TÜRK ÜROLOJİ DERGİSİ
Cilt : 11, Sayı : 1, 75-82 1985

RENAL FİBROMA

RENAL FYBROMA

Dr. Faruk ALTUĞ, Dr. Asaf ATASEVEN, Dr. Bülent ÇETİNEL

İri bir böbrek fibromu olgusu nedeniyle böbrek parankiminden çıkan selim tümörlerin sıklığı, klinik belirtileri, tedavisi gözden geçirildi ve olgumuzun özellikleri belirtildi.

Böbrek parankiminden çıkan selim tümörler oldukça nadir görülür. Bu tümörler ya adenom gibi epiteliyal ya da lipom, fibrom, anjiom, myom gibi mezanşimal kökenli olabilirler (1,2,6,9,15,17). Böbrek selim tümörleri genellikle küçük boyutta olur. Bu tümörler semptom vermez ve daha fazla olarak otopsise rastlanır (7,8,18). Bununla beraber çok nadir olarak da olgumuzda olduğu gibi büyük boyutlara varabilirler. Klinik olarak büyük boyutta bir böbrek tümörünün selim mi malign mi olduğunu anlamak genellikle olanak dışıdır.

Olgumuz hem nadir bir böbrek tümörü olması, hem de oldukça büyük boyutta oluşu nedeniyle yayınlanmıştır.

O L G U

M.G. 18 yaşında E.K. Siirt, Protokol no: 602.

Yakınması : Karnındaki şişlikten

Öyküsü : 3 ay önce karnında bir şişlik farketmiş. Ara sıra yemeklerle ilgisi olmayan ağrısı oluyormuş. Dahiliye kliniğinde karaciğer kist hidatiği düşünülerek tetkik edilmek üzere yatırılmış ve sonradan servisimize nakledilmiştir.

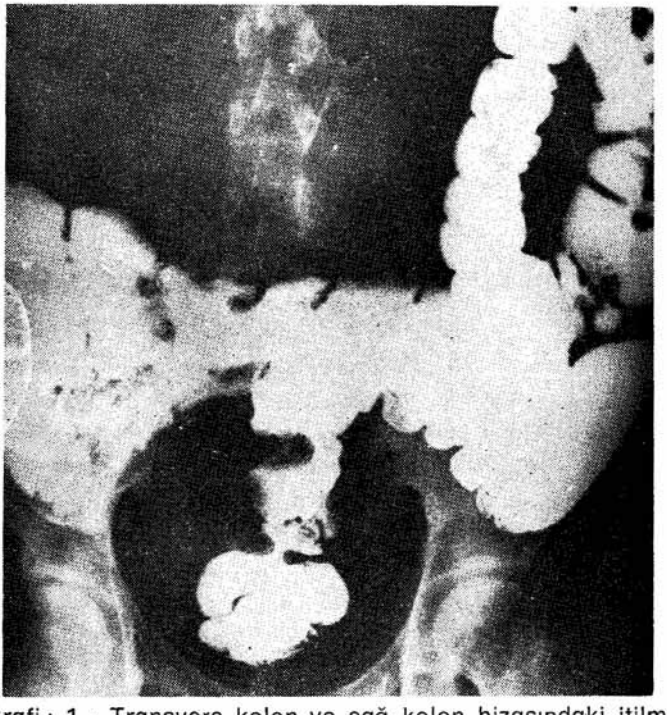
Sistem muayenelerinde patolojik bulgu tespit edilemedi.

(*) Cerrahpaşa Üroloji Ana Bilim Dalı

Lokal muayenede : Batında sağ hipokondriumda göbeğin 2 cm altına kadar devam eden ağrısız, sert, solunumla hareket etmeyen, üzeri düz, karaciğerle ile ayırd edilemeyen tümöral kitle palpe ediliyor.

İdrar : Doğal.

Barsak Pasajı : Transvers kolon ve sağ kolon hizasında sol iç yandan itibaren aşağı doğru itilme tespit edilmiştir. (Grafi. 1) Aynı şekilde ince barsaklarda itilmiştir.



Grafi : 1 - Transvers kolon ve sağ kolon hizasındaki itilme.

