



TÜRK ÜROLOJİ DERGİSİ

Cilt: 15, Sayı: 1, 39-46, 1989

RENAL ONKOSİTOMA

RENAL ONCOCYTOMA

KURAL, A.R., YALÇIN, V., AKAYDIN, A.(*), ÖZBAY, G.(**),
ÖNER, A., TURAN, T., TALAT, Z.(*)

GİRİŞ

“Oncocytoma” terimi, onkositlerden yapılmış tümörler için kullanılmaktadır. Bu tümörler; tükrük, tiroid, paratiroid bezlerinde, sürrenal ve böbrekte görülebilmektedir. Literatürdeki ilk onkositik tümör olgusu, 1931 yılında Hamperl tarafından tükrük bezinde tarif edilmiştir (1).

“Renal oncocytoma” ise, ilk olarak 1942’de Zippel tarafından tarif edilmiştir (2) ve literatürde günümüze kadar, yaklaşık 210 olgu bildirilmiştir (3).

Renal onkositomalar, böbrek tubulus epitelinden kaynaklanan selim tümörler olup, tüm böbrek adenokarsinomlarında da, yer yer onkositik karakterde hücreler bulunabilmektedir (4, 8, 9, 10) ancak, onkositoma terimi sadece iyi diferansiye, eozinofilik granüler hücrelerden (onkosit) yapılmış tümörler için kullanılmaktadır (5, 10).

Onkositomalar, her iki böbrekte eşit sıklıkta görülürler ve % 94 tek taraflıdır, en sık görüldükleri yaş grubu 50-70’dir (3). Erkeklerde, kadınlara oranla 2-3 kez daha sık görülürler (3, 8).

Biz bu yazımızda, kliniğimizde rastladığımız 3 olguyu sunmak istiyoruz.

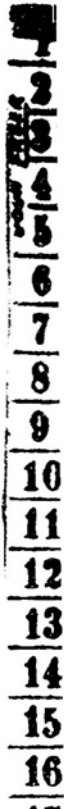
OLGU 1:

Z.A. 83 yaşında, ev hanımı.

(*) Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı

(**) Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı

B.950L/87



Resim 2: Birinci olguya ait ameliyat pivesinin

a) Dış görünümü: Böbrek alt polünden kaynaklanan tümör görülmekte.

b) Kesitte, ortasında yıldız biçiminde bir bağ dokusu bulunan ve böbrekten düzgün bir sınırla ayrılmış tümör görülmekte.

OLGU 2:

A.P. 37 yaşında, ev hanımı.

Hasta, 5 yıldır belinin sol tarafında künt karakterde ağrı ve bununla birlikte ara sıra bulantı şikâyeti ile kliniğimize (Prot. no: 4833) başvurdu. Hematüri tarif etmiyordu.

Özgeçmişinde, 20 yıl önce geçirilmiş pnömoni ve 5 yıldır da hipertansiyon anamnezi mevcuttu.

Hastanın yapılan fizik muayenesinde, sol ACV ve üreter trasesi duyarlılığı dışında bir özellik bulunmadı.

İdrar sedimentinde, her sahada 5-6 lökosit bulunan hastanın diğer laboratuvar incelemelerinde özellik saptanmadı.

Radyolojik tetkikte: İVP'de sol böbrek pelvisini yukarıya, orta ve alt kalıs grubunu aşağı ve laterale iten kitle imajı saptandı (Resim 3).



Resim 3: İkinci olguya ait İVP görülmektedir.

Hastaya, genel anestezi altında sol nefrektomi uygulandı. Çıkarılan böbreğin makroskopik incelemesinde, böbrek pelvisini de içine alan, 6 cm çapında böbrekten düzenli bir sınırla ayrılmış tümör mevcuttu. Tümör dokusu elastik kıvamlı olup, ortada çökük olan kısım fibröz karakterdeydi. Böbrek korteksi sağlam, böbrek dış yüzünde fetal lobulasyon mevcut olup, yer yer hiperemik alanlar vardı.

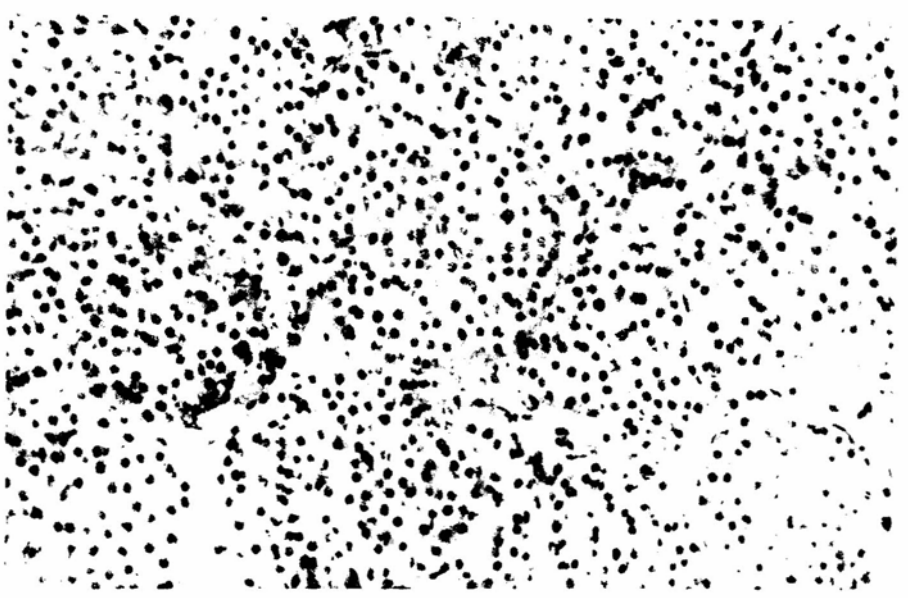
Histopatolojik tanı: Kronik pyelonefrit ile beraber onkositik adenom (Patoloji no: 2154/78).

