

## RENAL ONKOSİTOMA (Bir Vaka Bildirimi)

Dr. Ali ACAR \*, Dr. Recai GÜRBÜZ \*, Dr. Salim GÜNGÖR \*\*, Dr. Ercüment ACARER \*,  
Dr. Şükrü ÇELİK \*, Dr. Kadir CEYLAN \*  
\* S.Ü.T.F. Üroloji A.B.D., \*\* S.Ü.T.F. Patoloji A.B.D.

### ÖZET

*Renal onkositomalar nadir görülmektedir. Renal hücreli karsinoma olarak opere edilen vakaların yaklaşık %4 ünü onkositomalar teşkil etmektedir.*

*Makroskopik görünümüleriyle enkapsüle tümörler olup, koyu kahverengi veya maun rengiyle karakterizedir. Bir cm den, büyük kitlelere varabilen değişik boyutlar sergiler. Onkositik görünümlü proksimal tubuler adenoma olarak tanımlanan onkositomalarda ki onkositler granüler eosinofilik sitoplazmalı, nisbeten büyük epitelyal hücrelerdir, benign veya malign histolojik görünüm sergileyebilir.*

*27 yaşında bir erkek hastada belirlenmiş ve nadir görülmesi nedeniyle takdim edilmiştir.*

*Anahtar Kelimeler: Böbrek tümörü, onkositoma.*

### SUMMARY

#### *Renal Oncocytoma : A Case Report*

*Renal oncocytoma are seen rarely. Oncocytomas make about %4 of the cases which are operated with the diagnose of renal cell carcinoma.*

*They are encapsulated tumors with their microscopic appearance and can be characterized with their dark brown and mahogany colors. They have different sizes which can vary more than 1 cm. The oncocytes in oncocytomas which are described as proximal tubular adenoma with the appearance of oncocytic are the epithelial cells with granular eosinophilic cytoplasm and they can create a benign or malign histological appearance.*

*We diagnosed it in a patient who was 27 years old and reported because it is seen rarely.*

*Key Words: Renal tumor, oncocytoma*

### GİRİŞ

Renal onkositomalar klinik ve patolojik bir anite olarak son zamanlarda tanınmaktadır. Tümör histolojik olarak tipik poligonal form ve granüler sitoplazmalı, geniş eosinofilik hücrelerle karakterizedir. Mitozlar nadirdir ve hücreler bol mitokondri ile karakterize benign ultrastrüktür göstermektedir (1).

Makroskopik olarak genellikle güneş yanığı veya parlak kahverengi renkte, yuvarlak, enkapsüle ve santralda fibröz band ile yıldız örneği merkezden periferde fibröz trabeküler uzantılar yapan bir görünüm sergiler. Nekroz ve hipervasküler sahalar yoktur (1,2).

Elektron mikroskopisinde Golgi aygıtı veya endoplasmik retikulum ile bol miktarda mitokondri belirlenmesiyle bu tip hücrelerin düşük gradeli renal karsinoma hücrelerinden ayırımı sağlanır. Tipik hücre görünümü orijininin proksimal tubuler hücreler olduğunu düşündürmektedir (1,2,3).

Onkositomaların insidensi kesin olarak bilinmemektedir, bununla birlikte her yıl belirlenen 750 renal tümör vakasının yaklaşık %5-7 sinin onkositoma olduğu bildirilmektedir (1,2).

Erkeklerde kadınlardan iki kat fazla görülmektedir, her iki cinste de 50 yaşın üstünde görülmektedir (1).

Tümörler genellikle tek odaktan gelişmektedirler, ancak birkaç odaktan gelişmiş onkositoma bildirileri de mevcuttur (1,4,5)

Onkositoma teşhisi genel olarak patolojik tetkike dayanmaktadır. Bu tümörler genellikle asemptomatiktir, bununla birlikte böğür ağrısı belirlenen vakalar vardır. Hastaların birçoğunda görülmesine rağmen hematüri karakteristik değildir (1).