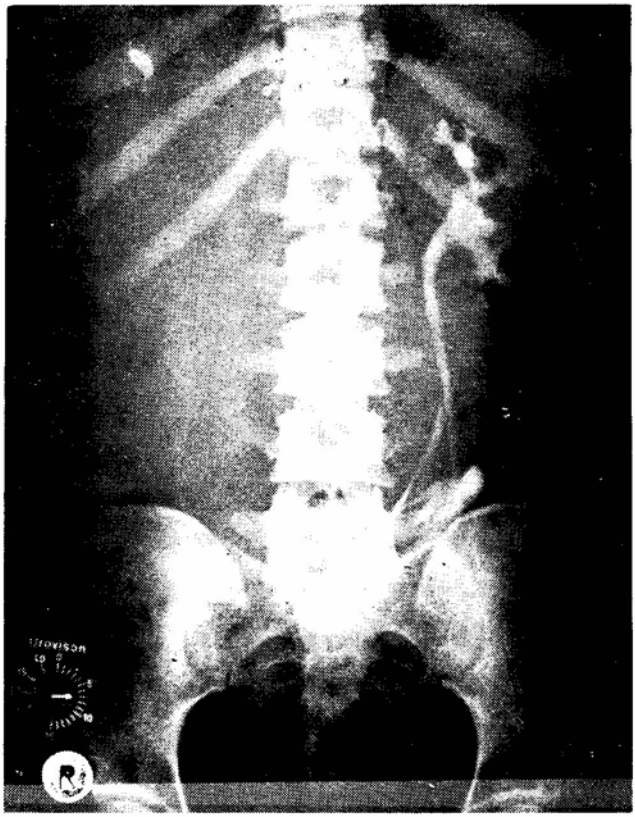
Ürografi : Sol böbrek normal. Sağ böbrekte fonksiyon yok. (Grofi - 2)

Retropnömoperituan : Sağ tarafa hava gitmedi. Sağ lomber bölgede yumuşak doku yoğunluğunda muntazam konturlu tümöral kitle görülüyor. (Grafi - 3)

Hasta bu bulgularla retroperitoneal bir tümör tanısıyla ameliyata alındı.

Ameliyat : 25.3.1975. Anestezi : Genel.

Sağ transrektal kesiyle laparatomi yapıldı. Eksplorasyon sonucunda sağ hipokondriumu kaplayan tümörün retroperitoneal olduğu görüldü. Sağ

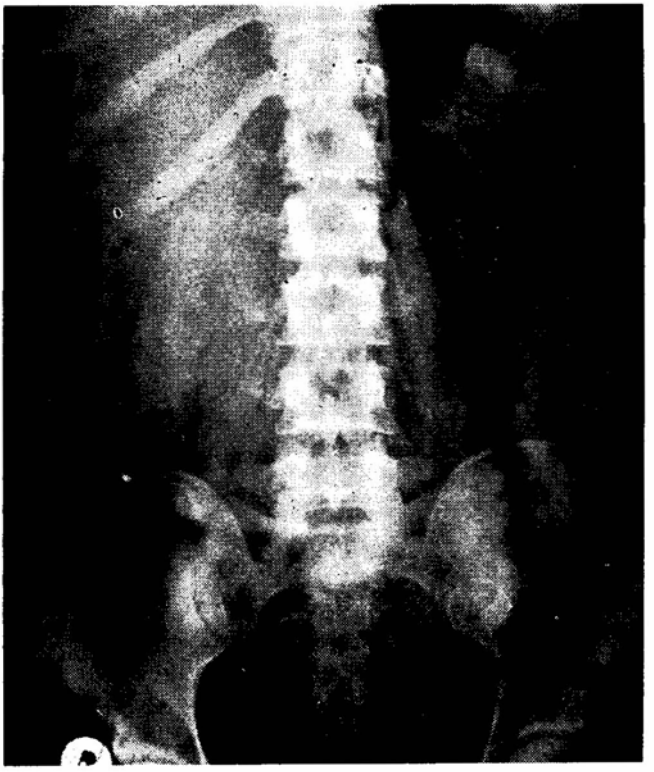


Grafi : 2 - Sağda nonfonksiyone böbrek

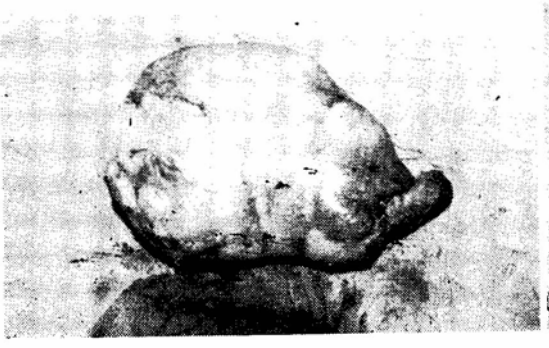
kolonun dışından periton açılarak retroperitoneal sahaya girildi. Tümörün sağ böbrekten köken almış bir insan başı büyüklüğünde olduğu görüldü. Tümörün distal kısmında rudimenter böbrek nesci tespit edildi. Nefrektomiye karar verilerek usulune uygun olarak böbrek çıkartıldı. Ameliyat sonrası erken dönemde hipotansiyon sorunu ortaya çıkan hastada daha sonra başka komplikasyon olmadı ve hasta 20.4.1975 tarihinde şifa ile çıkartıldı.

