

## Transplante Böbrekte 29 yıl Sonra Renal Hücreli Karsinoma: Bir Olgu Sunumu ve Literatürün Gözden Geçirilmesi

### *Renal Cell Carcinoma in a Transplanted Kidney After 29 Years: A Case Report and Review of the Literature*

#### ÖZ

Primer renal hücreli karsinoma (RCC) en sık görülen böbrek kanseridir. Renal transplantlı hastalarda, genellikle kendi böbreklerinde RCC gelişmekte olup nadiren de olsa allogreft böbrekte de gelişebilmektedir. 65 yaşında erkek hastada greft böbrekte transplanttan 29 sene sonra RCC saptandı. Histolojik ve immünohistokimyasal çalışmalar ile RCC tanısı kondu. Renal transplantlı hastaların kendi ve greft böbrekleri düzenli olarak ultrasonografi ile takip edilmelidir.

**ANAHTAR SÖZCÜKLER:** Renal hücreli karsinoma, Greft böbrek, Ultrasonografi

#### ABSTRACT

Primary renal cell carcinoma (RCC) is the most common kidney cancer. In renal transplant patients, RCC more commonly arises in the native kidneys, whereas allograft involvement has seen rarely. A 65-year-old man developed an RCC in the grafted kidney 29 years after transplantation. Histologic and immunohistochemical studies diagnosed RCC. Renal transplant patients' native and graft kidneys must be followed by regular ultrasonography.

**KEY WORDS:** Renal cell carcinoma, Graft kidney, Ultrasonography

**Hilmi Umut ÜNAL**  
**Mahmut GÖK**  
**Mahmut İlker YILMAZ**  
**Tayfun EYİLETEN**  
**Kayser ÇAĞLAR**  
**Yusuf OĞUZ**  
**Müjdat YENİCESU**  
**Abdülgaffar VURAL**

Gülhane Askeri Tıp Akademisi,  
Nefroloji Bilim Dalı, Ankara, Türkiye

#### GİRİŞ

Renal transplantasyon yapılan olgularda Renal hücreli karsinoma (RCC), ya hastaların kendi böbreklerinden ya da daha nadir olarak transplante böbrekten kaynaklanır. Biz burada 29 yıl fonksiyone renal transplant tanısı ile takip edilen bir hastada herhangi bir yakınması yokken takip amaçlı yapılan transplante renal USG'de saptanan kitle ve sonrasında RCC tanısı alan bir olguyu sunduk.

#### OLGU SUNUMU

Otuz altı yaşında erkek hastaya, kronik böbrek yetmezliği tanısı ile 1 yıl hemodiyaliz tedavisinden sonra 1978 yılının nisan ayında 33 yaşında trafik kazasına bağlı beyin ölümü gelişen erkek kadavradan renal transplantasyon yapıldı. Transplantasyon sonrası azatiyoprin ve kortikosteroid tedavisi başlanan hasta fonksiyone renal transplant tanısı ile 2007 yılı mayıs ayına kadar takip edildi. Düzenli kontrolleri için yapılan Renal ult-

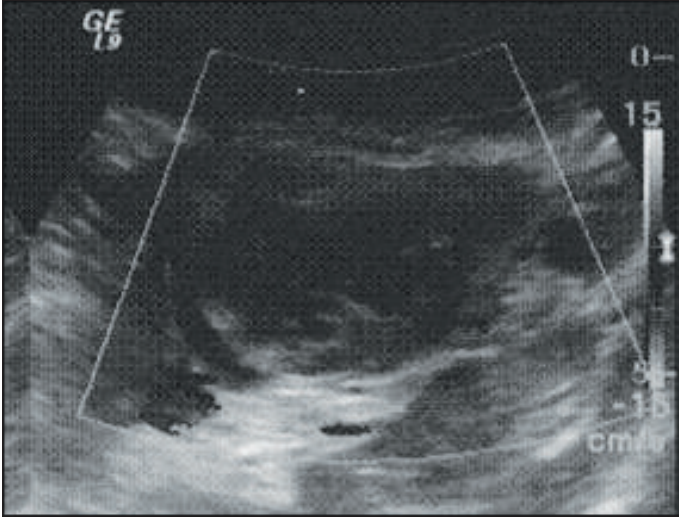
rasonografide (USG) transplante böbrekte orta-alt bölümde lobülasyona neden olan yaklaşık 45 mm boyutunda nekrotik alanların da izlendiği lezyon rapor edildi (Şekil 1,2). Lezyonun Doppler incelemesinde lezyon içinde minimalde olsa vaskülarizasyon izlendi. Lezyonun değerlendirilmesi için renal fonksiyonları normal aralıkta olan hastaya kontrastsız tomografi çekildi. Batın tomografisinde transplante böbreğin anterior kesiminde 6x5 cm boyutlarında, transplante böbrek konturlarında lobülasyona yol açan, santral kesimleri daha hipodens kitle lezyonu raporlandırıldı (Şekil 3 A,B). USG eşliğinde yapılan perkütan renal biyopsi sonucu RCC ile uyumlu olarak rapor edildi. Transplante böbreğe radikal nefrektomi yapıldıktan sonra tekrar hemodiyaliz tedavisine başlanan takiplerinde RCC'ye bağlı komplikasyon gelişmeyen hastada hemodiyaliz tedavisinin 4. yılında kardiyopulmoner yetmezliğe bağlı ölüm gelişti.

