

# Eş Zamanlı Mide ve Renal Hücreli Karsinom: Olgu Sunumu

Güzin GÖNÜLLÜ\*, Filiz KARAGÖZ\*\*, Murat DANACI\*\*\*, Burcu ÇAKAR\*\*\*\*, İdris YÜCEL\*

- \* Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı  
\*\* Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı  
\*\*\* Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı  
\*\*\*\* Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı

## ÖZET

Altmış beş yaşında erkek hasta, yemekle ilişkisiz epigastrik ağrı ve kilo kaybı şikayeti ile başvurdu. Üst gastrointestinal endoskopisinde mide fundusundan antruma uzanan ülserovejetan kitle, bilgisayarlı tomografide mide lümeninde polipoid solid ve sağ böbrekte heterojen kitle görüntülendi. Endoskopik biyopsi sonucu mide adenokarsinom saptanan hastanın ameliyatta mide korpus antrumunu tama yakın dolduran serozaya uzanan kitle, sağ böbrek alt polde kitlesel lezyon, perigastrik lenf nodları saptandı. Mide çevresindeki doku örneklerinde yumuşak doku ve lenf nodlarında tümöre rastlanmadı. Böbrekteki kitlenin değerlendirmesinde primer böbrek kaynaklı karsinom olduğu, tümör hücrelerinin sitokeratin ve vimentin ile pozitif boyandığı saptandı. Genel durumu bozuk olan hasta destek tedavisi sırasında 7. ayda kaybedildi.

**Anahtar Kelimeler:** Midekanser, Renal hücreli kanser, Eş zamanlı

## SUMMARY

### Synchronous Stomach and Renal Cell Carcinoma: A Case Report

Sixty five years old man presented with epigastrium pain unrelated to eating and weight-loss. Upper gastrointestinal endoscopy revealed an ulcerovejetan mass lying from gastric fundus to antrum, abdominal computerized tomography showed polypoid solid mass in the gastric lumen and a heterogenous mass in the right kidney. Endoscopic biopsy specimen indicated adenocarcinoma. The patient had taken to surgery and a mass in the stomach penetrated serosa, invaded to pancreas at posterior and porta hepatis was found with perigastric lymph nodes. There was no invasion in perigastric soft tissue and lymph nodes. The pathologic diagnosis of renal mass was renal cell carcinoma, cytokeratin and vimentin positive. The patient's performance status was poor, paliative treatment was given. He died at seventh month of diagnosis.

