

**FRONTAL DURAYA YAPIŞIK, KEMİK LEZYONU İLE MÜTERAFİK
HİPERNEFROMA METASTAZI**
(Nadir görülen vak'a münasebeti ile) (*)

Dr. Yıldız Yalçınlar ()**

Primer hipernefromaların diğer dokulara, kemiklere metastazlarına anotomo-patoloji ile uğraşan hekim arkadaşlarımız sık rastlarlar ise de Nöroşirürji'de nadir rastlanır bir görünümdür. Daha açık bir tanımlama ile vak'amızda olduğu gibi patolojik anatomi laboratuvarının nöroşirürji'ye ışık tutması sonucu vak'aya isim koyulabilmiştir.

Vak'amız 44 yaşında H. Üzümcü; erkek, çiftçilikle uğraşan sağlam görünüşlü, 29.11.1974 tarihinde 3 aydan beri kafasının sol frontal bölgesinde yavaş yavaş büyüyen kitleden şikâyetçi olarak müracaat etti. Son zamanlarda şişliğin gözünün üstüne doğru sıkıntı vermesi doktora müracaatına sebep olmuş.

Öz ve soy geçmişinde kayda değer bir bulgu yok.

Muayenede: Patolojik nörolojik bulgu tesbit edilemeyen hastanın sol frontalinde el ayası cesametinde üstü normal cilt rengini ihtiva eden deri ile örtülü ve palpasyon ile cilt altında pinpon topu cidarı sertliği hissini veren yaygın kitle mevcut.

Çekilen grafilerde sol frontal bölgede sol sinüs frontalis cidarında içine alan çevresi gayri muntazam kemik defekti mevcut. İnternal tabula tamamen erimiş orta kısımda bulunmayan eksternal tabula çevrede incelmış. Sol orbita tavanını, sol frontal sinüsün lateral kısmını işgal eden tümöral teşekkül.

Laboratuvar bulgularında; kan sayımı, formülü, sedimantasyonu, sekeri normal hudutlarda, kanda asit fosfataz 3,3 K A Ü (normal: 3-4 KAÜ). alkali fosfataz 11,8 KAÜ (normal: 4-13) bulundu.

İdrar muayenesinde: Hafif albumin her sahada 8-10 lökosit, bol eritrosit, 1-2 epitel hücresi görüldü. Diğer sistem muayenelerinde ve kardiovasküler sistemde patoloji tesbit edilemeyen hastaya 3-12 - 1974 tarihinde sol a.karotis angiografisi yapıldı. Tümöral teşekkülün

(*) H. N. H. Nöroşirürji Klinik Şef: Ertuğrul Saltuk.

(**) H. N. H. Nöroşirürji Klinik Şef muavini.

serebral doku ile ilişkisi kontrol edildi. Angiografilerde tümöral dokunun eksternal korotis ile beslendiği ve serebral doku ile ilgili olmadığı görüldü.

9.12.1974 tarihinde sol frontalde kitle etrafında cilt flebi açılarak müdahale edildi. Cilt flebi açılırken orta kısımda cilt altı dokusu tümöral dokuya yapıştı, muz kabuğu şeklinde sıyrılabildi.

Tümör açık sarı renkte, lobüle, cidarda yuvarlak kitleler halinde, yumuşak kıvırdak sertliğinde, kenarlarda çevresindeki kemik dokusunun spongiozasi içine yerleşmiş durumda idi. Eksternal tabula ince kemik zarı şeklini almıştı. Cidar kemik dokusundan kolayca sıyrılan tümör dokusu alt yüzde dura'ya ayrılması imkânsız şekilde iltisaklı idi. Tümörün duradan sıyrılamayacağı görülerek tümör dura ile beraber çıkartıldı. Frontal kemik sinüsü içine büyümüş tümör parçaları alındıktan sonra açılan sinüs mükozası keterize edildi ve kapatıldı. Dura defekti sağlam cilt altı dokusu ile tamir edildi. Ayrıca tümcrün etrafındaki kemik dokusu da makroskopik olarak sağlam kısma kadar temizlendi.

Patolojik tetkik için gönderilen tümör parçasının incelenmesinde:

1 — Histolojik yapısı Hipernefromaya benzemektedir.