Geliş Tarihi : 09.07.2011

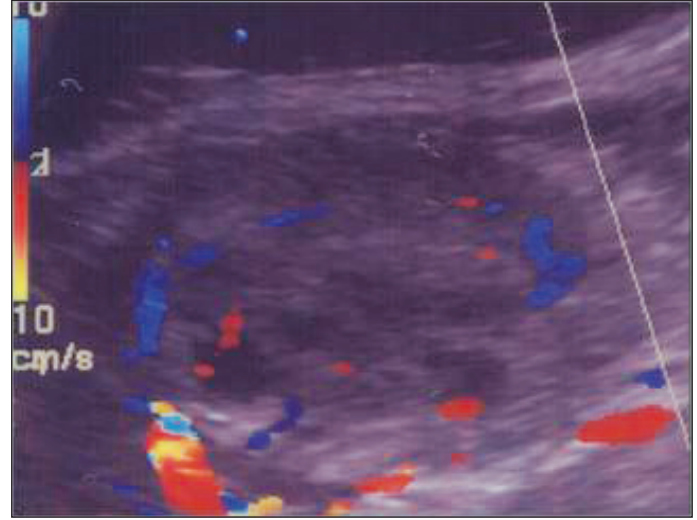
Kabul Tarihi : 11.10.2011

Yazışma Adresi:

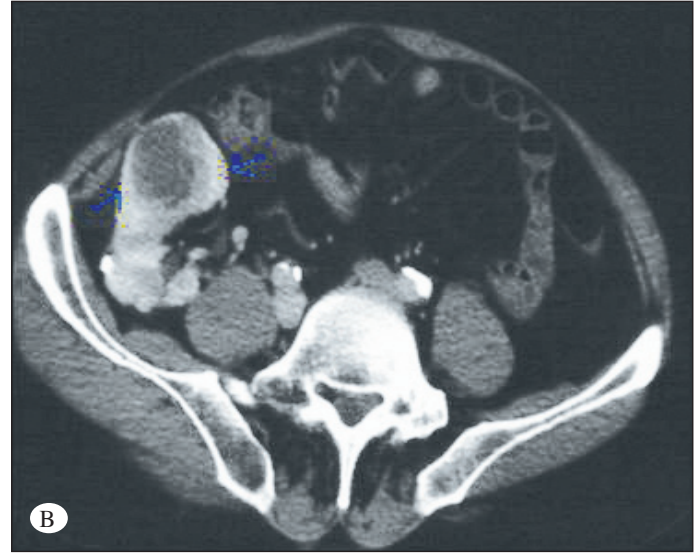
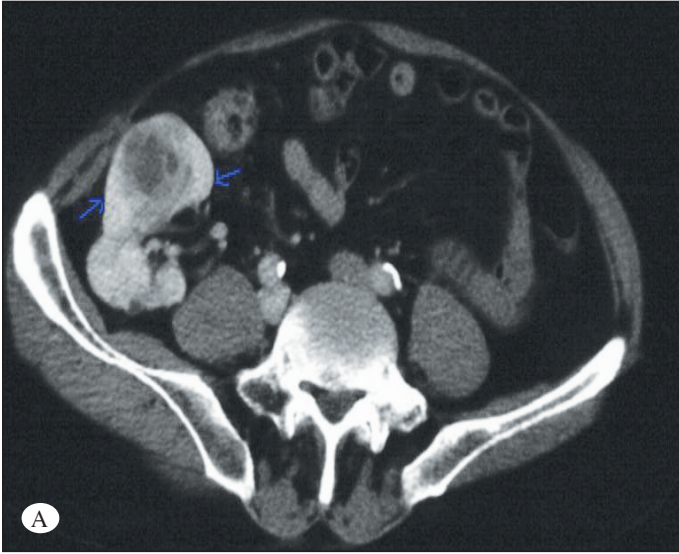
**Hilmi Umut ÜNAL**  
Gülhane Askeri Tıp Akademisi,  
Nefroloji Bilim Dalı, Ankara, Türkiye  
Gsm : 0 505 813 45 53  
E-posta : hilmiumut@hotmail.com



**Şekil 1:** Sağ alt kadranda 120x61 mm boyutunda 24 mm parankim kalınlığında transplante böbreğin orta-alt bölümünde konturda lobülasyona neden olan yaklaşık 45 mm boyutunda nekrotik alanların izlendiği lezyon dikkati çekmiştir.