**Key Words:** Stomach cancer, Renal cell cancer, Synchronous

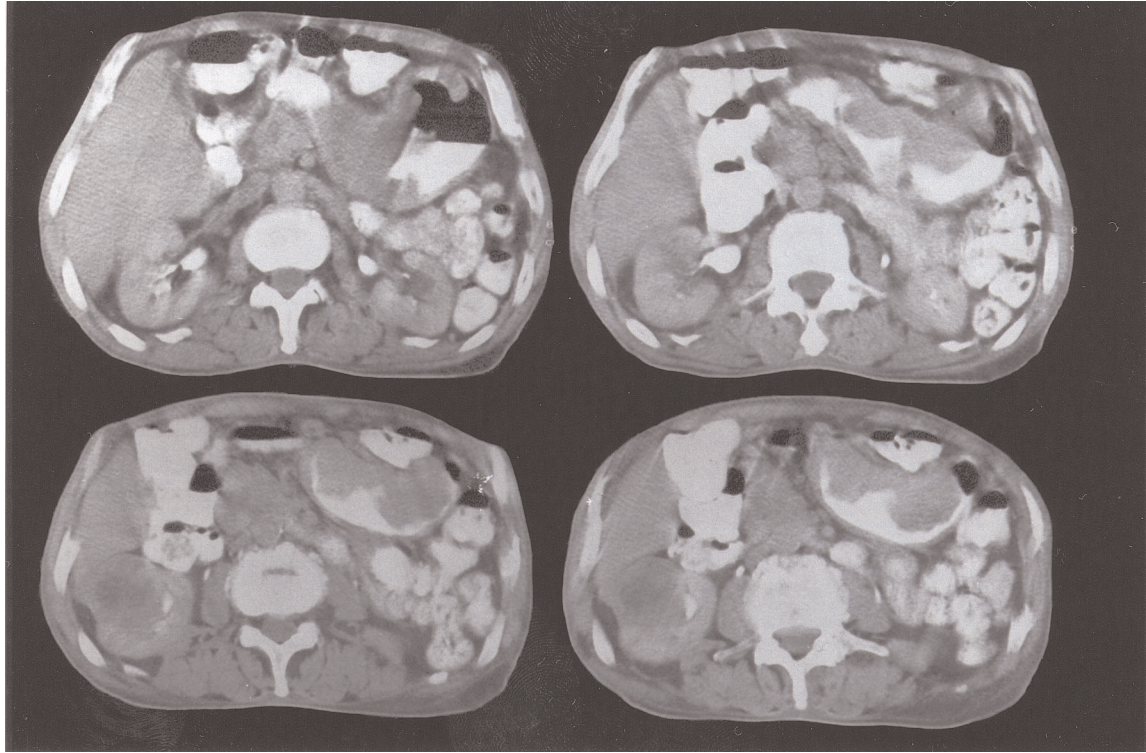
## GİRİŞ

Mide kanserleri ile diğer primer kanserlerin birlikteliği birçok araştırmacı tarafından tanımlanmıştır (1-7). Warren ve ark.6 prevalansı %6.8 saptarken, Lundeghard ve ark.7 gastrektomi sonrası ikinci tümör prevalansını %2.8 olarak gözlemlemişlerdir. Dinis ve ark. (8) ise 2268 hastayı içeren mide kanseri serilerinde %3.4 oranında diğer kanser olguları ile birliktelik saptamışlardır. Diğer kanserler ile mide kanserlerin birlikteliğinde genetik ve çevresel faktörler suçlanmış fakat kesin sonuçlara ulaşılamamıştır. Biz böbrek ve mide kanseri birlikteliğini hastamızın bulguları ile birlikte literatürler eşliğinde inceledik.

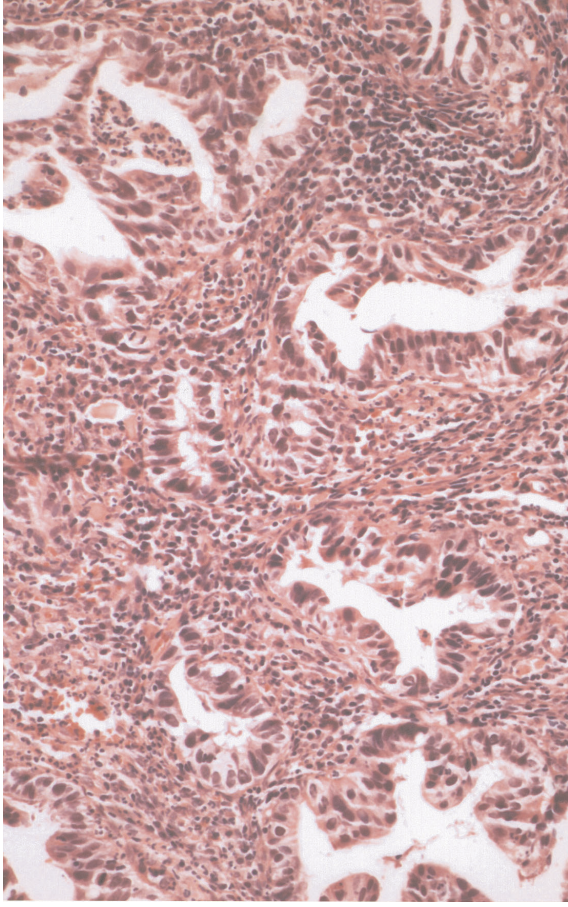
## OLGU SUNUMU

Altmış beş yaşında erkek hasta yemekle ilişkisiz epigastrik ağrı ve kilo kaybı (6 ayda 20 kg)

