

Eş Zamanlı Böbrek ve Akciğer Kanseri

Simultaneous Renal and Lung Cancer

Ender Levent, Nesrin Sarıman, Akın Cem Soylu, Şirin Yurtlu

Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

ÖZET

Toraks dışı malignitesi olan hastaların takibinde pulmoner nodül saptanması her zaman metastazı göstermez. Akciğerdeki lezyonun eş zamanlı primer akciğer kanseri olabileceği de düşünülmelidir. Akciğerdeki lezyonun etyolojisinin saptanması, uygun tedavi yönteminin seçimi ve prognoz tahmininde önemlidir. Eş zamanlı akciğer ve böbrek kanseri nadir bir durumdur ve genelde metastaz taraması yapılırken tesadüfen saptanır. Burada 75 yaşında böbrek tümörü (Renal Cell Ca) açısından tetkik edilirken küçük hücreli akciğer kanseri saptanan olgu sunulmuştur. (*Tur Toraks Der 2012; 13: 34-7*)

Anahtar sözcükler: Multiple primer tümör, senkron tümör, akciğer kanseri, böbrek kanseri, eş zamanlı tümörler

Geliş Tarihi: 23.10.2008

Kabul Tarihi: 30.10.2009

ABSTRACT

In the follow up period of extrapulmonary malignancies, detection of a pulmonary nodule should not be always considered as a metastatic lesion. It could also be another simultaneous primary lung malignancy. Determining the etiology of the new lesion is important in order to decide the therapeutic management and prognosis. Simultaneous renal and lung cancer is a rare condition and can usually be detected randomly during scanning for metastases. We present a 75 year-old man with renal cell cancer and coincidental small cell lung cancer discovered during preoperative evaluation. (*Tur Toraks Der 2012; 13: 34-7*)

Key words: Multiple primary tumor, synoran tumor, lung cancer, renal cancer, simultaneous tumors.

Received: 23.10.2008

Accepted: 30.10.2009

GİRİŞ

Malignitelerin başarılı tedavisiyle uzayan sağ kalıma bağlı olarak multiple primer malignite insidansında artış olmaktadır. Günümüzde ileri tetkik yöntemlerinin gelişmesi ve sık kullanımı ile insan ömrünün uzaması da, multiple primer kanserlerin saptanmasını artırmaktadır [1].

Senkron ya da metakron ikinci primer akciğer kanserleri %0.5 oranında bulunmuştur [2]. Akciğer dışı organ maligniteleriyle eş zamanlı primer akciğer malignitesi görülmesi ise daha düşük orandadır. Ekstrapulmoner kanser tanısı olan bir hastada, pulmoner nodül varlığı hemen metastaz olarak kabul edilmemelidir. Tedavinin planlanması ve prognozun doğru tahmini için, nodülün etyolojisine yönelik uygun tanısal yaklaşım gecikmeden uygulanmalıdır [3,4]. Tanının ve tedavinin belirlenmesi için hangi organ malignitelerinin birlikte görüldüğü, bunların metastatik yayılım paternleri ve kliniklerinin bilinmesi önemlidir [1].

Eş zamanlı böbrek ve akciğer kanseri tanısı alan olgumuzu, nadir görülmesi nedeniyle ve eş zamanlı farklı organ malignitelerine dikkat çekmek amacıyla yayınlamayı uygun bulduk.

OLGU

Yetmiş beş yaşında erkek hasta, sağ böbrek tümörü (abdomen bilgisayarlı tomografisinde sağ böbrekte 47

mm heterojen hipodens kitlesel lezyon) (Şekil 1) nedeni ile üroloji kliniğinde perkütan iğne biopsisi (tru-cut) ile renal hücreli karsinom tanısı almıştır (Şekil 2) (Böbrek biyopsisi kesitlerinin incelenmesinde; geniş berrak sitoplazmalı, santralize nükleuslu, yer yer tek nükleoller genellikle açık kromatin paternine sahip, poligonal şekilli epitelial hücrelerden oluşan tümör görüldü. Bunlar belirgin bir patern oluşturmadan trabeküler veya düzensiz kümeler veya ince vasküler yapılar içeren solid alanlar oluşturmaktaydı. Mitoz, nekroz ve belirgin atipi görülmedi. Bu bulgularla olguya renal hücreli karsinom tanısı verildi).

