

İnce İğne Aspirasyon Biopsisi ile Tanı Konulan Renal Onkositoma (Olgu Sunumu)

A Renal Oncocytoma Case Diagnosed by Fine Needle Aspiration Biopsy (Case Report)

Nazan Bozdoğan¹, Işın Soyuer², Cemil Ekinci³, Özhan Aksu³, Şafak Atahan³

¹ Kırıkkale Devlet Hastanesi, Kırıkkale

² Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı, Kayseri

³ Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Sitoloji Anabilim Dalı, Ankara

Renal onkositoma böbreğin nadir görülen bir tümördür. İyi prognoza sahip olması nedeniyle renal hücreli karsinomanın subtiplerinden ayırdetmek gereklidir. Bununla birlikte preoperatif tanısında zaman zaman zorluklar olabilmektedir. Bu lezyonlar sitolojik olarak geniş granüler sitoplazmalı eozinofilik hücrelerden oluşur. Mitoz ve nekroz bulunmaz, nükleer pleomorfizm fokal alanlarda bulunabilir. Bu çalışmada ince iğne aspirasyon biopsisi ile tanı konmuş tipik bir renal onkositoma olgusu klinik, sitolojik ve histolojik özellikleri ile sunulmuş ve literatür gözden geçirilmiştir.

Anahtar Kelimeler : Renal onkositoma, ince iğne aspirasyon biopsisi,

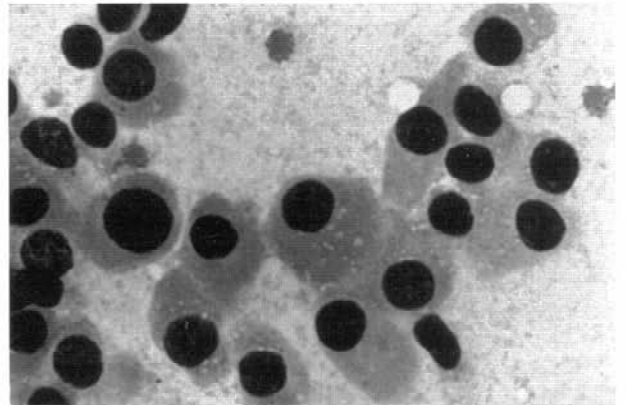
Renal oncocytoma is a rare tumour of kidney. It is essential to distinguish it from renal cell carcinoma subtype. However, the pre-operative diagnosis of this tumour may be difficult. These lesions are composed entirely of eosinophilic cells with abundant granular cytoplasm. There is no mitotic activity or necrosis but focal areas to nuclear pleomorphism may be identified. In this study, the clinic, cytologic and histologic findings in a typical renal oncocytoma case diagnosed by needle aspiration cytology were presented and the literature was reviewed.

Key Words: Renal oncocytoma, fine needle aspiration biopsy.

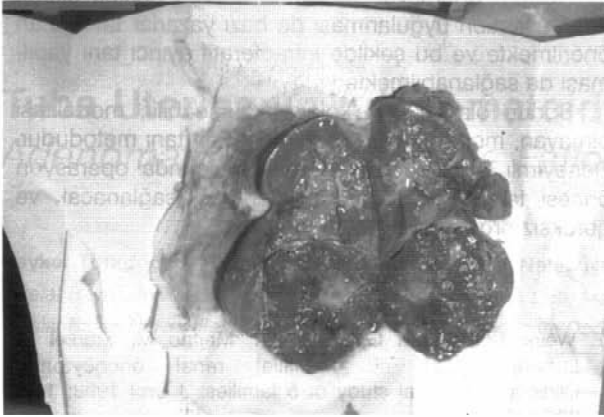
Bazı özellikleri renal hücreli karsinoma ile benzerlik gösteren renal onkositoma (RO)ların toplayıcı duktuslardaki intercalated hücrelerden köken aldığı düşünülmektedir⁽¹⁾ RO'ların renal hücreli karsinomalarından ayırdedilmesi önemlidir. Gerek preoperatif gerekse operasyondan sonra bu ayırımın yapılması tümörlerin renal hücreli karsinomadan (RHK) daha iyi prognozlu olması ve preoperatif olarak nefrektomiden kaçınmak açısından önem taşımaktadır.

