

Üreterin nefrojenik adenomu; bir olgu sunumu

Nilgün Kapucuoğlu*, Şirin Başpınar*, Sema Bircan*, İ. Metin Çiriş*,
K. Kemal Bozkurt*, Alim Koşar**

*Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji AD.

** Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji AD.

Özet

Sol yan ağrısı, bulantı ve dizüri şikayetleri olan 55 yaşında kadın hastada USG incelemede grade III hidronefroz ve retrograd piyelografide sol üreterde obstrüksiyon saptanmıştır. Bu bölgeye ait rezeksiyon materyalinin histolojik incelemesinde lamina propria küçük tubuler yapılar oluşturan kübik hücre proliferasyonu ile karakterize nefrojenik adenom izlenmiştir. Rastlantısal olarak saptadığımız bu nadir lezyonun histopatolojik özellikleri ve ayırıcı tanısı literatür bilgileri doğrultusunda tartışılmıştır.

Anahtar kelimeler Nefrojenik adenom, üreter

Abstract:

Nephrogenic adenoma of the ureter; a case report

USG examination of a 55-year old female patient presented with left flank pain, nausea, and disuria revealed grade III hydronephrosis. Left ureteral obstruction was detected in retrograde pyelogram. Histological examination of the resection specimen obtained from the obstructed area showed a nephrogenic adenoma, characterized by proliferation of cuboidal cells forming small tubular structures limited to the lamina propria. The histopathological features and differential diagnosis of this rare lesion that was incidentally diagnosed was discussed in view of the literature.

Key words Nephrogenic adenoma, ureter

Giriş

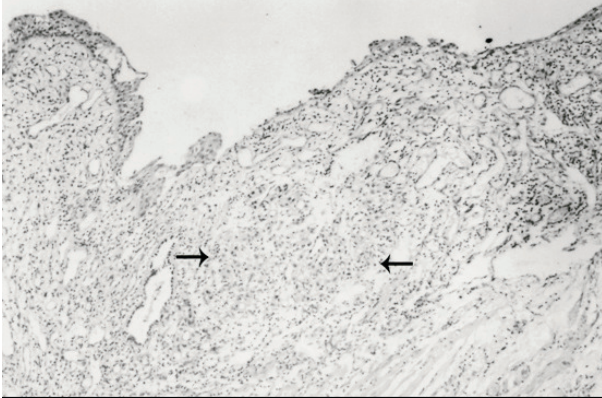
Nefrojenik adenom (NA) ürotelyumun kronik iritasyonuna bağlı gelişen nadir görülen, benign metaplastik bir lezyondur (1,2). İlk kez 1949 yılında Davis (3) tarafından mesanenin 'hamartom'u olarak tanımlanmıştır. Daha sonra Friedman ve Kuhlenbech (4) bu lezyonu nefronun tubuler ve kistik yapılarına benzerliği nedeniyle 'nefrojenik adenom' olarak adlandırmıştır. Günümüze kadar bu lezyonu tanımlamak için immatür ürotelyal metaplazi, adenomatoid metaplazi, adenomatoid tümör ve nefrojenik metaplazi gibi çok sayıda terimler kullanılmıştır (5). Lezyon üriner sistemin tüm seviyelerinde görülmekle birlikte, en sık mesane (%80), nadiren üretra (%15), üreter (%5) ve renal pelvis yerleşimlidir. Üriner sistem dışında görülmez (5). Burada orta yaşlı bir kadın hastanın üreterinde rastlantısal olarak saptadığımız nefrojenik adenom olgusu sunulmuş, bu nadir lezyonun histomorfolojik özellikleri ve ayırıcı tanısı tartışılmıştır.

Olgu

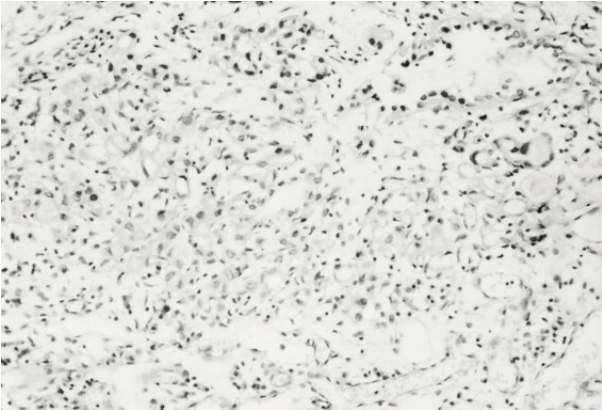
Olgumuz 55 yaşında kadın hastadır. Beş-altı yıldır devam eden sol yan ağrısı, halsizlik, bulantı ve dizüri şikayetleri olan hastanın yapılan USG'sinde grade III hidronefroz tesbit edilmiştir. Retrograd piyelografisinde sol üreterde obstrüksiyon saptanarak bu bölgenin rezeksiyonu yapılmıştır. Makroskobik incelemede kısmi üreter rezeksiyonunda lümen içerisinde 0.3 cm çapta taş varlığı dikkati çekmiş, ayrıca mukozada kabarıklık yapan 0.9x0.6x0.2 cm ölçülerinde kahverenkli polipoid gelişim izlenmiştir. Lezyonun yüzeyi değişici epitelle örtülü görünümde olup lamina propriasında ödem, kapiller damar yapıları, dağınık lenfositlerden oluşan iltihabi hücre infiltrasyonu izlenmiştir. Polipoid yapının bitişiğindeki üreter mukozası içerisinde fokal kalsifikasyon alanı ile bunun yanında yüzey ürotelyal epitelle bağlantısı olmayan lamina propria içerisinde küçük bir mikroskobik agregat şeklinde tubul yapılarından oluşan lezyon dikkati çekmiştir (Şekil 1). Lezyonu oluşturan hücreler nukleolü belirgin olmayan berrak veya eozinofilik sitoplazmalı kübik hücrelerdir (Şekil 1,2). Çevresindeki lamina propria içerisinde iltihabi hücre infiltrasyonu, ödem ve damar yapıları izlenmiştir (Şekil 1). Yapılan immunohistokimyasal incelemede

