

Lipid Hücreli Ve Plazmositoid Özellikler Taşıyan Ürotelyal Karsinom: Olgu Sunumu

Urothelial Carcinoma, Featuring Lipid Cell And Plasmacytoid Features: A Case Report

Ayşegül Sarı,

MD.,
Department of Patology,
Atatürk Training and Research Hospital
aysegulakder@gmail.com

Murat Ermete,

MD.,
Department of Patology,
Atatürk Training and Research Hospital
mermete@superonline.com

Fatma Seher Pehlivan,

MD.,
Department of Patology,
Atatürk Training and Research Hospital
seherfatma@gmail.com

Kaan Bal,

MD.,
Department of 1st Urology,
Atatürk Training and Research Hospital

Çetin Dincel,

Assoc. Prof., MD.,
Department of 1st Urology,
Atatürk Training and Research Hospital
cetin_dincel@yahoo.com

This manuscript can be downloaded from the webpage:
[http://tipdergisi.erciyes.edu.tr/dProject6/2007;29\(5\)423-427.pdf](http://tipdergisi.erciyes.edu.tr/dProject6/2007;29(5)423-427.pdf)

Submitted : December 08, 2006
Revised : April 03, 2007
Accepted : May 08, 2007

Corresponding Author:

Ayşegül Sarı,
Department of Patology,
Atatürk Training and Research Hospital
İzmir, Turkey

Telephone : +90 - 232 - 4219606
E-mail : aysegulakder@gmail.com

Özet

Ürotelyal hücreli karsinomun lipidle şişmiş, taşlı yüzük hücrelerini andıran sitoplazmik özellikler taşıyan varyantı çok nadir olarak izlenir. Prognozu hakkında yeterli veri bulunmamakla birlikte bu varyantı bilmek taşlı yüzük hücreli adenokarsinom ve liposarkomdan ayrıca tanısını yapmak açısından önemlidir. Ürotelyal karsinomun plazmositoid morfoloji gösteren varyantı da çok nadir olup, literatürde hem plazmositoid morfolojide hem de lipid hücreli özellikler taşıyan şimdiye kadar yayınlanmış sadece bir olgu bulunmaktadır. Bu makalede lipid hücreli özelliklere ek olarak plazmositoid morfolojide alanlar içeren ürotelyal karsinomu olan 66 yaşındaki erkek olgudaki bu çok nadir tümörün histopatolojik özellikleri sunuldu.

Anahtar kelimeler: **Ürotelyal karsinom, plazmositoid varyant, lipid hücreli ürotelyal karsinom.**

Abstract

The lipid cell variant of urothelial carcinoma with lipid-distended cells mimicking signet ring cell adenocarcinoma is an extremely rare neoplasm. The reported data on prognosis of this variant do not yet allow any definitive conclusions to be reached due to the rareness of presentation. Plasmacytoid urothelial carcinoma of urinary bladder is also very rare; and there has been only one case reported on English literature regarding urothelial carcinoma with lipid cell and plasmacytoid features. So in here, we present the histopathologic features of this extremely rare tumor in a case of a 66-year-old man.

Key words: **Urothelial carcinoma, plasmacytoid variant, lipid-rich urothelial carcinoma**

Giriş

Mesane karsinomlarının şimdiye kadar tanımlanmış birçok varyantı vardır. Bunlardan biri de çok nadir olarak izlenen lipid hücreli varyanttır. Ürotelyal karsinomun lipid hücreli varyantı Dünya Sağlık Örgütü'nün son sınıflamasında tanımlansa da (1) patolojinin büyük referanslarından biri olan Armed Forces Institute of Pathology (AFIP) Üriner Traktüs Tümörleri kitabında bahsedilmemektedir (2).

