

İnce iğne aspirasyon biyopsisiyle tanı konulan karaciğerde dev kavernoöz hemanjioma ile beraber olan sol böbrekte onkositoma vakası

A case of renal oncocytoma with concomitant cavernous hemangioma which was diagnosed by fine needle aspiration biopsy

Dr. Muhsin KAYA¹, Dr. Hülya ÇETİNKAYA¹, Dr. Işın SOYUER², Dr. Yusuf UZUN³,
Dr. Hilmi KOCAOĞLU⁴

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji¹ Bilim Dalı, Patoloji² Anabilim Dalı, Cerrahi Onkoloji⁴ Bilim Dalı.
Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji³ Bilim Dalı, Trabzon

ÖZET: Son iki yıldır genelde sağ hipokondrium ve sağ omuzda lokalize olan, nadiren epigastriuma yayılan ağrı şikayetiyle servisimize müracaat eden hastada yapılan ultrasonografik ve tomografik incelemede karaciğer sol lob ve sol böbrekte kitle tesbit edildi. Mevcut bulgularla hastada böbrekten kaynaklanan ve karaciğere metastaz yapan malign tümör düşünüldü. Ancak preoperatif ultrasonografi eşliğinde yapılan perkutan ince iğne aspirasyon biyopsisinde (İİAB) karaciğerdeki kitle hemanjiomla, böbrekteki ise son derece nadir görülen ve benign bir tümör olan onkositoma ile uyumlu bulundu. Preoperatif tanı postoperatif bulgularla da doğrulandı. Yaptığımız literatür taramasında hemanjiomla beraber olan onkositoma vakasına rastlamadık. İİAB nin tecrübeli ellerde böbrek ve karaciğerin solid lezyonlarında son derece güvenilir bir tanı yöntemi olduğu kanısındayız.

Anahtar kelimeler:Hemanjiom, onkositoma, ince iğne aspirasyon biyopsisi

RENAL onkositoma etiyolojisi bilinmeyen, nadir görülen, benign tümördür (1-7). Tüm renal tümörlerin %3'ünü oluşturur (7). İlk kez 1931 de Hamperl tarafından tarif edilmiştir (1). Makroskopik olarak soliter olup, etrafa invazyon göstermeden büyümesi ve kapsülsüz olması tipiktir. Yüzde 94 tek taraflı, %6 çift taraflıdır. Vakaların yarısında 6 cm den büyüktür (1-4). Sitolojik olarak genellikle tek tek hücreler şeklinde yayılmış, nadiren küçük gruplar oluşturan bol miktarda eozinofilik, granüler stoplazmalı; iyi şekilde ayrılmış, yuvarlak, nadiren çift nükleuslu ve belirsiz nukleoluslu küçük hücre grupları halinde görülür (9-11). Histolojik olarak tek tip, eozinofilik, granüler stoplazmalı hücrelerden oluşan aciner yapılar şeklinde görülür (10). Histokimyasal boyama özelliklerine ve monoklonal antikor incelemelerine göre distal ve kollektör tüplerin interkalar hücrelerinden geliştiği düşünülür. Genelde semptom vermez ve tesadüfen tesbit edilir (2,3).

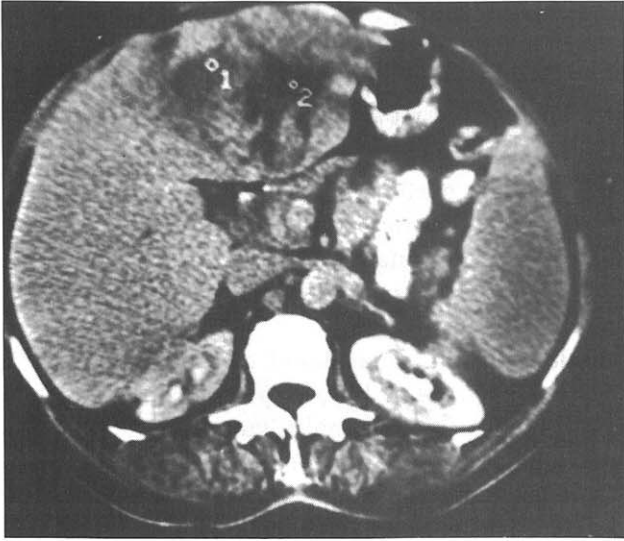
SUMMARY: A 55 years old female patient was admitted to our clinic with a 2 years history of right hypochondrium and left shoulder pain. Ultrasonography and CT scan examinations showed a solitary mass in the left lobe of the liver and left kidney. Initially, a renal tumor metastasizing to liver was considered. Preoperative percutaneous fine needle aspiration biopsy with ultrasonography from liver and kidney documented a hemangioma and oncocytoma, respectively. These findings were confirmed postoperatively. This is the first case report of the association of oncocytoma and hepatic hemangioma. These case clearly documented that fine needle aspiration biopsy in experienced hands is a useful tool and time saving procedure for the prompt diagnosis of renal and hepatic masses.

