

Lenfomalı bir olguda renal tutulumla bağılı böbrek yetmezliği*

Dr. Ayşegül Akçayöz** Dr. Selmin Karademir*** Dr. Ayşe Öner*** Dr. Hasan Çetin***

Lenfomalı hastalarda böbrek yetmezliği sıklıkla hiperkalsemi, hiperürisemi, amiloidoz, immün mediated nefroz ve retroperitoneal lenfadenopatiye bağılı oluşan üreteral obstrüksiyon sonucu gelişmektedir.¹⁻³ Lenfomatöz parankimal infiltrasyon ise otopsielerde sık görülmesine rağmen nadiren böbrek yetmezliğine neden olmaktadır.² Daha az sıklıkla da hasta lenfomatöz renal infiltrasyon sonucu gelişen üremi ile başvurabilmektedir.^{1,4,5}

Burada böbrek yetmezliği semptomları ile gelen, hepatosplenomegali ve bilateral böbrek büyüklüğü gözlenen, postmortem böbrek materyallerinin incelenmesinde lenfomatöz böbrek infiltrasyonu saptanan bir olgu sunuldu.

OLGU SUNUSU

2.5 yaşında erkek hasta iştahsızlık, karın şişliği ve burun kanaması nedeniyle başvurdu. Öyküsünden; 1.5 yıldan beri iştahsızlıkla birlikte karnında giderek artan şişlik olduğu, 20 gündür burun kanaması ve bacaklarında şişliklerin başladığı, ailenin yedinci çocuğu olduğu ve ailede böbrek hastalığı bulunmadığı öğrenildi.

Fizik incelemede; A: 39°C, TA: 90/50 mm Hg, N: 140/dk idi. Genel durumu kötü, soluk renkli, göz kapakları ödemli, karın bombe görünümlü, karaciğer kosta kenarında 6 cm, dalak 5 cm ele geliyor, pretibial+++ ödemi mevcuttu.

Laboratuvar incelemelerinde; Hb: 5.1 gr/dl, BK: 23400/mm³, periferik yaymada %16 stab, %40 polimorfonükleer lökosit, %5 lenfosit, %5 monosit, %2 eosinofil, %5 myelosit, %22 metamyelosit, %2 promyelosit, %3 atipik hücre, %2 normoblast mevcut olup eritrositlerde hipokromi, anizositoz, poikilositoz gözleniyordu. Trombositler nadir idi. İdrar incelemesinde; dansite 1005, ++ proteinüri, sedimentte bol eritrosit saptandı. Retikülosit %7.7 olup kemik iliğinde lökomoid reaksiyon gözlemlendi. BUN: 125 mg/dl, Cr: 2 mg/dl, total protein: 5.5 gr/dl, albumin: 2.7 gr/dl, Ca: 7 mg %, P: 7.5 mg %, ürik asit: 19.2 mg % olup karaciğer fonksiyon testleri, total lipit, kolesterol ve

immün elektroforez normal değerler içinde bulundu. Direkt Combs testi (-), C₃: 80 mg/dl, C₄: 35 mg/dl, 24 saatlik idrarda protein: 800 mg, akciğer grafisi normal, abdominal ultrasonografide karaciğer ve dalakta diffüz büyüme, böbreklerde infiltrasyonu düşündürülen kitle artışı vardı.

5.11.1990 tarihinde araştırılmak üzere yatırılan hasta 2 gün sonra akciğer ödemi girerek eksitus oldu. Postmortem bilateral nefrektomi materyalleri alındı.

Patolojik inceleme; makroskopik olarak sağ böbrek 11.5X7.5X5 cm ölçülerinde, 200 gr ağırlığında, sol böbrek 12x8x4 cm ölçülerinde 170 gr ağırlığında olup kapsülleri soyulabilmekteydi. Böbreklerin kesitlerinde medullada kahverengi alanlar yanında sarı renkte alanlar gözlenmekle birlikte korteks medulla hattı yer yer izlenememekteydi.

