

RENAL KİTLE NEDENİYLE AMELİYAT EDİLEN HASTALARIMIZIN PATOLOJİK VERİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

EVALUATION OF THE PATOLOGICAL RESULTS OF PATIENTS OPERATED FOR RENAL MASS

Yasin CEYLAN, Bülent GÜNLÜSOY, Tansu DEĞİRMENCİ, Volkan ŞEN Salih POLAT, Özgü AYDOĞDU
Zafer KOZACIOĞLU

İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği

ÖZET

Cerrahi olarak tedavi ettiğimiz renal kitlelerin patolojik özelliklerini ve tedavi seçimini inceledik.

Çalışmada 137 hasta verileri değerlendirildi. Hastalarımızın yaş ortalaması 56 (31-91) idi. Kitle boyutu ortalama 6,4 cm (2,3-16) olarak saptandı. Bu hastalardan 16'sına (%11,6) tümör boyutunun küçük olması ve yerleşimin uygun olması nedeniyle parsiyel nefrektomi uygulandı. Bu hastalardan 4 (%25) tanesine laparoskopik parsiyel nefrektomi uygulandı. 121 hastaya radikal nefrektomi uygulandı. Bu hastalardan 33 (%27,2) tanesine laparoskopik nefrektomi uygulandı.

Radikal nefrektomi yapılan hastaların patolojik tanıları, berrak hücreli karsinom 74 (%54), papiller tip 18 (%13), kromofob hücreli tip 13 (%10), eosinofilik tip 6 (%5), transizyonel hücreli karsinom (TCC) 7 (%5), onkositom 11 (%7), 3 hastada anjiomyolipom, birer ise diffüz B hücreli lenfoma, epidermoid karsinom metastazı idi. Parsiyel nefrektomi uyguladığımız hastalardan 2' sinin (%12) patolojisi onkositom ve anjiomyolipom olarak geldi. Diğer 14 (%88) hasta ise berrak hücreli karsinom idi. Tüm hastalar değerlendirildiğinde; 16 (%11) hastada benign patolojiler saptandı.

Yazının alınma tarihi: 24.04.2015, Kabul tarihi: 15.06.2015, Online basım: 01.07.2015

Yazışma adresi:

Yasin CEYLAN
e-posta: dryasinceylan@yahoo.com
Cep Tel: 05059488455

Böbrek tümörlerinin tedavisinde altın standart radikal nefrektomidir. Uygun vakalarda laparoskopik cerrahi tercih edilmelidir. Böbrek kitlelerin hepsinin malign olmayabileceği unutulmamalı ve parsiyel nefrektomi uygun vakalarda tercih edilmelidir.

Anahtar kelime: Renal kitle, cerrahi tedavi, benign, histopatoloji

ABSTRACT

To evaluate the treatment options and pathological findings of patients with renal masses in our clinic.

Totally 137 patients who undergone surgical treatment for renal masses were evaluated retrospectively. The mean age was 56 (range: 31-91) years old and the mean size of masses was 6,4 cm (range: 2,3-16). Partial nephrectomy was performed to 16 (11,6%) patients and 25% of them treated with laparoscopically. Open radical nephrectomy and laparoscopic radical nephrectomy were performed to 88 (64,2%) and 33 (24,1%) patients respectively. The pathological results of radical nephrectomies were clear cell carcinoma in 74 (54%) patients, renal papillary carcinoma in 18 (13%) patients, chromophobe cell carcinoma in 13 (10%) patients, eosinophilic cell carcinoma in 6 (5%) patients, transitional cell carcinoma in 7 (5%) patients, oncocytoma in 11 (7%) patients, angiomyolipoma in 3 patients; and diffuse B-cell lymphomasquamous cell carcinoma metastases in 1 patient respectively. The partial nephrectomy results were; clear cell carcinoma in 14 (88%) patients, angiomyolipoma in 1 patient and oncocytoma in 1 patient. The pathological findings revealed that 16 (11%) patients were operated for benign pathologies.

Radical nephrectomy is the gold standard treatment of renal tumors. Laparoscopic surgery should be preferred in suitable cases. We should kept in mind that all renal tumor pathologies are not malign thus partial nephrectomy could be a good option for protect kidney in suitable patients.