Key words: Hemangioma, oncocytoma, fine needle aspiration biopsy

Hemanjiom mezodermal orijinli vasküler tümör olup, karaciğerin en sık görülen benign tümörüdür (8-11). Otopsilerde karaciğerde %2-5 oranında rastlanıldığı bildirilmiştir (9-11). Her yaşta görülebilse de ensık üçüncü ve beşinci dekatlar arasında görülür (9). Kapiller ve kavernoöz olmak üzere iki gruba ayrılır. Kapiller hemanjiom genelde küçük ve multipl; kavernoöz olanlar ise genelde büyük, soliter ve karaciğere sınırlıdır (8). Dört cm den büyük olanlara dev hemanjioma denilir (9,11). Küçük çaplı olanlar genelde semptom vermez ve tesadüfen tesbit edilirler. Büyük olanlar ise karında kitle, ağrı, dolgunluk hissi, tıkanma sarılığı gibi şikayetlere sebep olabilirler. Nadiren görülen spontan rüptür massif kanama ve ölüme neden olabilir (8-11).

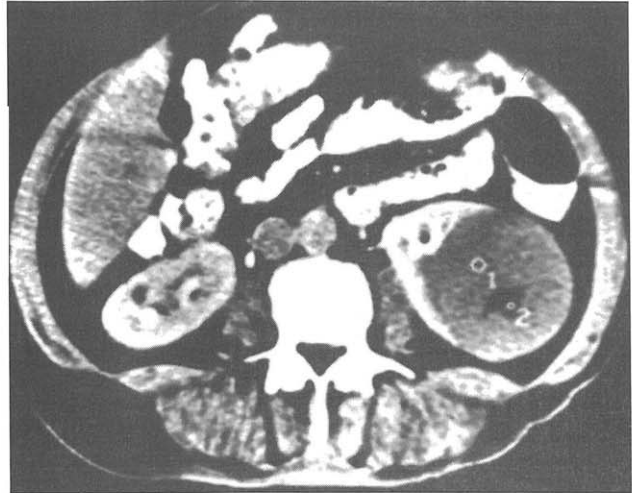
OLGU SUNUMU

55 yaşındaki kadın hastanın son iki yıldır sürekli, yemeklerle ilişkili olmayan, genelde sağ hipokondrium ve sağ omuza lokalize olan; bazen de



Resim 1. Üst abdomen bilgisayarlı tomografisinde karaciğer sol lob lateral ve medial segmenti tutan 8 cm çapında heterojen dansitede kitle.

