

RETROPERİTONEAL VE BÖBREK İNFLAMATUAR PSÖDOTÜMÖR: BİR OLGU SUNUMU VE LİTERATÜR TEKRARI

RETROPERITONEAL AND RENAL INFLAMMATORY PSEUDOTUMOR: A CASE REPORT

Cabir ALAN*, Oktay DEMİRKESEN*, Özgür SANCAKLI*, Ramazan ALTINTAŞ*,
Sergülen DERVİŞOĞLU**

* İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı, İSTANBUL

** İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı, İSTANBUL

ABSTRACT

Introduction: Inflammatory pseudotumor (IPT) is a rare benign condition of unknown etiology characterized by proliferative myofibroblasts, fibroblasts, histiocytes and occasionally plasma cells and lymphocytes. It is not a real neoplasm despite mimicking the tumor as clinically and radiologically. Although the etiology is unknown, there are some inflammatory episodes shown in its existence but any specific infective agent couldn't found. Surgical resection is mostly performed in its treatment but there are also successful results taken by corticosteroid and antibiotic therapy. Forty years old patient treated with antibiotic therapy is presented with literatures in this case report, in which there was a malignant mass suspicion in retroperitoneum and kidney radiologically. Histopatological examination of biopsy material of the retroperitoneal mass was determined as inflammatory pseudotumor.

Key Words: Renal inflammatory pseudotumor, retroperitoneal mass

ÖZET

İnflamatuvar psödotümör ender bir görülen bir lezyondur. Klinik ve radyolojik olarak tümörü taklit etmesine rağmen gerçek bir tümör değildir. Histopatolojik olarak dokuda proliferatif miyofibroblastlar, histiositler ve plazma hücre artışı ile karakterizedir. Etiyolojisinde belli bir neden bulunmamakla birlikte gelişiminde inflamatuvar olayların yer aldığı gösterilmiş ancak spesifik bir enfeksiyon etkeni ortaya konulamamıştır. Tedavide en sık cerrahi rezeksiyon uygulanmakla birlikte kortikosteroid veya antibiyoterapi ile de başarılı sonuçlar alınmaktadır. Burada radyolojik olarak retroperitonda ve böbrekte malin kitle şüphesi olan ve retroperitondan alınan biyopsi materyalinin patolojik incelenmesinde inflamatuvar psödotümör tespit edilen ve antibiyoterapi uygulanarak tedavi edilen 40 yaşındaki bir olgu literatürde irdelenerek sunulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Renal inflamatuvar psödotümör, retroperitoneal kitle

GİRİŞ

İnflamatuvar psödotümör (IPT), etiyojisi belli olmayan nadir görülen selim bir durumdur. Histopatolojik olarak dokuda proliferatif miyofibroblastlar, histiositler ve plazma hücre artışı ile karakterizedir¹. Klinik radyolojik ve morfolojik olarak tümörü taklit etmesine rağmen gerçek bir tümör değildir. Doğru tanı, yalnızca inflamatuvar ve fibroblastik infiltratın saptandığı histopatolojik inceleme ile konulabilir². Lezyon genellikle enfeksiyondan sonraki dönemde ortaya çıkan inflamatuvar sürece ikincil olarak gelişir³. IPT daha önce AC ve göz gibi birkaç organda tanımlanmış olmasına rağmen retroperiton ve böbrekte nadiren ortaya çıkar.

Bildiğimiz kadarıyla İngilizce literatürde şimdiye kadar 26 böbrek IPT olgusu, ve 10 adet

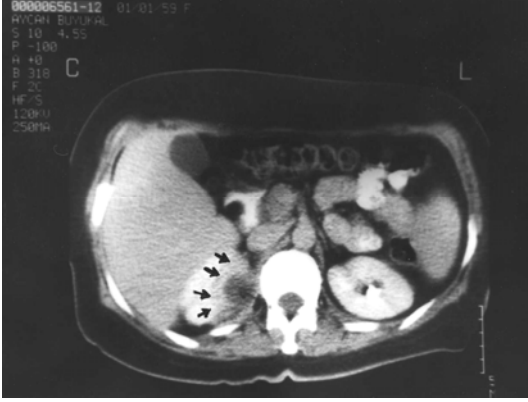
retroperitoneal IPT olgusu bildirilmiştir. Böbrek ve retroperitoneal IPT birlikteliği ise Williams ve ark. tarafından bildirilmiştir⁴. Olgumuz bu yönü ile ikinci bildirilen retroperitoneal ve böbrek IPT olgusudur.

