

İki taraflı sürrenal metastazlı renal hücreli karsinom olgusu

A renal cell carcinoma case presenting with bilateral adrenal metastasis

Demet Karadağ, Oya Çağlar

Ufuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Ankara

Özet

Renal hücreli karsinom (RHK) renal parankimin en sık görülen primer malign tümördür. RHK en sık akciğer, karaciğer, kemik, beyin, lenf nodları ve kontralateral böbreğe metastaz yapar. RHK'nın sürrenal metastazı ise sıklıkla ipsilateral gerçekleşir ve sürrenal metastazlar sıklıkla klinik ve fonksiyonel olarak sessiz seyredir. RHK'nın iki taraflı adrenal beze aynı anda metastazı oldukça nadirdir ve literatürde sadece 18 olgu bildirilmiştir. Bu makalede, sol böbrekte RHK ve iki taraflı sürrenal metastazı olan 58 yaşındaki erkek hastayı literatür ışığında ve radyolojik bulgular eşliğinde sunmayı amaçladık.

Anahtar sözcükler: Metastaz; MRG; renal hücreli karsinom; sürrenal.

Abstract

Renal cell carcinoma (RCC) is the most common primary malignant tumor of renal parenchyma. RCC metastases most commonly occur in the lung, liver, bone, brain, lymph nodes, and contralateral kidney. Adrenal gland metastasis from renal cell carcinoma is generally ipsilateral, and frequently clinically and functionally silent. Synchronous bilateral adrenal gland metastases from RCC are very rare, and 18 other cases were reported in the literature. In this article, we aimed to present a case of bilateral synchronous adrenal metastases from left kidney RCC in a 58-year-old man with radiologic findings and review the literature.

Key words: Adrenal; metastasis; MRI; renal cell carcinoma.

Geliş tarihi (Submitted): 11.02.2010

Düzeltilme sonrası kabul tarihi (Accepted after revision): 29.05.2010

Renal hücreli karsinom (RHK), primer malign renal parankimal tümörlerin %85-90'ını oluşturmaktadır.^[1] RHK, 50-70 yaşları arasında en sık görülür ve 2/1 oranında erkek dominansı vardır. RHK'nın sürrenal metastazı %7-23 oranında ipsilateral gerçekleşirken, iki taraflı sürrenal metastaz ise oldukça nadir görülür.^[2] Günümüze kadar İngilizce literatürde iki taraflı sürrenal metastaz yapan 18 RHK olgusu bildirilmiştir.^[3] Bu olgu sunumunda iki taraflı sürrenal metastazı RHK olgusunu literatür ışığında tartışmayı amaçladık.

Olgu sunumu

Elli sekiz yaşındaki erkek hasta sık sık idrara çıkma ve idrar yaparken ağrı nedeniyle hastanemizin Üroloji Polikliniği'ne başvurdu. Fizik incelemesinde sol lomber bölgede derin palpasyonla hassasiyet ve sağ inguinal bölgede herni mevcuttu. Hastanın tansiyonu 100/70 mmHg, nabızı ise düzenli bulundu. Laboratuvar tetkiklerinde, hemoglobin 14 gr/dL, hematokrit %43, trombosit 265000 μ L, lökosit 10400

