

Böbrek tümörü

SORU: Dr. Uğur Mungan

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, İzmir

CEVAP: Dr. Bülent Akduman

Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Zonguldak

Hipertansiyon etiyolojisini araştırmak için yapılan incelemelerde üst batın ultrasonografisinde sağ böbrek alt polden kaynaklanan yaklaşık 5x6 cm.lik solid kitle saptanan 69 yaşındaki erkek hasta üroloji servisine ileri inceleme amacıyla yatırılıyor. Hastanın aciliyet hissi dışında hiçbir ürolojik yakınması yoktur. Öz geçmişinde ilaçlarla kontrol altına alınmış hipertansiyonu dışında bir özellik olmayan hasta yaklaşık 43 yıl günde 1-2 paket sigara içiyordu. Fiziki bakışında bir özellik yoktu. Rutin biyokimyasal tetkikleri de normaldi.

Soru 1. Böyle bir hastada ön tanı olarak neler düşünür ve hangi tetkikleri istersiniz?

Yanıt: Radyografik olarak tespit edilmiş solid renal kitlesi olan bir vakada ön tanı olarak renal hücreli kanser düşünülmeli, ayırıcı tanı olarak renal adenoma, onkositoma, anjiomyolipoma, transisyonel hücreli kanser, metastatik tümör, apse, enfarkt, vasküler malformasyon, ve renal pseudotümör gibi durumlar dikkatle araştırılmalıdır. Renal hücreli kanser kadınlara oranla erkeklerde daha sıkça görülen (1.5/1), 60 ile 70 yaşları arasında en üst düzeye ulaşan, sigara kullanımı, obesite ve antihipertansif tedavi ile ilişkisi gösterilmiş bir hastalıktır (1). Rastlantısal olarak solid renal kitle tespit edilmiş olan bu vaka, yaş ve cinsiyet yanında uzun süreli sigara kullanımı ve antihipertansif tedavi gibi risk faktörlerini de beraberinde bulundurmaktadır.

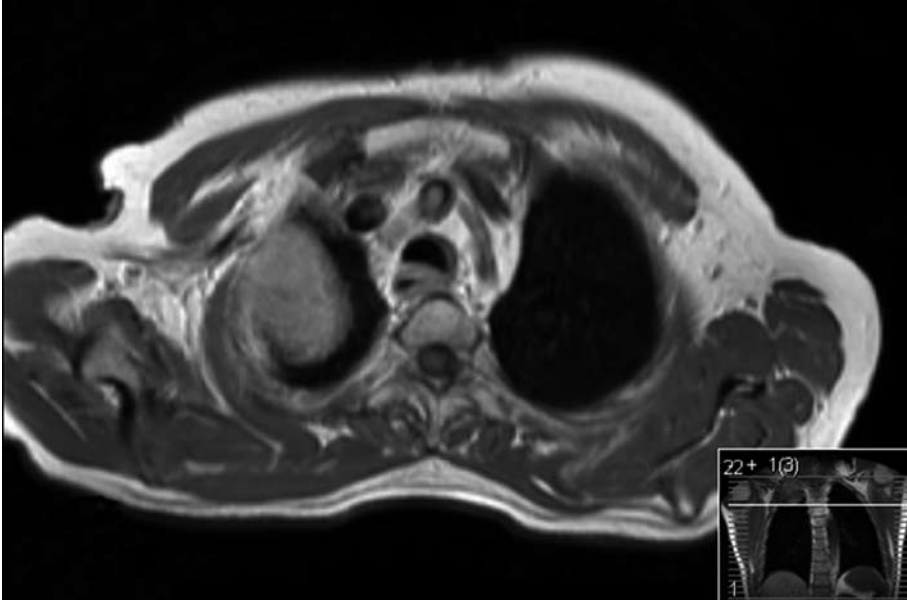
Hematüri ile başvuran bir hastanın ilk değerlendirilmesinde sıklıkla kullanılan IVP'nin duyarlılık ve özgüllüğünün düşük olduğu unutulmamalıdır. Bunun dışında böbreğin periferini ve toplayıcı sistemini bozmayan küçük anterior ve posterior yerleşimli kitleler IVP ile tespit edilemeyebilir. Renal yetmezlik ve kontrast alerjisi IVP için kontrendike durumlardır. Böbrek fonksiyonları normal olan bu olguda yüksek kalite ile çekilen kontrastlı abdomen CT, kitlenin karakteristikleri hakkında bilgi vermesinin yanında diğer böbreğin morfolojisini ve fonksiyonlarını gösterecektir. Kitlenin böbrek dışına yayılımı, venöz tutulum, lenf nodu tutulumu, adrenal tutulumu ve karaciğere metastazı da CT ile değerlendirilebilir. Renal yetmezlik ya da kontrast alerjisi durumlarında ve lokal olarak ilerlemiş hastalığı bulunan olgularda renal ven ve vena cava tutulumunu değerlendirmek amacı ile manyetik rezonans görüntüleme yapılabilir. Yine tümör trombusunu değerlendirmek amacı ile doppler ultrasonografi yapılabilir. Renal arteriografi ve inferior vena cavagrafi de seçilmiş vakalarda yapılabilir. Akciğer metastazı açısından vaka mutlaka değerlendirilmeli, bu nedenle en azından akciğer grafisi ya da daha detaylı değerlendirmek amacı ile akci-