Her iki böbreğe ait Hematoksilen-Eozin ile boyalı parafin kesitlerin incelenmesinde parankimde diffüz infiltrasyon oluşturmuş oval veya yuvarlak kromatinden zengin nükleuslu, iki veya daha fazla belirgin nükleollü, bazofilik veya amfofilik sitoplazmalı atipik hücrelerden oluşmuş malign neoplastik yapı görünmekteydi. (Resim 1 ve 2) Tubuluslarda atrofi ve yer yer tubulus lümenlerinde hyalen silendirler izleniyordu.

Böbrek dokusunun parafin kesitlerine ABC immünperoksidaz yöntemi ile uygulanan anti IgG, anti IgM ve anti IgA glomerul yumağında negatif olarak bulundu. Bu bulgularla böbreği infiltre etmiş andiferansiye lenfoma tanısı konuldu.

TARTIŞMA

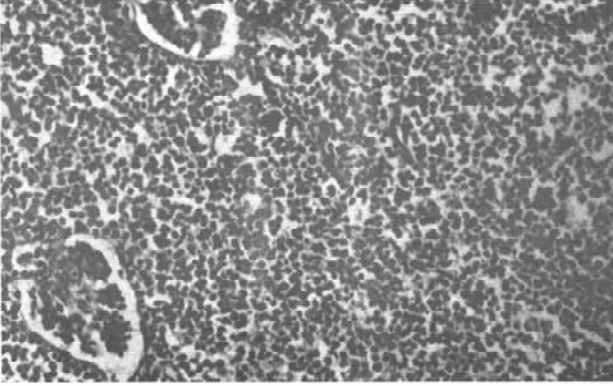
Otopsi serilerinde böbreklerin lenfomatöz infiltrasyonu sık görülmesine rağmen üremi tablosu ile hastaların başvurmaları ve bundan dolayı ölüm çok nadirdir. Richmond ve arkadaşları lenfomalı 696 olguluk otopsi serilerinde renal parankimal infiltrasyonun %34'ünde bulunduğunu, ancak hastaların %0.5'inde ölüm nedeninin üremi olduğunu belirtmişlerdir.⁶ Literatürde 1946-1986 yılları arasında sadece 17 hasta rapor edilmiştir.¹

Lenfomalı hastalarda böbreğin lenfomatöz infiltrasyonuna bağılı üreminin nedeni tam olarak izah edilememiştir. Ancak Glicklich ve arkadaşları bunu tümör infiltrasyonu

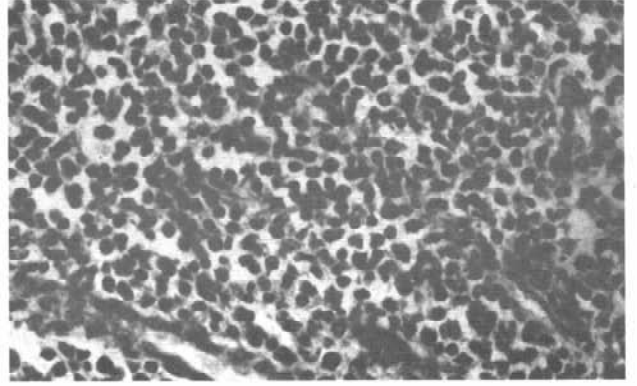
* 3-7 Kasım 1992 tarihleri arasında GİRNE-KIBRIS'ta düzenlenen X. Ulusal Patoloji Kongresinde bildiri olarak sunulmuştur.

** Dr. Sami Ulus Çocuk Hastanesi Patoloji Bölümü

*** Dr. Sami Ulus Çocuk Hastanesi Pediatri Bölümü



Resim 1: Sağlam kalmış 2 glomerül yapısı ve diffüz parankimal lenfomatöz infiltrasyon görülmektedir (HE X100).



