

## **Aile Hekimliği Polikliniği'nde Renal Hücreli Karsinom Tanısı Koyulan Bir Olgu**

### ***A case diagnosis as Renal Cell Cancer on a Family Medicine Polyclinic***

**Doç. Dr. Özgür ENGİNYURT**  
**Ass. Dr. Fatma ŞEN**  
**Ass. Dr. Mustafa KILIÇ**  
Ordu Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Birimi

**Yazışma Adresleri /Address for Correspondence:**  
Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği A.D./Ordu

**Tel/phone:** +90 532 231 7499  
**E-mail:** enginyurt72@gmail.com

**Anahtar Kelimeler:**  
Aile hekimliği, renal hücreli kanser, RHK

**Keywords:**  
Family Medicine, renal cell carcinoma, RCC

**Geliş Tarihi - Received**  
20/03/2018  
**Kabul Tarihi - Accepted**  
24/04/2018

#### **Öz**

Renal hücreli karsinom, böbrek tubulus epitelinden kaynaklanan bir tümördür ve en çok görülen alt tipi berrak hücreli karsinomdur. Bu olgu sunumunda Ordu Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği polikliniğine kan şekeri regülasyonu, sırt ağrısı ve kilo kaybı ile başvuran, Renal Hücreli Karsinom tanısı alan hasta tartışılmıştır. Bu vaka ile Aile Hekimliği polikliniğine gelen hastalara bütüncül yaklaşmanın öneme dikkat çekilmeye çalışılmıştır.

#### **Abstract**

Renal Cell Carcinoma is a tumor which arise from renal tubules epithelium and the most common subtype is clear cell carcinoma. In this case report, a patient diagnosed with renal cell carcinoma who was admitted to Ordu University Training and Research Hospital Family Medicine Polyclinic with complaint blood sugar regulation, back pain and weight loss was discussed. With this case, it was tried to take attention to the importance of approaching with holistically who admitted the family medicine clinic.

#### **Giriş**

Renal hücreli karsinom, böbrek tubulus epitelinden kaynaklanan bir tümördür. Renal hücreli karsinom tüm kanserlerin %2'sini ve böbrek malign tümörlerinin %80-85ini oluşturur (1,2). Tanısı sıklıkla 55-60 yaşları arasında konur (1). Renal hücreli kanser, genitouriner sistem kanserleri arasında en ölümcül seyredendir (3).

Renal Hücreli Karsinom, böbreklerin retroperitoneal yerleşimi nedeniyle sıklıkla bulgu vermez ve asemptomatik kalır (4). Renal hücreli kanserin klasik semptomatik triadı olan makroskopik hematüri, ağrı ve palpabl kitle hastaların ancak %6-10'unda gözlenir. Yani fizik muayene ile renal hücreli kanser tanısı koymak zordur. Fizik muayene ile ancak servikal lenfadenopati, karında kitle ve venöz tutulumu bağlı bilateral alt ekstremitte tutulumu ve varikozel görülebilir. Hastaların %20'sine metastatik tutulumla bağlı kemik ağrısı veya persistan öksürük gibi semptomlarla tanı konur (5). %40 hastaya kilo kaybı, karın ağrısı, ateş, karın ağrısı gibi sistemik bulgularla tanı konur. Laboratuarda %50 hastada eritrosit sedimentasyon hızında artış, %33'ünde normositik anemi ve bun-

ların dışında hepatosplenomegali, transaminaz, serum alkalen fosfataz ve alfa2-globulin konsantrasyonlarında artma görülebilir (1).

Renal hücreli kanser tanısında radyolojik görüntülemeler en önemli rolü oynamaktadır. Renal kitlelerin %60'ından fazlası çeşitli sebeplerle uygulanan radyolojik yöntemlerle insidental olarak saptanır (5). Hematüri nedeniyle başvuran hastalarda USG; non invaziv olmasıyla radyolojik tanı yöntemlerinde ilk sırada yer alır. Renal hücreli kanserlerin çoğu USG'da solid ve izoekoik görünümündedir (6). Bilgisayarlı tomografi ile çok küçük kitleler bile görüntülenebilir (7). MRG renal yetmezliği veya kontrast madde alerjisi olan hastalarda BT'den önce tercih edilen görüntüleme yöntemidir (8).

