

BÖBREĞİN HİDATİK KİSTİNİ TAKLİT EDEN MULTİLOKÜLER KİSTİK KANSER

A MULTIOLOCULAR CYSTIC RENAL CELL CARCINOMA MIMICKING HYDATID CYST

Cüneyt ADAYENER*, İlker AKYOL*, Ufuk BERBER**, Temuçin ŞENKUL*, Kadir BAYKAL*, Cüneyt İŞERİ*

* GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Üroloji Kliniği, İSTANBUL

** GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Patoloji Kliniği, İSTANBUL

ABSTRACT

Introduction: Multilocular cystic renal cell carcinoma (MCRCC) is an uncommon tumor and a definite diagnosis can not be defined with radiological and biochemical workup because the disease has no characteristic findings. We present a young female with MCRCC whose radiological workup and serologic findings mimic renal hydatidosis.

Key words: Multilocular cystic carcinoma, Renal, Hydatid cyst

ÖZET

Böbrek hücreli multiloküler kistik kanser (BHMKK) ender görülen bir tümördür ve kendine has özellikleri olmaması nedeniyle kesin tanısı çoğu zaman radyolojik ve biyokimyasal olarak konulamamaktadır. Olgumuz BHMKK'li genç bir kadın olup radyolojik ve serolojik tetkikleri böbreğin hidatik kistini taklit etmektedir.

Anahtar kelimeler: Multiloküler kistik kanser, Böbrek, Hidatik kist

GİRİŞ

Böbrek hücreli kanserlerin %4 ile %15'i kistik lezyonlardır ve böbreğin malin ve benin kistik lezyonlarının ayırıcı tanısını yapmak oldukça zordur^{1,2}. İyi biyolojik davranışı nedeniyle son yıllarda nefron koruyucu cerrahinin önerildiği kistik kanserli olguların klinik, radyolojik veya biyokimyasal özgün bulgularının olmaması kesin tanının ancak histolojik değerlendirme ile konabilmesine neden olmaktadır.

Böbrek Hücreli Multiloküler Kistik Kanser ender görülen bir tümördür ve tüm böbrek tümörlerinin yaklaşık %2 ile %6'sında görülür¹. Perlmann ilk olgu sunumunu 1928 yılında yapmıştır³. O zamandan günümüze üroloji yayınlarında 90'dan fazla olgu rapor edilmiştir.

OLGU SUNUMU

32 yaşındaki bayan hasta, yıllık jinekolojik incelemesi sırasında istenen batin ultrasonografisinde, sol böbrekte septalı kistik lezyon saptanması nedeniyle üroloji kliniğine yönlendirildi. Fiziksel incelemesinde özellik olmayan hastanın tam kan ve tam idrar analizi normal olarak bulundu. Karaciğer işlev testleri normal sınırlarda olan hastanın serum kreatinini de normal sınırlarda idi (0.9 mg/dl). Hastanın abdominal bilgisayarlı tomografisinin

de sağ böbrekte çevresi kalsifiye olmuş, septalı, 6x7x7 cm boyutlarında multiloküler kistik kitle görüldü (Resim 1). Radyoloji departmanı kitlenin kistik kanser veya böbreğin hidatik kisti olabileceğini rapor etti.



Şekil 1. Bilgisayarlı Tomografiden bir kesit. Sağ böbreğin kistik lezyonu içerisindeki periferik kalsifikasyon ve şüpheli kız vezikül (beyaz ok) görülmektedir.

Dergiye Geliş Tarihi: 24.06.2007

Yayına Kabul Tarihi: 21.02.2008 (Düzeltilmiş hali ile)

Hastanın indirekt hemaglutinasyon testinde ekinokok antikor titresi 1/128 (şüpheli pozitif) olarak bulundu. Test indirekt fluoresan antikor tekniği ile tekrar edildi ve yine şüpheli pozitif anlamına gelen 1/128 oranı bulundu. Bir süre öncesine kadar evde köpek beslediğini rapor eden hasta böbreğin hidatik kisti ön tanısı ile ameliyat öncesi 4 hafta boyunca mebendazol kullandı.

Sağ radikal nefrektomi uygulanan hastada ameliyat sırasında ve ameliyat sonrası erken dönemde istenemeyen yan etki oluşmadı. Kitlenin patolojisi 7.5 cm çapında, böbreğin multiloküler kistik kanseri olarak rapor edildi. Hasta halen 10 aylık takibinde yakınmasız ve hastalısızdır.

