



# Senkron Mesane, Prostat ve İki Taraflı Böbrek Tümörü: Olgu Sunumu

## Synchronous Bladder, Prostate and Bilateral Kidney Tumors: A Case Report

Mehmet Kutlu DEMİRKOL,<sup>1</sup> Gökhan FAYDACI,<sup>1</sup> Osman ÇELİK,<sup>1</sup>  
Çağatay TOSUN,<sup>2</sup> Akif TÜRK,<sup>1</sup> Aydın ÖZGÜL<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul;

<sup>2</sup>Siverek Devlet Hastanesi, Üroloji Kliniği, Şanlıurfa

### Özet

Kanserli bir hasta ikinci bir kanser açısından genel popülasyona göre 1.29 kat daha fazla risktedir. Multipl tümörlerin büyük bir çoğunluğunun böbrek ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Ürogenital sistemin senkron böbrek, mesane ve prostat tümörlerinin görülmesi oldukça nadirdir ve genelde tek seansta tedavi edilememektedir. Biz tek seansta komplet olarak rezeke ettiğimiz triple senkron ürogenital tümör olgusunu sunduk.

**Anahtar sözcükler:** Senkron tümör; üçlü tümör; ürogenital tümör.

### Summary

In terms of a second cancer, a cancer patient has a 1.29 times greater risk than the general population. It was shown that the majority of multiple tumors are associated with the kidney. Synchronous kidney, bladder and prostate tumors of the urogenital system are seen quite rarely and usually cannot be treated in a single session. We present a case of triple synchronous urogenital tumors that were resected completely in a single session.

**Key words:** Synchronous tumor; triple tumor; urogenital tumor.

### Giriş

Multipl primer tümörler tüm kanserler içinde %37 insidans oranına sahiptir.<sup>[1]</sup> Kanserli bir hasta ikinci bir kanser açısından genel popülasyona göre 1.29 kat daha fazla risktedir.<sup>[1]</sup> Norveç Kanser Kayıtları verilerinde, 1992-2001 tarihleri arasındaki 10 yıllık periyotta kanserli hastaların %5.1'inin birden fazla kanser tanısı ortaya çıkmıştır.<sup>[2]</sup> Multiple tümörlerin büyük bir çoğunluğunun böbrek ile ilişkili olduğu gösterilmiştir.<sup>[3]</sup> Böbrek kanseri ile ilişkili diğer primer malign tümörler mesane kanseri,<sup>[4]</sup> prostat kanseri,<sup>[5]</sup> kolorektal

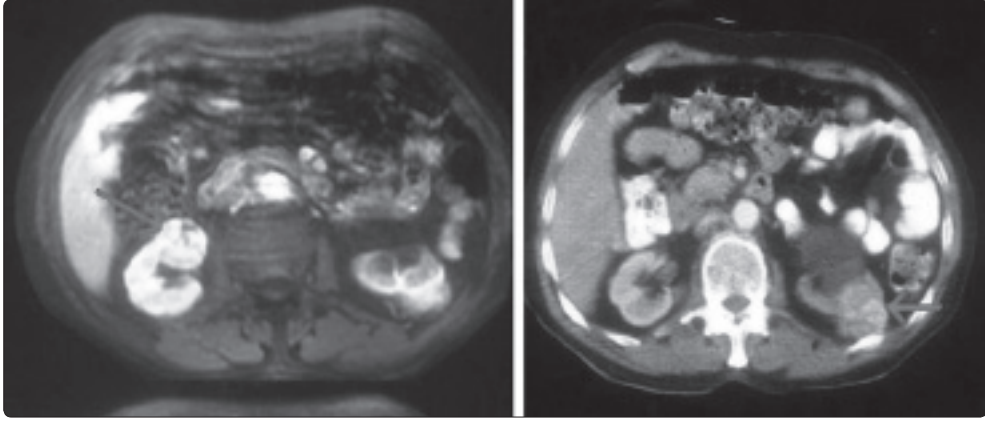
kanser,<sup>[5]</sup> akciğer kanseri,<sup>[6]</sup> malign melanom<sup>[7]</sup> ve non-Hodgkin lenfomadır.<sup>[6,7]</sup>

