

Nüks Renal Hücreli Karsinom'lu Gebe Hemodiyaliz Olgusu

Recurrent Renal Cell Carcinoma in a Pregnant Hemodialysis Patient

Hülya BAHADIR ÇOLAK¹, Ayça İNCİ¹, Dilek ASLAN KUTSAL¹,
Feride GÖK¹, Yeşim BÜLBÜL BAYTUR², Murat LEKİLİ³, Seyhun KÜRŞAT¹

¹ Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları AD, Nefroloji BD, Manisa, Türkiye

² Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Doğum Hastalıkları AD, Manisa, Türkiye

³ Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji AD, Manisa, Türkiye

Yazışma Adresi: Hülya BAHADIR ÇOLAK
Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi
İç Hastalıkları AD, Nefroloji BD,
Manisa, Türkiye
Tel : 0236 234 90 70
Faks : 0236 237 02 13
GSM : 0505 765 66 73
E-posta : bahadirh76@hotmail.com

Geliş Tarihi: 07.01.2009 Kabul Tarihi: 30.01.2009

ÖZ

Renal hücreli karsinom gebelikte rapor edilen maligniteler arasında en sık bildirilen renal neoplazmdır. Ciddi renal yetmezliği olan kadınlarda başarılı gebelik sağ kalımı önemlidir. Bizim olgumuz gebeliğinin ikinci trimesterında renal kitle nedeniyle böbrek yetmezliği gelişen ve hemodiyalizi takiben sağlıklı bir bebek dünyaya getiren bir hastadır.

ANAHTAR SÖZCÜKLER: Gebelik, Renal neoplazm, Renal yetmezlik

ABSTRACT

Renal cell carcinoma is the most common renal neoplasm reported in pregnancy. A successful pregnancy outcome is very important in women with serious chronic renal failure. Our case was a pregnant women diagnosed with renal failure due to a renal mass in the second trimester of her pregnancy. A healthy baby was delivered following intensified hemodialysis sessions.

KEY WORDS: Pregnancy, Renal neoplasm, Renal failure

GİRİŞ

Renal hücreli karsinom nadir görülen, gebelik süresince nadiren oluşan potansiyel olarak ölümcül bir tümördür (1). Kür olasılığı tümör yayılımının derecesi veya evresi ile direkt olarak ilişkilidir. Tedavinin ana noktası cerrahi rezeksiyondur (1). Ciddi renal yetmezliği olan kadınlarda başarılı gebelik sağ kalımı dikkate değerdir (10). Aşağıda gebeliğinin ikinci trimesterında renal kitle nedeniyle böbrek yetmezliği gelişen ve hemodiyalizi takiben sağlıklı bir bebek dünyaya getiren bir olgu sunulmuştur.

OLGU

37 yaşında yirmi dört haftalık gebe olan hasta son bir haftadır idrarında kan gelmesi, idrar miktarında azalma olması ve bulantı şikayetleri ile nefroloji polikliniğine başvurdu. Bir başka sağlık kuruluşunda gebelik nedeniyle takipleri esnasında sol böbrek lojunda kitle saptanan olgunun özgeçmişinde 2 yıl önce sol böbrekte renal cell karsinom nedeniyle parsiyel nefrektomi öyküsü mevcuttur. Hasta postoperatif dönemde takiplerine gitmemiştir. Kan basıncı 150/90 mmHg, diğer vital bulguları stabil olan olgunun pretibial ödem (++/++) dışında bir bulgusu yok idi. Laboratuvar tetkikleri (patolojik olanlar); krea-

tinin 7.9 mg/dl, BUN 98 mg/dl, ürikasit 13.4 mg/dl, albumin 2 gr/dl, sodyum 126 meq/l, hemoglobin 8.7 g/dl, beyaz küre 13600/mm³, eritrosit sedimentasyon hızı 77 mm/saat idi. Kan gazında pH: 7.35, HCO₃:16 mmol/L, pCO₂: 38mmHg, 24 saatlik idrar protein düzeyi 3gr/gün idi. Yapılan batın ultrasonografisinde (USG) sağ böbrek atrofik (doğuştan atrofik), sol böbrek 122 mm, parankim kalınlığı 20 mm olarak değerlendirildi. Sol böbrek üst polde 62x68 mm.lik oldukça yoğun damarlanma gösteren solid kitle lezyonu izlendi. Toplayıcı sistemde grade 2 hidronefroz saptandı. Yapılan üst batın ve pelvik MR'ında sol böbrek orta-üst polde egzofitik olarak superiora büyümüş 5x5 cm boyutunda T1A seride böbrek parankimi ile izointens, T2A seride hiperintens özellikli, öncelikle maligniteyi düşündüren solid kitle lezyonu izlendi.

Hipertansiyonu ve metabolik asidozu olan, idrar miktarı azalan (300cc/gün), bulantısı gelişen ve Cockcroft-Gault formülü ile kreatinin klirensi 7.1 ml/dk olarak hesaplanan olgu hemodiyalize alındı. Gebe olduğu için günlük hemodiyalize alınan hastada hipotansiyon gelişmeyecek şekilde yavaş ultrafiltrasyon yapıldı. İdrar yolu enfeksiyonu nedeniyle antibiyoterapisi başlandı. Anemisi

düzeltildi. Kadın doğum tarafından yapılan kontrollerde polihidramniyoz dışında fetüste bir patoloji saptanmadı. Hasta mevcut durumu ile konseye (üroloji, kadın doğum ve nefroloji hekimlerinin bulunduğu) sunuldu. Yirmidördüncü haftada tanı alan olguya konsey kararı ile radikal nefrektomi önerildi ancak hasta kabul etmeyince kadın doğum kliniği ile yakın takibi yapılarak hemodiyalize devam edildi. Otuzbirinci haftada radikal nefrektomi, c/s (sezeryan) ile aynı anda yapıldı.