TARTIŞMA

Yayınlardaki hastaların birçoğu erkek ve 45 yaş üzeri olgulardır. Imura, BHMKK'li 9 hastanın ortak bulgularını rapor ettiği bir çalışmada 8 olgunun erkek ve yaş ortalamasının 57.9 olduğunu belirtmiştir⁴.

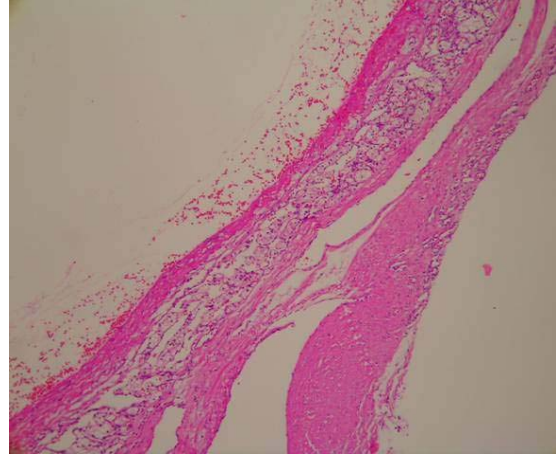
BHMKK'de klinik bulgular değişkendir. Imura çalışmasında 9 olgunun 5'inin yan ağrısı, 3'ünün makroskopik hematüri ve birinin işeme disfonksiyonu nedeniyle doktora başvurduğunu rapor etmiştir. Bununla birlikte Koga ve arkadaşları toplam 21 olguluk serilerinde 14 hastaya rastlantısal olarak tanı konduğunu belirtmişlerdir⁵.

Her ne kadar ultrasonografi tanıda önemli olsa da, Nassir bir çalışmasında, kitlenin malin özelliklerini (kontrast tutması gibi) daha iyi ayırt edebilmesi nedeniyle bilgisayarlı tomografinin çok daha değerli olduğunu ifade etmiştir⁶. Ancak 4 cm'den küçük kistik kitlelerin solid yapıda görünebildiği ve böbrek hücreli kanserlerin nekrotik komponentlerinin, kistik kanserlerden ayırt edilmesinin güç olduğu akıldan tutulmalıdır.

Ekinokokkus Granulosus'un neden olduğu bir parazitoz olan hidatik kistin, sadece böbrekte olması ender bir durumdur ve tüm hidatik kistli hastaların sadece %2'sinde görülür⁷. Tanı, genellikle bilgisayarlı tomografide kalın ve kalsifiye olmuş duvarın görüntülenmesi ile konur. Bu radyolojik görüntü kolaylıkla böbreğin komplike kistleri ile karışabilir. Hastalığın tanısında serolojik testlerin yararı olsa da, yayınlarda en geniş seriyeye sahip olan Fekak ve arkadaşları tüm olguların yalnızca %55'inin seropozitif olduğunu belirtmişlerdir⁸.

Birçok yazar, hastaların ekinokok antikor durumlarını belirtmeseler de, bizim bilgimize göre yayınlarda, ekinokok seropozitif BHMKK'li olgu bulunmamaktadır. Klinik ve radyolojik belirgin bir özelliği olmayan BHMKK'nin hidatik kist ile pozitif çapraz reaksiyon vermesi her ne kadar zayıf bir olasılık olsa da, hastalığın ayırıcı tanısında son derece önemli bir laboratuvar bulgusu olabilir.

Olgumuzda lezyon, böbrek hilumunda yerleşmiş, böbrek kapsülünü geçmiş ancak Gerota fayzasını aşmamış, 8 cm çapında ekzofitik bir kitle idi (Resim 2). Kitlenin kesilmesi ile tümörün multiloküler kistik yapısı çok net bir şekilde görüldü. Lezyonun solid komponenti, periferde sarımsı turuncu renkte görülmekte idi.



Şekil 2. Kapsül duvarında berrak sitoplazma ve hiperkromatik çekirdekli tek katlı yassı malin hücreler görülmektedir.

Mikroskopik değerlendirmede lezyonun fibroz kapsüllü çok sayıda septalı kistten oluştuğu görüldü. Septa ve kist duvarları, tek sıralı, yassılaştırmış, berrak sitoplazmalı ve hiperkromatik çekirdekli malin hücreler ile döşeli idi. Mitoz ve nekroza rastlanmadı. Patolojisi, "Böbrek hücreli kistik kanserin multiloküler varyantı-Fuhrman derece 1" olarak rapor edildi.