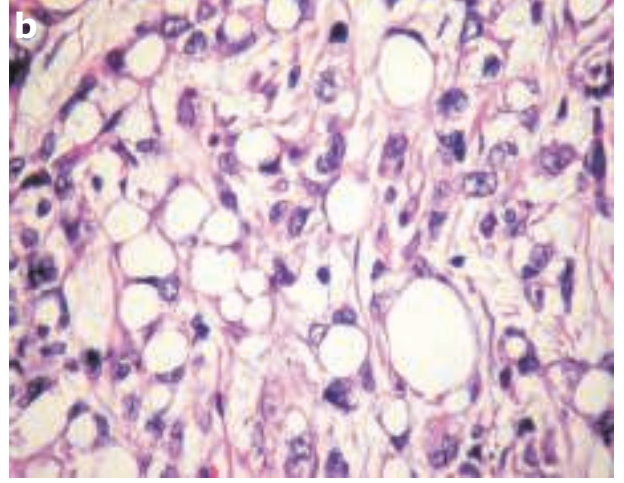
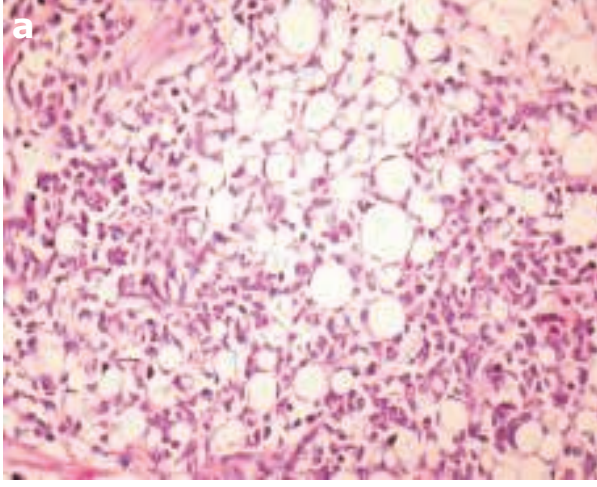
Bu sitoplazmik özellikleri taşıyan hücrelerin çoğunlukla konvansiyonel ürotelyal karsinom alanlarına eşlik ettiği belirtilmektedir (3). Prognozu hakkında yeterli veri bulunmamakla birlikte bu varyantı bilmek taşlı yüzük hücreli adenokarsinomdan ve liposarkomdan ayırıcı tanısını yapmak açısından önemlidir (1,3). Ürotelyal karsinomun plazmositoid varyantı da çok nadir bir tümördür ve şimdiye kadar yalnızca 13 olgu bildirilmiştir. Biz de bu makalede çok nadir olarak izlenmesi nedeniyle lipid hücreli ve plazmositoid özellikler taşıyan, yüksek dereceli ürotelyal karsinom tanısı alan 66 yaşındaki erkek olgunun klinik bulgularını ve tümörün histopatolojik özelliklerini sunmayı amaçladık.