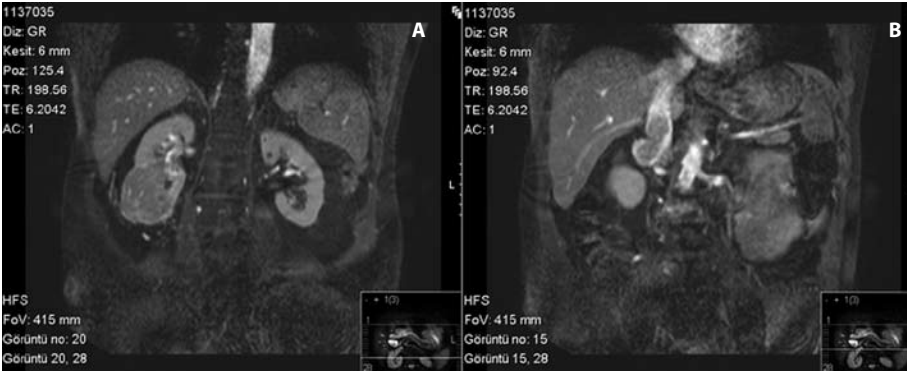
Şekil 1. İVP de sağ alt polde izlenen yumuşak doku lezyonu

ğer tomografisi yapılmalıdır. Semptomu bulunmadığından vakanın kemik sintigrafisi ve beyin tomografisi ile değerlendirilmesine gerek yoktur.

Hastaya üroloji servisinde yatmakta iken sağ böbrekte olan solid nitelikteki kitleye yönelik tetkikler yapıldı. İntravenöz ürografide her iki böbrek fonksiyone idi ve sağ böbrek alt polden kaynaklanan ve alt pol kalikslerinde yayılan yumuşak doku kitlesi izleniyordu (Şekil 1). Batın tomografisinde sağ böbreğin alt pol parankim duvarından gelişmiş 56x56 mm. çapında yer yer düzensiz konturlu heterojen yoğunlukta solid tümöral kitle tanımlanıyordu. Lezyon kontrast ile heterojen karakterde opak tutmaktaydı ve iyi opaklanmayan hipodens nekroz alanları da içermekteydi. Sağ renal ven trasesinde kitlesel kalınlaşma vardı ve tümöral yapıyla devamlılık gösteriyordu. Akciğer grafisinde sağ akciğer apikal segmentte izlenen görüntü nedeniyle çekilen torakal tomografide sağ toraks apeksinde kemik destrüksiyonuna neden olan intratorasik bölgeye uzanım gösteren 65x60 mm. çapında solid kitle mevcut idi (Şekil 2). Renal ven renkli doppler incelemesinde sağ renal ven içinde 7 cm.lik segmentte trombus ve yine vena cava superiorda lümen



