı böbrekte RHK ve THK birlikteliği ilk kez 1921'de Graves ve Templeton tarafından bildirilmiştir (5). Daha sonra Warren ve Gates, multipil primer neoplazi antitesi tanımı için birtakım kriterler ortaya koymuştur. Buna göre, her bir tümör farklı bir histolojik patterne sahip olmalı ve belirgin malignite bulguları içermelidir. Ayrıca bu tümörlerden birisinin metastatik olma olasılığı kesinlikle ekarte edilmelidir (7). Böbrekte multipil primer neoplazi, nadir rastlanan bir antitedir. Örneğin bir çalışmada 700 RHK vakasından yalnızca bir tanesine THK eşlik etmekteyken, bir başka geniş seride bu birlikteliğin 1000'de 1-2 dolaylarında olduğu saptanmıştır (1,5).

Nadir olmakla beraber bu tür bir birlikteliğin gözlenmesi, her iki neoplazinin de etyolojisinde ortak etkenlerin olabileceği düşüncesini akla getirmektedir (2). Genitoüriner sistem malignitelerinde çok sayıda etyolojik faktör bulunmakla birlikte bunlar arasında sigara çok önemli bir yer tutmaktadır (5). Ayrıca analjeziklerin ve kahvenin sigara ile birlikte kullanılmasının sinerjistik etki yaptığı ileri sürülmektedir. Renal pelvis THK'unda yapılan bir çalışmada viral RNA partikülleri saptanmıştır (8). Bir başka çalışmada hem RHK hem de THK'da (5,14) translokasyonun varlığı görülmüştür (8). Böbrek parankiminde RHK'a neden olan bir karsinojenin bazen kaliks, renal pelvis, üreter ve mesane THK'una da yol açabileceği sonucuna varılmıştır. Ancak hem renal parankim glandüler epiteline hem de transisyonal epitelde neoplas-



Resim 3: Böbrek parankiminde tek sıralı basık epitel dökümlü basit kistik yapılar (HEx40).

tik değişikliklere yol açan spesifik bir karsinojen ajan saptanamamıştır (5). Edinsel renal kistler dializ hastalarında sıklıkla görülmektedir. Bu kistlerde multipil RHK ve ürotelyal karsinomların birlikteliğinde artış gözlenmiştir (9,10).

Sonuç olarak vakamızda elimizdeki verilerle multipil tümör gelişimi ve bunun multipil kistlerle birlikteliğini açıklayarak kesin bir bilgi mevcut değildir. Ancak, RHK ve THK birlikteliğini aynı karsinojenik etki altında kalmış, farklı dokulardan gelişen, farklı morfolojilere sahip neoplazilerin birlikteliği şeklinde yorumlamaktayız.

KAYNAKLAR

- Charles R. S, Wein A.J, Wilczynski S, Tomaszewski J.E, Hanno P.M. Cystic renal cell and squamous cell carcinoma of single kidney with concurrent transitional cell carcinoma of ipsilateral ureter and urinary bladder. *Urology* 1992; no:5;39:470-472.
- Guarin U, Gabriel J.B. Jr, Patel R, Chauhan P.M. Bilateral renal cell carcinoma and synchronous occurrence of transitional cell carcinoma of renal pelvis. *Urology* 1986; no:5;27:465-459.
- Helpap B. Grading and prognostic significance of urologic carcinomas. *rol Int* 1992;48:245-257.
- Campo B, Zanitzer L, Torelli T, Bachionni A.M, Ferrari C, Ordesi G, Macchi R.M. Renal cell carcinoma and transitional cell carcinomas of the pelvis and bladder in a patient affected by chronic renal failure due to abuse of phenasetin. *Tumori* 1986; 72:215-217.
- Yokoyama I, Berman E, Rickert R. R, Bastidas J. Simultaneous occurrence of renal cell adenocarcinoma and urothelial carcinoma of the renal pelvis in the same kidney diagnosed by preoperative angiography. *Cancer* 1981;48:2762-2766.
- Someran A. Urologic pathology, with clinical and radiologic correlations. Newyork: Mc Millan Publishing Company, 1989;161-201.
- Wenworth S.A, Head R.W, Steward R. Triple synchronous genitourinary malignancies of dissimilar histogenesis. *Urology* 1985; no:3;25:313.
- Hecht F, Berger C.S, Sandberg A.A Nonreciprocal chromosome translocation t(5;14) in cancers of the kidney: Adenocarcinoma of the renal parenchyma and transitional cell carcinoma of the kidney pelvis. *Cancer Genet. Cytogenet.* 1985;14:197-203.
- Benerjee S.S, Harris M, Lupton E.W, Ackrill P. Acquired cystic disease of kidney with multiple renal and urothelial neoplasms. *J. Clin. Pathol.* 1985;38:864-867.
- Chung-Park M, Ricanata E, Lankerani M, Kedia K. Acquired renal cysts and multiple renal cell and urothelial tumors. *Am. J. Clin. Pathol.* 1983;79:238-242.