

# RENAL ANJİOSARKOM (OLGU SUNUMU)

Dr. Umit BAYOL (\*), Dr. Bilge TARCAN (\*\*), Dr. Fatma Nur AKTAŞ (\*\*\*), Dr. Ferruh ZORLU (\*\*\*\*), Dr. Ertan CAN (\*\*\*\*\*)

**ÖZET:** Renal anjiosarkom son derece ender görülen bir neoplazm olup literatürde 8 olgu tarif edilmiştir. 56 yaşında sol böbrek lojuna uyan alanda şişlik şikayeti ile gelen erkek hastada görüntüleme yöntemleri retroperitoneal alanda dev lezyon belirledi. Radikal nefrektomi ile total çıkarılabilen kitle patolojik inceleme sonucu "PRİMER RENAL ANJİOSARKOM" tanısı aldı.

**SUMMARY:** Renal angiosarcoma is an extremely rare malignant neoplasm with only 8 well documented cases in English literature. Retroperitoneal giant mass lesion is detected by ultrasonography and CT in the 56 years old male patient, complaining of a well localized on the left kidney region. Neoplasm is totally excized by radical nephrectomy and pathological examination revealed a primary renal angiosarcoma.

## GİRİŞ

Anjiosarkomlar yumuşak doku malignitelerinin en ender görülen formlarından biridir. 20 yılı kapsayan bir çalışmada tüm sarkomların % 1 inden az bölümünü oluşturduğu bildirilmiştir. Bu olgularında üçde biri deri, dörtte biri ise yumuşak doku yerleşimlidir (1). Morfolojik spektrumu çok geniş olup, hemanjiom benzeri görüntülerden, karsinom veya melanomu anımsatır desenlere kadar değişebilir (1).

Böbrek sarkomları da tüm böbrek maligniteleri arasında küçük bir grubu (% 1-3) oluşturmaktadır (2,3). Böbrek, anjiosarkom için son derece ender bir lokalizasyon olup, İngilizce literatürde sadece 8 olgudan söz edilmektedir (4). 8 olgunun 6 sı erkektir ve yaşları 46-75 arasında değişmektedir. Bu olguların takip bilgileri çok sınırlıdır. 4 olgunun 2-10 ay arasında yaygın metastazlarla kaybedildiği bildirilmiştir (4).

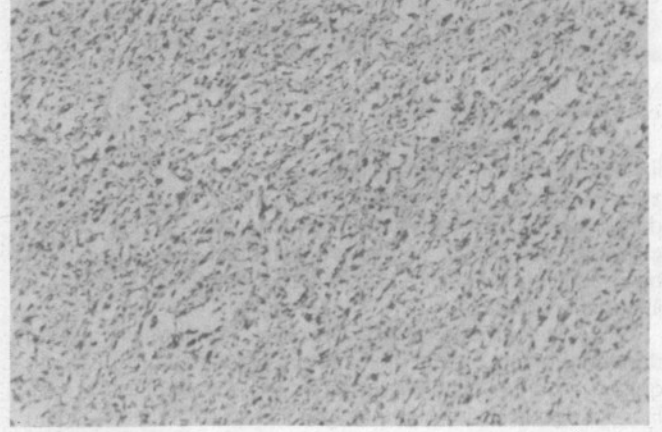
## OLGU SUNUMU

56 yaşında erkek hasta, sol böbrek lojuna uyan alanda şişlik şikayeti ile 24-4 1994 de kliniğe başvurdu. Şişliği yaklaşık 6 ay önce fark eden hasta bu zaman sürecinde doktora gitmemiş. Noktürü ve hafif bir dizürü dışında üriner bir şikayet yok. Genel fizik muayenesinde sol böbrek palpabl ve paraumbilikal sola doğru gelişmiş kitle tespit edildi. Diğer sistemler normal bulundu.

Ultrasonografi sol böbrek lojunda orta hatta uzanan, boyutları tam ölçülemeyen, vaskülarizasyon gösteren yarı kistik öncelikle teratom düşündüren gross kitle ile 4 cm çaplı hipoplazik bölgeye benzeyen görüntü tarif etti.

