

PAROTİS TÜMÖRÜNÜ TAKLİT EDEN RENAL HÜCRELİ KARSİNOM OLGUSU

A CASE OF RENAL CELL CARCINOMA MIMICKING PAROTID TUMOR

Ahmet Akatekin, Mehtap Karameşe, Osman Akdağ, Malik Abacı, Zekeriya Tosun

Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, KONYA

ÖZET

Giriş: Renal hücreli karsinom, böbrek korteksinden kaynaklanan malign bir tümördür. Tümör yan ağrısı, makroskobik hematüri ve palpe edilebilen abdominal kitle bulguları vermektedir. Bir grup hastada nadir de olsa paraneoplastik sendromlara neden olabilen metastazlar yapmaktadır. Renal hücreli karsinomların cilt metastazları nadir görülmektedir.

Olgu: Parotis tümörünü taklit eden ve paraneoplastik sendromlara neden olan nadir bir renal hücreli karsinom metastazı vakası tartışılacaktır.

Sonuçlar : Parotis kitlesinin patolojik incelemesi ile böbrek tümörü tanısı konulan hasta, primer tümör tedavisi için üroloji kliniğine yönlendirildi.

Tartışma: Tümör ile uğraşan kliniklerde alınan kitlelerin patolojik incelemesinin yapılması çok önemlidir. Hastanın sistemik olarak değerlendirilmesi, cerrahi işlem ile beraber eşlik edecek diğer noktalara da odaklanması önem arz etmektedir.

Anahtar sözcükler: Renal hücreli karsinom, parotis, paraneoplastik sendrom

ABSTRACT

Introduction: Renal cell carcinoma is a malignant tumor which arising from the renal cortex. Tumor has some symptoms such as flank pain, macroscopic hematuria, and a palpable abdominal mass. Rarely a group patients have metastases which cause paraneoplastic syndromes. Cutaneous metastases are quite rare.

Case: In this article we will be discussed a rare renal cell carcinoma metastases case which mimicking parotid tumor.

Results: After pathological examination, patient were diagnosed with renal cell carcinoma and for the primary tumor treatment, he was referred to the urology clinic.

Conclusion: Clinics which are dealing with tumor, are very important to the pathological examination. Patients should be considered as a systemic and the surgeon should focus on other systemic point.

Keywords: Renal cell carcinoma, parotid, paraneoplastic syndrome

GİRİŞ

Renal hücreli karsinom (RHK), böbrek korteksinden kaynaklanan malign bir tümördür. Tüm kanserler içerisinde görülme sıklığı %2'dir.¹ Erkeklerde daha sık görülen bu tümör, böbreklerin retroperitoneal yerleşimli olması nedeniyle ileri evrelerde bile asemptomatik olabilmektedir. Tümörün tanınmasında yardımcı olan; yan ağrısı, makroskobik hematüri ve palpe edilebilen abdominal kitle hastalığın ancak ileri evrelerinde görülebilmektedir. Hastaların %20-30 kadarı doğrudan metastaz ile tanı almaktadır. Sıklıkla metastazlar kemik, beyin ve akciğere olmaktadır. Tümör tarafından salınan çeşitli hormonlar, paraneoplastik sendromlara neden olmakta ve tanı koymada faydalı olabilmektedir.^{2,3}

Akciğer ve karaciğer gibi iç organ kanserlerinin cilt metastazları yaptıkları bilirse de renal hücreli karsinomların kutanöz metastazları sık karşılaşılan bir durum değildir. Bu nedenle cilt altında yerleşimli bir kitlenin, böbrek

rek kaynaklı tümörün metastazı olabileceği, akla nadir gelebilen bir durumdur.

Bu yazımızda böbrekte primer tümör tespit edilmeden, medikal tedaviye rağmen kontrol altına alınmayan hipertansiyonlu hastanın parotis üzeri yerleşimli kitlenin renal hücreli karsinom olarak tespit edilmesiyle böbrekte renal hücreli karsinom tanısı alan hasta sunulacaktır.

