

Sfenoetmoidal Bölgede Renal Hücreli Kanser Metastazı: Olgu Sunumu*

Renal Cell Cancer Metastasis to Sphenoethmoidal Region: Case Report

Dr. Güleser SAYLAM, Dr. Adil ERYILMAZ, Dr. Engin DURSUN, Dr. Halit AKMANSU, Dr. Celil GÖÇER

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 3. Kulak Burun Boğaz Kliniği

* 27. Ulusal Otorinolaringoloji ve Baş Boyun Cerrahisi Kongresi, 6–9 Ekim 2003, Antalya'da Poster olarak sunulmuştur.

ÖZET

Hipernefroma veya Grawitz tümörü olarak da bilinen renal hücreli kanser (RHK) erişkinlerde görülen tüm malignitelerin %3'ünü oluşturur. Hastaların %30–40'ı uzak metastaz ile tanı alır. En sık akciğer, reyonel lenf nodları, kemik ve karaciğer metastazı görülür. RHK vakalarının %8'inde hastalık baş boyun bölgesindeki metastaz ile ortaya çıkar. Burun ve paranasal sinüslerin metastatik tümörleri oldukça nadirdir. RHK bu bölgeye en sık metastaz yapan infraclavikular tümördür.

51 yaşında erkek hasta epistaksis sonrası sfenoidal bölgede kitle tesbit edilerek kliniğimize refere edildi. Hikayesinde renal hücreli kanser nedeniyle nefrektomi öyküsü olması nedeniyle tekrar değerlendirilen ve metastatik renal hücreli kanser tanısı ile tedavisi planlanan hasta, literatürle birlikte tartışılmıştır.

Anahtar Sözcükler

Renal hücreli karsinom, sfenoid kemik, neoplazm metastazı, paranasal sinüsler

ABSTRACT

Renal cell carcinoma, known as hipernefroma or Grawitz tumor, is 3% of all adult malignancies. 30–40% of patients are diagnosed with distant metastasis. Lung, regional lymph nodes, bone and liver are the most commonly seen metastatic regions. The diagnosis is made with head and neck metastasis in 8% of renal cell carcinoma patients. Metastatic tumors of nose and paranasal sinus are extremely rare. Renal cell carcinoma is the most common infraclavicular tumor that metastasizes to this region.

51-year-old male patient with intranasal mass diagnosed after epistaxis was referred to our clinic. Since he had a history of nephrectomy due to renal cell carcinoma, he was re-evaluated; and the treatment of the nasal mass was planned as metastatic renal cell carcinoma. The patient was discussed with the literature.

Keywords

Renal cell carcinoma, sphenoid bone, neoplasm metastasis, paranasal sinuses

Çalışmanın Dergiye Ulaştığı Tarih: 01.06.2006 • Çalışmanın Basıma Kabul Edildiği Tarih: 06.08.2006

Yazışma Adresi

Dr. Güleser SAYLAM

Kızılırmak Mah. 53.Sok. 35/10 Pelit Apt. 06520 Çukurambar/ Ankara
E-posta: guleserkilic@yahoo.com

GİRİŞ

Burun ve paranasal sinüslerin metastatik tümörleri oldukça nadir görülürler ve bazen primer tümör hiç bir belirti vermeden ilk bu bölgeye metastaz ile ortaya çıkabilir (1,2). Renal hücreli kanser (RHK) baş boyuna metastaz yapan klavikula altında yerleşmiş tümörler içerisinde meme ve akciğer kanserinden sonra üçüncü sırada yer alır (1-5). RHK böbreğin en sık karşılaşılan malign tümörüdür, ve genellikle 30-60 yaş arası erkeklerde görülür. RHK hastalarının %30-40'ında tanı anında metastaz mevcuttur ve yaklaşık %15 oranında baş boyun bölgesinde metastaz görülür. Bu hastaların da hemen hemen yarısı (%8) baş boyun metastazı ile tanı konan hastalardır (3-5). Metastaz eğilimi bu kadar yüksek olan RHK vakalarının ancak %1'inde sadece baş boyun metastazı görülür (2-5).