Renal hücreli kanser etyolojisinde en etkili faktör sigaradır ve arseniğin de riski artırdığı belirtilmektedir (2). Bunun dışında asbest, kadmiyum, organik çözücüler, mantar toksinleri, pestisitler, diyabet, aile öyküsü, böbrek taşı ve östrojen hormonu da sorumlu tutulmuş ancak ispatlanamamıştır (1,2). Ayrıca renal hücreli kanser ile BMI (body mass index) ve hipertansiyon da paralellik göstermektedir (2).

Renal hücreli kanser değişik alt tiplerden oluşur ve bu tümörler konvansiyonel kemoterapiye yanıt vermez (3) Renal hücreli kanser son olarak WHO 2004 sınıflamasıyla alt tiplerine ayrılır (1).

Renal hücreli tümörlerin;

Berrak hücreli böbrek hücreli kanser

Multiloküler kistik böbrek hücreli kanser

Papiller böbrek hücreli kanser

Kromofob böbrek hücreli kanser

Toplayıcı (Bellini) duktus kanseri

Böbrek medüller kanseri

Xp11 translokasyon kanseri

Nöroblastoma eşlik eden kanser

Müsinöz tubuler ve iğsi hücreli kanser

Sınıflandırılmayan böbrek hücreli kanser

Papiller adenom

Onkositom

Metanefrik tümörler

Nefroblastik tümörler

Mezenkimal tümörler

Mikst mezenkimal epitelial tümörler

Nöroendokrin tümörler

Lenfoid tümörler

Germ hücreli tümörler

Metastatik tümörler 'Dünya Sağlık Örgütü, 2004 böbrek tümörleri sınıflaması'na göre 20 alt tipi vardır (9).

Renal hücreli kanserlerde hasta ile ilişkili prognostik faktörler; bulgu olması, düşük performans durumu, CRP, sedim yüksekliği, kilo kaybı, anemi, hiperkalsemi, alkalen fosfataz ve serum ferritin düzeyidir.

Tümör ile ilişkili prognostik faktörler; histolojik tip, evre, tümör çapı, cerrahi sınırlar, nükleer derece, lenfovasküler invazyon, metastaz, proliferasyon belirleyicileri, p53 vb.dir (10).

Renal hücreli kanserler, kemoterapi ve radyoterapiye dirençlidirler; bu yüzden renal hücreli kanserde tek etkili tedavi nefrektomidir (11). Lokalize renal hücreli kanserlerde nefrektomi çoğu zaman küratiftir; fakat ilerlemiş renal hücreli kanser olgularında hastalar sistemik terapi öncesi yapılan nefrektomiden yarar görürler. Farklı bir tedavi olan immunoterapiye ise yanıt %10-15'tir ve bu çoğu zaman küratif tedavi olmaz (12).

Nefron koruyucu cerrahi, nefrektomi sonrası hastayı dialize bağımlı hale getirecek durumlarda yapılır. Nefron koruyucu cerrahinin kesin endikasyonları; bilateral tümörler, soliter böbrekteki tümörler, şiddetli böbrek yetmezliğidir.

Hereditör tümör zemini bulunan hastalarda veya cerrahi tedavinin uygunsuz olduğu hastalarda kriyoablasyon (13,14), radyofrekans ablasyon (15,16) tedavileriyle ilgili çalışmalar sürdürülmektedir.

## Olgu

Olgumuz 59 yaşında erkek hasta. Polikliniğimize kan şekeri regülasyonu, kilo kaybı (son 3 ayda 5 kilo - kilosunun %7si) ve sol tarafta sırt ağrısı şikayetleriyle başvurdu. Hasta sol sırtındaki ağrısı batıcı tarzdaydı. Bunun dışında hastada halsizlik, ara ara ishal ve kabızlık, mide ağrısı ve yemek yiyememe şikayetleri olmuş. İdrar rengi ve idrar alışkanlığında bir değişiklik olmamış. Polikliniğimize başvurmadan önce başka bir hastanede bir yıl kas ağrısı tedavisi ile takip edildiği hastanın hikayesinden öğrenildi.

Hastanın hikayesinde kalp yetmezliği nedeniyle kalp pili takıldığı öğrenildi. Göğüs ağrısı mevcuttu ve ECOG performans skalasına göre sınıf III olduğu belirlendi.

