

Mesaneenin Sporadik Paraganglioması

SPORADIC BLADDER PARAGANGLIOMA: A CASE REPORT

Şakir ONGÜN¹, Mehmet Uğur MUNGAN¹, Mustafa SEÇİL², Kutsal YÖRÜKOĞLU³,
Emine Burçin TUNA³

¹Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı

²Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı

³Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı

Şakir ONGÜN

Dokuz Eylül Üniversitesi

Tıp Fakültesi

Üroloji AD

25340 İnciraltı, İZMİR

Tel: (232) 4123429

e-posta: sakir.ongun@deu.edu.tr

ÖZET

Anemisi nedeniyle araştırılırken mesanede kitle saptanan 58 yaşındaki bayan hastada transüretal kitle rezeksiyonu sonrasında mesane paraganglioması tanısı konulmuş ve olgu literatür eşliğinde tartışılmıştır.

Anahtar sözcükler: Mesane, paraganglioma, ekstraadrenal

SUMMARY

A 58-year-old female patient was diagnosed to have a bladder mass during the investigating for occult anemia. Transurethral resection of the bladder tumor was performed which revealed paraganglioma of the bladder on the final pathologic examination. The case and the literature was discussed.

Key words: Urinary bladder, paraganglioma, extra-adrenal

Paragangliomalar, sempatik gangliyon veya kromafin hücre kaynaklı katekolamin salınımı yapan nadir görülen tümörlerdir. Adrenal dışı feokromasitoma olarak da bilinirler. Paragangliomaların %69'u baş ve boyun bölgesinde, %9,5'u toraksta ve %21,5'u abdomende gözlenir (1). Mesanede ise %0,7 oranında rastlanılır ve primer mesane tümörlerinin %0,1'den azını oluştururlar (1). Tanınmaları ve histolojik inceleme yapılmadan tanı konmaları çok güçtür. Mesane paragangliomasının %10 kadarı maligndir (2). Ancak maligniteyi kanıtlayabilecek tanımlayıcı histolojik, immunhistokimyasal ve moleküler bulgu yoktur. Malign olduğu lokal invazyon göstermesi, lenf nodu tutulumu ve diğer organlara metastaz yapması ile anlaşılabilir.

Hipertansiyon, aralıklı hematurisi, seksüel aktivite ve miksiyonla artan semptomlar üçlüsü mesane paraganglioma olgularının yarısında görülür (3). Cinsiyet dağılımına bakıldığında %60 oranında kadınlarda ve %40 erkeklerde görülür. Ortalama rastlanılan yaş grubu ise 47'dir (1). Hastaların büyük çoğunluğu kitle etkisine bağlı semptomlarla ya da rastlantısal olarak görüntüleme yöntemleriyle tanı alırlar. Sadece %20 kadarında katekolamin salınımı mevcuttur. Hastaların büyük bir kısmı hipertansif, sadece %2-13 kadarı normotansiftir (4).

OLGU SUNUMU

58 yaşında bayan hasta demir eksikliği ve B12 eksikliği anemisi nedeniyle araştırılırken yapılan abdominopelvik

ultrasonografide mesanede superior duvardan protrüde 12 mm lik solid lezyon saptanması üzerine polikliniğimize yönlendirildi. Hastaya yapılan alt-üst abdominal bilgisayarlı tomografide mesane superior duvardaki 12 mm lik kitlesel lezyon dışında patolojik bulguya rastlanılmadı (Resim 1). Ürolojik sorgulamasında ara ara olan dizüri ve stress inkontinansı mevcuttu. Öyküsünde 5 yıl önce geçirdiği bilateral diz protezi operasyonu mevcuttu. Hastada 10 yıldır ilaçla kontrol altında tutulan hipertansiyon ve Tip II diyabet vardı. Tam idrar tetkikinde mikroskopik hematüri görülmekteydi ve idrarın sitolojik incelemesinde patolojik bulgu yoktu. Yapılan hemogram, karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri de normal sınırlardaydı.



