

Humerus metastazı ile tanı konulan metastatik renal hücreli karsinom: olgu sunumu

Metastatic renal cell carcinoma diagnosed by humerus metastasis: case report

Engin Kölükçü¹, Murat Beyhan², Murat Aşçı³, Akül Arıcı⁴, Velid Unsal⁵, Doğan Atılğan⁶, Yahya Doğanay¹

¹ Tokat Devlet Hastanesi, Üroloji Bölümü, Tokat, Türkiye

² Tokat Devlet Hastanesi, Radyoloji Bölümü, Tokat, Türkiye

³ Acıbadem Eskişehir Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, Eskişehir, Türkiye

⁴ Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Tokat, Türkiye

⁵ Mardin Artuklu Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu ve Merkezi Araştırma Laboratuvarı, Mardin, Türkiye

⁶ Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Tokat, Türkiye

ÖZ

Renal hücreli karsinom (RHK) teşhisi konulan hastaların üçte biri tanı anında metastatik evrededir. Erişkin yaş grubunda en sık karşılaşılan böbrek kanseri olan RHK oldukça yüksek mortalite oranlarına sahiptir. RHK'nın kemik metastazları çoğunlukla geç dönemde bulgu vermekle birlikte osteolitik ve agresif seyirlidir. Bu çalışmada humerus metastazı ile tanı alan 73 yaşındaki RHK olgusu; kliniği, görüntüleme teknikleri ve uygulanan tedavi modaliteleri ile birlikte literatür bilgileri ışığında ele alınmıştır.

Anahtar Kelimeler: Humerus, metastaz, renal hücreli karsinom

ABSTRACT

One-third of patients diagnosed with renal cell carcinoma (RCC) are metastatic at the time of diagnosis. RCC, the most common kidney cancer in adulthood, has a very high mortality rate. Bone metastases of the RCC usually present in the late period. Metastasis of RCC is osteolytic and aggressive. In this study, a 73-year-old RCC case diagnosed with humerus metastasis; clinic, imaging techniques and treatment methods are discussed in the light of literature.

Keywords: Humerus, metastasis, renal cell carcinoma

Sorumlu Yazar: Engin Kölükçü, Tokat Devlet Hastanesi, Üroloji Bölümü, Gültekin Topçam Bulvarı, Yeni Cadde, Tokat, Türkiye

E-posta: drenginkolukcu@gmail.com

Geliş Tarihi: 20.12.2018 **Kabul Tarihi:** 12.01.2019 **Doi:** 10.32322/jhsm.499989

Cite this article as: Kölükçü E, Etikan İ, Unsal V, Uluocak N. Humerus metastazı ile tanı konulan metastatik renal hücreli karsinom: olgu sunumu. J Health Sci Med 2019; 2(2); 68-71.

GİRİŞ

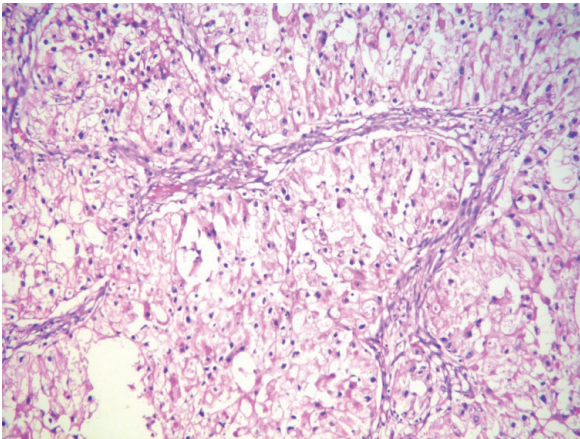
Renal hücreli karsinom (RHK); erişkin yaş grubunda en sık karşılaşılan renal tümördür. Bütün erişkin tümörleri ele alındığında yaklaşık olarak %3'ünü oluşturmaktadır. Erkek cinsiyette daha sık karşımıza çıkan bu tümörlerin ağırlıklı olarak yaşamın 5. ve 6. dekadlarında izlendiği bilinmektedir (1,2). Bununla birlikte yaşadığımız yüzyılda her evrede RHK görülme sıklığında ve mortalite oranlarında artış izlenmektedir. RHK; en mortal ürolojik malignensi olarak bilinmekte olup hastaların 1/3'ü tanı anında metastatiktir. Öte yandan 1/3 hastada ise tedavi sonrası metastaz gelişebilmektedir (2).

