

Case Report / Olgu Sunumu

Mesanein Plazmastoid Hücreli Karsinomu

Plasmacytoid urothelial carcinoma of the urinary bladder

Ahmet ÇAMTOSUN¹, Hüseyin ÇELİK¹

¹ Üroloji Anabilim Dalı, Tıp Fakültesi, İnönü Üniversitesi, Malatya / Türkiye.

Corresponding Author:
Ahmet CAMTOSUN

Address:
Üroloji Anabilim Dalı,
Tıp Fakültesi,
İnönü Üniversitesi,
Malatya/Türkiye.

E-mail:
drhuseyin@hotmail.com

Başvuru Tarihi/Received :
29-12-2014

Kabul Tarihi/Accepted:
18-01-2015

ABSTRACT

According to the latest World Health Organization classification, Plasmacytoid urothelial carcinoma of urothelial carcinoma is one of the rare variants. When the diagnosis is usually made with advanced stage aggressive tumors and metastases. A 77-year-old male patient was admitted with lower urinary tract symptoms. The patient had no hematuria in the application. Widely heterogeneous appearance of the bladder base solid formation was observed on ultrasound. The patient was diagnosed as a result of microscopic examination of transurethral resection specimens to be looking plasmacytoid urothelial carcinoma. a multidisciplinary approach was planned and patient was treated radiotherapy and systemic chemotherapy. In this article, we present a locally invasive plasmacytoid urothelial carcinoma cases, followed by two years.

Key Words: Bladder cancer, plasmacytoid carcinoma; urothelial carcinoma; CK7

MESANENİN PLAZMASTOİD HÜCRELİ KARSINOMU

Plazmasitoid ürotelyal karsinom Dünya sağlık örgütü son sınıflamasına göre ürotelyal karsinomun en nadir varyantlarından biridir. Tanı konulduğunda genelde ileri evrede ve metastaz yapmış agresif tümörlerdir. 77 yaşındaki erkek hasta alt üriner sistem yakınmaları ile başvurdu. Başvuru esnasında hematüri şikayeti yoktu. Ultrasonografide mesane tabanından yaygın heterojen görünümlü solid oluşum gözlemlendi ve hastaya transüretral rezeksiyon yapıldı. Histopatolojik incelemede plazmasitoid ürotelyal karsinom tanısı kondu. Multidisipliner bir yaklaşım planlanarak hastaya radyoterapi ve sistemik kemoterapi uygulandı. Bu makalede, iki yıldır takipte lokal invaziv plazmasitoid ürotelyal karsinom vakasını sunduk.

Anahtar Kelimeler: mesane kanseri; Plazmasitoid karsinom; ürotelyal karsinom; CK7

GİRİŞ

Mesane kanserleri tüm kanserlerin %5-10'unu oluşturur. Mesane tümörlerinin en sık nedeni epitelyal orijinli tümörlerdir. Bu tümörlerin %90 'ını ürotelyal karsinomlar oluşturmaktadır (1). Plazmasitoid ürotelyal karsinom (PUC) Dünya Sağlık Örgütü'nün 2004 sınıflamasına göre en nadir görülen iki ürotelyal karsinom tipinden biridir (2). Plazmasitoid ürotelyal karsinom genellikle agresif tümörler olup tanı anında bir çoğu ileri evrededir. Biz bu makalede çok nadir olarak izlenmesi nedeniyle plazmositoid özellikler taşıyan, yüksek dereceli ürotelyal karsinom tanısı alan 77 yaşındaki erkek olguyu sunmayı amaçladık.

