

İNVAZİV ÖZELLİK GÖSTEREN RENAL ONKOSİTOM



RENAL ONCOCYTOMA WITH INVASIVE HISTOPATHOLOGIC FEATURES

SAYI

1

CILT

2

Fındık S, Esen HH, Oltulu P, Kılınc AE, Kökbudak NY,
Avunduk MC

Necmettin Erbakan Üniversitesi, Meram Tıp Fakültesi, Patoloji ABD

Fındık S, Esen HH, Oltulu P, Kılınc AE, Kökbudak NY, Avunduk MC. İnvaziv özellik gösteren renal onkositom. ISJMS 2016;2(1):7-9.

ABSTRACT

Renal oncocytoma is an uncommon tumor, classified as a benign renal neoplasm in the World Health Organization classification of renal tumours. Renal oncocytoma are usually asymptomatic and are detected incidentally during radiological examinations performed for other reasons. Renal oncocytoma can show rarely invasive histopathologic features, despite being a benign tumour. We report a case of renal oncocytoma with invasive histopathological features.

Key Words: *Oncocytoma, kidney, invasion, rare*

ÖZET

Renal onkositomlar, WHO (Dünya Sağlık Örgütü) sınıflandırılmasında nadir, benign renal tümörler olarak sınıflandırılmıştır. Renal onkositomlar, genellikle asemptomatik olup, başka nedenlerden dolayı yapılan radyolojik tetkikler sırasında insidental olarak tespit edilirler. Benign tümörler olmalarına rağmen nadir de olsa invaziv histopatolojik özellik gösterebilirler. İnvaziv histopatolojik özellikler taşıyan renal onkositom olgumuz sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: *Onkositom, böbrek, invazyon, nadir*

Geliş Tarihi: 3 Aralık 2015

Kabul Edildiği Tarih: 21 Aralık 2015

Giriş

Renal onkositomlar, WHO (Dünya Sağlık Örgütü) sınıflandırılmasında benign renal tümörler olarak sınıflandırılmıştır (1). Anjiomyolipomdan sonra %3-7 oranı ile 2. sıklıkta görülen benign böbrek tümörüdür (2). Geniş yaş aralığında görülebilir de en sık 7. dekada görülür. Erkeklerde kadınlara göre 2 kat sıklıkla görülür. Renal onkositomlar, genellikle asemptomatik olup, başka nedenlerden dolayı yapılan radyolojik tetkikler sırasında insidental olarak tespit edilirler. Nadiren hematurî ve yan ağrısı semptomları ile prezente olabilirler (1, 3).

Sorumlu Yazar: Dr. Sıdıka Fındık

Patoloji ABD, Necmettin Erbakan Üniversitesi, Meram Tıp Fakültesi, Konya

Email: drpatolog78@hotmail.com

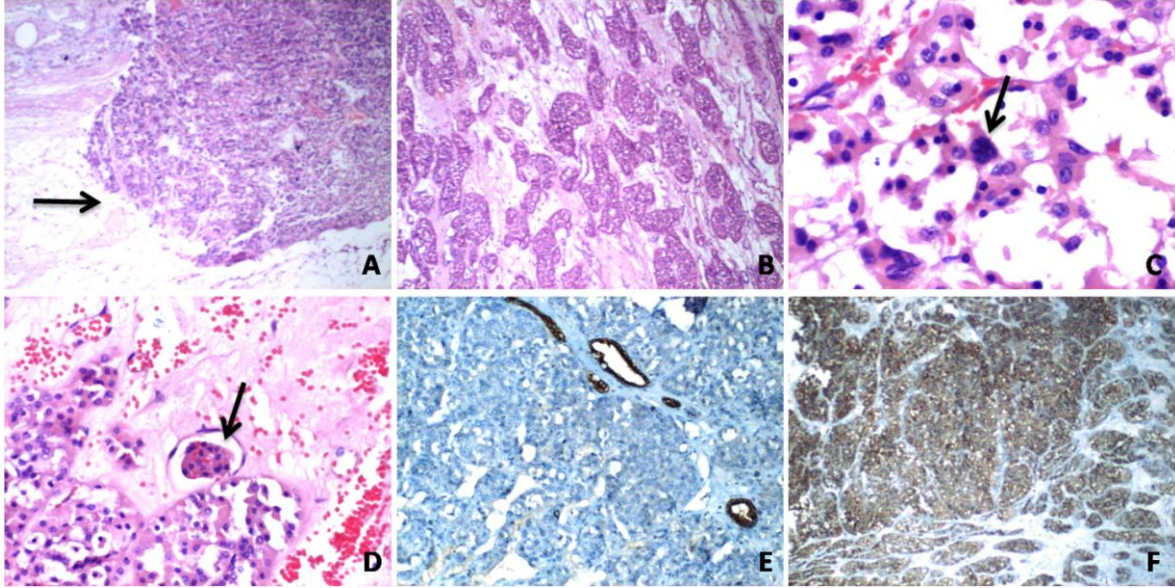
Prognoz genellikle çok iyi olup nadiren de olsa (%20 perirenal yağlı doku, % 4 renal ven) invaziv özellikler gösterebilir (1, 4-6). Tanısı sıklıkla postoperatif patolojik inceleme ile yapılır. Diğer böbrek tümörleri ile ayırıcı tanısı yapılmalıdır. İnvaziv histopatolojik özellikler taşıyan renal onkositom olgumuz sunulmuştur.