RHK tanısı ile nefrektomi operasyonu yapılan ve 2,5 yıl sonra sfenoetmoidal bölgede metastaz ortaya çıkan vaka sunulmuştur.

OLGU SUNUMU

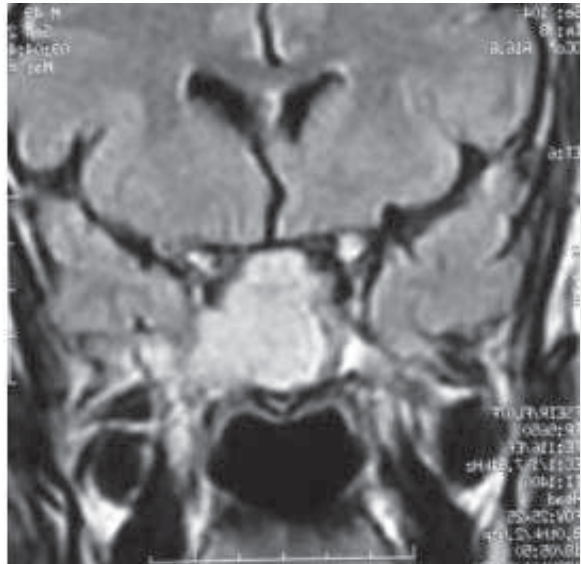
51 yaşında erkek hasta intranasal kitle nedeniyle kliniğimize refere edildi. Hastanın 3 ay önce başlayan burun tıkanıklığı ve koku alamama şikaye-

ti mevcuttu. Başka bir merkezde burun içinde kitle tespit edilen hastadan biyopsi alınmaya çalışılırken tampon konulmasını gerektiren kanaması olduğu öğrenildi. Hastanın muayenesinde her iki nazal kavitede etmoid bölgeden köken alan multilobule, kırmızı ve vasküler görünümlü kitle mevcuttu. Diğer kulak burun boğaz muayenesi normaldi.

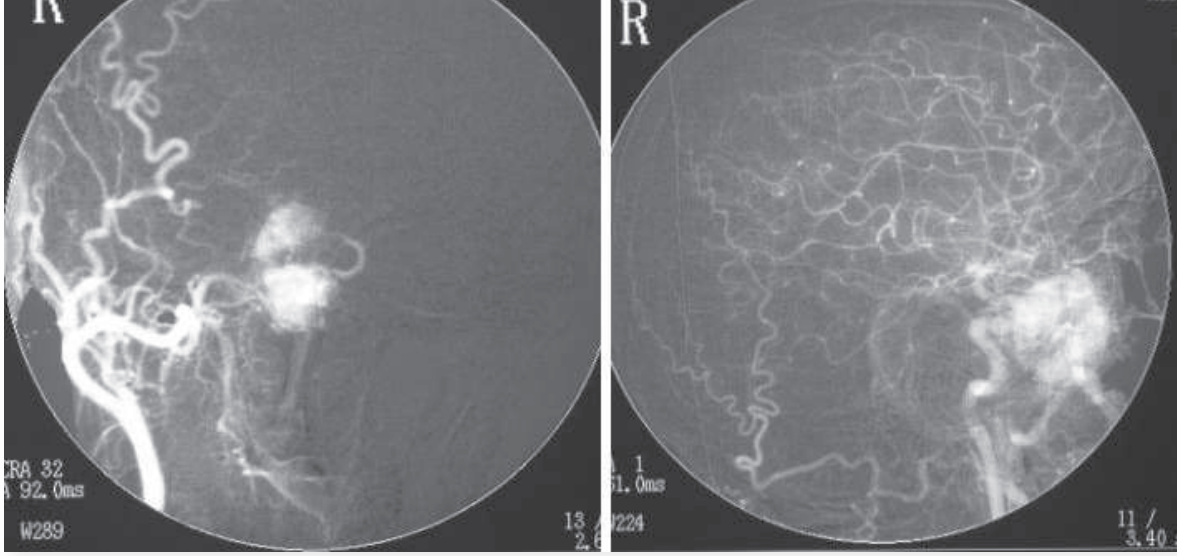
Hastanın hikayesinden 2,5 yıl önce evre II RHK tanısı ile nefrektomi ameliyatı olduğu; ve ameliyattan sonra düzenli kontrollerine gittiği ve herhangi bir şikayeti olmadığı öğrenildi.

