

RENAL ONKOSİTOM: OLGU SUNUMU

RENAL ONCOCYTOMA: A CASE REPORT

Talha MÜEZZİNOĞLU¹, Gökhan TEMELTAŞ¹, Murat LEKİLİ¹,
Nalan NEŞE², A. Rıza KANDİLOĞLU¹

¹Celal Bayar Üniversitesi, Tıp Fakültesi Üroloji A.D, Manisa

²Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji A.D, Manisa

ÖZET: Renal onkositom, tüm böbrek tümörlerinin %3-5'ini oluşturan, oldukça nadir bir tümördür. Sıklıkla asemptomatiktir ve ortalama boyut 6 cm dir. Burada, 13 cm büyüklüğünde renal onkositom tanısı almış olgu sunulmuştur.

[Anahtar Kelimeler: Onkositoma, böbrek tümörü, radikal nefrektomi]

ABSTRACT: Renal oncocytoma, which is diagnosed 3-5% of all renal tumors, is rare tumor. Most renal oncocytomas are asymptomatic and median size 6 cm. Here we present a case with renal oncocytoma, which size was 13 cm.

[Key Words: Oncocytoma, renal tumor, radical nephrectomy]

GİRİŞ

Renal onkositom çoğunlukla patolojik olarak tanı konulan, semptomsuz benign bir tümördür. Çoğunlukla rastlantısal olarak saptanır. Boyutları farklılık göstermekle birlikte sıklıkla büyüktür. Yapılan çalışmalarda ortalama büyüklük 6 cm olarak bulunmuştur (1). Bu çalışmada 13 cm. boyutunda oldukça büyük bir olgu sunulmuştur.

OLGU SUNUMU

62 yaşında erkek hasta, ürolojik yakınması olmamasına rağmen, yüksek tansiyon nedeniyle yapılan bilgisayarlı tomografide sağ böbrekte kitle tespit edilmesi üzerine başvurdu. Anamnezinde hemattüri ya da abdominal ağrı öyküsü yoktu. Fizik muayenede sağ böbrek lojunda derin palpasyonda kitle dışında patolojik bir bulguya rastlanmadı. Rektal muayenede prostat grade 1, sulkusu belirgin, elastik ve benign özelliklerdeydi. Özgeçmişinde 5 yıllık Diabetes mellitus ve 10 yıllık yüksek tansiyon öyküsü vardı. Bu tanıları nedeniyle Acarbose (Glucobay) 50 mg günde üç kez ve Lisinopril+ Hidroklorotiazid (Zestoretic) 10 mg günde bir kez kullanılmaktaydı.

Hastanın hematolojik, biyokimyasal incelemeleri ve böbrek fonksiyon testleri normaldi. Sedimentasyon hızı yarım saatte 10 mm ve bir saatte 40 mm idi.

Ultrasonografik incelemede; sağ böbrek lojunda 120x164 mm boyutlarında solid tümöral kitle saptandı. Sağ böbrek izlenemedi. Yapılan abdominal tomografide; sağ böbrek üst ve orta pol düzeyinden başlayan, hem böbrek içine hemde böbrek dışına uzanan, konturları düzensiz hiperdens kitle gözlendi (resim 1). Kitle boyutları 131x124x150 mm olup, merkezi nekroza bağlı hipodens özellikteydi. Kitle kalisiyel yapıları distorsiyone uğratmış, renal fasya özellikle alt kısımda ileri derecede kalınlaşmıştı. Karaciğer sağ lobe ile böbrek kitlesi sınırları seçilebilmekte, sağ psoas kası ile kitle arasında yağ planı net olarak seçilememekteydi. Kitlenin alt sınırı ile çekum duvarı net olarak ayırt edilememekteydi. Radyolojik tanı sağ renal hücreli karsinom olarak konuldu.

Hastaya kosta altı Chevron kesisi ile eksplorasyon uygulandı. Periton açıldı ve damarlar korundu. Böbrek, perirenal yağ dokusu ve gerota bütünlüğü bozulmadan sağ adrenal bez ile birlikte çıkarıldı.

Patolojik bulgular:

Kitlenin boyutları 145x130x110 mm idi. Merkezi yer yer dejenere görünümde, kirli beyaz-sarı renkli, solid, yıldızsı ve fibrotik, periferde solid ve sarı turuncu renkli görünüm vardı (resim 2). Mikroskopik bakıda, eozinofilik granüler sitoplazmalı, merkezde yerleşmiş oval yada yuvarlak uniform çekirdekli hücreler saptandı (resim 3). İmmünohistokimyasal incelemede vimentin ile boyanma olmaksızın, sitokeratin ile pozitif boyanma gözlemlendi. Tümör kapsülü tutmuş ancak aşmamıştı.