epigastriuma yayılan karın ağrısı şikayetleri vardı. Bu şikayetlerle gittiği doktor karaciğer ve böbreğinde kitle olduğunu söyleyip ileri tetkik ve tedavi için kliniğimize göndermiş. Hastanın sistem sorgusunda başka patoloji yoktu. Öz ve soy geçmişi özelliği yoktu. Fizik muayenesinde kan basıncı 120/80 mmHg, nabız 80 / dakika idi. Sağ hipokondrium ve epigastriumda hafif hassasiyeti vardı. Karaciğer ve dalak palpabl değildi. Diğer sistem bulguları normaldi. Laboratuvar tetkiklerinde idrar dansitesi 1020, pH 6.0, glukoz, protein, bilirubin negatif, ürobilinojen normaldi. Hemoglobin 13 gr/dl, hematokrit %40, lökosit 4500/mm³, trombosit 200000 /mm³, sedimentasyon 10mm/saat idi. Kan glukoz, BUN, kreatinin, Na,K, Cl, SGOT, SGPT, GGT, Alkalen fosfataz, LDH, total protein, albumin, bilirubin, protrombin zamanı, protein elektroforezi, karsinoembriyjenik anti-jen(CEA), CA 19-9, alfa fetoprotein, CA-125 düzeyleri normaldi. Abdomen ultrasonografisinde karaciğer sol lob safra kesesi komşuluğunda 10 cm çapında heterojen, hiperekoik, lobüle kontürlü, solit kitle, sol böbrek alt polde yuvarlak, 6.1 cm çapında, hiperekoik, pelvikalisijel yapıyı bozmayan kitle mevcuttu. Diğer karın içi yapıları normaldi. Üst abdomen bilgisayarlı tomografisinde karaciğer sol lob lateral ve medial segmenti tutan 8 cm çapında heterojen dansitede kitle (Resim 1), sol böbrek alt polde 6 cm çaplı düzgün kontürlü kitle mevcuttu (Resim 2). Ultrasonografi eşliğinde yapılan karaciğer aspirasyonunda periferik kan elemanları arasında endotel hücreleri, az sayıda bağ-

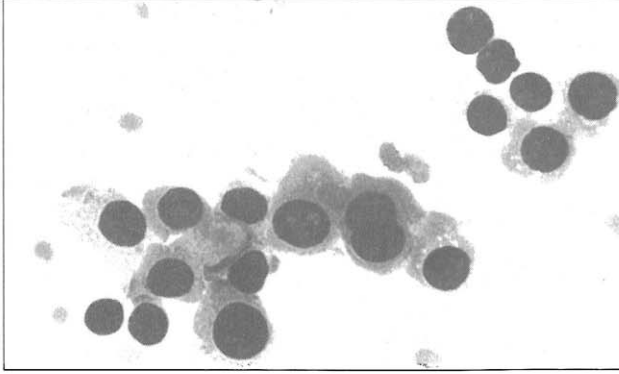


Resim 2. Üst abdomen bilgisayarlı tomografisinde sol böbrek alt polde 6 cm çaplı düzgün kontürlü kitle mevcut.

dokusu hücreleri ve trombosit kümeleri hemanjiom ile uyumlu olarak değerlendirildi. Ultrasonografi eşliğinde yapılan böbrek aspirasyonunda periferik kan elemanları arasında poligonal stoplazmalı ve üniform özellikte hücrelerin oluşturduğu tübüler veya trabeküler yapılar renal onkositoma ile uyumlu olarak değerlendirildi (Resim 3).

Hasta yukarıdaki bulgularla opere edildi. Karaciğer sol lobunun sol yarısını tümüyle tutan hemanjiom tesbit edildi. Sol hepatik lobektomi ve kole-sistektomi yapıldı. Sol böbrek alt polünü tutan kitle lezyonu sol nefrektomi ve sol sürrenalektomi ile çıkarıldı. Alınan operasyon materyalinin makroskopisinde böbrek alt polünde 7 cm çapında düzgün sınırlı, ortası fibrotik, beyaz renkte tümör vardı (Resim 4). Alınan karaciğer dokusunda ise 9 cm çapında, sünger görünümünde ve konjesyone hemanjiom alanı mevcuttu. Mikroskopik olarak karaciğerde tanımlanan lezyonun septal kalınlaşma gösteren ve anastomozlar oluşturan, vasküler kanallardan oluştuğu ve hemanjiomla uyumlu olduğu tesbit edildi. Böbrek tümörünün renal parankimle düzgün sınırlama oluşturan santral bölgelerde ödemli, gevşek bağ dokusu bulunduran ve üniform özellikte onkositik hücrelerin meydana getirdiği tubuler veya kordonlar şeklinde organizasyonu izlenmekteydi. Pleomorfizm, anaplazi, mitotik aktivite veya nekrotik değişiklikler mevcut olmayan yapı onkositoma olarak değerlendirildi (Resim 5).

