



NAZAL KAVİTE YERLEŞİMLİ RENAL HÜCRELİ KARSİNOM METASTAZI

Renal Cell Carcinoma Metastasis with Nasal Cavity

Sevil KARABAĞ¹, Meltem ÖZNUR¹, Ayşegül ARSLAN¹, Tolga ERSÖZLÜ²

¹Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji AD, Tekirdağ, TÜRKİYE.

²Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, KBB Hastalıkları AD Tekirdağ, TÜRKİYE.

Çalışma 28. Ulusal Patoloji Kongresinde (Ekim 2018) E-Poster olarak yayınlanmıştır.

Öz

Renal hücreli karsinom, erişkin neoplazilerinin %3'ünü oluşturan agresif bir tümördür. En sık metastaz yaptığı yerler akciğer, adrenal, barsak, beyin ve intraabdominal organlardır. Bunun yanı sıra literatürde kalp, mesane, meme, tonsil ve tiroide yerleşen metastaz olguları bildirilmiştir. Bu yazıda bir nazal kavite yerleşimli renal hücreli karsinom metastazı olgusunu, nazal obstrüksiyon ve epistaksis görülen ve renal hücreli karsinomu olan hastalarda metastaz olasılığının akılda tutulmasını vurgulamak amacıyla sunduk.

Anahtar kelimeler: Renal hücreli karsinom, Metastaz, Nazal kavite.

Abstract

Renal cell carcinoma is an aggressive tumor that accounts for 3% of adult neoplasia. The most common sites of metastasis are the lung, adrenal, large intestine, brain and intraabdominal organs. In addition, cases of metastasis in the heart, bladder, breast, tonsil and thyroid have been reported in the literature. We present a case of renal cell carcinoma metastasis located in a nasal cavity in order to emphasize the possibility of metastatic lesions being responsible for nasal obstruction and epistaxis.

Key words: Renal cell carcinoma, Metastasis, Nasal cavity.

GİRİŞ

Renal hücreli karsinom, erişkin neoplazilerinin %3'ünü oluşturan %40'ın üzerinde mortalitesi ile oldukça agresif bir tümördür¹. Beşinci ve yedinci dekatta erkeklerde sık rastlanır². Olguların %25-30'u ilk tanı sırasında metastazla başvurur³. Renal hücreli karsinom böbrekte görülen birçok farklı kanser tipine verilmiş ortak bir tanımlamadır. Bu farklı kanser tipleri, ayrı histolojik yapıları ve birbirine benzemeyen klinik seyirleri, tedaviye cevap farklılıkları ve farklı genetikleri sebebiyle tamamen birbirlerinden ayrılmaktadır⁴. Renal hücreli karsinomun en sık görülen histolojik tipi berrak hücreli (%70-80) iken, bunu papiller tip (%10) takip eder¹. Metastaz en sık sarkomatoid varyantta görülürken bunu berrak ve papiller tip izler⁵.

Erken evre renal hücreli karsinomlu hastaların %50'sinde nefrektomiden sonra relaps ya da metastaz gelişir^{2,6}. Metastazlar hastaların %85'inde primer tümör rezeksiyonundan üç yıl ve sonrasında meydana gelir². En sık metastaz yaptığı yerler akciğer, adrenal, barsak, beyin ve intraabdominal organlardır¹. Bunun yanı sıra literatürde kalp, mesane, meme, tonsil ve tiroid gibi organlarda yerleşen metastaz olguları bildirilmiştir⁷⁻¹¹. Primer renal hücreli karsinomun baş-boyun bölgesine tek metastazı oldukça nadir olup, hastaların %1'i kadardır¹². Burun ve nazal sinüsler metastatik tümörler için alışılmadık yerlerdir ancak renal hücreli karsinomun baş-boyun bölgesine eğilimi bilinmektedir. Tümörde vaskülarizasyon oldukça fazla olduğundan sinonazal bölgeye metastazlarda epistaksis sık görülen bir