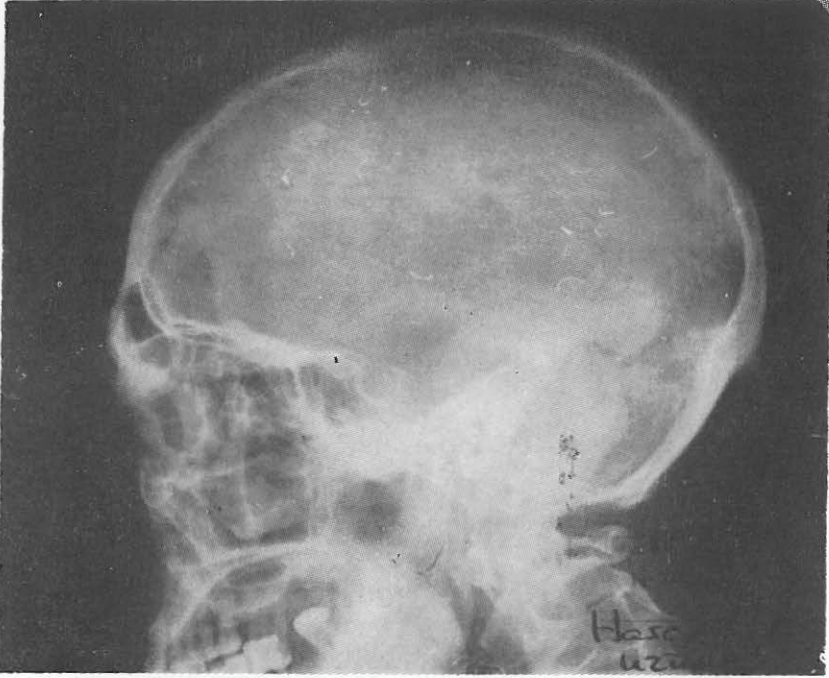
2 — Berrak hücreli karsinoma infiltrasyonu. Neticesi alındı.

İstanbul Tıp Fakültesi 13.1.1975

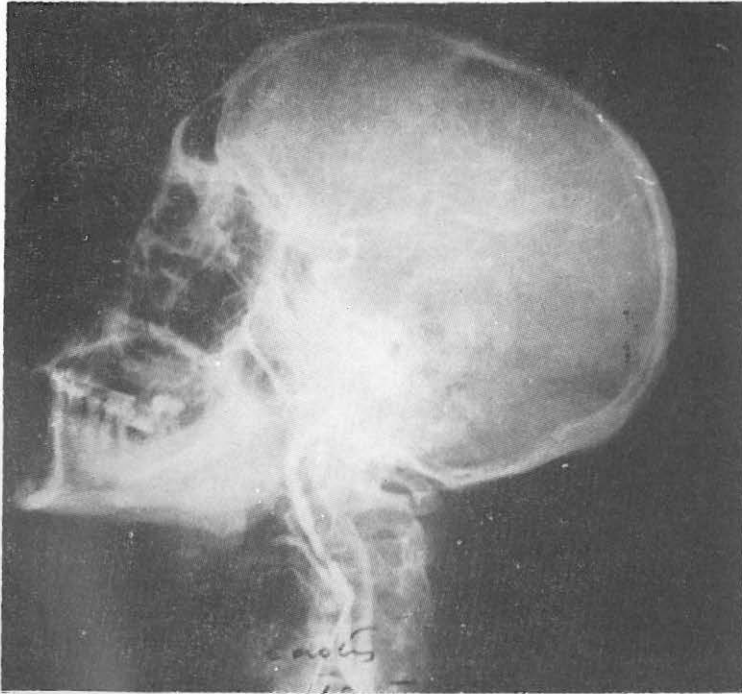
Genel durumu ve ameliyat sonrası iyi seyretmiş, evine gönderilmiş hasta bu bilgi üzerine servisimize tekrar yatırıldı. İsrarlı soruşturmalarla üç sene önce böbrek sancısı geçirdiğini, çok seyrek olarak bu bölgede ilaçlarla geçebilen ağrıları olduğunu ifade etti. Yapılan ürolojik muayene ve urografik tetkiklerde sol böbrekte, üst polde yer tutan lezyon tesbit edildi. Bu durumda daha önce yapılan idrar muayenelerinde bulunmuş olan bol eritrosit bulguları da kıymet kazanmış oluyor.

Hastaya ayrıca uzun kemiklerin grafik kontrolleri de yapıldı. Grafilerde ve klinik muayenede başka metastaz tesbit edilemeyen hastaya nefrektomi yapılması, primer odağın alınması teklif edildi. Hasta ameliyatı kabul etmediğinden haliyle hastahanedен çıktı.

Bilindiği gibi hipernefromalar böbreğin habis tümörlerindedir (1, 2, 3). Görülen CA türleri arasında % 1'ini teşkil ederler. Çoğunlukla yetişkinlerde görülürler (1-2). 7 yaşında çocukta görüldüğü tebliğ edilmiştir. (İstanbul Tıp Fakültesi patoloji kürsüsü patoloji toplantısı.). Cinsiyet olarak erkeklerde kadınlardan iki misli sık rastlanır (1).



