

Böbrek Adenokarsinomunun Safra Kesesi Metastazı

Dr. Faruk COŞKUN, Dr. Mesut ÇETİNKAYA, Dr. Ömer CENGİZ,
Dr. Sezer KULAÇOĞLU, Dr. Abdullah EROĞLU

Özet: Renal hücreli karsinom tarafından oluşturulmuş çok nadir görülen bir metastatik safra kesesi tümörünü yayınlıyoruz. Hasta safra kesesi lümeni içinde tespit edilen polipoid kitle nedeniyle safra kesesi kanseri ön tanısıyla yatırılmış olup operasyon öncesi incelemeleri eş zamanlı olarak böbrek tümörünün varlığını da ortaya koymuştur. Kolesistektomi ve nefrektomiyi takiben rezeke tümörlerin histopatolojik tetkiki safra kesesi içindeki polipoid kitlenin renal hücreli karsinom metastazı olduğunu göstermiştir.

Anahtar kelimeler: Metastaz, renal hücreli karsinoma

Safra kesesinin metastatik tümörleri çok nadir olup şimdiye kadar safra kesesine metastaz yapmış çok az karsinom vakası rapor edilmiştir (1,2,3). Renal hücreli karsinom nispeten az görülen bir tümördür ve yetişkinlerde görülen malign tümörlerin %3'ünü oluşturmaktadır (4). Renal hücreli karsinomada metakronöz olarak az sayıda safra kesesi metastazı rapor edilmiş olmasına rağmen eş zamanlı olarak tespit edilen ilk metastatik safra kesesi tümörü Satoh ve arkadaşları tarafından 1991 yılında rapor edilmiştir (17). Bizde ektopik yerleşimli bir böbrekte renal hücreli karsinom ve eş zamanlı olarak safra kesesine metastaz yaparak lümen içerisinde polipoid bir kütle olarak tanı konulan ve tedavi edilen bir vakamızı yayınlıyoruz.

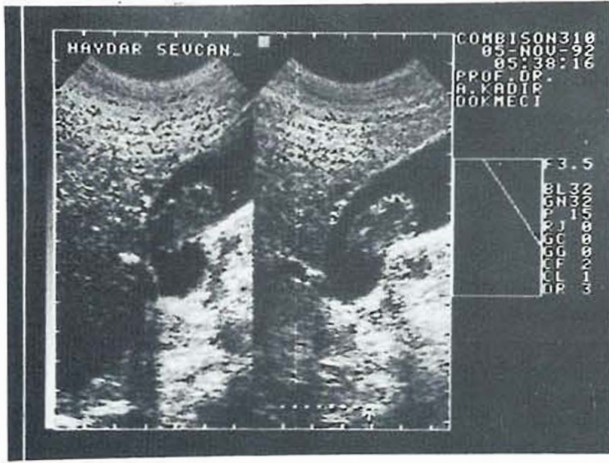
Summary: METASTATIC CARCINOMA OF THE GALLBLADDER FROM ADENOCARCINOMA OF THE KIDNEY

We report a rare case of the secondary involvement of the gallbladder by metastatic renal cell carcinoma. The patient was firstly diagnosed as a gallbladder carcinoma for having a polypoid mass with in the gallbladder. The preoperative examinations revealed that there was also a synchronous renal cell carcinoma in patient. The histopathologic examination of the polypoid mass and the kidney after operation revealed the resected polypoid mass to be the metastasis of renal cell carcinoma.

