

Klinik Olarak Çok Önemli Nadir Benign Renal Tümör: Renal Onkositom Olgu Sunumu

Clinically Very Important Rare Benign Renal Tumor: Presentation of a Renal Oncocytoma Case

Esref Oguz Güven, İsmail Selvi, Fatih Hızlı, Halil Başar

Dr. A. Y. Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, Ankara, Türkiye

Received: 17.07.2014 Accepted: 20.07.2014• DOI: 10.5505/aot.2014.58066

ÖZET

Böbrek onkositomu ilk olarak 1942 de tarif edilmiştir. Proksimal tüplerin epitelinden köken aldığı düşünülen ve hipertrofiye mitokondriiler tarafından oluşturulan ince granüler eozinofilik sitoplazmaları olan büyük epitelial hücreler olan onkositlerden oluşan tümörlerdir. Çoğunlukla benign ve 5-10 cm çapında kitlelerdir. Nekroz içermezler ancak santral fibrozis vardır. 7. dekatta en sık görülürler. Yaklaşık olarak %70 i insidental olarak saptanırken, %30 u flank ağrısı, palpabl renal kitle ve gross yada makroskopik hematüri ile semptom verirler. Renal onkositomanın klinik seyri benignidir. Klinik olarak renal hücreli kanserden ayırt edilemeyen ancak kesin patolojide onkositom olduğu saptanan bir vakayı sunduk.

Altmış beş yaşında erkek hasta 3 aydan uzun süren künt sağ yan ağrısı nedeniyle kliniğimize başvurdu. Renal ultrasonografide sağ renal kitle saptandı. Bilgisayarlı tomografi (BT) incelemesinde sağ böbrek yerleşimli 10x8x6 cm lik solid kitle saptayarak Ultrasonografiyi doğruladı. Sağ radikal nefrektomi yapıldı. Kesin patoloji raporu onkositom olarak geldi. Hasta sorunsuz olarak taburcu edildi. Onkositomu renal malign kitlelerden ayıracak güvenilir bir metod günümüzde yoktur. BT de kitle santralinde satelit skar görülmesi veya renal arteriografide at arabası tekeri görüntüsü renal onkositomadan şüphelendirebilmekle birlikte aynı bulgular renal hücreli kanserlerde de görülebilmektedirler. Sonuç olarak insidental saptanan bir renal kitlenin tanı ve tedavisi sırasında onkositom olasılığı daima akılda tutulmalı ve hastalar bu olasılık hakkında bilgilendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Renal kitle; Onkositom; Renal malignite.

ABSTRACT

Oncocytoma of the kidney was first described in 1942. The tumours are probably of proximal tubular epithelial origin and composed of oncocytes which are large epithelial cells with finely granular eosinophilic cytoplasm resulting from hypertrophied mitochondria. Most were being and 5–10 cm in diameter. They lack necrosis but may have central fibrosis. Peak incidence is in the seventh decade. Approximately 70% of oncocytomas are discovered as incidental findings, while 30% of patients may present flank pain, palpable renal mass, and gross or microscopic haematuria. Renal oncocytoma follows a benign clinical course. We report a right renal mass which was undistinguishable from renal cancer clinically but diagnosed as oncocytoma at the definitive pathological diagnosis.

65 yrs old man investigated for dull right flank pain lasting for more than 3 months. Renal ultrasonography revealed a right renal mass and CT examination confirms ultrasound by reporting a 10x8x6 cm solid mass located at the right kidney. Right radical nephrectomy was performed. Definitive pathology reported oncocytoma. Patient was discharged uneventfully. There is no reliable preoperative diagnostic procedure distinguishing oncocytoma from renal carcinoma. The presence of a central stellate scar on CT or spoke wheel vascular pattern on renal arteriography may be suggestive of renal oncocytoma but these findings are also seen in some cases of renal carcinoma. We conclude that in the evaluation of an incidental renal mass the possibility of an oncocytoma should always be kept in mind and patients should be informed properly.

Key words: Renal mass; Oncocytoma; Renal malignancy.

Giriş

Renal onkositomlar tüm solid renal kitlelerin %5'sini oluşturmaktadır (1). Böbrek hücreli kanserden (BHK) daha küçük ve asemptomatik olma eğiliminde olsalar da

sıklıkla preoperatif olarak ayırt edilemeyebilir. Büyük onkositomlar oldukça nadirdir. Biz de bu amaçla, klinik ve radyografik olarak BHK'den ayırtedilemeyen fakat postoperatif patolojik incelemede onkositom olarak tanımlanan sağ renal kitleli olguyu sunduk.