Hastanın yan kafa grafisi (1)

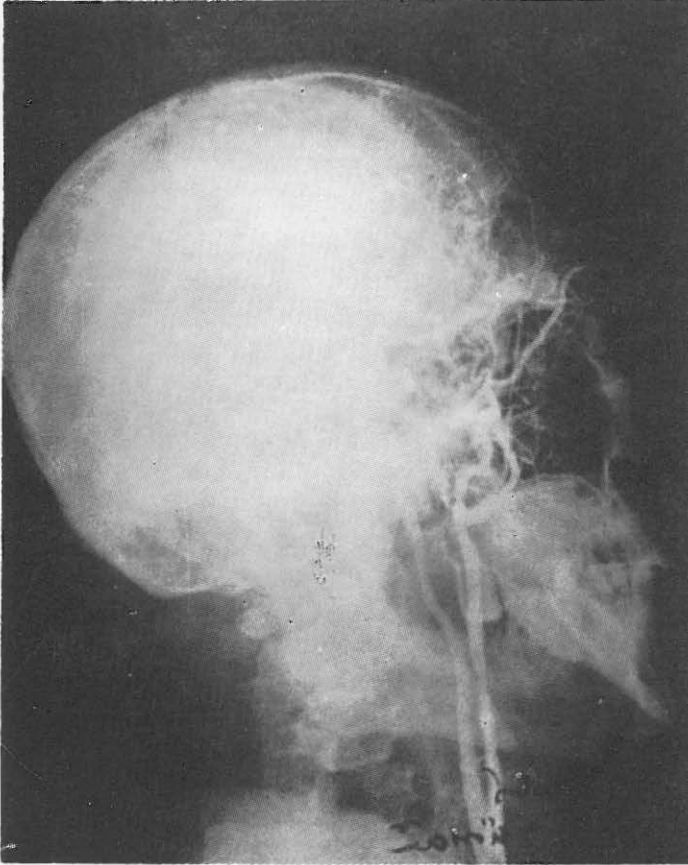


Cerebral yan karotis angiografisi (2)

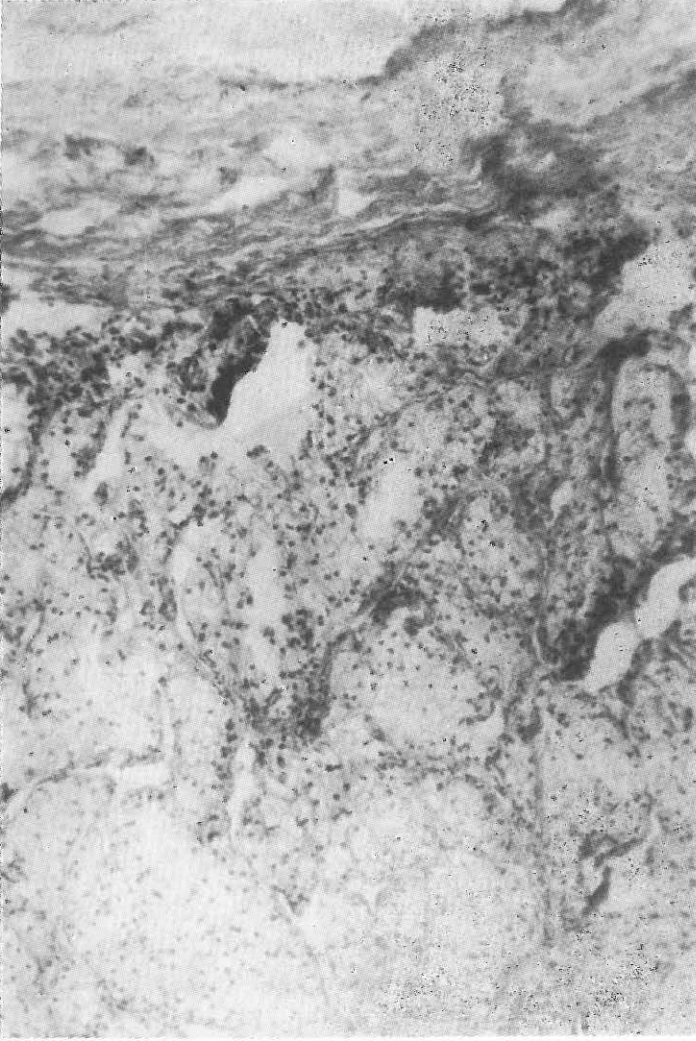
Klinik araz vermeden metastaz yapabilirler (1). Komsuluk, lenf ve kan yolu ile (1-2) vücudun muhtelif yerlerinde kolayca metastaz yaparlar. Akciğer ve kemik metastazları çoğunlukla görülür. Tümör parlak granüle hücreler ihtiva ederler (1-2-3). Makroskopik görünümü nödüler gri sarı renklidir. Genellikle tek taraf böbreği tutar ve yine istatistiklere göre sağda daha çok olduğu görülür (2).

Primer tümörün büyümesi aşikâr oluncaya kadar araz vermeyebilir (1-2). Üç santimetre çapına geldikten sonra metastaz yaptığı söylenir.

