

## PARAÜRETERAL VE PARARENAL CASTLEMAN'S HASTALIĞI: OLGU SUNUMU

### PARAURETERAL AND PARARENAL CASTLEMAN'S DİSEASE: A CASE REPORT

Cüneyt ÖZDEN\*, Özge HAN\*\*, Deniz ATAGÜN\*\*, Özer GÜZEL\*, Selda SEÇKİN\*\*, Ali MEMİŞ\*

\* Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1. Üroloji Kliniği, ANKARA

\*\* Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Patoloji Kliniği, ANKARA

#### ABSTRACT

**Introduction: Castleman's disease is a rare disorder characterized by benign proliferation of lymphoid tissues. It usually occurs in the thoracic cavity, and is uncommon in the retroperitoneum. We present a rare case of Castleman's disease with pararenal and paraureteral location.**

**Key words: Castleman's disease, Retroperitoneal tumor, Diagnosis, Treatment**

#### ÖZET

Castleman's hastalığı lenfoid dokuların benin proliferasyonu ile karakterize ender bir hastalıktır. Bu hastalık genellikle torasik kavitede ortaya çıkar ve retroperitoneumda enderdir. Biz pararenal ve paraüreteral yerleşimde ender bir Castleman's hastalığı olgusunu sunduk.

**Anahtar kelimeler:** Castleman's hastalığı, Retroperitoneal tümör, Tanı, Tedavi

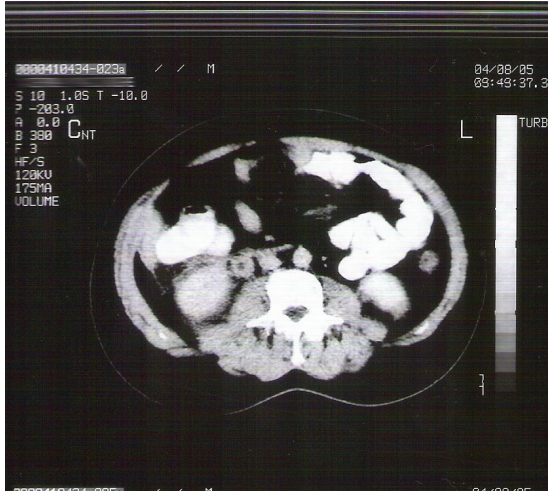
#### GİRİŞ

Castleman's hastalığı (CH) lenfoid dokunun benin proliferasyonu ile karakterize ender bir hastalıktır. Bu patoloji ilk kez 1956'da Castleman tarafından timomo benzeri yerleşimli mediastinal lenf nodu hiperplazisi olarak tanımlanmıştır<sup>1</sup>. Hastalığın en yaygın yerleşimi mediastinum olsa da boyun, aksilla, batin ve retroperitoneumda da görülebilir<sup>2-5</sup>. Bu olgu sunumunda retroperitoneal bir CH olgusunun tanı ve tedavisi yayınlar eşliğinde tartışıldı.

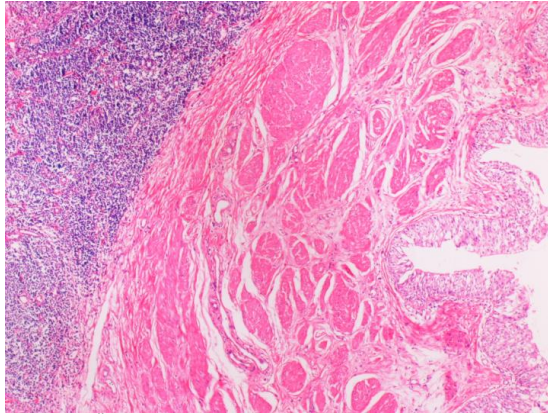
#### OLGU SUNUMU

42 yaşında erkek hasta Ağustos 2005 tarihinde 10 gündür künt vasıflı sağ lomber ağrı şikayeti ile kliniğimize başvurdu. 3 gün önce bir kez ağrısız makroskopik hematüri tarif ediyordu. Özgeçmiş ve soygeçmişinde özellik yoktu. Fiziksel incelemesi normaldi. Laboratuvar incelemesinde rutin biyokimya ve hemogram değerleri normaldi. Akciğer ve direkt üriner sistem graflerinde patolojik bulgu yoktu. İntravenöz pyelografi (IVP)'de sol böbrek normal, sağ böbrek nefrogram ve piyelogram fazlarında gecikme, pelvikaliksiyel dilatasyon tespit edildi. Ayrıca sağ üretere kontrast madde geçişi yoktu. Abdominal ultrasonografide (USG) sağ proksimal üreter yerleşiminde 50x20 mm boyutunda fuziform şekilde solid kitle mevcuttu. Abdominopelvik bilgisayarlı tomografide (BT) kitlenin sağ

