

Metastazi nedeniyle teşhis edilen asemptomatik dev renal kitle: Olgu sunumu

The asymptomatic giant renal mass diagnosed due to its metastasis: Case report

Ramazan Altıntaş, Fatih Oğuz, Cemal Taşdemir, Ali Beytur, Serhan Çimen, Ali Güneş

ÖZET

Renal Hücreli Kanseri genitoüriner sistemin en sık görülen malignitelerinden biridir ve yüksek mortalite oranlarına sahiptir. Hastaların %10-15' i asemptomatiktir ve başka hastalıkların araştırılması için yapılan görüntüleme yöntemleri ile tesadüfen tespit edilmektedir. Metastazları en sık akciğer, kemik veya karaciğere olmaktadır. Bu makalede görüntüleme teknikleri neticesinde 18 cm'ye ulaşan boyutta retroperitoneal kistik kitlesi olan 64 yaşındaki erkek hasta sunulmaktadır.

Anahtar kelimeler: Metastaz, asemptomatik, dev, renal kitle

GİRİŞ

Renal kanserler, ürogenital kanserler içinde görülme sıklığı olarak prostat ve mesane kanserinden sonra 3. sırada yer almaktadır [1]. Böbrek tümörlerinin en sık klinik belirtisi olguların %56-98' inde görülen hematüridir. İkinci en sık belirti ise yan ağrısıdır ve olguların %30 kadarında gözlemlenmektedir. Hastaların çok azı metastatik hastalık semptomları olan karında kitle, kilo kaybı, iştahsızlık ve kemik ağrısı ile başvururlar. Hastaların %10-15'inin ise asemptomatik olduğu ve başka hastalıklar nedeniyle yapılan görüntüleme yöntemleri sırasında tümörün tesadüfen tespit edildiği bildirilmektedir [2-5]. Üriner sistem semptomu olmayan, metastazların neden olduğu şikayetleri ile başvuran ve görüntüleme yöntemleri ile tespit edilen dev böbrek kitlesi olgusu sunuldu.

OLGU

Altmış dört yaşında erkek hastaya, 4 ay önce başlayan sırt ağrısı ve öksürük şikayeti ile başvurduğu göğüs hastalıkları polikliniği tarafından yapılan

ABSTRACT

Renal cell carcinoma (RCC) is one of the most frequent malignancies of the genitourinary tract and has high mortality rates. Ten to fifteen percent of the patients are asymptomatic and it is incidentally detected by the imaging methods done for the investigation of other diseases. Metastasis is most frequently to the lungs, bone or liver. In this article, we presented to 64 year-old male patient, who had a retroperitoneal cystic mass reaching up to 18 cm in size according to imaging techniques. *J Clin Exp Invest* 2013; 4 (4): 535-537

Key words: Metastasis, asymptomatic, giant, renal mass

radyolojik tetkikler sonrası, her iki akciğer üst lobda kitle tespit edilmesi üzerine, bronkoskopik biyopsi yapılmış. Bronkoskopik biyopsi patolojisinin küçük hücreli dışı az diferansiye karsinom olarak rapor edilmesi üzerine ileri tarama testleri yapılmış. Yapılan radyolojik tetkiklerinde (BT ve MRI); sol böbrek üst orta zon posterior kesimden, anterior süperiora diafram altına uzanan 16x13x18 cm boyutta içerisinde yer yer kistik nekrotik alanlar bulunan, periferik ağırlıklı heterojen kontrastlanma gösteren lobüle konturlu solid yer kaplayıcı lezyon tespit edilmiş ve hasta kliniğimize sevk edilmiş (Resim 1, 2). Muayenesi ve laboratuvar değerlendirmesinde herhangi bir patoloji tespit edilmedi. Bu radyolojik bulgu malignite lehine değerlendirildi ve hastaya kliniğimizde sol radikal nefrektomi operasyonu yapıldı. Operasyon esnasında kemik pelvis ile diafragma arasını tama yakın dolduran ve çevre dokulara yapışık olduğu görülen ~3,5 kg ağırlığındaki kitle çıkarıldı (Resim 3). Ameliyat sonrası herhangi bir problemle karşılaşmadı ve hasta gerekli tedavisini takiben taburcu edildi. Nefrektomi patolojisi papiller renal hücreli karsinom olarak bildirildi.

İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı, Malatya, Türkiye

Correspondence: Ramazan Altıntaş,

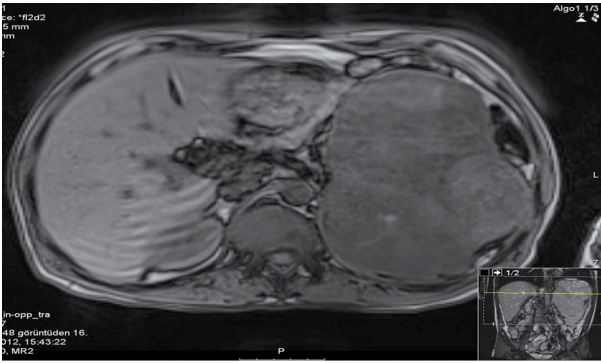
İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Kliniği Malatya, Türkiye Email: ramazan.altintas@inonu.edu.tr