TARTIŞMA

Renal tümör her 1000 gebelikte 1 oranında oluşur. Fakat gebelikte en sık rapor edilen renal neoplazmdir (2). Literatürde 80'nin üzerinde gebelikte renal hücreli karsinom bildirilmiştir.

En sık gözlenen presentasyon şekli; palpabl kitle (%88), ağrı (%50) ve hematüridir (%47). Gebelikte renal tümör nadiren hipertansiyon ile kendini gösterir (3). Smith ve arkadaşlarının derlemesinde renal hücreli karsinom, diğer nedenlerden dolayı yapılan USG incelemelerinde artan oranlarda teşhis edilmektedir (4). Renal hücreli karsinom gebelik sırasında teşhis edilirken, anneyi-fetusu ve cerrahi tipini değerlendirmek için özel diagnostik ve görüntüleme yöntemleri gerektirir. Gebelikte renal tümörlerin teşhisinde abdominal USG ve MR en yararlı görüntüleme yöntemleridir (5). Cerrahi rezeksiyon kabul edilebilir ve sıklıkla küratif bir tedavidir. Radikal nefrektomi gebe kadınlarda da yapılmalıdır (6). Gebelikte kanser tedavisinde major amaç cerrahi zamanlamadır. Bazı yazarlar cerrahi ilk veya ikinci trimesterde yapılmasının önermektedir (2). Kitle ikinci trimesterde teşhis edilirse 28. gebelik haftasına kadar beklenebilir (2). 3. trimesterde, radikal nefrektomi c/s (sezeryan) ile aynı anda yapılmalıdır. Bununla birlikte, gebeliğin ikinci trimesterindeki cerrahi durumunda, spontan abortus veya fetal distres ile sonuçlanan uterin kontraksiyonlara yol açabilen cerrahi manipülasyonun potansiyel riskleri açısından bilinçli olunmalıdır (1). Eğer renal kitle terme yakın teşhis edilirse cerrahi doğum sonrasına kadar ertelenebilir (1). Geciken cerrahinin metastaz riski

veya tümörle ilgili semptomlar – ki bizim hastamızdaki hipertansiyon, hematüri gibi - açısından potansiyel olarak zarar verici olabileceği düşünülebilir.

Preterm eylem diyalizdeki gebe kadınlar için hemen hemen değişmez bir durumudur. Diyalize giren gebelerde düşük doğum ağırlıklı prematür bebek en büyük obstetrik problemdir (7,8). Anemi, elektrolit düzeyi kontrolü ve hipertansiyonun başarılı kontrolüne rağmen bu gebeliklerin sadece %75-80'i ikinci trimestıra ulaşabilmektedir (9). Bizim vakamız renal hücreli karsinom olup hemodiyalize devam ederken başarılı gebelik sağ-kalımının bir dökümantasyonudur. Aynı zamanda bu olgu ile hipertansiyon, proteinüri ve polihidroamniyoza rağmen preterm eylemden başarılı bir şekilde kaçınılabildiği ortaya koyulmuştur.

KAYNAKLAR

1. Buda A, Pizzocaro G, Ceruti P, Salvioni R, Battistello M: Vergani P. Case report: renal cell carcinoma presenting as hypertension in pregnancy. *Arch Gynecol Obstet* 2008;277:263-265
2. Loughlin KR: The management of urological malignancies during pregnancy. *Br J Urol* 1995;76:639-644
3. Fynn J, Venyo AKG: Renal cell carcinoma presenting as hypertension in pregnancy. *J Obstet Gynecol* 2004;24:821-822
4. Smith DP, Goldman SM, Beggs DS, Lanigan PJ: Renal cell carcinoma in pregnancy: Report of three cases and review of the literature. *Obstet Gynecol* 1994;83:818-820
5. Gladman MA, MacDonald D, Webster JJ, Cook T, William G. Renal cell carcinoma in pregnancy. *J R Soc Med* 2002;95:199-201
6. Kobayashi T, Fukuzawa S, Miura K et al: A case of renal cell carcinoma during pregnancy: simultaneous caesarean section and radical nephrectomy. *J Urol* 2000;165:1515-1516
7. Bagon JA, Vernaev H, De Muylder X, Lafontaine JJ: Martens J, Van Roost G. Pregnancy and dialysis. *Am J Kidney Dis* 1998;31:756-765.
8. Shemin D: Dialysis in pregnant women with chronic kidney disease. *Semin Dial* 2003; 16:379-383
9. Hou S: Pregnancy in dialysis patients: Where do we go from here? *Seminars in dialysis* 2003;16:376-378
10. Coyle M, Sulger E, Fletcher C, Rouse D: A successful 39-week pregnancy on hemodialysis: a case report. *Nephrol Nurs J.* 2008;35:348-355