

Olgu Sunumu

Aynı Seansta Bilateral Parsiyel Nefrektomi Uygulanmış, Farklı Histolojili, Bilateral Eşzamanlı Böbrek Tümörü: Olgu Sunumu

Remzi Salar*, Binhan Kağan Aktaş*, Süleyman Bulut*, Cüneyt Özden*, Serra Kayaçetin**, Güven Erbay*, Ali Memiş*

Özet

Bilateral eşzamanlı renal hücreli karsinom nadir görülür. Bu vakalarda her iki böbrekteki histolojik tip genellikle aynıdır. Bu olgu sunumunda aynı seansta bilateral açık parsiyel nefrektomi uygulanmış, farklı histolojili, eş zamanlı bilateral böbrek tümörü olan bir vakayı sunduk ve tanı ile tedavisini güncel literatür eşliğinde değerlendirdik. Bu olguyu değerli yapan şey nadir görülmesinin yanında tek seansta her iki böbreğe de nefron koruyucu cerrahi girişim uygulanabilmiş olmasıdır.

Anahtar kelimeler: Renal hücreli karsinom, cerrahi, tedavi, nefrektomi

Renal hücreli karsinom (RHK), böbreğin en sık görülen kanseri olup erişkin kanserlerin yaklaşık %3'ünü oluşturur (1). Günümüzde radyolojik tanı yöntemlerinin kullanım sıklığının artışı rastlantısal saptanan küçük boyutlu (≤ 4 cm) renal kitlelerin saptanma oranını artırmıştır (2). Rastlantısal olarak saptanan küçük renal kitleler (KRK)'de nefron koruyucu cerrahi ya da diğer adıyla parsiyel nefrektomi (PN) uygun bir tedavi seçeneğidir. Parsiyel nefrektominin asıl endikasyonu radikal nefrektomi (RN)'nin hastayı anefrik bırakacağı bilateral böbrek tümörü ve soliter böbrekteki tümörlerdir. Bunun yanında bir böbrekte tümör varken diğer böbrekte renal arter darlığı, taş hastalığı gibi böbrek fonksiyonunu tehdit eden başka bir hastalığın varlığı da PN için göreceli endikasyon oluşturmaktadır (3). Rastlantısal olarak saptanan KRK'nin cerrahi tedavisinde, PN ile RN mukayese edildiğinde, PN'nin böbrek fonksiyonlarını koruması ve on yıllık takipte RN ile eşit onkolojik sonuçlara

ulaşabilmesi nedenleriyle, günümüzde PN standart cerrahi tedavi yöntem haline gelmiştir (4). Bu olgu sunumunda aynı seansta açık parsiyel nefrektomi uygulanmış, farklı histolojili, eş zamanlı bilateral böbrek tümürlü bir vakanın tanı ve tedavisi güncel literatür eşliğinde tartışıldı.

Olgu Sunumu

Elli dokuz yaşında erkek hasta, bir kez olan ağrısız hematüri şikâyetiyle Haziran 2013 tarihinde üroloji polikliniğimize başvurdu. Hastanın özgeçmişinde hipertansiyon nedeniyle ilaç kullanımı ve 20 paket/yıl sigara alışkanlığı bulunuyordu, soygeçmişinde ise özellik yoktu. Fizik muayenesi normaldi. Laboratuvar testlerinde rutin biyokimya ve kan sayımı değerleri normaldi. Akciğer ve direkt üriner sistem graflerinde patolojik bulgu izlenmedi. Abdominal ultrasonografi (USG)'de sağ böbrekte 4x4 cm boyutlarında solid kitle lezyonu saptanması üzerine çekilen abdominopelvik bilgisayarlı tomografi (BT)'de sağ böbrek orta kısımda kontrast tutulumu gösteren 4x4 cm boyutlarında (Resim 1a) ve sol böbrek üst polde ekzofitik uzanım gösteren 1,5x1 cm boyutlarında (Resim 1b) bilateral KRK lezyonları tespit edildi. Üreterler ve mesane normaldi. Bu bulgularla klinik ön tanı olarak bilateral lokalize RHK düşünülen hastaya aynı seansta açık bilateral PN operasyonu uygulandı. Operasyon sırasında böbrek fonksiyonlarını korumak için renal pediküller klempe edilmedi. Per-operatif kanama miktarı yaklaşık 300 ml idi. Post-operatif (post-op) biyokimya ve kan sayımı değerleri normaldi.