Hastanın paranasal magnetik rezonans görüntülemesi (MRG) nazal kavite superior kesiminden başlayıp, posteriora nazofarinkse doğru uzanan, sfenoid sinus içerisini tamamen dolduran, yaklaşık 4x4 cm boyutunda heterojen sinyal paterni olan kitle (Resim 1), milimetrik vasküler yapıları temsil eden sinyal değişiklikleri nedeniyle angiografi önerilir şeklinde raporlandı. Yapılan angiografi tetkikinde nazofarinks sağ kesimi ile yakın komşulukta ağırlıklı olarak sağ karotis interna ve eksternadan beslenen, sol karotis interna ve eksternadan da az miktarda kanlanan lobule kitle (Resim 2) izlendi.

Kanama riskinden dolayı tekrar biyopsi alınmadı ve önceki nefrektomi spesimeni ile birlikte nazal biyopsi spesimeni tekrar değerlendirildiğinde sfenoetmoidal kitlenin RHK metastazı olduğu tespit edildi.



Resim 1. T1 kontrastlı magnetik rezonans aksiyal (a) ve koronal (b) kesitinde nazal kavite superior kesiminden başlayıp, posteriora nazofarinkse doğru uzanan, sfenoid sinus içerisini tamamen dolduran, yaklaşık 4x4 cm boyutunda heterojen sinyal paterni olan kitle izlenmektedir.



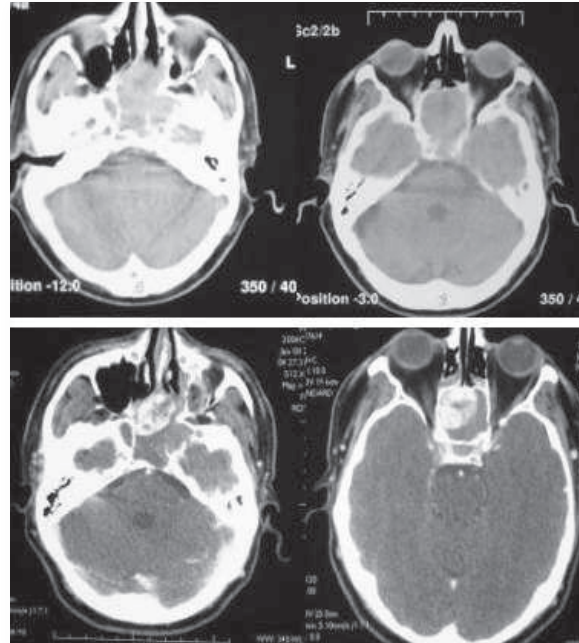
Resim 2. Angiografi tetkikinde nazofarinks sağ kesimi ile yakın komşulukta ağırlıklı olarak sağ karotis interna ve eksternadan beslenen, sol karotis interna ve eksternadan da az miktarda kanlanan lobule kitle görülmektedir.

