



TÜRK ÜROLOJİ DERGİSİ

Cilt : 12, Sayı : 4, 587-592 1986

İZOLE CİLT METASTAZI İLE ORTAYA ÇIKAN BİR PRİMER MESANE ADENOKANSERİ

PRIMARY ADENOCARCINOMA OF THE URINARY BLADDER MANIFESTED BY AN ISOLATED SKIN METASTASE

TUNCER, Ş.

OKUMUŞ, M. (*)

G İ R İ Ş

Mesanenin malign epitelyal tümör lerinden olan adenokanserler; primer, urakus menşeli veya metastatik (intestinal veya genital organlardan) olurlar (4,5,12). Bunlar normal mesanelerde oluşabildiği gibi ekstrofik veya kronik bilharziyöz'lü (Şistosomiazis'li) mesanelerde daha sıkça görülmektedir. Bunlardan primer adenokanserler oldukça nadirdirler ve bütün mesane kanserlerinin % 0,5-2 sini teşkil ederler (1,4,5).

Hematüri, dizüri gibi semptomlarla kendini gösteren bu tümörlerde sistoskopi ve biyopsi ile kolayca kesin tanıya varmak mümkün olur. Ancak bu belirtilerin önemsenmediği, sistoskopik bulgunun iyi değerlendirilmediği hal-lerde tanıda gecikme ve hatalar olasıdır (10). İlk belirtisi izole cilt metastazı olan olgumuzda da klinik tanıya geç varılmıştır.

O L G U

Y.Y. adında 58 yaşında erkek hasta 2730 protokol no ile 8.4.1985 günü yatırıldı.

Şikâyeti : Yatışında hematüri ve dizüri idi.

Hikâyesi : 2 sene kadar önce sırtta, sol scapula cildi üzerinde şişlik, kızarıklık ve ağrı şikâyeti ve sol omuz Tbc. şüphesi ile Baltalimanı Kemik Hastalıkları Hastahanesine yatırılan hastaya biyopsi yapılmış. Biyopsinin

(*) Taksim Hastanesi Üroloji Kliniği.

İ.Ü. Dış Hekimliği Fakültesi Patoloji servisinde yapılan incelemesinde (21.2.1983 gün ve 262/83 no.lu biyopsi ile) karsinom metastazı tesbit edilerek, primer tümör açısından akciğer veya prostat araştırmasının uygun olacağı bildirilmiştir.

Aradan bir sene kadar geçtikten sonra hastaya İ.Ü. Tıp Fakültesi Radyoloji servisinde, primer tümör üzerinde hiç durulmadan, sol scapula bölgesine 6 gün süreyle toplam 2000 rad radyoterapi uygulandığını görüyoruz. Akabinde hastaya radyoloji servisinde kemoterapi önerilmiş ise de, hastanın mali yönden güçsüz olması nedeniyle yaptırılmadığı belirtilmiştir. Üzücüdürki radyoterapiyi uygulayan yine aynı öğretim üyesi tarafından hastaya uyuşturucu (günde 1 amp. Dolantin) kullanması gerektiğine dair bir de rapor verilmiştir.

Aradan yine bir sene kadar, yani cilt metastazının tesbitinden 2 sene sonra hasta, yukarıki miksiyon şikâyetleri ile müracaatla servisimize yatırılmıştır.

Hastanın fizik muayenesinde sistemlere ait bir patoloji tesbit edilememiştir. İdrarın mikroskopik tetkikinde bol eritrosit görülmüş ve kültürde 250000/cc. coliform bakteri üremiştir. Çeşitli kan tetkikleri normal değerler vermiştir. Sedimentasyon 1/2 - 1-2 saatte 5-18-43 mm idi. Ürografi, mesane arka duvarındaki dolma defekti dışında normal bulunmuştur.