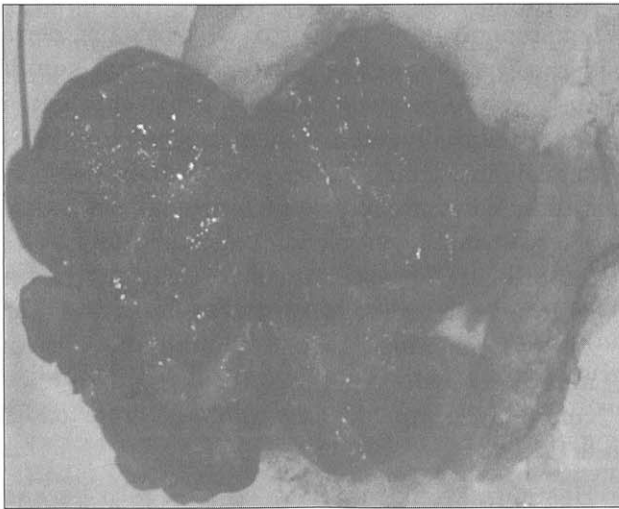
Hastanın klinik takibinde post operatif herhangi bir komplikasyon görülmedi, hasta post operatif onuncu günde şifa ile taburcu edildi.



Resim 3. Renal onkositom hücrelerinin ince iğne aspirasyon materyalinde görünümü (May-Grönwald-Giemsa x 200).

TARTIŞMA

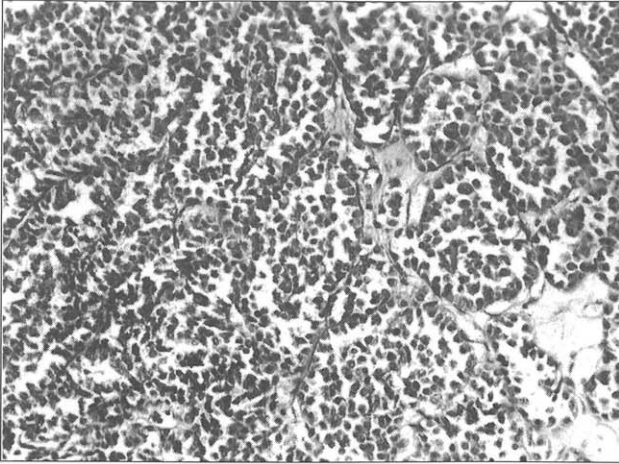
Onkositoma kapsülsüz, yuvarlak, çevre dokulara invazyon yapmadan, ekspansif yavaş büyüyen, genelde semptom vermeyen benign bir tümördür. Kalisiyel yapılarla ilişkili olmadığından hematüri genelde görülmez. Ultrasonografik ve tomografik olarak pelvikalisiyel yapılarla ilişkisiz, ortasında fibroz skar olan solit renal kitle görülür (1-4). Büyüklerde ince iğne aspirasyon biyopsisi malign ve benign böbrek tümörlerinin ayırıcı tanısında önemli bir tanı yöntemidir. Deneyimli ellerde %90 vakada doğru sonuç verir. Preoperatif konulan tanı uygulanacak tedavinin şekli ve korunacak renal doku açısından büyük önem taşır. Özellikle bilateral renal onkositoma düşünülen vakalarda ince iğne aspirasyonu ile tanı konulması bilateral parsiyel nefrektomi yapılmasına ve total nefrektomiden kaçınmaya olanak sağlar (9-11). Makroskopik olarak tümör renal kapsüle ve etraftaki dokulara invazyon göstermeden ekspansif büyüme gös-



Resim 4. Operasyonla çıkarılan sol böbrekteki onkositomanın makroskopik görünümü. Tümör iyi sınırlı olup, ortasında fibrozis bulunmakta.

