

Adolesanda Böbrek Adenokarsinomu

Dr. Mustafa ÖZYURT (*)
Dr. Cengiz KANER (**)
Dr. Mete İGDELİ (***)

ÖZET

Onaltı yaşında bir adolesanda rastladığımız böbrek adenokarsinomunu, literatürü gözden geçirerek sunuyoruz.

SUMMARY

RENAL ADENOCARCINOMA IN ADOLESCENT

A review of the literature and a case of renal adenocarcinoma in a sixteen years old adolescent is presented.

Yaşamın ilk 20 yılında böbrek adenokarsinomuna oldukça seyrek rastlanır. Castellanos¹ ve arkadaşları yaptıkları bir literatür araştırmasında bu yaş grubunda 150 hastada hipernefrom tesbit etmişlerdir. Ancak, bunların sadece 84'ü gözden geçirmeye değer bulunmuştur. Nygaard² ve arkadaşları, olguların yarısının 4 ay ile 10 yaş, diğer yarısında 10 ile 18 yaşları arasında görüldüğünü bildirmişlerdir. Burada 16 yaşında erkek çocukta gördüğümüz bir böbrek adenokarsinomu olgusunu tamtacağız.

OLGU

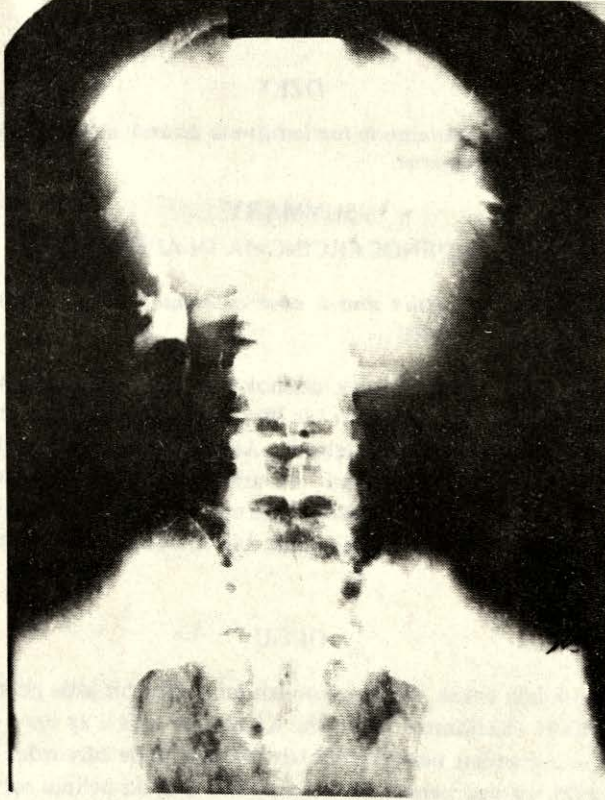
Onaltı yaşındaki erkek, sol hipokondriumda eline bir kitle gelmesi şikâyeti ile 29.1.1979 tarihinde kliniğimize başvurdu. Kitleyi ilk defa 6 ay önce denize girerken hissettiğini ve o zamandan beri giderek büyüdüğünü ifade ediyordu. Yirmi gün önce üç gün süren total, ağrısız hematürisi olmuş. Son 1 aydır belinin sol tarafında belirsiz ağrıları oluyormuş. Hasta travma tarif etmiyor. Yapılan fizik muayenesinde solda arkus kostarum'u 6-7 cm. geçen 6x9 cm. çaplarında sert, mobil ve üzeri düz bir kitle ele geliyordu. Sol varikozel dışında başka bulgu saptanmadı. Yapılan idrar in-

(*) Bursa Üniv. Tıp Fakültesi Üroloji Kliniği Doçenti

(**) " " " " Üroloji Kliniği Uzman Asistanı

(***) " " " " Üroloji Kliniği Asistanı

celemesinde önemli patolojik bir bulguya rastlanmadı. İdrar kültüründe bakteri üremedi. Hemoglobin 13,7 gr. %, Üre: 17 mgr. %. Sedimentasyon birinci saatte 25 mm. ikinci saatte 55 mm. idi. Karaciğer fonksiyon testleri, SGOT, SGPT normal seviyelerdeydi. Akciğer grafisi normaldi. Üriner sistem direkt grafisinde solda 1-4 lomber vertebralar düzeyinde büyük bir kitle görülüyordu. Sol böbreğin yerini dolduran kitlenin içinde küçük multipl kalsifikasyonlar vardı. İntravenöz ürografide sol böbrek alt kutbunda fonksiyon yoktu. Burada böbrek konturları normale nazaran daha büyük ve silik olarak görülüyordu. Pelvis renaliste basıya bağlı deformasyon vardı. Üst ve orta kaliksler normal görünümdeydi (Resim: 1).