OLGU 3:

K.G. 40 yaşında, ev hanımı.

Belinin sol tarafında, 5-6 senedir mevcut olan ağrı ve sağ gözünde görme kaybı bulunan hasta, yapılan tetkikler sırasında, sol böbreğinde kitle tespit edilmesi sonucu, kliniğimize (Prot. no: 26802) başvurmuştur.





Resim 4: Onkositik adenomun mikroskopik görünümü.

- a) Küçük büyütmede üstte böbrek dokusu ve altta bundan belirli, düzenli bir sınırla ayrılmış tümör görülmekte.
- b) Büyük büyütme ile incelemede, tümörün ince fibrovasküler stroma ile ayrılmış yuvarlakça topluluklar oluşturan, granüllü geniş sitoplazmalı, yuvarlak çekirdekli uniform epitel hücrelerinden oluştuğu gözlenmektedir.

Özgeçmişinde bir özellik bulunmadı.

Yapılan fizik muayenede, sol lomber bölgede palpasyon ve perküsyon ile duyarlılık-saptandı. Hasta hematüri tarif etmiyordu.

İdrar sedimentinde, her sahada 5-6 lökosit saptanan hastanın, laboratuvar tetkiklerinde, hct: % 30 ve sedimentasyon: 67mm/saat olarak bulundu.

Radyolojik tetkikte: İVP'de sol böbrek orta ve alt bölümünde, toplayıcı sistemi deforme eden kitle imajı saptandı. Yapılan ultrasonografide, böbrek alt polünü işgal eden ve böbrekle devamlılık gösteren yuvarlak, muntazam konturlu, çevresinde kapsülü bulunan, içi daha ekojen çevresi korteks yoğunluğunda, kitle imajı saptandı.

Sağ selektif renal anjiografide ise, alt pole giden intrarenal arterde kalınlaşma, böbrek alt polünde muntazam konturlu, böbrek sınırları dışına taşan ve neovaskülarizasyon gösteren kitle bulundu.

Hastaya, genel anestezi altında sol nefrektomi uygulandı. Çıkarılan böbreğin makroskopik incelemesinde, böbrek alt polünde yerleşmiş 5 cm çapında, böbrek dokusundan düzenli bir sınırla ayrılmış bir nodül mevcut idi.

Histopatolojik tanı: Onkositik adenom (Patoloji no: 9877/83).

TARTIŞMA VE SONUÇ

Onkositomalar, böbrekte korteks adenomlarının özel bir türünü oluştururlar ve "granüler hücreli adenom", "onkositik adenom" olarak da isimlendirilirler (8, 10). Ancak, genellikle böbrek adenomu 3 cm'den büyük olduğunda habis (adenokarsinom) olarak kabul edildiği halde, onkositomalar 2-12 cm çapında, nadiren daha da büyük olabilmektedirler (8). Bu durumda tanı ancak histopatolojik inceleme ile konmaktadır (3, 5, 7, 8).

Renal onkositomalar, çok büyük olduklarında bile klinik olarak belirti vermeyen ve rastlantı sonucu bulunan tümörlerdir. Semptomatik olgularda, en sık görülen şikâyet lomber bölgede künt bir ağrıdır. Az sayıdaki olguda ise hematüri veya kitle ile tümör kendini belli eder. Bizim olgularımızın üçünde de, böbrekle ilgili tek semptom uzun süreli künt karakterli lomber ağrıdır ve bir olgumuzda da (Olgu 3), tümör başka bir semptom için yapılan araştırma sırasında rastlantı sonucu bulunmuştur. Hastalarımızın hiçbirinde hematüri görülmemiştir. Bu klinik özellikler literatür bilgileriyle uyumludur (3, 8, 10).

Teşhis için radyolojik yöntemlerden (IVP, US, CT, anjiyografi) yararlanılmakta ise de günümüzde, sadece renal onkositoma için karakteristik bir radyolojik özellik bilinmemektedir (3).