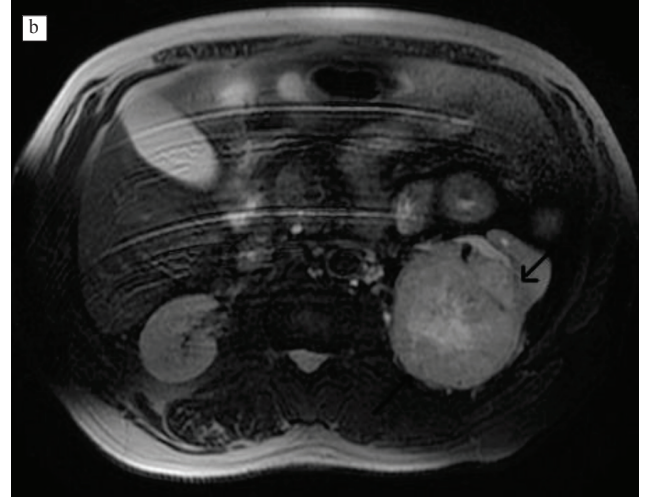
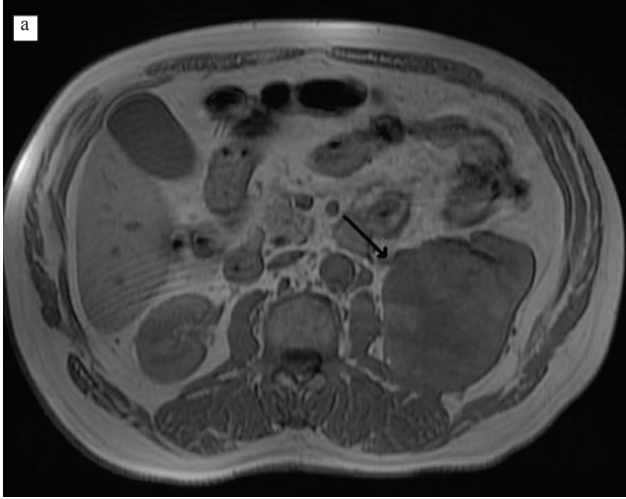
10³/ μ L, kreatinin 1.7 mgr/dL olarak tespit edildi. Tam idrar tetkikinde bol lökosit saptandı. Prostat spesifik antijen (PSA) 1.77 ng/mL ile normal sınırlarda idi. Özgeçmişinde 100 paket/yıl sigara kullanımı, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) ve hipertansiyon mevcuttu. Üriner ultrasonografide (USG) her iki böbrekte pelvikalisiyel düzensizlik, sol böbrek orta-alt kesimini işgal eden 9x8.5x8.5 cm boyutlarında, düzensiz sınırlı, heterojen eko yapısında solid kitle lezyonu ile sağ sürrenal lojunda 8x5 cm boyutlarında ve sol sürrenal lojda 5x4 cm boyutlarında hipoeoik solid kitle lezyonları bulundu. Ayrıca USG incelemede prostat volümü 70 gr, miksiyon sonrası rezidü idrar ise 120 cc olarak saptanmıştır. Olgunun kreatinemi nedeniyle ileri görüntüleme yöntemi olarak yapılan abdominal manyetik rezonans görüntüleme (MRG) incelemesinde sol böbreği hemen bütünüyle işgal eden yaklaşık 9 cm boyutunda, T1 ağırlıklı görüntülerde hipointens, T2 ağırlıklı görüntülerde içerisinde nekroz ile uyumlu hiperintens alanlar bulunan ve intravenöz kontrast madde enjeksiyonu

sonrasında heterojen opaklaşma gösteren kitle lezyonu izlendi. Ayrıca sağ sürrenal lojunda 8x5 cm ve sol sürrenal lojunda 5x4 cm boyutlarında içerisinde nekroz ile uyumlu alanların izlendiği lobüle konturlu metastatik kitle lezyonları saptandı (Şekil 1, 2). Bu bulgularla olguya böbrek tümörü ve sürrenal metastaz ön tanısıyla operasyon planlandı.

Hasta operasyon öncesinde hiperkreatinemi nedeniyle nefroloji kliniğine danışıldı. Yapılan değerlendirmede idrar incelemesinde aktif idrar sedimenti ve proteinüri saptanmadığı ve USG’de pelvikalisial düzensizlik olduğu için bulgular kronik tubulointers-

