

Bilateral eş zamanlı böbrek tümörü olgusu

SUNUM: Dr. Uğur Mungan

YANITLAYAN: Dr. Kâmuran Bircan

Hiçbir yakınması olmadan İç Hastalıkları servisinde değerlendirildiği sırada kontrol amaçlı çekilen tüm batin ultrasonografisinde her iki böbreğinde solid kitleler izlenen 50 yaşındaki bayan hasta ileri tetkik ve tedavi için kliniğimize yatırıldı. Ürolojik yakınması, öz ve soy geçmişinde özellik olmayan hastanın fizik bakışında tüm sistemleri normaldi. Laboratuvar incelemelerinde; idrar mikroskopisinde 1-2 lökosit, 7-8 epitel vardı. Hb: 13 gr/dl, Htc: % 35, trombositleri: 236 000 BK: 3 900, Eritrosit sedimentasyon hızı: 38mm /1 saat, BUN: 13 mg/dl, kreatinin: 1.0 mg/dl, SGOT: 10 mg/dl, SGPT: 10 mg/dl, GGT: 11 mg/dl, total proteinleri: 8.3 gr/dl, albumin: 4.1 gr/dl, globulinleri: 4.2 gr/dl ve kan elektrolitleri normal sınırlardaydı. İki yönlü akciğer grafisi normaldi. İntravenöz ürografi (IVÜ)'sinde; her iki böbrek eş zamanlı fonksiyone girmekte, sol böbrek normal görünümde, sağ böbrek orta ve üst pol kalikslerinde şüpheli bir yumuşak doku basısına ait olabilecek indentasyon ve tüm kalikslerinde minimal bir dilatasyon mevcuttu. Ultrasonografide sağ böbrek orta-alt pol yerleşimli renal pelvis ve major kalikslere bası oluşturan 57 x 42 mm.'lik hiperekoik ve sol alt polden kaynaklanan 17x 10 mm.'lik nodüler iki kitlesel yapıdan söz ediliyordu. Çekilen spiral bilgisayarlı üst ve alt batin tomografide; sağ böbrek orta bölümden kaynaklanan 50x30 mm. boyutlarında solid, parankime göre daha hafif kontrast tutulumu gösteren homojen iç yapıda yağ dansitesi içermeyen ve yine sol böbrek alt polünden kaynaklanan 15x20 mm'lik benzer özellikleri taşıyan kitlesel lezyonlar tanımlanmaktaydı. Diğer tüm batin organları normaldi ve lenf adenopati yoktu.

Bu noktada yapılacak bir MR hastaya yaklaşımda yönlendirici olabilir mi? MT'in böbrek tümörleri evrelemesindeki yerinden bahseder misiniz?

Böbrek tümörünün evrelendirilmesinde MR 'ın spiral BT ye bir üstünlüğü yoktur.Eğer hastada kronik böbrek ytmazlığı , opak madde alerjisi varsa o zaman BT yerine MR çekilmelidir.Yine opak madde enjeksiyonunun risk oluşturduğu Diabetes Mellitus lu hastalarda aynı kapsamda düşünülebilir.

Evrelendirmede MR BT'ye sadece venöz sistemdeki tümör trombüslerinin saptanmasında üstündür.Bunu düşündüren klinik bulgular varsa (alt ekstremitte ödmi, ani gelişen varikosel, dilate abdominal yüzeysel venler, proteinüri, pulmoner emboli, sağ atrial kitle , tutulan böbreğin non fonksiyone olması) o zaman değerlendirmeye mutlaka MR eklenmelidir.

Bu nedenle bu hasrtada, MR'ın yapılan spiral BT ye ek katkı sağlayacağını düşünüyorum.