Olgu

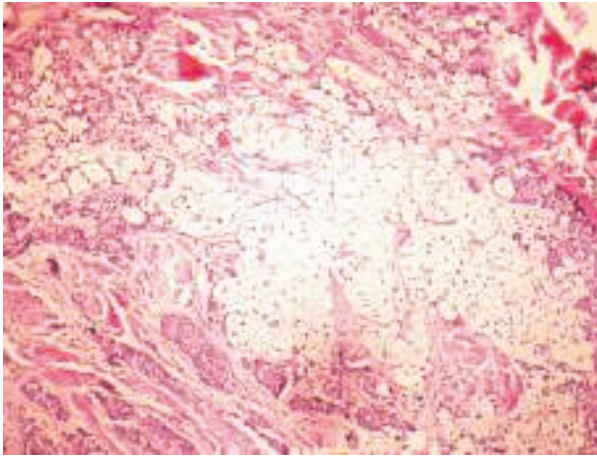
Yaklaşık 1,5 ay önce başlayan idrar yaparken zorlanma ve makroskopik hematüri şikayetleri ile başka bir merkeze başvuran 66 yaşında erkek olgunun ultrasonografisinde mesane duvarında kalınlaşma ve mesane içerisinde kitle saptanmış. Sistoskopide ise yaygın solid, papiller tümöral kitle tespit edilmesi üzerine hastanemize gönderilen ve diğer klinik bulguları olağan olan olguya transüretral rezeksiyon (TUR) yapıldı. TUR materyalinin mikroskopik incelemesinde papiller ve infiltratif büyüme paterni gösteren, lamina propriayı invaze etmiş ancak geçmemiş (pT1) yüksek dereceli (grade III) ürotelyal karsinom izlendi. TUR materyali muskularis propriayı içermekte olup invazyon yoktu. TUR yapılmasının ardından 11 ay boyunca tekrar hematüri şikayeti başlayana dek hastaneye gelmeyen hastanın çekilen üriner sistem ultrasonografisinde mesane duvarında yaygın olarak, yer yer 3cm'ye kadar ulaşan polipoid tarzda kalınlaşma izlendi. Mesane prostat arası kontur belirsiz, her iki böbrekte grade 2-3 pelvi-kalliektazi ve üreterlerde ileri derece dilatasyon mevcuttur. Ancak taş yada parankimal hastalık saptanmadı. Bu bulgular sonucunda olgu ileri tetkik ve tedavi amacı ile Üroloji kliniğine yatırıldı. Çekilen tüm batın bilgisayarlı tomografisinde mesane duvarının diffüz kalınlaştığı, her iki üreter alt uçlarda dilatasyon, renal

hilusta yaklaşık 1-2 cm çapında metastaz ile uyumlu kitle izlenmesi sonucu olguya bilateral perkutan nefrostomi ve mesane-TUR operasyonu uygulandı. Olgu kronik böbrek yetmezliği açısından nefroloji polikliniğine yönlendirildi. TUR materyalinin yaygın histopatolojik değerlendirmesinde, koter artefaktı ile, yüksek dereceli papiller ürotelyal karsinom alanları saptandı. TUR materyalinin tamamen tümöral örneklerden oluşmasından ve lamina propria ile muskuler tabaka içermemesinden dolayı invazyon hakkında bilgi verilemedi. Bu sonuç üzerine hastaya radikal sistoprostatektomi, ve ureterokutaneostomi operasyonu uygulandı. Makroskopik incelemede mesane duvarını diffüz olarak tutmuş ve kalınlaştırmış solid tümör izlendi. Mikroskopik incelemede yüzeyde bazı sahalarda izlenen plazmositoid morfolojide ürotelyal karsinom alanları içerisinde intrasitoplazmik vakuollü, egzantrik hiperkromatik nükleuslu taşlı yüzük benzeri hücreler yanısıra klasik invaziv ürotelyal karsinom alanları ile iç içe ya da ayrı kohezif gruplar halinde lamina propriayı, muskuler tabakayı ve perivezikal yağ dokusunu yaygın olarak infiltre etmiş geniş, şeffaf ya da vakuollü sitoplazmalı, yer yer nukleol belirginliği olan liposit benzeri hücreler izlendi (Resim 1). Nukleuslar yer yer taşlı yüzük hücreli lipoblastları anımsatır tarzda, bir kenara itilmiş, hiperkromatik özellikteydi (Resim 2). Liposit benzeri hücreler bazı alanlarda plazmositoid morfolojideki hücreler ile birarada bulunmaktaydı (Resim3). Ayrıca yaygın perinöral ve lenfovasküler tümöral invazyon alanları mevcuttu. Tümör prostatı invaze etmiş olup, seminal veziküller ve üreterler normaldi.