Düz film, intravenöz ürografi veya radyoizotopla yapılan muayenelerde renal onkositoma teşhisini düşündürecek bir görünüm tanımlanmamıştır. Bununla beraber anjiyografik çalışmalarda araba tekeri

örneği vasküler yapı sergileyerek teşhise varılabileceği bildirilmektedir (1,2,3) Onkositomda vasküler yapı düzgündür ve venöz şant, vasküler gölcük yoktur, renal hücreli karsinomaya benzemez. Bu anjiyografik bulguların onkositomu düşünürmesine rağmen, benzer bulgular renal hücreli karsinoma vakalarında da görüldüğünden patognomonik değildir (3,6).

Onkositomalarda MRI ile muntazam hudutlu, düşük yoğunlukta yuvarlak kapsül belirlenmektedir (3).

Renal onkositomanın benign yapıda olduğu ortaya koyan birçok bildiri mevcuttur. Güvenilmez anjiyografik görünüm ve aynı tümörde onkositoma hücreleri ve malign elemanların bir arada bulunması gibi iki özelliği nedeniyle onkositoma yaklaşım güçleşmektedir (1).

Patolojinin açıkça kabul edilebilir preoperatif teşhisi, konservatif cerrahi girişimde (Mesela parsiyel nefrektomi) kıymet ifade etmektedir. Bununla beraber iğne aspirasyon biyopsisi ve operasyon anında alınan ve hemen değerlendirilen biyopsi sonuçlarına göre onkositoma teşhisinin güvenilir olmadığı bildirilmektedir (1).

Diğer faktörler nedeniyle (Mesela soliter böbrek, küçük boyut, renal fonksiyonların yetersiz oluşu) kontrendikasyon olmadığı durumlarda radikal nefrektomi hala tedavide güvenli metottur (1).

## VAKA TAKDİMİ

Vaka 27 yaşında erkek. Sol böğür ağrısı şikayeti ile kliniğimize müracaat etti. Fizik muayenede sol lomber bölgede hassasiyet ve derin palpasyonla kitle belirlendi. TA: 130/70 mmHg ve hematolojik değerler normaldi.

DÜS grafisinde patoloji belirlenmeyen hastanın IVP sinde bilateral fonksiyone böbrek, sağda pelvikaliseal deformite ve ektazi, solda pervikaliseal yapıları aşağıya doğru iten kitle imajı belirlendi.

Ultrasonografide, sol renal sinüs bölgesinde 7.5 cm çapında düzgün konturlu kitle mevcuttu.

BT de sol renal sinüsü dolduran solid kitle (Fibrom), sağ parapelvik yağlı doku obliterasyonu (Fibrosis) belirlendi.

Renal anjiyografide, sol böbrekte 2/3 orta bölümde

lokalize hipovasküler tümöral kitle belirlendi.

Hasta 28.2.1991 de genel anestezi altında anterior transperitoneal girişimle opere edildi. Sol böbreğin global bir büyüklük kazandığı gözlemlendi. Superiorda nodülasyon mevcuttu. Sağ böbrek normal olarak değerlendirildi. Sola radikal nefrektomi uygulandı.

Spesmenin kesitinde, makroskopik olarak spesmenin merkezini tutmuş yuvarlak, güneş yanığı renginde merkezden periferde yıldız şeklinde fibröz uzantular gösteren bir yapı gözlemlendi (Resim 1 ve 2).

Histopatolojik incelemede tümör stromasında yer yer yoğun lenfosit ve plasmosit infiltrasyonu belirlendi. Tümörün epitelyal karakterde, eosinofilik sitoplazmalı ve pleomorfik tümör hücrelerinden meydana geldiği ve tubulusu andıran yapılar sergilediği görüldü (Resim 3 ve 4).

Tümör histopatolojik olarak onkositoma olarak değerlendirildi.