OLGU SUNUMU

İntermittan ateş, kilo kaybı (1 ayda 10 kg) yakınması ile İç Hastalıkları polikliniğine başvuran 40 yaşında bayan hastanın yapılan ultrasonografik incelemesinde sağ böbrekte kitle saptanmıştır. Hastanın ürolojik değerlendirilmesinde; öyküde 3 yıldır mevcut olan DM ve 6 ay önce geçirilmiş genital enfeksiyon saptandı. Fizik muayenesinde sağ kostovertebral bölgede hassasiyet ve 38°C ateş belirlendi. Tam kan sayımında lökosit sayısı 13000/mm³ olup kan üre, kreatinin, elektrolit seviyeleri normal değerlerde idi. Ultra-

Dergiye Geliş Tarihi: 22.10.2003

Yayına Kabul Tarihi: 16.02.2004



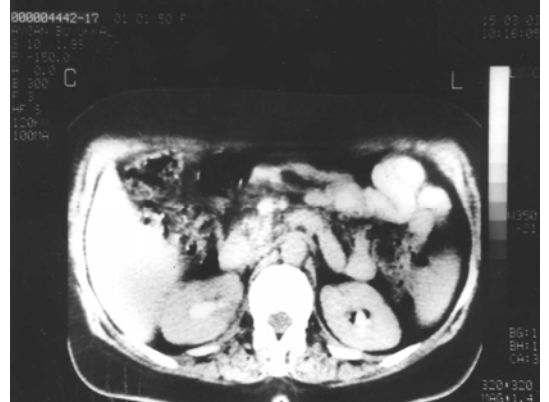
Resim 1. Böbrekteki lezyonun BT görünümü (ok işaretiliye gösterilen alan)



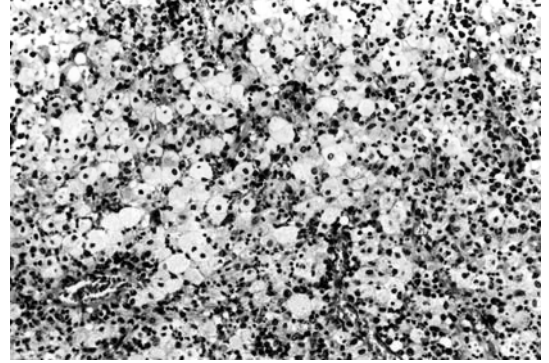
Resim 2. Retroperitoneal kitlenin MR görünümü (ok işareti ile gösterilen alan)



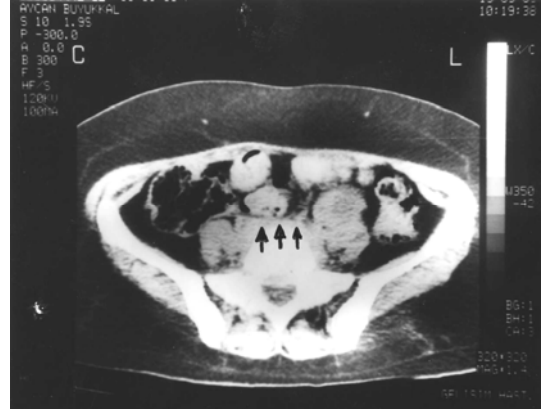
Resim 3. Retroperitoneal kitlenin BT görünümü (ok işareti ile gösterilen alan)



Resim 4. Antibiyotik tedavisi sonrası böbreğin BT görüntüsü (Lezyonun kaybolduğu görülmektedir.)



Resim 5. Yumuşak dokuda bol ksantomatöz tipte histiyosit, iltihabi mononükleer hücreler, seyrek polimorf nötrofil içeren ksantogranülatöz iltihap (HEx200)



Resim 6. Antibiyotik tedavisi sonrası retroperitondaki kitlenin kaybolduğu görülmektedir

sonografik incelemede sağ böbrek orta kısmında 27x32 mm çapında solid heterojen kitle ve grade 2 hidronefroz mevcuttu. Bilgisayarlı tomografide sağ böbrekte aynı lokalizasyonda homojen, kon-

turları düzenli, yaklaşık 3 cm çapında kitle onaylandı ve retroperitonda iliak damarlar arasında 4x5 cm boyutunda ayrı bir kitle daha saptandı (Resim 1, 2, 3). Sağ üretere double J stent yerleştirilerek hasta gözlem altına alındı ve antibiyoterapi (siprofloksasin 500 mg günde iki kez) başlandı. Bir hafta sonra böbrek ile retroperitondaki kitleden bilgisayarlı tomografi kılavuzluğunda planlanan biyopsi işlemi sırasında ve ultrasonografik kontrolde böbrekteki kitle görülemedi (Resim 4). Retroperitondaki kitle ise iliak damarlar arasında yerleşmiş olduğundan damar yaralanması açısından yüksek riskli olarak kabul edilerek işlem yapılmadı. Daha sonra retroperitondaki kitleden laparoskopik olarak eksizyon biyopsisi alındı. Histopatolojik incelemede xanthogranulomatöz reaksiyonla seyreden inflamatuvar hastalık olduğu saptandı (Resim 5). Hasta antibiyoterapi ile taburcu edildi. Bir ay sonraki BT incelemesinde retroperitondaki kitlenin kaybolduğu görüldü (Resim 6). Sekiz aydır izlemde olan hastanın eski kilosuna ulaştığı, ateşinin normale döndüğü ve radyolojik tetkiklerde herhangi bir problem olmadığı görüldü.