Akciğer, kemik ve karaciğer en sık metastaz yaptığı organlardır. Böbrek kanseri tanısı alan hastalarda kemik metastazları yaklaşık olarak %14 oranında izlenmektedir (3). Öte yandan bu hastalarda kemik metastazları bağımsız kötü prognostik faktör olarak kabul edilmektedir. Hastaların ortalama yaşam beklentisinin 1 ile 2 yıl arasında değiştiği düşünülmektedir (4). Bu çalışmada kemik metastazı ile tanı alan RHK olgusunun literatür bilgilerimiz ışında tartışılması amaçlanmıştır.

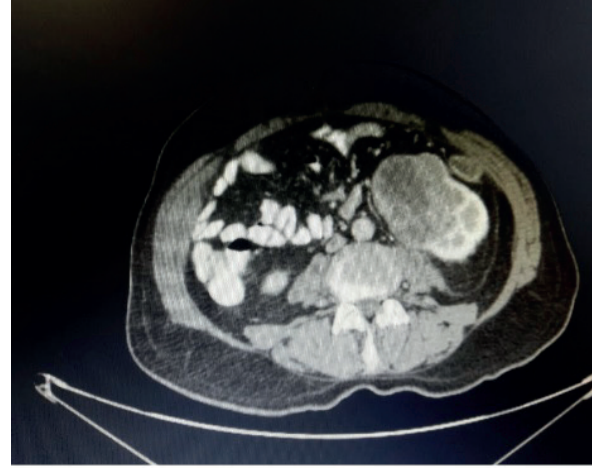
OLGU

Yetmiş üç yaşında erkek hasta yaklaşık 5 aydır devam eden ve günlük aktivitelerini son derece olumsuz etkileyen sağ dirseğinde ağırlıklı olmak üzere tüm kolunda hissettiği ağrı yakınması ile başvurdu. Ortopedi bölümü tarafından değerlendirilen hastanın görüntülemelerinde sağ humerus distal-metafizer kesim düzeyinde 44,9x21,9 mm büyüklüğünde kitle izlendi (Resim 1).

Yapılan klinik ve histopatolojik inceleme sonrası hasta renal hücreli karsinom metastazı ön tanısı ile kliniğimize yönlendirildi. Alınan ayrıntılı anamnezinde 41 yıl günde 2 paket sigara tüketimi olduğu,



Resim 1. Sağ humerus distal- metafizer kesim düzeyinde izlenen metastatik kitle



Resim 2. Sol böbrekte saptanan tümöral kitle

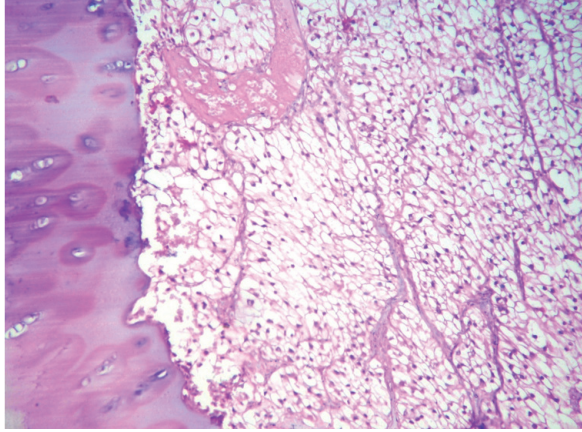
yaklaşık 19 yıl boya alanında çalıştığı ve 5 yıl önce dış merkezde safra kesesi taşı sebebi ile kolesistektomi uygulandığı ve takiplerine gitmediği öğrenildi. Hastanın geçirdiği operasyona yönelik patoloji sonuçlarına erişilemedi. Bunun dışında geçirilmiş cerrahi öyküsü veya sistemik bir hastalığı mevcut değildi. Fizik muayenesinde sağ dirsekte omuza doğru yayılan yoğun ödem ve ekstansiyon kısıtlılığı tespit edildi. Genitoüriner sistem muayenesinde ise patolojik bulgu izlenmedi. Laboratuvar tetkiklerinde serum kreatinin: 1,13 mg/dl, üre: 40,12 mg/dl, hemoglobün değeri 18,10 g/dl olarak ölçüldü. Tüm batın bilgisayarlı tomografi (BT) görüntülerinde sol böbrek orta kesim-alt pol anteriorundan ekspansil uzanımı bulunan 75x65 mm boyutlarında kontrast tutulumu bulunan heterojen hipodens kitle izlendi (Resim 2).