Aynı histolojik yapıda iki taraflı primer malign böbrek tümörleri oldukça nadirdir. İki taraflı görülme insidansının böbrek hücreli karsinomda (BHK) %1.8, transizyonel karsinomda %3.5 ve Wilms tümöründe %3-10 olduğu tahmin edilmektedir.<sup>[8]</sup>

Kronik böbrek yetmezliği olan hastalar yüksek malign tümör insidansına sahiptir.<sup>[9]</sup> En sık görülen maligniteler ürolojik malignitelerdir ve bu hastalara radikal

**İletişim:** Dr. Mehmet Kutlu Demirkol.  
Şemsi Denizer Cad., E-5 Karayolu Cevizli Mevkii,  
34890 Kartal, İstanbul  
**Tel:** 0216 - 441 39 00

**Başvuru tarihi:** 19.11.2011  
**Kabul tarihi:** 11.04.2012  
**e-posta:** kutludemirkol@hotmail.com



Şekil 1. Bilgisayarlı tomografi görüntülerinde kitleler izleniyor.

cerrahi önerilir.<sup>[10]</sup> Biz tek seansta komplet olarak rezekte ettiğimiz iki taraflı BHK, mesane kanseri ve prostat adenokarsinomu olan triple senkron ürogenital tümör olgusunu sunduk.

### Olgu Sunumu

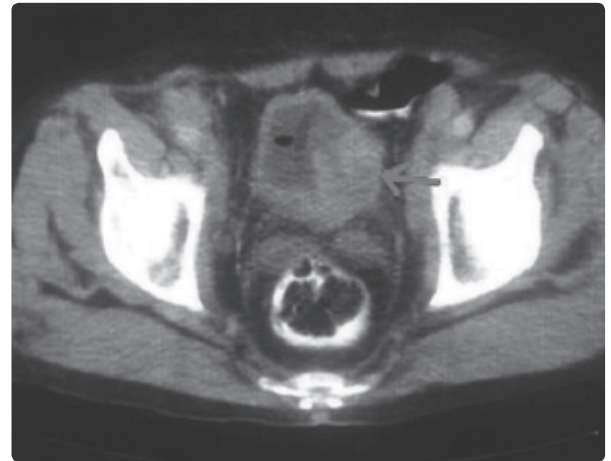
Yetmiş bir yaşında erkek hastada, makroskopik hematüri şikayetiyle başvurduğu bir merkezde yapılan incelemede; abdominal bilgisayarlı tomografisinde sağ böbrek alt pol anterior kesimde heterojen kontrastlanma sergileyen 3x3 cm boyutunda egzofitik solit kitle, sol böbrek alt pol posterior kesimde heterojen kontrastlanma sergileyen 4x3 cm boyutunda düzensiz egzofitik solit kitle, sol sistemde grade 2 hidroüretonefroz (Şekil 1) ve mesane sol kesiminde lümen içerisine uzanım gösteren 5 cm boyutunda yumuşak doku kitle lezyonu saptanmış (Şekil 2).

Sonrasında yapılan sistoskopik incelemede mesane sol yan duvarda 5 cm'lik papiller tümöral oluşum saptanmış ve inkomplet transüretal rezeksiyon - mesane tümörü (TUR-MT) yapılmış ve kliniğimize sevk edilmiş. Kliniğimize başvuran hastanın TUR-MT patolojisi nekrotik dokular ve ufak bir alanda atipik epitelyal hücreler olarak raporlanmıştı.