Bu olgu sunumu aşağıdaki kurumda tedavi edilmiş bir hastaya aittir.

*Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği

**Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği

Yazışma Adresi: Op. Dr. Binhan Kağan Aktaş
Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, Ülkü Mahallesi, Talatpaşa Bulvarı, No: 5, Altındağ /Ankara/ TÜRKİYE
Tel: 0505 232 10 93
Faks: 0312 311 11 21
E-posta: kaanaktas73@hotmail.com
Makalenin Geliş Tarihi: 12.05.2014
Makalenin Kabul Tarihi: 01.09.2014

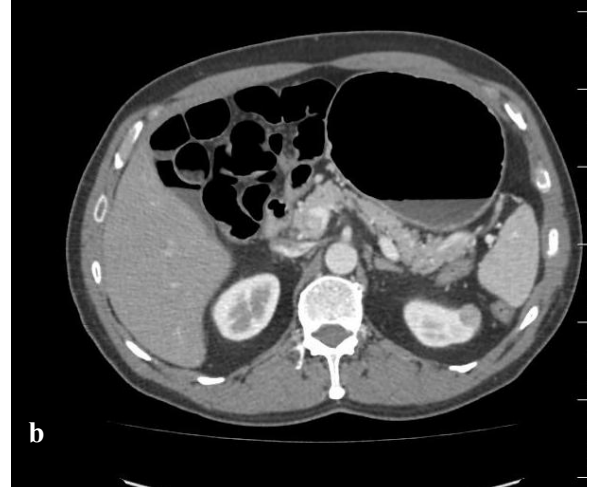
Patolojik inceleme raporunda sağ PN materyali şeffaf hücreli RHK, Fuhrman nükleer derece 2, cerrahi sınır negatif (Resim 2a); sol PN materyali ise papiller RHK, Fuhrman derece 2, cerrahi sınır negatif olarak rapor edildi (Resim 2b). Abdominopelvik BT ile takip edilen hastanın post-op 10. ayında lokal nüksü veya uzak metastazı yoktu.

Tartışma

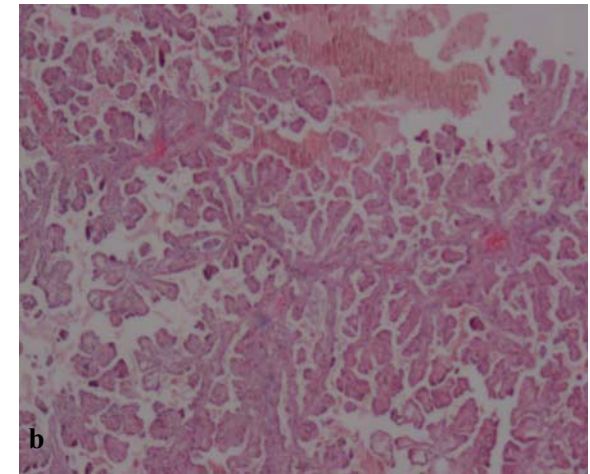
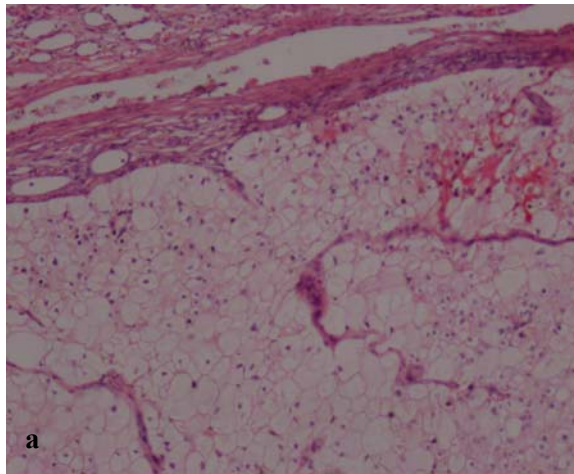
Renal hücreli karsinomların %1-5'i bilateral olup sporadik bilateral senkronize RHK'ler farklı bir alt grubu oluştururlar. Bilateral senkronize RHK'li hastalarda uygulanacak cerrahi yaklaşım genellikle tümörlerin sayısı, lokalizasyon ve büyüklüğüne bağlıdır. Bu vakalarda daha küçük boyutlu tümörü olan böbreğe önce PN ve 6 hafta sonra daha büyük tümörlü karşı böbreğe RN