Olgu Sunumu

Altmış beş yaşında erkek hasta bel ve sağ yan ağrısı nedeniyle başvurdu. Hastanın alt üriner sistem yakınması mevcut değildi. Fizik muayenede; sağ üst kadranda ele gelen abdominal kitle mevcuttu. Hastanın özgeçmişinde ve aile öyküsünde herhangi bir özellik yoktu. Böbrek ve karaciğer fonksiyonlarını içeren rutin hematolojik ve biyokimyasal tetkikleri normaldi. İdrar analizi ve akciğer grafisi de özellik yoktu. Hastanın batin bilgisayarlı tomografisinde (BT) sağ böbreğin alt polünden kaynaklanan, sınırları iyi tanımlanmış, solid ve kistik komponent içeren heterojen görünümde 10×8×6 cm boyutunda büyük bir kitle saptandı. Renal malignite olasılığından dolayı, sağ flank subkostal insizyonel sağ radikal nefrektomi yapıldı. Postoperatif takipte komplikasyon olmadı ve hasta postop 5. günde taburcu edildi. Histopatolojik değerlendirilmede onkositom olarak raporlandı. Spesmen içerisinde herhangi bir BHK adacığı, nekroz veya lenfovasküler bir invazyon saptanmadı.

Tartışma

Onkositomlar proksimal tübül kökenli nadir tümörlerdir (1,2). 2004 yılında Dünya Sağlık Örgütü tarafından renal onkositomlar benign renal neoplaziler içerisinde sınıflandırılmıştır (4). Olguların %95'inde soliter kitle mevcuttur. Tümör boyutu 0.6 cm ile 27 cm arasında değişmektedir. Bugüne kadar saptanan en büyük onkositom 27×20×15 cm boyutunda ve 4652 gr ağırlığında rapor edilmiştir. Bilateral renal onkositomlarda ailevi predispozisyon gözlenmiştir. Onkositomlar BHK'ya göre daha ileri yaş hastalığı olup pik insidans yaşamın 7. dekadındadır. Erkekler kadınlara göre 2 kat daha fazla etkilenmektedir (3-7). Hastaların büyük çoğunluğu asemptomatiktir. Çoğu olgu başka nedenlerle yapılan klinik kontroller esnasında insidental olarak veya otopsiler sırasında saptanmaktadır (8). Az sayıda bir hasta grubunda ise hematüri, yan ağrısı, ele gelen kitle semptomları mevcuttur (9). Renal onkositomlar iyi kapsüllü olmalarından dolayı nadiren renal pelvise invaze olurlar bu nedenle hematüri pek gözlenmez. Yaygın görüntüleme bulguları santral satellit yapıda skar ve tekerlek jantı paterni şeklindeki arteriyal yapı olsa da çoğu kez preoperatif ayırıcı tanıda güvenilir değildir. Çoğu renal onkositom, klinik ve

radyografik kriterlerle BHK'den ayırt edilemez (5).

Onkositomların özellikle kromofobik karsinomun eozinofilik varyantı ile histolojik benzerlikleri vardır. Kalın, iyi sınırlı fibröz bir kapsüllü maun-kahverengi renkte tümörlerdir. Tümör içerisinde hemoraji veya nekroz sıklıkla gözlenmediğinden çoğunda homojen bir görünüm mevcuttur. Ancak histolojik olarak tümör merkezinde kalsifikasyon, nekroz, geniş bir adet santral kist ya da çok sayıda kist içeren onkositomlar da mevcuttur (10,11). Sitoplazmik asit mukopolisakaritlerinin oluşumunu gösteren koloidal demir boyaması kromofob tip BHK'de kuvvetli pozitif iken, onkositomda negatif veya zayıf pozitifdir (3). Onkositomlarda gözlemlenen sitogenetik değişiklikler; 1. kromozom ve Y kromozom kaybı, kromozom 14q üzerinde heterozigosite kaybı ve 11q13'de translokasyon varlığı olup BHK alttipleri ile ayırımı sağlar (6). Sitogenetik ve fluorasan insitu hibridizasyon (FISH) kullanılarak yapılan ek çalışmalar, onkositom ile kromofob tip BHK ayırımında büyük yarar sağlamaktadır. Onkositomlar benign tümör olarak bilinseler de yakın takip ve tedavileri gereklidir, çünkü hastaların %10-32'sinde hızlı büyüme veya BHK birlikteliği raporlanmıştır (12). Dechet ve ark. onkositumlu hastaların %4'ünde metakron tümör saptamışlar ancak ortalama 9.5 yıllık takiplerde olumsuz klinik izlenmemiştir (13). Başka bir çalışmada iki onkositom vakasının karaciğer ve kemik metastazına nedeni ile kaybedildiği bildirilmiştir (10).

