

Multipl Primer Tümörler: Olgu Sunumu

Multiple Primary Tumors: Report of a Case

DEMET KARADAĞ¹, SÜLEYMAN ÖZDEMİR², OYA ÇAĞLAR¹, TANZER SANCAK¹, MEHMET ALİ YİNANC¹
¹Ufuk Üniversitesi, Radyoloji Ana Bilim Dalı - Ankara, ²Ufuk Üniversitesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Ankara

ÖZET

Multipl primer neoplaziler, bir hastada her biri ayrı, her biri malignitenin belirgin bir örneği olan ve birinin diğerinin metastazı olma olasılığı ekarte edilmiş tümörlerin varlığı şeklinde tanımlanır. Yaşam süresinin uzamasının ve malignitelerin spesifik tedavisinin sonucu sağ kalımında artmış olması nedeniyle MPN'lerin sayısı giderek artmaktadır. Bu makalede bir hastada gelişen senkron kolon adenokarsinomu, kondrosarkom ve renal hücreli karsinom olgusunu sunmayı amaçladık.

Anahtar kelimeler: Multipl, primer, tumor

ABSTRACT

Multiple primary neoplasms (MPN) is described as multiple tumors in a single patient so that each of the tumors must present a definite picture of malignancy, each must be distinct, and the probability of one being the metastasis of the other must be excluded. As a result of longevity and of a parallel increase in survival after specific treatment for malignancy, the number of multiple primary malignancies has continued to grow. In this article, we aimed to present a case of synchronous colon adenocarcinoma, chondrosarcoma and renal cell carcinoma within one patient.

Key words: Multiple, primary, tumor

Başvuru Tarihi: 01.02.2010, Kabul Tarihi: 22.02.2010

✉ Dr. Demet Karadağ

Ufuk Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Mevlana Bulvarı (Konya Yolu) No: 86-88 Balgat/Ankara-Türkiye

Tel: 0312.2044000, 0533.3227279

e-mail: drdkaradag@yahoo.com

Kolon Rektum Hast Derg 2010;20:37-40

Giriş

Multipl primer neoplaziler (MPN) ilk olarak 1875 yılında Billroth tarafından tanımlanmıştır. Ancak bu tanımlama çok rijit olduğundan modifiye edilmiştir.¹ Günümüzde MPN için Warren ve Gates'in tanımı kullanılmaktadır. Bu tanıma göre; her bir tümör kesin bir malignite kliniğiyle prezente olmalı, her biri ayrı ayrı olmalı ve metastaz olma olasılığı ekarte edilmiş olmalıdır.² Genitoüriner tümörlerde multipl primer malignite insidansı %13.5 olarak bulunmuştur.³ Renal hücreli karsinomun (RHK) prostat, mesane, rektum, akciğer kanserleri, non Hodgkin lenfoma ve melanoma ile birlikteliği gösterilmiştir.

Bu olgu sunumumuzda nadir olarak başparmakta izlenen düşük grade'li kondrosarkom ve eş zamanlı olarak RHK ve hemen sonrasında kolon adenokarsinomu tanısı alan 70 yaşındaki erkek hastanın klinik ve radyolojik bulguları eşliğinde multipl primer malign tümörler tartışılacaktır.