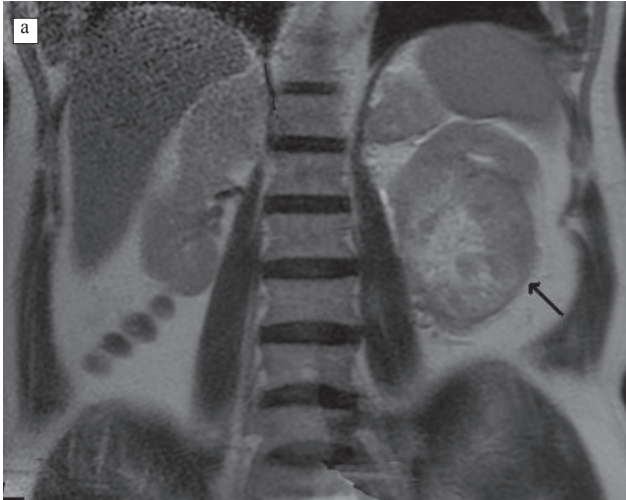
tisyel nefrit lehine düşünüldü. Tedavi sürecine etki etmeyeceği göz önünde bulundurularak hastaya renal biyopsi planlanmadı ve nefroloji kliniğinde takip önerildi.

Hasta preoperatif olası Addison sendromu açısından endokrinoloji bölümüne danışıldı. Sürrenal hormon profilinde hipokortizolemi (kortizol düzeyi, 0.52 µgr/dL) saptandı ve bunun sürrenal kitlelerin bası etkisine bağlı olduğu düşünüldü. Olguda sürrenal yetmezliği bulunduğu için steroid tedavisi ve sıvı replasmanı altında operasyona alınmasını sağlayan “Addison Sendromu Protokolü” uygulanarak operas-



Şekil 1

(a) MRG T1 ağırlıklı aksiyal kesitte sol böbrek orta kesimde heterojen intensite yapısında (siyah ok) kitle lezyonu ve (b) MRG yağ baskılı T2 ağırlıklı aksiyal kesitte sol böbrekteki kitle lezyonunun heterojen hiperintens görünümü.



Şekil 2

(a) MRG T2 ağırlıklı koronal kesitte sol böbrekte kitle lezyonu (siyah ok) ve her iki sürrenalde metastatik kitle lezyonları. (b) Kontrast madde sonrası alınan yağ baskılı T1 ağırlıklı koronal kesitte sol böbrekte ve her iki sürrenaldeki kitle lezyonlarının yoğun opaklaşma göstermesi.

yonu alındı. İntratekal anestezi altında sol Chevron kesi ile sol radikal nefrektomi ve sol sürrenalektomi yapıldı. Ardından kesinin diğer tarafa uzatılmasıyla sağ sürrenalektomi yapıldı. Patoloji sonucu, sol böbrekte renal hücreli karsinom, Fuhrman Evre 3, kapsül tümör negatif, perirenal yağ dokusu negatif, cerrahi sınırlarda tümör negatif, üreter cerrahi sınır negatif ve renal vende tümör negatif bulundu. Her iki sürrenalde hem korteks hem de medullada atipik şeffaf sitoplazmalı hücrelerden oluşan, esas olarak glandüler dizilim yapan neoplastik hücreler izlendi. Hücrelerin nükleuslarında pleomorfizm ve yer yer nükleol belirginliği izlendi. Tanımlanan histopatolojik bulgular nedeniyle her iki sürrenal kitle RHK metastazı ile uyumlu bulundu. Postoperatif dönemde 12.5 mgr/gün prednisolon ve 0.1 mgr/gün fludrokortizon asetat ile hormon replasman tedavisine devam edildi. Kreatinin değerlerinde yükselme, elektrolit imbalansı ve hipotansiyon izlenmedi. Genel durumu stabil olan olgu endokrinoloji, nefroloji ve üroloji polikliniğinde izlenmek üzere taburcu edildi. Hasta 8 aydır takip edilmektedir.