Key words: Metastas, Renal cell carcinoma

VAKA TAKDİMİ

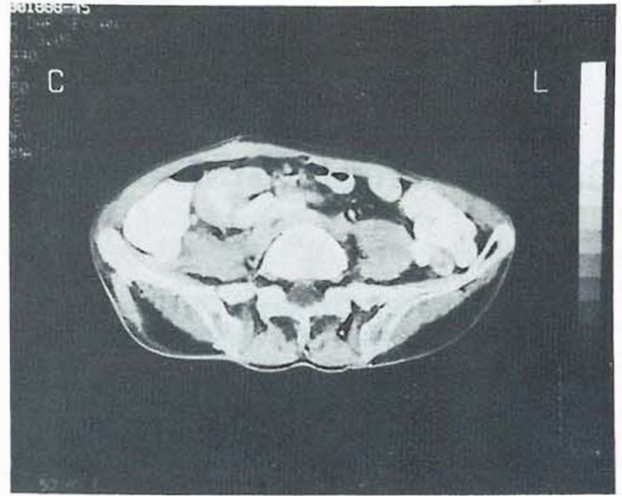
52 yaşında erkek hasta, safra kesesi içinde polipoid kitle nedeniyle Kasım 1992 tarihinde Ankara Numune Hastanesi 2. Cerrahi Kliniğine yatırıldı. Bir aydan beri karın sağ üst kadranda ağrı, iştahsızlık ve zaman zaman kusmaları olan hastanın son bir ayda beş kilogram kadar zayıflaması olmuş. Fizik muayenede hastanın genel durumu iyi olup sarılığı ve ateşi yoktu. Karın muayenesinde sağ alt kadranda 6x5 cm cesame-tinde yüzeyi düz, ağrısız ve hareketli bir kütle alınıyordu. Karaciğer ve dalak ele gelmiyordu ve asit yoktu. Hemogloblin seviyesi 15.8 gr/dl, lökosit ve trombosit sayıları sırasıyla 7000/mm³ ve 154000/mm³ idi. İdrar mikroskopisinde 3-4 lökosit, 5-6 eritrosit mevcuttu. Labratuar tetkikleri Alkalen fosfatazin (71ü/l) yüksekliği dışında biyokimyasal olarak normaldi.



Şekil 1: Ultrasonografi safra kesesi içindeki 2.5*3.5 cm'lik polipoid kitleyi gösteriyor.

Üst gastrointestinal sistemin radyolojik ve endoskopik incelenmesinde ülserasyon ve kitlenin olmadığı gözlemlendi. Ultrasonografi safra kesesi içinde duvarıyla ilişkili olarak 2.5x3.5cm cesa-metinde ekojenik plipoid bir lezyon ve sağ böbreğin normal lokalizasyonda olmayıp sağ alt kadranda yerleşim gösterdiğini ve anormal eko görünümü verdiğini ortaya koydu (şekil 1). İnt-ravenöz pyelografi sağ böbreğin ektopik yerleşimli olduğunu ve yarım ay şeklinde bir defektin olduğunu gösterdi. CT de sağ böbrekte kitle imajı tespit edildi (şekil 2). Beyin, akciğer ve karaciğer normal olarak değerlendirildi. Kemiklerin radyolojik incelemesinde sol femur üst 1/3 de osteoporotik bir alan gözleniyordu.

Hasta safra kesesi karsinomu ve böbrek tümörü ön tanısıyla operasyona alındı. Laparatomide karaciğer ve safra kesesi gross olarak normal görünümündeydi, lenfadenopati yoktu ve diğer batin organlarında metastatik bir yayılım gözlenmi-yordu. Sağ alt kadranda retraperitonealde ektopik böbrek palpe ediliyordu. Retroperiton açılarak böbreğe ulaşıldı. Makoskopik olarak normal görünen böbrekten palpasyonla anormal doku olarak hissedilen üst polden insizyonel biopsi yapıldı. Safra kesesinde palpasyonla yumuşak kıvamlı bir kitle algılanıyordu ve kolesistektomi yapıldı. Safra kesesi açıldığında duvarından orijin alan siyah renkli kısa pediküllü bir lezyon olduğu görüldü (şekil 3). Alınan spesmenler histolojik tanı için frozen sectiona gönderildi. Tanı



Şekil 2: 2-CT sağ böbrekteki kitleyi gösteriyor.

için karar verilememesi üzerine karın kapatılarak operasyona son verildi.

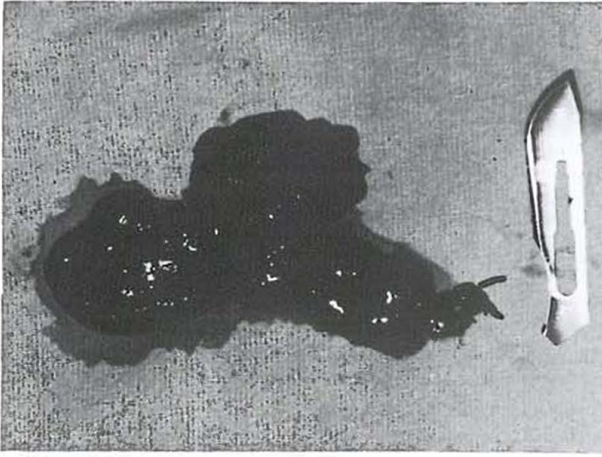
Histopatolojik muayene renal hücreli kavsino-ma ve eşzamanlı olarak lümende makroskopik olarak polipoid bir yapı oluşturan safra kesesi metastazı olduğunu ortaya koydu (şekil 4-5).