terir. Tümör sferik yapıda olup, renal hücreli karsinomda görülen pseudopod benzeri yapılar yoktur. Renal pelvis, intrarenal toplayıcı sistem ve perinefrik yağ dokusu onkositoma tarafından invaze olmaz. Tümör içinde genelde kanama ve nekroz alanları görülmez. Büyük boyutlu olanlarda ortada fibrozis olması patognomoniktir (1). Sitopatolojik olarak renal hücreli karsinomadan ayırt edilmesi önem taşır. Özellikle clear cell ve kromofob renal karsinoma ile karıştırmak mümkündür. Sitolojik olarak onkositoma tek tek, nadiren küçük hücre grupları halinde yayılmış; bol eozinofilik granüler stoplazmalı; yuvarlak, nadiren çift nükleuslu, belirsiz nükleoluslu hücrelerden oluşur. Clear cell karsinomadan farklı olarak onkositoma hücreleri nadiren büyük gruplar oluşturur ve vakuollü stoplazma içermezler. Clear cell karsinomada hücreler geniş, vakuoler, parlak, daha az granüler stoplazmalı; daha çok yapışık olup, daha fazla nükleer atipi bulunur (10,11). Vakamızda ultrasonografi ve tomografide sol böbrek alt polde yaklaşık 6 cm çapında, pelvikalisiyel yapılarla ilişkisiz kitle saptandı. Yapılan perkutan ince iğne aspirasyon biyopsisinde bulgular onkositoma ile uyumlu bulundu. Alınan operasyon materyalinin makroskopisinde böbrek alt polünde 7 cm çapında düzgün sınırlı, ortası fibrotik, beyaz renkte tümör vardı. Böbrek tümörünün renal parankimle düzgün sınırlama oluşturan, santral bölgelerde ödemli, gevşek bağ dokusu bulunduran ve uniform özellikte onkositik hücrelerin meydana getirdiği tubuler veya kordonlar şeklinde organizasyonu izlenmekteydi. Pleomorfizm, anaplazi, mitotik aktivite veya nekrotik değişiklikler mevcut olmayan yapı onkositoma olarak değerlendirildi. Tümör çapının 4 cm den küçük olduğu vakalarda parsiyel nefrektomi önerilirken, daha büyük olan vakalarda ise total nefrektomi önerilen bir yöntemdir. Vakamızda tümör çapı 4 cm den büyük olduğu için sol total nefrektomi yapıldı.

Hemanjiomlar genelde asemptomatik seyreden benign tümörlerdir. Semptomlar ile kitlenin boyutu arasında ilişki olduğu bildirilmiştir. Büyük boyutlara varan olgularda karın ağrısı, karında dolgunluk hissi, kitle, mide ve duodenuma bası yapanlarda çabuk doyma, bulantı ve kusma şikayetleri görülebilir (8,9). Safra yollarına bası nedeniyle tıkanma sarılığı, dev kavernöz hemanjiomlarda bazen kalp atımlarıyla senkronize olan karında pulsasyon hissi, spontan rüptüre bağlı fatal kanamalar görülebilir. Dev kavernöz hemanjiomlar trombositopeni ve hipofibrinojenemiye bağlı kana-



Resim 5. Onkositik hücrelerle döşeli tübül yapıları
(Hematoxilen-Eozin x 200)

ma diyatezi ile (Kasabach-Merritt sendromu) kendini gösterebilir (8,9,11). Vakaların çounda hayat boyu fazla büyümeden semptomsuz seyrederken; bazı vakalarda estrojen tedavisi sonrası ve bazı vakalarda da gebelik sonrası hızlı boyut artışı olduğu bildirilmiştir (11). Vakamızda karaciğer sol lob safra kesesi komşuluğunda 10 cm çapında kaverno- z hemanjiom vardı. Son iki yıldır yemeklerle ilişkili olmayan, çoğunlukla sağ hipokondrium ve sağ omuza lokalize; nadiren de epigastriuma yayılan ağrı şikayeti vardı. Hastamızda karaciğer fonksiyon bozukluğu veya hematolojik bozukluğu destekler laboratuvar bulgusu saptanmadı. En son 10 yıl önceye ait hamilelik hikayesi olduğu halde estrojen alma hikayesi yoktu. Hemanjiomlar ultrasonografide keskin kenarlı, hiperekoik tek veya multipl lezyon olarak görülür. Tomografi de ise kontrassız olarak nonspesifik hipodens alan, kontrastlı dinamik incelemede ise, periferden merkeze doğru yavaş dolan kitle saptanır. Bu bulgu nonspesifik olup steatozlularda ve malignitelerde yalancı hemanjiom görüntüsüne sebep olabilir.