Olgu Sunumu

55 Yaşında bayan hasta, dış merkezde yapılan tetkiklerinde sağ böbreğinde kitle tespit edilmesi üzerine Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Üroloji Kliniği'ne başvurdu. Hasta renal hücreli karsinom ön tanısı ile hospitalize edildi. Hastaya unilateral nefrektomi uygulandı. Spesmenin makroskopik incelemesinde 15x12x8 cm ölçülerinde sağ taraf radikal nefrektomi materyali idi. Dokunun kesit yüzeyinde

böbreğin bir polünü tamamen doldurmuş sentralinde gri renkli skar dokusu bulunan 10x9x6 cm ölçülerinde, etrafı düzgün sınırlı, açık kahverenkli tümöral lezyon tespit edildi. Hazırlanan kesitlerin mikroskopik incelemesinde mitotik figür içermeyen, dizi ve yuvalar oluşturmuş, geniş eozinofilik sitoplazmalı uniform hücrelerden oluşan tümöral yapı görüldü (Resim B). Uniform hücreler arasında az sayıda binükleer ve yer yer de

bizar hücreler dikkati çekti (Resim C). Ayrıca perirenal yağ dokuya ve vasküler yapılara invazyon tespit edildi (Resim A, D). İmmünohistokimyasal incelemede CD-117 pozitif (Resim F), Sitokeratin 7 (Resim E) ve RCC negatif ekspresyon göstermiş olup Ki-67 indeksi %1' in altında bulundu. Bu bulgular eşliğinde olguya onkositom tanısı konuldu.



Resim: A: Perirenal yağ dokuya infiltrasyon (H&E x200), **B:** Renal onkositom (H&E x100), **C:** Bizar hücre (H&E x400), **D:** Lenfatik invazyon (H&E x400), **E:** İmmünohistokimyasal Sitokeratin 7 nin böbrek tübüllerinde pozitif, tümörde negatif ekspresyonu (H&E x100), **F:** Tümör hücrelerinde immünohistokimyasal CD-117 ekspresyonu (H&E x100).

Tartışma

Renal onkositomlar ilk olarak Zippel tarafından 1942 yılında benign karakterli mükemmel prognozlu tümör olarak tarif edilmiştir (7, 8). Anjiomyolipomdan sonra ikinci sıklıkta görülen benign böbrek tümörüdür (2). Erkeklerde kadınlara göre 2 kat sıklıkla görülür. En sık 7. dekada görülmesine rağmen genç yaşlarda da görülebilir (7, 8).

Renal onkositomlar, genellikle asemptomatik olup, olgumuzdaki gibi başka nedenlerden dolayı yapılan radyolojik tetkikler sırasında insidental olarak tespit edilirler. Nadiren hematüri ve yan ağrısı semptomları ile prezente olabilirler (1, 3). Makroskopik olarak bu tümörler solid kıvamlı, düzgün sınırlı, kapsülsüz ve kahverenkli kitlelerdir. Olgumuzda olduğu gibi bu tümörler; sıklıkla sentral stellat skar içerir ve büyük boyutlara ulaşabilir. Bazen multisentrik ve bilateral olarak da görülebilir (1, 4, 9-11).

