

Bilateral Böbrek Tümörü

Bülent OKTAY*
Mustafa ÖZYURT**
Ümit ŞİMŞEK***
Ahmet BAĞCIOĞLU****

ÖZET

Bilateral böbrek tümörü klinisyen için bir sorun oluşturur. Literatüre bakıldığında bu soruna gittikçe yoğun bir yaklaşımın olduğu anlaşılmaktadır. Bilateral böbrek tümörü olgusu nadir görülmesi ve tedavideki güçlük açısından literatür bilgisi ile birlikte sunulmuştur.

SUMMARY

Bilateral Kidney Tumor

Renal cell carcinoma occurring bilaterally represents a challenge to the clinician. An increasingly aggressive approach to this problem is evident in a review of the literature. The case with bilateral renal cell carcinoma is presented because of rarity and difficulty to threat with review of the literature.

Renal hücreli karsinom öldürücü bir hastalıktır. Tedavi edilmeyen olgularda 5 yıllık ömür % 2 iken radikal nefrektomi yapılanlarda bu oran % 60'ı bulur^{1,2}. Eğer tümör iki böbrekte birden veya soliter böbrekte gelişirse parenkim koruyucu operasyon yapılır. Parsiyel nefrektomi, bilateral tümörlü veya soliter

-
- * Yrd. Doç. Dr.; Uludağ Üniv. Tıp Fak. Üroloji Anabilim Dalı Öğretim Üyesi
** Prof. Dr.; Uludağ Üniv. Tıp Fak. Üroloji Anabilim Dalı Öğretim Üyesi
*** Doç. Dr.; Uludağ Üniv. Tıp Fak. Üroloji Anabilim Dalı Öğretim Üyesi
**** Dr.; Uludağ Üniv. Tıp Fak. Üroloji Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi

böbrekli olgularda en başarılı tedavi tipidir^{3.6}. Komputere tomografinin rutin kullanıma girmesiyle bir çok renal tümör tesadüfi ve erken evrede teşhis edilebilmektedir. Geçmişte bilateral renal karsinom kötü prognoz demektir. Cerrahi tekniklerin gelişmesiyle bilateral böbrek tümörü yoğun tedavi gerektiren ve uzun süreli yaşama olanak veren bir tümör görünümündedir^{3.7}.

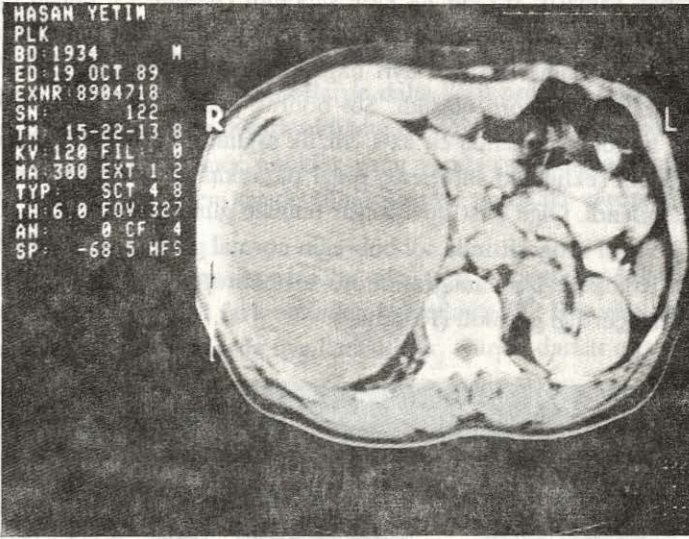
OLGU

H.Y, 56 yaşında, erkek. Sağ kostolomber ağrı ve hematüri yakınması ile Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji polikliniğine başvuran olguda sağ lomber kitle saptanması üzerine yatırıldı. Son bir yılda 10 kilogram kaybettiğini ifade eden olgunun laboratuvar bulgularında sedimantasyon yüksekliği ve hematüri bulundu. Çekilen IVP'de sağ lomber yörede barsakları sola iten kitle imajı vardı. Sağ böbrek kalisleri deforme ve inferiora deplaseydi. Sol böbrek normal yerinde fakat üst pol kalislerinde yaylanma vardı (Resim: 1). Çekilen komputere tomografide sağ böbrek üst polden kaynaklanan dev, sol böbrekte ise yine üst polden



Resim: 1

IVP: sağ böbrek kalisleri iyi vizualize olmamış ve inferiora deplase.
Sol böbrek üst pol kalislerinde yaylanma



