

# PARAPELVİK YERLEŞİMLİ NORMOVASKÜLER BİR SAF ONKOSİTOM VAKASI

Karaman, M.İ. (\*) • Koçak, T. (\*) • Özcan, F. (\*) • Esen, T. (\*) • Özsoy, C. (\*) • Uysal, V. (\*\*)

**ÖZET:** Hiçbir şikayeti olmayan 67 yaşındaki bir erkek hastada, rutin bir sağlık kontrolü sırasında, sağ böbrek pelvis komşuluğunda bir saf renal onkositom saptanmıştır. Pre ve peroperatuar olarak malignitenin ekarte edilememesi ve tümör lokalizasyonu nedeniyle organ koruyucu cerrahi mümkün olmadığından nefrektomi uygulanan vaka dolaşımıyla literatür gözden geçirilmiş ve tartışılmıştır. Sunduğumuz vakanın özelliği, anjiyografik olarak daha sık rastlanan spoke-wheel patternli hipervasküler imajın aksine normovasküler görüntü vermesi ve tümörün atipik lokalizasyonudur.

**SUMMARY:** A case of parapelvic normovascular pure renal oncocyoma. A right renal parapelvic pure oncocyoma was diagnosed incidentally in a 67 year-old male patient without any complaint at the time of a routine check-up. Since differential diagnosis of the tumor from any renal malignancy had not been possible pre and peroperatively, total resection of the tumor with radical nephrectomy was performed. The uncommon characteristics of this case are first its atypic localisation and second, its normovascular pattern on angiographic examination.

## GİRİŞ

Renal onkositom, çoğu yazarlarca az rastlanan bir selim böbrek tümörü olarak tanımlanmaktadır. Kesin tanısı ancak histopatolojik olarak konulabilen ve saf (Grade-I) şekilleri çok büyük boyutlu da olsa kesinlikle invazyon ve metastaz yapmayan onkositomda tipik anjiyografik görünüm hipervasküler spoke-wheel patternidir. Genellikle

asemptomatik seyreden ve insidental olarak saptanan tümörde, organ koruyucu cerrahi uygulamasına yönelik çalışmalar sürmekle beraber, halen seçkin tedavi radikal nefrektomidir.

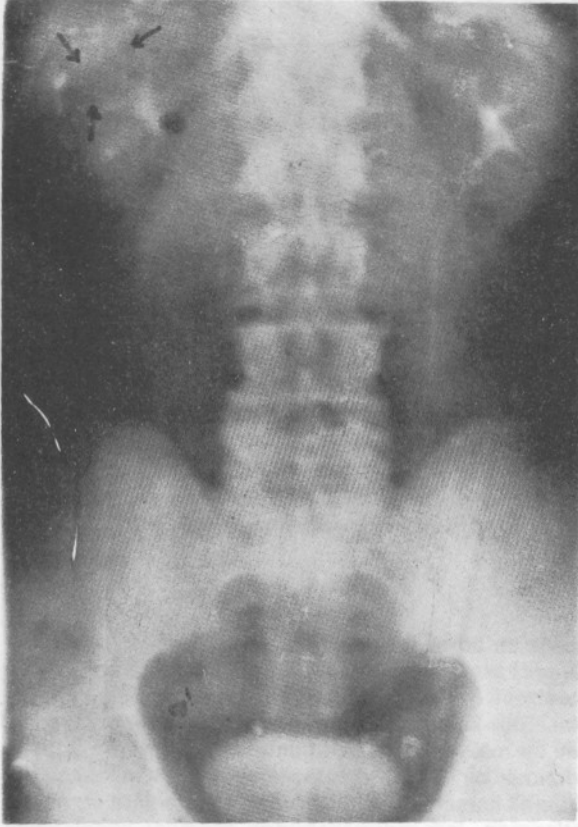
Burada, sık görülen şeklin aksine, anjiyografik olarak normovasküler imaj veren, parapelvik yerleşimli bir saf renal onkositom vakası sunulmuş ve literatür bilgileri ışığında tartışılmıştır.