OLGU SUNUMU

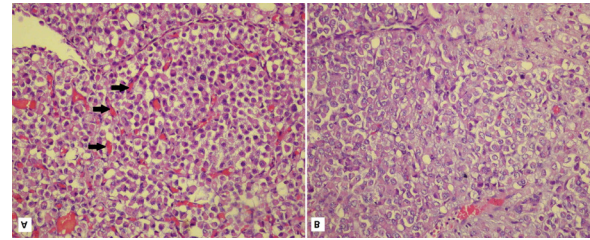
Yetmişyedi yaşındaki erkek hasta prostatizm semptomları ile polikliniğimize başvurdu. Fizik muayenesinde belirgin bir özellik yoktu, dijital rektal muayenede prostat grade I benign olarak saptandı. Hastanın idrar, hemogram ve biyokimyasal ve hormonal değerlerinde patoloji saptanmadı. (Hb: 13,2 mg/dl, tPSA: 1,02 ng/dl) Üroflovetri testi infravezikal obstrüksiyon (Qmaks: 10 mL/sn, Qort: 6 mL/sn volüm: 280 mL rezidü idrar:50 mL) lehine olması üzerine hastaya 8 mg silodosin tedavisi başlandı. 1 ay sonraki kontrolünde, tedaviden fayda görmemesi üzerine üriner sistem ultrasonografi (USG) yapıldı. USG'de mesane tabanından lümeneye doğru uzanım gösteren yaygın heterojen görünümülü solid oluşum gözlemlendi. Bilgisayarlı tomografisinde (BT) mesane duvarında diffüz kalınlaşma, en kalın yerinde 20 mm (tümör?), mesane duvarında anormal kontrastlanma, rektum duvarında kalınlaşma ve bu seviyede rektum duvarında anormal kontrastlanma (invazyon?) izlendi (Resim 1). Her iki böbrek toplayıcı sistemlerinde dilatasyon, renal hilus seviyesinde paraaortik, aortokaval, retroaortik, en büyüğü 7 mm ölçülen multiple lenf nodu, bilateral üreter distal 1/3 kesiminde duvarlarda diffüz kalınlaşma (distal üreter tutulumu?) olarak rapor edildi. Hastaya endoskopik girişim planlandı. Sistoskopide mesanenin tüm duvarlarında yaygın, solid görünümülü tümör kitle izlendi. Kitleden tanı amaçlı rezeksiyon yapıldı ve farklı bölgelerden de örnekler alındı.

Transüretral rezeksiyon yapılan dokuların histopatolojik incelemesinde diskohesiv eksantrik nükleuslu, abondan eosinofilik sitoplazmalı plasmasitoid görünümde tek hücrelerden oluşan infiltratif tümör görüldü. Lamina propria ve muskularis propria da tümör infiltrasyonu vardı. İmmunhistokimyasal olarak tümör hücreleri

sitokeratin 7, sitokeratin 20 ve CD138 ile boyandı. Tümör hücreleri lokosit common antigen (LCA) ile boyanmadı. Olgu plasmasitoid özellikler gösteren az diferansiye ürotelyal tümör olarak rapor edildi (Resim 2).



Resim 1) A- Mesane duvar kalınlaşması ile birlikte mesane içinde multipl solid kitle görünümü, **B-** Perivizikal ve rektum invazyonu.

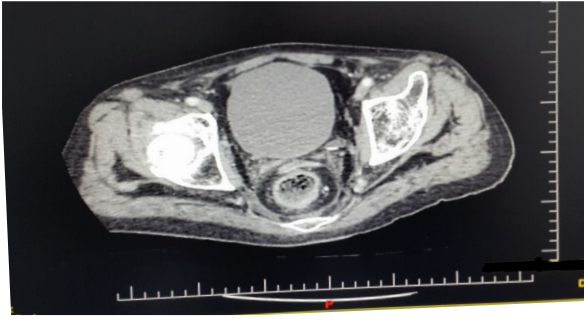


Resim 2) A. Hematoksilen ve eozin boyama (200x): tümör hücreleri orta boyda ekzantrik nükleuslu eozinofilik sitoplazmalı plasmasitoid görünümündedir. **B.** immünohistokimyasal boyamada CK7 antikoruna pozitif boyanan tümör hücreleri (Immunoperoxidase method).

Hasta yaşının ileri olması ve mevcut kitlenin komşu organlara invaze olması sebebiyle radikal sistoprostektomi düşünülmeyen multidisipliner yaklaşım planlanarak medikal onkoloji ve radyasyon onkoloji bölümlerine danışıldı. Hastaya radyoterapi (6700 rad) ve sistemik kemoterapi 8 kür (gemsitabin 1000 mg/m² ve sisplatin 70mg/m²) uygulandı. Tedavi sonrası kitle ve lenf nodları küçüldü. Hasta 2. yıldır izlenmekte olup ikinci yıl sonunda çekilen BT'de rezidüel kitle saptanmadı (Resim 3). Aktif bir şikayeti yok ve takipleri devam etmektedir.

