Subcutaneous Transitional Cell Cancer After Percutaneous Nephrolithotomy: A Case Report

Perkutan Nefrolitotomi Sonrasında Cilt Altı Değişici Hücreli Kanser: Olgu Sunumu

Perkutan Nefrolitotomi ve Değişici Hücreli Kanser/ Percutaneous Nephrolithotomy and Transitional Cell Cancer

Lokman İrkılata[1], Ekrem Akdeniz[1], İrfan Atay[2], İpek Işık Gönül[3], Mustafa Kemal Atilla[1]
[1]Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üroloji Kiniği, Samsun,
[2]Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı, Ankara,
[3]Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

3-7 Ekim 2012 tarihinde yapılan 1. Ulusal Ürolojik Cerrahi Kongresinde Sözlü Bildiri Olarak Sunulmuştur.

Özet

Üst üriner sistem değişici hücreli kanserleri nadir görülen ancak tüm değişici hücreli kanserler gibi ekilim potansiyeli yüksek tümörlerdir. Perkutan nefrolitotiripsi (PNL) ise son yıllarda böbrek taşı cerrahisinde ilk sırada kendine yer bulmuş ve üroloji uzmanlarınca rutin uygulamaya girmiştir. Nadir de olsa PNL sırasında böbrek toplayıcı sistem tümörleri ile karşılaşılması olasıdır. Biz makalemizde böbrek toplayıcı sisteminde değişici hücreli kanser olan, ancak mevcut böbrek taşı nedeni ile operasyon öncesi tümörü saptanamamış 48 yaşındaki erkek hastamızın PNL sonrası klinik seyrini tartışmayı amaçladık. Taş cerrahisinden üç ay sonra cilt altında kitle ile başvuran hastada, yapılan eksizyonel biyopsi patoloji sonucunun karsinom gelmesi sonrasında uygulanan cerrahi ve kemoradyoterapiye rağmen hastamız ilk müdaheleden 21 ay sonra yaşamını yitirdi. Bizim vakamızda olduğu gibi, PNL öncesinde böbrek toplayıcı sistem tümörü fark edilmeyen hastalar kısa sürede tümör lokal yayılım göstererek ileri evrede tekrar karşımıza gelebilir. Bundan dolayı herhangi bir perkutan girişim esnasında olası tümör varlığı konusunda dikkatli olunmalıdır.

Anahtar Kelimeler

Karsinom, Değişici Hücreli; Nefrostomi, Perkütan; Tesadüfi Bulgular

Abstract

Transitional cell carcinomas of the upper urinary tract are rare but, highly predisposing to tumoral seeding. Percutaneous lithotripsy (PNL) recently has expanded the therapeutic choices for patients with kidney stones and gained popularity by urologic surgeons. Although unusual, renal collecting system tumours may be encountered during PNL. We present and discuss the clinical course of a 48 years old male patient who underwent PNL surgery for kidney stone in whom transitional cell carcinoma in the renal collecting system obscured by stone left undiagnosed. Three months later following PNL he admitted with a bulge on lumbar region. Excisional biopsy revealed carcinoma and therefore, he was directed to chemoradiotherapy and died 21 months later. Renal collecting system tumors undiagnosed during surgery may progress and demonstrate local invasion in a short period of time. Therefore, we recommend to take more caution during any percutaneous access and to exclude the possible existence of tumor.

