

Böbrek hücreli kanserin prostata metastazı: Olgu sunumu

A case of prostatic metastasis from renal cell carcinoma

Bülent Önal, Mustafa Bilal Tuna, Haydar Durak,¹ Cansel Çakalır,¹ Ahmet Erözenci, Armağan Öner

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, ¹Patoloji Anabilim Dalı, İstanbul

Özet

Böbrek hücreli kanserin prostata metastazı oldukça ender görülen bir durumdur. Radikal nefrektomi sonrasında erken veya geç dönemde prostat metastazı beş olguda bildirilmiştir. Hastalar genel olarak alt üriner sistem semptomları ile başvurmaktadır. Altmış beş yaşında erkek hasta sağ böbrek kitlesi nedeniyle yapılan sağ radikal nefrektomiden bir yıl sonra alt üriner sistem yakınmaları ile başvurdu. Histopatolojik tanısı evre III böbrek hücreli kanser olan hastanın radyolojik incelemesinde prostat bezi 34 gr olarak ölçüldü, kan PSA düzeyi 2.971 ng/ml bulundu. Hastaya transüretral prostat rezeksiyonu yapıldı. Histopatolojik incelemede böbrek hücreli kanserin prostata metastaz yaptığı görüldü. Hastanın 12 aylık takibi sırasında alt üriner sistem semptomları belirgin düzelme gösterdi.

Anahtar sözcükler: Karsinom, böbrek hücreli; tümör metastazı; prostat neoplazileri/sekonder.

Summary

Renal cell carcinoma metastatic to the prostate is a very rare entity. Early or late prostatic metastasis after radical nephrectomy have been reported in only five cases. Patients generally present with lower urinary tract symptoms. A 65-year-old male patient presented with lower urinary tract symptoms one year after radical nephrectomy for a right renal mass, which was histopathologically shown to be stage III renal cell carcinoma. On radiological examination, the prostate gland was measured as 34 g, and serum prostate specific antigen level was 2.971 ng/ml. Transurethral resection of the prostate was performed. Prostatic metastasis from renal cell carcinoma was shown histopathologically. The patient's complaints of lower urinary tract symptoms improved significantly during a 12-month follow-up.

Key words: Carcinoma, renal cell; neoplasm metastasis; prostatic neoplasms/secondary.

Geliş tarihi (Submitted): 08.05.2008 Düzeltme sonrası kabul tarihi (Accepted after revision): 14.12.2008

Uzak primer neoplazilerin prostata metastazı oldukça ender rastlanan bir durumdur. Sıklığı, malign bir hastalık yüzünden tedavi gören ve hayatta olan hastalarda %0.01, malign bir hastalık yüzünden ölen hastaların otopsi serilerinde ise %0.5 olarak bildirilmiştir.^[1]

Böbrek hücreli kanserin prostata metastazı beş olguda bildirilmiştir.^[2-6] Bunlardan üçü^[2-4] erken (9 ay içinde), ikisi^[5,6] ise gecikmiş (9 yıl) metastazlardır.

Çeşitli yayınlarda prostatın sekonder tümörleri malign hastalığın gecikmiş belirtisi olarak görülmekte ve erken mortalite ile sonuçlandığından kötü prognoz işareti olarak değerlendirilmektedir.^[1,7] Bu nedenle, böbrek hücreli kanserin tek metastazlarında şu anki yaklaşım geniş cerrahi eksizyondur.^[8] Birçok yayında ise, mesane çıkım yolu tıkanıklığına bağlı alt üriner sistem semptomlarını ortadan kaldırmak için prostatın transüretral rezeksiyonu önerilmiştir.^[1-4,7,8]

Bu yazıda, sağ böbrek tümörü nedeniyle uygulanan radikal nefrektomiden 13 ay sonra mesane çıkım tıkanıklığı öntanısıyla TUR-P ameliyatı yapılan ve rastlantısal olarak böbrek hücreli kanserin prostata metastazı saptanan bir hasta sunuldu.