Resim 2: Tubulus yapıları arasında diffüz parankimal lenfomatöz infiltrasyon izlenmektedir.

nunun tubuli lümenine basısı sonucu intrarenal obstrüksiyona bağlı olabileceğini öne sürmüşler ve histolojik olarak da tubuli ve epitel hücrelerinde düzleşme olduğunu göstermişlerdir.¹

1.5 yıldan beri karın şişliği, iştahsızlık, 20 gündür burun kanaması ve bacaklarında ödem yakınması ile başvuran ve yapılan ön incelemelerde BUN ve kreatinin yüksekliği, anemi, hiperpotasemi, hiperürisemi, proteinüri ve hematüri saptanan hastamızda böbrek yetmezliği bulunduğu gözlenmektedir. Abdominal USG'de böbreklerin bilateral büyük olması, bunun böbreği infiltrate eden bir hastalığa bağlı olduğunu akla getirmektedir. Kısa süre yaşadığı için ileri incelemeler yapılamayan hastada postmortem böbrek materyallerinin histopatolojik incelemesinde bu büyüklüğün andiferansiye lenfoma infiltrasyonuna bağlı olduğu ortaya çıkmıştır. Periferik lenfadenopati, mediastinal ve abdominal kitlelerin bulunmaması primer lenfoma olabileceğini düşündürüyor ise de tam otopsi yapılamadığı için ikincil bir lenfoma da olasılık içindedir.

Bu hastada böbrek yetmezliğinin nedeni renal lenfo-

matöz infiltrasyondur. Üreteral bir obstrüksiyon bulgusu ve hiperkalsemi gözlenmemiştir. Ürik asit yüksek olmasına rağmen idrar sedimentinde ve postmortem böbrek materyalinde tubuluslarda ürik asit kristallerinin gözlenmemesi böbrek yetmezliğinin hiperürisemiye bağlı olmadığını göstermektedir. Ayrıca proteinürinin ağır olmaması, kompleman değerlerinin normal sınırlarda olması ve immünohistokimyasal yöntemle glomerül yumağında immün kompleks birikiminin saptanmaması böbrek yetmezliği nedeninin glomerülopati olmadığını düşündürmektedir.

Renal lenfomatöz infiltrasyona bağlı böbrek yetmezliğinin kemoterapi ve/veya radyoterapi ile düzeldiği birçok yayında belirtilmiştir.^{1,2,4,7} Ancak hastamızın kısa sürede eksitus olması nedeniyle tedavi verilememiştir.

Sonuç olarak böbrek yetmezliği bulguları ile başvuran, bilateral böbrek büyüklüğü ve her iki böbrekte lenfomatöz infiltrasyon saptanan hastamız nadir olması nedeniyle sunulmak istendi.

KAYNAKLAR

- 1 Glicklich D, Sung MW, Frey M. Renal failure due to lymphomatous infiltration of the kidneys. *Cancer* 1986; 58: 748-753.
- 2 Randolph VL, Hall W, Bromson W. Renal failure due to lymphomatous infiltration of the kidneys. *Cancer* 1983; 52: 1120-1121.
- 3 Falconieri G, Melato M. Malignant lymphoma presenting as an isolated renal mass. *Histopathology* 1988; 12: 217-219.
- 4 Ellman L, Davis J, Lichtenstein NS. Uremia due to occult lymphomatous infiltration of the kidneys. *Cancer* 1973; 33: 203-205.
- 5 Coggins CH. Renal failure in lymphoma. *Kidney Int* 1980; 17: 847-855.
- 6 Richmond J, Sherman RS, Diamond HD, Craver LF. Renal lesions associated with malignant lymphomas. *Am J Med* 1962; 32: 184-206.
- 7 Miyake JS, Fitterer S, Houghton DR. Diagnosis and characterization of non-Hodgkin's lymphoma in a patient with acute renal failure. *Am J Kidney Dis* 1990; 16: 262-263.