OLGU SUNUMU

55 yaşında kadın hastanın 2 yıldır süren karın ağrısı nedeniyle gittiği hastanede yapılan ultrasonografik (USG) incelemesinde karaciğer ve böbreğinde kitle olduğu saptanmış ve hastanemize sevk edilmiştir. Hastanın hastanemizde alınan öyküsünde öz ve soy geçmişlerinde özellik saptanmamış olup yapılan laboratuvar tetkiklerinde patolojik bir bulguya rastlanmamıştır. Abdomen USG'sinde karaciğer sol lobunda 10 cm çaplı ve sol böbrek alt polünde hiperekoik kitle bulunmuştur. Üst abdominal bilgisayarlı tomografide (BT) karaciğer sol lob lateral ve medial segmenti tutan 8 cm ve sol böbrek alt polde 6 cm çaplı kitle saptanmıştır. Bu nedenle hastada öncelikle renal hücreli karsinoma ve bunun karaciğere metastaz yaptığı düşünülmüş ve hem böbreğe hem de karaciğerine ince iğne aspirasyon biopsisi (İİAB) uygulanmıştır. Her iki aspirasyon materyali May-Grünwald-Giemsma boyası ile boyanmıştır. İncelemede karaciğerdeki kitle USG ve BT bulguları ile birlikte hemanjioma ile uyumlu olarak değerlendirilmiştir. Böbreğe ait İİAB'de ise geniş granüler sitoplazmalı, çoğu



Resim 1: İnce iğne aspirasyon biopsisinde geniş granüler sitoplazmalı, düzgün nükleuslu onkositoma hücreleri (May-Grünwald-Giemsma, x400).



Resim 2: Böbrek alt kutbundaki sınırlı düzenli koyu renkli tümöral yapının makroskopik görünümü.

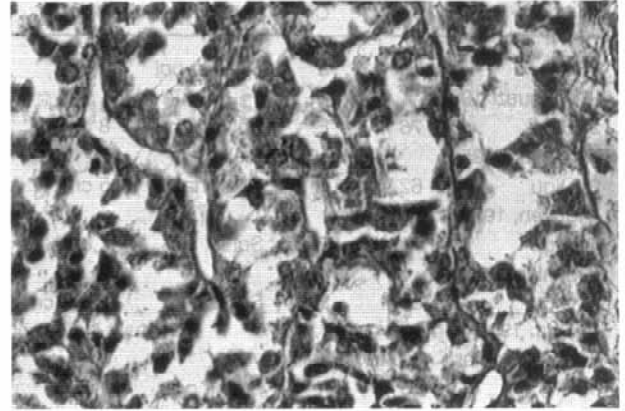
tek nükleuslu yer yer binükleer özellikle, nükleus sınırları düzenli hücrelerin oluşturduğu tümöral yapı gözlenmiş ve bu görünümü ile renal onkositoma ile uyumlu olabileceği şeklinde rapor edilmiştir (Resim 1). Hastaya bu bulgulardan yola çıkılarak sol hepatektomi ve sol nefrektomi yapıldı. Sol nefrektomi materyalinde ise alt polde renal parankimden keskin bir sınırlanma gösteren, 7 cm çaplı, koyu kahverenkli, ortası fibrotik görünümde tümöral lezyon izlendi (Resim 2). Bu tümörün histopatolojik incelemesinde, uniform, geniş granüler sitoplazmalı, düzgün yuvarlak nükleuslu, onkositik hücrelerden oluştuğu dikkati çekti (Resim 3). Bu tümörde pleomorfizm, mitoz ve nekroz saptanmadı. Makroskopik olarak tariflenen santraldeki fibrotik alanın da asellüler fibröz dokudan oluştuğu gözlemlendi.

TARTIŞMA

İİAB renal kitlelerin değerlendirilmesinde önemli rol oynar. Cerrahi için hasta seçiminde İİAB'nin yeri büyüktür. Bununla birlikte low grade RHK ve böbreğin benign tümörleri arasında sitolojik karışıklık olabilmekte bu da yanlış tanıya yol açabilmektedir.

Örneklemenin kalitesi hazırlanışı ve sitoloğun deneyimine göre sonuç değişmektedir. Önemli olan bu kitlelerin değerlendirilmesinde multidisipliner bir yaklaşım izlenmesidir⁽²⁾.