**Şekil 2:** Yapılan RDUS incelemede lezyon içinde minimal vaskülarizasyon izlenmektedir.



**Şekil 3 A, B:** Transplante böbrek anterior kesiminde 6x5 cm boyutlarında transplante böbrek konturlarında lobülasyona yol açan, santral kesimleri daha hipodens periferik kısımları ise böbrek parankimine göre hiperdens olarak izlenen heterojen kitle lezyonu dikkati çekmiştir.

### TARTIŞMA

RCC, solid organ transplantlı hastalarda gelişen malignitelerin % 4,6'sından sorumlu olup büyük bir kısmının kaynağını hastaların kendi böbrekleri oluştururken %10'dan azında ise allogreft kaynaklıdır (1). Uygulanan immünsupresif tedavi, nakil sonrası malignite riskini artırmaktadır. Transplantasyon yapılan hastalarda hasta böbreklerin edinsel renal kistik hastalığından kaynaklanan RCC papiller tümör varyantı normal populasyona göre daha sık görülmektedir (2). Bununla birlikte Cincinnati Transplant Tumour Registry (CTTR) kayıtlarında allogreft RCC olarak 45 vaka bildirilmiştir (3).

ABD de, renal transplantasyon yapılan vakalarda nakil sonrası ilk 3 yıl boyunca genel populasyona göre RCC için 15 kat artmış risk ve transplant listesinde bekleyen adaylara göre de %39 daha yüksek risk gözlenmiştir (4).

Frank Hurst ve ark.nın ABD de renal transplantasyon yapılan 40.821 vakayı içeren çalışmasında erkek cinsiyeti, ilerlemiş donör yaşı (>50), ilerlemiş alıcı yaşı (>70), transplant öncesi diyaliz süresi, renal kist öyküsü ve transplant sonrası gelişen kist varlığı ile transplantasyon sonrası gelişen rejeksiyon öyküsünü RCC için artmış risk faktörü olarak değerlendirmiştir. Bu

çalışmada göstermiştir ki edinsel böbrek kist hastalığı olanlarda renal transplantasyon sonrası hasta böbreklerde malignite riski akıldan çıkarılmamalıdır (5).

Morgan Roupret ve ark. 1968-2002 yılları arasında 1250 renal grefti değerlendirmişler ve bunların sadece 3 tanesinde renal greftten kaynaklı RCC tespit etmişlerdir. Lupus nefritine bağlı böbrek yetmezliği gelişen ilk olguda nakilden 20 yıl sonra RCC tanısı konmuş, radikal nefrektomi yapılan hasta 2 ay sonra febril paraneoplastik sendroma bağlı ölmüştür. İkinci olgu ise diyabetik nefropatiye bağlı böbrek yetmezliği gelişen olgu olup nakilden 7 yıl sonra RCC tanısı almış, radikal nefrektomi yapılan hasta 4 ay sonra ölmüştür. Üçüncü olgu ise, reflü nefropatisine bağlı periton diyaliz hastası olup nakilden 10 yıl sonra RCC tanısı ile radikal nefrektomi yapılan hasta tedavi sonrası hemodiyaliz hastası olup nakil için listeye alınmış. Diyabetik nefropatili olgu, genel durumunda kötüleşme nedeniyle değerlendirilirken USG'de renal kitle tespit edilmiş, diğer iki olgu da düzenli renal USG kontrollerinde tespit edilmiştir. Hastalığın nadir görülmesi, geç tespiti ve tedavi seçeneklerinin azlığı, bu lezyonların tanısı için bir strateji belirlemeyi zorunlu kılmaktadır. Greftin yıllık USG ile izlenmesi kabul edilebilir bir strateji olarak değerlendirilmiştir. Aynı donörden alınan diğer organlarda da tümör gelişme riski ihmal edilecek kadar düşük değildir. Bu yüzden aynı donörden nakil yapılan hastaları uyuracak hızlı ve etkili transplantasyon merkezlerinin kurulması önemlidir (6).

Bir başka çalışmada ise 1969- 2002 yılları arasındaki renal transplantasyon yapılan 1073 hasta değerlendirilmiş olup 5 olguda greft böbreğinde RCC tespit edilmiş. Nakilden malignite tanısına kadar geçen süre 4 yıldan 17 yıla kadar uzamış ve hastalar düzenli USG takipleri sırasında tanı almış. Risk faktörü olarak analjezik kötüye kullanımı, obezite, sigara kullanımı ve tekrarlayan piyelonefrit öyküsü (7) bu olgularda da mevcuttu. Bu olgularda alıcı ile donör arasında HLA uyumsuzluğu derecesi araştırılmış fakat anlamlı bir sonuca ulaşılamamıştır (8).