Key words: Renal mass, surgical treatment, histopathology

GİRİŞ

Renal hücreli karsinom (RHK), erişkin kanserlerinin yaklaşık %3'ünü oluşturmaktadır (1). Ürogenital kanserler içerisinde görülme sıklığı olarak prostat ve mesane kanserlerinden sonra 3. sırada yer almaktadır. En yüksek insidansı 60-70 yaş arasındadır ve E/K oranı 3/2'dir (2). Günümüzde görüntüleme yöntemlerinin gelişmesi ve kullanım sıklığının artması nedeniyle görülme sıklığı artmaktadır. Bu sayede böbrek tümörü tanısı konulan hastaların %60'ı rastlantısal olarak tanı konulan küçük böbrek tümörleri oluşturmaktadır (3). Böbrek kitlelerinin tedavisinde altın standart yöntem radikal nefrektomidir ve ilk olarak 1969'da Robson tarafından tanımlanmıştır ve günümüzde de halen standart yöntem olarak kabul edilmektedir. İnsidental olarak saptanan olgular daha erken evrede ve daha küçük boyutlu olma eğilimindedirler ve bunların önemli bir kısmı benign karakterde kitlelerdir (4). Böbrek kitlelerinin malign olup olmadığı görüntüleme yöntemleriyle kesin olarak ortaya konulamaz. Böbrek kitlelerinin kesin tanısı ve tedavisi kitlenin çıkartılmasıyla olmaktadır. Günümüzde uygun hastalarda nefron koruyucu yaklaşımlar ve minimal invaziv girişimler ön plana çıkmaya başlamıştır (5). Bu çalışmada, kliniğimizde renal kitle nedeniyle ameliyat edilen hastaların cerrahi yöntem seçimi ve patolojik verileri retrospektif olarak değerlendirildi.

GEREK VE YÖNTEM

Çalışmada 137 hasta verileri retrospektif olarak değerlendirildi. Hastaların yaşları, kitle boyutları, patolojileri değerlendirildi. Hastalarımızın yaş ortalaması 56 (31-91) idi. Kitle boyutu ortalama 6,4 cm (2,3-16) olarak saptandı. Bu hastalardan 16'sı (%11,6) tümör boyutunun küçük olması ve yerleşimin uygun olması nedeniyle parsiyel nefrektomi uygulandı. Bu hastalardan 4 (%25) tanesine laparoskopik parsiyel nefrektomi uygulandı. 121 hastaya radikal nefrektomi uygulandı. Bu hastalardan 33 (%27) tanesine laparoskopik nefrektomi uygulandı.

BULGULAR

Tüm hastalar değerlendirildiğinde; 16 (%11) benign patolojik tanı aldı. Parsiyel nefrektomi uyguladığımız hastalardan 2 (%12) patolojisi onkositom ve anjiomyolipom idi. Diğer 14 hasta ise berrak hücreli karsinomdu. Radikal nefrektomi yapılan hastaların patolojik tanıları, berrak hücreli karsinom 74 (%54), papiller tip 17 (%13), kromofob hücreli tip 13 (%10), eosinofilik tip 6 (%5), TCC 7 (%5), onkositom 11 (%7), 3 hastada anjiomyolipom, birer ise diffüz B hücreli lenfoma, epidermoid karsinom metastazı olarak patolojik tanı aldı (tablo 1). Malign patoloji saptanan hastaların Furhman gradeleri 2,9 (1-4) idi. Kitle boyutu ile beraber tümör derecesinin arttığı gözlemlendi.

