



Mesanein Sarkomatoid ve Lenfoepitelyoma Benzeri Diferansiye Karsinomu: Parsiyel Sistektomi Olgu Sunumu

Sarcomatoid and Lymphoepithelioma Like Differentiated Carcinoma of the Urinary Bladder: Partial Cystectomy a Case Report

Arif Özkan¹, Mustafa Bahadır Can Balcı¹, Aydın İsmet Hazar¹, Cem Tuğrul Gezmiş¹, Fatih Osman Kurtuluş², Barış Nuhoğlu¹

¹GOP Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul, Türkiye

²İstanbul Kemerburgaz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

ÖZET

Mesane en sık rastlanan tümörler ürotelyal karsinomlar olmakla birlikte mesane kanserlerinin %10-20' sinde farklı diferansiyasyon gösteren tümörlerde bulunabilir. Bunlardan biride sarkomatoid ve lenfoepitelyoma benzeri diferansiyasyon gösteren ürotelyal karsinomdur. Daha çok erkeklerde ve ileri yaşta görülür. Tanı anında genelde ileri evredirler. Agresif neoplaziler olup sürümleri kötüdür. Literatürde çeşitli tedavi modaliteleri belirlenmiş olup kesin bir standart yoktur. Bu yazıda ender rastlanan sarkomatoid ve lenfoepitelyoma benzeri diferansiyasyon gösteren ürotelyal mesane karsinomu vakasına uyguladığımız parsiyel sistektominin sonucu literatür eşliğinde tartışılmıştır. (JAREM 2014; 1: 35-7)

Anahtar Sözcükler: Mesane, sarkomatoid, ürotelyal karsinom, parsiyel sistektomi

ABSTRACT

Urothelial carcinomas are the most common tumor types in urinary bladder; however, there may exist different differentiations in 10-20% of bladder cancer, one of which is urothelial carcinoma that has sarcomatoid- and/or lymphoepithelioma-like differentiation. It is usually seen in males in older age and diagnosed during later stages. They are aggressive malignancies and have low survival. Although there are various treatment models determined in the literature, no certain standard is identified. In this study, we report a case of sarcomatoid- and lymphoepithelioma-like differentiated urothelial carcinoma of the urinary bladder that was treated by partial cystectomy and its results in light of the literature. (JAREM 2014; 1: 35-7)

Key Words: Urinary bladder, sarcomatoid, urothelial carcinoma, partial cystectomy

GİRİŞ

Ürolojik kanserler içinde prostat kanserinden sonra ikinci sırada yer alan mesane tümörleri, erkeklerde görülen kanserler içinde dördüncü, kadınlarda ise sekizinci sırada yer almaktadır (1). Mesanede en sık %90-95 oranla ürotelyal hücreli kanser görülür, tanı sırasında yaklaşık %10-20'sinde farklı diferansiyasyon gösteren tümörlerde görülebilir (2). Sarkomatoid diferansiyasyon Torenbeek ve ark. (3) 4191 mesane kanserli hastayı inceledikleri çalışmasında %0.31 olarak bildirilmektedir (3). Erkek: Kadın oranı 4:1 olup pik insidans 7. dekattadır (4).

Biz, oldukça kötü prognoza sahip sarkomatoid ve lenfoepitelyoma benzeri diferansiyasyon gösteren ürotelyal karsinomun klinik, seyir, teşhis ve tedavi aşamalarıyla farklı bir vaka sunmayı amaçladık.