## VAKA TAKDİMİ

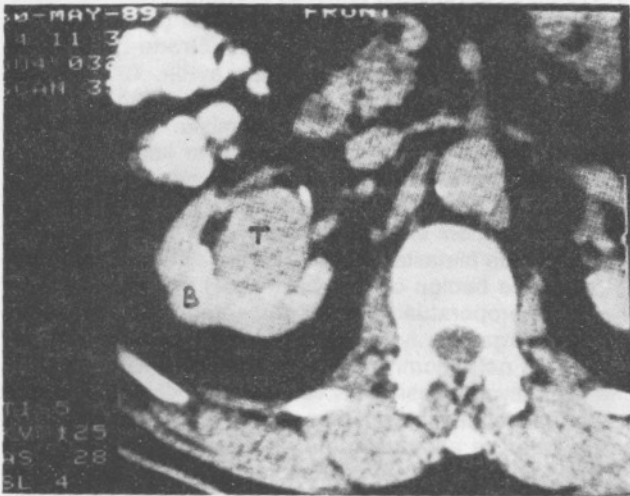
N.Ş. 67 yaşında erkek hasta. Son aylara kadar hiçbir şik

\* İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı

\*\* İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı

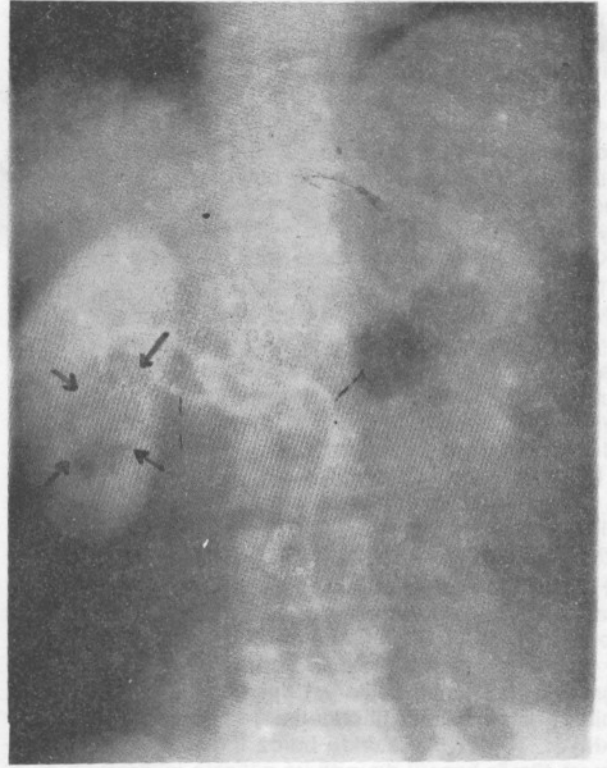


Resim 1: IVP'de sağ parapelvik bölgede kalisiyel yapıda distorsiyon oluşturan kitle imajı.

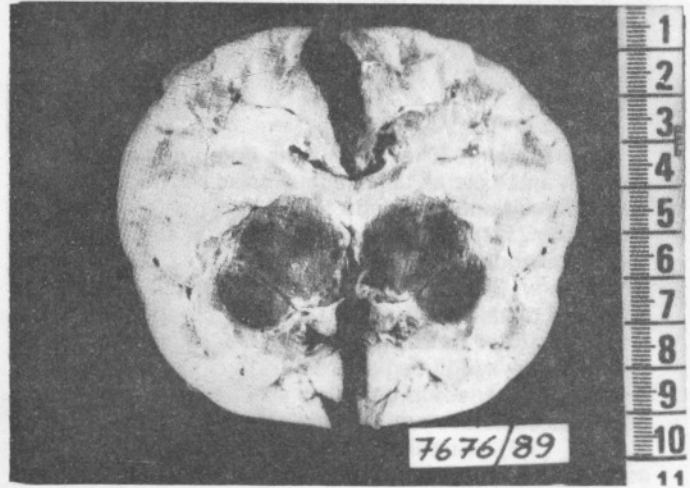


Resim 2: CT'de sağ sinus renaliste, yuvarlak, iyi sınırlı, böbrek parenkiminden (B) daha yoğun tümöral oluşum (T).

kayeti yokken rutin bir sağlık kontrolü sırasında ultrasonografik olarak sağ böbrek sinus komşuluğunda 3,5 x 3 cm. ebadında, solid, iyi sınırlı ve böbrek konturlarını bozmayan yer kaplayıcı lezyon saptanması üzerine Mayıs 1989'da kliniğimize başvurdu. 3 yıldır iskemik kalp hastalığı nedeniyle



Resim 3: Anjiyografide parapelvik normovasküler yer kaplayan lezyon.