Yazışma Adresi: Nilgün Kapucuoğlu
Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji AD,İsparta
Tel.: 0-246-2112608 Fax: 0-246-2371762
E-mail: nilgunkap@hotmail.com

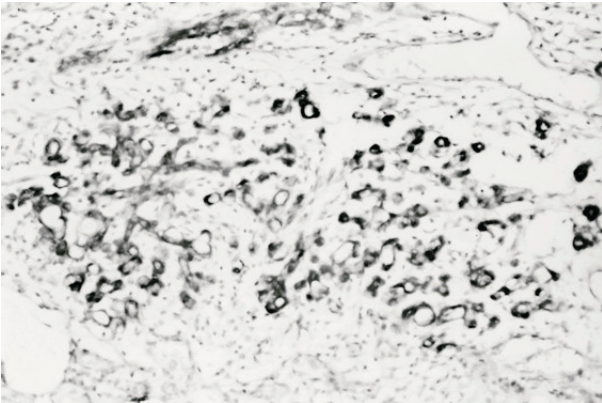
pansitokeratin ile yüzey değişici epitel hücrelerinde ve tubul yapılarını oluşturan hücrelerde kuvvetli sitoplazmik pozitiflik saptanmıştır (Şekil 3). Lezyonun kesitlerde kaybolması nedeniyle başka immünohistokimyasal veya histokimyasal belirleyici uygulanamamıştır. Histomorfolojik ve klinik bulgular eşliğinde olgu NA olarak değerlendirilmiştir.



Şekil 1: Polipoid yapının bitişiğinde iltihaplı lamina propria da (oklarla işaretli alan) küçük mikroskopik agregat şeklinde tubul yapılarından oluşan lezyon izlenmektedir (Hematoksilen Eozin X40)



Şekil 2: Tubul yapıları oluşturmuş nukleolü belirgin olmayan berrak veya eozinofilik sitoplazmalı kübik hücrelerin döşediği lezyon görülmektedir (Hematoksilen Eozin X100)



Şekil 3: Pansitokeratin ile yukarıda fokal alandaki yüzey değişici epitel hücrelerinde ve lezyonda kuvvetli sitoplazmik pozitiflik saptanmıştır (DAB X100)

Tartışma

NA histolojik olarak primitif renal tubuluslara benzeyen, ürotelyumun nadir görülen benign tümürüdür. Her yaşta görülmekle birlikte 4.-6. dekatta daha sık izlenir. Erkeklerde 2:1 oranında daha sık görülür. Hematüri ve obstrüksiyon bulguları eşlik etmekte birlikte sıklıkla rastlantısal tespit edilir (2). Lezyon genellikle soliterdir fakat multifokal de olabilir. (6). Makroskobik olarak ürotelyal karsinoma benzer şekilde papiller polipoid yapıda olabilir. Genelde 1 cm'den küçüktür, fakat boyutu 7 cm'ye kadar çıkabilir. Histopatolojik olarak tubuler, kistik, papiller-polipoid ve diffüz olmak üzere 4 tip tanımlanmıştır (5). Lezyon yüzeyde papiller projeksiyonları döşeyen ve lamina propriada yer yer ödemli stromada tubulus benzeri yapılar oluşturan, nukleolü belirgin olmayan berrak veya eozinofilik sitoplazmalı kübik veya 'hobnail' hücrelerden oluşur. Tubuluslar çevresinde kalın ve hyalinize bazal membran bulunur (7). Bizim olgumuzda da lamina propriada mikroskopik bir odak şeklinde tubul yapıları oluşturan yukarıdaki tanımlanana benzeyen görünümde hücreler izlenmiştir. Lezyonun çevresinde iltihabi infiltrasyon, ödem, kalsifikasyon ile üreteryal obstrüksiyona neden olabilecek polipoid yapı, ve üreter lümeninde taş varlığı tespit edilmiştir.