operasyonlarını içeren cerrahi yaklaşım uygulanabilir. Bu yaklaşım PN sonrası olası akut renal yetmezliğin iyileşmesine olanak sağlar (5). Alternatif olarak önce RN, sonrasında da PN yapılabilir. Bu yaklaşımın avantajı potansiyel olarak daha agresif tümörün hemen tedavi edilmesi ve daha büyük boyutlu renal tümörün patolojik özelliklerine göre prognozun değerlendirilmesine olanak sağlamasıdır. Diğer bir alternatif yaklaşım ise bizim vakamızdaki gibi her iki cerrahi prosedürün aynı seansta yapılmasıdır (6). Parsiyel nefrektomi veya RN laparoskopik olarak da yapılabilir.

Patel ve ark. (7) bilateral sporadik renal tümörlü 46 hastayı değerlendikleri çalışmada bilateral malign hastalık bulunma oranını %95, bilateral benign hastalık bulunma oranını ise %65 olarak tespit etmişlerdir. Bununla



Resim 1. a. Sağ böbrek orta kısımda kontrast tutulumu gösteren 4x4 cm boyutlarında kitle lezyonu; b. Sol böbrek üst polde egzofitik uzanım gösteren 1.5x1 cm boyutlarında kitle.



Resim 2. a. Küçük nükleuslu, lipid veya glikojen içeren şeffaf sitoplazmalı RHK (HEx100); b. Fibrovasküler korlar etrafında eozinofilik hücrelerin oluşturduğu papiller yapılar (HEx100). RHK, renal hücreli karsinom; HE, hematoxilen eozin.

birlikte bu çalışmaya dâhil edilen bilateral RHK'li hastaların 13'ünde tümörler senkronize değildir. Blute ve ark. (8) bilateral senkronize renal tümörlü 94 hastayı değerlendirdikleri çalışmada bu oranları daha düşük olarak tespit etmiş olup, bilateral malign hastalık için %84, bilateral benign hastalık için ise %39 olarak rapor etmişlerdir. Bilateral renal tümörlerde en yaygın histolojik alt tip şeffaf hücreli RHK'dir. Bilateral senkronize renal tümörlerde aynı histolojik tipte olma oranı %89-93 olarak rapor edilmiştir (9).

Bilateral RHK'li hastalarda uygulanan cerrahi yaklaşımlar için uzun dönemde renal fonksiyonların korunması ve onkolojik etkinlik çok önemlidir. Pahernik ve ark. (5) bilateral RHK'li hastalarda renal fonksiyonların korunmasında bilateral PN'nin, tek taraflı PN ile birlikte karşı tarafa RN'den daha etkili olduğunu bildirmiştir. Pre-operatif hasta özellikleri ile birlikte sıcak iske mi zamanı da post-op renal fonksiyonlar açısından önemlidir. Klasik olarak böbrekte kalıcı hasar yapmadan çalışılabilecek maksimum sıcak iske mi zamanı 30 dk olarak bilinir (10). Ancak Thompson ve ark.'nın (11) çok merkezli geniş serisinde bu sürenin maksimum 20 dk olması gerektiği bildirilmekte ve bu sürenin altında olsa dahi her bir iskemik dakikanın zarar verici olduğu vurgulanmaktadır. Parsiyel nefrektomide iskeminin olumsuz etkisi, böbreğin soğutulması ile kısmen de olsa telafi edilmektedir. Ancak yine de bizim olgumuzdaki gibi soğuk ya da sıcak renal iske mi yapılmadan (sıfır iske mi) uygulanan PN teknikleri ilgi uyandırmaktadır (12). Bilateral senkronize sporadik RHK'li hastalarda 5 yıllık lokal rekürrensiz yaşam oranı %91,3 olarak rapor edilmiştir. Bilateral senkronize sporadik RHK'li hastaların onkolojik sonuçları unilateral RHK'li hastalarınkiler ile karşılaştırıldığında, lokal rekürrensiz kanser spesifik sağkalım oranları bakımından istatistiksel olarak fark olmadığı görülmüştür (6).

