

Hepatoselüler Karsinoma Yanılgısı Veren Renal Anjiomyolipomalı İki Olgu

Dr. Saadeddin HÜLAGÜ, Dr. Levent DEMİRTÜRK, Dr. Zeki ÇANKIR, Dr. Selami ALBAYRAK, Dr. Ethem KARAŞEN, Dr. Eşref KIZILKAYA, Dr. Yavuz ÖNAL, Dr. Mehmet ALTIN

Özet: Abdominal ve lomber ağrı semptomları ile başlayan, benign bir renal tümör olan renal anjiomyolipoma hepatoselüler karsinoma yanılgısı verebilir. Bu iki olguda önce ultrasonografik olarak hepatoselüler karsinom düşünülmüş ancak bilgisayarlı tomografi den sonra anjiomyolipoma tanısı konulmuştur.

Summary: TWO CASES WITH ANGIOLIPOMAS WHOSE MIMIC LEPATO CELLULAR CARCINOMA

Renal angiomyolipoma which is a benign form of renal tumour, causes abdominal and lomber pain as the beginning symptoms, that can mimic the clinical features of hepatocellular carcinoma. In these two cases hepatocellular carcinoma was thought at first by ultrasonography but it was concluded that the cases were angiomyolipoma by computed tomography.

Anahtar kelimeler: Anjiomyolipoma, Hepatoseluler karsinom

Key words: Angiomyolipoma, Hepatocellular Carcinoma

Hamartoma olarak da adlandırılan böbreğin iyi huylu tümörlerinden renal anjiomyolipomlar tüm böbrek tümörlerinin %1'den azını oluşturmalar (1). Orta yaş grubunda ve daha çok kadınlarda görülürler. Düz kas, yağ dokusu ve vasküler yapıdan oluşan bu tümörler genellikle bir tane olmakla birlikte, hastaların %30'unda multipl olabilirler (2). Multipl tümör bulunan olguların da %50'si "tuberous sclerosis" ile birliktedir. Renal anjiomyolipomalar, vakaların %20-30'unda her iki böbreği birden tutarlar. Tek taraflı olduklarında "Renal cell Carcinoma" a benzerlik gösterirler. Renal anjiomyolipomada bölgesel lenf nodu tutulumu görülebilirse de bu gerçek metastaz değildir (3,4).

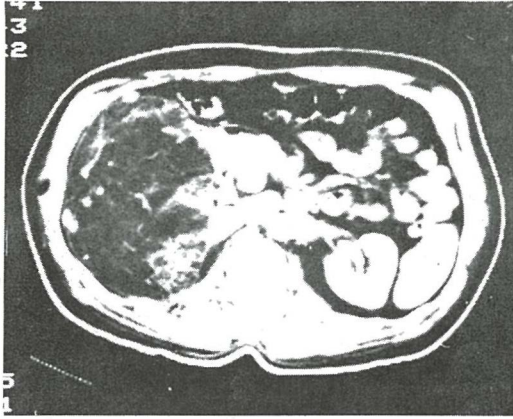
Makroskopik görünümü yer yer kanama odakları ile beraber, sarı, gri renkli tümöral oluşumdur. Histopatolojik görünümü ise hipersellularite, pleomorfizm ve mitoz nedeniyle leiomyosarkomla da karışabilir (3).

Hastalar, tümör kapsülünün gerilmesi, intrarenal veya perirenal kanama sonucu karın ve/veya yan ağrısı şikayetleri ile kliniklere müracaat ederler. Kitleye bağlı bası bulguları ve hematüri de görülebilir. Tümörün hafif bir travma veya spontan rüptürü sonucu oluşabilecek kanamalar en önemli komplikasyonudur (5).

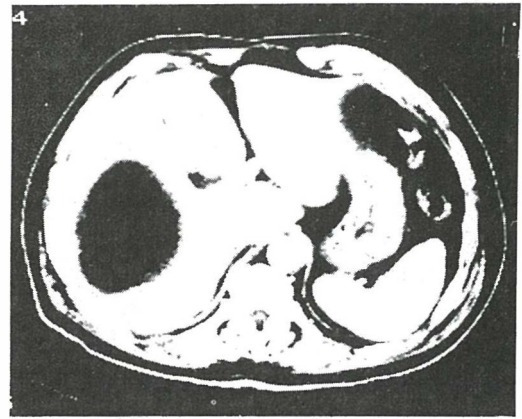
Vaka takdimlerimizde karın ve yan ağrısı şikayeti olan ve fizik muayenesinde, karaciğer kaynaklı kitlesi olduğu düşünülen ve yapılan tetkikler sonucunda ise anjiomyolipoma saptanan iki olgu sunulmuştur.

