

RENAL ONKOSİTOM'DA KONSERVATİF CERRAHİ

CONSERVATIVE SURGERY IN RENAL ONCOCYTOMA

Ferruh ZORLU
Cihad EDES
Ümit BAYOL
Hürriyet TURGUT

SUMMARY

Renal oncocytomas are rare, probably benign tumors, found incidentally in the course of investigations of the genitourinary tract.

The accurate diagnosis can be established only after the histological and ultrastructural analysis.

We report here 2 cases of renal oncocytoma, in which although it is a solid tumor we preserved the kidney.

(Keywords: Surgery, Therapy, Tumor)

ÖZET

Renal Onkositomlar, genito-üriner traktusun tarandığı durumlarda tesadüfen bulunan, muhtemelen benign tümörlerdir.

Kesin tanı sadece histolojik ve ultrastrüktürel yapılarının incelenmesiyle konulabilir.

Bu çalışmada solid renal tümör olmasına rağmen böbreğini koruduğumuz 2 renal onkositom olgusu sunduk.

(Anahtar Sözcükler : Cerrahi, Tedavi, Tümör)

Üroloji Kliniği

(Op. Dr. F. Zorlu, Op. Dr. C. Edes)

Patoloji Laboratuvarı

(Doç. Dr. Ü. Bayol, Şef., Uz. Dr. H. Turgut)

SSK Tepecik Hastanesi 35120 İZMİR

Yazışma: Dr. F. Zorlu

Son on yıl içinde renal onkositomlar iyi tanınan ve histolojik olarak ayırt edilen hastalık haline gelmiştir. Renal karsinom tanısı almış eski patolojik spesimenler incelendiğinde onkositom görülmesi oranı % 3-7 arasındadır (1, 2). Bu lezyonlar genellikle asemptomatiktir ve başka nedenle böbreklere cerrahi uygulandığında veya genitoüriner sistemin radyolojik veya ultrasonografik tetkikinde tesadüfen bulunur. Muhtemelen benign yapısı nedeniyle, cerrahi olarak böbreğin korunmasına özen göstermek gerekir (2, 3). Bu iki olguyu ender rastlanması ve solid renal tümör olmasına rağmen nefrektomi yapmayıp, böbreği koruduğumuz için sunduk.

OLGU 1

59 yaşında 3070 klinik protokol nolu kadın hasta iki taraflı yan ağrısı yakınması ile başvurdu. İdrar tetkikinde mikroskobik kanama vardı. İntravenöz pyelografide muhtemel sağ üreter alt uç taşı ve buna bağlı hidrourteronefroz, solda renal pelvis taşı ve hidronefroz ve alt polde yer işgal eden kitle saptandı. Ultrasonografi ve kompüterize tomografi alt poldeki 5 cm. çapındaki kitleyi solid olarak tanımlıyordu. Sağ üreter alt uç taşı direkt grafide tam olarak görülemediği için retrograd pyelografi ile varlığı pekiştirilerek, genel anestezi altında sağ Gibson insizyonu ile girildi ve üreterolitotomi yapıldı (11.12.1990). 1.5 ay sonra çekilen IVP'de sağ hidrourteronefroz gerilemişti. Bu kez 26.2.1991'de sol lomber insizyonla girildi ve explorasyonda sol alt kutuptaki kitlenin enkapsüle, hipovasküler, sarımsı renkte olduğu görüldü. Perinefritik dokuya ve böbrek dokusuna invazyon yoktu. Frozen kesitlerde lezyonun adenoma benzer olduğunun bildirilmesi üzerine kitle böbrek dokusundan kolayca sıyrılarak enükle edildi. Renal pelvisteki taş pyelolitotomi ile alındı.

Kitle 5x4x4 cm. boyutlarında, kesit yüzü sarı renkli, nodüler görünümde düzgün kapsüllü tümöral doku idi.

Histopatolojik incelemede yuvarlak nükleuslu, bol granüler asidofilik sitoplazmalı hücrelerin yer yer solid adalar, yer yer de papiller formasyonlar yaptığı bildirildi. Kapsül intakttı, damar invazyonu izlenmedi ve renal onkositom olarak rapor edildi (Patoloji rapor no: 970/91). Bir yıllık kontrolünde hastada lokal nüks veya metastaz saptanmadı.

OLGU 2

62 yaşında 337 klinik protokol nolu kadın hasta safra kesesi taşı nedeniyle araştırılırken ultrasonografide sol böbrek alt kutupta 37x52 mm çaplı düzgün kenarlı içinde hipoekoik alanlar olan solid kitle saptandı. İdrarda mikrohematüri vardı. Bilgisayarlı tomografide kitle sol böbrek lateral lokalizasyonunda 36 mm çaplı, hipodens bölgelerin izlendiği yer kaplayan lezyon olarak tanımlandı. 13 Ocak 1992 de sol lomber insizyonla girildi. 5x3x3 cm boyutlarında, kapsüllü izlenimini veren, kirli kahverengi - de, böbrek alt kutupta yerleşmiş lobüle kitle enükle edildi.

