

MESANEDE ŞEFFAF HÜCRELİ ADENOKARSİNOM CLEAR CELL ADENOCARCINOMA IN BLADDER

Bülent GÜNLÜSOY*, Murat ARSLAN*, Ayşe YAĞCI**, Sibel DEMİR**, Ali Rıza AYDER*, Sedat ÇİÇEK*

* İzmir SSK Eğitim Hastanesi Üroloji Kliniği, İZMİR

** İzmir SSK Eğitim Hastanesi Patoloji Kliniği, İZMİR

ABSTRACT

Introduction: Non-renal, clear cell adenocarcinoma of the genitourinary tract is rarely seen. In this writing, we reported a case of clear cell adenocarcinoma in bladder in a sixty-seven year old male patient.

Key Words: Clear cell adenocarcinoma, bladder, treatment

ÖZET

Genitoüriner sistemde böbrek kaynaklı olmayan şeffaf hücreli adenokarsinom nadir görülür. Bu yazıda 67 yaşındaki bir erkek hastada mesanede saptanan şeffaf hücreli adenokarsinom olgusunu sunduk.

Anahtar Kelimeler: Şeffaf hücreli adenokarsinom, mesane, tedavi

GİRİŞ

Mesanenin adenokarsinomları tüm mesane tümörlerinin %0.5-2'sinden azını oluşturur¹. Şeffaf hücreli adenokarsinom (Nefrojenik karsinom) alt üriner sistemde mesane veya üretrada yerleşim gösterebilir. Mesanede daha sık yerleşim gösteren nefrojenik adenomdan (adenomatoid tümör) klinik, makroskopik ve mikroskopik bulgularla ayrılır. Nefrojenik adenomda genellikle hafif sitolojik atipi, nadir mitotik figür, nekroz yokluğu ve şeffaf hücrelerin azlığı izlenirken, şeffaf hücrelerin tabaka şeklinde düzenlenimi, belirgin pleomorfizm ve mitotik aktivitenin yüksekliği şeffaf hücreli karsinom tanısını destekler². Histogenezinde mesanenin transisyonel epitelinin metaplazisi, müllerian orijin ve endometriozis sorumlu tutulmaktadır. Bu yazıda 67 yaşındaki bir hastanın mesanesinde patolojik inceleme sonucu saptanan şeffaf hücreli adenokarsinom olgusu sunulmuştur.

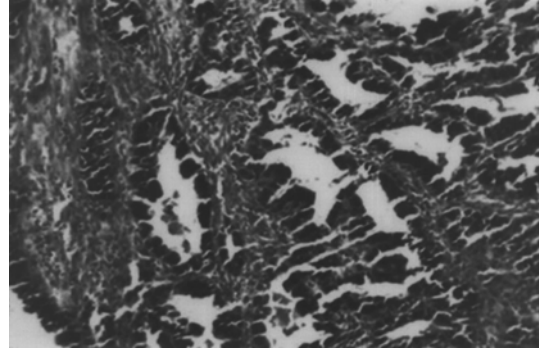
OLGU SUNUMU

67 yaşındaki erkek hasta aralıklı, ağrısız, pıhtılı hematurisi ile irritabl mesane şikayetleri ile başvurdu. Mikroskopik idrar incelemesinde bol eritrosit bulundu. Hemogram ve biyokimyasal incelemeleri normal sınırlarda idi. Rektal muayenede prostat (+) irilikte ve benin karakterliydi. Ultrasonografide; sol böbrekte hidronefroz ve kollumun hemen gerisinde prostatla sınırları seçilemeyen kitle saptandı. Sistoskopik incelemede ise trigonda, kollumun hemen gerisinde üzeri

nekrotik ve hemorajik, sınırları net seçilemeyen, solid tümöral oluşum görüldü ve hastaya transüretal rezeksiyon uygulandı.

Makroskopik olarak mesane rezeksiyon materyali 30 cc hacminde idi. Prostat biyopsisi örneği 2 adet, 2 ve 0.8 cm uzunlukta idi.

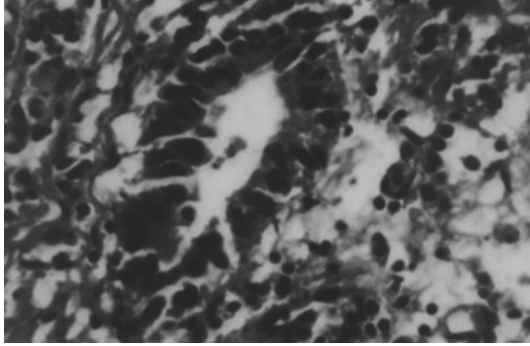
Mesane rezeksiyon örneklerinin tümü takibe alındı. Kesitlerde HE, PAS, DPAS, Alcian Blue ve immunohistokimyasal yöntemle PSA, CEA, EMA, Sitokeratin, Pansitokeratin, Vimentin çalışıldı.