Şekil 2. Toraks tomografisinde izlenen sağ akciğer apikal segmentteki kitle



Şekil 3. MRG'de sağ böbrek alt polden köken alan kitle (A) ve vena cava superiordaki trombus (B)

çinde yaklaşık 5,5 cm lik trombus vardı. Manyetik rezonans görüntüleme de sağ böbrek alt polden kaynaklanan 6x6 cm.lik lobüle kontürlü kontrastlı serilerde heterojen kontrastlanma paterni gösteren kitle ve vena cava superior içinde sağ renal venden başlayarak inferior hepatic ven düzeyine kadar uzanan trombus tanımlandı (Şekil 3).

Soru 2. Bu hastaya tedavi yaklaşımınız nasıl olacaktır?

Yanıt: Inferior hepatic ven düzeyine kadar uzanım gösteren vena cava trombusu olan 56X56 mm'lik kitlesi olan bu vakada radikal nefrektomi ve trombusünün çıkarılması standart tedavi yaklaşımı olarak kabul edilmektedir. Renal venin kontrolü sırasında renal venin bağlanarak kesilmesi güvenli bir yaklaşım değildir. Posteriordaki lomber venler, sağ adrenal ven ve caudat loba giden minor hepatic venler bağlanmalı, tümör trombusünün superior ve inferiorunda vena cava kontrol altına alınmalı, inferior vena cava ile

renal venin keşiştiği yerde yapılan sirküferansiyel longitudinal insizyon ile vena cavatomi yapılmalıdır. Bunu takiben böbreğe yapılacak olan hafif traksiyon ile tümör trombusu bütün olarak çıkartılmalıdır. Böbreğe sınırlı olan olgularda trombus uygun olarak çıkarıldığı takdirde hastanın 5 yıllık sorvisi %70'lere kadar çıkmaktadır (2). Tümör trombusünün büyüklüğünün prognoz üzerine etkisinin olmadığı bilinmektedir. Diğer taraftan ven duvarına direkt olarak invazyon bulunması ya da metastaz varlığı sorviyi dramatik şekilde düşürmektedir. Soliter akciğer metastazı olan bu olguda metastazektominin prognoza olumlu etkisi olabileceğini gösteren çalışmalar mevcuttur (3). Özellikle akciğer, adrenal ve beyinde bulunan soliter metastazlarda metastazektominin sorviye etkisinin olabileceği hatırlanmalıdır.

Soru 3. Lenfadenektomi yapar mıydınız? Uygularsanız şekli ve sınırları ne olmalıdır?

Yanıt: Renal hücreli kanserin tedavisinde lenfadenektominin rolü tartışmalı bir

konudur. Standart lenfadenektomi diaframin crus'undan aort bifurkasyonuna kadar olan bölgede yapılan tüm lenfadenektomiyi içerir. Günümüzde böylesine geniş sınırları içeren bir lenfadenektomi bir çok ürolog tarafından benimsenmemektedir. Bunun nedenleri olarak böbreğin lenfatik drenajının değişken olabileceği ve tümörün kan yoluyla yapacağı metastazlar üzerine etkisinin olmaması nedeniyle tedavi edici etkisinin çok sınırlı olması sayılabilir. Yine lenf nodu tutulumu olan bir çok hastanın sistemik yayılım gösterebileceği hatırlanmalıdır. Lenf nodunda mikrometastazları bulunan az sayıda hastanın bu yaklaşımdan potansiyel olarak yarar görebileceği söylenebilir. Radyografik olarak lenf tutulumunun varlığında ya da cerrahi sırasında tespit edilmesi durumunda tam lenfadenektomi yapılması mantıklı bir yaklaşım olarak düşünülebilir. Bunun dışındaki durumlarda renal hiler lenf nodlarının çıkartılması yeterli olacaktır.