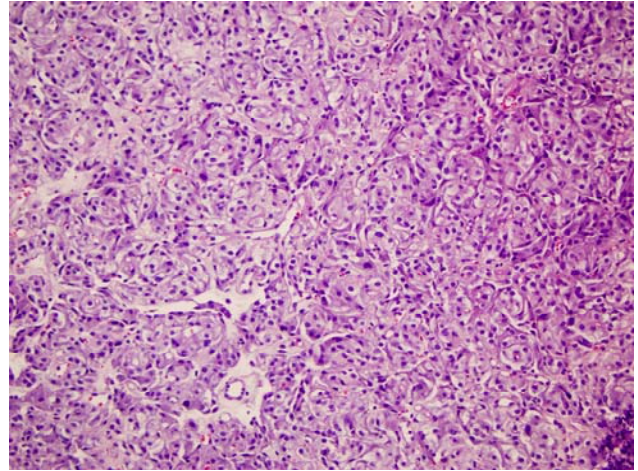
Resim 1. Bilgisayarlı Tomografide sagittal kesitte mesane superior duvardaki 12mm lik kitle

Mesane tümörü ön tanısı ile hastaya sistoskopi planlandı. Yapılan sistoskopide mesane postero-superior duvarda 15X15 mm'lik düzgün sınırlı solid tümöral lezyon görüldü. Tümöral lezyona transüretal mesane tümörü rezeksiyonu (TUR-Mt) yapıldı. İşlem sırasında hastanın nabız ve tansiyonu normal sınırlarda seyretti.

Histolojik incelemede nöroendokrin morfolojideki tümörde hücrelerin anti CD56 ve antikromogranin ile boyandığı ve paraganglioma ile uyumlu olduğu tespit edildi (Resim 2). Ayrıca yapılan incelemede materyalde sadece tümör dokusunun olduğu, normal mesane dokusu içer-

mediği görüldü. 24 saatlik idrar toplanmasının ardından bakılan idrar metanefrin düzeyi normal sınırlarda ve idrar normetanefrin düzeyi normalden yüksek olarak saptandı. Tüm vücut taraması amaçlı yapılan ¹³¹I- Metaiodobenzilguanidin (¹³¹I-MIBG) de tutulum fizyolojik sınırlardaydı ve patolojik tutulum saptanmadı.

Patoloji materyalinde sadece tümör dokusu izlendiği için hasta ilk operasyondan 1 ay sonra rezidü dokuları rezeke etmek için tekrar operasyona alındı. Yapılan sistoskopide eski rezeksiyon alanında nekrotik dokular görüldü ve bu dokulara TUR-MT yapıldı. Histolojik inceleme sonucu rezidüel paraganglioma ve normal mesane dokusu saptandı. Tümör lamina propriaya sınırlı idi, kas doku invazyonu gözlenmedi. Daha sonra hasta 3'er aylık aralıklarla sistoskopi ile izleme alındı. 1 yıldır takipte olan hastada nüks saptanmadı.



Resim 2. Histopatolojik görünüm

TARTIŞMA

Mesanede paraganglioma ilk kez 1953 yılında Zimmerman tarafından tanımlanmıştır. Bu tümörler benign ya da malign olabilirler ve zaman zaman olan hipertansiyon, baş ağrısı, taşikardi gibi semptomlarla ortaya çıkarlar. Bu hastaların sadece %2-13 kadarı normotansiftir. Olgumuzda hipertansiyon vardı, ancak uzun süredir ve regüle olması nedeniyle çok üzerinde durulmamıştı. His-

tolojik tanısını öğrendikten sonra yaptığımız detaylı sorgulamada hastanın opere olmadan önce miksiyon sonrası ara ara baş ağrısı ataklarının olduğunu öğrendik.

Paraganglioma olgularında laboratuvar çalışması olarak yapılacak en kolay ve güvenilir testler idrar ve plasmada katekolamin düzeylerinin ölçülmesidir (5). Plasma metanefrin seviyesi tanıda %96 duyarlılık ve %85 özgüllüğe sahiptir. Benzer şekilde 24 saatlik idrar metanefrin seviyesi ise %99 özgüllük ve %90 duyarlılığa sahiptir (6). Plazma metanefrin seviyesi oldukça duyarlı olsa da özgüllüğü 24 saatlik idrar metanefrin düzeyi kadar değildir (7). Biz de bu sebepten dolayı 24 saatlik idrar da katekolamin düzeylerini değerlendirdik ve normetanefrin düzeyini normalden yüksek bulduk.