Hastanın diğer sistemleri tomografik olarak incelendiğinde başka metastaz olmadığı, primer bölgenin normal olduğu görüldü. Risklerinden dolayı operasyon istemeyen hastaya radyoterapi planlandı. Nazofarinks bölgesine lineer akseleratör ile karşılıklı iki alandan 300cGy/gün dozunda 14 fraksiyon toplam 4200 cGy radyoterapi uygulandı. Radyoterapi sonrası kitlede küçülme oldu. Bilgisayarlı tomografi takiplerinde posterior etmoid hücreleri oblitere eden, sfenoid kemikte destrüksiyon yapan ve sfenoid sinüsü dolduran kitlenin (Resim 3) olması üzerine hastaya interferon tedavisi başlandı ve bir yıl devam edildi. Tüm tedavilere rağmen rezidü kitle olması üzerine başka bir merkezde hastaya endoskopik yolla sfenoidal bölgeden kitle eksizeyonu yapıldı.

TARTIŞMA

Hipernefroma veya Grawitz tümörü olarak da bilinen renal hücreli kanser (RHK) erişkinlerde görülen tüm malignitelerin %3'ünü oluşturur; ve beşinci ile altıncı dekatta, erkeklerde daha sık görülür (5). Uzak metastaz sık görülür ve hastaların %30–40'ı metastaz ile tanı alır. En sık %76 oranda akciğer metastazı görülürken, bunu %65 oranıyla reyonel lenf nodları, %42 ile kemik ve %41 oranıyla karaciğer takip eder (1,4). Yaklaşık %15 hastada baş boyun bölgesinde metastaz vardır ve %1 hastada

tek metastaz bölgesidir. RHK vakalarının %8'inde hastalık baş boyun bölgesindeki metastaz ile ortaya çıkar (1–5). Baş boyunda en çok tiroid glanda



Resim 3. Radyoterapi öncesi (a) ve sonrası (b) kontrastlı bilgisayarlı tomografi görüntülerinde posterior etmoid hücreleri oblitere eden, sfenoid kemikte destrüksiyon yapan ve sfenoid sinüsü dolduran kitle görülmektedir. Radyoterapi sonrası kitlede küçülme gözlenmiştir.

metastaz görülür. Bunu servikal lenf nodları, mandibula, sinonazal bölge, yüz cildi ve skalp izler (2,3). RHK'in klinik davranışı tahmin edilemez ve genellikle metastaz bölgesi ile ilgili semptomlar ortaya çıkar (4).

Burun ve paranazal sinüslerin metastatik tümörleri oldukça nadirdir. RHK bu bölgeye en sık metastaz yapan infraklavikular tümördür (1-5). Bu bölgeye metastaz yapan diğer tümörler ise akciğer, meme, ürogenital yol, gastrointestinal sistem, tiroid ve pankreas tümörleridir (1,3). Sinonazal bölgeye metastaz olan hastalarda epistaksis %70 oranında asıl şikayettir. Burun tıkanıklığı, koku alamama, ağrı, orbital bulgular, şişlik ve baş ağrısı gibi belirtiler olur (1,3,5).

Farklı birkaç hematogen yol tümörün uzak olan baş boyun bölgesine metastaz eğilimini açıklayabilir (3-5). RHK sıklıkla lokal vasküler yolları invaze ederek dolaşıma girer. Akciğerlerden geçerek baş boyuna gidebileceği gibi akciğer ve karaciğerde hastalık oluşturmadan da baş boyun bölgesine metastaz yapabilir. Bu durum atrial septal defekt, prevertebral epidural valvi olmayan venöz yol (Batson pleksusu) veya duktus torasikus yolu ile olan lenfatik yayılım ile açıklanabilir (4,5). Bazen de akciğerde hastalığın spontan regresyonu veya parankime mikroskopik ekim olabilir. Bu mikroskopik ekim rutin grafilerde görülemeyecek kadar küçüktür (3,4).

