

BÖBREK PELVİSİ PRİMER ADENOKARSİNOMU: OLGU SUNUMU PRIMARY ADENOCARCINOMA OF RENAL PELVIS: A CASE REPORT

Nusret AKPOLAT*, Orhan YALÇIN**, Özgen ARSLAN SOLMAZ*

* Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı, ELAZIĞ

** Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı, ELAZIĞ

ABSTRACT

Introduction: Primary adenocarcinomas of the renal pelvis constitute one percent of all renal malignancies. It was reported that these carcinomas arise from Bellini ducti, embryonic remnants, and transitional cells of the pelvis.

Materials and Methods: Left nephrectomy was performed in a 72 years old male patient. A 6.5x4.5x4 cm size tumor settled to renal pelvis was found and primary adenocarcinoma of the renal pelvis was diagnosed.

Conclusion: The differential diagnosis of the primary adenocarcinoma of the renal pelvis is important because of the frequent metastasis of the other organ adenocarcinomas to the kidney.

Key words: Renal Pelvis Adenocarcinoma, Kidney, Metastasis

ÖZET

Böbrek pelvisinin primer adenokarsinomları, tüm böbrek karsinomlarının %1'ini oluşturur. Bu karsinomların Bellini duktusları, embriyonel artıklar ve pelvisin transizyonel hücrelerinden köken aldığı bildirilmiştir.

72 yaşındaki erkek hastaya sol nefrektomi operasyonu uygulandı. 6,5x4,5x4 cm ölçülerinde böbrek pelvisine yerleşmiş tümör saptandı ve böbrek pelvisinin primer adenokarsinomu tanısı kondu.

Diğer organ adenokarsinomları böbreğe sık metastaz yaptığı için, bunlar ile ayırıcı tanıya gidilmeden böbrek pelvisinin adenokarsinomu tanısı verilmemelidir.

Anahtar Kelimeler: Böbrek Pelvisi Adenokarsinomu, Böbrek, Metastaz

GİRİŞ

İlk olarak 1901 yılında Grohe tarafından tanımlanan böbrek pelvisinin adenokarsinomu (BPA), genitoüriner sistemin nadir neoplazmları arasındadır^{1,2}. Böbrek pelvisi primer malin tümörlerinin %1'ini oluşturur³. BPA'ların histogenetik orijininin Bellini duktusları, embriyonel artıklar ve transforme olmuş böbrek pelvisinin transizyonel hücrelerinden kaynaklandığı öne sürülmektedir⁴.

Nadir görülen bir tümör olması nedeniyle, bu tümörlerin morfolojik özelliklerini ve böbreğin sekonder adenokarsinomlarından ayırıcı tanı kriterlerini literatür eşliğinde tartışmayı amaçladık.

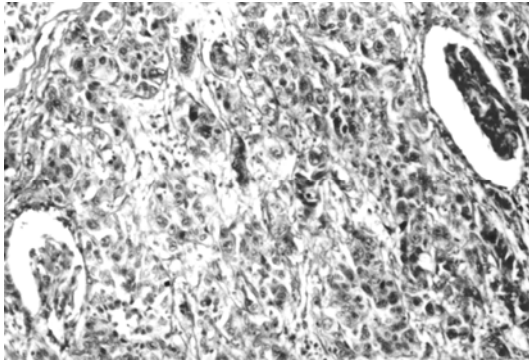
OLGU SUNUMU

İki aydır devam eden halsizlik, yorgunluk, ateş ve öksürük şikayetleri ile Elazığ Devlet Hastanesi Göğüs Hastalıkları Polikliniği'ne başvuran 72 yaşındaki erkek hasta, yapılan muayene ve tetkikleri sonucunda Nisan 2002 tarihinde Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı'na sevk edildi. Üroloji kliniğinde yapılan ultra-