Keywords

Carcinoma, Transitional Cell; Nephrostomy, Percutaneous; Incidental Findings

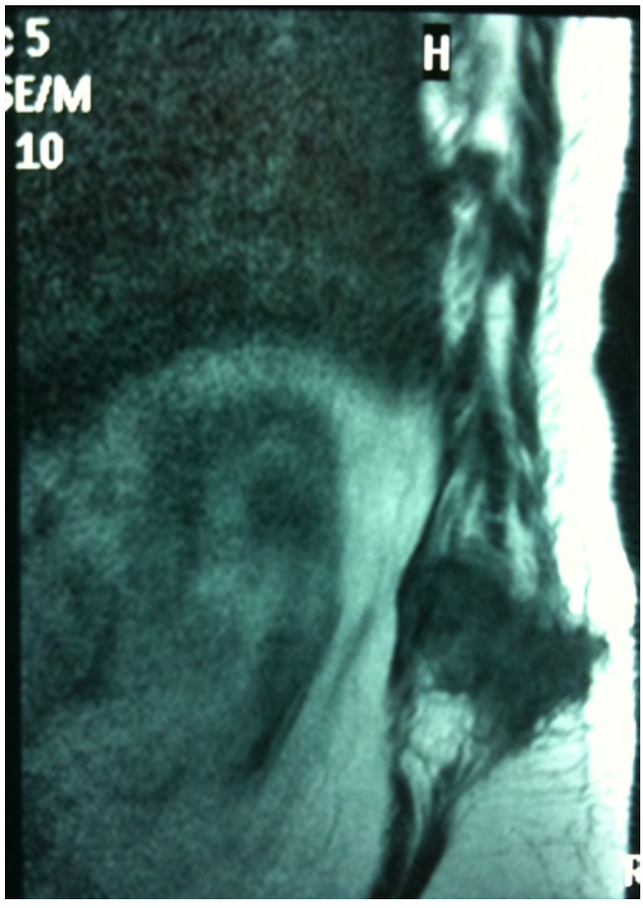
DOI: 10.4328/JCAM.2510 Received: 22.04.2014 Accepted: 02.06.2014 Printed: 01.10.2013 J Clin Anal Med 2013;4(suppl 5): 500-2
Corresponding Author: Lokman İrkılata, Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üroloji Kiniği, Samsun, Türkiye.
GSM: +905337153627 E-Mail: irkilatamd@gmail.com

Giriş

Üst üriner sistem değişici hücreli kanserleri (DHK), mesane değişici hücreli kanserlerinden farklı olarak nadir görülen kanserlerdir. Renal pelvis tümörleri tüm DHK lerin yaklaşık olarak %5 ini oluşturmaktadır. Daha önemlisi ise bu kanserlerin tanısını koyma güçlüğüdür. Hastalar genelde yan ağrısı, hematüri, üriner enfeksiyon ve ileri evrede ele gelen kitle ile başvurmaktadırlar. Ancak önemli bir hasta gurubunda tümör insidental olarak saptanabilmektedir. Bu hasta gurubunda tanısı belkide en zor olan beraberinde taş olan böbrek toplayıcı sistem tümörleridir.
Biz yazımızda, böbrek taşı tanısı almış olarak başvuran hastamızda Perkutan Nefrolitotomi (PNL) sonrasında PNL giriş traktında cilt altında ele gelen kitle ile tekrar başvuran hastamızı güncel literatür eşliğinde tartıştık.

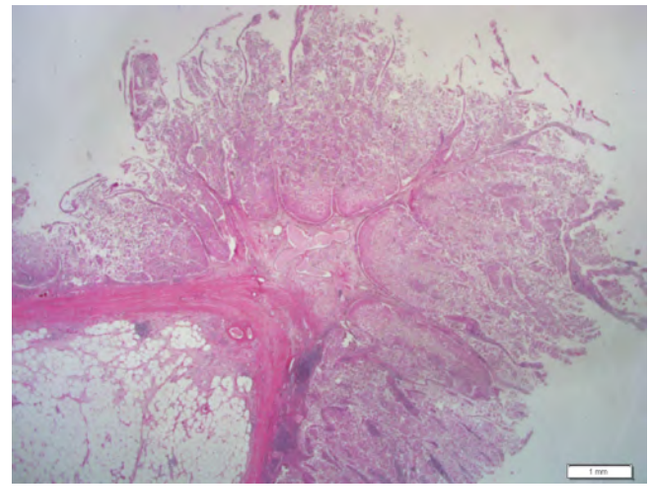
Olgu Sunumu

Kırksekiz yaşında erkek hasta, kliniğimize sağ yan ağrısı ve sağ böbrek taşı tanısı almış olarak başvurdu. Mevcut olan taşa yönelik Bilgisayarlı Tomografide (BT) böbrek toplayıcı sistemini dolduran taş izlendi. Hastanın özgeçmişinde, diabetes mellitus ve sigara öyküsü mevcuttu. Sağ böbrek staghorn taşına alt kaliksten giriş yapılarak PNL uygulandı. Alt ve orta kaliksten pelvise uzanan taş ekstrakte edildi. Hastanın üst kaliksteki taşı görüldü ancak müdahele edilemedi. İkinci seans için planlama yapılmasına karar verilerek işlem sonlandırıldı. Postoperatif 3. ayda hasta PNL giriş traktı bölgesinde cilt altında ele gelen ağrılı sert kitle ile başvurdu. Kitleye yönelik yapılan görüntüleme yöntemlerinin lezyonun boyutu ve lokalizasyonu dışında ek bilgi vermemesi üzerine kitle eksize edildi (Resim 1). Patoloji sonucu,