TARTIŞMA

IPT'nin nedeni ve patogenezi bilinmemekle birlikte miyofibroblastların reaktif proliferasyonu sonucunda meydana geldiği düşünülmektedir⁵. IPT esas olarak iğsi hücre, plazma hücreleri ve daha az oranda histiyositler ve lenfositler tarafından infiltre edilmiş yoğun hiyalinize kollajen dokudan meydana gelen non-neoplastik bir proliferasyondur⁶. Histolojik olarak miksoid, iğ hücreli ve hiposellüler olmak üzere 3 formu mevcuttur⁷. Cerrahi ve/veya travma sonrası fungal, bakteriyel, ve mikrobakteriyel enfeksiyonlar, üreteral obstrüksiyon ve maliniteler ile ilişkili olgular bildirilmiştir⁸⁻¹⁰. Olgumuzda da 6 ay önce geçirilmiş bir genital enfeksiyon öyküsü mevcuttu.

Lezyonu tanımlamak için IPT, postinflamatuvar tümör, plazma hücreli granuloma, xantomatoz psödotümör gibi çeşitli terimler kullanılmıştır. Literatürde ksantomatoz reaksiyonla giden retroperitoneal IPT olgusu ilk olarak 1998 yılında Kondo ve ark. tarafından bildirilmiştir¹¹. Olgumuz bu yönüyle bildirilen ikinci retroperitoneal IPT olgusudur. IPT akciğer, orbita, paratroid, plevra, mide ve karaciğer gibi pek çok organda tanımlanmıştır. Retroperitonda geliştiği zaman

kitle basısı nedeniyle üreteral obstrüksiyona neden olabilmektedir¹². Nitekim olgumuzda da sağ üreterdeki obstrüksiyona sekonder olarak sağ böbrekte grade 2 hidronefroz gelişmişti. IPT ürogenital traktusta genellikle mesane veya prostatta lokalizedir. Nadiren böbrekte de ortaya çıkabilir¹³.

Primer retroperitoneal tümörler seyrek görülen tümörlerdir. Yetişkinlerde görülen tüm malignansilerin %1'den azı retroperitondan köken almaktadır. Primer retroperitoneal tümörler nöral, mezodermal, embriyonik kalıntı ve ürogenital katlantı dokularından köken alabilir. Yaklaşık %70-80'i malin tümörlerdir¹⁴. Malin retroperitoneal tümörler histolojik olarak liposarkom, fibrosarkom, miksosarkom olabilmektedir. Erişkinlerde retroperitoneal tümörlerin üçte ikisini lenfomalar oluşturmakta, ikinci sıklıkta ise liposarkom görülmektedir¹⁵. Klinik ve radyoloji olarak retroperitoneal IPT'ün fibrosarkomdan, liposarkomdan veya malin histiositomdan ayrımını yapmak zordur. Explorasyon yapılarak veya laparoskopik olarak veya BT eşliğinde kitleden biyopsi alınarak histopatolojik olarak ayrı tanımasını yapmak gereklidir^{12,16,17}. Olgumuzda hem retroperiton hem de böbrekteki kitle klinik ve radyolojik olarak tümöre benzemekteydi. Ancak olgumuzda radyolojik olarak böbrekte saptanan kitle antiinflamatuvar ve antibiyotik tedavisini takiben gerilediğinden biyopsi alınamamıştır.

IPT bulguları genellikle non-spesifiktir. Olgularda sıklıkla ağrı, kilo kaybı ve ateş yakınmalarını görülebilmekle birlikte bu bulgularla ameliyat öncesi maliniteyi ekarte etmek güçtür. Kanın biyokimyasal incelemesinde ise anemi, hipergamaglobulinemi ve sedimentasyon artışı saptanabilir. Ancak bu bulgularda hastalığa spesifik değildir^{7,18}.

İnflamatuvar PST'nin radyolojik bulguları non-spesifiktir. Renal IPT ultrasonografide hipo veya heterojen ekolu kitle, bilgisayarlı tomografide homojen veya heterojen yer işgal eden kitle, manyetik rezonans görüntülemesinde hipovasküler lezyon olarak görülmektedir³. Olgumuzda böbrekteki lezyon BT'de heterojen yer işgal eden lezyon şeklinde idi.