## TARTIŞMA

Onkositomanın rekurrens ve metastaza az meyilli solid bir lezyon olduğu, tükrük bezi, tiroid, paratiroid, adrenal ve böbrek gibi değişik organları tutabileceği bildirilmektedir. İlk renal onkositoma 1942 yılında ZIPPEL tarafından bildirilmiştir (5,6). Retrospektif araştırmalarda vakaların %59 unun rastlantı sonucu belirlendiği ve vakaların %90 ının renal kapsülle sınırlı olduğu belirlenmektedir (4).

Eğer onkositoma terimi nekrosis, mitotik aktivite veya anaplasinin bulunmadığı, yalnızca büyük, granüler, eosinofilik, küçük nukleuslu hücrelerle kısıtlanırsa (Grade I tümör) renal onkositomaların benign yapıda olduğu ümit edilebilir. MAYO KLİNİĞİ'nin 90 iyi belirlenmiş onkositik renal neoplazmlardaki araştırmalarında Grade I tümörlü 62 hastada metastaz belirlenmemiş, fakat Grade II tümörlü 28 hastanın 4 ünün (Bunlar orta düzeyde anaplasti gösteren vakalar) metastatik hastalıktan öldüğü gözlenmiştir.

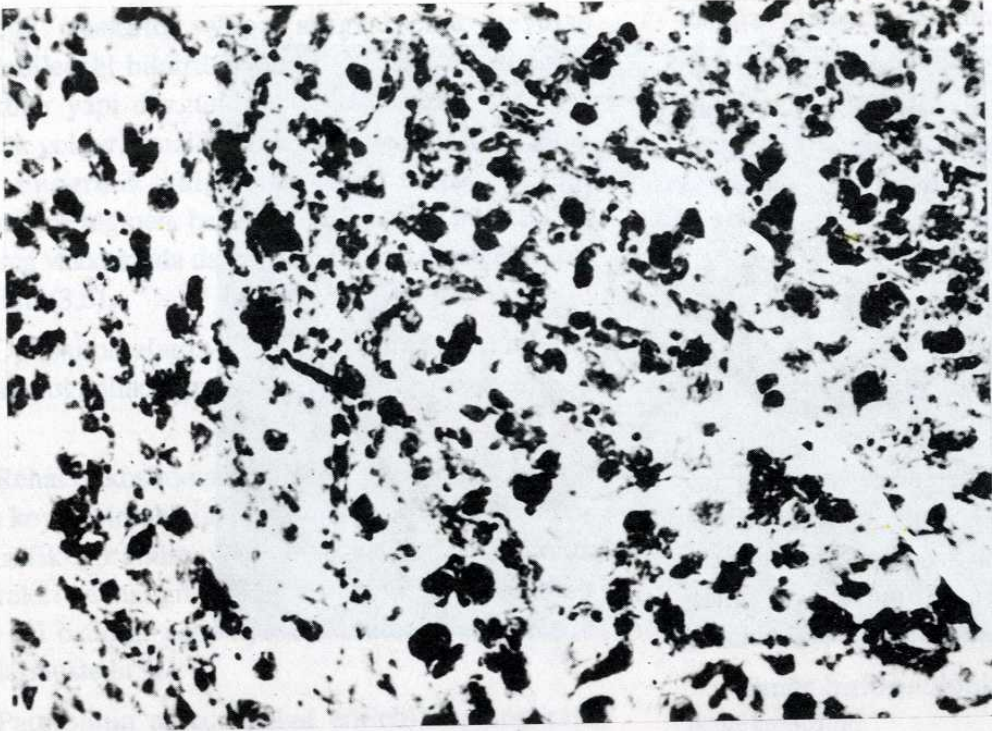
Vakamız preoperatif tetkiklerle renal hücreli karsinom olarak değerlendirilmiş, ancak operasyonda renal kapsülle sınırlı bir kitle belirlenmiş, patolojik tetkikle rastlantı sonucu onkositoma olduğu ortaya konmuştur. Histopatoloji, Grade I tümör tanımına uymaktadır. Vaka postoperatif periyotta infeksiyöz hepatit gelişimi nedeniyle uzun süre takip edilme im-