Onkositomalar makroskopik olarak değişik boyutlarda ama genellikle büyük, iyi sınırlı yuvarlakça kitlelerdir. Genellikle tek, nadiren multipl olarak bulunurlar. Multipl odaklar halinde bulduklarında "renal oncositomatosıs" terimi kullanılmaktadır ve günümüze değin literatürde bu şekilde, 3 tanesi bilateral olan 17 olgu bildirilmiştir (3). Renal onkositomalar böbreğin toplayıcı sistemine ve perinefritik yağ dokusuna enfilte olmazlar. Kesitte yüzeyden taşan, homojen kanverengi bir doku gözlenir. Nekroz yoktur ve çoğunlukla tümörün orta kısmında, gri-beyaz yıldız biçiminde bir nedbe vardır. Bu makroskopik özellikler renal adenokarsinomun, sıklıkla nekroz ve kanama alanları içeren sarı-gri kesit yüzeyinden oldukça farklıdır (3, 7, 8, 10).

Olgularımızın hepsinde tümör böbrek dokusundan düzenli bir sınırla ayrılan tek bir kitle olarak görüldü. İlk iki olgumuzda tümörün kesit yüzeyi, literatürde tanımlanan özellikleri göstermekte idi (Resim 2). Üç olgumuzda da tümör 3 cm'den büyük olup, boyutlar 5 ila 9 cm arasında değişmekteydi.

Mikroskopik incelemede renal onkositomalar, ince granüllü eozinofilik sitoplazmalı, ortada yerleşmiş yuvarlak ve düzgün çekirdekli kübik hücrelerin yaptığı, tubulo-alveolar kümelerden oluşurlar. Aynı tür hücrelere renal adenokarsinomların bazı alanlarında da rastlanılmaktadır (4, 8, 9, 10). Ancak onkositomalar her alanda bu hücre-

lerden yapıldılar, mitoz ve pleomorfizm göstermezler (5, 8, 10). Tümör, çevre böbrek dokusu ile düzenli bir sınır yapar ve invazyon göstermez (6, 7, 8, 10). Olgularımızın üçünde de, tümör dokusunun özellikleri ve böbrek dokusu ile ilişkileri, literatür bilgilerine tam bir uyum göstermektedir (Resim 4).

Selim bir tümör olmasından dolayı renal onkositomanın prognozu iyidir. Literatürde tümör nedeni ölüm bildirilmemiştir (3). Bizim en eskisi 10, diğerleri de 5 ve 2 yıldır periodik kontrol altında olan 3 olgumuz, halen sağlıklı olarak yaşamlarını sürdürmektedirler.

Sonuç olarak, nispeten yakın bir zamanda tanımlanmış olması ve az görülmesi nedeniyle, gerek klinisyenlerin gerekse patologların tanısında güçlük çekebilecekleri ve sadece cerrahi tedavi ile, iyi bir prognoz gösteren bu tümörün, kötü bir prognoza sahip renal adenokarsinomdan ayırt edilmesinin önemini vurgulamak istiyoruz.

ÖZET

Renal onkositoma, son yıllarda tanınmaya başlanan selim bir tümördür. Kendine özgü bir klinik özelliği olmadığı için, tanısı esas itibariyle histopatolojik incelenmeyle konmaktadır.

Bu yazımızda, kliniğimizde tedavi edilen 3 olgu sunularak, literatür gözden geçirilmiştir.

SUMMARY

Renal oncocytoma is a benign tumor that has recently been identified. The diagnosis of oncocytoma is primarily based on histopathologic considerations, as there are no reliable distinguishing clinical characteristics.

In this paper, three cases treated in our clinic are reported and literature is reviewed.

KAYNAKLAR

1. Hamperl, H.: Beitrage zur normalen und pathologischen Histologie menschlicher Speicheldrüsen. Z. Mikrosk. Anat. Forsch., 27: 1, 1931.
2. Zippel, L.: Zur Kenntnis der Onkocyten. Virch. Arch. Path. Anath., 308: 360, 1942.
3. Lieber, Michael, M., Tsukamoto, Taiji: Tumors of the Kidney. International Perspectives In Urology, vol: 13, p. 306-319, 1986.
4. Klein, M.J. and Valensi, Q.J.: Proximal tubular adenomas of the kidney with so-called oncocytic features. A clinicopathologic study of 13 cases of a rarely reported neoplasm. Cancer, 38: 906, 1976.
5. Lieber, Michael, M., Tomera, Kevin, M. and Farrow, George, M.: Renal Oncocytoma. J. Urol., 125: 481-485, 1981.
6. Woodard, Brett, H., Tannenbaum, Sigmund, I. and Mossler, Jeffrey, A.: Multicentric Renal Oncocytoma. J. Urol., 126: 247-248, 1981.
7. Morales, A., Wasan, S. and Bryniak, S.: Renal Oncocytomas: Clinical, Radiological and histological Features. J. Urol., 123: 261-264, 1980.
8. Olsen, S.: Tumors of the Kidney and Urinary Tract. W.B. Saunders Company, Philadelphia-London-Toronto, p. 14, 21-25, 1984.
9. Bennigton, James, L. and Beckwith, Bruce.: Tumors of the Kidney, Renal Pelvis and Ureter. AFIP, p: 94-98, 1975.
10. Karcioğlu, Z.A., Someren, A.: Practical Surgical Pathology. The Collamore Press, D.C. Heath and Company, Levigton, Massachusetts/Toronto, p: 379-381, 1985.