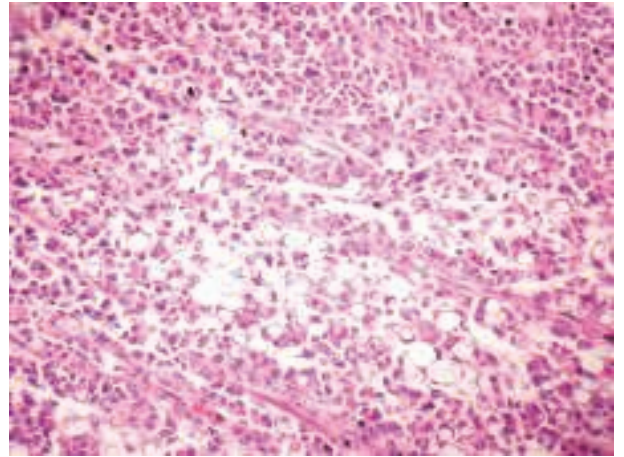
İmmunohistokimyasal olarak liposit benzeri hücreler sitokeratin 7 ile diffüz pozitif ; vimentin ve S100 ile negatifti. Mukus içeriği açısından uygulanan alcian blue boyasında ise liposit benzeri alanlarda intrasitoplazmik mukus saptanmazken, yüzeyde plazmositoid görünümdeki hücrelerle birarada bulunan taşlı yüzük hücreli morfolojisindeki hücrelerde intrasitoplazmik mukus pozitifliği izlendi. Olgu bu bulgular eşliğinde , “lipid hücreli ve plazmositoid özellikler taşıyan, yüksek dereceli ürotelyal karsinom” olarak değerlendirildi. Disseke edilen dört adet sağ obturator lenf nodunun ikisi metastatik idi. Sol obturator lenf nodları ise reaktifti. Operasyondan bir hafta sonra olgu kardiyak arrest sonucu öldü.



Resim 1. a: Plazmositoid morfolojide ürotelyal karsinom alanları içerisinde intrasitoplazmik vakuollü, egzantrik hiperkromatik nükleuslu taşlı yüzük benzeri hücreler mevcut (HEX100). **b:** Liposit benzeri hücrelerde nükleuslar yer yer taşlı yüzük hücreli lipoblastları anımsatır tarzda, bir kenara itilmiş, hiperkromatik özellikte (HEX400).



Resim 2. Klasik invaziv ürotelyal karsinom alanları ile iç içe ya da ayrı kohezif gruplar halinde muskuler tabakayı yaygın olarak infiltre etmiş geniş, şeffaf -vakuollü sitoplazmalı, liposit benzeri hücreler



Resim 3. Liposit benzeri hücreler plazmositoid morfolojideki hücreler ile birarada (HEX100).

Tartışma

Mesane karsinomları çok nadiren yoğun lipid içerebilir ve lipidle şişmiş bu vakuollü hücreler taşlı yüzük hücreli karsinomu andırabilir (1,3). Lipid hücreli varyant genellikle fokal veya yamalı tarzda tipik ürotelyal karsinom alanları ile birlikte bulunur (3). Bu karsinom tipi sarkom komponentinin eşlik ettiği karsinom olarak da tanımlanmıştır (4). Ancak liposit benzeri hücrelerin sitokeratin belirleyicisi ile pozitif boyanması bunun ürotelyal kökenli olduğunu desteklemektedir (4). Bizim olgumuzda da sözkonusu hücreler sitokeratin 7 ile kuvvetli pozitif boyanmış olup, S-100 ve alcian blue ile boyanma izlenmedi. Plazmositoid morfolojideki ürotelyal karsinom alanları ise sitokeratin 7 ile diffüz pozitif olup, yüzeyde plazmositoid görünümdeki hücrelerle birarada bulunan taşlı yüzük hücreli morfolojisindeki hücrelerde alcian blue ile intrasitoplazmik mukus izlendi.