Sistoskopide; mesane arka duvarında yaygın, üzeri yer yer enkrüste ve kanamalar gösteren, infiltratif tipte solid bir tümör görüldü. Önce biyopsi pensi ile bir kaç yerden parça alındıktan sonra, elektro rezeksiyonla yeniden daha derin parça çıkartıldı ve kanamalar, rezeksiyon yerleri koterize edilip tam hemostaz sağlandıktan sonra Foley konarak operasyona son verildi. Anestezi altında yapılan bimanüel palpasyonda iri bir kabuklu ceviz büyüklüğünde mobil, sert bir tümör kitlesi palpe edildi.

Alınan mesane biyopsi materyalinin :

- I — Biyopsi materyali : Adenoid doku içeren solid karsinom, stromada mikrokalsifikasyonlar.
- II — Rezeksiyon » : Adenoid doku içeren solid karsinom-kas infiltrasyonu. olarak gelmiştir.

Metastaz yönünden yapılan araştırmada; akciğer grafisi, lomber ve kemik pelvis grafilerinde bir patoloji tesbit edilemedi. Karaciğer fonksiyon muayeneleri de (SGOT-SGPT, alkalen fosfat, kanda tymol, çinko sülfat, kadmiyum testleri gibi) tamamen normal bulundu.

Sonuç olarak; izole cilt metastazı gösteren inoperabl, solid, primer

mesane adenokanseri tanısı kondu ve hasta 24.4.1985 günü (yatışından 14 gün sonra) kendi arzusu ve salah ile taburcu edildi.

TARTIŞMA

Olgumuz bir primer mesane adenokanseri olgusudur. Yukarıda da belirtildiği gibi, oldukça nadir tümörlerdir (% 0,5-2). Mesanenin primer adenokanseri, saf adenoid yapı gösteren tümörlerdir. Glomerüler yapı gösteren değişici epitel kanserleri bu gruba dahil edilmezler (3). Makroskopik olarak nodüler veya papillerdirler ve bazan muköz sekresyon gösterirler. Histolojik olarak değişik miktarlarda müsin ihtiva eden silindirik hücreli bezler bulunur (11).

Normal mesane epiteli adenoid yapı içermediğinden primer mesane adenokanserlerinin orijini kesin aydınlanmış değildir. Bu konuda bazı teoriler ileri sürülmüştür. Bunlardan bugün için çoğunluğun kabul ettiği teoriye göre primer mesane adenokanserleri; puliripoten ürotelin (değişici mesane epitelinin) kronik iritasyonu sonucu (taş, iltihap v.s. ile) metaplazik bir değişikliğe uğraması sonucu oluşmaktadır (1, 5).

Adenokanserlerde ilk semptom hematüri ve dizüri'dir. Makrohematüri % 67, dizüri % 25 olguda bulunmuştur (1). Bu semptomların varlığı halinde, yapılacak sistoskopi ve biyopsi ile tümörün kesin tanısı ve infiltrasyon derecesi tayin edilir.

Primer adenokanserlerin lokalizasyonu, çoğunlukla yan duvar, arka duvar ve trigonda olmaktadır (1,3). Olguların % 90 ında tümör soliter olarak bulunmuştur (1).

Tümör tesbit edildiğinde sadece sathi infiltrasyon göstereceği gibi, derin infiltrasyon yapmış, bütün mesane duvarı ve perivezikal dokulara yayılmış olabilir veya uzak metastazlar gösterebilirler.

Bu tümörler, metastaz yapmaları bakımından mesanenin değişici epitel grade III. kanserlerine benzerler (3). Hatta prognoz bakımından onlardan daha da kötü kabul edilmektedirler (1).

Primer mesane adenokanserlerinin tedavisinde radikal sistektominin, mesanenin değişici epitel kanserlerinde uygulanan konservatif (TUR, parsiyel sistektomi gibi) müdahalelere üstün olduğu bildirilmektedir (3,7,9). Ancak seçilmiş olgularda parsiyel sistektomi ile de (5 yıllık survisi % 54 e varan) iyi sonuçlar alındığını bildirenler vardır (1).

