Üreter Tümörüne Bağlı Dev Hidronefroz ve Afonksiyone Böbrek: Olgu Sunumu

Giant Hydronephrosis and Nonfunction Kidney Dependent to Ureter Tumor: A Case Report

Dr. Serhan Çimen, Dr. Ramazan Altıntaş, Dr. Ali Güneş

İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Malatya, Türkiye

Özet

Üst üriner sistemde değişici epitel hücreli tümörler oldukça nadir görülmektedir. Bu tümörlerin eş zamanlı mesane tümörü ile birlikte görülmesi çok nadirdir. Bu durumda hastanın tedavi sonrası sıkı takibi gerekir. Biz bu olgumuzda kliniğimize sağ yan ağrısı, karında ele gelen kitle ve son bir yıldır ara ara olan hematüri şikayeti ile başvuran ve yapılan tetkiklerinde dev hidronefroz, üreter tümörü, afonksiyone böbrek ve eş zamanlı mesane tümörü saptanan 56 yaşında erkek hastayı güncel literatür ışığında sunmayı amaçladık.

Anahtar Kelimeler: Dev hidronefroz ve afonksiyone böbrek, üreter tümörü, değişici epitel hücreli kanser

Summary

Transitional epithelial cancers in upper urinary tract are quite rare. It is less often being synchronous with the bladder cancer and this situation needs closer follow-up of the patient. In this case report, we evaluated a 56 years-old male having a giant hydronephrosis and nonfunctional kidney, urethra tumor in the light of current literature. The patient presented with right flank pain, palpable abdominal mass and intermittent hematuria in last one years.

Key Words: Giant hydronephrosis and nonfunctional kidney, urethra tumor, transitional epithelial cancer

Giriş

Üst üriner sistemde değişici epitel hücreli tümörler oldukça nadir görülmektedir. Renal pelvis yerleşimli değişici epitel hücreli tümörler tüm ürotelyal kanserlerin %5'ini oluştururken, üreter tümörleri renal pelvis tümörlerinin sadece üçte birini oluştururlar (1,2,3,4). Hastalar sağlık kuruluşlarına sıklıkla hematüri, künt yan ağrısı, dizüri, karında ele gelen kitle ve sık geçirilen idrar yolu enfeksiyonu gibi şikayetlerle başvururlar. Ya da başka nedenlerle yaptıkları başvuru esnasında yapılan tetkik ve görüntülemeler esnasında tesadüfen tespit edilirler (1).

Biz yazımızda üreter tümörüne bağlı hidronefroz ve afonksiyone böbrek olgusunu sunmayı amaçladık.

Olgu Sunumu

Elli altı yaşında erkek hasta, kliniğimize sağ yan ağrısı, karında ele gelen kitle ve son bir yıldır ara ara olan hematüri şikayeti ile başvurdu. Hastanın hipertansiyon dışında ek hastalığı yoktu. Yapılan fizik muayenede; sağ lomber bölgede yapılan yüzeysel palpasyonda dahi ele gelen kitle, hassasiyet ve karnın ortasında umblikusun hemen sağında hissedilen kranialden kaudale doğru uzanan yaklaşık 7 cm çaplı kitle palpe edildi. Hastanın özgeçmişinde başka bir sağlık kuruluşuna başvuru hikayesi mevcuttu ve herhangi bir öneride bulunulmamıştı. Hastanın laboratuvar incelemesi normaldi. Bu bulguların

ışığında hastaya yaptırılan ultrasonografi; sağ böbrek lojunu tamamen dolduran ve kemik pelvise kadar uzanan 32x11x17 cm boyutlarında, lobüle konturlu, yoğun içerikli (pyonefroz?), parenkimi net seçilemeyen böbrek şeklinde rapor edildi. Ayrıca mesane sağ üreter orifisi etrafına uyan bölgede lümen uzanım gösteren papiller oluşum gözlemlendi. Bunun üzerine hastaya bilgisayarlı tomografi çekildi. Tomografide de böbreğin ileri derecede hidronefrotik olduğu, parankiminin izlenmediği ve mesanede de ultrasonografideki benzer şekilde tümöral oluşum olduğu belirtildi (Şekil 1, 2).

