

Lynch Sendromuna Eşlik Eden Mesane Tümörü Olgusu

BLADDER TUMOR ASSOCIATED WITH LYNCH SYNDROME: A CASE REPORT

Güven ASLAN, Sertaç ÇİMEN, Ömer DEMİR, İlhan ÇELEBİ

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı

Güven ASLAN
Dokuz Eylül Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Üroloji Anabilim Dalı
35340 Inciraltı İZMİR
Tel: 0232 2595959/ 3456
Fax: 0232 2599723
e-mail: aslang@deu.edu.tr

ÖZET

Ailesel kolorektal kanserlerle birlikte mesane tümörü nadir görülmektedir. Çalışmamızda mesane tümörü tespit edilen 58 yaşında bir ailesel kolorektal kanserli olgu sunulmaktadır.

Anahtar sözcükler: Lynch sendromu, mesane tümörü, kolorektal kanser

SUMMARY

Bladder tumors are seldom associated with hereditary colorectal cancers. In our study a fifty-eight year old hereditary colorectal cancer patient who has been diagnosed to have bladder tumor is presented.

Key words: Lynch syndrome, bladder tumor, colorectal cancer

Hereditary Non-Polyposis Colorectal Cancer (HNPCC=Lynch Sendromu) erken yaşta (ortalama 44 yaş) ortaya çıkan ve proksimal kolonu tutma eğilimi daha fazla olan, otozomal dominant kalımlı bir sendromdur. HNPCC ekstrakolonik malignansilerin varlığına veya yokluğuna göre Lynch I ve Lynch II Sendromu olmak üzere ikiye ayrılır. Lynch II Sendromu'nun tamsal yapıtaşı ekstrakolonik kanserler olup bunlardan en sık görüleni endometrium kanseridir (1,2). Lynch II Sendromu'nda renal pelvis ve üreter tümörleri insidansında belirgin artış olduğu, mesane tümörlerinin ise nadir olarak görüldüğü bildirilmiştir (3). Çalışmamızda Lynch Sendromu'na eşlik eden bir mesane tümörü olgusu sunulmaktadır.

OLGU SUNUMU

58 yaşındaki erkek hasta idrarla birlikte kan gelmesi yakınımasıyla başvurdu. Öyküsünden, yakınımasının bir ay önce başladığı, 1981 yılında kolorektal karsinom nedeniyle sağ hemikolektomi operasyonu, 1996 yılında ise aynı nedenle sol hemikolektomi operasyonu geçirdiği, ailesindeki on dört bireyin kolorektal

karsinom nedeniyle tedavi görmüş ya da ölmüş olduğu öğrenildi.

Fizik muayenesinde sağ ve sol hemikolektomi insizyon skarları dışında pozitif bir bulgu yoktu. İdrar incelemesinde her sahada 1-2 eritrosit saptandı. Tam kan sayımı ve kan biyokimyası normal sınırlar içerisinde idi. Abdominopelvik ultrasonografide üst abdominal organlar ve bilateral böbrekler normal, mesane sol üreter orifisi ağzında 16x11 milimetrelilik solid kitlesel lezyon saptandı (Şekil 1). Olgunun intravenöz ürografisinde her iki böbreğin eş zamanlı fonksiyon gösterdiği ve pelvikaliksiyel yapılarının normal olduğu ancak mesane sol yan duvarında dolma defekti olduğu gözlemlendi (Şekil 2). İdrar sitolojisi "idrar yaymaları" özelliğindedir.

Hastaya mesane tümörü ön tanısıyla yapılan sistoskopiye sol üreter orifisi lateralinde 15x15 milimetre tümöral oluşum görülerek TUR-MT yapıldı. Patolojik tanı Transizyonel Hücreli Karsinom pT_a G₂ olarak bildirildi. Hasta mesane tümörü yönünden üç aylık izlemlerle takibe alındı.