Resim 4: Parapelvik bölgede iyi sınırlı tümöral kitle.

tedavi gören hastanın öz ve soy geçmişinde bunun dışında bir özellik yoktu. Fizik muayenede tüm sistem bulguları normal olup, ürogenital muayenede böbrekler ele gelmiyor ve lomber hassasiyet bulunmuyordu. Rektal tuşede (+) adenom kıvamında prostat palpe edildi.

Hastanın yapılan laboratuvar tetkiklerinde, tam kan, tam idrar analizleri, SMA-12, serum protein elektroforezi, karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri, lökosit formülü, ESR ve akciğer grafisi tümüyle normal sınırlarda olup idrar kültürü steril kaldı. Hastanın tekrarlanan idrar analizlerinin hiçbirin-

de mikrohematüri görülmedi. İVP'de ultrasonografi sonucunu teyid edecek şekilde sağ parapelvik yerleşimli, kalisiyel yapıyı distorsiyona uğratmış, çok iyi sınırlı ve böbrek konturlarını bozmayan kitle imajı saptandı (Resim 1). CT'de sağ böbrekte, parapelvik, solid karakterde, 82 HU dansitede bir tümör tesbit edildi; renal ve pararenal başka bir patolojiye rastlanmadı. LAP veya metastaz bulgusu yoktu (Resim 2). Yapılan sağ selektif renal anjiyografide ise parapelvik lokalizasyonda böbrek parenkimi ile eşit vaskülaritede (norma-vasküler) bir yer kaplayıcı lezyon imajı görüldü (Resim 3).

Tüm bu bulgularla ve selim böbrek tümörü ön tanısıyla 13.6.1989'da olgu eksplore edildi. Malignite kesin olarak ekarte edilemediğinden ve tümör lokalizasyonu nedeniyle organ koruyucu cerrahimümkün olmadığından sağ nefrektomi uygulandı. Pelvis ve pararenal yağ dokusunda lenf ganglionuna rastlanmadı. Nefrektomi piyesi, 130 gram ağırlıkta ve 10x6, 5x4,5 cm. boyutlarındaydı. Piyenin kesit yüzeyinde, kalis sistemine dayanmış, santral yerleşimli, 3,5x3x3 cm. ebadında, sarı-kahve renkte, sınırları düzgün, orta sertlikte ve yer yer yumuşak balık eti kıvamında tümoral yapı izlendi (Resim 4).

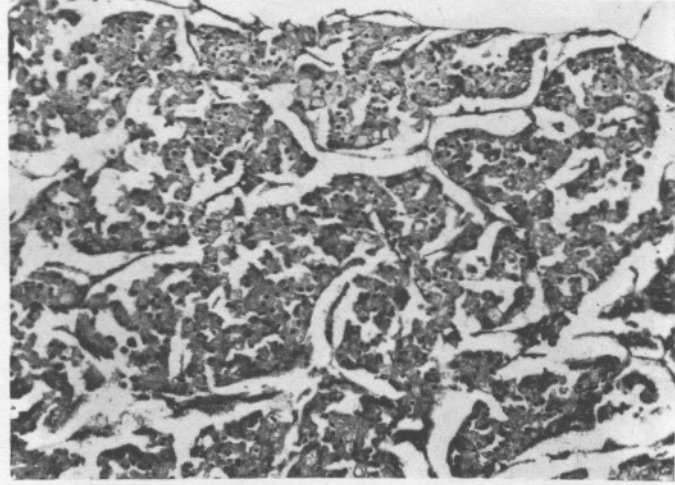
Histopatolojik olarak tümör geniş eozinofilik granüler sitoplazmalı düzgün kromatin dağılımı gösteren yuvarlak ya da oval nükleuslu poligonal ya da kübik özellikte hücrelerden meydana gelen trabeküler yapılar ile solid kitlelerden oluşmaktaydı (Resim 5) ve yer yer geniş lümenli adenoid yapılar görüldü. Tümör hücrelerinde seyrek mitozla rastlanmaktaydı. Tümör çevresinde fibroz bir psödokapsül mevcuttu ve tümör kapsül dışında ve pelviste infiltrasyon oluşturmamaktaydı. Ayrıca böbrek veninde tümör invazyonuna rastlanmadı.