Corresponding Author / Sorumlu Yazar:

Sevil Karabağ
Adres: Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji AD
Süleymanpaşa/ Tekirdağ, Türkiye.
E-posta: skarabag@gmail.com

Article History / Makale Geçmişi:

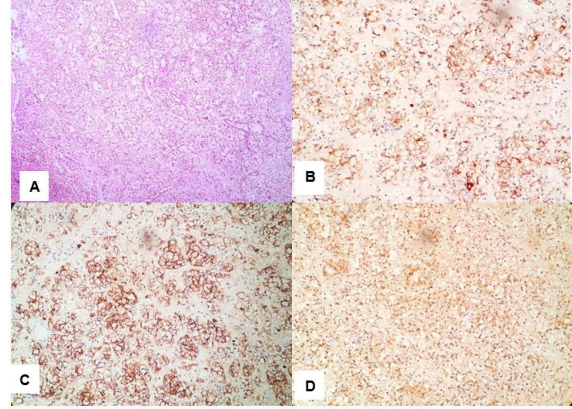
Date Received / Geliş Tarihi: 16.01.2019
Date Accepted / Kabul Tarihi: 07.11.2019

bulgudur³. Atipik yerleşen nazal kaviteye renal hücreli karsinom metastazı olgusunu nazal obstrüksiyon ve epistaksis görülen hastalarda akılda tutulmasını vurgulamak amacıyla sunduk.

OLGU

Üç yıl önce sağ böbreğinde kitle tespit edilen 65 yaşında kadın hastaya sağ nefrektomi yapılmıştır. Materyalin incelenmesi ile böbrek üst pol yerleşimli 8,5x 6 cm boyutunda kitle tespit edilmiş ve renal hücreli karsinom, berrak hücreli tip, Fuhrman nükleer grade iki tanısı almıştır. Sarkomatoid alan saptanmamıştır. Renal vende tümör trombüsleri mevcuttur. Renal sinüste tümör izlenmiştir. Mikroskopik olarak lenfovasküler invazyon görülmüştür. Perinefritik yağlı dokuda tümör saptanmamıştır. Mevcut bulgularla patolojik tümör evresi 2009 TNM evrelemesine göre pT3a olarak belirlenmiştir. İlk tanıdan 38 ay sonra epistaksis ve nazal obstrüksiyon şikayetiyle başvuran hastanın yapılan yüz manyetik rezonans görüntülenmesinde (MR) sağ üst ve orta nazal konka yerleşimli nazal pasajı oblitere eden 28x15 mm boyutunda T2 ağırlıklı MR görüntülemesinde hiperintens, T1 ağırlıklı MR görüntülemesinde hipointens kitle tespit edilmesi üzerine, kitle eksize edilmiştir. Kitleden hazırlanan kesitlerin incelenmesinde yuva oluşturan, glandüler paternde malign epitelyal tümör görülmüştür. Hücreler küçük, yuvarlak hiperkromatik nükleuslu, nükleolü belirgin ve berrak sitoplazmalı görünmekte olup, tümör damar ağından zengindir. Morfolojik bulgular hastanın öyküsünde bulunan renal hücreli karsinom ile uyumludur. Uygulanan immünohistokimyasal boyamalarda Pax-8, CD10, vimentin, RCC, EMA ile pozitiflik tespit

edilmiştir (Şekil 1). Klinik, radyolojik, histomorfolojik ve immünohistokimyasal bulgular eşliğinde nazal kavite yerleşimli renal hücreli karsinom metastazı tanısı konmuştur. Hasta, metastaz saptanmasından 10 ay, ilk tanıdan 48 ay sonra ex olmuştur.