Hasta operasyona hazırlandı ve hastaya aynı seansta önce sistoskopi yapıldı ve sağ orifis etrafındaki tümöral oluşuma transüretral rezeksiyon uygulandı. Ardından yine sağ tarafa radikal nefroüretrektomi ve mesaneden cuff eksizyonu yapıldı. Hastada postoperatif dönemde herhangi bir komplikasyon gelişmedi ve taburcu edildi. Patolojik dokular böbrek için kronik pyelonefrit, hidronefroz şeklinde yorumlanırken, üreter için subepitelyal fibröz dokuya invaze düşük dereceli ürotelyal karsinom ve yine transüretral rezeksiyon materyali için ise düşük dereceli papiller ürotelyal karsinom şeklinde raporlandı.

Tartışma

Üst üriner sistem tümörleri, tüm ürogenital tümörlerin %1-2'sini oluşturur. Buna karşılık ürotelyal tümörlerin sadece %5'lik

Şekil 1. Dev hidronefroz ve afonksiyone böbrek BT görüntüsü

Şekil 2. Üreter alt uç tümörü BT görüntüsü (okla gösterilmiştir)

bir kısmı üst üriner sistemde ortaya çıkar (5). Üst üriner sistem tümörlerinin %90'ını değişici epitel hücreli kanserler oluşturmaktadır. Geri kalan %10'luk kısım ise skuamöz hücreli kanserler ve adenokanserlerden oluşur. Bu kanserler üretere oranla renal pelviste 4 kat daha sık görülür (6).

Tümörün karşı tarafta görülme sıklığı %1-5,8 arasındadır. Mesane tümörü ile benzerlik göstermesine rağmen, mesane tümörü olanların %4'ünden az bir kısmında üst üriner sistem tümörü görülür. Buna karşılık üst üriner sistemde değişici epitelium hücreli karsinomu olan hastaların takiplerinde mesanede de tümör çıkma oranı %30-75'dir. Tanı anında tespit edilen tümörün %60'ı invazivdir. Genellikle 70-80'li yaşlarda pik yapar ve erkeklerde kadınlara oranla 3 kat fazla görülür (6,7,8,9,10).

Sigara, balkan nefropatisi, papiller nekroz, aşırı analjezik kullanımı, aşırı kahve tüketimi, kimyasallara maruziyet, üriner sistem taşları, kronik enfeksiyonlar etyolojide rol oynayan başlıca risk faktörleridir (1,2). Hastamızda bu etyolojik faktörlerden herhangi birisi tespit edilmedi ve sigara kullanım öyküsü yoktu. Hastaların en yaygın başvuru şikayeti %75 oranında görülen makroskopik veya mikroskopik hematüridir (11). Hastaların %20-40'ında künt yan ağrısı, %10-20'sinde lomber bölgede ele gelen kitle görülür (7,9). Hastalar ayrıca hastalığın yayılmasına bağlı anemi, kilo kaybı, bulantı-kusma, iştahsızlık ve kemik ağrıları ile başvurabilirler (12). Başka bir şikayetle sağlık merkezine başvuru esnasında yapılan tetkik ve görüntüleme yapılırken tesadüfen saptanabileceği gibi perkütan taş cerrahisi esnasında da görülebilmektedir (13,14). Hastamızın başvuru şikayetleri güncel bilgilere uygun şekilde hematüri, yan ağrısı, karnının sağ tarafında ele gelen kitle ve anemi idi.

Şüphelenilen hastalarda intravenöz piyelografi (IVP) çekilebilir. IVP'de %50-70 oranında tümöre bağlı dolma defekti

görülürken, %10-30 oranında bir grupta ise invaziv hastalığa bağlı hidronefroz ve üreteropelvik bileşke obstrüksiyonuna benzer şekilde kontrast maddenin üretere geçişinin olmadığı görülür (15). Multidedektör bilgisayarlı tomografi ürografi (MBTÜ) üst üriner sistemin görüntülenmesinde IVP'nin yerini alarak altın standart görüntüleme yöntemi olmuştur (16,17). Üst üriner sistem ürotelyal hücreli kanserin saptanma oranı bu görüntüleme yöntemi için tatmin edicidir. Beş-10 mm gibi küçük boyutlu polipoid lezyonlar için bu görüntüleme yöntemin duyarlılığı %96 iken özgüllüğü %99'dur (18). MR ürografi, MBTÜ ile tanı konulamayan hastalarda seçilecek görüntüleme yöntemidir (19).