TARTIŞMA

Plazmasitoid ürotelyal karsinom, ürotelyal karsinomun nadir bir varyantı olup ilk kez 1991 yılında Sahin ve arkadaşları tarafından bildirilmiştir (3). Literatürde az sayıda vaka mevcut



Resim 3. RT ve KT sonrası ikinci yıl kontrolünde rezidüel kitle gözlenmemektedir.

olup bu sınırlı sayıdaki bildirilerin çoğunluğu erkek olgulardır (4,5). PUC tanısı genellikle transüretral rezeksiyon ile konulmuştur (6). Bu tümörler agresiv tümörlerdir. %95'i tanı anında metastazlı veya metastazsız lokal ileri (T3-4) evredir. Genellikle kitle yapmadan linitis plastika gibi duvarı diffüz kalınlaştırırlar. Histolojik olarak tümör hücreleri orta boyda ekzantrik nukleuslu eozinofilik sitoplazmalı plazmasitoid görünümdedir (3). Plazmasitomadan ayırt edilmelidir. Tümör hücreleri üroteliyal karsinoma göre daha monotondur. Karsinom tanısı immunhistokimyasal olarak sitokeratin ve EMA pozitifliği ve lenfoid belirteçlerin negatifliği gösterilmelidir. Ayırıcı tanıda plasmasitoma, lenfoma multiple myeloma düşünülmelidir. CD138 %90 oranında pozitif rapor edilmiş (3,4). Plazmasitoid üroteliyal karsinom kordon, tek sıra, küçük küme, solid gelişim veya diskoheziv patern gösteren plasmasitoid hücrelerle karakterizedir (4,7). İmmunreaktif olarak pan-CK, CK7, CK20 pozitifliği ve LCA gibi lenfosit belirteçlerinin negatifliği PUC' u desteklemektedir. Müsin boyama olmaması PUC'un taşlı yüzük karsinomdan ayırt edilmesinde yardımcı olabilir (7). Bizim olgumuzda plazmasitoid morfolojideki tümör hücreleri sitokeratin 7, sitokeratin 20 ve CD138 ile boyanma olmuştur. Yapılan alcian blue boyasında intrasitoplazmik boyanma izlenmemiştir.

Ayırıcı tanıda, belirgin plasma hücresi infiltrasyonu olan kronik sistit gibi benign durumlardan plasmasitom, lenfoma ve taşlı yüzük hücreli karsinoma gibi malign tümörlere kadar değişir. Mide veya memeden metastatik karsinoma, malign melanom ve rabdomyosarkom plasmasitoid morfolojide olabilir ve ciddi tanı zorluğuna neden olabilir. Bu durumlarda, tanıyı doğrulamak için antikor panellerini kullanmak gereklidir (2,8).

Plazmasitoid üroteliyal karsinom tanısı konulduğunda perivezikal invazyon veya uzak organ metastazı yok ise tedavisi radikal sistektomidir (9). İnvaziv tümörü olan hastalar MVAC (Metotreksat, Vinblastin, Doksorubisin, Sisplatin) veya Gemsitabin-Sisplatin kemoterapi içeren adjuvan kemoterapi kombinasyonunun yararlı olduğu gösterilmiştir (1,9,10). Olgumuzda tümörünün komşu organlara (prostat, rektum vs) invaze olması nedeniyle hastaya radikal sistektomi düşünülmemiş, medikal onkolojiye yönlendirilmiştir. Hastaya medikal onkolojide gemsitabin + sisplatin tedavisi başlanmış olup hasta medikal onkoloji kliniğinde takibe alınmıştır.