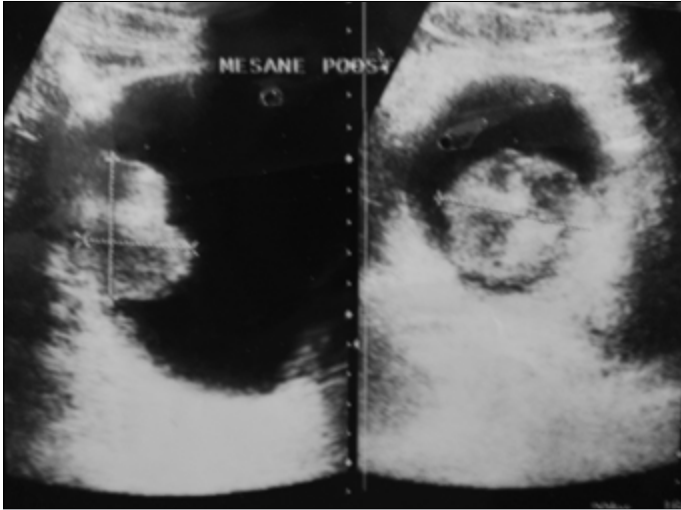
OLGU SUNUMU

Elli altı yaşında erkek hasta pıhtılı makroskopik hematüri şikayetleri ile kliniğimize başvurdu. Fizik muayenesi, serum biyokimyası ve kan sayımı normaldi. Üriner sistem ultrasonografide (USG) mesane posterior duvarda 50x45x35 mm boyutlarında kitle lezyon tespit edildi ve üst üriner sisteme ait patoloji izlenmedi (Resim 1).

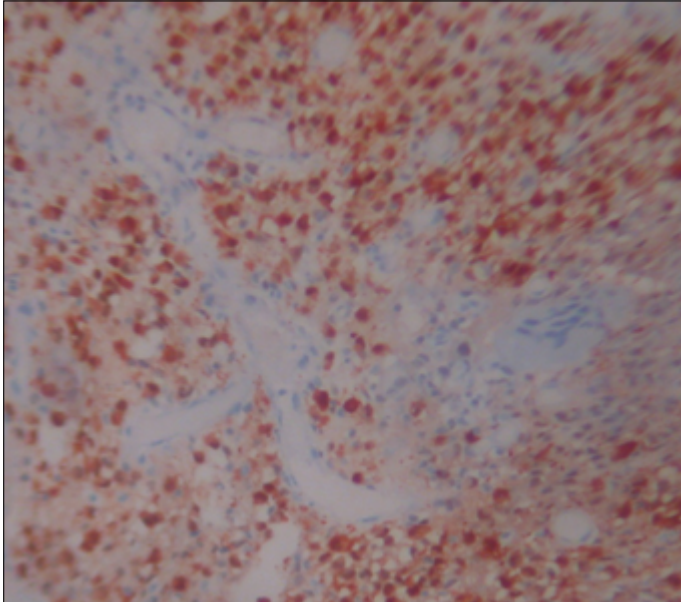
Hastaya transüretral rezeksiyon (TUR) planlandı. Sistoskopi öncesi yapılan bimanuel muayenede ele gelen kitle ve fiksasyon yoktu. Mesane arka duvar kubbe bileşkesinde yaklaşık 5 cm çapında

papillo-solid tümoral odak izlendi ve rezeksiyon yapıldı (TUR-MT), mesaneden multipl ve prostatik üretradan örnekleme yapıldı. Cerrahi şifa ile eksterne edilen hastanın TUR materyali patolojisi: High grade (HG) ürotelyal karsinom, sarkomatoid ve lenfoepitelyoma benzeri diferansiyasyon olarak raporlandı. Lamina propria ve muskularis propria invazyonu mevcuttu (pT2). Karsinoma insitu (CIS) yoktu. Lefovasküler invazyon, yaygın nekroz ve aktif lenfositik yanıt mevcuttu. Olgumuzda yaygın nekroz mevcudiyetinin yanı sıra, epitelooid alanlar pansitokeratin ile diffüz pozitif, sarkomatoid/lenfoepitelyoma diferansiye alanlar fokal pozitif, vimentin ile sarkomatoid/lenfoepitelyoma diferansiye alanlar fokal pozitif boyanmıştır aynı zamanda kondroid diferansiyasyon mevcuttu (Resim 2, 3). Prostatik üretra tutulumu ve diğer biyopsiler normal ürotelyal mucoza olarak sonuçlandı. TUR-MT sonrası tüm batin ve toraks bilgisayarlı tomografisi (BT) çekildi. Sonuçları normaldi. Hastaya invaziv mesane tümörlerinde standart yaklaşım olan radikal sistoprostatektomi ve üriner diversiyon operasyonu planlandı ancak hastanın operasyonu kabul etmemesi üzerine tümör lokalizasyonun ve boyutunun uygunluğu, tümörün soliter oluşu, eşlik eden CIS olmayışı ve hasta isteği göz önüne alınarak mesane koruyucu yaklaşım olarak parsiyel sistektomi ve bilateral pelvik lenf nodu diseksiyonu kararı alındı ve TUR sonrası 6. haftada hastaya uygulandı (Resim 4). Patoloji sonucu: pT1HG ürotelyal karsinom lenfovasküler invazyon ve yoğun lenfositik infiltrasyon, cerrahi sınır negatif, bilateral lenf nodu diseksiyonunda metastatik lenf