Vak'amız ilk görünüşte sadece frontal kemiğe ait bir patoloji intibamı vermişti. Çekilen kafa grafilerinde frontal kemikte defekt tesbit edilmiş. Yapılan a.Karotis angiografilerinde, tümöral teşekkülün kemiğe ait olup ekstra serebral olduğu neticesine varılmıştır. Hasta-



Karotis oblik angiografisi (3)



Alınan parçanın mikroskopisi (4)

nın genel durumunun iyi oluşu, nörolojik patolojik bulguların bulunmayışı başka şikâyetinin olmayışı sebebi ile patolojiyi lokal olarak çıkarttık. İdrar bulgusunda bulunan eritrositleri patolojinin teşhisinden sonra kıymet kazandığını yukarıda bahsettik. Patolojik tetkikten sonra yapılan uzun kemiklerin kontrolünde de üriner sistem muayenesinde sol böbrekte mevcut patoloji tesbit edildiğinde başka metastaz olmadığı görülerek primer odağın çıkarılması tavsiye edildi. Ancak hasta kabul etmediğinden 1-2 ay sonra kontrole gelmesi istenilerek çıkarılmıştı.

Hasta bir ay sonra geldiğinde, yapılan kontrolde, uzun kemiklerin grafik tetkiklerinde patoloji tesbit edilemedi. Laboratuvar bulgularının tekrarında idrarda her sahada 25-30 eritrosit ve albumin hafif miktarda devam etmekte idi. Hastanın subjektif şikâyetleri yoktu.

Vak'anın tartışılması: Hypernefroma metastazı patolojik anocmi laboratuvarının tetkikinden sonra konulan vak'ada; metastazın hangi dokuya ait olduğu düşünüldüğünde: Yukarıda geniş şekilde bahsedildiği gibi tümör kitlesi cilde iltisaklı olduğu yerden muz kabuğu sıyrılır gibi dermden ayrılabilmiştir. Ciltte komşuluk yolu ile iltisaklı olduğu aşikârdır. Ameliyattan sonra tümörün iltisaklı olduğu yerde ilk zamanlar parşömenize olan epiderm ve derm bilahare cildi korumak için haricen cilde sürülen ilaçlarla normal görünüm almıştır. Tümörün bulunduğu bölgede kemik dokusu erimiş, grafilirde de tesbit edildiği gibi defekt meydana gelmiştir. Tümörün çevresinde etrafını çevreleyen kemik dokusunun spongioza tabakası içine lobüle tümör dokusu, kolayca, spatül ucu ile ayrılacak şekilde yuvalanmış görüldüğünden tümörün kemik dokusuna ait metastaz olduğu şüpheli kabul edilmiştir. Bunun aksine tümör alt yüzde duraya avuç içi büyüklüğünde bir bölgede çok sıkı yapışık olduğundan ve ayrılamadığından dura ile beraber tümörü çıkartmak mecburiyetinde kalınmış ve istenilmediği halde cerebral doku yüzeyi açılmıştır. Bilahare bu bölgeye 8-6 cm çapındaki dura defektini kapatmak için sağlam cilt altı ile dura tamiri yapılmıştır. Yukarıda izah ettiğimiz duruma dayanarak şöyle bir neticeye varmış oluyoruz: Dura ve kemik her ikisi de mezensefial dokudan menşe almış olmalarına rağmen daha çok kemik metastazları şeklinde görülen ve kabul edilen hypernefroma metastazlarından ayrı olarak, vak'amızın dura metastazı olarak kabul edilebileceği kanaati hasıl olmuştur. Vak'anın bu yönden özellik kazandığı düşünülmektedir. Hastanemiz Üroloji servisinde: Hastaya bilahare nefrektomi yapılarak tümör çıkarılmıştır.

Özet

Hipernefroma metastazı takdim edilmiştir. Metastazın frontal bölgede dura ile ayrılamayacak şekilde ilgili olduğu ve kemik dokusundan kolayca iltisaksiz temizlenebildiği görülmüştür.

Bu sebepten vak'anın hipernefromanın dura metastazı olarak düşünülebileceği kanaati hasıl olmuştur.

Summary

A case of hypernephroma with metastasis is presented. The metastasis was closely attached to the dura mater and couldn't be separated from the dura, but could be removed from the bone tissue, without any attachment, easily.

For that reason, we concluded that the hypernephroma was the cause of metastasis.

LITERATURE

- 1 — Anderson, W.A.D.: Pathology, St Louis the C.V. Mosby. pag. 588-589 Company 1957.
- 2 — Peter A. Herbit, M.D.: Lea, Febiger -Philadelphia- 1959: pag. 1099-1103.
- 3 — Tumor humaines. Histologie diagnostic et techniques: 618-680, P. Masson 1956.