

TARTIŞMALI OLGU:

Abdurrahman ÖZGÜR, Levent TÜRKERİ

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı, İSTANBUL

GİRİŞ

55 yaşında kadın hasta, sağ böbreğinde tespit edilen tümöral oluşum nedeniyle kliniğimize başvurdu. Öyküsünden, 1999 yılında karın ağrısı ve ateş yakınmaları ile doktora başvurduğu ve yapılan ultrasonografik incelemede sağ böbrekte kitle saptanması üzerine Şubat 1999'da Bilgisayarlı Tomografi (BT) tetkiki yapıldığı saptandı. (Resim 1). Bu bulguların ardından, hastaya Mart 1999'da anjiyografik değerlendirme yapılarak kitlenin sağ böbrek ile ilişkisi olmadığına karar verilmiş ve izlem önerilmiş. 2001 yılında tekrar BT ile değerlendirilen (Resim 2) hastaya Haziran 2001'de ince iğne aspirasyon biyopsisi (İİAB) uygulanmış ve patolojik inceleme sonucu benin tübüler hücreler ve kan elemanları olarak rapor edilmiş. İzlem kararı alınan hastaya Eylül 2001 tarihinde MRI inceleme yapılmış ve 4x2x2 cm boyutlarında, T1 sekanslarda hipointens, T2 sekanslarda hiperintens, homojen kontrast tutan kitle rapor edilmiş. Sınırlarının böbrek parankiminden ayrı olduğu ve korteks üzerine dışarıdan baskı oluşturduğuna karar verilmiş (Resim 3). İzlemine devam edilen hastaya Mayıs 2002'de tekrar İİAB uygulanmış ve patolojisi stromal hücreler ve kan elemanları olarak rapor edilmiş. Kasım 2002'de kliniğimizde değerlendirilen hastaya sağ nefron koruyucu cerrahi kararı alınarak, hastanın sağ böbrek alt pol posteriyor bölümdeki 4x4 cm'lik solid kitle, etrafında sağlıklı bir parankim ile birlikte eksize edildi. Operasyon sırasında tümör tabanı "frozen" biyopsi sonuçları tümör negatif olarak bildirildi. Tümöral dokunun patolojik tanısı ise leiomyosarkom olarak rapor edildi.

TARTIŞMA

Böbrek kanserleri yetişkin tümörlerin %3'ünü oluşturmakta ve sıklıkla 6. dekatta görülmektedir. Amerika Birleşik Devletleri (ABD) verilerine göre 2004 yılında yaklaşık 35.700 yeni böbrek kanseri vakası bildirilmiş ve bu hastaların yaklaşık 12.000'ninden fazlasının bu hastalık nedeni ile öleceği öngörülmüştür¹. Böbrek tümörlerinde erkek kadın oranı 3/2'dir. Bu tümörlerin yaklaşık %90'ı böbrek hücreli kanserdir (BHK). Bu hastada saptandığı gibi böbreğin malin tü-

mörleri arasında sarkom saptanması oranı ise %1-2 olarak bildirilmektedir.



Resim 1. Şubat 1999 tarihli BT incelemesi



Resim 2. 2001 tarihli BT incelemesi

Böbrek sarkomları RCC'den farklı olarak daha çok böbrek kapsülünden veya sinüs çevresi bölgesinden köken almakta ve lenfadenopati olmaksızın çok büyük boyutlara ulaşabilmektedir. Abdominal BT incelemesinde sıklıkla böbreği saran veya böbrekten köken alan yumuşak doku kitlesi saptanmaktadır.

Günümüzde USG ve BT'nin yaygın kullanımı böbrek kanserlerinin insidental olarak saptanması oranını %25-40 kadar yükseltmiştir². Bu sayede, erken dönemde saptanan hastalığın tedavisinde daha yüz güldürücü sonuçlar alınmaktadır.



Resim 3. Eylül 2001 tarihli BT incelemesi

Anjiyografinin böbrek tümörlerinin ayırıcı tanısındaki yeri oldukça sınırlıdır. Böbrekte en sık görülen tümör tipi olan BHK'ların %20-25'i avasküler olarak bildirilmektedir (3-Campbell). Böbrek sarkomları da anjiyografik olarak, همانjiyoperisitoma haricinde, hipovasküler bir yapı göstermektedir. Ayrıca hastada hızlı bir şekilde büyük boyutlara ulaşan bir kitle varlığında da akla böbrek sarkomu gelmelidir⁴.