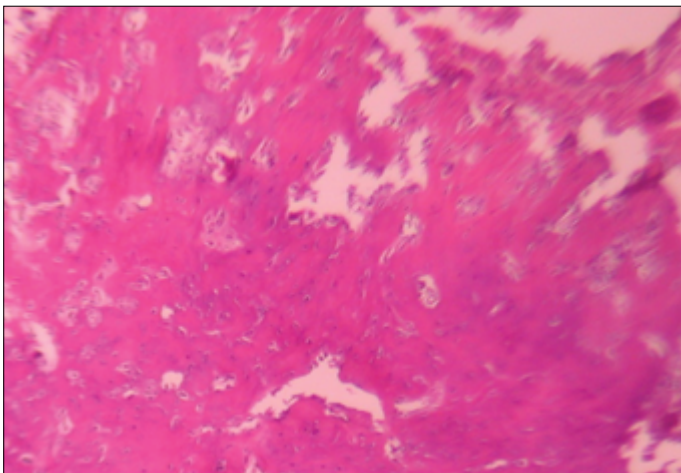




Resim 1. Mesane arka duvarda 5 cm lik kitle lezyon (USG)
USG: ultrasonografi



Resim 2. Lenfoepitelyoma benzeri alanlarda PanCK pozitifliği. PanCK x 200



Resim 3. Sarkomatöz alanlarda kondroid diferansiyasyon. H+E x 100



Resim 4. Parsiyel sistektomi piyesi

nodu yok şeklinde yorumlandı. Hasta cerrahi şifa ile taburcu edildi. Sonrasında hastaya herhangi bir ek tedavi hasta kabul etmediğinden uygulanmadı. Hastaya 3 aylık aralar ile kontrol sistoskopi, 6 ayda bir kesitsel görüntüleme (BT ve MR) ile takipleri 24 ay boyunca yapıldı ve herhangi bir nöks yada progresyona rastlanmadı. Hastanın takipler aynı şekilde devam etmektedir.

TARTIŞMA

Mesanein izole skuamöz hücreli kanseri, adenokanseri ve sarkomları hakkında geniş bilgiler vardır fakat sarkomatoid diferansiyasyon gösteren ürotelyal hücreli tümörler hakkında oldukça sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Olgumuzda aynı zamanda aktif lenfositik yanıt olup lenfoepitelyoma benzeri diferansiyasyonda mevcuttu. Mesanein lenfoepitelyoma benzeri karsinomu histolojik olarak yoğun lenfoid reaksiyon içeren indifferansiyel malign epitelial lezyonlara benzer, kronik sistit ve malign lenfoma ile karıştırılabilmesi nedeniyle önemlidir (5). Sarkomatoid karsinom ürotelyal hücrelerden köken aldığı sarkomatoid kısmın içi hücreleri içerdiği ve epitelial yapının pozitif olduğuna inanıldığı bifazik morfolojide tümörlerdir. Nekroz alanları sıklıkla görülebilir. Epitelial elemanlar yüksek dereceli ürotelyal hücreli kanser, yassı hücreli kanser ya da adenokanser olabilir. Tanıda genellikle hemotoksilen eozin yeterli olmakla birlikte immünohistokimyasal çalışmalarda sitokeratin, desmin, vimentin, MSA, S-100, SMA, NSE ve kromogranin pozitif olarak saptanabilir. Mezenkimal elemanlar genellikle kondrosarkom, fibrosarkom, leiomyosarkom, osteosarkom ya da rabdomiyosarkomdur. (6, 7). Sarkomatoid tümörler lokasyon olarak daha çok mesane tabanı bunu takibinde trigon ve lateral duvarlarda görülür. Bizim olgumuzda posterior duvar ile kubbe bileşkesinde idi. Genelde çoğu tümör tek, geniş polipoid kitle şeklinde, çap aralığı 1,5 cm ile 12 cm aradındadır. Polipoid, ülser ve ilk tanıda muskuler tabakayıda invaze edecek şekilde ileri evrede olurlar (8), olgumuz soliter, 5 cm çapında, solid ve arka duvar kubbe bileşiminde yerleşmişti. Tümörün agresif natürü, lokal rekürrense eğilimi nedeniyle sıklıkla cerrahi sonrası lokal rekürrens görülmesine rağmen radikal sistektomi ile adjuvan radyoterapi ve/veya kemoterapi kombinasyonu rehberlere net olarak gimemekle beraber önerilmektedir (9). Mesane sarkomatoid tümörü ortalama 17,2 ay gibi düşük sürviye sahiptir. Sarkomatoid diferansiyasyon gösteren mesane tümörlerinde tanıdan sonraki bir yıl içinde hastaların %66'sında metastaz geliştiği bildirilmekte-