Vaka 1

Karın ağrısı şikayeti ile kliniğimize müracaat eden 55 yaşında erkek hastanın, şikayetlerinin bir ay önce başladığı, karın ağrısının sağ lomber bölgeden göbek ve karnın sağ üst kısmına yayıldığı, künt vasıfta olup 2-3 saat sürdüğü tesbit edildi. Fizik muayenesinde, inspiyumda midklavikuler hattan itibaren kot kenarını 10 cm. geçen üstü nodüler yapıda ve bombeleşmiş hissi veren, sert, künt kenarlı kitle palpe edildi. Bu



Resim 1 : Sağ böbrek alt polden kaynağını alan ve böbreği ön-mediale iten düzgün sınırlı, heterojen dansiteli hipoekojen (yağ dansitesinde) kitlenin BT görünümü



Resim 2 : Aynı kitlenin karaciğere indentasyon gösteren üst bölümünün BT görünümü.

kitle solunumla hareketli idi. Laboratuvar tetkiklerinde karaciğer fonksiyon testleri, alfa-fetoprotein, rutin kan ve idrar tetkikleri normaldi. HBsAg (-), Anti-HCV (+) idi. Özel bir sağlık kurumunda yapılan abdominal ultrasonografisinde; karaciğer sağ lobda ileri düzeyde eko distorsiyonu, parankimal eko paterninde kaybolma, nodülerite ve asit saptanarak hepatosellüler karsinoma ile uyumlu olarak tespit edilmişti. Hastanemizde tekrarlanan ultrasonografisinde; karaciğer parankiminden başlayıp sağ inguinal bölgeye kadar uzanan düzgün kenarlı, sağ böbrek ve asendan kolunu mediale deplase eden kitle saptandı. Bunun üzerine çekilen abdominal bilgisayarlı tomografisinde, hepatomegali ve sağ böbrek alt polden kaynağını alan yaklaşık 190x150x110 mm. ebatlarında düzgün sınırlı, heterojen dansiteli, yağ komponenti de içeren kitle (anjiomyolipom) tespit edildi (Şekil 1,2). Daha önce koroner By-pass operasyonu da geçiren hasta kardiyak yakınmaları ve klinik durumunun stabil olmaması nedeniyle operasyona alınmadı. Hasta HCV'ne bağlı kronik hepatit ve tümörün seyri yönünden aylık kontrollerle kliniğimiz ve üroloji kliniğince takibe alındı.

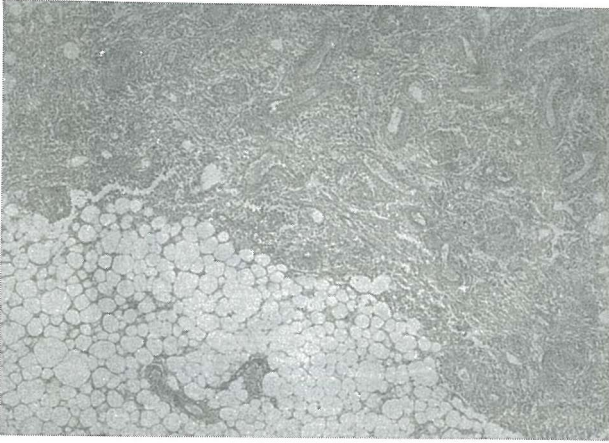
Vaka 2

56 yaşında bayan hasta 3 aydır devam eden sağ yan ağrısı ve idrarda yanma şikayeti ile müracaat ettiği hekim tarafından hepatomegalisinin tesbit edilmesi üzerine kliniğimize sevk edildi.

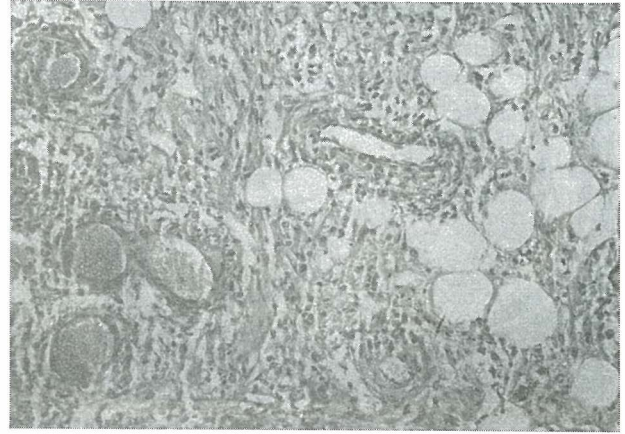
Fizik muayenesinde, karaciğer derin inspiryumda sert, künt kenarlı, üzeri nodüler yapıda midklavikuler hatta, kot kenarını 6 cm geçen büyüklükte palpe edildi. Rutin kan, idrar tahlilleri, alfa-fetoprotein normal, HBsAg, Anti-HCV negatif idi. Batın ultrasonografisinde, karaciğer sağ lob, posterolateralde 22x15 mm. ekojen, düzgün sınırlı kitle (hemanjiom), sol lob üst polde 53x56 mm. boyutlarında, solid heterojen yapıda kitle izlendi. Batın tomografisinde, sağ böbrek üst polünde toplayıcı sisteme de kompresyon oluşturan düzgün konturlu, nonhomojen, kontrast tutmayan alanlar ve yağ dansiteleri içeren 56x59x50 mm. boyutlarında kitle görüldü. Perirenal ve pararenal lenfadenopati görülmedi. Karaciğer sağ lob posterolateralde 24x18 mm. boyutlarında düzgün sınırlı hemanjiom ile uyumlu kitle saptandı. Hastaya sağ radikal nefrektomi yapıldı. Kitlenin histopatolojik tanısı anjiomyolipom olarak rapor edildi (Resim 3,4).