Plazmasitoid üroteliyal karsinom tedavisi çok fazla özen isteyen multidisipliner yaklaşımı gerektirir. PUC' un erken tanısı için sistoskopi ya da biopsi yapmak gerekir. PUC' lu hastaların çoğunun hematüri şikayeti gecikmiş olarak ortaya çıkar. Bizim olgumuzda da hastanın hematüri şikayeti olmayıp prostatizm semptomları ve dizürü yakınmaları mevcuttu. Bu nedenle medikal tedaviye cevap vermeyen hastalarda, nadirde olsa altta bir malignite olabileceğinden detaylı bir inceleme yapılmalıdır. Bu açıdan PUC sinsi bir hastalık olup prognozu kötüdür, ancak bugüne kadar sınırlı sayıdaki çalışmalarda genel sağkalım oranı 17,7 ay olarak saptanmıştır (9,10). Gelecekte PUC ile ilgili olarak verilerin artması sonucu PUC alt tipleri ve bunların hasta prognozu ve yaşam beklentisi seçenekleri ile ilgili yeni veriler elde edildikçe bu tehlikeli hastalığın tedavisinde daha başarılı sonuçlar elde edilecektir.

Sonuç olarak, üroteliyal karsinomun plasmasitoid varyantı nadir görülen ve agresif seyirli tümörlerdir. Bu morfolojideki tümörlerin prognozları çoğu hastada ileri evrede yakalanması ve metastatik olmasından dolayı kötüdür. Mesanenin plasmasitoid özellikler gösteren patolojileri ile karışabilir ancak terapötik yaklaşımları farklı olduğundan dolayı onlardan ayrılmalıdır. Neoadjuvan kemoterapinin etkin rolünden dolayı ayrımı daha önemlidir.

Informed Consent: Written informed consent was obtained from patient who participated in this case.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

Finansal Destek: Yazarlar bu çalışma için finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

KAYNAKLAR

1. Olsen DL, Anderson SR. Metastatic plasmacytoid urothelial carcinoma: a case report and review of the literature. *Acta Cytol* 2014;58(1):108-12.
2. Lopez-Beltran A, Cheng L. Histologic variants of urothelial carcinoma: differential diagnosis and clinical implications. *Hum Pathol.* 2006;37:1371–1388.
3. Sahin AA, Myhre M, Ro JY, Sneige N, Dekmezian RH, Ayala AG. Plasmacytoid transitional cell carcinoma. Report of a case with initial presentation mimicking multiple myeloma. *Acta Cytol.* 1991 May-Jun;35(3):277-80.
4. Coyne JD, Sim E. Urothelial neoplasia with plasmacytoid morphology. *Histopathology.* 2006;48:200–201.
5. Keck B, Wach S, Stoehr R, Kunath F, Bertz S, Lehmann J, Stöckle M, Taubert H, Wullich B, Hartmann A. Plasmacytoid variant of bladder cancer defines patients with poor prognosis if treated with cystectomy and adjuvant cisplatin-based chemotherapy. *BMC Cancer.* 2013 Feb 8;13:71. doi: 10.1186/1471-2407-13-71.
6. Zhang XM, Elhosseiny A, Melamed MR. Plasmacytoid urothelial carcinoma of the bladder: a case report and the first description of the urinary cytology. *Acta Cytol* 2002;46(2):412-6.
7. Kohno T, Kitamura M, Akai H, Takaha M, Kawahara K, Oka T. Plasmacytoid urothelial carcinoma of the bladder. *Int J Urol* 2006;13(4):485–6.
8. Nigwekar P¹, Tamboli P, Amin MB, Osunkoya AO, Ben-Dor D, Amin MB. Plasmacytoid urothelial carcinoma: detailed analysis of morphology with clinicopathologic correlation in 17 cases. *Am J Surg Pathol.* 2009 Mar;33(3):417-24. doi: 10.1097/PAS.0b013e318186c45e.
9. Kawahara T, Oshiro H, Sekiguchi Z, Ito H, Makiyama K, Uemura H, Kubota Y. High-grade invasive urothelial carcinoma with focal plasmacytoid differentiation successfully treated by transurethral resection followed by chemoradiotherapy. *Int J Urol.* 2011 Oct 17. doi: 10.1111/j.1442-2042.2011.02880.x.
10. Dayyani F, Czerniak BA, Sircar K, Munsell MF, Millikan RE, Dinney CP, Siefker-Radtke AO. Plasmacytoid urothelial carcinoma, a chemosensitive cancer with poor prognosis, and peritoneal carcinomatosis. *J Urol* 2013;189(5):1656-61.