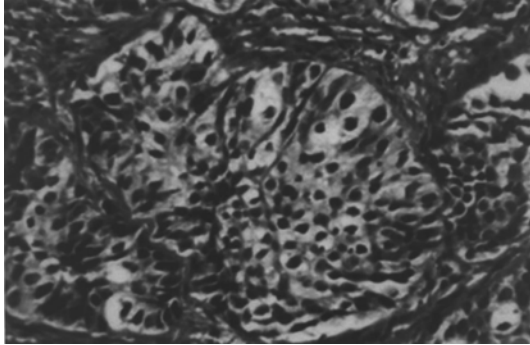
Resim 1. Şeffaf hücreli karsinomda tübülöpapiller patern HE

Mikroskopik olarak kas dokusu içine invazyon gösteren tübüler, papiller, kistik ve solid gelişim gösteren tümör dokusu izlendi (Resim 1). Papiller, tübüler ve kistik yapıları döşeyen hücreler geniş asidofilik sitoplazmalı, nüveleri apikale yerleşim gösteren hobnail hücreleri şeklinde idi

(Resim 2). Solid adalardaki hücreler, hücre sınırları belirgin, şeffaf-vakuollü sitoplazmalı, poligonal şekilli hücrelerdi (Resim 3). Hücreler PAS (+) yoğun sitoplazmik glikojen içermektedir. Şeffaf hücrelerde Alcian Blue ile musin saptanmadı. İmmunohistokimyasal olarak tümör hücreleri CEA ve EMA ile güçlü immunreaktif iken, sitokeratin ve pansitokeratin ile fokal pozitiflik gösterdi. Vimentin ve PSA negatifti.



Resim 2. Tübüler yapıdaki Hobrail hücrelerinin görünümü HE



Resim 3. Solid paternde nükleer pleomorfizm gösteren yoğun şeffaf sitoplazmalı hücreler

Histopatolojik ve immunohistokimyasal bulgularla olgu mesanenin şeffaf hücreli adenokarsinomu olarak değerlendirildi. Prostat biyopsi örneğinde tümör saptanmadı.

Klinik olarak metastatik karsinomdan ayırıcı tanısı için özellikle gastrointestinal sistem başta olmak üzere primer odak araştırıldı. Bilgisayarlı tomografi incelemesinde mesane dışında herhangi bir lezyon saptanmadı. Kolon grafisi ve gastroskopik incelemeleri normal idi. Hastanın mevcut kalp ve akciğer yetmezliği bulgularının cerrahi girişime izin vermemesi nedeniyle radyoterapi planlandı.

TARTIŞMA

Mesane adenokarsinomları 3 gruba ayrılabilir:

- 1) Primer mesane adenokarsinomu
- 2) Urakal
- 3) Metastatik

Bunun dışında bağırsak kökenli üriner konduitler, augmentasyonlar ve üreterosigmoidostomilerden de gelişebilir. Ekstrofik mesanelerde en sık rastlanan kanser tipidir¹. Bu tümörler kronik iritasyon ve inflamasyona bağlı gelişebilir. Adenokarsinomların çoğu kötü differansiye ve invaziv karakterdedir ve daha çok sistitis glandularis ile birlikte. Papiller veya solid olabilirler. Taşlı yüzük hücreli ve kolloid karsinomlar da dahil olmak üzere enterik kökenli adenokarsinomların tüm histolojik çeşitleri mesanede görülebilir¹.

Şeffaf hücreli adenokarsinom alt üriner sistemde nadir görülür. Bu tümörlerin çoğu kadın üretrasında oluşur³. Semptomları diğer üretral tümörlere benzer^{4,5} ve literatürde üretral divertikülünden gelişen olgular da bildirilmiştir⁶. Böbrek hücreli adenokarsinomlar hematojen yayılma eğilimindedir, ancak mesane ve üretere yayılım nadirdir. Coccherini ve arkadaşları mesane, böbrek ve üreteri eş zamanlı etkileyen şeffaf hücreli adenokarsinom olgusu rapor etmişlerdir⁷. Tümör böbrekten üreter ve mesaneye direkt yayılım ve implantasyon sonucu olabileceği gibi, renal venden kolleteral venlere retrograd venöz embolizasyon sonucu da gelişebilir.