RO böbreğin nadir, kendine özgü mikroskopik ve ultrastrüktürel özellikleri olan bir tümördür. Literatürde yayınlanan olgularda lezyonların çoğu tek ve çevreden iyi sınırlı ayrılmış görünümündedir. Buna rağmen, aynı böbrekte iki ayrı nodül şeklinde ve perirenal yağ dokusuna yayılmış bir olgu da bulunmaktadır⁽³⁾. Ayrıca Hamperl iki olgudan oluşan malign renal onkositomaları sunmuştur⁽⁴⁾. Bilateral ve 5 aileyi içeren familial olgular da bildirilmiştir^(1,5). Bir olguda aynı böbrekte eş zamanlı renal hücreli karsinom ve onkositoma birlikteliği gösterilmiştir⁽⁶⁾. Burada sunduğumuz olguda da rezeksiyon spesmeninde tek iyi sınırlı bir tümöral lezyon izlenmiştir. Bilateralite ya da aile öyküsü saptanmamıştır.



Resim 3: Üniform onkositik hücrelerin oluşturduğu tümöral yapının histopatolojik görünümü (HE, x100).

RO makroskopik olarak genellikle maun rengi olarak adlandırılan bir renktedir. Santral fibrotik skar karakteristiktir⁽⁷⁾. Bizim olgumuzda da çevreden iyi sınırlılık ve santral skar belirgin olarak izlenmiştir.

RO'lar sitolojik olarak genellikle tek tek bazen gruplar oluşturan geniş granüler sitoplazmalı, santral yada periferik yerleşimli nükleusa sahip hücrelerden oluşur. Daha az sayıda daha büyük ve binükleer özellikle hücreler de gözlenebilir^(3,4,8). Histopatolojik olarak da aynı özellikteki hücrelerin tübüller, trabekül yapıları ve kordonlar oluşturdıkları izlenir^(6,8). Bizim olgumuzun da sitolojik incelemesinde çoğunlukla tek tek duran yer yer de gruplar oluşturan geniş granüler sitoplazmalı, bir kısmı mononükleer, bir kısmı ise binükleer özellikle onkositik hücreler izlenmiştir. Olgumuzun histopatolojik incelemesinde de genellikle trabeküller ve tübüller oluşturan granüllü sitoplazmaya sahip hücreler saptanmıştır.

RO'nun İİAB ile ayırıcı tanısında klasik (clear hücreli) RHK, kromofob hücreli renal hücreli karsinoma (KHRHK) ve granüler hücre diferansiyasyonu gösteren clear hücreli karsinoma akla gelmelidir^(9,10). Clear hücreli RHK'nın sitolojik incelemesinde tümör hücre grupları daha çok sayıdadır. Bu gruplar yer yer tabakalanma gösterir. Hücre sitoplazmaları ince vakuollüdür. Nükleol büyüktür. Pleomorfizm ve mitoz bulunur.^(5,8,9) Onkositomada ise gruplar daha azdır. Sitoplazma granüllüdür. Pleomorfizm nadirdir. Mitoz hemen hiç yoktur. KHRHK'da da onkositoma gibi granüler sitoplazma bulunur; fakat bunlarda onkositomadan farklı olarak düzensiz nükleer sınırlar, nükleer groove, intranükleer inklüzyonlar, sellüler pleomorfizm ve mitoz izlenir⁽¹⁰⁾. Granüler hücre diferansiyasyonu gösteren RHK'yı RO'dan ayırtetmede en önemli kriter yeterli ve multiple örneklemedir⁽⁵⁾. Bizim olgumuzda ise rezeksiyon spesmeninden alınan multiple örneklerde hiçbir alanda klasik (clear hücreli) RHK'a rastlanmamıştır.

Onkositomaların ultrastrüktürel özellikleri de oldukça tipiktir. Çok yoğun mitokondri yanında diğer organellerin daha az oluşu, yağ vakuollerinin bulunmaması RO'yu desteklemektedir. Çok gelişmiş Golgi cisimciklerinin var-

	Yaş	Cins	Lokal	Boyut
1. Olgu (Rodriguez, 1980)	76	E	Sağ üst pol	6 cm
2. Olgu (Nguyen, 1985)	76	E	Sol üst pol	8 cm
3. Olgu (Nguyen, 1985)	62	E	Sağ orta	5 cm
4. Olgu (Cochland, 1988)	71	E	Sol alt pol	7 cm
5. Olgu (Gupta, 1991)	59	E	Sağ-sol	Sağ-8cm
6.7.8.9. Olgular	Özellikleri bilinmiyor			
9. Olgu (OLGUMUZ)	55	K	Sol alt pol	7 cm

Tablo 1: İİAB ile tanı konan RO olgularının özellikleri

lığı ise granüler hücre diferansiyasyonlu RHK'yı desteklemektedir.