Received: 07.05.2013, Accepted: 16.05.2013

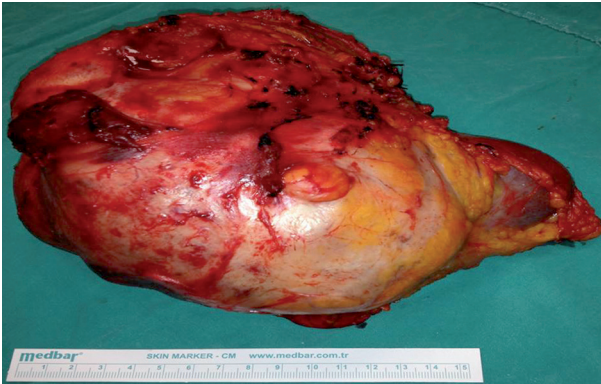
Copyright © JCEI / Journal of Clinical and Experimental Investigations 2013, All rights reserved



Resim 1. Dev renal kitlenin preoperatif Bilgisayarlı Tomografi görünümü



Resim 2. Dev renal kitlenin preoperatif Manyetik Rezonans görünümü



Resim 3. Operasyonda çıkarılan dev renal kitlenin makroskopik görünümü

TARTIŞMA

Böbrek tümörleri en çok 5 ve 6. dekada ortaya çıkmaktadır. Erkeklerde daha sık görülürken E/K oranı 3:2 dir [6]. En fazla suçlanan etyolojik ajan tütün kullanımıdır [7]. Olguların 1/3 ünde tanı anında uzak organ metastazı mevcuttur [8]. Böbrek tümörleri nadiren solunum sistemi yakınmaları ön planda olan semptom ve klinik özellikler gösterebilir. Üriner

sistem semptomları dışında en sık ateş ve polisitemi görülmektedir. Böbrek tümörlü olguların %40'ında hipertansiyon mevcuttur [9]. Bizim olgumuzda hipertansiyon ve ateş saptanmadı, tam kan sayımı normal sınırlarda bulundu.

Tanı sırasında hastaların %30'unda uzak organ yayılımı vardır [10,11]. Tanı anında metastazı olan olguların prognozları oldukça kötüdür. Böbrek hücreli karsinomlu hastalarda metastazın olduğu organlar akciğer (%50-60), kemik (%30-40), karaciğer (%30-40) ve beyindir (%5) [12]. Son zamanlarda radyolojik görüntüleme tekniklerindeki gelişmenin de etkisiyle saptanan böbrek kitlelerinin sayısındaki artışa paralel olarak böbrek tümörlerinin insidansı da artmıştır. Bu kitlelerin büyük çoğunluğu malign olup tanı için radyolojik görüntüleme yöntemleri (Ultrasonografi, Kontrastlı CT ve MRI) yeterli kabul edilmekte ve nefrektomi standart tedavi olarak kalmaktadır [13].

Nadir de olsa bazı olgularda primer tümör sessiz kalabilir ve metastazların oluşturduğu semptomlar sonucu saptanabilir. Metastatik böbrek tümörlü olgularda 5 yıllık sağ kalımın %0-20 oranında olduğu bildirilmektedir [14,15].

Sonuç olarak, akciğer metastazı bulgularıyla gelen hastalarda primer odak araştırılmasında böbrekler de öncelikli düşünülmesi gereken organlar arasında olmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Jemal A, Siegel R, Ward E et al. Cancer statistics, 2006. *CA Cancer J Clin.* 2006;56:106-130.
2. Resseque LT, Nobrega FT, Farrow GM et al. Epidemiology of renal and ureteral cancer in Rochester, Minnesota, 1950-1974, with special reference to clinical and pathologic features. *Mayo Clin Proc* 1978;53:503-510.
3. Raabe NK, Fossa SD, Bjerkehagen B et al. Carcinoma of the renal pelvis. *Scand J Urol Nephrol* 1992;26:357-361.
4. Guinan P, Vogelzang NJ, Randazzo R, et al. Renal pelvic cancer: A review of 611 patients treated in Illinois 1975-1985. *Urology* 1992;40:393-399.
5. Murphy DM, Zincke H, Furlow WL et al. Management of high grade transitional cell cancer of the upper urinary tract. *J Urol* 1981;125:25-29.
6. Landis SH, Murray T, Bolden S, Wingo PA. Cancer statistics, 1999. *CA Cancer J Clin.* 1999;49:8-31.
7. Hunt JD, Van der Hel OL, McMillan GP, et al. Renal cell carcinoma in relation to cigarette smoking: meta analysis of 24 studies. *Int J Cancer*, 2005;114:101-108.
8. Middleton RG. Surgery for metastatic renal cell carcinoma. *Semin Urol* 1967;97: 973-977.

9. Sufrin G, Chasan S, Golio A, Murphy GP. Paraneoplastic and serologic syndromes of renal adenokarcinoma. *Semin Urol* 1989;7:158-171.
10. Golimbu M, Joshi P, Sperber A, Tessler A, Al-Askari S, Morales P. Renal cell carcinoma: survival and prognostic factors. *Urology* 1986;27:291-301.
11. Motzer RJ, Bander NH, Nanus DM. Renal-cell carcinoma. *N Engl J Med* 1996;335:865-875.
12. Ritchie AW, Chisholm GD. The natural history of renal carcinoma. *Semin Oncol* 1983;10:390-400.
13. Hatipoglu N.K, Penbegül N, Soylemez H, et al. Urological laparoscopic surgery: Our experience of first 100 cases in Dicle University. *J Clin Exp Invest* 2012;3:44-48.
14. Jayson M, Sanders H. Increased of serendipitously dicovered renal cell carcinoma. *Urology* 1994;51:203-205.
15. Bassil B, Dosoretz DE, Prout GR Jr. Validation of the tumor, nodes and the metastatic clasification of renal cell carcinoma. *J Urol* 1985;134:450-455.