Şekil 1. A: H&Ex200; B: Tümör hücrelerinde CD10 ile pozitif boyanma x200 ; C: Tümör hücrelerinde EMA ile pozitif boyanma x200; D: Tümör hücrelerinde RCC ile pozitif boyanma x200

TARTIŞMA

Renal hücreli karsinom dünyada ölüme sebep olan üçüncü kanser türüdür. Tanı anında tümör boyutu küçük olsa da olguların %25'inde uzak organ metastazı görülebilir². Metastatik renal hücreli karsinom olgularının prognozu MTOR kinaz inhibitörleriyle immünoterapiye rağmen oldukça kötüdür¹. Primer ve metastatik maligniteleri kontrol etmek için kullanılan tedavi yaklaşımları farklı olduğundan, doğru tanı önemlidir. Metastatik olgularda nefrektomi sonrası metastazlarda gerileme bildirildiğinden nefrektomi kabul edilen uygulamadır. Tek metastazı olan olgularda nefrektomi ile birlikte bu odağın çıkarılması ile bu hastaların da metastazı olmayan aynı evredeki hastalar kadar yaşayabileceğini bildiren çalışmalar bulunmaktadır¹³. Tek metastazlarda spontan regresyon da bildirilmiştir. Bu atipik yerlerde görülen metastazlarda metastazektomi en iyi

tedavi şeklidir^{14,15}. Nazal kavite metastaz gelişmesi açısından nadir bir bölgedir, bu yüzden renal hücreli karsinomun bölgeye metastazı da oldukça nadir görülür. Neoplastik hücrelerin sinonazal bölgeye afinitesini açıklamak için Arterial mikroemboli, Batson'un venöz Pleksusu ve lenfatik yol olarak üç farklı teori bulunmaktadır¹⁴⁻¹⁶. Nazal kavite ile ilgili literatürde az vaka bulunmaktadır. Literatürde akciğer, meme ve böbrek gibi organlardan nazal kaviteye metastazlar bildirilmiştir. Literatürde baş-boyun bölgesine metastazı bildirilen 50'ye yakın renal hücreli karsinom olgusu mevcuttur. Bunlardan 10'a yakını nazal kavite yerleşimlidir¹⁷. Prognozda en önemli faktörler; tümör tipi, patolojik evre ve nükleer derecedir. Metastatik olguların sağ kalım süresi bir yıldan kısadır¹⁸. Literatürde Fuhrmann grade iki olguların prognozu oldukça değişken olup; %30-90 arasında değişmektedir. Bunun sebebi evre ve tümör tipinin de prognoz üzerinde etkili olmasıdır¹⁹. Nazal kaviteye metastazlarda bildirilen en sık semptom olan epistaksis, tümörde bulunan bol miktarda sinüzoidler ve tümörün yüksek orandaki vaskülaritesi ile açıklanabilir. Tümörün yüksek vaskülaritesi ise; Von Hippel-Lindau(VHL) genindeki mutasyonun hipoksi ile indüklenen Faktör1α 'yı yükseltmesi ve onun da vascular endothelial growth factor(VEGF) artırarak anjiogenezi indüklemesi ile açıklanır^{3,17}. Olgumuzda, renal hücreli karsinom ilk tanıdan 38 ay sonra nazal kaviteye metastaz yapmıştır. Tümörün, nazal kaviteye metastaz yapan meme ve akciğer tümörleri ve nazal kavitenin anjiofibrom, papillom, skuamöz hücreli karsinom gibi sık görülen primer tümörlerinden ayırımı yapılmalıdır. Olguya immünohistokimyasal olarak uygulanan Pax-8, CD10, vimentin, RCC ve EMA pozitifliği primer odağın renal kortikal neoplazi olduğunu

destekler. Bu gibi olgularda immünohistokimyasal boyamalar primer organ tümörlerinden ayırimda oldukça yardımcıdır.