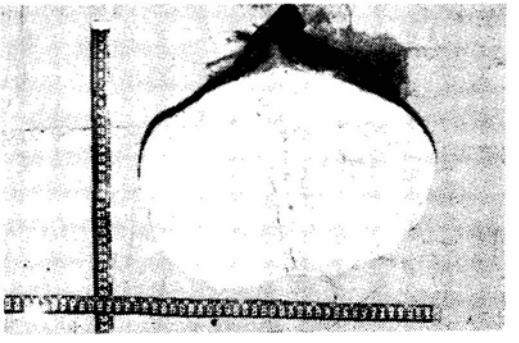
Histopatolojik muayene : 427/75.

Makroskopi : Bir kenarda 8x6x3 cm ölçüsünde normal görünümlü böbrek dokusu. Bununla devam eden 25x19x12 cm ölçüsünde tümöral kitle (şekil - 1). Tümör kaba nodüllü ve ince kapsüllüdür. Tümör böbrek kapsülünün devamı olarak yer almaktadır. Tümörün kesiti beyaz renkli, nodüllü ve lifsel görünümde olup lastik kıvamındadır (şekil - 2).



Grafi : 3 - Sağda kapalı retropnömoperituan.





Şekil : 1 - Böbrek ile devamlılık gösteren tümör.
Şekil : 2 - Tümörün kesiti görülmektedir.

Mikrofoto : 1 Fibrom.

TARTIŞMA

Böbrek tümörleri diğer bütün tümörlerin % 1'ini oluştururlar. (5) Böbreğin selim tümörleri daha da nadirdir. Colby (5) böbrek tümörlerinin % 95 inin habis, % 5'inin selim olduğunu bildirmektedir. Böbrek selim tümörleri daha çok otopsi bulgusu olarak tesadüfen bulunur. Fuchman ve Angrist (8) 1936-1942 yılları arasında 3456 otopsi materyalinde 79 böbrek selim tümörü (50 adenom, 13 leiomyom, 11 fibrom, 1 adenomyom, 3 myolipom, 1 lipom) bildirdiler. Günalp (11) ise, 1955-1964 yılları arasında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Üorloji Kliniğinde 5943 ürolojik olgudan % 0.4'ünün (25 olgu) böbrek tümörü (10 pelvis renalis tümörü, 15 böbrek tümörü - 1 Hemanjiom, 12 karsinom, 2 Wilms tümörü) olduğunu bildirdi.

Böbrek selim tümörleri böbreğin kapsül, korteks ve medüllasından çıkabilir. Böbrek korteksinden daha çok adenom veya lipom, myom ve anjiom gibi selim tümörler, daha az olarak da adrenal koteks artık tümörleri çıkabilir. Böbrek medullasından çıkan selim tümörlerin hemen çoğunluğunu fibromlar meydana getirir. (8,14).

Böbrek fibromları genellikle 3-5 mm çapında kapsülsüz ufak nodüller halindedir; genellikle semptom vermezler. Ağrı, hematüri ve palpabl tümör gibi böbrek tümörlerinin kordinal belirtileri yoktur. Selim tümörler ancak büyük boyutlara ulaştıkları zaman klinik ve radyolojik bulgu verirler (3,12).

Olgumuz bir insan başı büyüklüğüne yakın bir böbrek fibromu olgusu

idi. Literatür araştırmasında sadece Gordon - Taylor (10)'un 22 poundluk dev bir fibrom olgusuna rastladık.

Klinikte büyük boyutta bir böbrek tümörünün selim mi habis mi olduğunu ayırmak genellikle mümkün değildir. Pratikte selim tümörler hem nadir olduğundan hem de nadiren büyük boyutlara ulaştıklarından, klinik muayenede palpe edilen her böbrek tümörü habis olarak düşünülmelidir, nitekim Bailey «Klinik muayenede tespit edilen bütün böbrek tümörleri habis kabul edilmeli ve ona göre muamele görmelidir» kaidesini bildirmiştir. (3). Ancak hemen ifade edelim ki böbrekteki ufak nodüller de gerek klinisyen gerek patolog tarafından iyi değerlendirilmelidir; zira bu nodüllerin selim bir tümör, gelişim bozukluğuna bağlı bir oluşum veya bir böbrek karsinomunun erken safhası mı olabileceği gerçekten bir problem olarak kabul edilmektedir.

O halde tümör böbrekte ister ufak nodül, ister büyük boyutta olsun ameliyat esnasında frozen section yapılmalıdır. Çünkü böbrek tümörleri ancak histopatolojik olarak teşhis edilebilmektedir. Bununla beraber böbrek tümörlerinin tanısında ameliyattan önce üriner sistem direkt grafisi, ürografi assendan pyelografi, pnömoretroperituan, anjiografi, sintigrafi ve ultrasonik muayene faydalı olabilir.