Resim: 2

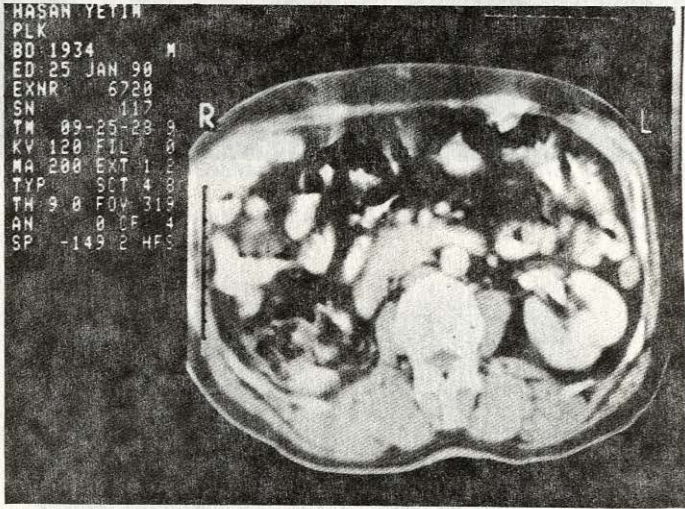
CT sol böbrekte dev, sağ böbrek üst pol medialinde tümör



Resim: 3

Post operatuvar IVP: Sol böbrek fonksiyonları yeterli, konturları düzgün

hiluma uzanan yaklaşık 3x5 cm.'lik kitle saptandı (Resim: 2). Hasta operasyona alındı. Bilateral subkostal insizyon ile batına girildi. Önce sağ böbrekten kaynaklanan büyük kitle damarları ayrı ayrı bağlanarak eksize edildi. Daha sonra sol böbrek üst yüzdeki tümöre ulaşıldı. Sol böbrek pedikülü damar teybi ile kontrole alınıp, tümör, çevresinde en az 1 cm.'lik sağlam parankimi içerecek şekilde eksize edildi. U şeklindeki sütürlerle renal parankimde hemostaz sağlanıp operasyon tamamlandı. Olgu post operatuvar onuncu gün taburcu edildi. Üç ay sonra çekilen kontrol ürografisinde sol böbreğin normal görünümde olduğu saptandı (Resim: 3). Komputerize tomografide ise sol böbreğin sağlıklı olduğu ancak bir adet basit kist içerdiği görüldü (Resim: 4).



Resim: 4
Post operatuvar CT: Sol böbrek normal. Bir adet basit kist içermekte

TARTIŞMA

Renal tümörlerin parsiyel cerrahi eksizyonu ilk olarak 1950'de başarıldı⁸. Tümörün tam olarak uzaklaştırılabilmesi çevresinde en az 1 santim kalınlığında normal böbrek dokusu ile beraber eksize edilebilirse mümkündür. Cerrahi tekniklerdeki gelişmeler eksizyon sırasında organ korumayı kolaylaştırmıştır^{7,9,10}.

Enükleasyonun teknik kolaylığı tümörle çevre dokuyu ayıran fibröz, yalancı kapsülün varlığına bağlıdır. Küçük tümörlerde yalancı kapsül bütün tümörü sarar ve kapsül dışı penetrasyon azdır. Tümör büyüdükçe kapsülün bütünlüğü kaybolur¹¹. Bununla birlikte tümörlerin büyük kısmında yalancı kapsülden çevre dokuya mikro invazyon gösterilmiştir¹². Bu bulgulara bağımlı olmaksızın tümörün yayılım meyli tümörün boyutu 6 santimi geçince artar⁸.

Soliter böbrekteki tümörün prognozunu, karşı böbrek benign nedenle alınanlarda, tümör nedeniyle nefrektomi yapılanlara göre iki kat daha iyi olduğu ve eş zamanlı bilateral renal tümörlerde daha kötü prognoz belirtilmiştir¹³. Bilateral ve soliter grup arasında fark olmadığını iddia edenler de vardır¹⁴. Bütün yazarlardaki ortak kanı, tümör enükleasyonu yapılan olgulardaki yaşam süresinin karşı böbreğin kaderinden ziyade tümörün tanı anındaki evresine bağlı olduğu şeklindedir.

Tümörün eksizyonu in vivo ve eks vivo yapılabilir. İki grup arasında yaşam süresi açısından bir fark olmadığı belirtilmiştir¹⁴. Eks vivo parsiyel nefrektomi büyük santral lezyonlarda uygulanmalıdır. Çünkü damar anastomozları ekstra komplikasyon riski doğurmaktadır. İn vivo enükleasyonda arteriyel klemp kullanılacaksa intra operatif mannitol kullanılmalı ve eğer oklüzyon süresi 30 dakikayı geçerse böbreğe intra arteriyel ve yüzeysel soğutma uygulanmalıdır³. Tümör kapsülüne invazyon nadir olmadığı için sadece enükleasyon uygulanmamalı, çevreden 1 santim kalınlığında parankim eksize edilmelidir.