Hastanın tekrar yapılan değerlendirmesinde özgeçmişinde kronik böbrek yetmezliği, koroner baypas, hipertansiyon, 30 paket/yıl sigara içimi öyküsü mevcuttu. Yapılan fiziksel muayenesinde inspeksiyonda torakotomi insizyon skarı, rektal muayenede prostat grade 2 büyüklükte ve apekte 0.5 cm sert nodül mevcuttu. Laboratuvar analizlerinde kan biyokimyasında üre 54 mg/dl, kreatinin 1.9 mg/dl, PSA 3.11 ng/dl olarak saptandı.

Genel anestezi altında yapılan sistoskopisinde mesane boynundan anterior duvara ve sol yan duvara uzanım gösteren yaklaşık 5-6 cm'lik papiller karakterde tümöral oluşum izlendi ve komplet rezeksiyon yapıldı. Rezeksiyon patolojisi T2 yüksek dereceli ürotelyal karsinom olarak raporlandı.

Bunun üzerine hastaya iki taraflı renal kitle, kas invaziv ürotelyal mesane karsinomu tanıları ve prostat kanseri ön tanısıyla radikal sistoprostektomi, iki taraflı parsiyel nefrektomi, transüretoroüretostomi, sol üretokutanostomi ameliyatı uygulandı. Özellikle sağ üreter olmak üzere iki taraflı üreterlerde invazyon olduğu için üreter boyları kısaltıldı. Bu nedenle hastaya sağ uçyan transüretoroüretostomi, sol üretokutanostomi ameliyatı uygulanmıştır.



Şekil 2. Mesane sol kesiminde, lümen içerisine uzanım gösteren, 5 cm boyutunda yumuşak doku kitle lezyonu gözleniyor.

Ameliyat yaklaşık olarak 300 dk sürdü ve ortalama kan kaybı 800 ml idi. Ameliyat sırasında komplikasyon olmadı. Uzun anestezi süresi ve hastanın mevcut komorbiditeleri göz önünde bulundurularak ameliyat sonrası dönemde yoğun bakım ünitesinde takibe alındı. Yoğun bakım ünitesinde takip edilirken ameliyat sonrası sekizinci günde miyokart enfarktüsü gelişmesi nedeniyle ölüm gerçekleşti.

Hastanın radikal sistoprostatektomi materyalinin patolojisi mesane T4 yüksek dereceli invaziv ürotelyal karsinom, prostat ürotelyal karsinom invazyonu, apekte prostatik adenokarsinom, Gleason skoru 3+3:6; sol böbrek parsiyel nefrektomi: renal hücreli karsinom, berrak hücreli tip (T1N0M0); sağ böbrek parsiyel nefrektomi: renal hücreli karsinom, berrak hücreli tip (T1N0M0) olarak raporlandı.

## Tartışma

Senkron tümörler eşzamanlı iki veya daha fazla tümörün üç aydan daha kısa süre içerisinde tespit edilmesidir.<sup>[11]</sup> Senkron veya metakron tümörler ürogenital sistemde nadir görülmezler ve Von Hippel Lindau hastalığı, Bourneville tüberoskleroz, kromozom 3:8 translokasyonu gibi genetik hastalıklarla ilişkilidir. Bu olgularda daha çok senkron iki taraflı böbrek adenokarsinomu ile karşılaşılır.<sup>[12]</sup>

Warren ve Gates kriterlerine göre senkron tümörlerde olması gereken üç özellik: Her tümörün malign olduğunun kesin tanısı konulmalı, her biri farklı tümör olmalı ve herhangi bir tümörün diğerinin metastazı olmadığı gösterilmelidir.<sup>[13]</sup> Moertel ve ark. ise Warren ve Gates sınıflandırmasına giren tümörler yanında a) Aynı doku veya organın iki veya daha fazla sayıda primer tümörü (örnek: mesane), b) Aynı tipte dokulara sahip komşu organların tümörleri (örnek: mesane ve üreterin transisyonel hücreli karsinomu), c) Çift organların multipl tümörlerini de (örnek: böbrek) multiple primer malign neoplazmların alt grupları olarak değerlendirilmişlerdir.<sup>[14]</sup> Birçok çalışmada böbrek hücreli karsinomla birlikte senkron veya metakron ikinci bir tümör, özellikle mesane ve prostat kanseri, gelişme olasılığının yüksek olduğu gösterilmiştir. Daha nadir olarak akciğer, meme, kolorektal ve kütanöz melanom gelişme riski vardır.<sup>[15]</sup> Bizim olgumuzda iki taraflı BHK, prostat adenokarseni ve mesane kanseri tespit edilmiş olup bu durum Warren ve Gates'in senkron tümör kriterlerine uymaktadır.