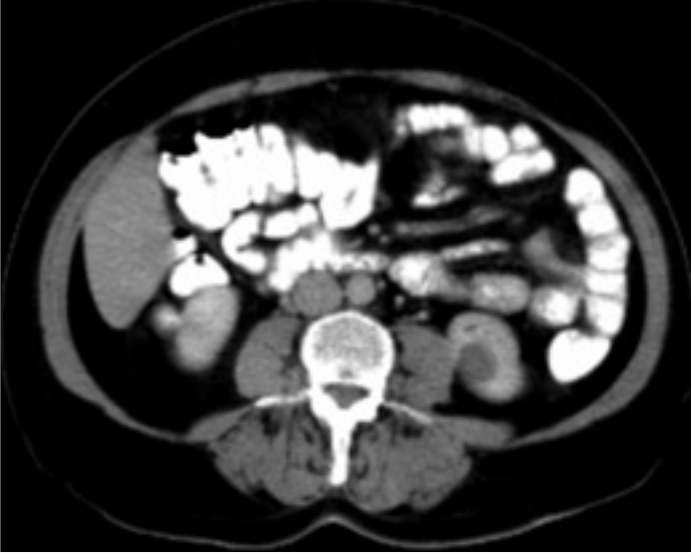
Manyetik rezonans görüntülerde sağ böbrek orta kesimden kaynaklanan lezyonun parankimden anterolaterale ve renal sinüse uzanım gösterdiği, lobüle kontürlü iyi sınırlı, T1 kesitlerde parankim ile izo-hafif hiperintens heterojen, T2 kesitlerde hiperintens minimal heterojen iç yapıda olduğundan bahsediliyordu. Gd-DTPA sonrası tanımlanan kitlesel lezyonun hipointens izlendiği belirtilmekteydi. Yağ baskılama ile lezyon heterojen minimal hiperintens görülmüştü. Sol böbrek alt polde de yine benzer iç yapıdaki diğer lezyonda tanımlanmaktaydı.



Sağ renal kitlenin USG görüntüsü



Sağ renal kitlenin BT görüntüsü



Sal renal kitlenin CT görüntüsü

Hastaya yaklaşımınız nasıl olurdu? (İki böbreğe eş zamanlı ameliyat, öncelikle sağ/sol böbreğe girişim?; (şayet kararınız o yöndeysen) hangi tarafa nefron koruyucu, hangi böbreğe daha önce müdahaleyi eğlediniz, neden; şayet eş zamanlı ameliyat yapılmazsa, iki ameliyat arasında ne kadar süre olmalı)

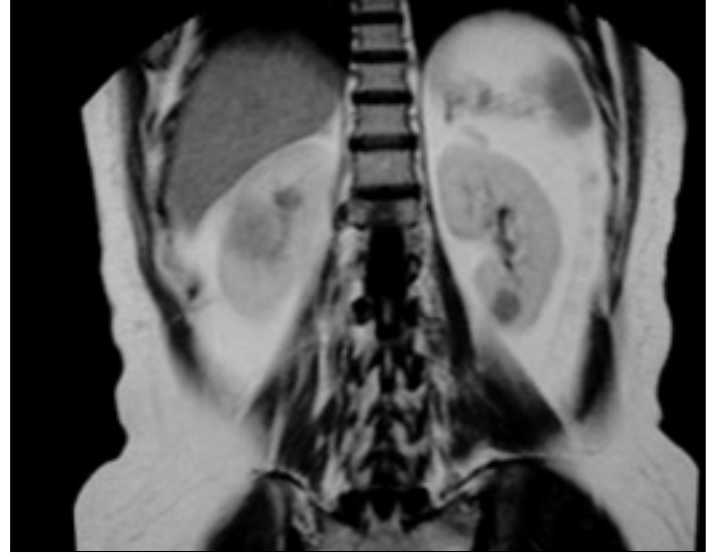
Kitlelerin boyutuna göre sola nefron koruyucu cerrahi sağa radikal nefrektomi planlardım. Ancak hastaya postoperatif gelişebilecek böbrek fonksiyon bozukluğu nedeniyle ve /veya ileri dönemdeki rekürrens nedeni ile gerekebilecek nefrektomi nedeniyle ihtiyaç duyulacak dializ tedavisi ve transplantasyon olasılığından bahsedirdim.