Resim 1. Cilt altındaki kitleye yönelik yapılan manyetik rezonans görüntülemede cilt altında düzensiz sınırlı solid kitle izlendi.

karsinom infiltrasyonu olarak bildirildi. Takiben böbrek toplayıcı sistemine yönelik yapılan görüntüleme yöntemlerinden hiçbiri toplayıcı sistemde tümör varlığına yönelik bulgu vermezken, sadece PET CT de kitlenin eksize edildiği bölgede ve böbrekte akümülasyon olduğu belirtildi. Görüntüleme yöntemleriyle başka uzak metastaz odağı saptanmadı. Tanısal amaçlı yapılan üreterorenoskopide üst kaliksteki rezidü taşın posteromedialinde 1x1 cm boyutunda papiller tümör görüntüsü saptandı. Aynı seansta hastaya nefroüreterektomi, sürrenalektomi ve giriş traktı eksizyonu uygulandı. Patoloji sonucunda, kalikste lokalize düşük dereceli papiller üretelyal karsinom ve PNL traktında tümör infiltrasyonu saptandı. Subepitelyal doku invazyonu dahi olmayan pTa evredeki primer tümöre karşın, PNL traktında tümör saptanması hastayı pT4 evresine yükseltti (Resim 2). Postoperatif



Resim 2. Radikal nefroüreterektomi, sürrenalektomi ve giriş traktı eksizyonu sonrası patolojik incelemede üst kaliksteki papiller yapıdaki transizyonel hücreli kanser görüntüsü, H&E X40.

dönemde hastaya önce 25 seans 50 Gy radyoterapi (RT) uygulandı. RT bitiminde takip edilen hastanın kontrol PET CT de aynı sahada akümülasyon izlendi. Bu sonuçtan sonra hastaya cisplatin gemstabin den oluşan kemoterapi başlandı. Hastanın takiplerinde ciltte tümör fistülü ve aksiller lenfadenopati gelişti. Tümör fistülü bölgesinde şiddetli kanaması olan hasta hospitalize edildi, ikinci kürden sonraki kemoterapisine devam edilmedi. Hastaya bu dönemden sonra palyatif tedavi uygulandı. Hasta ilk taş cerrahisinden 21 ay sonra hayatını kaybetti.

Tartışma

Üst üriner sistem tümörleri tüm böbrek tümörlerinin %10'nunu ve tüm DHK lerin %5'ini oluşturur [1,2]. Üst üriner sistemde yeralan tüm DHK lerin %75'i böbrekte yerleşirken sadece %25'i üreterde lokalizedir [1,3]. Böbrek DHK'lerinin yıllık insidansı 0,6-1,1/100.000 olarak bildirilmektedir [2].
Böbrek DHK'lerin etiolojisinde yaş ve cinsiyet ile beraber sigara en yüksek risk faktörü olarak dikkat çekmekte ve tek başına riski 2,5-7 kat arttırmaktadır [4,5]. Üst üriner sistem taşları benzer şekilde riski arttıran faktörlerdendir. Sigara ve üst üriner sistem taşları dışında kimyasallara maruziyet, boya ve plastik sanayinde çalışmak, siklofosfamid, şistozoma, kronik enfeksiyonlar, uygunsuz ve aşırı analjezik tüketimi, aşırı kahve tüketimi, papiller nekroz ve balkan nefropatisi diğer risk faktörleridir [2,4,5]. Bizim hastamızda risk faktörlerinden sigara ve böbrek toplayıcı sisteminde taş varlığı mevcut olan faktörlerdi. Hastamıızda 30 pa-