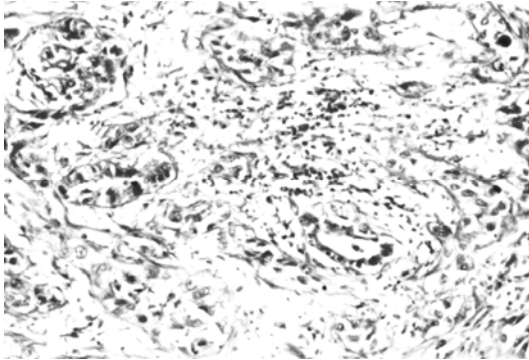
son sonucunda sol böbrek pelvisinde nonhomogen, yer yer hipoekoik, 41x45 mm boyutlarında semisolid kitle izlendi. Ayrıca sol böbrek hilusunda 36x48 mm boyutunda lenfadenopati saptandı. Bilgisayarlı tomografide sol böbrek pelvisinde lokalize, üst pole uzanan ve perikap-süller yağ plağını kısmen invaze eden, kontrast tutmayan hafif hipodens, diffüz, infiltratif tümöral kitle görüldü. Bu bulgular ile hastaya sol nefrektomi uygulandı. Ameliyat öncesi, çevre dokulara yapışıklık gösteren sol böbrek hilusunda, aorta abdominalise komşu, yaklaşık 3 cm çapında bir lenf nodu izlendi.

Makroskobik incelemede, 14x8x6 cm ölçülerinde çevre yağ dokusu ile birlikte gönderilmiş sol nefrektomi materyalinde, böbrek pelvisinden başlayıp böbrek üst pole uzanan 6,5x4,5x4 cm ebatlarında normal böbrek dokusundan düzensiz sınırlarla ayrılmış, sarı pembe renkli, yer yer kanama alanları ve miksoid yapılar içeren tümöral doku izlendi. Tümör böbrek kapsülünü aşarak böbrek pelvisi yağ dokusu içine infiltre olmuş, ancak Gerota fasiasını aşmamıştı.

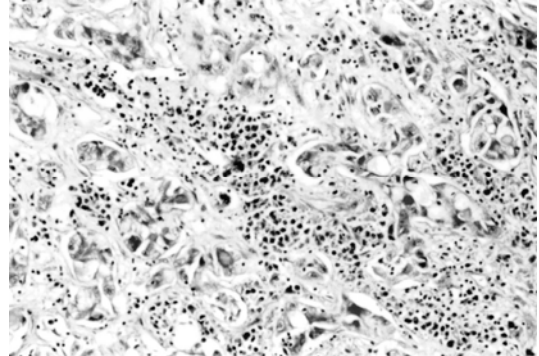
Mikroskopik incelemede, tümörün geniş nekroz alanları içerdiği, baskın olarak solid gruplar ve kordonsal dizilimler yaptığı ve bazı alanlarda adenoid yapılar oluşturduğu görüldü. Tümörün çevre böbrek dokusu içine doğru infiltrasyonlar gösterdiği ve tümöre karşı oluşan lenfositik konak cevabın bazı alanlarda belirgin olduğu gözlemlendi (Resim 1, 2). Tümörü oluşturan hücreler, pleomorfik, kaba kromatinli, veziküle nükleuslu, belirgin nükleollü, geniş eozinofilik sitoplazmalı ve bazılarının sitoplazmalarında münisin vakoulleri izlenmekte idi. Tümördeki mitoz sayısı 5 adet/10 BBA olarak sayıldı. Damar ve üreteriyal cerrahi sınırlarda tümöre rastlanmadı. Tümör hücreler, immünohistokimyasal olarak böbrek hücreli karsinom markırı ile boyanmazken, pansitokeratin (AE1/E3) ile diffüz boyandığı saptandı. Müsikaşmin ile yapılan histokimyasal boyamada çok sayıda intrastoplazmik ve luminal münisin pozitifliği görüldü (Resim 3). Olgu bu bulgular ile az diferansiye adenokarsinom olarak rapor edildi.



Resim 1. Solid gruplar oluşturan ve glomerülleri arada hapseden az diferansiye tümörün, belli belirsiz adenoid yapılar oluşturduğu görülmektedir (H&E, x100)



Resim 2. Belirgin desmoplazia içerisinde adenoid yapılar oluşturan tümör hücreleri ve bunlar çevresinde lenfositik iltihabi infiltrasyon görülmektedir (H&E, x100).