dir. Lopez Beltran'ın çalışmasındaki 26 hastanın ortalama 10 aylık dönemde kaybedildiği görülmektedir (10). Olgumuz operasyon sonrası 2 yıl geçmiş olup bu süre içerisinde nüks olmaksızın yaşamını devam ettirmektedir. Parsiyel sistektominin yararına sadece özenle seçilmiş olgularda inanıldığı için mesane kanserli hastaların sadece %6-19'una bu yöntem uygulanmaktadır. Klasik olarak parsiyel sistektomi endikasyonu mesane kubbesinde yerleşen tümöre CISnün eşlik etmediği olgulardır. Olgumuzda hastanın üriner diversiyonu kabul etmemesi, mevcut tümörün görüntülemelerde yayılmış olmaması aynı zamanda tümörün lokalizasyonu, CIS olmayışı nedeniyle parsiyel sistektomi beraberinde pelvik lenfadenektomi uygulandı. Parsiyel sistektomi sırasında cerrahi sınırın pozitif olması, CIS varlığı ve çok sayıda tümör olması izlemede nüks olasılığını arttırmaktadır. CIS ve çok odak mevcudiyeti düzeyel nükslerle olan ilişkisinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu, lenf nodu tutulumu ve cerrahi sınır pozitifliğinin ise ileri nükslerle bağlantılı olduğu saptanmıştır (11). Olgumuzda hem CIS olmayışı, hemde lenf nodu metastazının olmayışı, operasyon öncesi ve sonrası takiplerinde mesane dışı yayılım olmaması gerek nüks, metastaz gerekse süvri konusunda olumlu parametreler olsada tümörün natürüde göz önüne alındığında sarkomatoid-lenfoepitelyoma diferansiye mesane tümörleri gibi agresif yapıda tümörler için parsiyel sistektominin süvrisi konusunda literatürdeki bilgilerde oldukça kısıtlıdır.

SONUÇ

Karsinosarkom ve sarkomatoid tümör nadir ancak kötü prognozlu ile hızla ilerleyen bir hastalıktır. Tanı alır almaz acil ve yoğun bir tedavi protokolü altına alınmalıdır. En uygun tedavi radikal sistektomi ve sonrasında kemoterapi ya da radyoterapidir. Ancak bu tedavi modellerinin de etkinliği tartışmalıdır. Progresyon açısından risk taşıyan bir tümörün radikal tedavisindeki gecikmenin bedeli hastanın yaşam süresinde kısaltmayla sonuçlanabiliyorsa invaziv tümörlerde mesaneyi korumak için uygulanacak konservatif tedavilerin günlük pratikteki yeri son derece sınırlı olmalıdır. Günümüzde bizim vakamızda da olduğu gibi mesane koruyucu yaklaşım uygun vakalarda planlanılabilir, ancak bu konuyla ilgili daha fazla vaka ve deneyime ihtiyaç vardır.