Resim: 1— İntravenöz Ürografi. Sol Böbreğin Alt Kutbunda Büyük Adenokarsinom. Alt Kaliste Amputasyon Pelviste Uzama ve Bası. Üreterde Belirgin Ortaya İtilme

13.2.1979'da sol paramedian kesiyle, transperitoneal yolla sol böbreğe ulaşıldı. Karaciğer, barsaklar ve retroperitoneal lenf nodülleri inspeksiyon ve palpasyonla normal bulundu. Sol böbrek alt kutbunu kaplayan üzeri genişlemiş damarlı, gergin bir kitle ile karşılaşıldı. Bu kitlenin üst kısmındaki böbrek dokusu normal görünümdeydi. Böbrek pedikülünün önce venası, sonra arteri bağlandı ve kesildi. Böbrek etraf dokularından ayrıldı. Tümörün, kapsülle oldukça düzgün bir şekilde sınırlandığı ve etraf dokuların normal yapıda olduğu görüldü. Üreter ulaşılabilirdi kadar uzunca bağlanıp kesildikten sonra böbrek çıkarıldı.

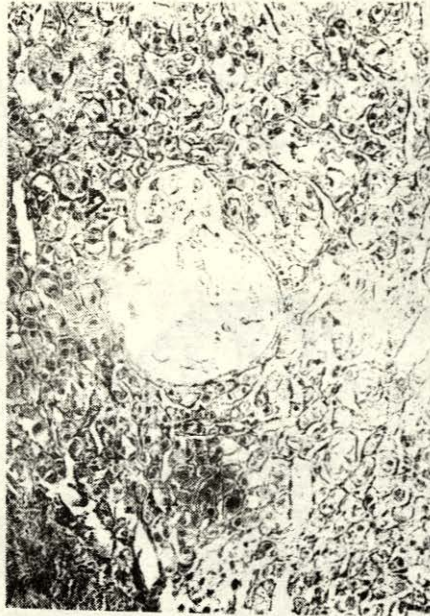
PATOLOJİ

Makroskopik bulgular: Çıkan parça 17 cm. boyunda, 10,5 cm. eninde ve 4 cm kalınlığında idi. Böbreğin alt kutbunda geniş tümör dokusu mevcuttu. Tümör 10x6x4 cm. boyutlarında idi. Boyuna yapılan kesit yüzeyinde kahverengi siyahımsı alanlar mevcuttu (Resim: 2).



*Resim: 2— Böbrek Adenokarsinomu.
Tümör, Psödoapsülle Sınırlı. Kesitte
Kanama, Nekroz Odakları ve Kistik
Bölge Belirgin*

Mikroskopik bulgular: Tümörden yapılan kesitlerde genellikle yuvarlak, hiperkromatik nukleuslu, geniş eozinofilik stoplazmalı hücreler görüldü. Bunların değişik boy ve büyüklüklerde duktus yaptıkları dikkati çekti. Stromada geniş kanama ve nekroz alanlarına ve yer yer serpinti halinde yuvarlak hücre infiltrasyonuna rastlandı (Resim: 3).



*Resim: 3—Böbrek Adenokarsinomu
Mikrofotoğraf*

Böbrekten yapılan kesitlerde; bazı glomerüllerin atrofik, bazılarının hipertrofik olduğu ve glomerül kapsüllerinin genişlediği görüldü. Proksimal tüplerin epitellerinde parankimatöz dejeneresans ve nekroz dikkati çekiyordu. Stromada kanama alanları görüldü. Tümör-böbrek sınırından yapılan kesitlerde tümörün böbrek dokusu içine doğru infiltrate olduğu görüldü.

Patolojik tanı: 1. Hipernefroma, 2. Böbrekte hipernefrom infiltrasyonu.