Hastaya iki böbreğe eş zamanlı yaklaşmayı planlardım. Hastanın yaşının ileri olmaması ve diğer sistemlere ait bilinen bir sorununun olmamasının buna olanak sağlayacağını düşünüyorum.

Ameliyata önce soldan başlayarak nefron koruyucu cerrahi yapar , eğer sol tarafın ameliyatı planladığım gibi sorunsuz giderse aynı seansta sağ tarafa radikal nefrektomi yapardım. Herhangi bir nedenle sol tarafa nefron koruyucu cerrahi uyguladıktan sonra sonlandırmam gerekirse mümkün olan en kısa sürede diğer tarafa müdahale ederdim

Mevcut bulgularıyla bilateral eş zamanlı böbrek tümörü (sol cT1 N0 M0, sağ cT1 N0 M0) olarak değerlendirilen hastaya öncelikle soldan başlamak üzere renal eksplorasyon yapılmasına karar verildi. Sol küçük ve alt pol yerleşimli tümöral lezyon için nefron koruyucu cerrahi yapılması düşünüldü. sol subkostal kesi ile yapılan cerrahi kesinin ardından sol böbrek alt polden kaynaklanan lezyon 1 cm.'lik sağlam böbrek dokusuyla birlikte çıkarılarak nefron koruyucu cerrahi uygulandı. Kalan böbrek dokusunda başka bir küçük satellit tümöral lezyonun olmadığı tesbit edildikten sonra operasyona son verildi. Post operatif dönemde hiçbir sorun olmayan hasta 7. gün eksterne edildi. Sol alt poldeki tümöral lezyonun patolojik değerlendirme sonucu Renal Hücreli Karsinom (Kromofob tip), pT1 Grade II olarak geldi. Cerrahi sınırlar salimdi.

Birinci operasyondan altı hafta sonra hasta sağ böbrek tümörüne müdahale için yatırıldı. Bu sırada çekilen İVÜ 'de rezidü sol böbreğin normal fonksiyon gösterdiği ve sol üreterin mesaneye dek görüntülediği saptandı. Sağ böbrek tümörü için sağ chevron kesi ile girildi. Sağ böbrek orta polden kaynaklanan ve hilu-



Bilateral böbrek kitlelerin MR coronal kesit görüntüsü

sa doğru uzanım gösteren tümöral lezyon için sağ radikal nefrektomi uygulandı. Per ve post operatif dönemde hiçbir problem izlenmedi. İkinci cerrahi sonrasında serum BUN ve kreatinin değerleri, serum elektrolitleri normal sınırlarda seyretti. Sağ böbrek tümörünün patolojik değerlendirme sonucu da Renal Hücreli Karsinom (Kromofob tip) evre pT1 Grade I olarak geldi.

Bu hastanın takibinde nelere dikkat etmek gerekir?

Bu grup hastalarda yapılacak kontrollerde iki nokta çok önemlidir:

1. Rekürrens veya metastaz olup olmadığı
2. Böbrek fonksiyonunun durumu

Bu nedenle bu hastada ilk üç yıl altı ayda bir sonra yıllık kontroller önerirdim.

Kontrollerde Hemoglobin, eritrosit sedimentasyon hızı , Kreatinin , alkalen fosfataz ,ALT , AST , PA AC Grafisi ,ister evrelendirmeyi BT ile tamamlardım.

Ayrıca hiperfiltrasyonun renal travmasına bağlı renal fonksiyon bozukluğunun saptanması için yılda bir kez 24 saatlik idrarda protein miktarını ölçerek proteinüri olup olmadığını saptardım

Post operatif dönemde 3. ve 6. ay takiplerine gelen olgu halen böbrek fonksiyonları yönünden normal, hastalısız ve sağlıklı olarak yaşamını sürdürmektedir.