Hasta Onamı: Yazılı hasta onamı bu olguya katılan hastadan alınmıştır.

Hakem Değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Yazar Katkıları: Fikir - A.Ö., F.O.K.; Tasarım - A.Ö., F.O.K.; Denetleme - B.N.; Kaynaklar - C.T.G., M.B.C.B., A.İ.H.; Malzemeler - C.T.G., A.İ.H.; Veri toplanması ve/veya işlemesi - A.İ.H., F.O.K.; Analiz ve/veya yorum - B.N., M.B.C.B.; Literatür taraması - C.T.G., A.Ö.; Yazıyı yazan - A.Ö.; Eleştirel inceleme - B.N., M.B.C.B.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

Finansal Destek: Yazarlar bu olguya için finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

Informed Consent: Written informed consent was obtained from patient who participated in this case.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Author Contributions: Concept - A.Ö., F.O.K.; Design - A.Ö., F.O.K.; Supervision - B.N.; Funding - C.T.G., M.B.C.B., A.İ.H.; Materials - C.T.G., A.İ.H.; Data Collection and/or Processing - A.İ.H., F.O.K.; Analysis and/or Interpretation - B.N., M.B.C.B.; Literature Review - C.T.G., A.Ö.; Writing - A.Ö.; Critical Review - B.N., M.B.C.B.

Conflict of Interest: No conflict of interest was declared by the authors.

Financial Disclosure: The authors declared that this case has received no financial support.

KAYNAKLAR

1. Droller MJ. Bladder cancer: State-of-the-art care. *CA Cancer J Clin* 1998; 48: 269-84. [CrossRef]
2. Sakamoto N, Tsuneyoshi M, Enjoji M. Urinary bladder carcinoma with neoplastic squamous component: A mapping study of 31 cases. *Histopathology* 1992; 21: 135-41. [CrossRef]
3. Torenbeek R, Blomjous CE, de Bruin PC, Newling DW, Meijer CJ. Sarcomatoid carcinoma of the urinary bladder. Clinicopathologic analysis of 18 cases with immunohistochemical and electron microscopic findings. *Am J Surg Pathol* 1994; 18: 241-9. [CrossRef]
4. Maestroni U1, Giollo A, Barbieri A, Azzolini N, Fellegra G, Froio E, et al. Bladder carcinosarcoma: A case observation. *Acta Biomed* 2004; 75: 74-6.
5. Amin MB, Ro JY, Lee KM, Ordóñez NG, Dinney CP, Gulley ML. Lymphoepithelioma-like carcinoma of the urinary bladder. *Am J Surgical Pathology* 1994; 18: 466-73. [CrossRef]
6. Galluzzi GM, Sara M, Falzarano, Ming Zhou. *Surgical Pathology Clinics* 2008; 1: 1159-209.
7. Cappello F, Aragona F, Serretta V, Randazzo G, Melloni D. Sarcomatoid carcinoma of urinary bladder: immunohistochemical study of an uncommon case. *Urol Int* 2002; 69: 141-44. [CrossRef]
8. Arenas LF, Fontes DA, Pereira EM, Hering FL. Sarcomatoid carcinoma with osseous differentiation in the bladder. *Int Braz J Urol* 2006; 32: 563-5. [CrossRef]
9. Ogishima T, Kawachi Y, Saito A, Suzuki F, Ishi K, Tanaka T. Sarcomatoid carcino-ma and carcinosarcoma of the urinary bladder. *Int J Urol* 2002; 9: 354-8. [CrossRef]
10. Lopez-Beltran A, Pacelli A, Rothenberg HJ, Wollan,PC, Zincke H, Blute ML, Bostwick DG. Carcinosarcoma and sarcomatoid carcinoma of the bladder: Clinicopathological study of 41 cases. *J Urol* 1998; 159: 1497-503. [CrossRef]
11. Holzbeierlein JM, Lopez-Corona E, Bochner BH, Herr HW, Donat SM, Russo P, et al. Partial cystectomy: a contemporary review of the Memorial Sloan-Kettering Cancer Center experience and recommendations for patient selection. *J Urol* 2004; 172: 878-81. [CrossRef]