Hasta, 22.2.1979 tarihinde şifa ile taburcu edildi. Postoperatif radyoterapi ve kemoterapi uygulanmadı.

TARTIŞMA

Eskiden, çocuklarda hipernefroid olmayacağına inanılırdı. Gross³ 1953 yılında, Boston Çocuk Hastahanesinde yaptığı son 30 yılı kapsayan bir araştırmasında çocukluk çağında hiç böbrek adenokarsinomuna rastlamamıştır. Gresson ve Pilling⁴ 1959 yılına kadar 28 çocuk hipernefroid vak'asının rapor edildiğini bildirmiştir. Lynne⁵ ve Machiz (1973) ve Schellhammer⁶ ve Smith (1974)'e göre bugün yıllık olgularda belirgin bir artış dikkati çekmektedir. Bu durumu, yeni bir kanserojen maddenin etkisi veya tümöre karşı araştırmacıların ilgi duymaya başlaması ile açıklayanlar vardır⁷. Love⁸ ve arkadaşları adolesan çağında 6 böbrek tümörü olgusu saptamışlardır. Bunlar, yapılan angiografi ile 3'ünün hipernefroid olduğunu görmüşlerdir.

Castellanos'un¹ araştırmasında çocuklarda görülen hipernefroidlarda abdominal kitle % 64, hematüri % 54 ve karın ağrısı % 32 oranında bulunmuştur. Bu klasik üçlü triad ancak vak'aların % 10-15'inde birarada bulunabilirler^{5.6.9}. Bizim olgumuzda klasik triad mevcuttu. Yine Castellanos'un¹ araştırmasında; kusma, bulantı, ateş, kilo kaybı ve halsizlik gibi non-spesifik semptomlar % 44 oranında bulunmuştur. Bizim olgumuzda non-spesifik semptomlara ve travma hikâyesine rastlamadık.

Tümörün histolojik görünümü yetişkinlerinkinin aynıdır. Ancak kalsifikasyonlar 2-3 defa daha fazla görülür⁶.

Sağ ve solda aynı oranda görülmesi, lokalizasyonları, metastazların sıklığı ve tedavi şekli bakımından yetişkinlerin hipernefroidu ile aynı özelliği gösterir⁶.

Radyoterapi ve kemoterapinin etkinliği tartışılmaktadır. Tümör kapsülü aşmadığı zaman belirgin bir etkinlik sağladığı bildirilmiştir¹.

SONUÇ

Yaşamın ilk 20 yılında nadir görülmesine rağmen böbrek adenokarsinomlarını akıldan çıkarmamalı ve çocuk böbrek tümörlerinin ayırıcı tanısında dikkate alınmalıdır.

KAYNAKLAR

1. CASTELLANOS, R.D., ARON, B.S., EVANS, A.T.: Renal adenocarcinoma in children: Incidence, therapy and prognosis. J. Urol. 111: 534, 1974.
2. NYGAARD, K.K., SIMON, H.B., PLAINS, W.: Hypernephroma in children. Review and case report. Arch. Surg. (Chicago), 108: 97, 1974.
3. GROSS, R.E.: Surgery of Infancy and Childhood. W.B. Saunders Comp. Philadelphia, 1953.
4. GRESSON, S., PILLING, G.P.: Renal tumors. Pediatr. Clin. N. Amer. 6: 473, 1959.
5. LYNNE, C., MACHIZ, S.: Renal cell carcinoma in children: A report of four cases and a review of the literature. J. Pediatr. Surg. 8: 925, 1973.
6. SCHELLHAMMER, P.F., SMITH, M.J.V.: Renal cell carcinoma in children. South. Med. J. 66: 1345, 1973.

7. RUTSAERT, J., HUBERT, J.P., ABOUHATEM, R., DUPONT, M.: La tumeur de Grawitz chez l'enfant. J. D'urol. ed de nephrol. (Paris) 81(10-11): 759, 1975.
8. LOVE, L., NEUMANN, H.A., SZANTO, P.B., NOVAK, G.M.: Malignant renal tumors in adolescence. Radiology, 92: 855, 1969.
9. SCHUGGS, G.D., AINSWORTH, T.: Renal cell carcinoma in children: A review of the literature and report of two cases. J. Urol. 86: 728, 1961.