Böbrek tümörüne yönelik operasyon planlanan hastanın preoperatif değerlendirilmesi için göğüs hastalıkları konsültasyonu istenmiştir. Otuz paket-yıl sigara içimi ve 15 gündür süren nonproduktif öksürük şikayeti olan hastanın akciğer grafisinde sağ infrahiler kitle lezyonu izlenmiştir (Şekil 3). Toraks bilgisayarlı tomografisinde; sağ infrahiler yerleşimli 45x55x40 mm boyutunda kitlesel lezyon (Şekil 4), sağ paratrakeal ve sağ hiler yerleşimli lenf nodları saptanmıştır. Akciğer metastazı ve primer akciğer kanseri ön tanıları ile yapılan bronkoskopide; sağ alt lob bronş girişi ve orta lob bronş girişi lateral duvarlarında mukozadan kabarık endobronşial tümöral lezyon izlenmiştir (Şekil 5). Bronş biopsisi örneklerinden küçük hücreli akciğer kanseri tanısı konmuştur (Şekil 6) (Bronş biyopsisi örneklerinin kesitlerinde; bir kısmı izole ve bir

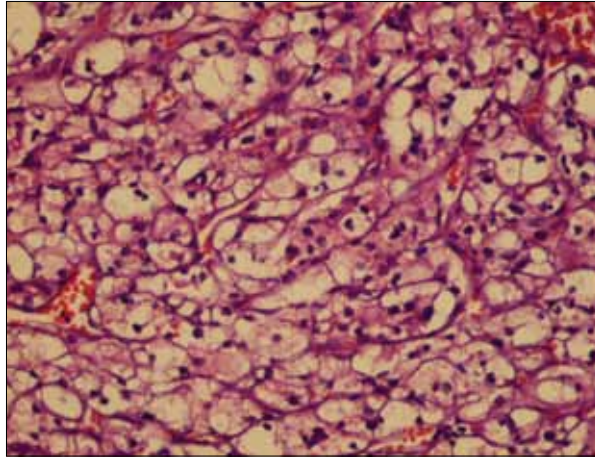
fragmentte bronş mukozası altında, stroma içinde, infiltrate belirgin ezilme artefaktı oluşturan tümör izlendi. Tümör elemanları monomorfik, dar sitoplazmalı, hiperkromatik nükleuslu atipik hücrelerden oluşmaktaydı. İmmün-histokimyasal olarak; TTF-1 ve synaptofizin pozitif,

pansitokeratin ve CD45 negatif boyandı. Bu bulgularla olgu bronş duvarında infiltrate "küçük hücreli karsinom" olarak rapor edildi).

Eş zamanlı akciğer ve böbrek tümörleri saptanan hastada her iki tümörün evrelemesi için yapılan tetikler-



Şekil 1. Abdomen bilgisayarlı tomografisinde sağ böbrekte tümöral lezyon



Şekil 2. Geniş berrak sitoplazmalı, santralize nükleuslu poligonallı epitelial hücrelerden oluşan tümör: Renal hücreli karsinom (Hematoksilen ve Eozin X 400)



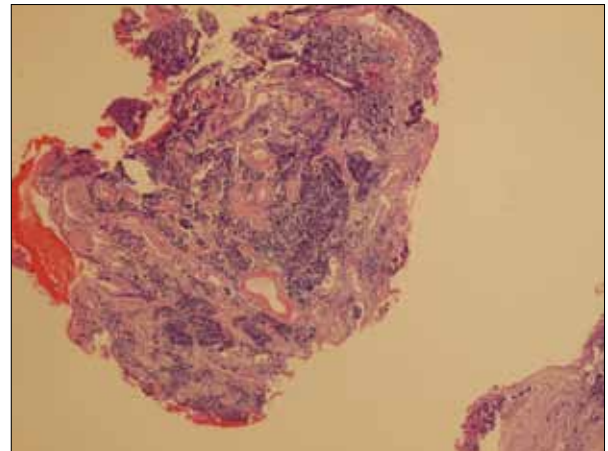
Şekil 3. Akciğer grafisinde sağ infrahiler yerleşimli tümöral lezyon



Şekil 4. Toraks bilgisayarlı tomografisinde sağ infrahiler yerleşimli tümöral lezyon



Şekil 5. Bronkoskopide; sağ orta lob bronş girişi lateral duvarlarında mukozadan kabark endobronşial tümöral lezyon



Şekil 6. Solid adalar halinde infiltrate, monomorfik, dar sitoplazmalı, hiperkromatik nükleuslu atipik hücrelerden oluşan tümör: Küçük hücreli karsinom (Hematoksilen ve Eozin X 100)

de, karaciğerde multiple metastaz saptanması üzerine onkoloji kliniğine devredilmiştir. Karaciğerdeki metastatik lezyonların hangi organ tümöründen kaynaklandığına dair ileri tetkik yapılmamıştır.