Bilgisayarlı tomografi tümör lokalizasyonunun belirlenmesi için en yaygın olarak kullanılan yöntemdir. Diğer bir tetkikte ¹³¹I-MIBG incelemesidir. ¹³¹I-MIBG feokromasitoma dokularında birikir. Özellikle adrenal dışı feokromasitomların lokalize edilmesinde yararlıdır. ¹³¹I-MIBG incelemesi; paragangliomalarda feokromasitomlara göre daha az duyarlılığa sahiptir ve %29 oranında yanlış negatif sonuç verebilir (1). Ancak ¹³¹I-MIBG incelemesinin en büyük avantajı metastaz ve çok sayıda tümör açısından tüm vücut taraması yapabilesidir.

Mesane paragangliomalarında kesinleşmiş bir ideal tedavi seçeneği olmamasına karşın tedavi seçenekleri; transüretal rezeksiyon, parsiyel sistektomi veya metastazı olan olgularda total sistektomi ve pelvik lenf nodu diseksiyonuyla metastazların çıkarılmasıdır (8). Mesane paragangliomaları ile ilgili 1971 den beri izole olgu sunumları vardır. Liang Cheng'in çalışmasında T1 veya T2 tümöre sahip mesane paraganglioması olgularının cerrahi rezeksiyon sonrasındaki takiplerinde hiçbirinde hastalık tekrarlamamıştır ve metastaz da izlenmemiştir (9). Henüz kabul edilmiş bir evreleme sistemi olmamasına rağmen Liang Cheng çalışmasında mesane paragangliomalarını Union International Contre le Cancer (UICC)'in 2002 TNM sınıflandırmasına göre evrelemiştir. Paragangliomalarda cerrahi eksizyon sonrası hastalığın tekrarlama oranı %2,6 dır (1). Bizim olgumuzda da kas invazyonu saptamadığımız için morbite ve mortalitesi daha yüksek olan parsiyel veya total sistektomi seçenekleri tercih edilmedi. Transüretal rezeksiyon sonrası sistoskopi ile izleme alınan

hasta 1 yıllık izlemini hastaliksız ve sağ olarak tamamlamıştır.

Sonuç olarak; mesane paraganglioması çok nadir görülen bir tümördür ve daha çok orta yaşlı kadınlarda rastlanır. Kas invazyonu ve daha ileri evre tümöre sahip hastalarda hastalık tekrarı, metastaz ve hastalığa bağlı ölüm riski yüksekken; kas invazyonu olmayan tümörlerde komplet rezeksiyon sonrası bu riskler çok daha düşüktür.

REFERANSLAR

1. Erickson D, Kudva YC, Ebersold MJ, et al. Benign paragangliomas: clinical presentation and treatment outcomes in 236 patients. *J Clin Endocrinol Metab* 2001; 86: 5210–5216.
2. Dahm P, Gschwend JE. Malignant non-urothelial neoplasms of the urinary bladder: a review. *Eur Urol* 2003; 44: 672–681.
3. Leestma JE, Price EB Jr. Paraganglioma of the urinary bladder. *Cancer* 1971; 28:1063–1073.
4. Bravo EL, Tarazi RC, Gifford RW, et al. Circulating and urinary catecholamines in pheochromocytoma. Diagnostic and pathophysiologic implications. *N Engl J Med* 1979; 301: 682–686.
5. Kudva YC, Sawka AM, Young WF Jr. The laboratory diagnosis of adrenal pheochromocytoma: the Mayo Clinic experience. *J Clin Endocrinol Metab* 2003.
6. Kudva YC, Sawka AM, Young WF Jr. Clinical review 164: The laboratory diagnosis of adrenal pheochromocytoma: the Mayo Clinic experience. *J Clin Endocrinol Metab* 2003; 88: 4533–4539.
7. Sawka AM, Jaeschke R, Singh RJ, Young WF Jr. A comparison of biochemical tests for pheochromocytoma: measurement of fractionated plasma metanephrines compared with the combination of 24-hour urinary metanephrines and catecholamines. *J Clin Endocrinol Metab* 2003; 88: 553–558.
8. Thrasher JB, Rajan RR, Perez LM, Humphrey PA, Anderson EE. Pheochromocytoma of urinary bladder: contemporary methods of diagnosis and treatment options. *Urology* 1993; 41: 435–439.
9. Cheng L, Leibovich BC, Cheville JC et al. Paraganglioma of the urinary bladder: can biologic potential be predicted? *Cancer*. 2000; 88:844–852.