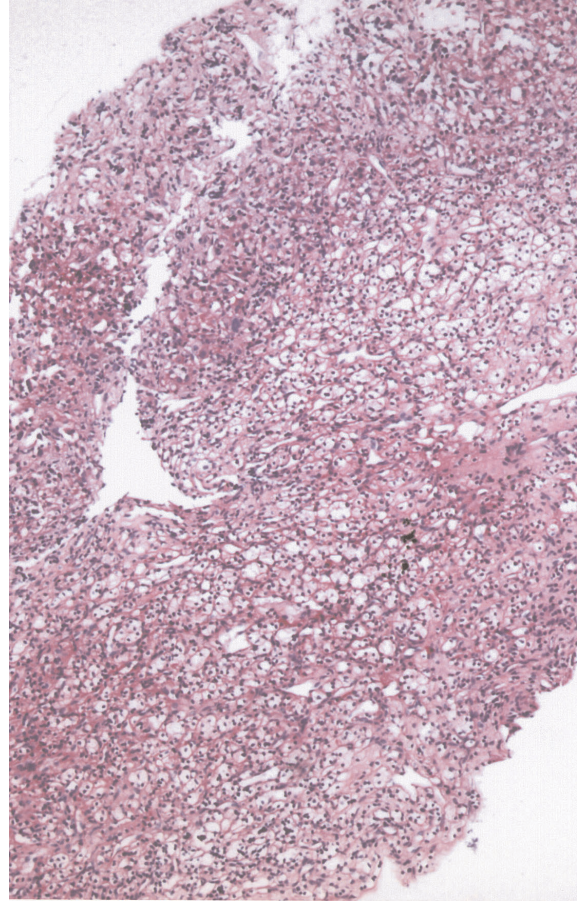
yakınması ile kliniğimize başvurdu. Üst endoskopisinde mide fundusundan antruma uzanan ülserovejetan kitle saptandı. Bilgisayarlı tomografi ile mide lümeninde polipoid solid ve sağ böbrekte heterojen kitle görüntüldü (Şekil 1). Yapılan endoskopik biyopside mide mukozasını diffüz infiltrate eden, abortif adenoid yapılar oluşturan, intestinal tipde mide adenokarsinomu izlendi (Şekil 2). Bu bulgular ile operasyona alınan hastanın eksplorasyonunda mide korpus ve antrumunu tama yakın dolduran serozaya yayılan, posteriorda pankreas, porta hepatis invaze olmuş kitle, sağ böbrek alt polde 4 cm çapında kitlesel lezyon ve perigastrik lenf nodları saptandı. Anrezektabl mide karsinom düşünülüp mide çevresinden, böbrekteki kitleden multiple biyopsiler alınarak işlem sonlandırıldı. Postoperatif mide çevresindeki doku örneklerinde yumuşak doku ve lenf nodlarında tümöre rastlanmadı. Böbrek alt poldeki kitlenin histopatolojik incelemesinde; tümör yapısının stromadan fakir,



Şekil 1. Abdominal BT kesitleri. Mide lümeninde geniş polipoid solid kitle ve sağ böbrekte heterojen kitle



**Şekil 2.** Endoskopik mide biyopsisinde adenoid yapılar oluşturan adenokarsinoma (Hx E 200)



**Şekil 3.** Tamamı stromadan fakir şeffaf stoplazmalı atipik hücrelerden oluşan böbrekte kitle (Hx E 100)

hüresel elemanlardan zengin olduğu izlendi. Tümör hücreleri oval, yuvarlak nükleuslu geniş şeffaf stoplazmadan oluşan yer yer tubul formasyonu, yer yerde diffüz infiltrasyon göstermekteydi. İmmünohistokimyasal çalışmada tümör hücreleri sitokeratin ve vimentin ile pozitif boyandı (Şekil 3). Laboratuvar incelemelerinde; Hb: 6 g/dL, Hct: %19, BUN: 19.2 mg/L, kreatinin: 0.65 mg/dl ve idrar incelemesi normal bulundu. Hasta tüm sonuçları ile değerlendirildiğinde eşzamanlı iki primer kanser olarak kabul edildi. Performans durumu ECOG (Eastern Cooperative Oncology

Group) IV olduğu için destek tedavisi uygulanan hasta 7. ayda kaybedildi.