TARTIŞMA

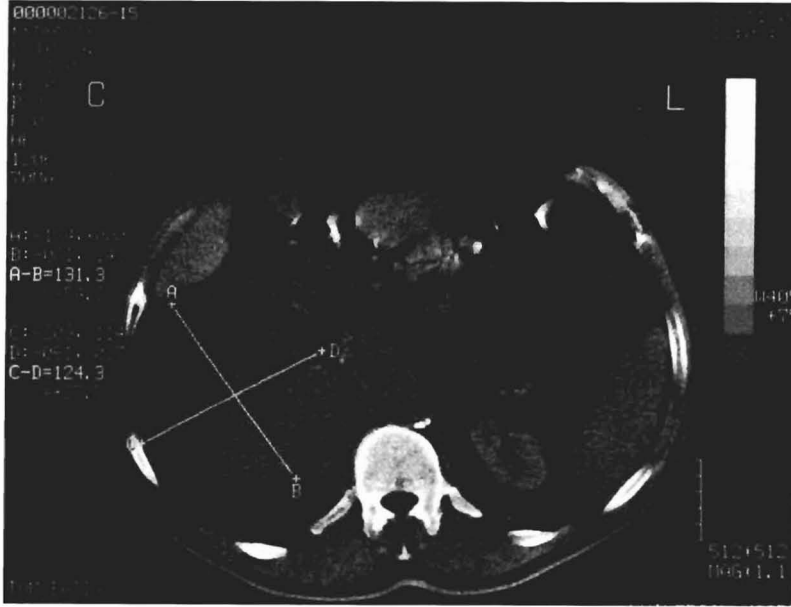
Renal onkositom oldukça nadir görülen bir tümördür. Tüm böbrek tümörlerinin % 3-5'ini oluşturur. Genelde 50 yaş üzerinde görülür ve erkeklerde kadınlara göre daha sıktır (1). Sıklıkla asemptomatiktir ancak % 10 hastada hematüri görülebilir (2). Onkositom, iyi diferansiye, ince kromatinli, yuvarlak, uniform nükleuslu ve belirgin nükleollü, geniş eozinofilik granüllü stoplazma içeren poligonal şekilli hücrelerle (onkosit) karakterize bir tümördür. Büyük eozinofilik hücreler, granüler sitoplazma, poligonal formda karakterizedir. Hiposellüler ya da hyalinize bir stromada solid yuvalar, tubuller ya da mikrokistler oluştururlar. Fokal papiller alanlar olabilir. Arada hiperkromatik nükleuslu ve dar sitoplazmalı daha pleomorfik görünümlü hücreler ya da berrak hücre değişikliği gösteren odaklar olabilir. Mitoz nadirdir, genellikle

nekroz ve atipik mitozlar görülmez. Ultrastrüktürel olarak sitoplazmalarında çok sayıda mitokondri bulunur. (3). Tümör hücrelerinin orjini distal tüpler ve bazen de kollektör tüp hücreleridir (4).

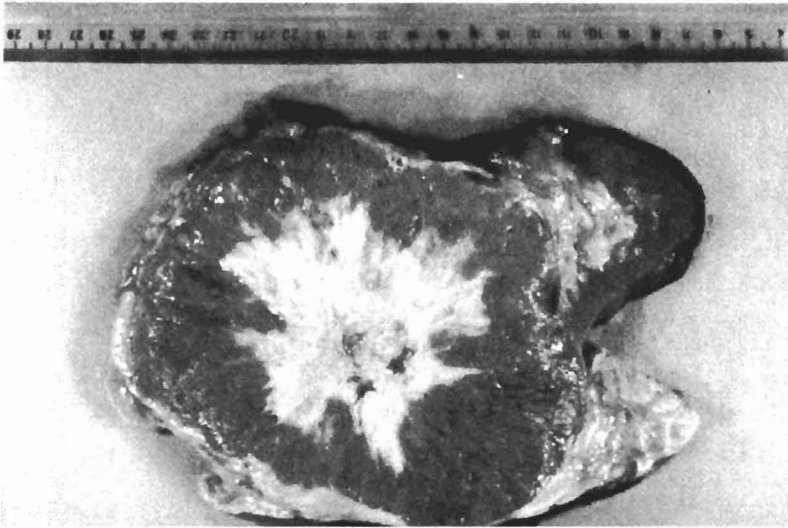
Ortalama boyut 6 cm dir. Kahverengi, iyi sınırlı, yuvarlak, merkezi yoğun fibrotiktir. Genellikle nekroz ve hipervasküler alanlar içermez (2). Bu özelliklerdeki tümörler tükrük bezleri, tiroid, paratiroid bez ve nadiren böbrek gibi organlarda saptanabilmektedir (5).