Hastanın yapılan sistemik muayenesinde sırt ağrısı, sklearaların solukluğu ve hiperaktif barsak sesleri dışında patolojik bulgu yoktu.

Hastadan biyokimya ve hemogram tetkikleri istendi. Yapılan tetkiklerinde BUN:45.8, Creatinin:1.9, ürik asit: 10.2, HbA1c: 7.7, Hgb:13 TİT:normal Gaitada gizli kan:negatif, CA19-9: 0.6, CA-125:36.49, PSA:0.263, CA-15-3 46.61 geldi.

Hastadan diyabetik nefropati ön tanısıyla Renal USG ve kilo kaybı nedeniyle tüm batın BT istendi. Creatinin 1.9 olduğu için kontrast verilmeden çekilen batın BT'sinde abdominal aortada infrarenal seviyede 39mmye ulaşan dilatasyon dışında patolojik bulgu görülmedi. Bu nedenle tekrar kontrastlı batın BT ve renal USG istendi. Kontrastlı BT sonucu 'abdominal aortada infrarenal seviyede içerisinde mural trombus hattı olan etrafı kalsifiye yaklaşık 45 mm anevrizmatik dilatasyon izlenmiştir. Karaciğer parankim dansitesi azalmıştır (hepatosteatoz?). Sol böbrek üst polde yaklaşık 53 mmlik kontür lobülasyonu izlenmektedir. Sağ böbrek üst polde kontrastlanma paterni gösteren yaklaşık 33 mmlik kitle lezyonu izlenmekte olup renal cell ca olabilir. Sağ böbrekte 30 mm'ye ulaşan bosniak klas1, klas2, klas2F kistik lezyonlar izlenmektedir. Sağ böbrek orta alt bölgede parankimal milimetrik kalsifikasyon dikkati çekmektedir. Sol böbrekte büyüklüğü 22

mm'ye ulaşan klas 1, klas 2 kistler izlenmektedir. Sol böbrek parankimal volümü artmıştır. Posteriorıda yerleşmiş etrafında septal tarzda kontrastlanma gösteren yaklaşık 48x34 mm büyüklüğünde multipl kitle lezyonu izlenmektedir. Kitle lezyonu öncelikle malignite lehine değerlendirilmiştir. Sağ böbrekteki kitle lezyonundan ve sol böbrekte tarif edilen lezyondan biyopsi yapılması ya da MR tetkiki önerilir. ' olarak geldi. USG sonucu ise ' böbrekler normal lokalizasyonda ve şekilde izlenmektedir. Böbrek boyutları sağda 114x56 mm, solda 143x66 mm olarak ölçülmüştür. Sağ böbrek üst orta zonda 30x29 mm boyutunda, kontürde bulgüne neden olan, böbrek parankiminden ayrımı yapılamayan, parankime benzer özellikte vaskülarite gösteren kitlesel lezyon izlenmiştir. Diğer alanlarda böbrek parankimi tabiidir. Sol böbrek üst ve orta zonu tama yakın oranda dolduran, renal parankimden net ayırt edilemeyen, lobüle kontürlü, heterojen karakterde, içersinde kistik alanlar gözlenen, parankime benzer özellikte vaskülarite gösteren kitlesel lezyon izlenmiştir. Böbrek alt zonda korteks-medulla ayrımı yapılabilmektedir, diğer alanlarda yapılamamaktadır. Sol böbrek hilusu düzeyinde ve paraaortakaval alanda ortalama 15 mm boyutunda çok sayıda LAP izlenmiştir. Bulgular öncelikle bilateral RCC düşündürmektedir.' Olarak gelmiştir. Hasta bu sonuçlar üzerine Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi Üroloji Bölümü'ne sevk edildi.

### Tartışma

Wonca'nın 2002 Avrupa Bildirgesi'nde aile hekimliği;

1. İlk tıbbi temastır.
2. Sağlık kaynaklarının etkili kullanımını sağlar.
3. Kişi merkezli yaklaşıdır.
4. Sağlık hizmetlerinin sürekliliğini sağlar.
5. Aile hekimlerinin kararları toplumdaki bazı hastalıkların prevalans ve insidansını belirler.
6. Hastaların akut ve kronik sorunlarını aynı anda yönetir.
7. Etkili ve uygun girişimlerle sağlık durumunu iyileştirir.
8. Toplum sağlığı aile hekimlerinin özel sorumluluklarındadır.
9. Sağlık sorunlarını her açıdan ele alır.