Sonuç olarak bilateral senkronize, özellikle farklı histolojili RHK'ler nadir görülür. Bu vakalarda uygulanacak cerrahi yaklaşım 6 hafta ara ile yapılabileceği gibi bizim vakamızdaki gibi tek operasyonda da yapılabilir.

Bilateral Synchronous Renal Tumors of Different Histology Treated By Partial Nephrectomy within One Session: A Case Report

Abstract

Bilateral synchronous renal cell carcinoma is rare. In these cases, histological type is usually the same in

both kidneys. In this case report, we present a case of synchronous bilateral renal cell carcinoma with different histology treated by bilateral open partial nephrectomy within the same session and discuss its diagnosis and treatment in the light of current literature. What makes this case noteworthy, apart from its rarity, is that both kidneys could be treated with nephron sparing surgery within one session.

Key words: Renal cell carcinoma; surgery; treatment; nephrectomy

Kaynaklar

1. Gökçe A, Çamlıyurt L, Ekmekçioğlu O. Bilateral renal hücreli karsinom: Olgu sunumu. Erciyes Tıp Dergisi 2008; 30(3):201-204.
2. Hollingsworth JM, Miller DC, Daignault S, Hollenbeck BK. Rising incidence of small renal masses: A need to reassess treatment effect. J Natl Cancer Inst 2006; 98(18):1331-1334.
3. Tüfek İ, Akpınar H. Parsiyel nefrektomi. Kime hangi cerrahi yaklaşım? Üroonkoloji Bülteni 2010; 3:21-26.
4. Ljungberg B, Cowan N, Hanbury DC, Hora M, Kuczyk MA, Merseburger AS, et al. European Association of Urology Guideline Group. EAU guidelines on renal carcinoma: the 2010 update. Eur Urol 2010; 58(3):398-406.
5. Pahernik S, Cudovic D, Roos F, Melchior SW, Thüroff JW. Bilateral synchronous sporadic renal cell carcinoma: surgical management, oncological and functional outcomes. BJU Int 2007; 100(1):26-29.
6. Klatte T, Wunderlich H, Patard JJ, Kleid MD, Lam JS, Junker K, et al. Clinicopathological features and prognosis of synchronous bilateral renal cell carcinoma: an international multicentre experience. BJU Int 2007; 100(1):21-25.
7. Patel MI, Simmons R, Kattan MW, Motzer RJ, Reuter VE, Russo P. Long-term follow-up of bilateral sporadic renal tumors. Urology 2003; 61(5):921-925.
8. Blute ML, Amling CL, Bryant SC, Zincke H. Management and extended outcome of patients with synchronous bilateral solid renal neoplasms in the absence of von Hippel-Lindau disease. Mayo Clin Proc 2000; 75(10):1020-1026.
9. Rothman J, Crispin PL, Wong YN, Al-Saleem T, Fox E, Uzzo RG. Pathologic concordance of sporadic synchronous bilateral renal masses. Urology 2008; 72:138-142.
10. Margreiter M, Marberger M. Current status of open partial nephrectomy. Curr Opin Urol 2010; 20(5):361-364.
11. Thompson RH, Frank I, Lohse CM, Saad IR, Fergany A, Zincke H, et al. The impact of ischemia time during open nephron sparing

- surgery on solitary kidneys: a multi-institutional study. J Urol 2007; 177(2):471-476.
12. Simone G, Ferriero M, Papalia R, Costantini M, Guaglianone S, Gallucci M. Zero-ischemia minimally invasive partial nephrectomy. Curr Urol Rep 2013; 14(5):465-470.