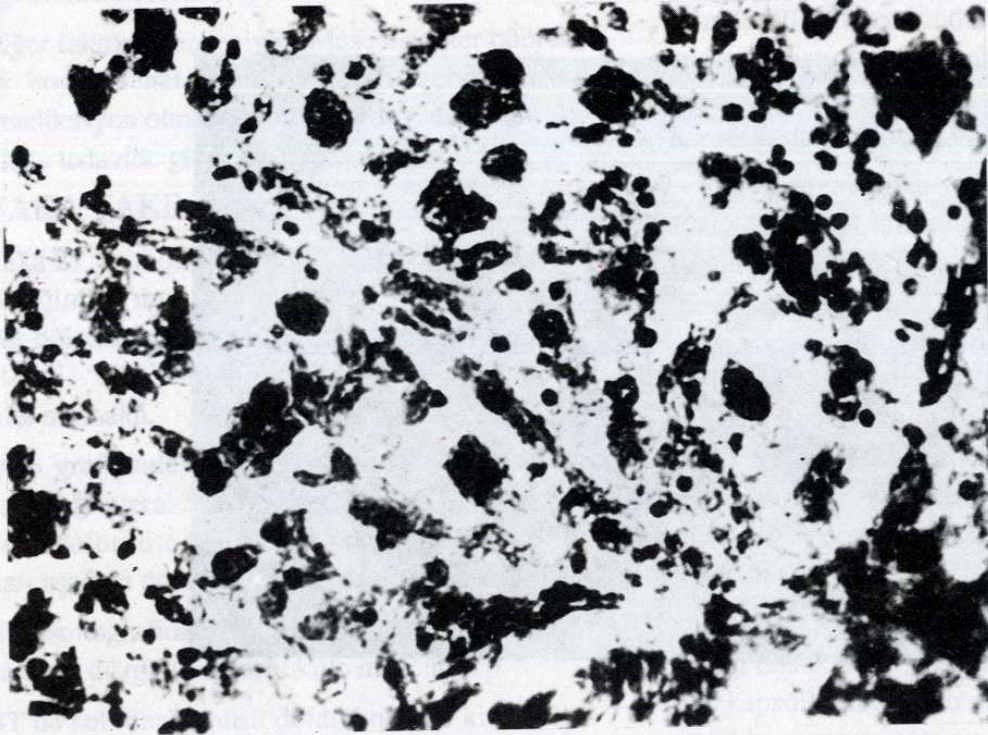
*Resim 1: Spesmenin kesitinde merkezde lokalize, güneş yanığı renginde tümöral kitle*



*Resim 2: Tümörün santralinde fibröz saha ve yıldız örneği perifere fibröz uzantılar*



Resim 3: 10xHE. Eosinofilik sitoplazmalı pleomorfik hücreler



Resim 4 : 20 x HE. Eosinofilik sitoplazmalı pleomorfik hücreler.

kanı bulunmadan kaybedilmiştir. Bu nedenle metastaz gelişimi yönüyle değerlendirme yapılamamıştır.

Radyolojik olarak teşhisi güç olan onkositomada nisbeten güvenilir teşhis, özellikle anjiyografide, tümör damarlarının araba tekeri örneği bir yapı göstermesine dayandığı bildirilmektedir. Özellikle CT veya ultrasonda küçük, homojen görümlü, belirgin hudutlu kitle ve santral skarın preoperatif teşhisi sağlayabilecek büyük değişiklikler olduğu vurgulanmaktadır (1,2,3,7,8,9).

Vakamızda preoperatif CT ve ultrasonda yukarıda tanımlanan görünüm belirlenmiş, ancak anjiyografide araba tekeri örneği damar yapısı belirlenmemiştir.