Mikroskopik incelemede tümör geniş asidofilik granüler sitoplazmalı onkositik renal epitel hücrelerinin alveolar, tübüler veya kistik patern oluşturmasından meydana gelir. Çekirdek, genel olarak yuvarlak veya oval, düzgün sınırlı olup nadiren fokal pleomorfizm içerir. Tipik onkositomlar hemoraji, nekroz, şeffah hücre değişiklikleri, kistik değişiklikler ve papiller yapılar içermez. Tümör içerisinde psammom cisimcikler de bulunabilir.

Olgumuzun mikroskopik incelemesinde geniş asidofilik granüler sitoplazmalı uniform hücrelerin oluşturduğu tübüler yapılar ve küçük adalar görüldü. Az sayıda bizar hücreler dikkati çekti. Olgumuzda ayrıca perirenal yağ doku ve vasküler yapılara invazyon tespit edildi. Yapılan bir çalışmada renal

onkositom tanısı konulan 70 olgunun 3' ünde (%4) vasküler invazyon, 14' ünde (%20) perirenal yağlı dokuya invazyon görülmüştür. 70 olgunun 1' inde ise karaciğer metastazı görülmüştür (4). Olgumuzda uzak organ metastazı tespit edilmemiştir.

Bazı renal onkositomlar multifokal olabilir ve kromofob hücreli karsinomu düşündürülebilir. Onkositom ve kromofob hücreli karsinom böbrekte distal nefrondaki interkalat kanaldaki hücrelerden köken alır (4, 11, 12). Her iki tümörü oluşturan hücreler aynı orijine sahip olduğu için hematoksilen-eozin boyalı kesitlerde morfolojik ayırım zor olabilir. Ayırıcı tanıda ek olarak immünohistokimyasal ve genetik inceleme gerekebilir.

Yapılan çalışmalarda; immünohistokimyasal olarak sitokeratin 7 kromofob karsinomda pozitif, onkositomda negatiftir (4, 10, 11). EMA her iki tümörde de pozitiftir.(13). Literatürde CD 10 pozitif kromofob RCC' lerin bildirildiği çalışmalar mevcuttur (14). Vimentin kromofob hücreli karsinomların %79 unda ve onkositomların tamamında negatiftir. CD-117 onkositom ve kromofob karsinomlarda pozitiftir (14). Olgumuzda uyguladığımız immünohistokimyasal boyalarda CD-117 pozitif, sitokeratin 7 ve RCC negatif ekspresyon gösterdi. Ki-67 indeksi %1 in altında bulundu.

Genetik olarak onkositomlar heterojen özellik gösterirler. Olguların %10 unda kromozom 1, ve/veya X kromozomunda ve/veya 14. kromozomda heterozigote kaybı gözlenirken, diğer grupta 11. kromozomda translokasyon izlenmiştir (20). İlave kromozomal değişiklikler yanında kromozom 1 deki değişiklikler kromofob karsinomda da gözleendiği için onkositomların kromofob karsinoma progresyon gösterebileceği hipotezi kurulmuştur (21).

Sonuç olarak onkositomer kromofob karsinomlarla benzer genetik ve moleküler özellikler gösterirler. Onkositomer nadir olarak invaziv ve metastatik davranış göstermesine rağmen bu durumlarda bile malign gruba dahil edilmezler (19,20). Renal onkositomer kromofob karsinomların prekanseröz lezyonları olarak da kabul edilebilir. Doğru tanı için klinisyen ve patoloğun işbirliği içerisinde olması gerekmektedir. İğne biyopsisi, aspirasyon sitolojisi ve frozen kesitler ile bu tip tümörlerin ayırıcı tanısını yapmak oldukça sakıncalı olup mümkünse tümörün tamamının histopatolojik olarak incelenmesi gerekmektedir (6). Olgumuza tanı için uygulanan nefrektomi tedavi için de yeterli kabul edildi ve hastamız postoperatif dönemde 3 aylık peryotlar ile ilaçsız takibe alındı.