27-4-1994 de yapılan BT ise sol böbrek lojunda retroperitoneal alanda büyüyerek dalağa bası yapan, barsak anısına laterale sıkıştıran, karın ön duvarına bası yaparak bombeleşmesine neden olan, lobule konturlu geniş kistik yapılar içeren lateralde kalsifikasyon odakları gösteren 20x18.5x11cm boyutlarda dev lezyon belirledi. Laboratuvar tetkikleri özellik göstermedi. 29-4-1994 de uygulanan ince iğne aspirasyon sitolojisi ile malign tanısı aldı.

2-5-1994 de operasyona alınan hastada, batın da yapılan explorasyonda herhangi bir patolojiye rastlanmadı. İnen kolon mediale alınıp retroperitonea girildiğinde, kitlenin ortada umblikusa, aşağıda ise pelvise kadar uzandığı görüldü. Arkada psoas'a yapışıklıklar göstermekteydi. Kitle ve kitlenin kenarında sıkışmış olan böbrek çevre yapışıklıklarından serbestleştirilip total olarak çıkarıldı.



Resim 1 : Genel görünüm. HEX275

Hasta 27-5-1994 de kontrol amacıyla tekrar yatırıldı. Biokimyasal tetkikler tümüyle normal sınırlar da bulundu. Tüm batın BT'si ve thorax BT'si özellik göstermedi. Metastaza raslanmadı.

Patolojik incelemede 12 cm uzunlukta 0.6 cm çapında tümöral kitleden ayrı olarak gönderilmiş, olağan görünümü üreter parçası ile 35x30x22 cm boyutlarda dış yüzü düzgün, hafifce lobüle kırmızı kahverengi tümöral kitle izlendi. Tümöral kitleye yapılan kesitlerde, kitlenin bir kenarında, yaklaşık 4x3x1.5 cm'lik sıkışmış böbrek dokusu dikkati çekti. Diğer alanlar tümü ile ileri derecede hemorajik, nekrotik ve içleri koagüle kanla dolu kistik yapılardan oluşuyordu.

Mikroskopik olarak tümör hücreleri iğsi veya hafifçe poligonallı şekilli olup, yarık tarzında, birbirleriyle anastomoze sinüzoidal vasküler yapılar kanallar oluşturuyordu. HE ve retikulum ile tümör hücrelerinin vasküler yapıları döşediği ve yer yer intravasküler tomurcuklar yaptığı gözlemlendi. Bazı mikroskopik alanlarda tümör daha solid hücre kitleleri niteliğindeydi. Tümörü yansıtır tüm kesitlerde hafif bir pleomorfizm ve nükleer atipi izlendi.

## TARTIŞMA

Renal sarkomların semptomatolojisi ve görüntüleme bulguları karsinomlardan farklı değildir (3). Literatürde tarif edilen 4 olgunun 3'ünde böbrek lojunda ağrı, 2'sinde hematüri, 2'sinde kilo kaybı şikayetleri bulunmaktadır. Bu olguların radyolojik incelemelerinde 2 olgunun hipervasküler, diğer ikisinin hipovasküler oldukları görülmüştür (5,6). Bizim olgumuz ise ultrasonografi ile hipervasküler olarak değerlendirilmiştir.

Klasik bilgi olarak sarkomların, sarkomatoid renal hücre-

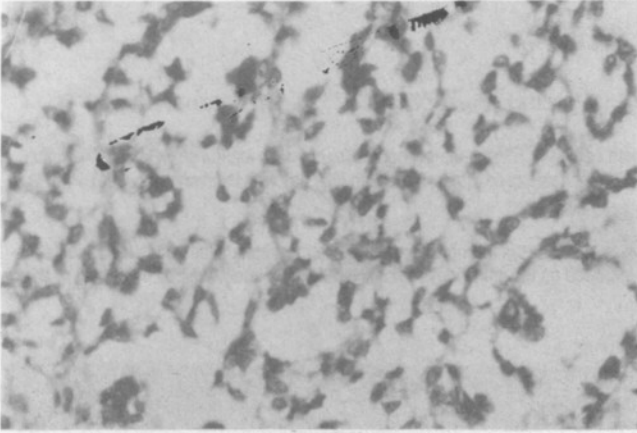
\* SSK Tepecik Hastanesi Patoloji Bölümü Şefi