Hasta, operasyonun 10. gününde şifa ile çıkarıldı. 3., 6., 9. ve 12. aylarda yapılan kontrollerde hiçbir tümör ve metastaz bulgusuna rastlanmadı. Kan ve idrar analizleri normal bulundu.

## TARTIŞMA

Onkositom, 1970'lerin sonlarına doğru, ayrı bir klinik ve patolojik antite olarak tanımlanmış selim böbrek tümörüdür. Tüm böbrek tümörleri içinde % 3-7 arasında bir oran teşkil etmektedir (1,2). Onkositom, renal adenokarsinom gibi en çok 5. dekada görülmekte ve erkeklerde 2 kat fazla rastlanmaktadır. Tümör genellikle asemptomatik seyredir ve insidental olarak teşhis edilir. Bazen böğür ağrısı ile birlikte olup, hematüri vakaların % 10'undan daha azında görülür. Tümörün büyüklüğü değişiktir ve bazen çok büyük boyutlara varabilir. Genellikle unilateral ve unifokal olarak bildirilen çeşitli bilateral ve multifokal onkositom vakaları da bildirilmiştir (3,4). Sunulan vaka, yaşı, cinsiyeti, tümörün asemptomatik seyretmesi ve unifokal olmasıyla bu genel özelliklere uygunluk göstermektedir. Ancak, Lieber ve arkadaşlarının geniş serisinde ve Merino ve Livolsi'nin serilerinde, vakamızdaki santral yerleşimin aksine, böbrek kutuplarının daha yüksek oranda tutulduğu bildirilmiştir (1,5).

Tümörün, İVP, US ve CT'de karakteristik bir görünümü yoktur. Nitekim, vakamızda da bu tetkik yöntemleri ile "selim böbrek tümörü" genel ön tanısından ileri gidilememiştir. Anjiyografide ise, interlobar arterlerin oluşturduğu spoke-wheel pattern onkositom için tipik görünüm olarak bildirilmiştir (6,7). Ancak, tüm onkositomlarda bu görüntüye rastlanmaz, nadir de olsa normovasküler veya renal hücreli karsinom ile karışabilecek hipovasküler bir anjiyografi bulgusu elde edilebilir (8). Sunduğumuz vaka da, nadir rastlanan



Resim 5: Geniş eozinofilik sitoplazmalı poligonal hücrelerin yaptığı solid ve trabeküler yapılar (H. E. X 125).

bu özelliğe bir örnek teşkil etmektedir.

Güvenilir bir ayırıcı klinik özelliğinin bulunmaması, onkositom teşhisini hemen tamamen histopatolojik bulgulara dayalı kılar. Sarı-kahve veya maun renkli, iyi sınırlı, yuvarlak, kapsüllü bir makroskopik görünüme sahip tümörün ortasında yıldızimsı bir nedbe dokusu mevcuttur. Onkositomda, renal hücreli karsinomdaki hipervasküler alanlara ve nekroza rastlanmaz. Işık mikroskopunda granüler sitoplazmalı ve poligonal biçimli iri eozinofilik hücreler (onkosit) tipiktir. Elektronmikroskopik olarak yoğun biçimde şişmiş mitokondriler görülür. Onkositik hücrelerde nadiren mitozla rastlanır. Histolojik görünümü, tümörün proksimal tubulus hücrelerinden kaynaklandığını düşündürmektedir (5).

Tümör, histopatolojik olarak saf (Grade-I) ve mikst (Grade-II) onkositom şeklinde iki tipe ayrılır. 1988'e kadar yayınlanan tüm renal onkositomların sayısı 484 olup (14), saf onkositomlar 100'den fazla bildirilmiştir. Yalnızca onkositik hücrelerden oluşan saf onkositomlar kesinlikle metastaz yapmazlar ve otörlerce benign tümör kabul edilirler (5,9,10). Sunduğumuz vaka da bu özelliklere sahiptir. Renal adenokarsinom elemanlarını da içeren mikst tiplerde ise % 15 oranında metastaz ve buna bağlı ölüm bildirilmiştir (1).