Şekil 1. Mesanede kitlenin ultrasonografik görünümü



Şekil 2. İntravenöz ürografide mesanede dolma defekti

TARTIŞMA

HNPCC tanısal kriterleri 1991 yılında "International Collaborative Group on Hereditary Non-Polyposis Colorectal Cancer" tarafından "Amsterdam kriterleri" adıyla belirlenmiştir (1). Bu kriterler burada sunulan olgu ile uyumludur.

Creighton Üniversitesi Ailesel Kanser Enstitüsü tarafından 23 Lynch Sendromu ailesinin 1300 yüksek riskli bireyi üzerinde yapılan çalışmada spesifik kanser tiplerinin görülme sıklıkları genel popülasyondaki sıklıkları ile karşılaştırılmış, sonuç olarak over, mide, ince barsak ve üst üriner sistem (renal pelvis ve üreter) tümörlerinin görülme sıklığında belirgin artış saptanmıştır. Bu artış, renal pelvis tümörleri için 17 kat, üreter tümörleri için ise 22 kat olarak belirtilmiş ve her iki tümörün genel popülasyona göre yaklaşık olarak 10 yıl daha erken ortaya çıktığı (ortalama 56 yaş) ileri sürülmüştür. Mesane tümörü açısından ise anlamlı bir risk artışı saptanmamıştır (2). Sijmonds ve ark (4)'ün 50 HNPCC ailesindeki 1321 birey üzerinde yaptığı benzer bir çalışmada ise renal pelvis ve üreter tümörleri gelişme risklerinde artış tespit edilmiş, mesane tümörü görülme sıklığı ise genel popülasyondan farklı bulunmamıştır.

Vasen ve ark (5) HNPCC olgularına eşlik eden ekstrakolonik kanserlerin görülme sıklıklarını konu alan çalışmalarında mutasyon analizi yoluyla riskli birey seçiminin daha sağlıklı olacağını belirtmiş ve üriner sistem tümörlerinin sadece hMSH2 mutasyonu taşıyıcılarında belirgin olarak arttığını tespit etmişlerdir. Bu grup açısından üriner sistem tümörlerine yönelik bir izlem, öngörülen mutasyonun taşıyıcılığı durumunda dahi, elde edilecek yarar konusundaki tatmin edici olmayan veriler nedeniyle tartışmaya açık bulunmuştur. Sijmonds ve ark (4) ise izlemin ön şartı olarak üriner sistem tümörü aile öyküsünü öne sürmüş ve en uygun tarama ve izlem yöntemi olarak intravenöz ürografi önermiştir.

Çalışmamızda sunulan olgu, ailesinde tanı alan ilk mesane tümörü olgusudur. HNPCC tanısına yönelik olarak kendisinin ve ailesinin genetik mutasyon analiz-

leri henüz tamamlanmamıştır. Ancak bize göre varılan noktada hasta ve ailesi üriner sistem tümörleri açısından risk altındadır. Bu risk ailesel kolorektal kanserli tüm olgularda göz önünde bulundurulmalı, hasta ve ailesi bu konuda bilgilendirilerek üriner sistem değerlendirilmesine yer verilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Lynch HT, Smyrk TC, Watson P et al. Genetics, natural history tumor spectrum and pathology of hereditary nonpolyposis colorectal cancer-an updated review. *Gastroenterology* 1993;104:1535-1549.
2. Watson P, Lynch HT. Extracolonic cancer in hereditary nonpolyposis colorectal cancer. *Cancer* 1993;71:677-685.
3. Kirkali Z. Re: Urinary tract cancer and hereditary nonpolyposis colorectal cancer: risks and screening options. *J Urol* 1999;161:926.
4. Sijmonds RH, Kiemeneij LA, Witjess JA et al. Urinary tract cancer and hereditary nonpolyposis colorectal cancer risks and screening options. *J Urol* 1998;160:466-470.
5. Vasen HFA, Winjen JT, Menko FH et al. Cancer risk in families with hereditary nonpolyposis colorectal cancer diagnosed by mutation analysis. *Gastroenterology* 1996; 110:1020-1027.