Literatürde daha çok senkron prostat adenokarsinomu

tanımlanmıştır. Stamey ve ark.<sup>[16]</sup> mesane kanseri için yapılan sistoprostatektomi olgularında %40 oranında prostat adenokarsinomu saptamışlardır. Rabbani ve ark.<sup>[17]</sup> yaptıkları çalışmada papiller BHK olan olgularda artmış senkron veya metakron prostat ve mesane karsinom insidansını saptamışlar. Boorjian ve ark.nın<sup>[18]</sup> yaptığı çalışmada metakron BHK'li olgularda iki taraflı tümör olma oranı %87.7 iken, senkron BHK'li olgularda %69.2 olarak gösterilmiştir (p=0.002). Senkron BHK'li olgularda histolojik alt tip daha çok papiller hücreli olma eğilimindeyken, metakron BHK'li olgularda iki taraflı berrak hücreli tip daha olasıdır (p=0.076).<sup>[18]</sup> Bizim olgumuzda her iki böbrek tümörü patolojisi berrak hücreli BHK olarak raporlanmıştır.

Ürogenital sistemin senkron tümörlerinden özellikle en sık görülen senkron form olan böbrek tümörlerinin etiopatogenezi son zamanlarda belirlenmiş olup klinik davranışları daha iyi ortaya koymak için moleküler genetik çalışmalar yürütülmektedir.<sup>[11]</sup> Prostat spesifik membran antijeni, CD34, BHK antijeni gibi ürotelyal tümör belirteçlerinin yüksek seviyelerde belirlenmesi senkron tümörlerin öngörüsünü sağlayabilmektedir.<sup>[19,20]</sup> Moleküler genetik çalışmalar erken tanı ve tedavi için faydalı olmakla birlikte mevcut klinik bulgular ve görüntüleme teknikleri senkron tümörlerin erken tanısında yeterli gibi görülmektedir.

Literatürde ürogenital sistemin triple senkron tümörü olan 12 adet olgu bildirilmiştir. Triple ürogenital organ tümörü saptanıp tek seansta tam rezeke edilebilen sadece Gatto ve ark.nın<sup>[11]</sup> sunduğu tek taraflı renal onkositom, prostat adenokarsinomu ve mesanenin ürotelyal karsinomu (MÜK) olan olguya rastladık. Bizim olgumuz bu olgudan farklı olarak iki taraflı böbrek tümörü (berrak hücreli BHK), prostat adenokarsinomu ve MÜK olup tek seansta komplet olarak tedavi edilmiştir. Bu açıdan bakıldığında literatürde ilk olma özelliği taşımaktadır. Erken tanı konulabildiğinde ürogenital sistemde nadir görülen bu durum bizim yaptığımız gibi tek seansta başarılı bir şekilde tedavi edilebilir.

## Çıkar Çatışması

Yazar(lar) çıkar çatışması olmadığını bildirmişlerdir.

