

AKCIĞERE METASTAZ YAPMIŞ BİLATERAL BÖBREK KANSERİ OLGUSU (Olgu sunumu)

Ünal ŞAHİN¹, Alim KOŞAR², Ahmet Öztürk², Ahmet AKKAYA³, Mehmet ÜNLÜ⁴

¹ Yrd. Doç. Dr. SDÜ. Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları ABD, ISPARTA.

² Yrd. Doç. Dr. SDÜ. Tıp Fakültesi, Üroloji ABD, ISPARTA.

³ Doç. Dr. SDÜ. Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları ABD, ISPARTA.

⁴ Arş. Gör. Dr. SDÜ. Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları ABD, ISPARTA.

Özet

Renal hücreli karsinom (RHK) erişkin kanserlerin kabaca %3'ünü ve tüm primer malign tümörlerin de %85'ini oluşturur. Hastaların üçte-biri tanı konulduğunda uzak metastazını yapmıştır. Uzak metastazların en sık olduğu yer akciğerlerdir.

Bilateral böbrek tümörlü bu olguyu pulmoner semptomların ön planda olması nedeniyle yayınladık.

Anahtar Kelimeler: Renal hücreli karsinom, Akciğer metastazi.

BILATERAL RENAL CELL CARCINOMA WITH PULMONARY METASTASES (Case report)

Abstract

Renal cell carcinoma (RCC) accounts for roughly 3% of adult cancers and constitutes approximately 85% of all primary malignant renal tumors. One-third of patients will have evidence of metastatic disease at presentation. The most common site of distant metastases is the lung.

We reported this renal cell carcinoma case because of its predominating pulmonary symptoms.

Key Words: Renal cell carcinoma, pulmonary metastases.

RHK en çok 50-60 yaşlarında ortaya çıkmaktadır. Erkek/kadın oranı 2/1'dir. Etyolojide tütün kullanımı birinci derecede suçlu bulunmaktadır (1). RHK genel olarak tek taraflıdır, %2 olguda bilateral tutulum gösterir (2). Olguların üçte-biri tanı konulduğunda uzak organ metastazını yapmıştır (3). Klinikte en önemli bulgu hematüri, böğür ağrısı ve ele gelen kitledir. Uzak metastaza bağlı semptomlardan dispne, öksürük, sırt ağrısı bazan olgumuzda da olduğu gibi ön planda olabilmektedir.

Bilateral böbrek tümörü olan bu olgumuzu solunum sistemi yakınmalarının ön planda olması nedeniyle sunduk.

Olgu Sunumu

Polikliniğimize öksürük, nefes darlığı, iştahsızlık, kilo kaybı (3 ayda 5 kg) ve kanlı idrar yakınmalarıyla başvuran M.K. isimli 47 yaşında erkek hasta ileri tetkik ve tedavi amacıyla

hospitalize edildi. Öyküsünde bir yıldır devam eden kuru, tahriş edici öksürük ve son iki aydır da nefes darlığı, kanlı idrar yakınması vardı.

Fizik muayenede; ateş 38,5 °C, nabız 96/dk, solunum sayısı 24/dk, TA: 140/80 mmHg bulundu. Genel durum orta, bilinç açık, turgor tonus doğal ve cilt soluk, anemik görünümdeydi. Periferik lenf nodları palpe edilemedi. Solunum sistemi muayenesinde, her iki akciğerde dinlemekle sibillan ve sonor ronküsler, sağ bazalde ince raller duyulmaktaydı. Sol kosto-vertebral açı künt perküsyonla ağrılıydı. Diğer sistem muayenelerinde bir özellik yoktu.

Laboratuvar incelemelerinde, idrar sedimentinde bol eritrosit dışında patolojik bir durum yoktu. Hastanın çekilen akciğer grafisinde, bilateral metastazla uyumlu soliter kitle tarzında lezyon mevcuttu (Şekil 1,2).

İdrar tetkikinde bol eritrositler olduğu için primer odağın üriner sistemde olabileceğini

düşünerek hastaya batin ultrasonografi çekildi. Sonografik incelemede, sol böbrek normalden büyük (145x77x88 mm) ve parankim incelmış, kalisiyel sistem dağınık ve ektazikti. Sağ böbrek üst polde lateralde 37x38x34 mm ebatlarında heterojen özellikte kitle lezyonu izlendi. Bunun üzerine, hastaya bilgisayarlı batin ve toraks tomografisi çekildi. Batın tomografisinde, sol böbreğin tamamına yakını infiltrate eden, pelvisi doldurup paraaortik alana uzanım gösteren, yaklaşık 8x12x14 cm boyutlarında kitle lezyonu saptandı. Sağ böbrek üst polde yaklaşık 6,5 cm çapında toplayıcı sistemi dolduran kitle, bilateral böbrek tümörü şeklinde rapor edildi (Şekil 3).

Bunun üzerine kesin histopatolojik tanının konulması için hastaya sol böbrekten perkütan ince iğne aspirasyon biopsisi yapıldı. Histopatolojik tanı renal hücreli karsinom olarak rapor edildi (patoloji rapor no: 608/96). Hasta solunum sistemi yakınmalarına yönelik tedavisi düzenlenerek ürolojiye sevk edildi.