Plazmositoid morfoloji, epitelial ve nonepitelyal orijinli birçok neoplazmda izlenebilir (5). Mesanede bildirilen az sayıdaki plazmositoid morfolojideki tümörlerin çoğunda, eşlik eden konvansiyonel yüksek dereceli ürotelyal karsinom alanları bulunmaktadır (1) ve bunların hepsi kas invaziv tümörlerdir (5). Bu tümörler özellikle küçük biopsilerde baskın komponent olduğu takdirde histolojik olarak plazmositom ve lenfoma ile karışır ancak immunohistokimyasal çalışmalar ayırıcı tanıda yardımcı olur (1,5). Mai ve ark.nın (6) çalışmasındaki yedi adet plazmositoid ürotelyal karsinom olgusunun beşinde, bizim olgumuzda olduğu gibi klasik ürotelyal karsinom alanları mevcut olup, bu durum ayırıcı tanı açısından yardımcı bir bulguydu. Plazmositoid morfolojideki alanlar bazen taşlı yüzük görünümünde olabilir ve bizim olgumuzda izlendiği gibi, bu hücrelerde intrasitoplazmik mukus mevcuttur (4,6). Literatürde lipoid ve plazmositoid morfolojik özellikler gösteren ürotelyal karsinom ile ilgili bulabildiğimiz tek olgu sunumunda, söz konusu olgu radikal sistoprostatektomiye reddetmiş ve tümör oldukça agresif seyrederek karsinom tanısından sonraki 18. ayda hasta ölmüştür. Bizim olgumuzdaki hızlı klinik gidiş ve histopatolojik bulgular da plazmositoid ve lipid hücreli özellikler taşıyan ürotelyal karsinomun oldukça agresif seyirli bir tümör olduğunu destekler niteliktedir.

Sonuç olarak lipid hücreli ürotelyal karsinom, mesane karsinomunun çok nadir görülen bir varyantı olup prognozu hakkında yeterli veri yoktur. Ürotelyal karsinomun bu varyantını bilmek taşlı yüzük hücreli karsinomdan ve liposarkomdan ayırıcı tanısını yapmak açısından önemlidir. Plazmositoid morfolojideki ürotelyal karsinomlar da çok

az görülen tümörler olup özellikle küçük biopsilerde ayırıcı tanıda problem yaratabileceğinden her zaman akılda tutulmalıdır. Bizim olgumuz hem lipid hücreli hem de plazmositoid sitoplazmik özellikler taşıyan çok nadir rastlanan bir ürotelyal karsinom tipi olduğundan sunmayı uygun bulduk. Bu özellikleri taşıyan rapor edilen olgular arttıkça her iki varyantın da prognozu ve tedavisi ile bilgilerin gelişeceğine inanıyoruz.

Kaynaklar

1. Eble JN, Sauter G, Epstein JI, Sesterhenn IA (eds): *WHO Classification of Tumors , Pathology and Genetics of Tumours of Urinary System and Male Genital Organs*, IARC Press: Lyonn. 2004, pp 90-157.
2. Murphy WM,. Grignon DJ, Perlman EJ. Tumors of the kidney, bladder and related urinary structures in , *Atlas of Tumor Pathology 4th Series, Fascicle 1*, Washington DC, Armed Forces Institute of Pathology, 2004,pp 241-361
3. Epstein JI , Amin MB, Reuter VE, *Bladder Biopsy Interpretation (Biopsy Interpretation Series)*; in Epstein JI ed. Lippincott Williams and Walkins, Philadelphia, 2004, pp 100-142.
4. Soylu A, Aydin NE, Kutlu R, Gunes A, Urothelial carcinoma featuring lipid cell and plasmacytoid morphology with poor prognostic outcome. *Urology* 2005; 65: 797.
5. Mitsogiannis IC, Ioannou MG, Sinani CD, Melekos MD, Plasmacytoid transitional cell carcinoma of the urinary bladder. *Urology* 2005; 66:194.
6. Mai KT, Park PC, Yazdi HM et al.Plasmacytoid urothelial carcinoma of the urinary bladder report of seven new cases. *Eur Urol* 2006; 50:1111-1114.