Allogreft böbrekte gelişen primer böbrekle ilgili olgu taramasında en uzun süre 27 yıl olarak yayınlanmış. Kronik reflü nefropatisine bağlı böbrek yetmezliği gelişen hastaya nakil sonrası 27 yıl sonra hepatik enzim yüksekliği için yapılan Batın USG'de transplante böbrekte 5x6 cm'lik kitle tespit edilmiştir. Transkutanöz renal biyopsi sonucu RCC ile uyumlu rapor edilen hastada transplant nefrektomiye gitmiştir. Fakat çok sayıda kemik ve subkutan metastazı olan hasta nefrektomiden 5 ay sonra ölmüştür (9).

Renal allogreft kaynaklı RCC'nin geleneksel tedavisi allogreft nefrektomi, immünesupresif tedavinin kesilmesi ve diyaliz tedavisinin başlanmasıdır. Bilgiler sınırlı olmakla beraber fonksiyone greftli olgularda 4 cm den küçük tümörlerde parsiyel greft nefrektomi kabul edilebilir bir tedavi seçeneğidir. Böylece hastanın tekrar diyalize dönüşü engellenmiş ve hayat kalitesi artırılmış olacaktır (8-10-11).

Bizim olgumuzda ise nakil sonrası 29 yıl sonra transplante böbrekte RCC tanısı ile radikal nefrektomi yapılmış olup 4 yıl yakın süredir de hemodiyaliz programına devam etmektedir. Literatür taramasında bu kadar uzun süre sonra fonksiyone renal transplanttan kaynaklanan RCC olmadığı için olgu dikkat çekicidir. Renal transplantasyon yapılan olgularda daha çok edinsel kistler nedeniyle hasta böbreklerden kaynaklı malignite beklenirken transplante böbrekten de RCC gelişebileceği unutulmamalı ve yıllık USG takiplerinin hastaya erken tanı şansını verebileceği akıldan tutulmalıdır.

## KAYNAKLAR

1. Penn I: Primary kidney tumours before and after renal transplantation. *Transplantation* 1995; 59: 480-485
2. Moudouni SM, Lakmichi A, Tligui M, Rafii A, Tchala K, Haab F, Gattegno B, Thibault P, Doublet JD: Renal cell carcinoma of native kidney in renal transplant recipients. *BJU Int* 2006; 98: 298-302
3. Penn I: Cancers in renal transplant recipients. *Adv Ren Replace Ther* 2000; 7: 147-156
4. Scandling JD: Acquired cystic kidney disease and renal cell cancer after transplantation. Time to rethink screening? *Clin J Am Soc Nephrol* 2007; 2: 621-622
5. Hurst FP, Jindal RM, Graham LJ, Falta EM, Elster EA, Stackhouse GB, Agodoa LY, Lentine KL, Salifu MO, Abbott KC: Incidence, predictors, costs and outcome of renal cell carcinoma after kidney transplantation: USRDS experience. *Transplantation* 2010; 90: 898-904
6. Rouprêt M, Peraldi MN, Thaanat O, Chrétien Y, Thiounn N, Dufour B, Kreis H, Méjean A: Renal cell carcinoma of the grafted Kidney: How to improve screening and graft tracking. *Transplantation* 2004; 77: 146-148
7. Dhote R, Thiounn N, Debre B, Vidal-Trecan G: Risk factors for adult renal cell carcinoma. *Urol Clin N Am* 2004; 31: 237-247
8. Barama A, St-Louis G, Nicolet V, Hadjeres R, Daloz P: Renal cell carcinoma in kidney allografts: A case series from a single center. *Am J Transplant* 2005; 5: 3015-3018
9. Walton TJ, McCulloch TA, Bishop MC: Aggressive renal cell carcinoma in a 27-year-old kidney transplant. *Nephrol Dial Transplant* 2005; 20: 1018-1019
10. Jordan YZ Li, Tuck Y. Yong, Mohan Rao, P. Toby H. Coates: Partial nephrectomy for renal cell carcinoma in an allograft kidney with limited functional reserve. *NDT Plus* 2009; 2: 312-313
11. Ribal MJ, Rodriguez F, Musquera M, Segarra J, Guirado L, Villavicencio H, Alcaraz A: Nephron-sparing surgery for renal tumor: A choice of treatment in an allograft kidney. *Transplant Proc* 2006; 38: 1359-1362