Kesinlikle benign olduğu bilinen saf onkositom teşhisi pre veya peroperatuar olarak kanıtlandığı takdirde, uygun vakalarda organ koruyucu cerrahi (tümör enükleasyonu veya parsiyel nefrektomi) seçkin tedavi olabilir (2,5). Ancak, iğne aspirasyon biopsisi (11) ve flow cytometry (12) ile operasyon öncesi kesin tanı koyma çalışmaları olmasına rağmen, Lieber ve arkadaşlarının da işaret ettiği gibi, frozen section sonuçları bile saf onkositom tanısını garantileyemeyeceğinden, radikal nefrektomi halen uygulanan en güvenli ve yaygın tedavi biçimidir (1,2,13).

Sonuç olarak, saf renal onkositomun nadir rastlanan bir selim ürolojik tümör olduğunu ve tedavi seçimi açısından renal hücreli karsinom ile kesin ayırıcı tanı gerektirdiğini söyleyebiliriz. Atipik lokalizasyonu ve anjiyografik görünümü nedeniyle sunduğumuz vaka münasebetiyle gözden geçirilen literatürde de belirtildiği gibi, mevcut tanı metodlarıyla preoperatuar olarak kesinlikle malignite ekarte edilemediğinden, radikal nefrektominin uygulanması gereken seçkin tedavi yöntemi olduğu kanısındayız.

## KAYNAKLAR

1. Lieber, M.M., Tomera, K.M., and Farrow, G.M.: Renal oncocytoma. *J. Urol.*, 125: 481, 1981.
2. Williams, R.D.: Renal, perirenal and ureteral neoplasms. In: Gillenwater, J.Y. et al (eds): *Adult and Pediatric Urology*, p. 518, Year Book Medical Publishers Inc., Chicago, 1987.
3. Warfel, K.A., and Eble, J.N.: Renal oncocytomatosis. *J. Urol.*, 127: 1179, 1982.
4. Moura, A.C., and Nasciment, A.G.: Renal oncocytoma: report of a case with unusual presentation. *J. Urol.*, 127: 311, 1982.
5. Merino, M.J., and Livolsi, V.A.: Oncocytomas of the kidney. *Cancer*, 50: 1852, 1982.
6. Weiner, S.N., and Bernstein, R.G.: Renal oncocytoma: Angiographic features of two cases. *Radiology*, 125: 633, 1977.
7. Bonavita, J.A., Pollack, H.M., and Banner, M.P.: Renal oncocytoma: further observations and literature review. *Urol. Radiol.*, 2: 229, 1981.
8. Sos, T.A., Gray, G.F., and Baltaxe, H.A.: The angiographic appearance of benign renal oxyphilic adenoma. *Am. J. Roentgenol.* 127: 717, 1976.
9. Klein, M.J., and Valensi, Q.J.: Proximal tubular adenomas of the kidney with so-called oncocytic features. *Cancer*, 38: 906, 1976.
10. Yu, G.S.M., Rendler, S., Herskowitz, A., and Molnar, J.J.: Renal oncocytoma. Report of five cases and review of literature. *Cancer*, 45: 1010, 1980.
11. Rodriguez, C.A., Buskop, A., Johnson, J. et al.: Renal oncocytoma: Preop diagnosis by aspiration biopsy. *Acta Cytol.*, 24: 355, 1980.
12. Rainwater, L.M., Farrow, G.M., and Lieber, M.M.: Flow cytometry of renal oncocytoma: Common occurrence of DNA ploidy and aneuploidy. *J. Urol.*, 135: 1167, 1986.
13. de Kernion, J.B.: Renal tumors. In: *Campbell's Urology*, pp. 1336-1338, W.B. Saunders Co., Philadelphia, 1986.
14. Vieillefond, A., Quillard, J., Boulais, S., Martin, E., Soubielle, G., Benoit, G., Jardin, A.: Oncocytomes du rein et adenocarcinomes a oncocytes. *Ann. Pathol.*, 8 (1): 33, 1988.