Özellikle rastlantı sonucu renal kitle belirlenen hastalarda bu benign renal tümörlerin kesin tedavisinde preoperatif onkositoma teşhisi majör bir problem olmaya devam etmektedir. Halihazırdaki renal tümör değerlendirme yöntemleriyle cerrahın preoperatif kesin onkositoma teşhisinde bulunması mümkün değildir. Renal onkositomalar daha çok radikal nefrektomiden sonra patolojik olarak teşhis edilmektedir. Solid hipervasküler renal tümörlerin preoperatif iğne biyopsisinin, biyopsi sonrası hemoraji tehlikesi mevcuttur ve nadiren de renal hücreli

karsinoma kitlesinden iğne traktusuna tümör tohumu taşıma ihtimali vardır (6). Ayrıca, son zamanlarda renal onkositomanın birkaç odaktan gelişebileceği ve bilateralde görüldüğü bildirilmektedir (5,6).

Vakamız preoperatif renal cell karsinoma olarak değerlendirilmiş ve hemoraji, traktusa tümör tohum yayılım tehlikesi hesaba katılarak biyopsi yapılmamıştır. Operasyonla sağlanan spesmenin kesitinin makroskopik değerlendirilmesi onkositoma yönünden anlamlı görülmüş ve patolojik tetkik makroskopik değerlendirmeyi doğrulamıştır.

Bütün solid renal tümörlerin ortaya çıkarılması için daha ileri teşhis yöntemleri gelişinceye kadar bu tümörlerin cerrahi olarak açılması gereği vurgulanmaktadır. Bununla beraber, eğer onkositoma teşhisi intraoperatif yapılabilirse parankim koruyucu yöntemlerin tercih edilebileceği bildirilmektedir (6).

Hastamızda preoperatif değerlendirmeyle sol böbrek tümörü belirlenmiş ve operasyon esnasında her iki böbrek makroskopik görünümüyle değerlendirilmiştir. Sağ böbrekte patolojik görünüm belirlenmediğinden ve böbrek iyi fonksiyonlu olduğundan sola radikal nefrektomi uygulanmıştır. Biyopsi uygulaması ve buna dayanarak parankim koruyucu yöntem uygulama gereksiz görülmüştür.

## KAYNAKLAR

1. DeKernion JB. Renal tumors. In: Walsh PC, Gitter RF, Perlmutter AD, Stamey TA, eds. Campbell's Urology. Philadelphia: W.B. Saunders Company, 1986: 1294-1342.
2. Williams RD. Renal, perirenal, and ureteral neoplasms. In: Gillenwater JY, Grayhack JT, Howards SS, Duckett JW, eds. Adult and pediatric urology. Chicago: Years Book Medical Publishers, Inc, 1987: 513-554.
3. Williamson B JR. Benign neoplasm of the renal parenchyma. In: Pollack HM, eds. Clinical urography. Philadelphia: W.B. Saunders Company, 1990: 1193-1215.
4. Stephen MB. Renal parenchymal tumors. In: Allbrook AC, Benda JA, Bonney WW, eds. Genitourinary oncology. Philadelphia: LEA-FEBIGER, 1985: 185-240.
5. Karl TKC. Multifocal renal oncocytoma. The Journal of Urology 1983; 130: 546-547.
6. Thomas JM, Andrew CN, Benjamin FT, Zıssız V, Howard SL, James EM and Drogo KM. Renal oncocytoma: A diagnostic and therapeutic dilemma. The Journal of Urology 1984; 132: 878-881.
7. Robert LV, Harvey LN. Renal arteriography and computed tomography. In: Gillenwater JY, Grayhack JT, Howard SS, Duckett JW, eds. Adult and pediatric urology. Chicago: Years Book Medical Publishers, Inc, 1987: 90-131.
8. Milton E. Tumors of the urinary tract. Radiology of the urinary system. Boston: Little, Brown and Company, 1980: 297-301.
9. Alan JW, Philip MH. Carcinoma of the genitourinary tract. A clinical manual of urology. Philadelphia: Appleton-century-Crofts/Norwalk, Connecticut, 1987: 281-351.