Diğer laboratuvar analizlerinde ve yapılan görüntülemelerde ek patolojik bulgu gözlemlenmedi. Hastaya sol laparoskopik radikal nefrektomi uygulandı. Patoloji sonucu kapsül invazyonu gösteren renal hücreli karsinom, berrak hücreli varyant olarak geldi (Resim 3).

Postoperatif 3. gün operasyona bağlı komplikasyon ile karşılaşılardan sorunsuz olarak taburculuk işlemleri gerçekleştirilen hasta ortopedi ve onkoloji



Resim 3. Renal dokuda izlenen şeffaf sitoplazmalı, küçük hiperkromatik nükleuslu tümör hücreleri



Resim 4. Kemik dokuyu infiltre etmiş tümör hücreleri

bölmelerine konsulte edildi. Sintigrafik incelemesi sağ humerus bölgesi dışında metastatik hastalık bulgusu tespit edilmeyen hasta radikal nefrektomiden 21 gün sonra ortopedi kliniği tarafından operasyona alındı. İlgili klinik tarafından total dirsek artroplastisi uygulandı. Patoloji bölümü renal hücreli karsinom metastazı olarak raporlandı (Resim 4).

Onkoloji bölümü tarafından hedefe yönelik tedavi amacı ile Sunitinib 50 mg/gün başlanarak takibe alındı. Hastanın 3 aylık klinik izleminde nüks izlenmemiş olup takiplerine devam edilmektedir. Olgu sunumumuz Helsinki İlkeler Deklarasyonu'na uyularak gerçekleştirilmiş olup hastadan bilgilendirilmiş onam formu alınmıştır.

TARTIŞMA

Kanser konusunda bilgilerimiz M.Ö. 3000 yılına kadar uzanmaktadır. Bu durum dünya genelinde büyük halk sağlığı sorunu teşkil etmekte olup insidansı yıllar içerisinde belirgin artış göstermektedir. Görülme sıklığı kanserin histopatolojisine, yaşanan coğrafyaya, olguların cinsiyet ve yaşlarına göre çok ciddi farklılıklar göstermekle birlikte toplumda ortalama yüz binde 85 ile 350 arasında değişen oranlarda gözlemlenmektedir. Böbrek kanseri tanısı alan hastalar ele alındığında benzer şekilde geçtiğimiz yüzyıla oranla olgu sayılarında belirgin artış olduğu görülmektedir. RHK; böbrek tümörlerinin ortalama %85'ini oluşturmaktadır. 2008 yılı Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre dünya genelinde 271.000 yeni olgu tanı almaktadır. Mortalite hızlarına bakıldığında ise erkeklerde 100.000'de 6,5 kadınlarda ise 2,7 oranında olduğu gözlemlenmektedir (5).