Şekil 1. Hastanın yatış P-A grafisi

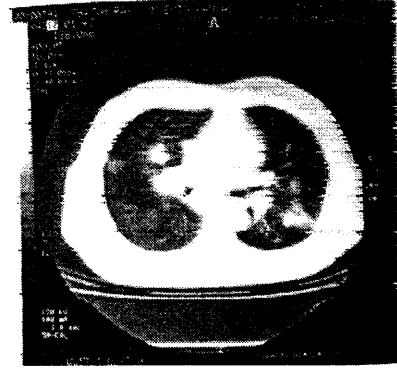


Şekil 2. Hastanın 2 ay sonraki grafisi



Şekil 3. Tomografide böbreklerdeki tümöral kitle görünümü.

Bilgisayarlı toraks tomografisinde multipl akciğer metastazı ve mediastinal lenfadenopatiler saptandı (Şekil 4).



Şekil 4. Toraks CT'de metastatik lezyon görünümü.

Tartışma

RHK bazen solunum sistemi yakınmaları ön planda olan, alışılmamış semptomatik ve klinik özellikler gösterebilir. Olguların çoğunda hematüri en sık ortaya çıkan bulgudur. Tümör dokusu yeterince büyükse palpabl bir kitle ve lomber ağrı ortaya çıkar. Böbrek dışı belirtiler arasında ateş ve polisitemi başı çeker. RHK'lu olguların %3-10'unda paraneoplastik eritrositozis saptanmıştır (4). Bu durumun böbrek tümöründen açığa çıkan eritropoetin sonucu oluştuğu varsayılmaktadır. Bizim olgumuzda eritrosit ve diğer kan hücreleri normal sınırlardaydı.

RHK'lu olguların %40'ında hipertansiyona rastlanmıştır (4). Mekanizma tam açıklanamamakla birlikte tümör dokusundan veya nonneoplastik böbrek dokusundan renin salgınlımına bağlanmaktadır. Bizim hastamızın tansiyon arteriyeli normal sınırlardaydı.

Lokalize RHK'nın primer tedavisi radikal nefrektomidir (5). RHK radyorezistan tümör olarak bilinmesine rağmen beyin, akciğer ve kemik metastazlarının palyatif olarak ışınlanmasında semptomları düzelttiği yönünde yayınlar vardır (6).

Bazı serilerde soliter metastaz yapmış tümörlerde kombine nefrektomi+metastaz rezeksiyonunda 5 yıllık yaşam oranı %30'u bulmaktadır (7,8).

Özellikle akciğer metastazı olan RHK'li olgularda "lymphokine activated killer" (LAK) hücrelerinin akciğer metastazlarını önemli ölçüde geriletmediği bildirilmiştir (9)

Nadir de olsa bazı hastalarda primer tümör sessiz kalabilir ve yalnızca metastazların oluşturduğu semptomlar sonucu saptanabilir. Metastaz yapmış RHK'li olgularda 5 yıllık sağ kalım oranı oldukça düşük (%0-20) olduğu bildirilmektedir (10,11). Bizim olgumuz da tanı konulduktan 6 ay sonra eksitus olmuştur.

Sonuç olarak, akciğer metastazı bulgularıyla gelen hastalarda primer odak araştırılmasında böbrekler de öncelikli olarak düşünülmelidir.

Kaynaklar

1. Yu MC. Cigarette smoking, obesity, diuretic use and coffee consumption as risk factors for renal cell carcinoma. *J Natl Cancer Inst* 1985; 77:351.
2. Moortel CG, Dockerty MB, Baggenstoss AH. Multiple primary malignant neoplasms. III. Tumors of multi-centric origin. *Cancer* 1961; 14: 238.
3. Middleton RG. Surgery for metastatic renal cell carcinoma. *Semin Urol* 1967; 973.
4. Sufrin G. Paraneoplastic and serologic syndromes of renal adenocarcinoma. *Semin Urol* 1989; 7: 158: 62.
5. Robson CJ, Churchill BM, Anderson W. The results of radical nephrectomy for renal cell carcinoma. *J Urol* 1969; 101:297.
6. Omufrey V, Mohiuddin M. Radiation therapy in the treatment of metastatic renal cell carcinoma. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1985; 11: 2007- 11.
7. Toho BM, Whitmore WE. Solitary metastases from renal cell carcinoma. *J Urol* 1975; 114:836.

8. deKernion JB, Ramming KP, Smith RB. The natural history of metastatic renal cell carcinoma: A computer analysis. *J Urol* 1978; 120:148-51.

9. Kedar E, Klein E. Cancer immunotherapy: are the results discouraging? Can they be improved? *Adv Cancer Res* 1992; 59:245-94.

10. Selli C. Stratification of risk factors in renal cell carcinoma. *Cancer* 1983; 52:899

11. Bassil R. Validation of the tumor, nodes and the metastatic classification of renal cell carcinoma. *J Urol* 1985; 134:450-5.

Yazışma Adresi:

Yrd. Doç. Dr. Ünal ŞAHİN

SDÜ. Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları ABD

32040-İSPARTA