Olgu sunumu

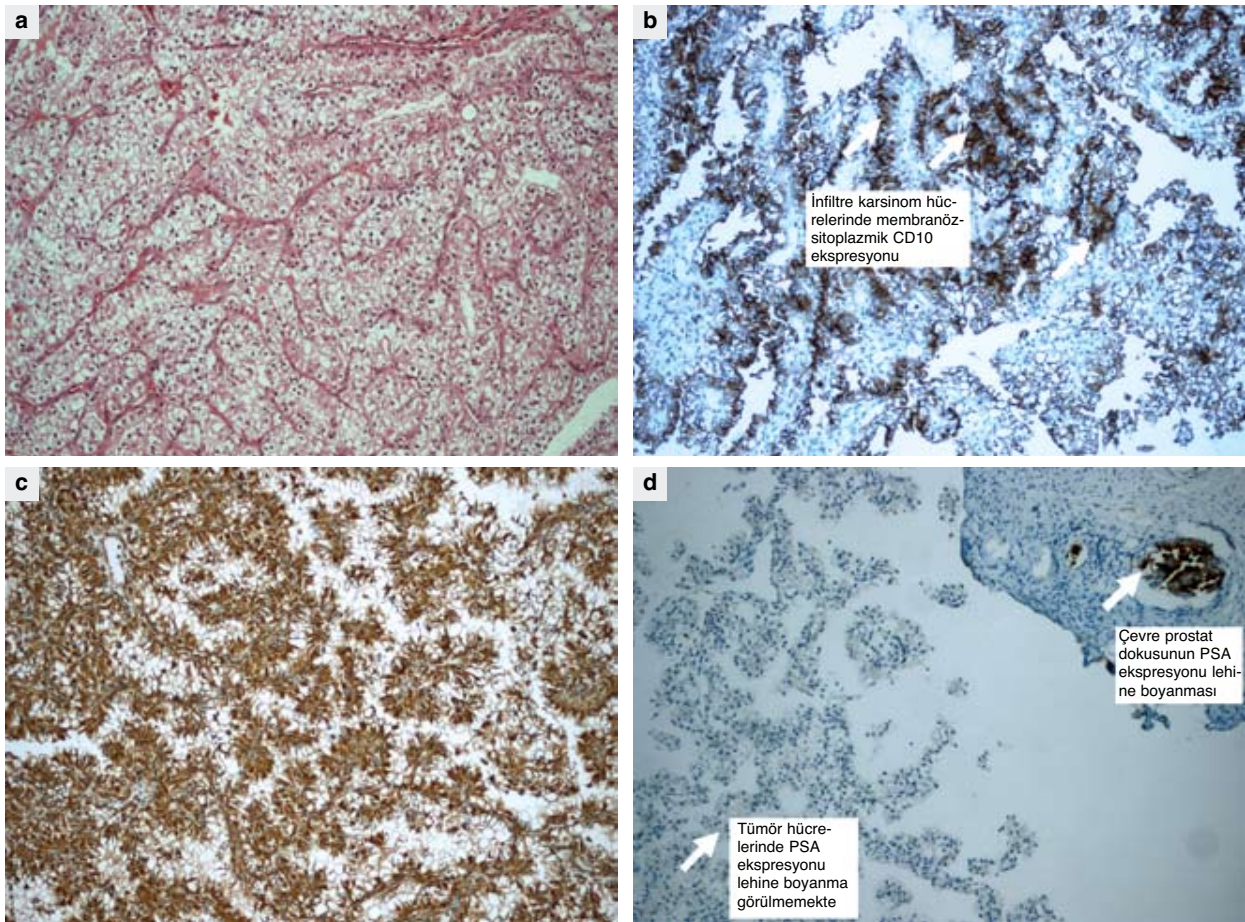
Altmış beş yaşında erkek hastaya 9 cm'lik sağ böbrek kitlesi nedeniyle sağ radikal nefrektomi uygulandı. Nefrektomi materyalinin histopatolojik incelemesinde tanı evre III multifokal böbrek hücreli karsinom (klasik tip: 10*9*8.5 cm ve papiller tip:3.5*3*2 cm) olarak kondu. Hücre tipi %90 olarak, %10 granüler bulunurken, kapsül invazyonuna rastlanmadı; fakat renal sinüste hiler yağlı dokudaki cerrahi sınırdaki ve ameliyat sırasında alınan hiler lenf düğümünde tümör invazyonu görüldü. Radyolojik incelemede mediastende, sol alt paratrakeal ve sağ