Tartışma

RHK'nın klasik triadı; böğür ağrısı, makroskopik hematüri ve palpabl renal kitle olmasına rağmen bu bulgular olguların sadece %4-9'unda tanı esnasında bulunur.^[4] RHK'nın etyolojisi bilinmemekle birlikte sigara, kimyasal maruziyet, asbestoz, obezite ve hipertansiyonla ilişkisi gösterilmiştir. Anoreksi, kilo kaybı, eritrositoz, hiperkalsemi, hipokalemi, galaktore, hipertansiyon ve jinekomasti gibi paraneoplastik sendromlar hastaların yaklaşık %30'unda görülür.^[5] RHK en sık akciğer, karaciğer, kemik, lenf nodları, kontralateral böbrek olmak üzere her organa metastaz yapabilir.^[2,5-7] RHK hastalarında tanı sırasında yaklaşık 1/3 oranında diğer organlara metastaz saptanır.^[7] Sürrenal metastaz ise RHK'li olguların %1.1-10'unda görülürken otopsi serilerinde %6-29 sıklığında gözlenir.^[8] Böbreklerin üst polünden köken almış ya da böbreğin büyük kısmını işgal eden böbrek tümörlerinde sürrenal metastaz riskinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir.^[9]

Tüm kanserlerden ölen olguların otopsilerinde %27 oranında sürrenal metastaz saptanır.^[10] Sürrenal beze metastazlar en sık akciğer kanseri, meme kanseri ve malign melanomda olur.^[11] Sürrenal metastaz sıklığı yüksek volümlü kan akımı ve sürrenal bezin sinü-

zoidal vasküler paterni ile açıklanmıştır. Adrenal bezin ağırlığı başına olan metastaz insidansının tiroid, akciğer, dalak, karaciğer ve böbrek gibi diğer organlardan daha fazla olduğu ortaya konmuştur.^[7] Metastazlar sıklıkla korteksle medulla arasındaki sınırda olmasına rağmen organın herhangi bir bölümüne yayılabilir. Sürrenal metastaz sık olmasına rağmen kanserli olgulardaki sürrenal kitlelerin %70 kadarı benign sürrenal adenomlardır.^[6] Sürrenal metastaz sıklıkla klinik ve fonksiyonel olarak sessiz seyreder. Adrenal bezin %10'unun korunması, fonksiyonları idame ettirmek için yeterli olduğundan genel olarak her iki sürrenalde metastatik yayılım nadiren adrenal yetmezlik oluşturur.^[7,9] Klinik olarak primer Addison hastalığının %1'den azı adrenal beze metastaz nedeniyle gelişir.^[7] Sürrenal metastazlar klinik olarak sıklıkla görüntüleme yöntemleriyle insidental olarak saptanır. Bununla birlikte ilerlemiş adrenal tümör adrenokortikal yetmezliğin klinik tablosunu taklit edebilir. Bizim olgumuzda ise oldukça büyük boyutlardaki sürrenal metastazlara ve hipokortizolemi saptanmasına rağmen klinik Addison tablosu yoktu.

RHK olgularına yaklaşımda primer tümörün büyüklüğü ve lokalizasyonu önem kazanmaktadır. Böbrekte büyük boyutlarda, üst pol yerleşimli ekstrakapsüler uzanım gösteren RHK olgularında görüntüleme yöntemleri ile tesbit edilememiş metastaz olasılığı nedeniyle ipsilateral adrenaletomi önerilmektedir.^[12] İki taraflı sürrenal metastaz bulunan RHK olgularında radikal nefrektomi ile birlikte iki taraflı adrenaletomi, tümör yükünü azaltmak için önerilse de prognoz kötüdür. İki taraflı sürrenal metastaz olan olgularda iki taraflı adrenaletomi dışında alternatif tedavi seçeneği olarak uygun olgularda parsiyel adrenaletomi yapılarak steroid replasman tedavisine ait gastrit, hipertansiyon, hipokalemi gibi yan etkilerden kaçınılabilir.^[3,13]

Bilgisayarlı tomografi (BT) ve MRG, RHK'nın lokal evrelemesinde benzer değere sahiptir. MRG'nin inferior vena kava trombüsünü saptamada sensitivitesi %90 iken BT'nin %79'dur.^[14] Bizim olgumuzda vena kavada neoplastik invazyon saptanmamıştır. Vena kavada invazyon olmadan iki taraflı sürrenal metastaz olması diffüz neoplazinin göstergesi olarak yorumlanabilir.^[2] Bu nedenle olgumuzu daha yakın takipte tutmayı planladık. Olgumuz 8 aydır nüks ya da yeni metastaz olmaksızın takipte izlenmektedir.