Böbrek solid tümörlerinin tedavisinde altın standart olarak kabul edilen yöntem radikal nefrektomidir³. Ancak, küçük boyutlu tümörler için nefron koruyucu cerrahi kavramı hızlı bir gelişim göstermiş ve iyi seçilmiş hastalarda radikal nefrektominin yerini almıştır. Bu gelişmelerin yanı sıra radyolojik görüntüleme yöntemlerinin, özellikle ultrasonografinin çok daha yaygın kullanımı ile birlikte benin böbrek lezyonlarının sayısı da paralel bir artış göstermiştir. Bazı çalışmalarda bu oran %10-22 oranında bildirilmektedir⁵. Ancak, günümüz koşullarında bu hastaların büyük bir bölümünde radyolojik olarak benin lezyonları malin olanlardan ayırt etmek çoğu zaman olanaksızdır⁵. BT'nin böbrek tümörlerinde duyarlılık ve özgüllüğünün yüksek olmasına rağmen, yaklaşık %20 olguda ayırıcı tanının yapılamadığı gösterilmiştir⁵. Bu nedenle özellikle cerrahi açıdan yüksek riskli hastalarda, "inoperabl" tümörü olan veya başlangıç itibarıyla metastatik tümörü olduğu düşünülen hastalarda BT eşliğinde İİAB veya böbrek biyopsisinin faydalı olabileceği, bazı çalışmalarda vurgulanmaktadır⁵. Bu doğrultuda yapılan çalışmalarda yöntemin oldukça güvenli olduğu ve iğne yolu (traktı) boyunca tümör ekilme riskinin de %0.01'den az olduğu ve bu değer

önemsiz olduğu belirtilmiş ise de, bu potansiyel risk varlığını korumaktadır⁵.

Araştırmalar İİAB veya böbrek biyopsisinin tümör saptama duyarlılığını ortalama %82 olarak bildirilmektedir⁵. Buna karşın BT ile ayırıcı tanısı yapılamayan hastalardaki İİAB veya biyopsinin duyarlılık oranı ortalama %55 olarak saptanmış olup, bu grup hastalardaki yalancı negatiflik oranlarının da %40'dan daha fazla olduğu vurgulanmaktadır⁵. Bu veriler, özellikle de BT ile ayırıcı tanısı yapılamayan hastalarda İİAB veya böbrek biyopsisinin yerinin oldukça sınırlı olduğunu göstermektedir⁶. Ayrıca, İİAB veya böbrek biyopsisinde bir çok hastada malin lezyon varlığını düşündüren bulgular sonuca varmayı kolaylaştırırken, özellikle benin kararını vermenin oldukça güç olduğu belirtilmektedir². Sonuç olarak, biyopsi materyalinde malin öğelerin bulunmaması, lezyonun benin olduğu anlamına gelmemektedir. Yapılan bazı çalışmalarda malin olduğu bilinen ancak İİAB'de tanı konulamamış hastaların oranı %40-47 olarak bildirilmektedir⁵.

Sonuç olarak, özellikle BT ile ayırıcı tanısı yapılamayan ve genel sağlık durumu cerrahi girişime uygun olan hastalarda İİAB veya böbrek biyopsisi yapmak yerine minimal invazif cerrahilerin öncelikli tercih edilmesi yukarıdaki olguda da olduğu gibi tanı ve tedavide daha kısa sürede sonuç elde edilmesini sağlayacak ve hastanın sağlığına kavuşmasında etkili olacaktır.

KAYNAKLAR

- 1- **Jemal A, Tiwari RC, Murray T, et al:** Cancer Statistics 2004. CA Cancer J Clin 54: 8-29, 2004.
- 2- **Wolf J, Stuart JR:** Evaluation and management of solid and cystic renal masses. J Urol 159: 1120-1133, 1998.
- 3- **Novick AC, Campbell SC:** Renal Tumors, in Campbell's Urology, edited by Walsh PC, Retik AB, Vaughan ED, Wein AJ. 8th edition, 2672-2719, 2002.
- 4- **Shirikhoda A, Lewis E:** Renal sarcoma and sarcomatoid renal cell carcinoma: CT and angiographic features. Radiology 162: 353-357, 1987.
- 5- **Christopher BD, Horst Z, Thomas JS, et al:** Prospective analysis of computerized tomography and needle biopsy with permanent sectioning to determine the nature of solid renal masses in adults. J Urol, 169: 71-74, 2003.
- 6- **Herts BR, Baker ME:** The current role of percutaneous biopsy in the evaluation of renal masses. Semin Urol Oncol 13: 254-261, 1995.