

Piyelonefrit nedeniyle tedavi edilen hastada tespit edilen toplayıcı duktus karsinomu: Nadir bir olgu

Collecting ductal carcinoma diagnosed in a patient who treated for pyelonephritis: A rare case

Mehmet Erhan Aydın¹, Özgü Aydoğdu¹, Halil İbrahim Bozkurt¹, Salih Polat¹, Serkan Yarımoglu², Tarık Yonguç¹, Çetin Dinçel¹

¹ İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği

² Iğdır Devlet Hastanesi, Üroloji Kliniği

Özet

Toplayıcı duktus karsinomu renal hücreli karsinomlar arasında %1'den daha az görülür ve kötü prognoza sahiptir.

54 yaşında erkek hasta sağ yan ağrısı, ateş yüksekliği şikâyetleriyle kliniğimize başvurdu. Hastada ateş yüksekliği, lökositoz, C reaktif protein yüksekliği olması sonucunda piyelonefrit ön tanısıyla antibiyoterapi başlandı. Çekilen manyetik rezonans görüntüleme ürografide sağ böbrekte pelvis ve alt pole uzanan kitle tanımlandı. Hastaya sağ radikal nefrektomi uygulandı. Post-operatif 3. günde öksürük şikayeti gelişti. Yapılan radyolojik incelemeler sonucunda akciğerde, sağ skapulada multipl metastatik lezyonlar, bilateral masif plevral effüzyon ve tiroid sağ lobda nodül saptandı. Sağ radikal nefrektomi patolojisi toplayıcı duktus karsinomu (Fuhrman grade 4, T3a) olarak raporlandı.

Anahtar Kelimeler: toplayıcı duktal karsinom, böbrek, piyelonefrit, nefrektomi

Abstract

The collecting duct carcinoma was less than 1% of all renal cell carcinomas and has poor prognosis. A 54-year-old male patient was admitted to our clinic with right side pain and fever. Antibiotherapy was initiated with the pre-diagnosis of pyelonephritis because of fever height, leukocytosis, elevated C-reactive protein. Magnetic resonance imaging urography performed and a mass in the right kidney extending to the pelvis and lower pole was observed. Right radical nephrectomy was performed on the patient. Cough complaints developed on postoperative third day. As a result of the radiological examinations, multiple metastatic lesions in the lungs and right scapula, bilateral massive pleural effusion and nodule in the right lobe of the thyroid were observed.

Based on leukocytosis and fever persistence in postoperative period performed hematological examinations and hematologic malignancy was not diagnosed. Right radical nephrectomy pathology was reported as collecting duct carcinoma (Fuhrman grade 4, T3a).

Keywords: collecting ductal carcinoma, kidney, pyelonephritis, nephrectomy

Geliş tarihi (Submitted): 01.04.2016

Kabul tarihi (Accepted): 21.04.2016

Yazışma / Correspondence

Mehmet Erhan Aydın

İzmir Bozyaka Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Saim Çıkrıkçı Cad. No:59, 35170 Bozyaka/Karabağlar/İzmir
Tel: +90 505 228 8191
E-mail: merhanaydin@gmail.com

Giriş

Toplayıcı duktus karsinomu (TDK) nefronun distal bileşenlerinden gelişir. Tüm renal hücreli karsinomlar arasında %1'den daha az görülür ve kötü prognoza sahiptir (1). Olguların çoğu tanı anında yüksek dereceli ve ileri evrededir. Hastaların 2/3'ü 2 yıl içerisinde kaybedilmektedir (2). Tedavisi hakkında henüz bir fikir birliği yoktur.

Bu yazıda piyelonefrit ön tanısıyla yatırılan hastada tespit edilen toplayıcı kanal karsinomu olgusunu sunmayı amaçladık.

Olgu

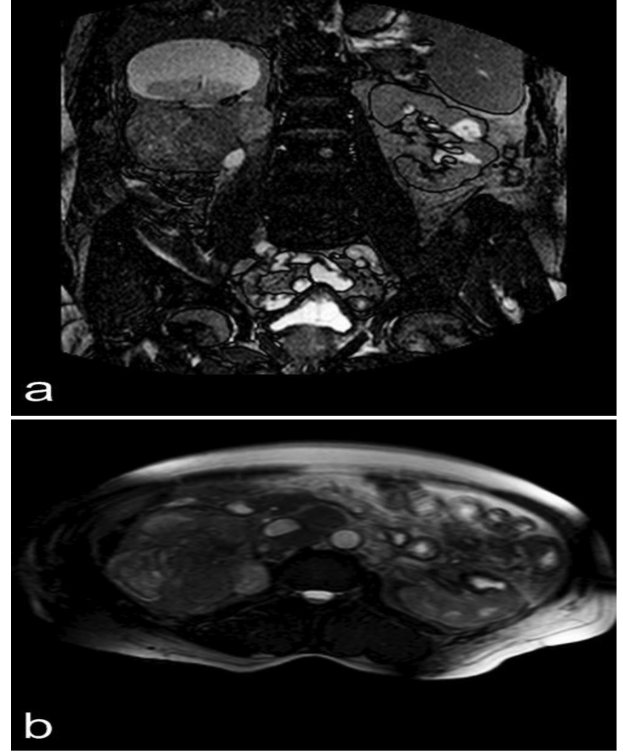
54 yaşında erkek hasta sağ yan ağrısı, ateş yüksekliği şikâyetleriyle kliniğimize başvurdu. Benzer şikâyetlerle 2 hafta önce dış merkez başvurusunda hastaya sağ üretere double-j stent takılmıştı. Öyküsünde böbrek taşı nedeni perkütan nefrolitotripsi operasyonu mevcuttu.