Sonuç olarak, iki taraflı sürrenal metastaz ile birlikte olan RHK olgularının literatürde son derece sınırlı olmasına bağlı olarak tedavilerinde standart bir yaklaşım yoktur. Ancak ipsilateral radikal nefrektomi ile birlikte iki taraflı sürrenalaktominin operasyon öncesi ve sonrası uygulanan medikal tedavi ile birlikte uygun klinik yaklaşım olarak göz önünde bulundurulmalıdır.

Çıkar çatışması

Yazarlar, herhangi bir çıkar çatışmasının söz konusu olmadığını bildirmişlerdir.

Kaynaklar

- Francis IR. Detection, staging and surveillance in renal cell carcinoma. *Cancer Imaging* 2006;6:168-74.
- Tasca A, Calabro A, Aragona F, Bassi P, Ranieri A. Bilateral adrenal metastasis from renal cell carcinoma. A case report. *Acta Urol Belg* 1987;55:369-72.
- Koutalellis GE, Felekouras E, Evangelou C, Koritsiadis G, Chasiotis D, Anastasiou I. Renal cell carcinoma with bilateral synchronous adrenal gland metastases: a case report. *Cases J* 2009;2:7298.
- 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.
- Novick AC, Campbell SC. Renal tumors. In: Walsh PC, Retik AB, Vaughan ED, Wein AJ, editors. *Campbell's urology*. Philadelphia; WB Saunders: 2002. p. 2672-731.
- Vespasiani G, Porena M, Virgili G, Costantini E, Bonacina R, Mearini E, et al. Renal cell carcinoma with synchronous adrenal metastases. *Acta Urol Belg* 1990;58:197-203.
- Selli C, Carini M, Barbanti G, Barbagli G, Turini D. Simultaneous bilateral adrenal involvement by renal cell carcinoma: experience with 3 cases. *J Urol* 1987;137:480-2.
- Siemer S, Lehmann J, Kamradt J, Loch T, Remberger K, Humke U, et al. Adrenal metastases in 1635 patients with renal cell carcinoma: outcome and indication for adrenalectomy. *J Urol* 2004;171:2155-9.
- Rosenthal FD, Davies MK, Burden AC. Malignant disease presenting as Addison's disease. *Br Med J* 1978;1:1591-2.
- Newhouse JH, Heffess CS, Wagner BJ, Imray TJ, Adair CF, Davidson AJ. Large degenerated adrenal adenomas: radiologic-pathologic correlation. *Radiology* 1990;210:385-91.
- Zornoza J, Bernardino ME. Bilateral adrenal metastasis: "head light" sign. *Urology* 1980;15:91-2.
- Sandock DS, Seftel AD, Resnick MI. Adrenal metastases from renal cell carcinoma: role of ipsilateral adrenalectomy and definition of stage. *Urology* 1997;49:28-31.
- Schomer NS, Mohler JL. Partial adrenalectomy for renal cell carcinoma with bilateral adrenal metastases. *J Urol* 1995;153:1196-8.
- Bechtold RE, Zagoria RJ. Imaging approach to staging of renal cell carcinoma. *Urol Clin North Am* 1997;24:507-22.

Yazışma (Correspondence): Yard. Doç. Dr. Demet Karadağ.
Ufuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Mevlana Bulvarı (Konya Yolu) No: 86-88, 06520 Balgat, Ankara, Türkiye.
Tel: 0312 204 40 00 e-posta: drdkaradag@yahoo.com
doi:10.5152/tud.2011.014