Bu olgu sunumunda aile hekimliği polikliniklerine başvuran hastanın çok geniş kapsamlı değerlendirilmesi, her hastaya bütüncül yaklaşılması gerektiği, insidansı çok düşük hastalıkları bile göz önünde bulundurmak gerektiği vurgulanmak istenmiştir.

### Kaynaklar

1. Güçer H, Renal Hücreli Karsinomlarda COX-2 Ekspresyonu ve Mikrodamar Yoğunluğunun Klinikopatolojik Parametrelerle Karşılaştırılması. Uzmanlık Tezi 2006

2. Yörükoğlu K, Böbrek Hücreli Kanserlerde Sınıflama, Sitogenetik ve Patolojik Prognostik Faktörler. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı
3. Özen A, Dünder Kasapoğlu E, Açıklan MF, Can C. Berrak Hücreli Renal Hücreli Karsinomda Fuhrman Derecesinin Tekrarlanabilirliğinin ve Prognostik Kullanımının Değerlendirilmesi. Osmangazi Tıp Dergisi 36(3), 13-20.
4. Novick AC, Campbell SC. Renal Tumors. In: Walsh PC, Retik AB, Vaughan ED, Wein AJ, editors. Campbell's Urology. Philadelphia: WB Saunders 2002; 2672-731.
5. Çelik O, Yüksel MB, İpekçi T, Aydoğdu Ö. Renal Hücreli Kanserde Güncel Tanı ve Tedavi Yöntemleri. The Cystoscopy online dergi e-ISSN:2148-1347, 166-177
6. Catalona C, Fraioli F, Laghi A. High resolution multidetector CT in the preoperative evaluation of patients with renal cell carcinoma. Am J Roentgenol 2003; 180(5): 1271-7.
7. Sheth S, Scatarige JC, Horton KM, Fishman EK. Current concepts in the diagnosis and management of renal cell carcinoma: role of multidetector CT and three-dimensional CT. Radiographics 2001; 21: 237-54.
8. Coppin C, Porzolt F, Awa A, Kumpf J, Coldman A, Wilt T. Immunotherapy for advanced renal cell cancer. Cochrane Database Syst Rev 2005.
9. Eble JN, Sauter G, Epstein JI, Sesterhenn IA: World Health Organization Classification of Tumors. Pathology and Genetics of Tumors of the Urinary System and male Genital Organs. IARC Press: Lyon, 2004
10. Srigley JR, Hutter RV, Gelb AB, Henson DE, Kenney G, King BF, Raziuddin S, Pisansky TM: Current prognostic factors-renal cell carcinoma: Workgroup No.4. Union Internationale Contre le Cancer (UICC) and the American Joint Committee on Cancer (AJCC). Cancer, 80: 994-996, 1997
11. Kirkali Z, Lekili M: Renal cell carcinoma: New prognostic factors? Curr Opin Urol, 13: 433-438, 2003.
12. Permpongkosol S, Lind RE, Solomon SB, Kavoussi LR. Result of computerized tomography guided percutaneous ablation of renal masses with nondiagnostic pre-ablation pathological findings. J Urol 2006; 176(2): 463-7; discussion 467
13. Hegarty N, Gill I, Kaouk JH, Spaliviero M, Desai M, Novick AC, Remer E. Renal cryoablation: 5-year outcomes. J Urol 2006; 175; 351.
14. McDougal WS, Gervais DA, McGovern FJ, Mueller PR. Long term follow-up of patients with renal cell carcinoma treated with radiofrequency ablation with curative intent. J Urol 2005; 174(1): 61-3
15. Varkarakis IM, Ellaf ME, Inaki T, Bhayani SB, Chan DY, Su LM, et al. Percutaneous radiofrequency ablation of renal masses: Results at a 2 year mean follow-up. J Urol 2005; 174(2): 456-60; discussion 460.
16. Ljungberg B, Landberg G, Alamdari FI. Factors of importance for prediction of survival in patients with metastatic renal cell carcinoma, treated with or without nephrectomy. Scand J Urol Nephrol 2000; 34:246-51.