ket/yıl sigara kullanım öyküsü olmasına karşın, böbrek taşı tanısı yeni başlayan yan ağrısı nedeni ile insidental olarak kondu. Böbrek toplayıcı sistem kanserlerinin en sık başvuru şikayeti mikroskobik veya makroskobik hematüri, künt böğür ağrısı, disüri, üriner enfeksiyon ve ele gelen kitledir. Ayrıca hastada yaygın hastalık meydana gelmişse anemi, kilo kaybı, istahsızlık, bulantı-kusma, kemik ağrıları ile başvurabilir. Görülme sıklığı açısından bu hasta gurubunda %75 oranında görülebilen hematüri ve künt böğür ağrısı, bizim hastamızda olduğu gibi böbrek taşı olan hasta gurubunda da görülebilen nonspesifik semptomlardır. Taş varlığında oluşan inflamasyon bu hasta gurubunda tanı koymayı oldukça zorlaştırmaktadır. Hastamızda klinik belirti ve bulgular tanı koymada bize herhangi bir katkı sağlamadı. Böbrek DHK'leri nadiren perkutan taş cerrahisi esnasında tesadüfen saptanabilmektedir [6]. Bizim hastamız bu tanıma uyan hasta olmasına rağmen hastada tümör nefroskop ile ulaşılamadığı için bırakılmak zorunda kalınan üst kaliks taşı ile aynı lokalizasyonda idi ve tümör işlem boyunca izlenemedi.

Böbrek DHK tanısında ultrasonografi, intravenöz pyelografi, bilgisayarlı tomografi ve manyetik rezonans görüntüleme önemli yere sahiptir. Görüntüleme yöntemlerinin kendi aralarında artı ve eksileri olmakla beraber, bizim hastamızda olduğu gibi taş varlığında görüntüleme yöntemleri tanı koymada başarısız olabilmektedir. Hastamızda ciltaltı kitle oluşumu ve patolojik tanı konması sonrasında dahi yapılan görüntüleme yöntemlerinde primer tümör varlığına dair bulgu saptanamadı. Elimizdeki tek görüntüleme bulgusu, tanı sonrası yapılan Pozitron Emisyon Tomografisinde (PET) böbrek ve eksize edilen kitle bölgesindeki akümülasyon oldu, ancak bu bulgu nonspesifik bir bulgu olup bize net tanı koydurmada yetersiz kaldı.

Böbrek DHK' lerin prognozunda; lenf nodu pozitifliği, eşlik eden karsinoma insutu varlığı, multifokalite, eşlik eden mesane veya üreter tümör varlığı, hastanın yaşı ve kadın cinsiyet varlığı gibi çeşitli faktörler etkili olmakla beraber tümörün evresi ve derecesi en önemli iki faktördür [7]. Hastamız primer tümörün lokalizasyonu, tek odaklı olması ve patolojisi ile iyi prognostik faktörlere sahip olmasına rağmen böbrek giriş traktında tümör saptanması hastayı pT4 evresine yükseltmiştir. Hall ve arkadaşları hasta serilerinde evre T4 hastalarda median sağkalı süresinin 6 ay olduğunu bildirmişlerdir [3]. Katz ve arkadaşları ise 500 hastalık PNL serilerinde 1 hastada PNL esnasında alınan biyopsi sonucunda, 1 hastada postoperatif dönemde yapılan CT görüntülemesinde ve 1 hastada da nonfonksiyonel hale gelen böbreğin nefrektomi patolojisinde TCC saptamışlardır. TCC saptanan bu 3 hastada 2-19 ay içinde yaşamlarını yitirmişlerdir [6]. Hastamızın patolojik evresinin T4 olması nedeni ile postoperatif dönemde adjuvan radyoterapi uygulandı. pT3-T4 ve lenf nodu tutulumu olan hastalarda adjuvan kemoradyoterapi önerilmektedir [8]. Özellikle radyoterapinin kemoterapi ile kombine verilmesi beklenen yaşam süresi konusunda daha olumlu sonuçlar vermektedir. Bizim hastamızın ısrarla kemoterapiyi kabul etmemesi nedeni ile öncelikle radyoterapi uygulandı. Fakat hastamızda 6 ay sonra lokal nüks gelişti. Lokalizasyonu ve yayılımı ile tekrar eksizyona uygun olmayan nüks sonrası sisplatin ve gemstabin den olusan kemoterapi uygulaması başlandı. Bu dönemde lokal nüks bölgesinde cilt ülserasyonu ve şiddetli kanama nedeni ile hasta hospitalize edildi. 2. Kür sonrası tedaviye devam edilemedi. Üç hafta sonra hasta ilk girişimden 21 ay sonra yaşamını yitirdi.