Fizik muayenesinde sağ kostovertebral açı hassasiyeti ve batın sağ kadranda hassasiyeti vardı. Laboratuvar değerlerinde lökosit 28.490/mm³, nötrofil 23.080/mm³, C-reaktif protein (CRP) 98 mg/L, kreatinin 1,4 mg/dL olduğu görüldü. Kontrastsız abdomen bilgisayarlı tomografisinde (BT) sağ böbrek alt ve orta kalikte, sol böbrek alt ve üst kalikte en büyüğü 1 cm'lik, multipl, obstrüksiyon oluşturmeyen taşlar mevcuttu. Yapılan abdominal ultrasonografisinde (USG); her iki böbrekte multipl taş, sağ böbrekte üst polde belirgin hidronefroz ve çöliak ve paraaortik alanda 27 mm boyutunda birkaç adet lenfadenopati (LAP) olduğu görüldü.

Piyelonefrit ön tanısıyla hastaya antibiyoterapi başlandı. Takiplerinde ateş yüksekliği ve lökositozu gerilememesi üzerine sağ böbreğe perkütan nefrostomi takıldı. Nefrostomiden alınan idrar kültüründe pseudomonas aeruginosa üremesi oldu. Hastaya çoklu antibiyoterapi uygulanmasına rağmen ateş yüksekliği ve lökositozunda gerileme görülmedi.

Hastaya çekilen manyetik rezonans görüntüleme ürografide; sağ renal pelvisi dolduran 6x2 cm'lik ve renal pelviste alt pole devamlılık gösteren 7x6 cm'lik yumuşak doku kitlesi görüldü (Resim-1). Hastaya sağ radikal nefrektomi uygulandı.

Postoperatif 3. günde öksürük şikâyeti gelişti. Çekilen toraks ve abdomen BT'sinde tiroid bezi sağ lobda 5 cm'lik nodül, her iki akciğerde 2 cm'ye ulaşan multipl metastatik nodüller, sağ skapula posterior yüze uzanan ekzofitik



metastatik kitle, sağda masif olmak üzere bilateral pleural effüzyon ve sağ paraaortik ve parakaval alanda boyutları 67x50 mm'ye ulaşan multipl LAP izlendi. Plevral effüzyon nedeni hastaya yapılan torasentezde 1200 ml eksuda vasıfta içerik geldiği görüldü. Sitolojik incelemesi malign olarak değerlendirildi. Tiroid fonksiyon testleri bakılarak hipertiroidi olduğu görüldü ve tedavisi başlandı. Tiroid ince iğne aspirasyon biyopsisi uygulandı, malignite kuşkulu sitoloji olarak yorumlandı.

Postoperatif dönemde de çoklu antibiyoterapiye rağmen kliniğinde gerileme olmadı. Hematolojik malignite açısından yapılan periferik yayma ve kemik iliği biyopsisi sonucunda öncelikli enfeksiyöz patoloji düşünüldü.

Sağ radikal nefrektomi patolojisi toplayıcı duktus karsinomu (Fuhrman grade 4, T3a) olarak raporlandı. Takiplerinde multi organ yetmezliği gelişen hasta postoperatif 32. gün hasta exitus oldu.

Tartışma

Ortalama görülme yaşı 6. dekattır; erkeklerde ve siyah ırkta daha fazla görülmektedir (3). Bu olgudaki hasta 5. dekatta erkek ve beyaz ırktadır.

TDK'li hastaların en sık başvuru semptomları hematurisi ve yan ağrısıdır. Eritrosit sedimantasyon oranı, CRP,

immünesupresif asidik protein ve alfa2-globulin artışı gibi sistemik sendromlar TDK'de sıklıkla görülmüştür (4). Bu olgudaki hastada başvuru şikâyeti yan ağrısı olup, CRP yüksekliği mevcuttur.

TDK tanı anında sıklıkla ileri evrede olup, nodal ve uzak metastazlar mevcuttur. Renal hücreli karsinomlar arasında TDK'lerin ileri evre sıklığı daha fazla oranda saptanmıştır (5). TDK'ler saptandığında genelde uzak metastazlar mevcut olup, bunlar en çok akciğer ve kemikte görülmüştür (6). Bir olguda postoperatif dönemde hastada hemifasial paralizi gelişmiş ve görüntülemeler sonucunda beyin metastazı saptanmıştır (7). Diğer bir olguda ise bu olguya benzer olarak postoperatif dönemde multipl akciğer ve kemik metastazları saptanmıştır (8).