Kaynaklar

1. Sountoulides P, Metaxa L, Cindolo L. Atypical presentations and rare metastatic sites of renal cell carcinoma: a review of case reports. J Med Case Rep. 2011;5:429.
2. Siegel R, Miller K, Jemal A: Cancer statistics, CA Cancer J Clin. 2015; 65(1): 5–29.
3. Mahajan R, Mayappa N, Prashanth V. Metastatic Renal Cell Carcinoma Presenting as Nasal Mass: Case Report and Review of Literature.. Indian J Otolaryngol Head Neck Surg July–Sept 2016; 68(3):374–6.
4. Novara G, Ficarra V, Antonelli A, Artibani W, Bertini R, Carini M et al. Validation of the 2009 TNM version in a large multi, institutional cohort of patients treated for renal cell carcinoma: are further improvements needed? Eur Urol. 2010;58(4):588-95.
5. Türk A, Aslan H, Balaban M, Demirkol MK, Tarhan F. Böbreğin renal hücreli kanserlerinde klinik ve histopatolojik özellikler. J Kartal TR. 2014; 25(2):124-6.
6. Danic P, Danic D, Macan D. Tongue metastasis as an initial presentation of renal cell carcinoma. Medicinski Glasnik. 2018 ;15(1):52-8.
7. Flanigan RC, Campbell SC, Clark JI, Picken MM. Metastatic renal cell carcinoma. Curr Treat Options Oncol. 2003;4(5):385-90.
8. Kotak A, Merrick G. Presentation of metastatic renal cell carcinoma as a lip lesion. J Surg Case Rep 2014;2014(9):pii: rju083.
9. Shaha S, Vinodb P, Khayatab M, Lanec JL, Hegded V, Rainae R. Atrial Metastasis of Renal Cell Carcinoma: A Rare Presentation. Cardiol Res. 2018;9(3):183-5.
10. Matsumoto K, Hayakawa N, Nakamura S, Oya M. Bladder metastasis from renal cell carcinoma: retrospective analysis of 65 reported cases. Clin Exp Metastasis. 2015;32(2):135–41.
11. Kitahara M, Hozumia Y, Asadaa R, Sawaa A, Saitob H, Iijima T. Intramammary Metastasis in a Patient with a History of Renal Cell Carcinoma : A Case Report. Case Rep Oncol. 2018;11(2):318–22.
12. Serouya SM, Dultz LA, Concors SJ, Wang B, Patel KN. Late solitary metastasis of renal cell carcinoma to the submandibular gland. J Oral Maxillofac Surg. 2012; 70(10):2356-9.
13. Jemal A, Siegel R, Ward E, Murray T, Xu J, Thun MJ. Cancer statistics, 2007. CA Cancer J Clin 2007;57:43-66.
14. Kokenek-Unal TD, Gumuskaya B, Ocal B, Alper M. A Rare Cause of Nasal Obstruction: Metastatic Renal Cell Carcinoma. Case Reports in Pathology.2016;ID 2560749: 1-3.
15. Antonelli A, Arrighi N, Corti S, Legramanti S, Zanotelli T, Cozzoli A et al. Surgical treatment of atypical metastasis from renal cell carcinoma (RCC). BJU International. 2012;110(11):E559–E563.

16. Nason R, Carrau RL. Metastatic renal cell carcinoma to the nasal cavity, American Journal of Otolaryngology—Head and Neck Medicine and Surgery. 2004;25(1):54–7.
17. Cui P, Cong X, Yin J, Liu M, Liu M, Wang X, Yang L et al. Metastases to the nose from clear cell renal cell carcinoma: A case report. Medicine (Baltimore). 2019 ;98(4):e14012.
18. Sountoulides P, Metaxa L, and Cindolo L. Atypical presentations and rare metastatic sites of renal cell carcinoma: a review of case reports, Journal of Medical Case Reports. 2011.5:429.
19. Özen A, Kasapoğlu ED, Açıkalın MF, Can C. Berrak hücreli karsinomda Fuhrman derecesinin tekrarlanabilirliğinin ve prognostik kullanımının değerlendirilmesi. Osmangazi Tıp Dergisi. 2014; 36(3), 13-20.