üreter proksimal ve orta kesimini oblitere ettiği psoas kası ile ara planının silindiği tespit edildi (Resim 1). Kitlenin proksimal üreteri oblitere etmesi nedeniyle zor olacağı ve perforasyona yol açabileceği kaygısıyla üreterorenoskopi yapılmadan direkt sağ flank insizyonla sağ retroperitoneal bölgenin eksplorasyonu gerçekleştirildi. Ameliyat sırasında sağ proksimal üreter yerleşiminde, üreteri çepeçevre saran böbrek pelvisi ve kısmen orta üretere kadar uzanan sert, çevre dokuya yapışık, vasküler görünümlü kitle tespit edildi. Bu bulgularla klinik olarak proksimal üreter tümörü olarak düşünülen hastaya kitlenin üreteropelvik bileşkeye yakınlığı, büyüklüğü ve ameliyat sonrası yüksek nüks olasılığı nedenleriyle sağ radikal nefroüretrektomi ameliyatı yapıldı. Üreteropelvik bileşke ve proksimal üreter etrafındaki bu kitle lezyonunun patolojik incelenmesinde sirküler tarzda yoğun lenfositik infiltrasyonla karakterize olduğu ve yer yer üreter kas dokusuna uzandığı tespit edildi (Resim 2). Lezyon içerisinde çok sayıda ve bazılarının santrallerinde hyalinizasyon izlenen lenfoid folliküller gözlemlendi (Resim 3). Ayrıca interfolliküler alanda sayıca artmış küçük damar yapıları ve yoğun plazma hücreleri izlendi. Bu bulgularla hastanın patolojisi paraüreteral ve pararenal yerleşimde Castleman's hastalığı olarak rapor edildi. Abdominal USG ile takip edilen hastanın ameliyat sonrası 12. ayında lokal nüksü yoktu.



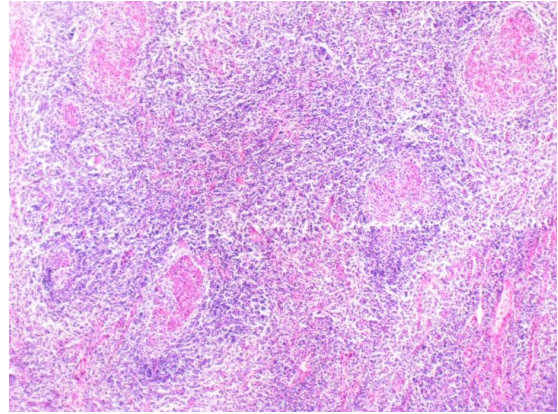
**Resim 1.** Sağ proksimal üreter yerleşiminde solid kitle.



**Resim 2.** Üreter duvarını sirküler tarzda saran lenfositik infiltrasyonla karakterize lezyon (HE,x40).

## TARTIŞMA

Castleman's hastalığı ender görülen lenfoproliferatif bir bozukluktur. Dev lenf nodu hiperplazisi, lenf nodu hamartomu, angiofolliküler mediastinal lenf nodu hiperplazisi veya anjiyomatöz lenfoid hiperplazi olarak da bilinir. CH'nin hyalin vasküler ve plazma hücreli şeklinde iki farklı patolojik tipi tanımlanmıştır. Olguların %90'ında görülen hyalin vasküler tipi mikroskobik olarak küçük vasküler folliküller ve interfolliküler kapiller proliferasyon ile karakterizedir. Bu olgular klinik olarak genellikle asemptomatiktir. CH'nin plazma hücreli tipi ise mikroskobik olarak hiperplastik folliküller ve interfolliküler belirgin plazma hücre proliferasyonu ile karakterizedir. Bu olguların yaklaşık %50'sinde klinik olarak sistemik belirtiler görülür<sup>6</sup>.



**Resim 3.** Lezyon içerisinde germinal merkezleri seçilebilen lenfoid folliküller (HE,x40).

Günümüzde CH yerleşimli ve dissemine olarak iki farklı grupta sınıflandırılır. Yerleşimli CH iyi sınırlı soliter kitle olarak kendini gösterir. Tek bir lenf nodu veya nodal alanda sınırlı lenfadenopati ile ilişkilidir ve benin seyirlidir. Dissemine CH ise ciddi sistemik belirtilerle kendini gösterir ve hastalığın seyri kötüdür. Klinik tablo periferik ödem, kilo kaybı, genelleşmiş lenfadenopati, hepatosplenomegali, plevral efüzyon, bozulmuş böbrek işlevleri ve bazen polinöropatiyi içerebilir<sup>7</sup>.

CH lenfatik zincirin her yerinde oluşabilirse de olguların %70'inde mediastinumda yerleşimlidir. Boyun, aksilla, pelvis ve retroperiteneum CH'nin rapor edildiği ekstratorasik alanlardır<sup>2-5,8</sup>. 2005 yılına kadar yayınlardaki CH olgularının gözden geçirildiği bir çalışmada, toplam 24 olgunun pararenal bölgede yerleşimli olduğu rapor edilmiştir<sup>9</sup>. Bizim sunduğumuz hasta pararenal ve paraüreteral bölgede yerleşimli bir CH olgusudur. Bu olguda klinik bulgular sağ proksimal üreter tümörü olarak değerlendirilmiştir. Proksimal üreter tümörlerinin yüksek nüks olasılığı nedeniyle hastaya sağ radikal nefroüretrektomi ameliyatı uygulanmıştır.