Resim 3. Tümörde yaygın sitoplazmik münisin pozitifliği görülmektedir (Mucicarmen, x 200)

Ameliyat sonrası herhangi bir komplikasyon gelişmeyen hasta, taburcu edildi. Daha sonra gelişen akciğer ve karaciğer metastazları sonucu, hasta ameliyat sonrası 3. ayda öldü.

TARTIŞMA

BPA, primer böbrek tümörlerinin %1'ini oluştururlar. Rapor edilen vakaların çoğunda hastalar 50 yaşın üstünde, çok az bir bölümünde ise 40 yaşın altındadır. Yapılan çalışmalarda cinsiyet ile prevalans arasında bir ilişki saptanmamıştır⁶. Hastalar genellikle geçmeyen yan ağrısı, hematüri, kusma ve halsizlik gibi nonspesifik şikayetler ile doktora başvururlar⁷.

BPA'larının genellikle glandüler metaplazi, intestinal metaplazi, uzun süreli taş irritasyon ya da kronik inflamasyon ile ilişkili olduğu bilinmektedir^{2,4}. Ward ve arkadaşları yaptıkları bir çalışmada mesanenin nonurakal adenokarsinomları ile BPA'larının kökeni arasında bir bağlantı olduğunu ileri sürmüşlerdir⁴.

Böbrek pelvisinden köken alan tümör makroskopik olarak, daha çok böbrek pelvisinde yerleşen gri beyaz pembe renkli, böbrek parankimine düzensiz plaklar şeklinde infiltre olmuş, böbrek korteksi tarafından ince bir rim şeklinde sarılmıştır. Yer yer münisin içeriği dikkati çekerken yer yer de hemoraji ve nekroz alanları görülür^{5,8}.

Histolojik incelemede, RPA; hafif pleomorfizm gösteren veziküle nükleuslu, kaba kromatinli, nükleol belirginliği ve stoplazmasında münisin bulunan tek katlı prizmatik hücrelerin oluşturduğu adenoid yapılar ve solid alanlar oluştururlar. Mitoz görülebilmekle beraber, çok sayıda ve atipik nitelikte değildir. İnvazyon fokaldır. İnvaz-

yon alanlarında müsin içeren malin glandüler epitel hücreleri ile taşlı yüzük hücreleri görülür^{4,8}. Üretilen müsin glikoprotein ve inorganik demir içerir⁵. Tümör, papiller, glandüler-papiller yada taşlı yüzük hücreli paternler gösterir^{2,4-7}. Vakamız, az diferansiye olduğundan, daha çok solid alanlar ve tek hücre invazyonları şeklinde olup az sayıda glandüler yapılar oluşturmaktaydı.

RPA'nın, papiller yapı içerir;

1) Papiller böbrek hücreli karsinom,

2) Toplayıcı kanal karsinomları

3) Nefrojenik adenom ile ayırıcı tanısı yapılmalıdır.

Papiller böbrek hücreli karsinom sıklıkla parankim içinde hemoraji ve nekroz alanları bulunan, berrak yada granüler sitoplazmalı, sitoplazmaları lipit içeren, hiperkromatik nükleuslu hücrelerin oluşturduğu iyi sınırlı tümörlerdir. Adenokarsinomlar ise sitoplazmalarında müsin bulunduran, nükleusları ortada yerleşmiş, veziküle nükleuslu hücrelere sahip infiltratif paterne sahip tümörlerdir. Toplayıcı kanal karsinomları, adenokarsinomların aksine medüller yerleşimlidir ve kaliksler ile parankim içine infiltrasyon gösterirler⁸. Nefrojenik adenom ise genellikle mesanede oluşur ancak böbrek pelvisinde de bulunabilir. Mukoza ve lamina propria içinde, böbrek tubulus epitelisi ile döşeli papillalar yada basit tubul yapıları oluştururlar. Bu lezyonlar metaplazik odaklar içerir ancak gerçek neoplazmlar değildir^{7,8}.