TDK'lerinin tedavisinde tek başına kür sağlamayan cerrahi yanında bir çok kemoterapi ve immünoterapi rejimleri denenmekte olup, tüm bu uygulamalar seçilmiş hasta gruplarında sınırlı fayda sağlamaktadır. Kemoterapide karboplatin, gemsitabin, sisplatinin değişik kombinasyonları denenmektedir (6). TDK mezonefrik orijinli olduğundan ürotelyal kanserler için olan kemoterapi rejimleri de kullanılmaktadır (9). İmmünoterapide INF-alfa, INF-gama, IL-2 kullanılmaktadır. Ameliyat sonrası dönemde verilen INF-alfa'nın yararlı olmadığı ve bu tedavinin sağkalıma faydalı olmadığını öne süren çalışmalar da vardır (6,10). Yine de bazı olgularda immünoterapi uygulanmıştır (8,11,12). Diğer bir olguda ise postoperatif dönemde gelişen beyin metastazına kraniyal radyoterapi uygulanmış ve nörolojik olarak kısmi iyileşme gösterilmiştir (7). Ancak bu hastalık için henüz geliştirilmiş standart bir tedavi protokolü yoktur.

Bu olguda sağkalım süresi çok kısa olsa da 23.ayda diğer nedenlere bağlı kaybedilen olgu da mevcuttur (8,11).

Sonuç

Böbreğin toplayıcı duktus karsinomları agresiftir ve düşük sağkalım oranlarına sahiptir. Hidronefroz ve piyelonefrit neden olan patolojiler arasında nadir de olsa yer almaktadır. Tanı anında metastatik ve yüksek dereceli olduğundan kötü prognoza sahiptir ve etkili bir tedavi seçeneği henüz bilinmemektedir.

Resim-1: (a,b) Sağ böbrek renal pelviste ve alt polde yumuşak doku kitlesi, MRI ürografi görüntüsü

Dipnot: Bu olgu 26-29 Ocak 2017 tarihleri arası Trakya Üniversitesi Balkan Kongre Merkezi, Edirne'de gerçek-

leştirilen 7. Üroonkoloji Kongresi'nde sözlü bildiri olarak sunulmuştur.

Kaynaklar

1. Cohen HT, McGovern FJ. Renal-cell carcinoma. N Engl J Med 2005;353:2477-90.
2. Chao D, Zisman A, Pantuck AJ, et al. Collecting duct renal cell carcinoma: clinical study of a rare tumor. J Urol 2002;167:71-4.
3. Karakiewicz PI, Trinh QD, Rioux-Leclercq N, et al. Collecting duct renal cell carcinoma: a matched analysis of 41 cases. Eur Urol 2007;52:1140-5.
4. Sene AP, Hunt L, McMahon RF, Carroll RN. Renal carcinoma in patients undergoing nephrectomy: analysis of survival and prognostic factors. Br J Urol 1992;70:125-34.
5. Igarashi T, Murakami S, Isaka S, Okano T, Shimazaki J, Matsuzaki O. Serum immunosuppressive acidic protein as a tumor marker for renal cell carcinoma. Eur Urol 1991;19:332-5.
6. Tokuda N, Naito S, Matsuzaki O, Nagashima Y, Ozono S, Igarashi T. Collecting duct (Bellini duct) renal cell carcinoma: a nationwide survey in Japan. J Urol 2006;176:40-3.
7. Dündar G, Korğalı E. Bellini Kanal Karsinomu: Olgu Sunumu ve Literatürün Gözden Geçirilmesi. Bulletin of Urooncology 2016;15:170-3
8. Başeskioglu B, Açıklın M, Dönmez T. Böbreğin Toplayıcı Kanal Kanseri: Literatürün Klinikopatolojik Bulgularımızla Gözden Geçirilmesi. Gazi Med J 2012;23:25-8
9. Oudard S, Banu E, Vieillefond A, et al. Prospective multicenter phase II study of gemcitabine plus platinum salt for metastatic collecting duct carcinoma: results of a GETUG (Groupe d'Etudes des Tumeurs Uro-Génitales) study. J Urol 2007;177:1698-702.
10. Kirkali Z, Celebi I, Akan G, Yörükoğlu K. Bellini duct (collecting duct) carcinoma of the kidney. Urology 1996;47:921-3.
11. Ceylan C, Odabaş Ö, Şahin A, Temuçin T, Ceylan T. Toplayıcı Kanal Karsinomu. J Med Sci 2012;32:1159-62.
12. Turunç T, Bolat F, Eğilmez T, et al. Böbreğin toplayıcı kanal kanseri: iki olgu sunumu. Turk Urol 2005;31:280-3.