Kemik; insan vücudunda akciğer ve karaciğerden sonra en sık metastaza maruz kalan bölgedir. Prostat, mesane, böbrek gibi ürogenital sistemin tümöral oluşumları kemik metastazları yapmaya eğilimlidir. Kemik metastazlarının erken tanı konulması hastaların maruz kalacağı yoğun ağrı, patolojik kırıklar

ve metabolik bozuklukların önüne geçilmesi adına oldukça önemlidir. Bununla birlikte böbrek kanserine bağlı kemik tutulumları çoğunlukla geç dönemde bulgu vermektedir ve bu sebepten ötürü hastalar kemik lezyonlarına bağlı hayati tehdit eden durumlar ile karşı karşıya kalabilmektedirler (7). Kemik metastazları tespit edilen hastaların sadece %3-4'ünde biyopsi yapılmaktadır. Doku örnekleri alınmasına rağmen primer odak tespit edilemeyebilir. Öte yandan ayrıntılı tıbbi öykü, kusursuz yapılan fizik muayene, direkt grafiler, sintigrafik değerlendirmeler, BT ve manyetik rezonans görüntüleme (MRG) yöntemi ile birlikte tanı koyma oranları %85'e kadar çıkmaktadır (4). Radyografilerde kemik destrüksiyonunun görülebilmesi için %40-50 oranında trabeküler kemik yıkımı olması gerekmektedir (8). Radyografilerde sınırları net seçilemeyen, yumuşak dokuya uzanımı olan kalsifikasyonlar içeren litik destrüktif, damardan zengin, ekspansil lezyon şeklinde görülmürler (9). BT ise kemik yıkımının, kalsifiye tümör matrisinin ve kortikal erozyonun gösterilmesinde en iyi tarama araçları arasında gösterilmektedir (10). MRG kemik iliği ve tümörün muhtemel yumuşak doku uzanımını göstermede yararlıdır. Bu görüntüleme yönteminde skip (atlamalı/aralıklı) lezyonların varlığının gösterilmesi, ödem miktarının ölçülmesi, nörovasküler ve medüller tutulumun gösterilmesinde yüksek sensitivite ve spesifiteye sahiptir. Kemik lezyonları MRG'de, T1A sekanslarda fokal veya diffüz hipointens alanlar şeklinde, STIR sekanslarda hiperintens olarak görülmürler (4,9). Olgumuzda ise tanı aracı olarak tıbbi öykü ve fizik muayenenin yanısıra histopatolojik doku örnekleri, direkt grafiler (akciğer ve sağ kol iki yönlü), tüm batın BT ve sağ kol MRG yöntemlerinden faydalanılmıştır.

Metastatik kemik lezyonlarında kan kalsiyum, fosfor, alkalin fosfataz ve asit fostataz değerlerinin çoğunlukla yüksek seyretmesi beklenmekle birlikte hiçbir hastalığa özgü değildir. Öte yandan olgu sunumumuzda da olduğu gibi hastalarda tamamen normal değerlerde seyredabilmektedir. Renal tümör hücreleri çoğunlukla interlökin-6 sekrete etmektedirler. Bu sitokinler osteoklastları stimüle etmekte olup malign hücrelerin apoptozisini engellemektedirler (9). Bu durum böbrek kanserlerinin kemik metastazlarını çoğunlukla osteolitik ve agresif seyirli kılmaktadır. Öte yandan bu metastatik oluşumlar büyük oranda yumuşak dokuya uzanım göstermekle birlikte yüksek kanlanma potansiyeline sahiptirler (7).

RHK'nın kemik metastazları kemoterapi ve radyoterapi rejimlerine oldukça dirençlidir. Hastalarının klinik durumlarında göz önünde bulundurularak klinisyenlerin çoğunlukla metastatik kemik lezyonlarına cerrahi yaklaşımları tercih ettiği görülmektedir. Interlökin-2 ve interferon alfa kombinasyonları cer-