Bu tümörler radyorezistandırlar. Bu nedenle tedavide preoperatif veya sadece radyoterapi önerilmemektedir (3,9). Aynı şekilde radyum implantasyonu ile lokal tedaviden de bir başarı sağlanamamıştır (2).

İnoperabl olgularda kematerapi'den sadece palyatif bir etki beklenebilir (3). Adenokanserlerde kemoterapi hakkında literatürde fazla bilgi mevcut değildir. Naeim ve arkadaşları (6) derin infiltrasyon gösteren 3 adenokanser olgusunda hipogastrik arter kateterizasyonu ile 5 FV uygulamışlar ve bundan 36 ay süreyle komplet bir remisyon elde etmişlerdir. Lenf bezi metastazlarında uygulanan cisplatinum ile sistemik tedavi ise sonuçsuz kalmıştır (13).

Primer mesane adenokanserlerinin metastazları, konvensiyonel mesane kanserlerinininkinden farklı değildir. Ancak otörler, bu kanserler hakkında özellikle yüksek bir uzak metastaz nisbeti bildirmektedirler. Anderström (1) akciğerlerde % 40, karaciğerde % 37 ve kemiklerde % 37 metastaz tesbit etmiştir.

5 yıllık sürvi hakkında literatürde farklı bildiriler mevcuttur. Mostofi (5) tedavi gören kendi olguları için 5 yıllık yaşama süresini % 33 olarak bildirirken, O'Dea ve arkadaşları (7) radikal sistektomi ile % 80 e varan bir 5 yıllık yaşama süresi elde etmişlerdir. Anderström (1) ise 5 yıllık sürviyi ayrı ayrı şu şekilde bildirmektedir: Diferansiasyon durumuna göre sürvi; orta derecede diferansiye olanlarda % 26, indiferansiye veya anaplastik olanlarda % 13; metastaz durumuna göre ise; uzak metastaz yapmış veya organları tutmuş olanlarda ancak % 5; perivesikal olarak gelişmiş olanlarda % 15; sadece submukoza veya mükölaris infiltrasyonu gösterenlerde % 29 dur. Araştırmacıya göre tümörün büyüklüğü de önemli prognostik değere sahiptir. Şöyleki; 5 yıllık yaşama süresi, 5 cm. den küçük tümörlü hastalarda % 30,5 cm. den büyük tümörlü hastalarda ise ancak % 6 dır. Toplam olarak ifade edildiğinde bu 5 yıllık sürvi % 18 olmaktadır.

Bizim olgumuza gelince; hikâyesinde belirtildiği üzere yapılan biyopsi sonucu metastatik adenokanser tesbit edilmiştir. Bu durumda primer odağın aranması yoluna gidilmesi gerekirken bu yapılmamış, aradan bir sene gibi bir süre geçtikten sonra metastatik cilt bölgesine radyoterapi uygulanmıştır. Oysa bu olgularda radyoterapinin etkisiz olduğu yukarıda açıklanmıştır. Ayrıca radyoterapiyi takiben hastaya yine hatalı olarak kemoterapi önerilmiştir ki, bu kemoterapinin de pek etkili olmadığı, ancak terminal safhada palyatif bir metod olarak uygulanabileceği de yine yukarıda vurgulanmıştır. Bu arada hastaya hiç de gerek olmadığı halde radyoterapi servisince maalessif bir de devamlı uyuşturucu (günde 1 amp. Dolantin) kullanması gerektiği hakkında rapor da verilmiştir.

Böylece aradan 2 sene gibi uzun bir süre geçtikten sonra hasta bize müracaatla yatırılıp tetkik edildiğinde mesanede adenokanser tesbit edilmiştir. Fakat gerek uzak metastaz (ciltte) ve gerekse bimanuel palpasyonda

infiltrasyon yapmış tümör tesbit edilmiş olması nedeniyle olgu inoperabl kabul edilerek, radikal bir tedavi uygulanamamış, sadece palyatif bir müdahale ile yetinmek zorunda kalmıştır.