Hastaya sağ radikal nefrektomi ve aynı seansta vena cava içindeki trombusda trombektomi uygulandı. Hastayı aynı seansta sağ akciğer üst lopta mevcut olan kitlesinin çıkarılmasına yönelik işlemi kabul etmediğinden akciğerdeki kitleye yönelik cerrahi bir işlem uygulanmadı.

Histopatolojik değerlendirme sonucu renal hücreli karsinom (konvansiyonel tür), grade 2, renal ven invazyonu (+), lenf nodu (-) ve cerrahi sınırlar (-) olarak gelen hasta pT3b olarak evrelendi.

Soru 4. Post operatif dönemde herhangi bir komplikasyon gelişmeyen hastaya daha sonraki tedavisinde neler önerirdiniz ve izlemi ne sıklıkla yapılmalıdır?

Yanıt: Akciğer metastazı olan bu renal hücreli kanser olgusunun cerrahi sonrası yapılacak olan tedavisinde tek başına kemoterapinin rolünün olmadığı bilinmektedir. İmmunoterapötik olarak interferon alfa 10MU haftada 3 kez 12 hafta süre ile verilebilir. İnterlökin-2'nin toksisitesi interferona oranla daha yüksektir ve etkinliği ise interferondan daha iyi değildir. Yine kombine tedavinin tek başına interferon tedavisine oranla üstünlüğü gösterilememiştir (4). Son yıllarda bu alanda uygulanan anjiogenez inhibitörleri ile yüz güldürücü sonuçlar alınmaktadır (5-7). Bunlardan bazıları sorafenib, sunitinib, temsirolimus olarak sayılabilir. Sorafenibin sitokin tedavisinin başarısız olduğu durumlarda ikinci

tedavi olarak etkinliği gösterilmiştir. Sunitinibin ise henüz sitokin almamış iyi ve orta derecede riskli hastalarda interferondan daha etkin olabileceği gösterilmiştir.Yine kötü risk grubundaki hastalarda temsirolimusun interferondan daha etkin olabileceği bilinmektedir. Bu hastaların takibinde bir konsensüs olmamakla birlikte tartışılan vakanın özellikle ilk 5 yıl içerisinde abdomen ve toraks tomografisi ile takibi uygun olacaktır.

Kaynaklar

1. Lindblad P. Epidemiology of renal cell carcinoma. Scand J Surg 2004; 93: 88-96.
2. Trasher TB, Paulson DF. Prognostic factors in renal cancer. Urol Clin North Am 1993; 20:247-262.
3. Tolia BM, Whitmore WF Jr. Solitary metastasis from renal cell carcinoma. J Urol 1975; 114:836.
4. Negrier S, Escudier B, Lasset C, et al. Recombinant human interleukin-2, recombinant human interferon alfa-2a, or both in metastatic renal-cell carcinoma. Groupe Francais d'Immunotherapie. N Eng J Med 1998; 338:1272-1278.
5. Escudier B, Eisen T, Stadler WM, et al. Sorafenib in advanced clear-cell renal-cell carcinoma. N Eng J Med 2007; 356:125-134.
6. Motzer RJ, Hutson TE, Tomczak P, et al. Sunitinib versus interferon alfa in metastatic renal-cell carcinoma. N Eng J Med 2007; 115-124.
7. Hudes G, Carducci M, Tomczak P, et al. A phase 3, randomized, 3-arm study of temsirolimus (TEMSR) or interferon-alpha (IFN) or the combination of TEMSR+IFN in the treatment of first-line, poor-risk patients with advanced renal cell carcinoma. J Clin Oncol 2006; 24: LBA4.