Eş zamanlı bilateral renal hücreli karsinom tedavi seçenekleri şöyle sıralanabilir:

- Önce tümörü küçük olan böbreğe parsiyel nefrektomi yapılır. Post operatif diyaliz gereksinimini azaltmak için kötü taraf yerinde bırakılır. Daha sonra kötü tarafa radikal operasyon yapılır.

- Önce tümörü yaygın olan tarafa radikal nefrektomi yapılır. Daha sonra karşı tarafa parsiyel nefrektomi uygulanır. Bu yaklaşım parsiyel nefrektomi yapılacak tarafa işlemden önce kompansatris hipertrofi imkanı tanımaktadır. Soliter böbreğin iskemiye daha dayanıklı olduğunu belirten bulgular vardır³.

- Aynı anda bilateral parsiyel nefrektomi, bir tarafa parsiyel karşı tarafa radikal nefrektomi veya bilateral nefrektomi yapılabilir.

Bununla birlikte yöntemler arasında en iyi olanı aynı anda iki böbreğe birden girişim yapılmasıdır⁶. İşin ideali ise önce tümörü büyük olan tarafa radikal nefrektomi, aynı seansta karşı böbreğe parsiyel nefrektomi uygulanmasıdır³.

Biz de olgumuza bu yöntemi uyguladık ve post operatif dönemi sorunsuz geçirdik. Sonuç olarak bilateral böbrek tümörü, özellikle erken evrede yakalandığında konservatif renal cerrahi ile tedavi edilebilir bir hastalık konumundadır.

KAYNAKLAR

1. ANGERVALL, L. and WAHLQUIST, L.: Follow up and prognosis of renal cell carcinoma in a series operated by perifacial nephrectomy combined with adrenalectomy and retroperitoneal lenfadenectomy. Eur. Urol., 4:13, 1978.

2. SKINNER, D.G., CALCIN, R.B., VERMILLION, C.D., PFISTER, R.C. and LEADBETTER, W.F.: Prognosis and management of renal cell carcinoma. A clinical and pathologic study of 309 cases. *Cancer*, 28:1165, 1971.
3. SMITH, R.B., DEKERNION, J.B., EHRLICH, R.M., SKINNER, D.G. and KAUFMAN, J.J.: Bilateral renal cell carcinoma and renal cell carcinoma in the solitary kidney. *J. Urol.*, 132: 450, 1984.
4. NOVICK, A.C., STEWARD, B.H., STRAFFON, R.A. and BANOWSKY, L.H.: Partial nephrectomy in the treatment of renal adenocarcinoma. *J. Urol.*, 118:932, 1977.
5. TOPLEY, M., NOVICK, A.C. and MONTIE, J.E.: Longterm results following partial nephrectomy for localized renal adenocarcinoma. *J. Urol.*, 131:1050, 1984.
6. JACOBS, S.C., BERG, S.I. and LAWSON, R.K.: Synchronous bilateral renal cell carcinoma: total surgical excision. *Cancer*, 46:2341, 1980.
7. NOVICK, A.C., ZINCE, H., NEVES, R.J.: Surgical enucleation for renal cell carcinoma. *J. Urol.*, 135:235, 1986.
8. BLACKLEY, S.K., LADAGA, L., WOOLFITT, R.A. and SCHELLHAMMER, P.: Ex situ study of the effectiveness of enucleation in patients with renal cell carcinoma. *J. Urol.* 140:6, 1988.
9. GRAHAM, S.D., Jr. and GLENN, J.F.: Enucleative surgery for renal malignancy. *J. Urol.* 122:546, 1979.
10. JAEGER, N., WEISSBACH, L. and VAHLENSIECK, W.: Value of enucleation of tumor in solitary kidneys. *Eur. Urol.*, 11:369, 1985.
11. BAZEED, M.A., SCHARFE, T., BECHT, E., JURINCIC, C., ALKEN, P. and THUROFF, J.W.: Conservative surgery of renal cell carcinoma. *Eur. Urol.*, 12:238, 1986.
12. ROSENTHAL, C.L., KRAFT, R. and ZINGG, E.J.: Organ preserving surgery in renal cell carcinoma: tumor enucleation versus partial kidney resection. *Eur. Urol.* 10:222, 1984.
13. WICKHAM, J.E.A.: Conservative renal surgery for adenocarcinoma: the place of bench surgery. *Brit. J. Urol.*, 47:25, 1975.
14. SCHIFF, M., Jr. BAGLEY, D.H. and LYTTON, B.: Treatment of solitary and bilateral renal carcinomas. *J. Urol.*, 121:581, 1979.

Yrd. Doç. Dr. Bülent OKTAY

U.Ü. Tıp Fakültesi

Üroloji Anabilim Dalı

BURSA