

Nadir Bir Olgu: Mesane Kanserinin Gluteal Kas Metastazı

A Rare Case: Gluteal Muscle Metastasis of Bladder Cancer

Yiğit Akın¹, Zülfi Birkan², Işıl Başara², Aliseydi Bozkurt¹, Barış Nuhoğlu¹

¹Erzincan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Erzincan, Türkiye

²Elazığ Harput Devlet Hastanesi, Radyoloji Kliniği, Elazığ, Türkiye

ÖZET

Transizyonel hücreli mesane kanserinin, çizgili kas metastazı oldukça nadir görülmektedir. Mesane kanseri, en sık lenf nodları, akciğer, karaciğer, kemik ve adrenal bezlere metastaz yapmaktadır. Bu makalede, 59 yaşında erkek hasta, dış merkezde 2 yıl önce; mesane tümörü tanısı konulan bir hasta sunuldu. Hastaya, transüretral mesane tümör rezeksiyonu yapılmış ve patoloji sonucunda, kas invaziv mesane tümörü tanısı aldıktan sonra, definitif radyoterapi ve sistemik kemoterapi tedavisi uygulanmış. Rutin takipleri sırasında; sağ kalça ağrısı nedeniyle yapılan tetkiklerinde, mesane kanserinin gluteus medius kasına metastazı saptandı. Sonraki takiplerinde sistemik metastazları gelişen hasta 6 ay sonra kaybedilmiştir. (JAREM 2012; 2: 27-8)

Anahtar Sözcükler: Gluteal kas, manyetik rezonans görüntüleme, kemoterapi, mesane kanseri, metastaz, radyoterapi

ABSTRACT

Skeletal metastasis of transitional cell carcinoma of the urinary bladder is very rare. Bladder cancer mostly metastases to lymph nodes, lung, liver, bone and adrenal glands. In this article, a 59-year-old male patient, who had been diagnosed as having a bladder tumor 2 years previously at another center, was presented. Two years earlier, transuretral bladder tumor resection had been performed to the patient and the tumor had been diagnosed as muscle invasive bladder tumor pathologically. After the diagnosis, definitive radiotherapy and systemic chemotherapy treatment was performed. During routine follow-up procedure, in the investigations which were carried out because of right gluteal pain, gluteus muscle metastasis was diagnosed. During the next follow-up procedures, systemic metastasis occurred and the patient died 6 months later. (JAREM 2012; 2: 27-8)

Key Words: Bladder cancer, chemotherapy, Gluteal muscle, magnetic resonance imaging, metastasis, radiation therapy

GİRİŞ

Mesane kanseri tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de, erkeklerde genitoüriner kanserler arasında 2. en sık görülen kanser türüdür (1, 2). Yüzde doksanından fazlasını transizyonel hücreli kanserlerin oluşturduğu (%90'dan fazlası transizyonel hücreli kanserler, geri kalanı adenokarsinom ve squamoz hücreli kanser) mesane kanserinin, tanı anında çoğu (yaklaşık %80'i) yüzeyledir (3). Çoğu rekürrens gösterir, %10-15 kadarı kas invaziv hale gelir (3). Hematojen metastazı az olan mesane kanserleri, en çok lokal invazyon yapmaktadır, ayrıca lenfatik yayılımı ise pelvik lenf nodlarına olmaktadır (3). Transizyonel hücreli mesane tümörünün çizgili kas metastazı çok nadir olmaktadır (4). Bu makalede, gluteus medius kasına metastaz yapan mesane tümörü olgusu güncel literatür eşliğinde sunulmaktadır.