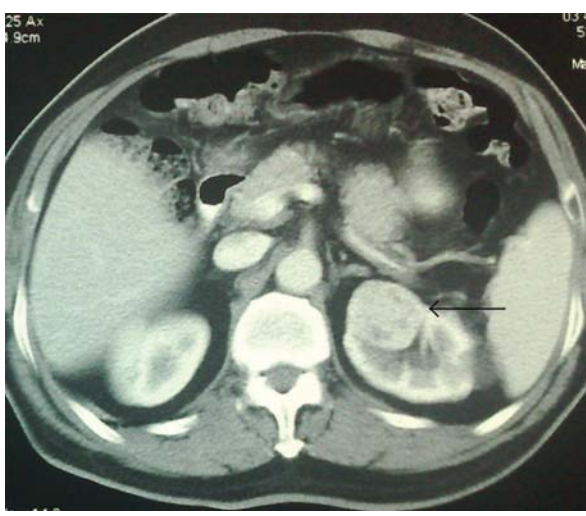
Olgu

70 yaşında erkek hasta bir aydır sağ el 1. parmakta varolan şişlik nedeniyle ortopedi polikliniğine başvurdu. Özgeçmişinde hipertansiyon ve diabetes mellitus vardı. Laboratuvar bulguları normaldi. Direkt röntgenogramda sağ el 1.parmak orta falanksında kemik yapıda destrüksiyona neden olan düzgün kontürlü litik kemik lezyonu saptandı. Manyetik rezonans incelemede (MR) 1. parmakta proksimal ve distal falanklarda destrüksiyona neden olan, T1A imajlarda kas yapılarına oranla hafif derecede hipointens, T2A imajlarda hiperintens, intravenöz kontrast madde enjeksiyonu sonrasında hafif derecede opaklaşma gösteren lobüle kontürlü kitle lezyonu saptandı (Resim1). Ayırıcı tanıda öncelikle kondrosarkom düşünülen hastanın akciğer metastazı açısından çekilen toraks bilgisayarlı tomografisinde (BT) inceleme alanına giren kesitlerde sol böbrek üst kesimde yaklaşık 30 mm çapında heterojen opaklaşan lezyon izlendi (Resim2). Hastaya ek olarak PET-CT istenmeden sol böbrekte RHK ve sağ el 1.parmakta kondrosarkom ön tanılarıyla eş zamanlı operasyona alındı. Sağ el başparmağı amputasyonu ve sol radikal nefrektomi yapıldı. Patoloji sonucu; sol böbrekte renal hücreli karsinom; şeffaf hücreli tip; Fuhrman grade 1; kapsül tümör negatif olarak rapor edildi. Perirenal yağ dokusu, sürrenal, üreter cerrahi sınır, renal ven cerrahi sınırı negatifti. Sağ el birinci parmakta ki lezyonun histopatoloji

sonucu ise Grade 1 kondrosarkom olarak rapor edildi. Postoperatif genel durumunda sorun olmayan hasta şifa ile taburcu edildi. Taburcu edilmesinden 6 ay sonra hastaneye kontrol amacı ile gelen hastaya yapılan abdomen BT incelemesinde çekum düzeyinde lokalize, dolma defektine neden olan kitle lezyonu izlendi. Böbrek tümörüne yönelik yapılan ilk operasyon öncesi BT inceleme tekrar gözden geçirildiğinde dikkate alınmayan ve rapor edilmeyen çekum lokalizasyonunda şüpheli barsak duvarı kalınlaşması dikkatimizi çekti (Resim 3A, B). Yapılan kolonoskopide çekum tabanında ileoçekal valvi içine alan ve lümeni oblitere eden ülserovejetan kitle izlendi. Operasyona alınan hastaya sağ hemikolektomi uygulandı. Çekum düzeyindeki kitle lezyonunun histopatolojik inceleme sonucu iyi diferansiye adenokarsinom olarak bulundu. Kitlenin serozaya infiltrasyon gösterdiği ancak lenfovasküler ve perinöral invazyonun olmadığı belirtildi.



Resim 1. Kontrastlı T1 Ağırlıklı MR incelemede sağ el birinci parmakta proksimal ve distal falanklarda destrüksiyona neden olan hafif opaklaşmalı kitle lezyonu.



Resim 2. Aksiyel BT kesitinde sol böbrekte heterojen opaklaşma gösteren kitle lezyonu izleniyor.



Resim 3A. Hastanın ilk operasyon öncesi yapılan BT tetkikinde çekum düzeyinde şüpheli barsak duvarı kalınlaşması.



Resim 3B. Çekum düzeyinde dolma defektine neden olan, lümen içerisine ve çevre yağ dokuya uzanım gösteren kitle lezyonu.

Tartışma

Renal hücreli karsinom (RHK) erişkin yaşta görülen tümörlerin %3'ünü, primer malign renal parankimal tümörlerin ise %86'sını oluşturmaktadır.⁴ Pik görülme yaşı 50-70 yaşlar arasındır ve 2/1 oranında erkek dominansı vardır. Etiyolojisi bilinmemekle birlikte sigara içimi, kimyasal maruziyet, asbestozis, obezite ve hipertansiyonla ilişkisi gösterilmiştir. Çoğu RHK sporadik olmasına rağmen yaklaşık %4'ü aileseldir.⁵ Von Hippel-Lindau hastalığı, tüberoz skleroz, herediter papiller renal kanser, Birt-Hogg-Dube sendromu, herediter leiomyoma ve familyal renal onkositoma herediter renal kanserlerin görüldüğü sendromlardır. Ayrıca uzun süre hemodiyaliz veya periton diyalizine giren, kazanılmış kistik böbrek hastalığı gelişen kronik böbrek yetmezlikli hastalarda RHK gelişme riski artmıştır. Teknolojik ilerlemeler ve buna paralel olarak radyolojik görüntüleme yöntemlerinin gelişmesiyle erken evre RHK'lı hasta sayısında artış olmuştur.

Kondrosarkom kartilajın primer malign tümörüdür. Multipl myelom ve osteosarkomdan sonra üçüncü en yaygın primer kemik tümörüdür. Tüm malign kemik tümörlerinin %10'unu oluşturur. Pik insidansı yaşamın 4, 5 ve 6. dekadlarıdır. Metastazları da geç dönemde ortaya çıktığından dolayı hayatta kalma süresi daha fazladır. Klinik problem metastatik yayılımdan çok lokal rekürrenstir.