BHMKK'li olguların birçoğuna, hastalığın klinik, radyolojik veya biyokimyasal özgün bulguları olmaması nedeniyle nispeten büyük kitleler oluştuğunda tanı konmaktadır. Imura ve Koga'nın çalışmalarında lezyonların ortalama büyüklükleri sırasıyla 5.2 ve 5.4 cm'dir^{4,5}. Koga'nın çalışmasında 21 olgunun beşinde kitle büyüklüğü 7 cm'nin üzerindedir. Bununla birlikte hastalığın benin seyri

nedeniyle metastaz çok ender görülmekte ve uzun dönem izlem sonuçları mükemmel olmaktadır. Japon yayınlarında 38 olgunun 10 yıllık hastalıklırlık oranı %97'dir⁹. Mükemmel hastalık seyri, tümörün histolojik olarak iyi differansiye olmasına bağlıdır (Imura'nın serisinde olguların tümü ve Koga'nın serisinde 21 olgunun 17'si Fuhrman derece 1 olarak rapor edilmiştir).

Nassir bu olgularda özellikle küçük hacimli kitle varlığında nefron koruyucu cerrahi (NKC) önermektedir⁶. Çalışmasında 14 olgunun 3'üne NKC birine ise enükleasyon uygulayan Nassir 40 aylık takipte tüm olguların hastalıklırlık olduğunu belirtmiştir.

Bununla birlikte NKC uygulanabilmesi için ameliyat öncesi kesin tanı önem kazanmaktadır. Radyolojik görüntüleme yöntemleri ve hatta kistik kitlenin aspirasyonu ile kesin tanı konulamamaktadır. Bu nedenle olguların ortak biyokimyasal ve radyolojik özelliklerinin rapor edilmesi son derece önemlidir.

Böbrek hücreli kanser ile parazitik antijenler arasındaki olası bir çapraz reaksiyon varlığını ortaya koyabilmek için, böbrekte komplike kistik yapıda kitlesi olan tüm olgulardan, ameliyat öncesi ekimokok antikor araştırması, maliyeti fazla artırmadan tümörün erken tanısına çok şey katabilecektir.

BHMKK'de büyük serilerin olmaması yeni olguları daha değerli kılmaktadır. Ameliyat öncesi ayırıcı tanının doğru yapılabilmesi için olgularla ilgili daha fazla veriye ihtiyaç duyulmaktadır.

KAYNAKLAR

- 1- **Murad T, Komaiko W, Oyasu R, et al:** Multilocular cystic renal cell carcinoma. *Am J Clin Pathol*; 95: 633-637, 1991.
- 2- **Hayakawa M, Hatano T, Tsuji A, et al:** Patients with renal cyst associated with renal cell carcinoma and the clinical implications of cyst puncture: A study of 223 cases. *Urology*; 47: 643-646, 1996.
- 3- **Perlmann S:** Ueber einen fall von lymphangioma cysticum der niere. *Virchows Arch Pathol Anat Physiol Klin Med* 268: 524-535, 1928.
- 4- **Imura J, Ichikawa K, Takeda J, et al:** Multilocular cystic renal cell carcinoma: A clinicopathological, immuno- and lectin histochemical study of nine cases. *APMIS*; 112: 183-191, 2004.
- 5- **Koga S, Nishikido M, Hayashi T, et al:** Outcome of surgery in cystic renal cell carcinoma. *Urology*; 56: 67-70, 2000.
- 6- **Nassir A, Jollimore J, Gupta R, et al:** Multilocular cystic renal cell carcinoma: a series of 12 cases and review of the literature. *Urology*; 60: 421-427, 2002.
- 7- **Musacchio F, Mitchell N:** Primary renal echinococcosis. A case report. *Am. J Trop Med Hyg.*; 15: 168, 1966.
- 8- **Fekak H, Bennani S, Rabii R, et al:** Hydatid kidney cyst: 90 case reports. *Ann Urol Jun*; 37: 85-89, 2003.
- 9- **Tosaka A, Yoshida K, Kobayashi N, et al:** A report of two cases of multilocular cystic renal cell carcinoma: Review of 51 cases reported and the results of a prognostic survey. *Hinyokika Kiyo*; 38: 1045-1050, 1992.