OLGU SUNUMU

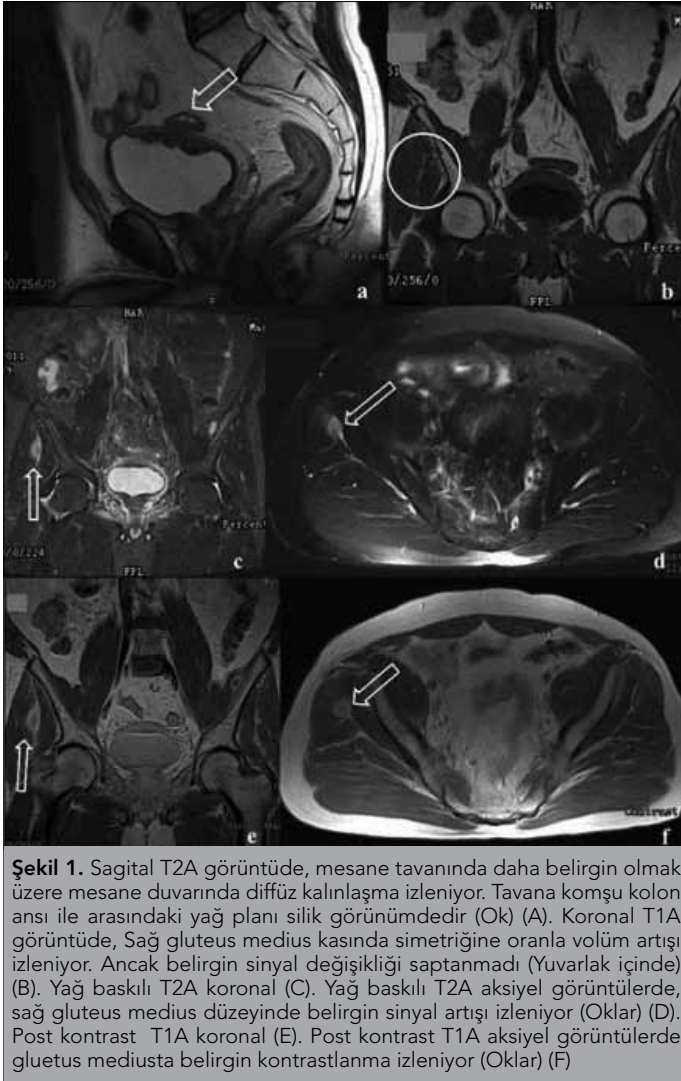
Elli dokuz yaşında bir erkek hasta, son 2 aydır aralıklı makroskopik hematüri, irritatif miksiyon yakınmaları ve son 3 aydır giderek artan aralıklı sağ kalça ağrısı yakınmalarıyla üroloji polikliniğimize başvurdu. Özgeçmişinde 80 paket/yıl sigara kullanımı (2 yıldır kullanmıyor), 4 yıldır tip 2 diabetes mellitus (oral antidiyabetiklerle kontrol altında) öyküsü mevcuttu. İki yıl önce dış merkezde, birer ay arayla toplam 2 kez transüretral mesane tümör rezeksiyonu öyküsü mevcuttu. Bu operasyonların histopatolojik tanısı kas invaziv mesane tümörü gelmesi üzerine cerrahi tedavi önerilerini kabul etmeyen hasta, radyoterapi ve sistemik kemoterapi tedavi seçeneğini seçmiş. İki yıldır çeşitli merkezlerde takibi yapılmakta olan hastanın fizik muayenesinde, belirgin patoloji saptanmamakla birlikte, pelvik bölge cildinde daha önceden aldığı radyoterapi-