Tablo1: Hastaların patolojik verileri ve cerrahi yöntem dağılımı

	Radikal nefrektomi	Parsiyel nefrektomi
Hasta sayısı (n)	121	16
Tümör büyüklüğü (cm)	6,8 (3,1-16)	3,2 (2,6-4,8)
Berrak hücreli karsinom	74 (%54)	14 (%76)
Papiller tip	18 (%13)	-
Kromofob hücreli tip	13 (%10)	-
Eosinofilik tip	6 (%5)	-
TCC	6 (%5)	-
Onkositom	11(%7)	1(%12)
AML	3 (%2)	1(%12)
Metastatik tümör	2 (%1)	

TARTIŞMA

İnsidental olarak saptanan böbrek kitlelerinin tanısı son yıllarda görüntüleme yöntemlerinin sık kullanımı ile birlikte artmıştır. Bu tümörlerin düşük büyüme hızı ve düşük metastatik potansiyel içermeleri, çoğu ileri yaşa sahip bu hasta grubunda cerrahi tedaviye alternatif çeşitli tedavilerin ortaya çıkmasını sağlamıştır. Eskiden böbrek kitlelerinde standart tedavi radikal nefrektomi iken, günümüzde minimal invaziv cerrahi tekniklerin gelişimi ve tümör davranışı hakkında bilgilerin artması, tedavi planlanmasında kitlenin boyutuna önem kazandırmaktadır. Küçük böbrek kitlelerinde nefron koruyucu cerrahi ya da doku ablasyon tedavisi başarılı bir şekilde uygulanabilmektedir. Yaşlı ve ek hastalığı olan hastalarda küçük böbrek kitleleri için aktif izlem de bir seçenek olarak önerilmektedir. Böbrek kitlesinin malignite potansiyeli hakkında fikir sahibi olmak, tedavi stratejisi belirlenirken önem kazanmaktadır. Serimizde 16 (%11) hastada benign patoloji saptandı. Bu kitlelerin ortalama boyutu 3,1±1,4 cm idi. Kurta ve ark.'nın yaptığı bir çalışmada BT'deki kitle boyutu ile patolojideki spesmen boyutu benzer bulunmuştur. Böbrek kitlelerinde, kitlenin boyutu arttıkça, malignite oranı da artmaktadır ve bir çalışmada kitle boyutundaki her 1 cm'deki artışın malignite riskini %16 arttırdığı gösterilmiştir (6). Frank ve ark. 30 yıllık bir zaman diliminde 2935 solid böbrek tümürlü hastayı retrospektif olarak inceledikleri çalışmalarında <1cm tümörlerin %46,3'nün benign olduğunu ve kalan malign tümörlerinde %98'nin düşük dereceye sahip olduklarını ortaya koymuşlar ve ayrıca tümör çapı arttıkça tümörün malign, yüksek dereceli, histolojik olarak şeffah hücreli çıkma olasılığının arttığını ortaya koymuşlardır (7). Başka bir çalışmada ise 2,675 nefrektomi yapılan hastada %11 hastada benign kitleye rastlanmıştır. Bu kitleler çoğunlukla onkositom, anjiomyolipom olarak raporlanmış (8). Schomer ve ark. Yaptıkları bir çalışmada 2cm'den küçük kitlelerde %72,1 olan malignite oranının 7 cm'den büyük kitlelerde %93,7'lere yükseldiğini bildirmişlerdir (9). Günümüzde renal kitlelerin

tanısı ultrasonografi, bilgisayarlı tomografi ya da manyetik rezonans görüntüleme ile konulabilmektedir. Malign ya da benign ayrımı bu görüntüleme yöntemleriyle yapılamamaktadır. Pozitron emisyon tomografisinin tanıda ki yeri sınırlıdır. Böbrek kitlelerinin cerrahi öncesi histopatolojisi hakkında fikir edinmenin başka bir yolu da böbrek biyopsisidir. Eskiden yapılan çalışmalarda bu yöntemin yüksek yanlış negatiflik oranına sahip olduğu ya da %31 oranında tanısız olmadığı gösterilmiştir. Buna karşın daha kalın biyopsi iğnesi kullanımı, lezyonun periferinden biyopsi alınması ve patologların deneyiminin artmasıyla yanlış negatiflik oranı % 10 lara kadar gerilemiştir (10).