CH'nin USG, BT ve manyetik rezonans gibi tanısal görüntüleme yöntemlerinde özellikleri non-spesifiktir<sup>10</sup>. Makroskobik olarak CH, hipervasküler ve komşu organlara yoğun fibröz yapışıklıklar gösteren solid kitle olarak tanımlanır. Bu nedenle CH'nin malin hastalıklardan ameliyat sırasında ayırıcı tanısı oldukça zordur<sup>11</sup>. Ameliyat öncesi perkütan biyopsi malin patoloji olasılığı nedeniyle önerilmez<sup>12</sup>. CH şüphesi olan olgularda ameliyat esnasında açık biyopsi ile tanının konulması geniş rezeksiyon ve organ kaybını önler<sup>13</sup>.

Yerleşimli CH'nin tedavisi cerrahi eksizyondur. 5 yıllık sağkalım oranı neredeyse %100'dür<sup>14</sup>. Nüks, tam olmayan eksizyon yapılan olgularda rapor edilmiştir<sup>7</sup>. Dissemine CH'nin günümüzde küratif tedavisi yoktur. Radyoterapi, steroidler ve kemoterapi değişik başarı oranları ile denenmiş tedavi yöntemleridir<sup>7,15</sup>.

Sonuç olarak CH ender olarak paraöretoral ve pararenal yerleşimde görülebilir. Bu nedenle üroloji uzmanları benin patoloji olan CH'yi retroperitoneal kitlelerin ayırıcı tanısında düşünmelidirler.

#### KAYNAKLAR

- 1- **Castleman B, Iverson L, Menendez VP:** Localized mediastinal lymphnode hyperplasia resembling thymoma. *Cancer*. 9: 822-830, 1956.
- 2- **Papaziogas B, Chatzimavroudis G, Koutelidakis I, et al:** A rare form of isolated mesenteric Castleman's disease presenting as an abdominal mass (isolated mesenteric Castleman's disease). *J Gastrointestin Liver Dis*. 15: 171-174, 2006.
- 3- **Calli C, Oncel S, Pinar E, et al:** Castleman's disease of the cervical region: A case report. *Kulak Burun Bogaz Ihtis Derg*. 14: 35-38, 2005.
- 4- **Selva G, Imbriaco M, Riccardi A, et al:** Angiofollicular lymphoid hyperplasia (Castleman disease) of axillary localization. *A case Radiol Med*. 100: 290-292, 2000.
- 5- **Aridogan IA, Bayazit Y, Soyupak B, et al:** A rare retroperitoneal benign tumor. Castleman's disease. *Urol Int*. 69: 69-71, 2002.
- 6- **Keller AR, Hochholzer L, Castleman B:** Hyaline-vascular and plasma-cell types of giant lymph node hyperplasia of the mediastinum and other locations. *Cancer*. 29: 670-683, 1972.
- 7- **Bowne WB, Lewis JJ, Filippa DA, et al:** The management of unicentric and multicentric Castleman's disease: A report of 16 cases and a review of the literature. *Cancer*. 85: 706-717, 1999.
- 8- **Watson GM, Keane A, Chawdhery Z:** Pelvic Castleman's disease shown by angiography and MRI. *Eur Radiol*. 10: 1837, 2000.
- 9- **Chen JH, Yu CY, Pai CY, et al:** Castleman's disease in the left upper retroperitoneal space mimicking an adrenal neoplasm: Report of a case and literature review. *Jpn J Clin Oncol*. 35: 353-356, 2005.
- 10- **Taura T, Takashima S, Shakudo M, et al:** Castleman's disease of the spleen: CT, MR imaging and angiographic findings. *Eur J Radiol*. 36: 11-15, 2000.
- 11- **Seco JL, Velasco F, Manuel JS, et al:** Retroperitoneal Castleman's disease. *Surgery*. 112: 850-855, 1992.
- 12- **Meyer L, Gibbons D, Ashfaq R, et al:** Fine-needle aspiration findings in Castleman's disease. *Diagn Cytopathol*. 21: 57-60, 1999.
- 13- **Bucher P, Chassot G, Zufferey G, et al:** Surgical management of abdominal and retroperitoneal Castleman's disease. *World J Surg Oncol*. 3: 33, 2005.
- 14- **Shahidi H, Myers JL, Kvale PA:** Castleman's disease. *Mayo Clin Proc*. 70: 969-977, 1995.
- 15- **Chronowski GM, Ha CS, Wilder RB, et al:** Treatment of unicentric and multicentric Castleman disease and the role of radiotherapy. *Cancer*. 92: 670-676, 2001.