Anjiografide habis tümörler damar imajları düzensiz bir şekilde artmış olarak görülür. Selim tümörlerde damarlar çok daha az belirgindir. Sintigrafide böbrek tümörleri soğuk veya ileri derecede aktivite azalması şeklinde görülür. Periferde lokalizasyon gösteren tümörler defekt olarak dikkati çeker. (16). Ultrasonik muayenede, transversal ve longitudinal kesitlerde alınan ekogramlarda böbreğe ait tümöral kitleleri tespit etmek mümkündür (13). Olgumuzda direkt grafi, ürografi, pnomoretroperituan yapılmış ve ameliyattan önce doğru tanı konamamıştır. Ameliyat esnasında tümör büyük bulunarak hastaya nefrektomi yapılmış olup doğru tanı konulması ancak histopatolojik olarak mümkün olmuştur.

Büyük boyuttaki selim böbrek tümörleri, özellikle pelvis renalisi tutmuş olgular nefrektomi ile tedavi edilir. Küçük boyutlu olgular zaten fark edilmezler. Kapsüllü selim tümörde enükleasyon, kapsülü olmayan ve pelvis renalisi tutmamış selim tümör olgularında parsiyel nefrektomi yapılmalıdır.

SUMMARY

Renal benign neoformation usually occur in small volume and without any clinical symptoms.

We present rare renal neoformation in big volume, and discuss the clinical signs and treatment of that kind of tumor.

ÖZET

Selim böbrek tümörleri genellikle küçük boyutlarda olup klinik semptom vermezler.

Burada seyrek görülen ve büyük boyutlu selim bir böbrek tümörü sunulmuş ve bu tip tümörlerin kliniği ve tedavisi tartışılmıştır.

LİTERATÜR

1 — **Allen, A.C.:** The kidney medical and surgical diseases 2 ed. Grun Straton, Newyork, P: 658, 1962.

2 — **Ark, B. ve Balcı, H.:** Nadir görülen bir böbrek tümörü. Dirim aylık tıp dergisi 49 : 537, 1974.

3 — **Bailey, H. ve Love, D.J.:** A short practice of surgery H.K. Lewis co Ltd. 1968.

4 — **Chenery, A.J. ve Benson, A.H.:** Cavernous hemangioma of the kidney. J. Urology 59 : 164, 1948.

5 — **Colby, F.H.:** Neoplasma of the kidney essential urology 2 ed. W.W. Co. Baltimore, P. 228, 1953.

6— **Deming, C.L. ve Harvard, M.:** Tumors of the kidney (Urology ed. by Campbell M.F. ve Harrison, J.N.) 3 ed. W.B. Saunders Co. Philedelphia, London, Toronto Vol 2. P. 887, 1970.

7 — **Dodson, A.I.Jr.:** Urological surgery 4 ed. C.V. Masby Co. St. Lowis P. 188, 1970.

8 — **Fushman, J.J. ve Angrist, A.:** Benign renal tumors, J. Urology 59 : 167, 1948.

9 — **Gerçel, R.:** Böbrek ve pelvis renalis tümörleri. A.Ü. Tıp Fak. Mec. 7-8 : 95, 1955.

10 — **Godon-Taylor, G.:** Giganitic benign tumor Waighing, 22 pounds neprectomy cure. Brit. J. Surg. 17 : 551, 1930 (Cite I).

11 — **Günalp, İ.:** 10 yıl zarfında görülen böbrek tümörleri ve özellikleri. A.Ü. Tıp. Fak. Mec. 10 : 114, 1965.

12 — **Korkut, G.:** Üroloji İsmail Akgün Matbaası. stanbul S. 243, 1965.

13 — **Leopold, G.R. ve Asher, W.M.:** Fundementals of abdominal and pelvis ultrasonography. W.B. Saunders Co. Philedelphia. London, Toronto P. 101, 1975.

14 — **Sözer İ.T. ve Çakcar, M.**: Böbrekte kortikal adenom. Dirim aylık tıp dergisi 49 : 114, 1974.

15 — **Taner, F.**: Böbrek tümörleri vakaları. Sağlık dergisi, 22 : 483, 1946.

16 — **Telatar, M., Işıtman, A. T., Ergun. E., İzbırak, B., ve Renda, F.**: Böbrek hastalıklarında radyoaktif sintigrafi. Türk Radiol. Derg. 20 : 97, 1974.

17 — **Tokyay, H.N. ve Tanrıverdi, H.**: Metastaz yapmış bir böbrek tümörü Dirim 41 : 195. 1966.

18 — **Ulukök, C. ve Tanrıverdi, H.**: İki böbrek tümörü. İzmir Dev. Hast. Bül. 5 : 268, 1967.