Perkutan taş cerrahisi son yıllarda üroloji pratiğinde oldukça önemli bir yer edinmiştir. İşlem esnasında nadirde olsa, hastamızda olduğu gibi tümör ile karşılaşılması olasıdır. Bu durumda tümörün rezeke edilerek fulgarize edilmesi ve işlemin sonlandırılması veya aynı seansta altın standart tedavi olan nefroüreterektomi ve parsiyel sistektomi yapılması uygulanabilecek tedavi yöntemleridir. Bizim olgumuzda olduğu gibi tümörün görülmeyerek uzun süreli taş cerrahisi uygulaması ise DHK gibi ekilim potansiyeli çok yüksek olan tümör varlığında hasta için büyük bir şansızlık olduğu söylenebilir.

Böbrek toplayıcı sistemde yeralan DHK vakalarında böbrek taşı ile birlikteliği durumunda, hastaların gerek klinik, gerek labaratuar, gerekse radyolojik olarak atalanması olasıdır. Bu hasta gurubunda, tümörün görülerek erken müdahele edilmesi prognozda son derece önemlidir. Bundan dolayı PNL sırasında olası bir toplayıcı sistem tümörü varlığı konusunda dikatli olunmalı ve bu konuda preoperatif dönemde yapılan radyolojik görüntülemenin yetersiz kalabileceği unutulmamalıdır.

Çıkar Çakışması ve Finansman Beyanı

Bu çalışmada çıkar çakışması ve finansman destek alındığı beyan edilmemiştir.

Kaynaklar

1. Siegel R, Naishadham D, Jemal A. Cancer statistics, 2012. CA Cancer J Clin 2012;62(1):10-29.
2. Munoz JJ, Ellison LM. Upper tract urothelial neoplasms: incidence and survival during the last 2 decades. J Urol 2000;164(5):1523–5
3. Hall MC, Womack S, Sagalowsky AI, Carmody T, Erickstad MD, Roehrborn CG. Prognostic Factors, Recurrence, and Survival in Transitional Cell Carcinoma of the Upper Urinary Tract: A 30-Year Experience in 252 Patients. Urology 1998;52(4):594-601.
4. Lughezzani G, Sun M, Perrotte P, Shariat SF, Jeldres C, Budaus L et al. Gender-related differences in patients with stage I to III upper tract urothelial carcinoma: results from the Surveillance, Epidemiology, and End Results database. Urology 2010;75(2):321-7.
5. Colin P, Koenig P, Ouzzane A, Berthon N, Villers A, Biserte J et al. Environmental factors involved in carcinogenesis of urothelial cell carcinomas of the upper urinary tract. BJU Int 2009;104(10):1436-40.
6. Katz R, Gofrit ON, Golijanin D, Landau EH, Shapiro A, Pode D et al. Urothelial Cancer of the Renal Pelvis in Percutaneous Nephrolithotomy Patients. Urol Int 2005;75(1):17-20.
7. Lughezzani G, Burger M, Margulis V, Matin SF, Novara G, Roupret M et al. Prognostic factors in upper urinary tract urothelial carcinomas: a comprehensive review of the current literature. Eur Urol 2012;62(1):100-14.
8. Czito B, Zietman A, Kaufman D, Skowronski U, Shipley W. Adjuvant radiotherapy with and without concurrent chemotherapy for locally advanced transitional cell carcinoma of the renal pelvis and ureter. J Urol 2004;172(4):1271-5.

How to cite this article:
İrkılata L, Akdeniz E, Atay İ, Gönül İİ, Atilla MK. Subcutaneous Transitional Cell Cancer After Percutaneous Nephrolithotomy: A Case Report. J Clin Anal Med 2013;4(suppl 5): 500-2.