RHK hastalarının nefrektomi sonrası 5 yıllık sürvi %60-75 arasındadır. Primer bölge tedavi edilmiş ve tek bir bölgeye metastazı olan hastaların sürvi, metastaz radikal olarak tedavi edildiğinde %35'e düşer. Metastaz sayısı arttıkça bu oran %0-7 arasında değişir. Primer bölgenin tedavisinden sonra gelişen tek bölge metastazlarının primer hastalık sırasında var olan metastazlara göre prognozu daha iyidir. Bu hastalarda 5 yıllık sürvi %50'dir (5). Bu nedenledir ki hastalık agresif olarak tedavi edilmelidir. Yüksek doz radyoterapi RHK metastazlarının tedavisinde primer

tedavi (3,5) veya tümörün kanlanması bozduğu için cerrahiye kolaylaştırmak maksatlı kullanılır (3-5). Radyoterapiye %68'e ulaşan oranlarda parsiyel cevap bildirilmesine rağmen, tam cevap ancak %30-49 hastada bildirilmektedir. Ayrıca yüksek doz radyoterapi ile alınan cevap oranlarında istatistiki olarak anlamlı yükselme gözlenmiştir (3,4).

Eskiden cerrahi tanı ve kitleyi küçültmek için kullanılırken, günümüzde kraniyofasiyal rezeksiyon ile soliter sinonazal metastazlarda tercih edilmektedir (5).

Diğer alternatif tedavi yolları hormonal tedavi, immünoterapi ve kemoterapidir. Interlökin 2 ve interferon alfa bu amaçla son yıllarda kullanılmaya başlansa da sonuç bildirecek yeterli hasta sayısı yoktur (4,5,6). Bir çalışmada bu immünmodülatör ajanlara parsiyel cevabın %5-20 arasında olduğu ve tam cevabın genellikle %5'in altında olduğu vurgulanmıştır (4,6).

Bizim hastamızın primer bölgesinde bir problemi yoktu ve akciğer veya karaciğer metastazı olmadan sadece sfenoetmoidal bölgede metastazı vardı. İnternal karotid arterden beslenmesi nedeniyle oluşabilecek cerrahi morbidite ve mortalite nedeniyle hastaya yüksek doz radyoterapi uygulandı. Rezi-dü kitlesi olmasından dolayı hastaya interferon tedavisi verildi. Hastanın yaşam kalitesini yükseltmek survini uzatmak için başka bir merkezde cerrahi uygulandı.

Sonuç olarak baş boyun bölgesinde hızla büyüyen kitlelerde, vasküler lezyonlar veya hastamızda olduğu gibi daha önce RHK nedeniyle tedavi edilen hastalarda, RHK metastazı ayırıcı tanıda akla gelmelidir. Sinonazal metastazlarda, angiografi ile ayrıntılı değerlendirme yapılmalıdır. Sinonazal metastatik kitleye özellikle tek metastaz ise embolizasyon sonrası radikal cerrahi uygulanmalıdır. Böylece hastanın kür şansı ve yaşam kalitesi arttırılabilir.

KAYNAKLAR

1. Sgouras ND, Gamatsi IE, Porfyrus EA, Lekka JA, Harkiolakis GC, Nikolopoulou SM, Valvis PJ. An unusual presentation of a metastatic hypernephroma to the fronto-nasal region. *Ann Plast Surg.* 1995;34:653–656.
2. Navarro F, Vicente J, Villanueva MJ, Sanchez A, Proven-cio M, Espana P. Metastatic renal cell carcinoma to the head and neck area. *Tumori.* 2000;86:88–90.
3. Simo R, Sykes AJ, Hargreaves SP, Axon PR, Birzgalis AR, Slevin NJ, Farrington WT. Metastatic renal cell carcinoma to the nose and paranasal sinuses. *Head Neck.* 2000;22:722–727.
4. Pritchuk KM, Schiff BA, Newkirk KA, Krowiak E, Deeb ZE. Metastatic renal cell carcinoma to the head and neck. *Laryngoscope.* 2002;112:1598–1602.
5. Nason R, Carrau RL. Metastatic renal cell carcinoma to the nasal cavity. *Am J Otolaryngol.* 2004;25:54–57.
6. Ziari M, Shen S, Amato RJ, Teh BS. Metastatic renal cell carcinoma to the nose and ethmoid sinus. *Urology.* 2006;67:199.