supraklaviküler lenfatiklerde metastaz şüpheli lenfadenopatiler saptandı. Hasta bu aşamadan sonra onkoloji kliniğine sevk edildi ve burada idame tedavisi planlandı. Ameliyat sonrasında bir yıl takiplere gelmeyen hasta, makroskobik hematüri, idrar yapmada zorluk, idrar kalibrasyon ve projeksiyonunda azalma, post-miksiyonel dripping yakınmalarıyla kliniğimize başvurdu. Radyolojik incelemede, sağ surrenal lojundan başlayarak sağ üreter trasesi boyunca ilerleyen yaklaşık 9 cm büyüklüğünde, tümör kitlesi ile uyumlu lezyon saptandı. Tüm vücut kemik sintigrafisinde kemik metastazını düşündüren bulgu saptanmadı. Ameliyat lojunda tümör nüksü öntanısıyla onkoloji kliniği ile birlikte tekrar değerlendirildikten sonra interferon-alfa tedavisine başlandı. Radyolojik görüntülemelerde prostat bezi 34 gr olarak ölçüldü, kan PSA düzeyi 2.971 ng/ml idi. Alt üriner sistem yakınmaları için alfa-bloker tedavisine başlanan hastanın

yakınmaları gerilemedi. Bunun üzerine, sistoskopi ile incelemede prostat loblarının belirgin izlenmesi üzerine TUR-P ameliyatı yapıldı.

Ameliyat materyalinin patolojik incelemesinde, çoğu alanda prostat dokusunun yerini alan, solid, alveoler ve tübüler tipte, berrak sitoplazmalı, düzensiz çekirdek membranı olan, veziküler sitoplazmalı, berrak hücreli karsinom metastazı ile uyumlu tümör infiltrasyonu saptandı (Şekil 1a). Ayırıcı histopatolojik tanı açısından yapılan CD10, vimentin ve PSA boyamalarıyla lezyonun berrak hücreli karsinom metastazı ile uyumlu olduğu doğrulandı (Şekil 1b-d).

Hastanın 12 aylık takibi sırasında alt üriner sistem semptomlarında anlamlı iyileşme görüldü. Ameliyattan sekiz ay sonra yapılan radyolojik görüntülemelerde, sağ nefroüretrektomi lojunda metastazla uyumlu kitlenin ve mediastanda sol alt paratrakeal



Şekil 1 (a) Hematoksilen-eozin ile boyanmış kesitlerde solid-alveoler tipte berrak hücreli karsinom infiltrasyonu (x100). (b) Prostat dokusuna infiltrat berrak hücreli karsinom hücrelerinde sitoplazmik-membranöz CD10 ekspresyonu görülmekte (x100). (c) Prostat dokusuna invaze tümör hücrelerinde sitoplazmik vimentin ekspresyonu görülmekte (x100). (d) Tümör hücrelerinde prostat spesifik antijen (PSA) ekspresyonu lehine boyanma görülmezken, çevre prostat dokusunda PSA ekspresyonu lehine boyanma izleniyor (x100).

ve sağ supraklaviküler lenfadenopatilerin boyutlarında herhangi bir değişiklik izlenmedi. Hastaya halen metastatik lezyonlar için interferon-alfa tedavisi uygulanmaktadır.

Tartışma

Böbrek hücreli kanserli hastaların yaklaşık üçte birinde tanı anında metastaz saptanırken, hastalığın lokalize olduğu olguların yaklaşık %40'ında uzak metastaz gelişmektedir.^[9]

Böbrek hücreli kanser en sık olarak akciğer, karaciğer, kemik ve beyine metastaz yapar. Prostata metastaz son derece nadirdir. Bildiğimiz kadarıyla, prostata metastaz yapan böbrek hücreli kanser sadece beş olguda bildirilmiştir.^[2-6] Bunlardan üçü böbrek hücreli kanserin erken nüksü (1 yıldan kısa), ikisi ise gecikmiş metastazdır (9 yıl). Bildirilen hastaların üroloji kliniklerine başvurma nedenleri, şiddetli alt üriner sistem semptomları, mesane çıkımı tıkanıklığı ve hematüri idi. Bu hastalara transüretral prostat rezeksiyonu yapılmış ve patolojik incelemede böbrek hücreli kanserin prostata metastazı saptanmıştır. Erken dönem metastaz görülen üç olguda prostata metastazın tek olmadığı, başka organ tutulumu da bulunduğu, bu olguların iki yıla kadar kaybedildiği görülmektedir. Böbrek hücreli kanserin geç dönemde (nefrektomiden 9 yıl sonra) prostat metastazı gösterdiği iki olguda ise başka organa metastaz saptanmamış, bu hastaların performans durumu iyi olduğu için radikal prostatektomi (bir tanesi açık RRP, diğeri laparoskopik extraperitoneal RP) uygulanmış ve ameliyat materyallerinin patolojik incelemesinde cerrahi sınırdaki metastatik böbrek hücreli kanser görülmemiştir. Hastamızda da başvuru semptomları bildirilen olgulara benzerdi. Tanı, TUR-P ameliyatı sonrası elde edilen materyalin histopatolojik incelenmesi ile kondu.