Hastaya tekrar laparotomi yapılarak nefrektomi yapıldı. Operasyonun hemen sonrası hastanın transportu sırasında sol femur 1/3 üst kısmında patolojik kırık oluştu. Kırık eksternal fiksatorle tespit edildi. Postoperatif başka bir sorunu çıkmayan hasta 15. günde daha sonra immünoterapi yapılması planlanarak salıh ile taburcu edildi.

TARTIŞMA

Cerrahi literatürde safra kesesine metastaz yapmış çok az sayıda renal hücreli karsinoma vakası rapor edilmiş olup bu vakaların tümü metakronöz metastazlardır (2,7,8,14). Bu vaka safra kesesine eşzamanlı olarak metastaz yapmış ikinci vaka raporudur.

Böbrek adenokarsinomu dışında pankreas, kolon, meme kanserleri ve malign melanomunda safra kesesine intraluminal olarak metastaz yaptığını bildiren az sayıda rapor vardır (3,11,16). Yayılım yolu hakkında çeşitli görüşler olup en çok kabul göreni karın içi organların, di-

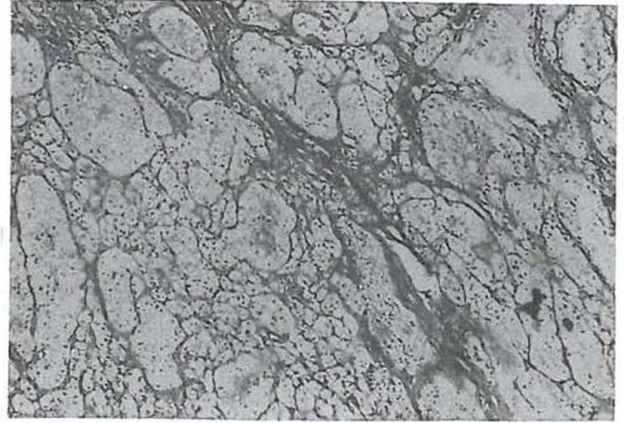


Şekil 3: Safra kesesi içindeki polipoid lezyonun fotoğrafı.

rekt invazyon veya peritoneal disseminasyon ile safra kesesine metastaz yaptıkları, akciğer, böbrek, meme ve malign melanom gibi ekstraabdominal organların hematojen embolik bir yolu kullanmalarıdır (17). Laparotomi sırasında karaciğer ve ekstrahepatik safra yollarında anormal bir bulguya rastlanılmaması metastazın hematojen embolik yolla olduğunu düşündürmektedir.

Kolesistografi ile dolma defekti şeklinde, veya ultrasonografi ile ekojenik polipoid kitle olarak gösterilen intrakolesistik lezyonlar genellikle safra kesesinin primer tümörleri olarak yorumlanırlar. Safra kesesinin intraluminal polipoid lezyonlarının cerrahi tedavisinde en önemli faktör lezyonun büyüklüğüdür. Polipoid lezyonun çapı 10mm'den büyükse muhtemel bir malign tümör olarak değerlendirilmelidir (10). Buna karşın daha küçük lezyonlarda primer safra kesesi karsinomunu ekarte ettirmez. Safra kesesinin primer ve sekonder metastatik tümörleri arasında ayırım yapmak çok zordur. Preoperatif olarak ayırıcı tanıda en önemli kriterlerden birisi safra kesesinde birlikte taş bulunmasıdır (16).