ye bağlı iyileşmiş yüzeysel cilt yanığı skarları mevcuttu. Rutin idrar, biyokimyasal ve hematolojik tetkiklerinde hematüriden başka bir özellik saptanmadı. Kalça ağrısı ve önceden mesane tümörüne radyoterapi ve sistemik kemoterapi aldığından pelvik ve kalça magnetik rezonans görüntüleme (MRG) yapıldı (Şekil 1). MRG'de, sağda gluteus medius kası düzeyinde T1 ağırlıklı (A) görüntülerde kas hacminde ılımlı artış izlenmekle birlikte belirgin sinyal değişikliği saptanmadı. T2A ve yağ baskılı T2A görüntülerde hiperintens, postkontrast T1A görüntülerde kas içerisinde belirgin kontrast tutulumu görülen 6 mm'lik nodüler alan izlendi. Nodüler lezyonun MRG'deki sinyal özellikleri ve kontrastlanması ile önceden mesane kanseri öyküsü olan hastada; görüntüler, metastaz lehine değerlendirildi. Bu bulgularla hastaya radyasyon sistiti, mesane tümörü gluteal kas metastazı ön tanıları konuldu. Aynı seansta sistoskopi ve yüzeysel doku ultrasonografi eşliğinde lezyondan tru-cut biyopsi uygulandı. Sistoskopide mesane kapasitesi azalmış, radyasyon sistiti ön tanısını destekleyen mukazının her yerinde yaygın peteşiel hemoraji odakları seçilmekteydi (5). Tru-cut biyopsi histopatolojik incelemesi sonucunda, üretelyal karsinom metastazı tanısı konuldu (Şekil 2).

Hastaya radyasyon sistiti için intravezikal tedavi seçenekleri ve gluteal kas metastazına yönelik ek tedavi seçenekleri sunuldu fakat hasta kabul etmedi ve ileri takiplerinde genel durumu hızla bozulan hasta 6 ay sonra kaybedildi (3, 5).

TARTIŞMA

Mesane kanseri en sık lenf nodları, akciğer, karaciğer, kemik ve adrenal bezlere metastaz yapmaktadır (4). Çizgili kas metastazı nadir bir klinik durumdur ve genellikle ileri evre malignitelere

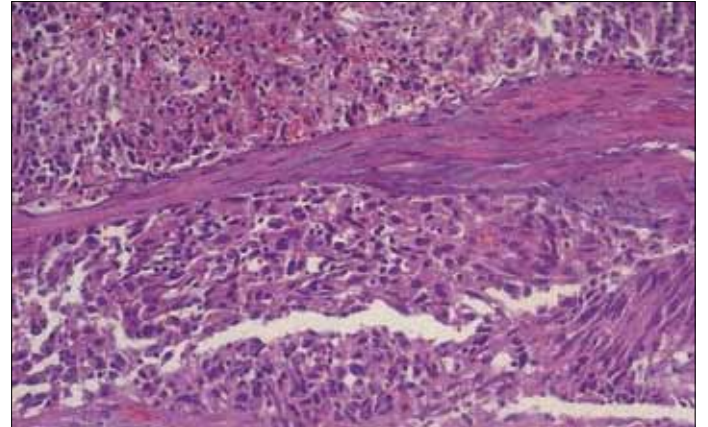


Şekil 1. Sagittal T2A görüntüde, mesane tavanında daha belirgin olmak üzere mesane duvarında diffüz kalınlaşma izleniyor. Tavana komşu kolon ansı ile arasındaki yağ planı silik görünümündedir (Ok) (A). Koronal T1A görüntüde, Sağ gluteus medius kasında simetriğine oranla volüm artışı izleniyor. Ancak belirgin sinyal değişikliği saptanmadı (Yuvarlak içinde) (B). Yağ baskılı T2A koronal (C). Yağ baskılı T2A aksiyel görüntülerde, sağ gluteus medius düzeyinde belirgin sinyal artışı izleniyor (Oklar) (D). Post kontrast T1A koronal (E). Post kontrast T1A aksiyel görüntülerde gluteus mediusta belirgin kontrastlanma izleniyor (Oklar) (F)

görülür. Bunun nadir olması, çizgili kasın kontraktıl aktivitesi, pH değişiklikleri, metabolit birikimi, kas içi kan basıncı ve lokal ısı gibi nedenlere bağlıdır (4). Transizyonel hücreli mesane kanserinin çizgili kas metastazı nadir olmakla birlikte en sık deltoid ve psoas kaslarına olabilmektedir (4, 6).