Tedavi seçeneği olarak eskiden böbrek kitlelerinde açık radikal nefrektomi standart olarak uygulanırken günümüzde uygun hastalarda laparoskopik/robotik radikal nefrektomidir. T1-2 hastada onkolojik sonuçları açık cerrahi benzerdir ancak T3 hastalarda daha deneyimli merkezde bu cerrahilerin yapılması önerilmektedir (11). Cerrahi tekniğin gelişmesi ve küçük boyutlu tümörlerdeki benign lezyon oranı göz önüne alındığında, nefron koruyucu cerrahi daha yaygın olarak kullanılmaktadır. Nefron koruyucu cerrahinin tümör kontrolünde radikal nefrektomi kadar başarılı olduğu yapılan çalışmalarla gösterilmiştir. Serimizde parsiyel nefrektomi yaptığımız hastalardan iki hastanın patolojisi benign olarak saptanmıştır. Bu hastaların patoloji sonuçları anjiomyolipom ve onkosiyom olarak raporlanmıştır. Onkositom ve anjiomyolipom (AML) en sık görülen benign böbrek lezyonlarıdır. renal onkositom ilk olarak Zippel ve ark. tarafından tanımlanmış, 1976 yılında Klein 13 vakalık ilk seriyi yayınlamışlardır (12). Onkositom genellikle radyolojik olarak RCC'den ayrımı zordur. Santral nekrozun varlığı ve bisiklet tekeri görüntüsü onkositomu düşündürülebilir (13). AML yağ hücreleri, düz kas hücreleri ve damarsal yapılar içeren bir renal tümördür. Boyutuna göre değerlendirilmeli ve hemoraji riskine göre değerlendirilmelidir(14).

Böbrek hücreli kanserlerin serimizde sub tiplerinin görülme oranı göre berrak hücreli (% 70), papiller hücreli (% 10), kromofob hücreli (% 5), ailesel formlar (% 5), sınıflandırılmayan (% 5) ve multiloküler kistik renal hücreli karsinom (%1) olarak belirtilmiştir. Bizde kendi serimizde berrak hücreli karsinom 74 (%54), papiller tip 18 (%13), kromofob hücreli tip 13 (%10), eosinofilik tip 6 (%5) olarak bulduk ve bu sonuçlar literatür ile uyumlu idi (15). Pelvis renalis tümörleri literatürde %5 oranında raporlanmıştır(16). Biz serimizde 7 hastada (%5) TCC saptadık. 1 hastamız da B hücreli lenfoma tanısı aldı. Literatürde; renal kitle nedeniyle yapılan nefrektomilerde tanı konulmuştur. Lenf nodu dışında yerleşimli lenfomalar genellikle lenfoid dokunun olduğu mide ve ince barsak gibi organlarda görülür (17). Primer böbrek lenfomasının nasıl geliştiği tam olarak açıklanamamıştır. Böbrekteki kronik enfeksiyonların maligniteye neden olduğu öne sürülmektedir. Başka bir nedene göre ise lenfatiklerden zengin bir yapı olan böbrek kapsülünden kaynaklanmakta ve renal parankimi invaze ettiği öne sürülmektedir. Benzer şekilde böbrek etrafında ki adipoz dokudan kaynaklandığı ve böbreğe daha sonra invaze olduğu söylenmektedir (18).

Fuhrman çekirdek derecelendirmesine göre; tümörler çekirdeğin boyut, sınırları ve çekirdekçik belirginliği değerlendirilerek, 1, 2, 3 ve 4 olmak

üzere derecelendirilir. Parsiyel nefrektomi yaptığımız hastalarda ortalama fuhrman derecesi 2,4 iken, radikal nefrektomi yaptığımız hastalarda fuhrman derecesi 3,1 idi. Literatürde fuhrman derecesinin kitle boyutu ve prognozla ilişki olduğu gösterilmiştir (19).

SONUÇ

Böbrek kitlelerindeki histopatolojik tanı, görüntüleme yöntemlerindeki teknolojik gelişmelere karşın, operasyon öncesinde net bir şekilde belirlenememekte ve tanı için cerrahi günümüzde tek seçenek olarak kalmaktadır. Böbrek parankimal kitlelerinin çoğu RHK olmasına karşın, boyutu 7 cm'den küçük olan kitlelerin benign olması ya da malign olsa dahi düşük grade'li olması daha olasıdır. Bu nedenle küçük böbrek kitlelerinde nefron koruyucu cerrahi ön plana çıkmalıdır. Uygun hasta grubunda aktif izlem akılda tutulmalıdır.