## Kaynaklar

1. Shikhani AH, Matanoski GM, Jones MM, Kashima HK, Johns ME. Multiple primary malignancies in head and neck cancer. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 1986;112(11):1172-9. [CrossRef]
2. Cancer in Norway 2001. Oslo: The Cancer Registry of

- Norway. Oslo: Institute of Population-Based Cancer Research, 2004.
3. Sato S, Shinohara N, Suzuki S, Harabayashi T, Koyanagi T. Multiple primary malignancies in Japanese patients with renal cell carcinoma. *Int J Urol* 2004;11(5):269-75.
  4. Kantor AF, McLaughlin JK, Curtis RE, Flannery JT, Fraumeni JF Jr. Risk of second malignancy after cancers of the renal parenchyma, renal pelvis, and ureter. *Cancer* 1986;58(5):1158-61. [\[CrossRef\]](#)
  5. Rabbani F, Grimaldi G, Russo P. Multiple primary malignancies in renal cell carcinoma. *J Urol* 1998;160(4):1255-9. [\[CrossRef\]](#)
  6. Czene K, Hemminki K. Kidney cancer in the Swedish Family Cancer Database: familial risks and second primary malignancies. *Kidney Int* 2002;61(5):1806-13.
  7. Tihan T, Filippa DA. Coexistence of renal cell carcinoma and malignant lymphoma. A causal relationship or coincidental occurrence? *Cancer* 1996;77(11):2325-31. [\[CrossRef\]](#)
  8. McDonald MW, Konnak JW. Simultaneous, contralateral hypernephroma and renal transitional cell carcinoma. *Urology* 1979;14(5):509-11. [\[CrossRef\]](#)
  9. Matas AJ, Simmons RL, Kjellstrand CM, Buselmeier TJ, Najarian JS. Increased incidence of malignancy during chronic renal failure. *Lancet* 1975;1(7912):883-6. [\[CrossRef\]](#)
  10. Cengiz K. Increased incidence of neoplasia in chronic renal failure (20-year experience). *Int Urol Nephrol* 2002;33(1):121-6. [\[CrossRef\]](#)
  11. Gatto A, Falvo L, Sebastiani S, Roncolini G, Pinna G. Triple synchronous tumours of the urinary system with different histologies: a case report. *Chir Ital* 2009;61(3):381-5.
  12. Conquy S, Steg A, Ferry M. Bilateral kidney cancer in a patient with Von Hippel-Lindau disease. [Article in French] *Ann Urol (Paris)* 1987;21(5):350-2. [\[Abstract\]](#)
  13. Warren S, Gates O. Multiple primary malignant tumors; a survey of the literature and statistical study. *Amer J Cancer* 1932;16:1358.
  14. Moertel CG, Dockerty MB, Baggenstoss AH. Multiple primary malignant neoplasms. I. Introduction and presentation of data. *Cancer* 1961;14:221-30. [\[CrossRef\]](#)
  15. Baccala A, Sercia L, Li J, Heston W, Zhou M. Expression of prostate-specific membrane antigen in tumor-associated neovasculature of renal neoplasms. *Urology* 2007;70(2):385-90. [\[CrossRef\]](#)
  16. Stamey TA, Freiha FS, McNeal JE, Redwine EA, Whittemore AS, Schmid HP. Localized prostate cancer. Relationship of tumor volume to clinical significance for treatment of prostate cancer. *Cancer* 1993;71:933-8.
  17. Rabbani F, Reuter VE, Katz J, Russo P. Second primary malignancies associated with renal cell carcinoma: influence of histologic type. *Urology* 2000;56(3):399-403.
  18. Boorjian SA, Crispen PL, Lohse CM, Leibovich BC, Blute ML. The impact of temporal presentation on clinical and pathological outcomes for patients with sporadic bilateral renal masses. *Eur Urol* 2008;54(4):855-63. [\[CrossRef\]](#)
  19. de la Taille A, Cao Y, Sawczuk IS, Nozemu T, d'Agati V, McKiernan JM, et al. Detection of prostate-specific membrane antigen expressing cells in blood obtained from renal cancer patients: a potential biomarker of vascular invasion. *Cancer Detect Prev* 2000;24(6):579-88.
  20. Bakshi N, Kunju LP, Giordano T, Shah RB. Expression of renal cell carcinoma antigen (RCC) in renal epithelial and nonrenal tumors: diagnostic Implications. *Appl Immunohistochem Mol Morphol* 2007;15(3):310-5. [\[CrossRef\]](#)