Bu tümörlerde surveyin belirleyicisi olarak tümörün evresi ve derecesi en önemli faktörler iken, diğer sebepler ise birlikte karsinoma insitu varlığı, pozitif lenf nodu sayısı, DNA plöidisi olup olmadığı, tümörün lokalizasyonu (üreter vs. renal pelvis), tümörün multifokalitesi, beraberinde mesane tümörünün olup olmadığı, uygulanan cerrahi tipi, hastanın yaşı, performans durumu ve kadın cinsiyet şeklinde sıralanabilir (2).

Üreter tümörleri, idrar akış yönüne bağlı olarak alt üreterde daha sık görülürler. Alt üreterde yaklaşık %70 oranında görülürken, orta üreterde %25, üst üreterde ise sadece %5 oranında görülmektedir (2). Hastamızda ise tümör üreter alt 1/3'lük kısımda ve yaklaşık 5-6 cm'lik bir segmentte idi. Ayrıca mesanede sağ orifis etrafında da tümöral oluşum mevcuttu.

Üst üriner sistem tümörleri kötü prognoz ile karakterizedir. Hastaların yaklaşık beşte birinde başvuru esnasında metastaz tespit edilmektedir (2). Demirtaş ve ark.'nın 2010 yılında 32 hastayı içeren 15 yıllık klinik deneyimlerini paylaştıkları çalışmalarında progresyona etki eden faktörün tümörün evresi olduğunu saptamışlardır (20). Bu kanserlerde 5 yıllık kansere özgü sağkalım oranları; Ta/Cis tümörlerde %100, T1 tümörlerde %92, T2 tümörlerde %73, T3 tümörlerde %41 iken T4 tümörlerde ise ortalama sağkalım 6 aydır (2).

Evrelemede The American Joint Committee on Cancer (AJCC) ve Union International Contre le Cancer (UICC) tarafından kabul edilen TNM evreleme sistemi kullanılmaktadır. Bizim hastamızda TNM evreleme sistemine göre pT1N0M0 G1 olup stage olarak da hastalığı stage 1'dir.

Retrograd rezeksiyon, antegrad rezeksiyon, fulgurasyon, parsiyel rezeksiyon gibi organ koruyucu cerrahi yöntemler olsa da halen altın standart yöntem üreter alt uça çevre mesane mukozasını da içerisine alacak şekilde radikal nefroüretrektomi yapılmasıdır (21). Bu cerrahi yaklaşım, açık cerrahi, laparoskopik, her iki yöntemin kombinasyonu şeklinde uygulanabileceği gibi son yıllarda teknolojinin gelişmesiyle birlikte robot yardımlı da yapılabilir.

Ayrıca rezeksiyon öncesi yapılan sistoskopik görüntülemede mesanede tümör varlığında prognoz daha kötüdür ve ileride karşı taraf üst üriner sistemde değişici epitel kökenli kanser gelişmesi riski artar (2). Bu durumda hastaların takibi 3 ayda bir sistoskopi ve 6 ayda bir bilgisayarlı tomografi şeklinde çok sıkı yapılmalıdır.

Biz de hastamıza radikal nefroüretrektomi, mesaneden "cuff" eksizyonu ve mesane tümörü için de transüretral rezeksiyon uyguladık. Ayrıca hastamızı rekürrens gelişebileceğini öngördüğümüzden üç aylık periyotlar ile sistoskopi ve 6 ayda bir bilgisayarlı tomografi takibine aldık.

Sonuç olarak hidronefroz, hematüri yan ağrısı gibi şikayetlerle başvuran hastalarda üreter tümöründen de şüphelenilmeli ve hastalar ayrıntılı tetkik edilmelidir.

Konsept: Serhan Çimen, Ramazan Altıntaş, Ali Güneş

Dizayn: Serhan Çimen, Ramazan Altıntaş

Veri Toplama veya İşleme: Serhan Çimen, Ramazan Altıntaş

Analiz veya Yorumlama: Serhan Çimen, Ramazan Altıntaş, Ali Güneş

Literatür Arama: Serhan Çimen, Ramazan Altıntaş, Ali Güneş

Yazan: Serhan Çimen

Çıkar Çatışması: Yazarlar bu makale ile ilgili olarak herhangi bir çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

Finansal Destek: Yazarların finansal desteği yoktur.