Kolorektal kanserler dünyada kanserden ölüm nedenleri içinde dördüncü sıradadır.⁶ Kolon tümörlerinin %25'i çekum ve çıkan kolon, %5'i hepatic fleksura, %10'u transvers kolon, %5'i splenik fleksura, %5'i inen kolon, %50'si sigmoid kolon ve rektumdadır.⁷ Kolon kanserlerinin %80-90'ı benign adenomatöz poliplerden gelişir.⁸ Bir kanser hastasında tütün ya da alkol gibi karsinojenik ajanlara ortak maruziyet, genetik yatkınlık ya da kemoterapi/radyoterapi tedavisinin yan etkisi olarak diğer malign tümörlere yatkınlık artabilir.⁹ Multipl primer maligniteler tüm kanser olgularının %1.84'ünü oluşturur ve en sık birliktelik genitoüriner ile gastrointestinal sistem tümörlerinde izlenir. Bu nedenle genitoüriner tümör saptanan olguların gastrointestinal şikayetler yönünden de ayrıntılı değerlendirilmesi gerekir. RHK, genitoüriner sistem maligniteleri arasında diğer primer malignensiler ile en sık birliktelik gösteren malignensi olarak bildirilmiştir.¹⁰

Literatürde eş zamanlı saptanan primer tümörlerin varlığı senkron tümör, ilk tümörle ikinci tümörün ortaya çıkması

arasında geçen sürenin 12 ay veya daha fazla olması durumunda metakron tümörler olarak adlandırılır. MPN %20 oranında senkron , %80 oranında metakron olarak gelişir. *Calderwood ve ark.*'nin kolorektal ve ürolojik kanser hastalarında yaptıkları 23 yıllık izlem sonucunda ilk olarak renal pelvis ve üreteral kanser tanısı almış hastalarda sonrasında kolorektal kanser gelişme riskini yüksek bulmuşlardır.¹¹

MPN hastalarında prognoz tek primer tümörü olan hastalara oranla daha kötüdür. Kanser tanısı konmuş ve tedavi gören hastalarda ikinci bir primer tümör olasılığı normal populasyona oranla daha yüksek olduğu için izlem süresinin 5 yıldan daha uzun tutulması önerilmektedir. MPN hastalarında seçilecek tedavinin öncelikle

cerrahi olması gerektiği öne sürülmüştür.¹² *Utsumi ve ark.*'nin yaptığı bir çalışmada opere akciğer kanseri hastalarında gelişen ikinci bir primer tümörü olan hastaların tedavilerinin yine cerrahi olarak seçilmesinden sonraki 5 yıllık sağ kalım oranları %37.9, ikinci bir primer tümör gelişmeyen hastalarda ise %43.3 olarak belirtilmiştir.¹³

Klinik olarak MPN'nin önemi, hastalarda birden fazla tümöral lezyon saptandığında ayırıcı tanıda metastaz ya da rekürrens yanında ikinci bir primer tümörün olabileceğini de göz önünde bulundurmak gerektirir. Altta yatabilecek ortak patogenetik mekanizmalar nedeniyle özellikle ürolojik kanser hastalarının izleminde gastrointestinal sistem ayrıntılı değerlendirilmelidir.

Kaynaklar

1. Kapsinow R. Multiple primary cancer. A classification with report of cases. J La State Med Soc 1962;114:194-200.
2. Warren S, and Gates O: Multiple primary malignant tumors, a survey of the literature and statistical study. Am J Cancer 1932;16:1358.
3. Ray P, Sharifi R, Ortolano V, Guinan P. Involvement of the genitourinary system in multiple primary malignant neoplasms: a review. J Clin Oncol 1983; 1:574-81.
4. Bennigton JI, Beckwith JB. Atlas of Tumor Pathology, 2nd series. Fascicle 12. Tumors of the kidney, renal pelvis and ureter. Washington, DC: Armed Forces Institute of Pathology 1975:25-162
5. Choyke PL, Glenn GM, Walther MM, *et al.* Hereditary renal cancers. Radiology 2003;226:33-46.
6. Heiken JP, Peterson CM, Menias CO. Virtual colonoscopy for colorectal cancer screening: current status. Cancer Imaging 2005;23:133-39.
7. Mustafa Kecer. kolon kanserleri. In: Göksel Kalaycı. Genel cerrahi. Istanbul: Nobel Tıp Kitabevi 2002:1343-59.
8. Wolfgang Schima and Thomas Mang. CT colonography in cancer detection: methods and results. Cancer Imaging 2004;4:33-41.
9. Rabbani F, Grimaldi G, Russo P. Multiple primary malignancies in renal cell carcinoma. J Urol 1998;160:1255-59.
10. Sato S, Shinohara N, Suzuki S, *et al.* Multiple primary malignancies in Japanese patients with renal cell carcinoma. Int J Urol 2004;11:269-75.
11. Calderwood AH, Huo D, Rubin DT. Association between colorectal cancer and urologic cancers. Arch Intern Med 2008;168:1003-09.
12. Arıbaş O, Kanat F, Ceran S. Multipl primer tümörler (İki olgu sunumu). Genel Tıp Derg 2001;11:123-27
13. Utsumi T, Fujii Y, Takeda S, *et al.* Clinical study on lung cancer as a second primary cancer. Surg Today 1998;28:487-91.