KAYNAKLAR

- 1) Jemal A, Siegel R, Ward E, Hao Y, Xu J, Murray T, et al.: Cancer statistics, 2008. CA Cancer J Clin. 2008; 58(2): 71-96.
- 2) Levi F, Ferlay J, Galeone C, Lucchini F, Negri E, Boyle P et al. The changing pattern of kidney cancer incidence and mortality in Europe. BJU Int 2008; 101(8): 949-58.
- 3) Duchene DA, Lotan Y, Cadeddu JA, Sagalowsky AI, Koeneman KS.. Histopathology of surgically managed renal tumors: analysis of contemporary series. Urology 2003; 61(5): 827-30.
- 4) Surcel C, Mirvald C, Gingu C, Stoica R, Sinescu I. Management of small renal masses-update 2011. J Med and Life 2011; 4(2): 139-47.
- 5) Günlüsoy B, Ceylan Y, Değirmenci T. Nefron Koruyucu Cerrahi Sonrası Cerrahi Sınır Pozitifliği Olan Hastalara Yaklaşım. Üroonkoloji Bülteni 2014;13:165-8.
- 6) Kurta JM, Thompson RH, Kundu S, Kaag M, Manion MT, Herr HW et al. Contemporary imaging of patients with a renal mass: does size on computed tomography equal pathological size? BJU Int. 2009 Jan;103(1):24-7.
- 7) Frank I, Blute ML, Cheville JC, Weaver AL, Zincke H.. Solid renal tumors: an analysis of pathological features related to tumor size. J Urol 2003; 170(6): 2217- 20.
- 8) Thompson RH¹, Kurta JM, Kaag M, Tickoo SK, Kundu S, Katz D et al. Tumor size is associated with malignant potential in renal cell carcinoma cases. J Urol. 2009;181(5):2033-6.
- 9) Schlomer B, Figenshau RS, Yan Y, Venkatesh R, Bhayani SB. Pathologic features of renal neoplasms classified by size and symptomatology. J Urol 2006; 176(4): 1317-20.
- 10) Tan HJ, Jacobs BL, Hafez KS, Montgomery JS, Weizer AZ, Wood DP et al. Understanding the role of percutaneous biopsy in the management of patients with a small renal mass. Urology 2012; 79(2): 372- 7.
- 11) Stewart GD, Ang WJ, Laird A, Tolley DA, Riddick AC, McNeill SA. The operative safety and oncological outcomes of laparoscopic nephrectomy for T3 renal cancer. BJU Int. 2012 Sep;110(6):884-90.
- 12) Klein MJ, Valensi QJ. Proximal tubular adenomas of kidney with so-called oncocytic features. A clinicopathologic study of 13 cases of a rarely reported neoplasm. Cancer. 1976; 38:906-14.
- 13) Ambos MA, Bosniak MA, Valensi QJ, Madayag, Lefleur RS. Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi 102 MA, Lefleur RS. Angiographic patterns in renal oncocytomas. Radiology 1978;129(3):615-22.
- 14) Nelson, C. P., Sanda, M. G.: Contemporary Diagnosis and Management of Renal angiomyolipoma. The Journal of Urology, 2002; 168(4): 1315-25.
- 15) Tuna B. Renal hücreli kanserlerin patolojisi ve moleküler biyoloji. Üroonkoloji Bülteni 2013; 3:201-4.
- 16) Rha SE, Byun JY, Jung SE, Oh SN, Choi YJ, Lee A et al. The renal sinus: pathologic spectrum and multimodality imaging approach. Radiographics. 2004;24(Suppl 1): S117 -S131.
- 17) Karadeniz C, Oguz A, Ataoglu O, Citak C, Buyan N, Pinarli G, Primary renal lymphoma and xanthogranulomatous pyelonephritis in childhood. J Nephrol 2002;15(5): 597.
- 18) Kılıç N, Balkan E, Sevinir B, Filiz G, Doğruyol D. Primer böbrek tümörü gibi beliren b-hücreli böbrek lenfoması. Çocuk Cerrahisi Dergisi 2005;19:136-8.
- 19) Moran E, Rogel R, Soto A. Usefulness of new schemes to group Fuhrman grades in clinical practice for clear cell renal tumour. Actas Urol Esp. 2012; 36(6):352-8.