Kaynakça ve Notlar

1. Reuter VE, Davis CJ, Moch H. Oncocytoma. In: Eble JN, Sauter G, Epstein JI, ed. World Health Organisation classification of tumours: pathology and genetics of tumours of the urinary system and male genital organs. Lyon: IARC Press, 2004: 42-43.
2. Rosenkratz AB, Hindmann N, Fitzgerald EF et al. MRI features of renal oncocytoma and chromophobe renal cell carcinoma. AJR Am J Roentgenol. 2010;195(6): W421– W427.
3. Lamla A, Pernicka J. Benigni nadory ledvin. Urolog pro Praxi. 2003;3(3): 90– 93.
4. Perez-Ordonez B, Hamed G, Campbell S, Erlandson RA, Russo P, Gaudin PB, Reuter VE. Renal oncocytoma: a clinicopathologic study of 70 cases. Am J Surg Pathol. 1997;21(8):871-83.
5. Fabisovsky M, Krhut J, Fikoczek H et al. Renal Oncocytoma: Evaluation our file of patients and CT findings. Ces Urol. 2011;15(4): 237-243.
6. Hora M, Ouda Z, Hes O, Michak M, Rousarova M. Renal oncocytoma - tumor of unambiguous benignity. Czech Urol. 2000;4(2):30-32.
7. Zippel L. Zurkenntnis der onkocyten. Virchows Arch Pathol Anat. 1942;308:360-382.
8. Klein MJ, Valensi QJ. Proximal tubular adenomas of kidney with so-called oncocytic features: A clinicopathological study of 13 cases of a rarely reorted neoplasm. Cancer. 1976;38(2):906-914.
9. Hes O, Michal M, Sulc M, Podhola M, Zamecnic M, Curik R. et al. Oncocytoma of the kidney morphologic variation in 102 cases. Cesk Patol. 2001;37(2): 51-56.
10. Michal M, Hes O, Mukensnabl P. Renalni onkocytom. In: Michal M, Hes O, Mukensnabl P, ed. Nadory ledvindospelohoveku. Plzen: Euroverlag 2000:55-65.

11. Ordonez NG, Rosai J. Chromophobe renal cell carcinoma. Oncocytoma. In: Rosai J, ed. Rosai and Ackerman's surgical pathology I. 10th ed. Mosby Elsevier Inc, 2011: 1189-1197.
13. Pan CC, Chen PC, Ho DM. Thediagnosticutility of MOC31, BerEP4, RCC marker and CD10 in the classification of renal cell carcinoma and renal oncocytoma; an immunohistochemical analysis of 328 cases. Histopathology. 2004;45(5):452-459.
14. Liu L, Qian J, Singh H, Meiers I, Zhou X, Bostwick DG. Immunohistochemical analysis of chromofobe renal cell carcinoma, renal oncocytoma and clear cell carcinoma: an optimal and practical panel for differential diagnosis. ArchPatholLabMed. 2007;131(8):1290-1297.
15. Mazal PR, Exner M, Haitel A, Krieger S, Thomson RB, Aronson PS, Susani M. Expression of kidney specific cadherin distinguishes chromophobe renal cell carcinoma from renal oncocytoma. Hum Pathol. 2005;36(1):22-28.
16. Lieber MM, Tomera KM, Farrow GM. Renal oncocytoma. J Urol. 1981;125(4):481-485.
17. Mazal PR, Exner M, Haitel A, Krieger S, Thomson RB, Aronson PS, Susani M. Renal oncocytoma: areappraisal of morphologic features with clinicopathologic findings in 80 cases. Am J SurgPathol. 1997;21(1):1-12.
18. Amin R, Anthony P. Metastatic renal oncocytoma: a case report and review of the literature. Clin Oncol. 1999;11(4): 277– 279.
19. Oxley JD, Sullivan J, Mitchelmore A, Gillatt DA. Metastatic renal oncocytoma. J ClinPathol 2007; 60(6): 720– 722.
20. Van der Kwast T, Perez- Ordonez B. Renal oncocytoma, yet another tumor that does not fit in the dualistic benign malign paradigm? J Clin Pathol. 2007;60(6):585-586.
21. Al-Saleem T, Cairns P, Dulaimi EA, Feder M, Testa JR, Uzzo RG. The genetics of renal oncocytosis: a possible model forneoplastic progression. Cancer Genet Cytogenet. 2004; 152(1):23– 28.

Çıkar Çatışması

Hiç bir yazarın açıklayacağı finansal ilişkisi veya beyanı yoktur.