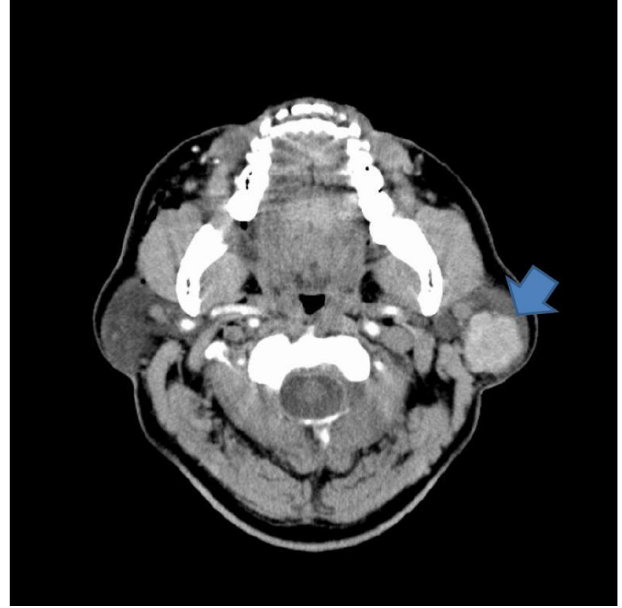
OLGU SUNUMU

Altmış dört yaşında erkek hasta sol kulak bölgesinde ele gelen şişlik şikâyeti ile polikliniğimize başvurmuştur. Muayene de mobil, orta sertlikte kitle tespit edilmiş, ön tanı olarak pleomorfik adenom düşünülmüş ve hastadan Manyetik Rezonans (MR) incelemesi planlanmıştır. MR'ı tolere edemeyen hastaya kemik yapılarla ilişki göz önünde bulundurularak maksillofasial bilgisayarlı tomografi (BT) istenmiştir. BT incelemesinde sol

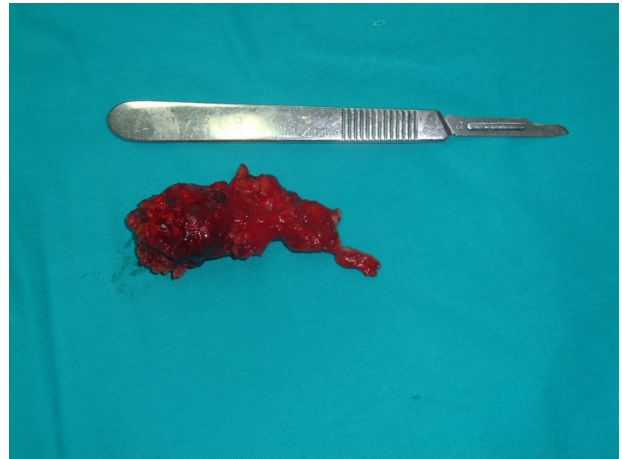
parotis bezi yüzeysel lobunda, düzgün sınırlı yaklaşık 2,5 cm çapında kitle izlenmiş, radyolojik ön tanı 'pleomorfik adenom' olarak raporlanmıştır (Şekil 1). Operasyon öncesi anestezi hazırlığı yapılan hastada hipertansiyon tespit edilerek medikal tedavisi başlanmıştır. Operasyon masasında cerrahi öncesi yapılan kan basıncı ölçümünde 260/160 mm-Hg arteriyel kan basıncı tespit edilmiş, medikal tedaviye yeterli yanıt alınamamıştır. Hastanın cerrahisi ertelenerek, medikal tedavisi yeniden düzenlenmiştir. Yaklaşık bir hafta sonra operasyona alınan hastaya kitle ile birlikte yüzeysel parotidektomi yapılmıştır (Şekil 2). Patoloji incelemesinde parotis bezi komşuluğunda fibröz bağ dokusu demetleri ile kısmen kuşatılmış görünümde, berrak hücrelerin yuva ve kordon yapılarından oluşan neoplastik gelişme izlendi. Olguya histopatolojik özellikleri ile "Berrak hücreli renal hücreli karsinom" metastazı tanısı verildi (Şekil 3). Renal hücreli karsinom metastazı saptanan hastanın var olan dirençli hipertansiyonu renal hücreli karsinomun paraneoplastik sendromlarına bağlanmıştır. Hasta üroloji kliniğine yönlendirilmiş ve ileri tetkikler yapılmıştır. Sol renal korteks yerleşimli renal hücreli karsinom tanısı alan hasta üroloji tarafından planlanan tedaviyi reddetmiştir.