Böbrek tümörünün son derece ender görülen prostata metastazını açıklayan kesin bir mekanizma ortaya konamamıştır. Öne sürülen hipotezler doğrudan arteriyel yayılım, retrograd venöz yayılım ve lenfatik yayılımdır. Doğrudan arteriyel yayılım böbrek hücreli kanserin prostata metastazının neden bu kadar seyrek gerçekleştiğini açıklar niteliktedir ve bu böbrek hücreli kanserin çok basamaklı yayılım teorisiyle desteklenmektedir.^[1] Öte yandan, Cihak ve

ark.^[2] periprostatik venlerde intravenöz metastatik böbrek hücreli kanser bulmuşlar ve ender olarak retrograd venöz yayılımın gerçekleşebileceğini öne sürmüşlerdir. Ayrıca, böbrek hücreli tümör kitlesinin çıkarılmasının, dolaşımdaki anjiyogenesis inhibitörlerinin ortadan kalkmasına yol açtığı savunulmuş ve böylece uzun dönemde tümör hücrelerinin vücutta olağan dışı bölgelere yayılabileceği ileri sürülmüştür.^[10] Olgumuzda da böbrek hücreli kanserin prostata metastazını hangi yolla gerçekleştirdiği net olarak açıklığa kavuşturulamamıştır.

Kaynaklar

1. Johnson DE, Chalbaud R, Ayala AG. Secondary tumors of the prostate. J Urol 1974;112:507-8.
2. Cihak RW, Haas R Jr, Koenen CT, Chinchian H. Metastatic renal carcinoma to the prostate gland: presentation as prostatic hypertrophy. J Urol 1980;123:791-2.
3. King DH, Centeno AS, Saldivar VA, Sarosdy MF. Renal cell carcinoma metastatic to the gallbladder or prostate: two case reports. Urology 1995;46:722-5.
4. Moudouni SM, En-Nia I, Rioux-Leclercq N, Manunta A, Guillé F, Lobel B. Prostatic metastases of renal cell carcinoma. J Urol 2001;165:190-1.
5. Greene GF, Gokden N, Hutchins LF, Williams RC. Metastatic renal cell carcinoma to prostate. Urology 2005;65:1227.
6. Rodriguez A, Kang L, Politis C, Wade M, Sexton WJ, Miranda-Sousa A, et al. Delayed metastatic renal carcinoma to prostate. Urology 2006;67:623.e7-10.
7. Zein TA, Huben R, Lane W, Pontes JE, Englander LS. Secondary tumors of the prostate. J Urol 1985;133:615-6.
8. Skinner DG, Colvin RB, Vermillion CD, Pfister RC, Leadbetter WF. Diagnosis and management of renal cell carcinoma. A clinical and pathologic study of 309 cases. Cancer 1971;28:1165-77.
9. Slaton JW, Swanson DA. Surgical resection of metastases. In: Belldgrun A, Ritchie AW, Figlin RA, Oliver RT, Vaughan ED, editors. Renal and adrenal tumors: biology and management. Oxford: Oxford University Press; 2003. p. 436-46.
10. O'Reilly MS, Boehm T, Shing Y, Fukai N, Vasios G, Lane WS, et al. Endostatin: an endogenous inhibitor of angiogenesis and tumor growth. Cell 1997;88:277-85.

Yazışma (Correspondence): Dr. Mustafa Bilal Tuna. Nevbahar Mah., Adak Sok., Sönmez Apt., No: 1, D: 7 34096 Fındıkzade, İstanbul. Tel: 0212 - 632 25 04 e-posta: mustafabilaltuna@yahoo.com