5x3x3 cm boyutlarında kapsüllü, sarı kahverenkli, lobüle kitlenin incelenmesinde ince bir bağ dokusu stromada kolumnar dizilim gösteren geniş asidofilik sitoplazmalı, santral yuvarlak nükleuslu hücreler görülerek onkositom olarak değerlendirildi (Patoloji No. 270/92).

TARTIŞMA

Renal onkositomların büyük bir çoğunluğu tesadüfen böbreklerle ilgili yapılan araştırmalar esnasında bulunur (1, 2, 3, 4, 5). Mayo Kliniğinde Lieber ve arkadaşlarının yaptığı araştırmalarda olguların % 59 unun tesadüfen saptandığı görülmüştür. Bizim bir hastamızda taş araştırılırken, diğerinde ise safra kesesi nedeniyle araştırılırken onkositom bulunmuştur. Hastaların % 9unda makroskobik hematüri ve % 9-30 arasında da ağrısı olabilir.

Renal onkositoma genellikle büyüktür ve ortalama 7 cm çapındadır (2, 3, 4, 5, 6). İki

hastamızda da kitle çapı 5 cm idi. Genellikle multisentrik ve bilateral olurlar, çaplarının büyük olması nedeniyle IVP de belirti verebilirler. Anjiyografik olarak;

1- Normal renal nefrogram ile aynı dantededirler.

2- Kenarları etrafında kapsül veya pseudokapsülün varlığı düşündürülecek kadar keskindir.

3- Düzensiz damar yoktur.

4- Merkezden kenara doğru uzanan çizgileriyle at arabası tekerleği görünümü olabilir (4). Bazen büyük tümörlerde, at arabası tekerleği gibi olan santral skar ultrason veya tomografide görülebilir (2). Bizim ilk hastamızda bilgisayarlı tomografide bu santral skar görülmektedir.

Preoperatif benign lezyon düşünüldüğünde aspirasyon önerenler vardır. Makroskopik olarak onkositomer kapsüllüdür, serttir, sarımsı renklidir ve santral skar alanı taşır (51).

Mikroskopik olarak onkositomerlarda mitotik aktivite ve nekroz yoktur, renal karsinomlarda rastlanan lipid vakuelleri görülmez.

Birçok araştırmacı onkositomerları benign lezyon olarak tanımlar ancak bazı serilerde lenf ve uzak metastazlar yapabildiği bildirilmiştir (1, 5).

Flow sitometri ile yapılan çalışmalarda aneuloid DNA % 15 olarak, tetraploid DNA % 40 bulunmuştur. Bu hastalar en az 5 yıl takip edilmiş ve tetraploid yükselmesi olan 26 hastanın 3 ünde metastatik hastalığın geliştiği gözlenmiştir (5).

Gerçek renal onkositomerların metastaz yapıp yapmayacağı tartışmalıdır, bunun için daha geniş hücre çalışmaları ve uzun takip gerekmektedir.

Kitlenin büyük boyutlara erişmesi, normal parankimi harap etmesi nedeniyle de onkositomerları tamamen benign kabul etmek gerekir.

Her ne kadar patolojik ayırım güçlükleri nedeniyle, solid böbrek kitlelerinin karsinom şüphesi ile radikal nefrektomi ile teda-

vi edildiği bildirilmişse de (7), onkositomerlarda cerrahi yaklaşım (2) böbrek parankimini korumaya yöneliktir. Bu nedenle tesadüfen bulunan, büyük, enkapsüle solid böbrek kitlelerinde, onkositomer düşünülmesi ve cerrahi girişim buna göre planlamalıdır.

KAYNAKLAR

1. Lieber MM, Tomera Km, George MF. Renal oncocytoma. *J Urol.* 1981; 125: 481.
2. Lieber MM. Renal oncocytoma. In: Resnick M, Kursh E, eds. *Current Therapy In Genitourinary Surgery.* Philadelphia: B. C. Decker Inc; 1987: 40-2.
3. Morales A, Wasan S, Bryniak S. Renal oncocytomas: Clinical Radiological and Histologic Features. *J Urol.* 1980; 123: 261
4. Maatman TJ. Renal oncocytoma: A diagnostic and therapeutic dilemma. *J. Urol.* 1984; 132: 878.
5. Lazzaro B, Gonick P, Katz SM. Renal cell carcinoma vs renal oncocytoma. *Urology.* 1991; 37: 52.
6. Kural A R, Yalçın V, Akaydın A, et al. Renal Onkositoma. *Türk Üroloji Dergisi.* 1989; 15 (1) : 37-46.
7. Ergen A, Özkardeş H, Esen A, Kartal B. Renal Oncocytoma in two sisters. *Turkish J Cancer.* 1990; 20 (A): 168-71.