### TARTIŞMA

Mide ve diğer primer kanserlerin prevalansı, klinik bulguları birçok çalışmada araştırılmıştır. Cosme ve ark.9 prevalansı %3.1 saptarken, Warren ve ark. (6) %6.8 olarak saptamıştır. Dinis-Ribeiro ve ark. (8) 2268 mide kanseri vakasını incelemişler, diğer kanserler ile birlikte görülme prevalansını %3.4 olarak saptamışlardır. Bu

**Tablo 1.** Mide ve böbrek kanserinin birlikte olduğu durumlar

	Yaş	Cins	Şikayet	Operasyon	Patoloji
Yoshizumi Y, et al*	46	E	Yok	Gastrektomi, nod disseksiyonu Sol nefrektomi	Mide kötü differansiye adenokarsinom, Böbrek berrak hücreli karsinom
Funaki H,et al **	59	K	Dispeptik yakınma	Gastrektomi, nod disseksiyonu Sağ nefrektomi	Mide kötü differansiye adenokarsinom Böbrek Granuler hücreli karsinom
	72	E	Dispeptik yakınma	Gastrektomi, nod disseksiyonu Sol nefrektomi	Mide Tubuler adenokarsinoma. Böbrek berrak hücreli karsinom
Azuma T, et al ***	69	E	Dispeptik yakınma	Gastrektomi, nod disseksiyonu Sol nefrektomi	Mide kötü differansiye adenokarsinom. Böbrek berrak hücreli karsinom

\*Yoshizumi Y, Gan No Rinsho 31:429-433,1985,

\*\*Funaki H,Hinyokika Kiyō 31:1629-34,1985.

\*\*\*Azuma T, Gan No Rinsho 36:2605-2609,1990

çalışmada metakron en sık kolorektal ve meme kanserleri, eş zamanlı olarak ise üriner sistem kanserleri görülmüş fakat her iki hasta grubunda yaşam süresi ve ölüm oranlarında fark saptamamışlardır. Ikeda ve ark. (10) 2250 hasta taramasında mide kanserini metakron kolorektal ve akciğer kanseri ile, eş zamanlı olarak böbrek hücreli karsinom ile (%8.9) birlikte saptamışlardır. Aynı çalışmada metakron kanserlerin daha çok 65 yaş civarındaki erkeklerde görüldüğünü ve eş zamanlı kanserlere göre erken evrede ve iyi diferansiye tipde görülme oranının daha fazla olduğunu belirtmişlerdir. Bizim olgumuzda, diğer çalışmalardaki gibi 65 yaş civarında

ve erkek hastadır (10-11). Mide ve böbrek karsinom birlikteliğini gösteren bazı çalışmaların klinik özellikleri Tablo 1’de sunulmuştur (12-14). Hastaların hiçbirinde, bizim olgumuzda da olduğu gibi böbrek ile ilgili yakınmalara rastlanmamış, sadece dispeptik yakınmaları olmuştur. Tüm olgularda böbrekteki kitle tesadüfen saptanmıştır. Olguların hepsinde her iki tümöre radikal operasyon yapılabilmesine karşın bizim olgumuz operasyon sırasında anrezektabl olarak değerlendirilmiştir. Diğer yandan opere böbrek karsinomlu vakalar incelendiğinde Rabbani ve ark. (15) prostat, meme, kolon, mesane kanserleri, Onishi ve ark. (16) ise 804 berrak hücreli böbrek

karsinomu vakasında 38 hastada ikinci primer kanser saptanmış ve en sık mide, akciğer kanserini göstermişlerdir. Mide ve diğer primer kanserlerin birlikteliğindeki moleküler temel tam olarak anlaşılammıştır. Multipl gastrointestinal kanserlerde mikrosatellit instabilite (17), mide ve meme kanseri birlikteliğinde ise E-kadherin mutasyonu saptanmıştır (18). Bu örneklerde olduğu gibi moleküler patolojiler aydınlandığında mide kanseri olan bir hastada kolonoskopi ve mamografi gibi ileri tetkikler yapılması gündeme gelebilecektir. Sonuç olarak primer mide kanserinin yayılımı ve rekürrensının araştırılmasının yanı sıra ikinci primer kanser olasılığı açısından literatürdeki olgu serileri gözönünde bulundurulduğunda dikkatli pre ve postoperatif incelemeler yapılması gerekebilecektir.