NA'nın etiyolojisi tam olarak bilinmemektedir. Birçok yazar embriyonik mezonefrik dokudan köken aldığını bildirmekte, kronik inflamasyon, taş, bakteriyel ve viral infeksiyon, mekanik hasar, mesane içi girişimler (örn: BCG) ve immunbaskılayıcı tedavi gibi kronik irritasyonlara bağlı gelişen immatür metaplastik epitelyal yanıt olduğunu vurgulamaktadır (5). İmmünohistokimyasal boyanma özellikleri mezonefrojenik kökeni desteklemektedir (6). Lezyonda Sitokeratin7, Sitokeratin20, Vimentin, CEA, ve CD10 ile pozitifliği bildirilmiştir (8). Kaswick ve ark. (9) embriyolojik ve inflamatuvar teori olmak üzere patogenezele ilgili iki temel teori ileri sürmüştür. Embriyolojik teori trigon dışında yerleşim gösteren lezyonları açıklayıcı değildir. Bununla birlikte kronik inflamasyon veya irritasyona ürotelyumun verdiği metaplastik yanıt olarak tanımlanan 'inflamatuvar teori' geçerliliğini korumaktadır (9). Bizim olgumuzda da ikinci teoriyi destekler şekilde üreterde taşa bağlı gelişmiş olan kronik irritasyon öyküsü bulunmaktadır. Lezyon oldukça küçük olduğundan hücresel orijine yönelik immünohistokimyasal inceleme tam olarak yapılamamıştır. Sadece pansitokeratin ile sitoplazmik pozitiflik saptanmıştır.

NA'nın mesane değişici epitel hücreli karsinom, skuamöz hücreli karsinom ve adenokarsinomu ile ilişkisi bildirilmiş, karsinoma eşlik eden inflamasyonun NA gelişimini tetikleyebileceği düşünülmüştür. Benign olmasına karşın lokal rekürrens eğilimi nedeniyle sistoskopi ile takip önerilmektedir (1). Mikroskopik olarak ayırıcı tanıda adenokarsinomlar düşünülmelidir (7). Olgumuz histomorfolojik olarak nükleer atipi, mitoz ve solid tümör adalarının olmayışı, infiltrasyon göstermemesi, tipik ödemli ve iltihaplı stroma içerisinde karakteristik tubul yapıları oluşturan benign görünümlü hücrelerin varlığı nedeniyle NA olarak değerlendirilmiştir. Berrak hücreli adenokarsinom ve değişici epitel hücreli karsinom gibi ayırıcı tanıda göz önünde tutulması gereken malign tümörlerden ayrılmıştır (6). Ürotelyumda üriner sistem enfeksiyonu, taş, divertikül ve sık kateterizasyon gibi kronik inflamatuvar uyarıya bağlı skuamöz veya glandüler metaplazi ve reaktif proliferatif değişiklikler görülebilir. Bunlar prekanseröz değildir, fakat bazı vakalarda neoplastik transformasyon gelişebilir (7). Olgumuzda skuamöz hücreler, keratinizasyon ve müsin sekrete eden goblet hücreleri izlenmemiştir.

Özet olarak NA nadir de olsa ureter mukozasında rastlantısal olarak görülebilir. Nadir görülmesine rağmen ureterde lokalize belirgin atipi ve pleomorfizm göstermeyen tümörlerin ayırıcı tanısında akılda tutulması gereken bir lezyondur.

Kaynakları

1. McIntire TL, Soloway MS, Murphy WM. Nephrogenic adenoma. *Urology* 1987;29: 237-241
2. Oliva E, Young RH. Nephrogenic adenoma of the urinary tract: a review of the microscopic appearance of 80 cases with emphasis on unusual features. *Mod Pathol* 1995;8:722-730
3. Davis TA. Hamartoma of the urinary bladder. *Northwest Med* 1949;48:182-185
4. Friedman NB, Kuhlenbeck H. Adenomatoid tumors of the bladder reproducing renal structures (nephrogenic adenomas). *J Urol* 1950;64:657-670
5. Zougkas K, Kalafatis M, Kalafatis P. Nephrogenic adenoma of the urinary bladder. *Int Urol and Nephrol* 2004;36:513-517
6. De Buys Roessingh AS, Laurini RN, Meyrat BJ. Nephrogenic adenoma of the urethra: an unusual cause of hematuria in the child. *J Pediatr Surg* 2003;38(8):28-29
7. Reuter VE. The urothelial tract: renal pelvis ureter urinary bladder and urethra. In: Mills SE, Carter D, Greenson JK, Oberman HA, Reuter V, Stoler MH. *Sternberg's Diagnostic Surgical Pathology* (4th Ed)

Philadelphia, Lippincott Williams and Wilkins, 2004;2035-2082

8. Mai KT, Carnat T, Park W, Burns BF. Mixed nephrogenic adenoma and müllerian metaplasia of the urinary bladder mucosa. *Pathology* 2004;36(3):281-283
9. Kaswick JA, Waisman J, Goodwin WE. Nephrogenic metaplasia (adenomatoid tumors) of the bladder. *Urology* 1976;8:283-286