Üriner traktusta nefrojenik adenomlar da nadir lezyonlardır ve kronik inflamasyon, travma ve immunosupresyona karşı gelişen metaplastik bir durumdur. Nefrojenik adenom, daha çok erişkinlerde görülen bir lezyon olup bu yaş grubunda erkeklerde daha sık görülmektedir. En sık mesanede görülmekle birlikte, üreter, üretra ve divertikül içinde de gösterilmiştir⁸. Mesanenin nefrojenik adenomunda bugüne kadar çok nadirde olsa parsiyel sistektomi hatta total sistektomi bildirilmişse de seçkin tedavi transüretral rezeksiyon ve fulgurasyondur. Şüpheli lezyonlardan biyopsi alınması, uygun tedavi ve yakın takip lezyonun semptomlarının azaltılması için yeterli olacaktır⁹. Mesanede şeffaf hücreli karsinoma (nefrojenik karsinom) göre daha sık yerleşen nefrojenik adenom ayırıcı tanıda önemlidir. Nefrojenik ade-

nomda mikroskobik olarak atipi içermeyen kubo-
idal-düşük kolumnar hücrelerle döşeli kist ve tü-
büllerin papiller proliferasyonu izlenir. Olgu-
muzda da görüldüğü gibi şeffaf hücreli karsi-
nomda ise nefrojenik adenoma göre şeffaf hücre
baskınlığı ve tabaka şeklinde düzenlenimi, şid-
detli sitolojik atipi, yüksek mitotik oran ve nek-
roz saptanabilir². Bu tümörlerin nefrojenik ade-
nomdan, böbrek ve prostat karsinomu yayımın-
dan ayrımında histopatolojik bulgular yanı sıra
immunohistokimyasal bulgular yardımcıdır. Ol-
gumuzda tümörün böbrekten kaynaklanmadığı
immunohistokimyasal olarak Vimentin (-)'liği ile
desteklenmektedir. Ayrıca prostat adeokarsino-
mundan ayrımında PSA (-)'liği yardımcı olmuştur.

Alt üriner sistem kökenli şeffaf hücreli ade-
nokarsinomların kadın genital sistem tümörlerine
benzerliği mezonefrik veya müller kanallarından
farklılaşma olasılığını düşündürmektedir³. Son
yayınlarında da belirtildiği üzere histogeneze;

1- Kadın genital sistemin kanserlerine histo-
genetik olarak idantik olan mesanedeki müllerian
elementlerden doğup doğmadığı

2- Nonmüllerian derivasyondan doğan farklı
bir varyant olup olmadığı

3- Transisyonel hücrelerin glandüler dife-
ransiasyonunun farklı morfolojik tipi olup olma-
dığı hala açık değildir¹⁰.

Adenokarsinomlar radyoterapi veya kemo-
terapiye düşük oranda yanıt verdiklerinden dola-
yı radikal sistektomi ve pelvik lenfadenektomi en
iyi tedavi seçeneğidir¹. Bu tümörlerin kötü prog-
nozlarına bir neden de ileri evrede saptanmalarıdır.

KAYNAKLAR

- 1- **Catalona WJ**: Urothelial tumors of the urinary tract. Campbell's Urology (Walsh PC, Refik AB, Stamey TA, Vaughan ED) Sixth Edition. Philadelphia, Saunders. Volume 2, 1094-1158, 1992.
- 2- **Gilcrease MZ, Delgado R, Vuitch F, Albores-Saavedra J**: Clear cell adenocarcinoma and nephrogenic adenoma of the urethra and urinary bladder: A histopathologic and immunohistochemical comparison. Hum Pathol 29(12): 1451-6, 1998.
- 3- **Drew AP, Murphy WM, Civantos F and et al**: The histogenesis of clear cell adenocarcinoma lower urinary tract. Hum Pathol 27(3): 248-52, 1996.
- 4- **Maier U, Darfinger K and Susani M**: Clear cell adenocarcinoma of the female urethra J. Urol, 160: 492-3, 1998.
- 5- **Assimos DG and O'Connor VJ**: Clear cell adenocarcinoma of the urethra. J. Urol, 131: 540-41, 1984.
- 6- **Sebellos RM and Rich RR**: Clear cell adenocarcinoma arising from a urethral diverticulum. J. Urol, 153:1914-15, 1995.
- 7- **Ceccherini AFA, Leach IH and Green D**: Clear cell adenocarcinoma affecting the bladder, kidney and ureter. Br. J. Urol, 79: 652-53, 1997.
- 8- **Kilciler M, Tan Ö, Deveci S, Tahmaz L, Kibar Y, Harmankaya Ç**: Mesane nefrojenik adenomlu 4 olgunun literatür eşliğinde tartışılması. Türk Üroloji Dergisi, 25(4):398-401, 1999.
- 9- **Tunç M, Esen T, Köse E, Uysal V**: Mesanenin nefrojenik adenomu. Türk Üroloji Dergisi, 19(2): 193-195, 1993.
- 10- **Olivia E, Amin MB, Jimenez R, Young RH**: Clear cell carcinoma of the urinary bladder: A report and comprasion of four tumors of mullerian orijin and nine of probable urethelial origin with discussion of histogenesis and diagnostic problems. Am. J. Surg Pathol 26 (2): 190-7, 2002.