TARTIŞMA

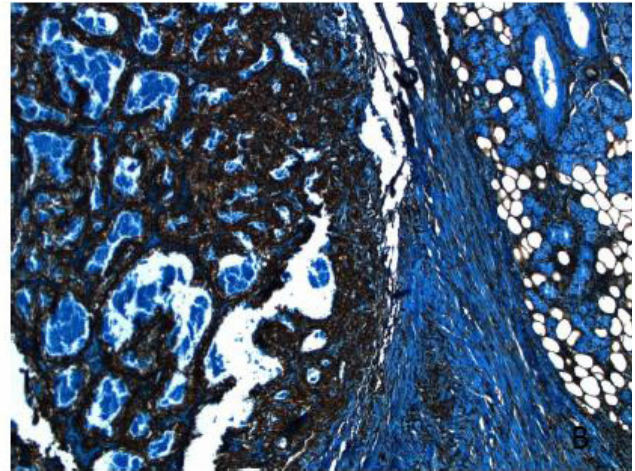
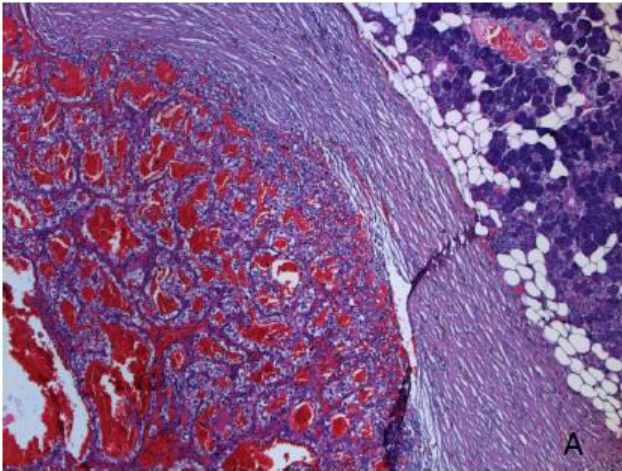
Büyük organ tümörlerinin cilt, cilt altı metastazları yaygın değildir. Genellikle karaciğer ve akciğer metastazları yaparlar.³ Kutanöz lezyonlar, hastalığın geç döneminde ortaya çıkarlar ve prognozunu iyi olmadığını habercisi sayılırlar.⁴ Renal hücreli karsinomlarda cilt metastazlarının görülme sıklığı, %3,4 olarak bildirilmiştir.⁵ Cilt metastazlarının renal hücreli karsinomdan kaynaklandığını düşünmek zordur. Görünümleri katı, ağrısız kitleler şeklinde olabilecekleri gibi, anjiyoma, dermatofibroma, sillindroma, kist, pyojenik granülom, kaposi sarkom şeklinde de tezahür edebilir.³⁻⁹ Tedavide bu lezyonların eksizyonları yapılmalıdır. Kemoterapötik tedavinin kutanöz lezyonlar üzerine etkileri zayıftır.⁷



Şekil 1. Hastanın operasyon öncesi çekilen bilgisayarlı tomografi görüntüsü. Ok ile işaretlenmiş düzgün sınırlı kitle dikkati çekmektedir.



Şekil 2. Yüzeysel parotidektomi ile beraber çıkarılan tümöral kitlenin görünümü



Şekil 3. Kitlenin patolojik inceleme sonucu elde edilen görüntüleri. A. Tümör ve normal parotis bezi izlenmektedir (HEX 100); B. Tümör hücrelerinde yaygın ve şiddetli vimentin ekspresyonu izlenmektedir (VIMX100)