KAYNAKLAR

1. Katz D S, Gharagozioo Ali M, Peebles T D, Oliphant M. Renal Oncocytomatosis. Am J Kidney Dis 1996; 27:579-582.
2. Lieber M M. Renal Oncocytoma. Urol Clin N Am 1993; 20:355-359.
3. Zhang G, Monda L, Wasserman N F, Fraley E E. Bilateral Renal Oncocytoma :Report of 2 Cases and Literature Review. J Urol 1992; 133:84-86.
4. Morra M G, Das S. Renal Oncocytoma: A Review of Histogenesis, Histopatolgy, Diagnosis and Treatment. W Urol 1993; 150:295-302.
5. Gupta K R, Delahunt B, Wakefield J. Preoperatif Diagnosis of Bilateral Renal Oncocytoma by Needle Aspiration Cytology. Acta Cytol 1991; 35:742-745.
6. Thoenes W, Störkel S, Rumpelt H J. Histopathology and Classification of Renal Cell Tumors (Adenomas, Oncocytomas and Carsinomas). The Basic Cytological and His-

Ayrıca hemanjiomun santralinde fibrosis veya trombus varsa kitlenin merkezi tam doluş göstermeyebilir (8,11). Perkutan biyopsinin hemanjiomlarda fatal kanamalara yolaçabileceği bildirilmiş olsa da (8-10) son zamanlarda ince iğne aspirasyonu ile yapılan biyopsinin güvenilir bir yöntem olduğu bildirilmiştir (11,12). Hastamızda ultrasonografide karaciğer sol lobda 10 cm çapında, hiperekoik, lobüle kontürlü kitle; kontrassız üst abdomen tomografisinde yaklaşık 8 cm çapında karaciğer sol lob lateral ve medial segmenti tutan heterojen dansitede kitle saptandı. Preoperatif yapılan perkutan ince iğne aspirasyon biyopsisinde bulgular hemanjiom ile uyumlu bulundu. Preoperatif bulgular postoperatif bulgularla doğrulandı. Aseptomatik olan vakalarda klinik takip önerilirken; semptomlu olanlarda tedavi önerilir (8,11). Uygun vakalarda cerrahi tedavi önerilirken, uygun olmayanlarda da hepatik arter ligasyonu, hepatik arter embolizasyonu ve radyoterapi uygulanan tedavi yöntemleridir (8). Vakamızda cerrahi girişim uygun olduğu için sol hepatik lobektomi yapıldı. Herhangi bir komplikasyon olmadı.

Hastamızda aynı anda sol böbrek ve karaciğerde kitle mevcut olduğundan, biyopsi öncesi iki ayrı tümörden ziyade renal kaynaklı olan ve karaciğere metastaz yapan karsinom düşünüldü. Preoperatif perkutan ince iğne aspirasyon biyopsisi sonucu peroperatif ve postoperatif bulgularla da doğrulandı. Yaptığımız aspirasyon biyopsisine bağlı komplikasyon gelişmedi. Hemanjiomlar karaciğerin en sık rastlanan tümörü olduğundan onkositoma ile beraber olması koincidans olabilir, ancak yaptığımız literatür taramasında renal onkositoma ve karaciğer hemanjiomunun beraber olduğu vakaya rastlamadık. Perkutan ince iğne aspirasyon biyopsisinin tecrübeli merkezlerde son derece güvenilir; teşhis ve tedavi açısından önemli ölçüde yol gösterici olduğu kanısındayız.

topathological Elements and their Use for Diagnostics. Path Res Pract 1986; 181:125-43.

7. Renshaw A A, Granter S R, Cibas E S. Fine-Needle Aspiration of the Adult Kidney. Canser 1997; 81:71-88.
8. Takagi H, Kido C, Morimoto T, Yasue M, et al. Surgical treatment of Cavernous Hemangioma of Liver. J Surg Oncol 1984; 26:91-99.
9. Kawarada Y, Mizumoto R. Surgical Treatment of Giant Hemangioma of the Liver. Am J Surg 1984; 148:287-91.
10. Glazer G M, Aisen A M, Gyves L V, et al. Hepatic Cavernous Heangioma: Magnetic Rezonans Imaging. Radiology 1985; 155:417-420.
11. Hepatic Hamangioma - A Suitable Case for Treatment? Lancet 1988; 2:882-884.
12. Bahar K, Şaşmaz N, Hilmioglu F, Caner M E. Karaciğer Hemanjiomlarının Sonografi Rehberliğinde Aspirasyon Biyopsisi. Gastroenteroloji 1991; 2:278-80