TARTIŞMA

Renal anjiomyolipoma sıklıkla 50-60 yaşları arasında ve özellikle kadınlarda görülür. Nadir görülmesine karşın, ultrasonografi ve bilgisayarlı tomografi incelemelerinde içerdiği yağ dokusuyla kolayca tanı konulabilmektedir. 4 cm. den küçük lezyonlar çoğunlukla asemptomatiktir ve kanama nadirdir (3). Bir başka çalışmada da 5 cm. den küçük, asemptomatik anjiomyolipomalı 26 hasta ortalama 45 ay sonografik olarak takip



Resim 3 : Anjiomyolipomun histopatolojik görünümü. H.E. 50X.



Resim 4 : Anjiomyolipomun histopatolojik görünümü. H.E. 100X.

edilmiş, sadece iki hastada tümörde büyüme ve kanama komplikasyonu gözlenmiştir (6).

Bizim iki vakamız da tümörün sık gözleendiği yaş grubunda olup, birisi erkek diğeri bayandı. Her iki hastamızda da fizik muayene ve ultrasonografik tetkikler, bir hastamızda birlikte anti-HCV'nin de müsbet olması hepatosellüler karsinoma lehine yorumlanmış, ancak bilgisayarlı batin tomografisi ile anjiomyolipom tanısı konulmuştur. Bu tanı nefrektomi yapılabilen bir hastada histopatolojik olarak da teyid edilmiştir. Her ne kadar batin ultrasonografisi ile de anjiomyolipom tanısı konulabileceği belirtilmekte

ise de, bizim iki vakamızda da tanı tomografi ile konulabilmiştir.

Renal anjiomyolipom tanısı konulan hastalarda kanama komplikasyonu görölse de nefrektomi yapılmadan konservatif cerrahi girişim veya kanamayı kontrol etmek için selektif embolizasyon yapılabilir (7). Sonuç olarak; özellikle karaciğerden kökenini aldığı düşünölen, tek kitle lezyonlarında batin tomografisi mutlaka yapılmalı, sonuçları bakımından hepatosellüler karsinoma göre yüz güldürücü olan anjiomyolipom ayırıcı tanıda göz önünde tutulmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Perry NM, Webb JAW, White FE, Whitfield HN. Hemorrhagic angiomyolipoma of the kidney. The Journal Urology 132 : 749-51, 1984.
2. Sanchez FW, Vujic I, Ayres IR, Furry NS, Gobien RP. Hemorrhagic renal angiomyolipoma. Superselective renal arterial embolization for preservation of renal function. Cardiovascular Intervent. Radiology 8: 39-42, 1985.
3. Beldegrun A., De Kernion J. B. Renal tumors. Campbell's Urology (Walsh P.C., Retik A. B., Stamey T.A., Vaughan E. D.) W. B. Saunders Comp. Philadelphia. 6 th Edition 1053-88, 1992.
4. Tallarigo C, Baldassarre R, Bianchi G. Diagnostic and

therapeutic problems in multicentric renal angiomyolipoma. The Journal Urology 148 : 1880-84, 1992.

5. Chan KW, Chan KL. Spontaneous rupture of renal tumours presenting as surgical emergency. British Journal Urology 71 : 253-5, 1993.
6. Hobarth K, Klingler HC, Kuber W, Kratzik C. Value of routine sonography in the diagnosis and conservative management of renal angiomyolipoma. Euro. Urology 24 : 239-43, 1993.
7. Elias AZ, Schelhammer P, Scheafer JC, Drucker JR, Jagffe AH, et al : Management of bleeding renal angiomyolipomas by transcatheter embolization following CT diagnosis. Urol. Radio. 6 : 205-9, 1984.