Kaynaklar

1. Akdoğan B. Üst Üriner sistemin ürotelyal tümörleri: epidemiyoloji, tanı, sınıflandırma ve prognostik faktörler. In: Özen H, Türkeri L, ed(s). Üroonkoloji Kitabı. 1. Basım. Ankara: Ertem Basım Yayın 2007: 389-400.
2. Flanigan RC. Urothelial tumors of the upper urinary tract. In: Wein AJ, Kavoussi LR, Novick AC, Partin AW, Peters CA, ed(s). Campbell-Walsh Urology. 9th ed. Philadelphia: Saunders 2007: 1653-86.
3. Jemal A, Siegel R, Ward E, et al. Cancer Statistics, 2006 CA. CA Cancer J Clin 2006;56:106-130.
4. Hall MC, Womack S, Sagalowsky AI, et al. Prognostic Factors, Recurrence, and Survival in Transitional Cell Carcinoma of the Upper Urinary Tract: A 30-Year Experience in 252 Patients. Urology 1998;52:594-601.
5. Roupret M, Zigeuner R, Palou J, et al. European guidelines for the diagnosis and management of upper urinary tract urothelial cell carcinomas: 2011 update. Eur Urol 2011;59:584-594.
6. Jemal A, Siegel R, Ward E, et al. Cancer statistics, 2007. CA Cancer J Clin 2007;57:43-66.
7. Hall MC, Womack S, Sagalowsky AI, et al. Prognostic factors, recurrence, and survival in transitional cell carcinoma of the upper urinary tract: a 30-year experience in 252 patients. Urology 1998;52:594-601.
8. Olgac S, Mazumdar M, Dalbagni G, et al. Urothelial carcinoma of the renal pelvis: a clinicopathologic study of 130 cases. Am J Surg Pathol 2004;28:1545-1552.
9. Babjuk M, Oosterlinck W, Sylvester R, et al. EAU guidelines on non-muscle-invasive urothelial carcinoma of the bladder, the 2011 update. Eur Urol 2011;59:997-1008.
10. Babjuk M, Oosterlinck W, Sylvester R, et al. EAU guidelines on non-muscle-invasive urothelial carcinoma of the bladder, the 2011 update. Eur Urol 2011;59:997-1008. Jun;59(6):997-1008. Epub 2011 Mar 22. Review.
11. Terao S, Yamada Y, Shirakawa T, et al. Granulocyte-Colony Stimulating Factor Producing Urothelial Carcinoma of Renal Pelvis. Int J Urol 2005;12:500-502.
12. Raman JD, Shariat SF, Karakiewicz PI, et al. Does preoperative symptom classification impact prognosis in patients with clinically localized upper-tract urothelial carcinoma managed by radical nephroureterectomy? Urol Oncol 2011;29:716-723.
13. Katz R, Gofrit ON, Golijanin D, et al. Urothelial Cancer of the Renal Pelvis in Percutaneous Nephrolithotomy Patients. Urol Int 2005;75:17-20.
14. Williams JH, Frazier HA 2nd, Gawith KE, et al. Transitional Cell Carcinoma of the Kidney with Tumor Thrombus into the Vena Cava. Urology 1996;48:932-935.
15. Oosterlinck W, Solsona E, van der Meijden AP, et al. European Association of Urology. EAU Guidelines on Diagnosis and Treatment of Upper Urinary Tract Transitional Cell Carcinoma. Eur Urol 2004;46:147-154.
16. Dillman JR, Caoili EM, Cohan RH, et al. Detection of upper tract urothelial neoplasms: sensitivity of axial, coronal reformatted, and curved-planar reformatted image-types utilizing 16-row multi-detector CT urography. Abdom Imaging 2008;33:707-716.
17. Wang LJ, Wong YC, Chuang CK, et al. Diagnostic accuracy of transitional cell carcinoma on multidetector computerized tomography urography in patients with gross hematuria. J Urol 2009;181:524-531, discussion 531.
18. Colin P, Koenig P, Ouazzane A, et al. Environmental factors involved in carcinogenesis of urothelial cell carcinomas of the upper urinary tract. BJU Int 2009;104:1436-1440.
19. Takahashi N, Glockner JF, Hartman RP, et al. Gadolinium enhanced magnetic resonance urography for upper urinary tract malignancy. J Urol 2010;183:1330-1365.
20. Demirtaş A, Şahin N, Ekmekçioğlu O, ve ark. Üst Üriner Sistem Ürotelyal Tümörlerinde Prognoza Etki Eden Faktörler: 15 Yıllık Deneyimimiz. Erciyes Tıp Dergisi 2010;32: 97-102.
21. FN Kimball HF. Papillomatous tumors of the renal pelvis associated with similar tumors of the ureter and bladder: Review of the literature and report of two cases. J Urol 1934;31:257-304.