Ayrıca primer BPA'larının, metastatik adenokarsinomlar ile ayırıcı tanısının yapılması gerekir. Böbreğin metastatik adenokarsinomları genellikle böbrek parankimi içinde ve çok sayıda odaklar halinde görülürken primer adenokarsinomlar, pelviste yerleşen soliter lezyonlardır. Böbreğe metastaz yapan adenokarsinomların primer odağı sıklıkla gastrointestinal sistem ve akciğerdir. Primer BPA tanısı konmadan önce, öncelikle bu iki lokalizasyon olmak üzere, radyolojik ve endoskopik olarak hastanın primer tümör odağı açısından taranması ve primer odağın olup olmadığı tespit edilmelidir⁹. Bizim olgumuzda da yapılan radyolojik ve endoskopik incelemelerde, başka bir tümör odağına rastlanmadı.

Tümörün prognozu kötüdür. Nefrektomi sonrası rapor edilen en uzun yaşam süresi 10 yıldır. Vakaların %60-70'inde cerrahi sonrası ilk 2-

5 yıl içinde ölüm görülmektedir. Lokal yayılım, uzak lenf nodu metastazı, akciğer ve karaciğer metastazı görülebilir². Bizim olgumuzda da ameliyat sonrası 3. ayda akciğer ve karaciğer metastazı sonucu hasta kaybedildi. Yapılan bir çalışmada vakalardan sadece bir tanesinde karşı böbreğe metastaz bildirilmiştir¹⁰.

BPA'ları için, cerrahi tedavi tek küratif metottur. Adjuvan kemoterapi ve radyoterapinin ameliyat sonrası uygulanabilir olduğu ancak prognoza etki açısından anlamlı bir fayda sağlamadığı bildirilmektedir².

Sonuç olarak, primer BPA'ların nadir görülen tümörler olması nedeniyle metastatik adenokarsinomlar ile ayırıcı tanısı yapılmalı ve primer odak araştırılmadan BPA tanısı verilmemelidir.

KAYNAKLAR

- 1- **Mirone V, Prezino D, Palombini S, Lotti T:** Mucinous Adenocarcinoma of the renal pelvis. Eur. Urol. 10: 284-285, 1984.
- 2- **Lavikkala SM, Lindell OI, Heikkilö SP:** Adenocarcinoma of the renal pelvis in an elderly woman. Scand J. Urol Nephrol 27: 255-257, 1993.
- 3- **Terris MK, Aderson RU:** Mucinous adenocarcinoma of the renal pelvis in natives of India. Urol Int. 58: 121-123, 1997.
- 4- **Tsuzuki T, Kouketsu H, Ona K, Kobayashi H, Obata K:** Primary adenocarcinoma of the renal pelvis with special reference to histochemical observations. Pathology International 46: 791-796, 1996.
- 5- **Moncino MD, Friedman HS, Kurtzberg J, Pizzo SV:** Papillary adenocarcinoma of the renal pelvis in child: Case report and brief review of the literature. Medical and pediatric oncology 18: 81-86, 1990.
- 6- **Wan J, Ohl DA, Weatherbec L:** Primary mucinous adenocarcinoma of renal pelvis in solitary pelvic kidney. Urology 41: 292-294, 1993.
- 7- **Petersen Robert O:** Urologic Pathology. Second Edition, J.B. Lippincott Company, Philadelphia: 197-200, 1992.
- 8- **Shintaku M, Megumi Y, Maekura S:** Adenocarcinoma of the renal pelvis with vimentin-positive intracytoplasmic inclusion. Pathology international 50: 48-51, 2000.
- 9- **Mostofi FK, Davis CJ:** Histological Typing of Kidney Tumors. 2. Baskı, Germany: Springer-Verlag, 1998.
- 10- **Lindell OI, Grein HU, Schreiter FJ:** Opposite renal pelvic metastasis of renal adenocarcinoma. Scand J Urol Nephrol 25: 165-167, 1991.

AKPOLAT N., YALÇIN O., ARSLAN SOLMAZ Ö.