Özet olarak söylemek gerekirse; olgumuzun başlıca şu 3 nedenle sizlere sunulması uygun görülmüştür :

1 — Oldukça nadir görülen bir primer mesane adenokanseri olması nedeniyle, bu tümörler hakkında literatüre dayanan özet bir bilgi sunulması,

2 — Başka hiç bir uzak metastaz bulunmadan sadece ciltte izole bir metastaz ile ortaya çıkmış bir olgu olması ve literatürde de böyle olguya rastlayamamış olmamız,

3 — Teşhis ve takipte hatalı davranışlar nedeniyle olgunun tedavisindeki gecikmenin vurgulanmasıdır.

Ö Z E T

Sol scapula üzerindeki ciltte izole metastaz ile kendini gösteren bir primer mesane adenokanseri olgusu sunuldu.

Literatürde sadece cilt metastazı ile ortaya çıkan, başka metastaz bulgusu olmayan böyle bir olguya biz rastlayamadık. Bu nedenle olgumuzun takdimini uygun bulduk.

SUMMARY

A case of primary adenocarcinoma of the urinary bladder, manifested by an isolated skin metastase overlying the left scapula has been presented.

Since no other case has been found in the literature, we have considered this case as worth to present.

KAYNAKLAR

- 1 — **ANDERSTRÖM C.**: Johansson S.L., von Schulz L.: Primary adenocarcinoma of the urinary bladder. Cancer, 52 : 1273, 1983.
- 2 — **HENDRICKS D.E.**: Massey B.D., Gallup ch. A., Nation E.F., Edwards J.W.: Radon in treatment of infiltrating carcinoma of urinary bladder. Urology, 5 : 465, 1975.
- 3 — **JAKSE G.**: Jacobij G.H., Altwein J.E.: Das Adenokarzinom der Harnblase. Urologe A, 18 : 86, 1979.

- 4 — **KOSS L.G.**: Tumors of the urinary bladder. In: Atlas of Tumor Pathology. Washington: AFIP (Armed Forces Institute of Pathology) 1975.
- 5 — **MOSTOFI F.K.**: Themson R.V., Dean A.L.: Mucous adenocarcinoma of the urinary bladder. Cancer, 8 : 741, 1975.
- 6 — **NAEIM F.**: Schlezinger R.M., de la Maza L.M.: Primary signetring cell carcinoma of the bladder: Report of a case and review of the literature : J. Urol., 108 : 274, 1972.
- 7 — **O'DEA M.J., MALEK R.S., UTZ DC.**: Adenocarcinoma of the bladder. Experience with twenty-five cases. AUA., 72. Meeting. Chicago: April 1977.
- 8 — **SHAW J.L.**: Gislason G.J., İmbringlia J.E.: Transition of cyctitis glandularis to primary adenocarcinoma of the bladder. J. Urol. 79 : 815, 1958.
- 9 — **THOMAS D.G.**: Word A.M., Williams J.L.: A study of 52 cases of adenocarcinoma of the bladder. Brit. J. Urol., 43 : 4, 1971.
- 10 — **TUNCER, Ş.**: Mesane tümörü tanı ve tedavisinde hata ve tehlikeler. A.Ü. Tıp Fak. Mec., 34 : 511, 1981.
- 11 — **DE TURE F.A.**: Dein R., Hackett R.L., Drylie D.M.: Primary Signet ring cell carcinoma of the bladder. Exemplifying vesical epithelial multipotentiality. Urology, 6 : 240, 1975.
- 12 — **WHEELER, J.D.**: Hill W.T.: Adenocarcinoma involving the urinary bladder. Cancer, 7 : 119, 1954.
- 13 — **YAGODA A.**: Watson R.C., Gonzalez-Vitale J.C., Grabstald M., Whitmere W.F.: Cancer Tread. Rep., 60 : 917, 1976.