\*\* SSK Tepecik Hastanesi Patoloji Bölümü Uzmanı

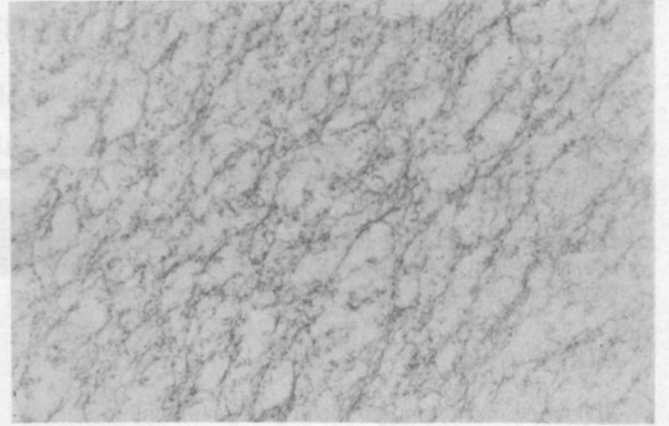
\*\*\* SSK Tepecik Hastanesi Patoloji Bölümü Asistanı

\*\*\*\* SSK Tepecik Hastanesi Üroloji Kliniği Şefi

\*\*\*\*\* SSK Tepecik Hastanesi Üroloji Kliniği Uzmanı



Resim 2 : Vasküler arahlıkları döşeyen malign endotelial ve intravasküler tomurcuklar. HEX440



Resim 3 : Genel görünüm Gümüşleme X275

li karsinomlardan ayırt edilmesi gerekmektedir (1,7). Çözüm ise çok sayıda örneklemedir (1,2). Biz kendi olgumuzda bu kuşku ortadan kaldırmak amacıyla yaklaşık 20 cm çapındaki tümörden 45 blok ve her bloktan en az 6 kesit hazırladık. Hiçbir kesitte karsinomu düşündürür bir morfolojiye rastlamadık.

Allred ve arkadaşları ile Cason ve arkadaşları tarafından tanımlanan 2 renal anjiosarkom olgusu ile bizim sunduğumuz olgunun histolojik görünüşleri çok benzerdir (5,6). Her iki olguda bizim olgumuz gibi HE ve retikulum boyaları ile değerlendirilmiş ve tanı almıştır (5,6). İmmunohistokimyasal olarak faktör VIII bağlantılı antijen gösterilerek tanı desteklenebilirse de, anjiosarkomlarda bu antijen değişken miktarlardadır ve tümörden tümöre fark gösterebildiği gibi aynı tümördeki hücreler içinde de homojen değildir. Kötü diferansiye tümörlerde ise değeri çok tartışmalıdır (1). Cason ve arkadaşlarının olgusunda da faktör VIII bağlantılı antijen negatif bulunmuştur (5).

Gerek klasik kitaplarda, gerekse olgu sunumlarında vurgulandığı üzere anjiosarkomlar yüksek malign potansiyelli tümörlerdedir (1,2,4). Bizim olgumuzda ise, ameliyat öncesinde ve bir ay sonrasında yapılan tetkiklerde metastaza uyabilecek bir lezyon tesbit edilmemiştir. Postoperatif 3 ayda olan olgunun rutin takipleri sürmektedir.

#### KAYNAKLAR

1. Enzinger FM, Weiss SW. Soft Tissue Tumors. St. Louis: CV Mosby Co;1983:422.
2. Murphy WM. urological Pathology. Philadelphia:WB Saunders Co;1989:454.
3. Srinivas V, Sogani PC. Sarcomas of Kidney. J Urol 1984;132:13.
4. Petersen OR. Urologic pathology. Philadelphia: JB Lippincott Co; 1992:124.
5. Cason JD, Waisman J. Anjiosarcoma of kidney. Urology 1987;30:281.
6. Allred CD, Cadhey WJ. Primary Renal Anjiosarkom A Case Report. Hum Pathl 1981; 12: 665
7. Tomera MK, arrow GM. Sarkomatoid Renal Carcinoma. J Urol 1983;130:657.