TARTIŞMA

Farklı organlarda eş zamanlı malignite gelişme sıklığı genel olarak %1.7-3.9'dur [5]. Eş zamanlı farklı visseral organ maligniteleri ile ilgili olarak, literatürde otopsi serileri bulunmaktadır. Eş zamanlı böbrek ve akciğer kanseri nadir karşılaşılan bir durumdur [1].

Warren ve Gates 1259 olgulu otopsi serisinde multiple primer kanser insidansını %1.84 olarak belirtmiştir. Burke'nin serisinde ise; insidans %7.8 oranında bildirilmiştir [1]. Hajdu ve Hajdu kendi serilerinde; multiple primer kanserlerin %90'ının 1 yıl içinde ardışık olarak geliştiğini, ortalama yaşın 70 ve erkek/kadın oranınının 3/1 olduğunu belirtmiştir. Akciğer ile böbrek başta olmak üzere, kolon, prostat ve mide, multipl primer kanserlerin en sık görüldüğü organlardır [1].

Cahan ve ark. [4] 1940-1975 yılları arasında, ekstrapulmoner malignitesi olan ve takiplerinde akciğer grafisinde soliter pulmoner nodül saptanan 800'den fazla hastayı incelemiştir. Pulmoner lezyonlardan alınan örnekler (biyopsi, rezeksiyon ve otopsi ile) patolojik olarak değerlendirilmiştir. Bu hastaların yaklaşık 500'ünde primer akciğer kanseri, 196'sında metastaz tespit edilmiştir. Böbrek kaynaklı malignitesi olan toplam 20 hastanın ise; 11'inde primer akciğer kanseri, 9'unda metastaz saptanmıştır.

Benzer bir çalışmada; Quint, 1994-1999 yılları arasında ekstrapulmoner malignitesi olan ve soliter pulmoner nodül saptanan 149 hastayı incelemiştir. Nodül histolojisi ile ekstrapulmoner malignite, hasta yaşı ve sigara öyküsü arasında ilişki araştırılmıştır. Hastalar ekstrapulmoner organ malignitelerine göre beş gruba ayrılmıştır. Ekstrapulmoner malignitesi olan tüm gruplarda yaşla birlikte primer akciğer kanseri, metastaz ve benign lezyon sıklığının arttığı saptanmıştır. Ekstrapulmoner malignitesi olan hastaların çoğunda, akciğerlerdeki soliter nodülün metastaz veya benign nodülden ziyade, primer akciğer malignitesi olduğu saptanmıştır. Bu lezyonun primer akciğer kanseri olma olasılığı, ekstrapulmoner neoplazmın histolojik özelliklerine ve hastanın sigara içme öyküsüne bağlı olarak değişmektedir. Baş ve boyun tümörlerinde akciğerlerdeki nodül büyük olasılıkla primer akciğer tümörü olabilecek iken, melanoma, sarkoma ve testiküler karsinomalarda akciğerdeki lezyonun metastaz olma olasılığı daha yüksektir. Sigara ile ilişkili ekstrapulmoner organ tümörlerinde primer akciğer kanseri eşlik etme olasılığı artmaktadır [3].

Warren ve Gates multiple primer maligniteye sahip hastaları tanımlamak için üç kriter bildirmiştir: Her tümör kesin malign patern göstermeli, her tümör histolojik olarak farklı olmalı ve metastaz dışlanmalıdır [1]. Akciğer malignitelerinde böbrekler genelde metastaz odağı

olmazken, böbrek maligniteleri akciğere metastaz yapabilir. Bu nedenle genelde akciğerdeki lezyon metastaz olarak kabul edilir. Renal hücreli karsinomun en sık metastaz yaptığı yer akciğerlerdir [6]. Hematojen yayılım sonucu oluşan akciğer metastazları daha çok kan akımının fazla olduğu alt loblarda beklenir. Olgumuzda akciğer lezyonunun santral yerleşimli olması, mediastinal lenfadenopati varlığı, sigara öyküsünün olması ve erkek cinsiyet nedeni ile böbrek tümörüne senkron bir akciğer tümörü olabileceği düşünülerek tetkik edilmiş ve küçük hücreli akciğer kanseri tanısı konmuştur.