rahi uygulanamayan hastalarda gündeme gelen tedavi yaklaşımları olup başarı oranları sınırlıdır. Öte yandan bifosfonat tedavileri interlokin-6 salınımını azaltırken radyoterapi uygulamaları ağrı kontrolünde olumlu sonuçlar verdiği bilinmektedir. Radyoterapi uygulamalarını cerrahi öncesi dönemde tümör dokularının kanlamasını azaltmak amaçlı uygulayan klinik yaklaşımlarda mevcuttur (11). Distal humerusu tutan tümörlerin cerrahi tedavi seçeneklerine bakıldığında amputasyon, allograft ile rekonstrüksiyon, artrodez, rezeksiyon artroplastisi ve endoprotez ile rekonstrüksiyon gibi çok farklı klinik uygulamaların olduğu görülmektedir (12). Biz olgumuzda primer odağın ortadan kaldırılmasına yönelik laparoskopik radikal nefrektomi uygulandı. Cerrahi sınırları ile kusursuz onkolojik cerrahi uygulanan hastada intra ve postoperatif komplikasyon ile karşılaşmadı. Taburculuk sonrası ortopedi kliniği tarafından dirsek eklemine modüler tümör rezeksiyon protezi uygulanarak ağrısız bir dirsek eklemi ve fonksiyonel bir ön kol ve el bileği elde edildi. Bunun yanında hastada hızlı şekilde fonksiyonel kazanım elde edilerek erken dönemde günlük yaşamına geri dönmesi sağlandı gözlemlendi.

SONUÇ

Özellikle geç dönemde RHK tanısı alan hastalar sağlık kuruluşlarına oldukça farklı klinikler ile başvurabilmektedirler. Kemik ağrısı gibi son derece özgün olmayan bulguları olan ve görüntülemelerde kemik yapılarında kitle lezyonu izlenen olgularda RHK metastazlarının ayırıcı tanıda düşünülmesinin ortaya çıkabilecek mortalite ve morbiditeyi azaltma adına oldukça önemli olduğu düşüncesindeyiz.

MADDİ DESTEK VE ÇIKAR İLİŞKİSİ

Çalışmayı maddi olarak destekleyen kişi/kuruluş yoktur ve yazarların herhangi bir çıkar dayalı ilişkisi yoktur.

KAYNAKLAR

1. Kiroğlu AF, Yuca K, Çankaya H, Bayram İ, Harman M. Alt dudağa renal hücreli karsinom metastazı: olgu sunumu. Van Med J 2006; 13: 22-4.
2. İzol V, Soyupak B. Metastatik renal hücreli karsinomda cerrahi yaklaşım. Bull Urooncol 2011; 3: 36-40.
3. Shvarts O, Lam JS, Kim HL, Han KR, Figlin R, Beldegrun A. Eastern Cooperative Oncology Group performance status predicts bone metastasis in patients presenting with renal cell carcinoma: implication for preoperative bone scans. J Urol 2004; 172: 867-70.
4. Demirci İ, Barut AY, Öztürk A, Aybar MD. Kalvaryum tutulumu ile ortaya çıkan renal hücreli karsinom. Türkiye Klinikleri J Nephrol 2011; 6: 35-8.
5. Parkin DM, Bray F, Ferlay J, Pisani P. 2002 Global cancer statistics. CA Cancer J Clin 2005; 55: 74-108.
6. Jemal A, Bray F, Center MM, Ferlay J, Ward E, Forman

- D. Global cancer statistics. CA Cancer J Clin 2011; 61: 69-90.
7. Toğral G, Arkan M, Aktaş E, Öztürk R, Oğuz G, Eksioğlu F. Ürolojik malignitelerde kemik metastazlarının cerrahi tedavisi: 70 vaka analizi. Acta Orthop Traumatol Turc 2015; 49: 634-40.
8. Durr HR, Refior HJ. Prognosis of skeletal metastases. Orthopade 1998; 27: 294-300.
9. Paule B. Interleukin-6 and bone metastasis of renal cancer. Prog Urol 2001; 11: 368-75.
10. Hamaoka T, Madewell JE, Podoloff DA, Hortobagyi GN, Ueno NT. Bone imaging in metastatic breast cancer. J Clin Oncol 2004; 22: 2942-53.
11. Berkiten G, Kumral TL, Yıldırım G, et al. Metastasis of renal cell carcinoma to the head and neck region. Otolaryngology Online J 2016; 6: 133.
12. Kulkarni A, Fiorenza F, Grimer RJ, Carter SR, Tillman RM. The results of endoprosthetic replacement for tumours of the distal humerus. J Bone Joint Surg Br 2003; 85: 240-3.