Çizgili kasa metastaz yapan mesane tümörlerinin tedavisindeki tedavi seçenekleri; radyoterapi, kemoterapi, basit cerrahi eksizyon ve/veya bunların kombine uygulanmasıdır. Öncelikle metastatik lezyona yönelik lokalize radyoterapi önerilmektedir (7). Cerrahi eksizyon ise sadece seçilmiş olgularda uygulanmaktadır. Kemoterapi ve lokal radyoterapiye dirençli olgular, kemoterapi ve lokal radyoterapiyle ağrı veya nörolojik defisit kontrol edilemediği olgular ile geniş yayılım gösteren olgularda; palyasyonu sağlamak, uygun lokalizasyonda geç soliter metastazı olan olgularda ise kür amacıyla cerrahi rezeksiyon uygulanabilir (7). Biz de sunduğumuz olguya tedavi seçeneklerini sunmamıza rağmen, hasta hiçbir tedaviyi kabul etmedi.

Literatürde çizgili kas metastazı olan olguların, genellikle yaygın metastazları da mevcuttur ve prognozları kötü seyredir (7). Bu



Şekil 2. Kas dokusu içerisinde malign epitelyal tümöral hücre grupları görülmektedir, mesane transizyonel hücreli kanser metastazı. Tümör hücreleri büyük nükleuslu görülmektedir. (H&E x400)

hastaların kas metastazı tanısı aldıktan sonra beklenen yaşam süreleri 6-12 ay arasındadır (8, 9). Bizim çalışmamızdaki olgu, kas metastazı tanısı aldıktan sonra 6. ayda genel durumu hızla bozulmuş ve hasta kaybedilmiştir.

SONUÇ

Mesane kanseri çizgili kas metastazı nadir görülmekle birlikte, mesane tümörlü hastalarda yumuşak dokuda şişlik, ağrı, eklem hareketliliğinde azalma olduğunda akla gelmelidir. Radyolojik yöntemler tanıya yardımcı olmakta fakat, kesin tanı histopatolojik inceleme ile konulmaktadır. Çizgili kas metastazı tanısı alan hastaların yaşam süreleri kısadır.

Çıkar çatışması: Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

KAYNAKLAR

- Jemal A, Siegel R, Ward E, Hao Y, Xu J, Thun MJ. Cancer statistics 2006. *CA Cancer J Clin* 2006; 56: 106-30. [CrossRef]
- Aydın S. Türkiye'de üriner sistem kanserlerin görülme sıklığı. *Turkish Journal of Urology* 2007; 33: 392-7.
- Messing EM. Urothelial tumors of the bladder. In: Wein AJ, Kavoussi LR, Novick AC, Partin AW, Peters CA, editors. *Campbell's urology* Philadelphia: Saunders Co; 2007. p. 2407-47.
- Nabi G, Gupta NP, Gandhi D. Skeletal muscle metastasis from transitional cell carcinoma of the urinary bladder: clinicoradiological features. *Clin Radiol* 2003; 58: 883-5. [CrossRef]
- Akın Y. Radyasyon sistiti. *Kadın ve İşlevsel Üroloji Bülteni* 2011; 2: 21-5.
- Ekici S, Özen H, Gedikoglu G, Aygun C. Skeletal muscle metastasis from carcinoma of the bladder. *Scand J Urol Nephrol* 1999; 33: 336-7. [CrossRef]
- Damron TA, Heiner J. Management of metastatic disease to soft tissue. *Orthop Clin North Am* 2000; 31: 661-73. [CrossRef]
- Nagao E, Nishie A, Yoshimitsu K, Irie H, Shioyama Y, Naito S, et al. Gluteal muscular and sciatic nerve metastases in advanced urinary bladder carcinoma: case report. *Abdom Imaging* 2004; 29: 619-22. [CrossRef]
- Efesoy O, Akbay E, Çayan S, Polat A, Bozlu M. Transitional cell carcinoma of the urinary bladder with skeletal muscle metastasis: a case report and review of the literature. *Turkish Journal of Urology* 2009; 35: 378-83.