Toraks dışı malignitesi olan hastalarda, akciğerlerde izlenen periferik nodüllerin görünümüne göre primer malign tümör ya da metastatik nodül olup olmadığının belirlenmesinde kesin bir kriter yoktur. Ancak; Park ve ark. ekstrapulmoner kanseri bulunan 34 hastada 59 adet buzlu cam görünümlü pulmoner nodülü incelediklerinde, nodüllerin %67'sinin malign ve tümünün primer akciğer kanseri olduğunu saptamışlardır. Hiçbir olguda buzlu cam görünümlü metastatik nodül saptanmamıştır. Toraks dışı malignitesi olan hastaların akciğerlerindeki buzlu cam görünümlü nodüllerin malign olma eğiliminde ve sıklıkla da primer akciğer kanseri olma eğiliminde olduklarını belirtmişlerdir [7].

Hiler/mediastinal lenf nodu büyümesinin ayırıcı tanısında lenfoma, bronş karsinomunun lokal yayılımı, enfeksiyon dışı granülatöz hastalıklar (sarkoidoz) ve enfeksiyöz granülatöz hastalıklar (tüberküloz) yer alır. Ancak; hiler yada mediastinal lenf nodu büyümesinin ayırıcı tanısında toraks dışı maligniteler de düşünülmelidir. Toraks dışı malignitelerin hangi sıklıkta hiler/mediastinal lenf nodu tutulumu yaptığı ve hangi lenf nodu grubunu daha sık tuttuğuna dair yapılan bir çalışmada: Baş-boyun, genitoüriner sistem, meme ve deri kanserlerinden oluşan toplam 1071 hastanın 25'inde hiler/mediastinal lenf adenopati saptanmıştır (%2-3). En sık intratorasik lenf nodu metastazı yapan tümörler, testis (%29.4) ve böbrek (%21.4) tümörleridir. En sık tutulan lenf nodu grubu ise %60 oranında sağ paratrakeal lenf nodlarıdır. Ancak; toraks dışı primer kanserlerin metastaz yaptığı belli bir lenf nodu grubu saptanmamıştır. Retroperitoneal lenf nodlarından toraks içine yayılım net olarak anlaşılamamıştır. Pelvis ve abdomen lenfatikleri ductus torasicusa drene olur. Lenfatik damarlardaki kapakçıkların yetersizliği nedeni ile ductus torasicustan bronkmediastinal lenfatiklere reflü ve tümör embolisi bu yayılımdan sorumlu tutulmaktadır. Araştırmalarda, normal bireylere lenfografi yapılarak, kapakçık yetersizliğine bağlı mediastinal lenf nodlarına %5-14 oranında reflü gösterilmiştir [8].

Eş zamanlı böbrek ve akciğer malignitelerinde tedavi yaklaşımı; her bir organ tümörü için ayrı evreleme yapıp, operabil ise sırayla ya da aynı seansda cerrahi rezeksiyondur. Daha agresif olan tümörün önce opere edilmesi daha akılcıdır [5]. Olgumuzda küçük hücreli akciğer kanseri saptanması, karaciğer metastazı varlığı ve eş zamanlı renal hücreli karsinom tanısı nedeni ile kemoterapi ilk

seçenek tedavi olarak düşünülüp hasta onkoloji kliniğine devredilmiştir.

KAYNAKLAR

1. Libby DM, Altorki NK, Gold J, et al. Simultaneous pulmonary and renal malignancy. *Chest* 1990;98:153-6. [\[CrossRef\]](#)
2. Sarıhan S, Gebitekin C, Yerci Ö, ve ark. Bir olgu nedeni ile ikinci primer akciğer karsinomlarının değerlendirilmesi. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Derg* 2004;30:47-52.
3. Quint LE, Park CH, Iannettoni MD. Solitary pulmonary nodules in patients with extrapulmonary neoplasms. *Radiology* 2000;217:257-61.
4. Cahan WG, Shah JP, Castro EB. Benign solitary lung lesions in patients with cancer. *Ann Surg* 1978;187:241-4. [\[CrossRef\]](#)
5. van Bodegom PC, Wagenaar SS, Corrin B, et al. Second primary lung cancer: importance of long term follow up. *Thorax* 1989;44:788-93. [\[CrossRef\]](#)
6. Lokich J. Spontaneous regression of metastatic renal cancer. Case report and literature review. *Am J Clin Oncol* 1997;20:416-8. [\[CrossRef\]](#)
7. Park CM, Goo JM, Kim TJ, et al. Pulmonary nodular ground-glass opacities in patients with extrapulmonary cancers: what is their clinical significance and how can we determine whether they are malignant or benign lesions? *Chest* 2008;133:1402-9. [\[CrossRef\]](#)
8. McLoud TC, Kalisher L, Stark P, Greene R. Intrathoracic lymph node metastases from extrathoracic neoplasms. *Am J Roentgenol* 1978;131:403-7.