RO'nun kökeni oldukça tartışmalıdır. Eskiden normal tübülüs epitel hücrelerine benzediğinden proksimal renal tübülüsten köken aldıkları ve epitel hücrelerinin bir tür transformasyonu olduğuna inanılmaktaydı. Oysa günümüzde bu tümörlerin toplayıcı duktuslardaki intercalated hücrelerden köken aldıkları sanılmaktadır⁽¹⁾.

Bugüne kadar İİAB ile tanı verilen 5 adet olgu sunumu ve tüm renal hücreli kasinomaların tanısında İİAB'nin değerinin araştırıldığı bir çalışmadaki 4 adet onkositoma olgusu bildirilmiştir^(3,5,8,9). İİAB ile tanı verilen RO'ların ve bizim olgumuzun özellikleri tablo 1'de gösterilmiştir. Seri olarak yayımlanan 4 olgunun özellikleri hakkında bilgi bulunmamaktadır. 5 olgu bilateral onkositoma olgusudur. Bu olguların tümünün ileri yaşta ve erkek olduğu gözlenmektedir. Lokalizasyon ve tümör boyutu anlamlı bir özellik göstermemektedir. Sitolojik ve histopatolojik özellikleri genellikle birbirine benzer olup sadece bir olguda perirenal yağ dokusuna invazyon ve minimal pleomorfizm saptanmaktadır. Mitoz olguların hiçbirine izlenmemektedir.

RO'lara operasyon sırasında İİAB'ye destek olarak frozen section uygulanması da bazı yazarlar tarafından önerilmekte ve bu şekilde intraferatif ayırıcı tanı yapılması da sağlanabilmektedir⁽¹²⁾.

Sonuç olarak İİAB kolay uygulanabilir, mortalitesi olmayan, morbiditesi ise çok düşük bir tanı metodudur. Deneyimli ellerde yapılırsa RO olgularında operasyon öncesi tanı ile tedavinin planlanması sağlanacak ve gereksiz organ kaybı önlenecektir.

KAYNAKLAR

1. Weirich G, Glenn G, Junker K, Merino M, Störkel S, Lubensky I et al. Familial renal oncocytoma: Clinicopathological study of 5 families. J Urol 1998; 160: 335-340.
2. Zardawi IM. Renal fine needle aspiration cytology. Acta Cytol 1999;43:184-190.
3. Cochand-Priollet B, Rothschild, Chagnon S, Nezelof C et al. Renal oncocytoma. Diagnosed by fine needle aspiration cytology. Br J Urol 1988;61:534-535.
4. Hamperl H. Benign and malignant oncocytoma. Cancer 1962;15:1019-1027.
5. Grupta R J, Delahunt B, Wakefield J. Preoperative diagnosis of bilateral renal oncocytoma by needle aspiration cytology (a case report). Acta Cytol 1991; 35:742-745.
6. Val-Bernal F, Gonzales-Vela C, Gomez J, Acebo E. Unilateral simultaneous renal cell carcinoma and oncocytoma. Am J Surg Pathol 1992;22:271-272.
7. Katz DS, Gharagozioo AM, Peebles TD et al. Renal oncocytomatosis. Am J Kidney Dis 1996;27: 579-582.
8. Rodriguez CA, Buskop A, Johnson J, Fromowitz F, Koss L. Renal oncocytoma. Preoperative diagnosis by aspiration biopsy. Acta Cytol 1980;24:355-359.
9. Renschaw AA, Lee KR, Madge R, Granter SR. Accuracy of fine needle aspiration in distinguishing subtypes of renal cell carcinoma. Acta cytologica 1997;41: 987-994.
10. Wiatrowska BA, Zakowski MF. Fine needle aspiration biopsy of chromophobe renal cell carcinoma and oncocytoma. Comparison of cytomorphologic features. Cancer Cytopathol 1999;87: 161-167.
11. Nguyen GK, Amy RW, Tsang S. Fine needle aspiration biopsy cytology of renal oncocytoma. Acta Cytol 1985;29: 33-36.