Benign yapıda olması nedeniyle tedavisinde total çıkarım yeterlidir. Ancak tedaviyi belirlemede iki önemli nokta vardır; aynı tümörde hem onkositom hem de malign hücrelerin olması ve preoperatif onkositom olduğunun saptanması. Bu özelliklerin belirlenmesi tedavi şeklini tamamen değiştirecektir (2). Preoperatif olarak onkositom tanısı kesinleşmiş ise parsiyel nefrektomi en iyi seçenektir. Tüm bunlara rağmen onkositom tanısını preoperatif olarak koyabilmek için tipik bir tomografi veya özgün bir radyonüklid tarama tanımlanmamıştır (6).

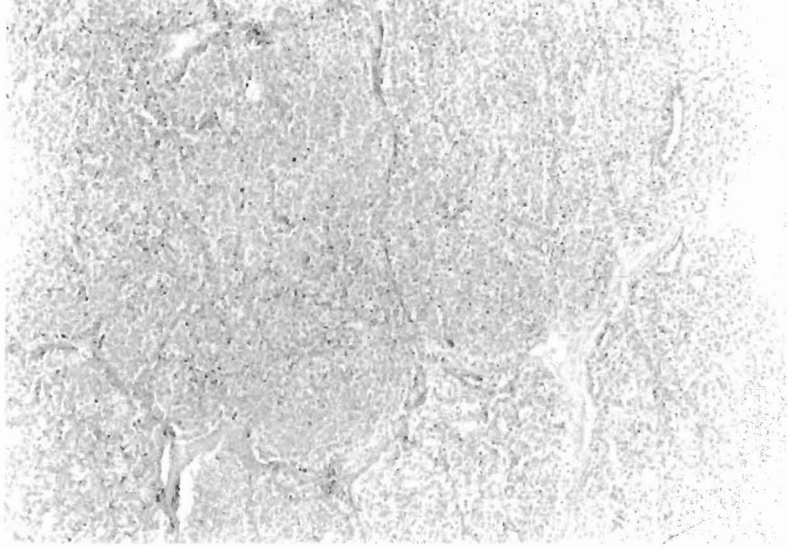
Radyolojik olarak renal hücreli karsinom tanısı alan bu olgunun, radikal nefrektomi sonrası patolojik tanısı onkositom olarak saptandı. Onkositomlar olgumuzda olduğu gibi oldukça büyük boyutlarda olabilmektedir ve preoperatif ayırıcı tanı çoğu olguda mümkün olamamaktadır. Bu nedenle akaların büyük çoğunluğunda tedavi şekli olarak radikal nefrektomi hala standart yöntem olarak görülmektedir(2,5).



Şekil 1. Olguya ait BT de sağ böbrek üst ve orta pol düzeyinde başlayan, hem böbrek içine hem de böbrek dışına uzanan kitle görüntüsü.



Şekil 2. Merkezde kirli beyaz-sarı renkli periferde solid ve sarı turuncu renkli onkositomun makroskopik görüntüsü.



Şekil 3. Mikroskopik bakıda eozinofilik granüler stoplazmalı onkositomlar.

KAYNAKLAR:

1. Anafarta K, Gögüş O, Bedük Y ve ark: Ürogenital tümörler, Temel Üroloji.1. basım. Bölüm 17: 681-682, 1998.
2. Belldegrun A and deKernion JB: Renal tumors. Campbell's Urology (Walsh PC, Retik AR, Vaughan D et al) seventh edition. Philadelphia, Saunders. Vol 3, 2283-2326, 1998.
3. Weiss LB, Gelb AB, Mederios J: Adult renal neoplasm. Am J Clin Pathol, 103:624-629, 1995.
4. Noguera E, Bannasch P: Cellular origin of rat renal oncocytoma. Lab Invest, 59:337-342, 1988.
5. Kundargi P, Nagapurkar NS, Chitale SV, et al: Unusual presentation of renal oncocytoma. Urology, 40(4):354-356, 1992.
6. Davidson AJ, Hayes WS, Hartman DS et al: Renal oncocytoma and carcinoma:

failure of differentiation with CT. Radiology, 186:693-696, 1993.

Yazarlar:

T MÜEZZİNOĞLU: Dr, Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji A.D
G.TEMELTAŞ: Dr, Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji A.D
M. LEKİLİ: Dr, Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji A.D
N.NEŞE: Dr, Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji A.D
A.R. KANDİLOĞLU: Dr, Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji A.D

Yazışma Adresi:

Dr.Talha MÜEZZİNOĞLU, CBÜ Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji AD. 45010
MANİSA
Tel: 0 236 2323133
Fax: 0 236 2370213
E-mail: talhadr@yahoo.com