Ciltteki lezyondan şüphelenilerek böbrek kaynaklı tümörün tanısının konulması kolay değildir. Bu hastada diğer bir önem arz eden bulgu kontrol altına alınamayan yüksek tansiyonun varlığı idi. Tüm popülasyon içerisinde hipertansiyonun en sık nedeni primer yani esansiyel hipertansiyondur. Hipertansif hastaların %1-5'inde etken renal arter stenozu olup tanıda en sık kullanılan yöntem renal Doppler ultrasonografi'dir. Tüm hipertansiyon nedenleri içerisinde primer esansiyel hipertansiyon %95 oranında olması nedeniyle rutin USG incelemesi mümkün olmamaktadır.⁸⁻¹⁰ Rutin USG incelemesi ilgili kliniklerce uygun görülmemesi var olan RHK'nın tanı almamasına neden olmuştur. Renal Hücreli Karsinom'lu hastaların yaklaşık %37'sinde serum renin hormonu düzeyleri artmıştır ve bunun renal hücreli karsinomlu olgularda hipertansiyon nedeni olduğu düşünülmüştür.⁸ Tansiyon tedavisinin düzenlenmesi, dahiliye ve kardiyoloji konsültasyonları ile sağlanmaya çalışılsa da çok başarı kaydedilememiştir.

Taniyi koymada patolojinin önemli görevleri tespit edilmiştir. Tümör ile uğraşan kliniklerde alınan kitlelerin patolojik incelemesinin yapılması çok önemlidir. Renal hücreli karsinom gibi parotis bölgesine çok nadiren metastaz yapan kitleler, cerrahi işlemi yapan cerrahi ve radyolojik inceleme yapan doktoru yanıtlanabilmektedir. Renal hücreli karsinom gibi sıklıkla metastazları ve paraneoplastik sendromları ile klinik bulgu veren kitleler bu olguda olduğu gibi tesadüfi olarak tespit edilebilmektedir. Bu nedenle çıkartılan tüm kitlelerin patolojik incelemesinin yapılması ve sonuçlarının yakından takip edilmesi hayati önem arz etmektedir. Diğer taraftan parotis bölgesinde yerleşmiş kitlelerin tümör metastazı olabileceği akılda tutulması gereken diğer bir husustur. Dirençli hipertansiyon şikâyeti olan hastada kitlenin yerleşim yeri gereği renal hücreli karsinom ilk aşamada düşünülmemiştir.

SONUÇ

Bu vakadan elde ettiğimiz çıkarımlardan birisi de hastanın sistemik olarak değerlendirilmesi, cerrahi işlem ile beraber eşlik edecek diğer noktalara da odaklanılmasıdır.

Dr. Ahmet AKATEKİN

Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, KONYA
E-posta: ahmetakatekin@selcuk.edu.tr

KAYNAKLAR

1. Liang Cheng, Gregory T. MacLennan. Neoplasms of the kidney. In: Urologic Surgical Pathology. Mosby Elsevier Indianapolis. 2nd edition. 2008 ; Chapter 2 :82-112.
2. Palpattu GS, Kristo B, Rajfer J. Paraneoplastic syndromes in urologic malignancy:the many faces of renal cell carcinoma. Rev Urol 2002; 4:163-70.
3. Gibbons RP, Monte JE, Correa RJ, Mason JT. Manifestations of renal cell carcinoma. Urology 1976; 8: 201-6.
4. Lim C, Chan R, Regan W. Renal cell carcinoma with cutaneous metastases. Australas J Dermatol 2005; 46:158-60.
5. Opper B, Elsner P, Ziemer M. Cutaneous metastasis of renal cell carcinoma. Am J Clin Dermatol 2006; 7: 271-2.
6. Mueller TJ, Wu H, Greenberg RE, et al. Cutaneous metastases from genitourinary malignancies. Urology 2004; 63: 1021-6.
7. Reese DM, Corry M, Small EJ. Infusional floxuridine-based therapy for patients with metastatic renal cell carcinoma. Cancer 2000; 88: 1310-6.
8. Stanisic TH, Donovan J. Prolactin secreting renal cell carcinoma. J Urol 1986 ;136:85-6.
9. Parenti GC, Palmarini D, Bilzoni M, Campioni P, Mannella P, Ginevra A. Role of color-Doppler sonography in the follow-up of renal artery stenting. Radiol Med. 2008; 113: 242-8.
10. Zeller T, Bonvini RF, Sixt S. Color-coded duplex ultrasound for diagnosis of renal artery stenosis and as follow-up examination after revascularization. Catheter Cardiovasc Interv. 2008; 71: 995-9.