Metastas yapmış renal hücreli karsinomada nefrektomi yapılması tartışmalı olup bazı otorler metastazlarda gerileme olacağı iddiasıyla yapılması gerektiğini önermektedirler (5,6,12). Nefrektomiye takiben metastazlarda %6 ya varan oranlarda regresyon olduğunu bildiren raporla-



Şekil 4: Böbrekteki kitleye ait kesitlerde damardan zengin fibröz stroma ile çevrelenerek solid yuvalar ve glanduler yapılar oluşturan hırpak sitoplazmalı hücrelerden oluşan renal hücreli karsinom. (H.E.x40).

rında (15) olmasına rağmen bu oran genel kabul görmemekte, regresyonun %0.4 civarında olduğu kabul edilmektedir (4,13). Metastatik renal hücreli karsinomada diğer bir tedavi yaklaşımı immünoterapi olup bu vakalarda nefrektomi yapılmasının immünoterapinin etkinliğini arttırdığı savunulmaktadır (9).

Sonuç olarak bu vaka primer olarak, safra kesesindeki intraluminal polipoid görünüm nedeniyle safra kesesi karsinomu olarak değerlendirilmiş olup karında ektopik yerleşimli bir böbreğin palpe edilmesiyle renal hücreli bir karsinomun metastazı olduğu ortaya konmuştur. Bu tip polipoid lezyonların değerlendirilmesinde metastatik safra kesesi tümörünün ön tanımlar arasında düşünülmeside uygun olacaktır.



Şekil 5: Safra kesesine ait kesitlerde yüzey epitelinin hemen altında duvarı infiltrate eden tümör dokusu. (H.E. x40).

KAYNAKLAR

1. Andry G, Turnbull A, Botet J, Kurtz RC: Cholesonographic characteristics of cystic duct metastasis causing acute cholecystitis: Case report. *J Surg Oncol* 31: 178-81, 1986.
2. Botting AJ, Harrison EG, Black BM: Metastatic hypernephroma masquerading as a polypoid tumor of the gallbladder and review of metastatic tumors of the gallbladder. *Mayo Clin Proc* 38: 223-32, 1963.
3. Bundy AL, Ritchie WG: Ultrasonic diagnosis of metastatic tumors of the gallbladder presenting as acute cholecystitis. *J Clin Ultrasound* 10: 286-7, 1982.
4. Demirel A, Polat Ö, Özer K, Okyar G, Bayraktar Y: 26 renal hücreli karsinom olgusunun retrospektif değerlendirilmesi. *Karadeniz Tıp Dergisi* 5: 187-90, 1992.
5. Fairlamb DJ: Spontaneous regression of metastasis of renal cancer; A report of two cases including the first recorded regression following irradiation of a dominant metastases and review of the world literature. *Cancer* 47: 2102-5, 1981.
6. Garfield DH, Kennedy BJ: Regression of metastatic renal cell carcinoma following nephrectomy. *Cancer* 30: 190-3, 1972.
7. Gottesman J, Perta D, Elson J: Pathogenesis of hypernephroma. *Arch Surg* 24: 722-751, 1932.
8. Graham AP: Malignancy of the kidney; survey of the 195 cases. *J Urol* 58: 10-21, 1947.
9. Katz SE, Schapira HE: Spontaneous regression of genitourinary cancer on update. *J Urol* 128: 1-3, 1982.
10. Koga A, Watanabe K, Fukuyama T et al: Diagnosis and operative indications for polypoid lesions of the gallbladder. *Arch Surg* 123: 26-29, 1988.
11. McFadden PM, Krementz ET, McKinnon MP, et al: Metastatic tumor of the gallbladder. *Cancer* 44: 1802, 1808, 1979.
12. McNichols N, Segura JW, DeWeerd JH: Renal cell carcinoma: Long-term survival and late recurrence. *J Urol* 97: 973-6, 1967.
13. Montie JE, Stewart BH, Straffon RA, et al: The role of adjuvantive nephrectomy in patients with metastatic renal cell carcinoma. *J Urol* 117: 272-5, 1977.
14. Oikawa M, Nakajoh A, Tokahashi M, et al: Metastatic tumor of the gallbladder. *Geka Shinryo* 20: 272-5, 1978 (in Japanese)
15. Oliver RTD: Surveillance as a possible option for management of metastatic renal cell carcinoma. *Semin Urol* 7: 149-52, 1989.
16. Phillips G, Pochaczewsky R, Goodman J, et al: Ultrasound patterns of metastatic tumors on the gallbladder. *J Clin Ultrasound* 10: 379-82, 1982.