Onkositomlar BHK'ya benzer şekilde cerrahi olarak radikal veya parsiyel nefrektomi ile tedavi edilirler veya klinik koşullara bağlı alternatif olarak termal ablasyon denenebilir. Tümör boyutu ve lokalizasyonu, büyüme hızı, multifokalite veya şüpheli BHK birlikteliği sebebiyle parsiyel nefrektomi seçeneği çoğu merkezde sınırlı olarak seçilmektedir (3).

Bu olgu sunumunda preoperatif değerlendirmede renal onkositom ile BHK ayırıcı tanısını yapmadaki zorlukları vurgulamayı amaçladık. Klinik ve radyografik olarak spesifik ayırım kriterleri bulunmadığından, onkositomları diğer renal kitlelerden ayırdetmek zordur. Kesin tanı sadece histopatolojik incelemeye dayanmaktadır.



Yaklaşım	RO	kBHK(eosin)	pBHK(eosin)	bBHK(eosin)
Histopatoloji				
Elektron mikroskopi:				
-Mitokondri	bol	periferel/anormal	yüksek sayıda	yüksek sayıda
-Mikrovezikül	yok/seyrek	çok sayıda	birkaç	birkaç
Hale's kolloidal demir boyama	negatif	kuvvetli pozitif	negatif	negatif
İmmünohistokimya	distal nefron epitelyum işaretleyicileri	distal nefron epitelyum işaretleyicileri	farklı	farklı
Gen ekspresyon profili	Yüksek mRNA sinyallerinin varlığı	Yüksek mRNA sinyallerinin varlığı	farklı	farklı
DNA bazlı analizler†	-1; t(11;?), değişiklik yok	-1, -2, -6, -10, -13, -17, -21	+7, +17	-3p

Tablo: Renal onkositoma ile BHK'nin eozinofilik varyantlarının ayırt edici predominant özelliklerinin kıyaslanması ¹⁹

† : (-):kromozom kaybı ; (+): kromozom eklenmesi; t: translokasyon

RO: renal onkositoma; kBHK: kromofob BHK ; pBHK: papiller BHK; bBHK: berrak tip BHK

Kaynaklar

1. Yusenko MV. Molecular pathology of renal oncocytoma: a review. *Int J Urol.* 2010;17:602-12
2. Alanen KA, Ekfors TO, Lipasti JA. Renal oncocytoma: the incidence of 18 surgical and 12 autopsy cases. *Histopathology* 1984;8:731-7.
3. Trpkov K, Yilmaz A, Uzer D, et al. Renal oncocytoma revisited: a clinicopathological study of 109 cases with emphasis on problematic diagnostic features. *Histopathology* 2010;57:893-906.
4. Eble JN, Sauter G, Epstein JI, Sesterhenn IA. World Health Organization Classification of Tumours. Pathology and Genetics of Tumours of the Urinary System and Male Genital Organs. Lyon: IARC Press; 2004.
5. Shin LK, Badler RL, Bruno FM, Gupta M, Katz DS. Radiology-Pathology Conference: Bilateral renal oncocytoma. *Clin Imaging* 2004;23:344-8.
6. Alamara C, Karapanagiotou EM, Tourkantonis I, et al. Renal oncocytoma: a case report and short review of the literature. *Eur J Intern Med* 2008;19:e67-9.
7. Demos TC, Malone AJ Jr. Computed tomography of a giant renal oncocytoma. *J Comput Assist Tomogr.* 1988;12:899-900.
8. Amin MB, Crotty TB, Tickoo SK, Farrow GM. Renal oncocytoma: a reappraisal of morphologic features with clinicopathologic findings in 80 cases. *Am. J. Surg. Pathol.* 1997;21:1-12.
9. Perez-Ordóñez B, Hamed G, Campbell S, et al. Renal oncocytoma: a clinicopathologic study of 70 cases. *Am. J. Surg. Pathol.* 1997;21:871-83.
10. Prasad SR, Narra VR, Shah R, et al. Segmental disorders of the nephron: histological and imaging perspective. *Br. J. Radiol.* 2007;80:593-602
11. Behari R, Green JA, Maharaj R, Khan R. Renal oncocytoma: a report of 3 cases. *S. Afr. Med. J.* 1985;67:182-3.
12. Chao DH, Zisman A, Pantuck AJ, Freedland SJ, Said JW, Belldegrun AS. Changing concepts in the management of renal oncocytoma. *Urology* 2002;59:635-42.





13. Dechet CB, Bostwick DG, Blute ML, Bryant SC, Zincke H. Renal oncocytoma: multifocality, bilateralism, metachronous tumor development and co-existent renal cell carcinoma. J. Urol. 1999;162;40-2.