#### KAYNAKLAR

1. Moertel CG. Multiple primary malignant neoplasms. Historical perspectives. *Cancer* 40:1786-1792, 1977.
2. Mulvihill JJ, McKeen EA. Genetics of multiple primary tumors. A clinical etiologic approach illustrated by three patients. *Cancer* 40:1812-1820, 1977.
3. Berg JW, Schottenfeld D. Multiple primary cancers at Memorial Hospital, 1949-62. *Cancer* 40:1801-1805, 1977.
4. Hoar SK, Wilson JK, Blot WJ, et al. Second cancer following cancer of the digestive system in Connecticut 1935-1982. *Washington NCI Monograph* 68:49-64, 1985.
5. Arseneau JC, Canellos GP, Johnson R, et al. Risk of new cancers in patients with Hodgkin's disease. *Cancer* 40:1912-1916, 1977.
6. Warren S, Gates O. Multiple primary malignant tumors. Survey of literature and statistical study. *Am J Cancer* 16:1358-1414, 1932.
7. Lundeghard G, Hansson LE, Nyren O, et al. The risk of gastrointestinal and other primary malignant disease following gastric cancer. *Acta Oncol* 30:1-6, 1991.
8. Dinis-Ribeiro M, Lomba-Viana H, Silva R, et al. Associated primary tumors in patients with gastric cancer. *J Clin Gastroenterol* 34:533-535, 2002.
9. Cosme Jimenes A, Bujanda Fernandez de Pierola L, Ojeda Perez E, et al. Gastric carcinoma associated with other primary malignant neoplasms. A retrospective study of 25 cases. *Rev Clin Esp* 200:7-11, 2000.
10. Ikeda Y, Saku M, Kawanaka H, et al. Features of second primary cancer in patients with gastric cancer. *Oncology* 65:113-117, 2003.
11. Machara Y, Tomisaki S, Emi Y, et al. Clinicopathological features of patients who died with second primary cancer after curative resection for gastric cancer. *Anticancer Res* 15:1049-1054, 1995.
12. Funaki H, Suzuki N, Adachi M, et al. Double primary malignant neoplasm of renal cell carcinoma and stomach cancer. *Hinyokika Kyo* 31:1629-1634, 1985.
13. Yoshizumi Y, Shima S, Sugiura Y, et al. A case of simultaneous surgery for primary double cancer of the stomach and kidney. *Gan No Rinsho* 31:429-433, 1985.
14. Azuma T, Koide A, Asami H, et al. A case of synchronous multiple primary cancers of the stomach and kidney. *Gan No Rinsho* 36:2605-2609, 1990.
15. Rabbani F, Reuter VE, Katz J, Russo P. Second primary malignancies associated with renal cell carcinoma: influence of histologic type. *Urology* 56:399-403, 2000.
16. Onishi T, Ohishi Y, Suzuki H, et al. Study on the clinical characteristics of double cancers associated with renal cell carcinoma. *Nippon Hinyokika Gakkai Zasshi* 89: 808-815, 1998.
17. Ohtani H, Yashiro M, Onada N, et al. Synchronous multiple primary gastrointestinal cancer exhibits frequent microsatellite instability. *Int J Cancer* 86:678-683, 2000.
18. Caldas C, Carneiro F, Lynch HT, et al. Familial gastric cancer: overview and guidelines for management. *J Med Genet* 36:873-880, 1999.

**Yazışma Adresi:**

Dr. Güzin GÖNÜLLÜ  
Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi,  
İç Hastalıkları Anabilim Dalı  
Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı  
Kurupelit kampüsü  
SAMSUN

e-mail: ggonullu@omu.edu.tr

Fax: (0.362) 457 60 41

Tel: (0.362) 312 19 19 / 3329