IPT'nin gerçek neoplazm yada reaktif süreç mi olduğu ve doğal seyri tartışmalıdır. En geniş seriyeye sahip Coffin ve arkadaşları, benin ve me-

tastaz yapmayan ancak lokal agresif seyirli olarak tanımlanmışlardır¹⁹. Ancak IPT yeni tanımlanan bir kavram olan miyofibroblastik sarkomların bir formu olarak değerlendirenler de vardır²⁰. Bununla birlikte IPT’de ağır sitolojik atipi yoktur ve sarkomlara göre çok daha az mitoz içerdiği yapılan çalışmalarla gösterilmiştir⁵.

IPT tedavisinde cerrahi rezeksiyon en iyi yöntem olarak kabul edilmekle birlikte^{7,21}, cerrahi rezeksiyonun mümkün olmadığı olgularda alternatif olarak yüksek doz steroid, antibiyoterapi ve radyoterapi uygulanabilir^{4,22}. Quin ve ark. renal IPT saptanan 5 olguya antibiyoterapi uygulamış ve hastaların tümünde kitlede regresyon olduğunu bildirmiştir²³. Biz de olgumuzda da antibiyoterapi ile böbrekte ve retroperitondaki kitlede regresyon saptadık.

Sonuç olarak böbrekte ve retroperitonda saptanan kitlelerin ayrıacı tanısında inflamatuvar psödotümörde düşünülmesi ve hastalar yalnızca radyolojik görüntüleme yöntemleriyle değil klinik ve biyokimyasal olarak da değerlendirilmelidir. Klinik olarak infeksiyöz tablo (ateş, lökositoz vs) gösteren olgularda gereğinde antibiyoterapi uygulandıktan sonra radyolojik olarak kitle yeniden değerlendirilmelidir.

KAYNAKLAR

- 1- **Horiuchi R, Uchida T, Kojima T, et al:** Inflammatory Pseudotumor of the liver: Clinicopathologic study and review of the literature. *Cancer* 65: 1583-1590, 1990.
- 2- **Kobayashi TK, Ueda M, Nishino T, et al:** Inflammatory Pseudotumor of the kidney: Report of a case with fine needle aspiration cytology. *Acta Cytol*, 44: 478, 2000.
- 3- **Tae JK, Seung HK:** Radiologic Findings of Renal Inflammatory Pseudotumor: A Case Report. *Korean J Radiol*. 1(4): 219-222, 2000.
- 4- **Williams ME, Longmaid HE, Trey G et al:** Renal failure resulting from infiltration by inflammatory myofibroblastic tumor responsive to corticosteroid therapy. *Am J Kidney Dis*, 31: E5, 1998.
- 5- **Jones EC, Clement PB, Young RH:** Inflammatory Pseudotumor of the urinary bladder: A clinicopathological, immunohistochemical, ultrastructural and flow cytometric study of 13 cases. *Am J Surg Pathol* 17: 264-274.
- 6- **Young RH, Scully RE:** Pseudosarcomatous lesions of the urinary bladder, prostate gland and urethra: A report of three cases and review of the literature. *Arc Pathol Lab Med* 111: 354-358, 1987.
- 7- **Kapusta LR, Weiss MA, Ramsay J, Lopez-beltran A, Srigley JR:** Inflammatory myofibroblastic tumors of the kidney: A clinicopathologic and immunohistochemical study of cases. *Am J Surg Pathol*. 27(5): 658-66, 2003.
- 8- **Perez Arbej JA, Vaillo VA, Arnaiz JF et al:** Renal Pseudotumor. *Arch Esp Urol*, 56(4): 428-30, 2003
- 9- **Emley TE, Cain MP, Faught PR, Davis MM:** Ureteropelvic junction obstruction due to inflammatory pseudotumor masquerading as hydronephrosis because of a neuropathic bladder in a child with myelomeningocele.
- 10- **Coffin CM, Dehner LP, Meis-Kindblom JM:** Inflammatory myofibroblastic tumor, inflammatory fibrosarcoma and related lesions: A historical review with differential diagnostic considerations. *Semin Diagn Pathol*, 15: 102, 1998
- 11- **Kondo T, Onitsuka S, Kobayashi H, et al:** A case of retroperitoneal pseudotumor (xanthogranuloma). *Hinyokika Kiyo*, 44(1): 21-4, 1998.
- 12- **Dehner LP, Coffin CM:** Idiopathic fibrosclerotic disorders and other inflammatory pseudotumors. *Semin Diagn Pathol*. 15(2): 161-73, 1998.
- 13- **Bell ND, Gavras JN, Donnell CA, Rodring CB:** Renal Inflammatory Pseudotumor. *South Med J* 91: 1050-1053, 1998.
- 14- **Resnick MI, Kursh ED:** Extrinsic Obstruction of the ureter. *Campell’s Urology* (Walsh PC, Retik AB, Vaughan ED, Wein AJ, et al). Seventh edition. Philadelphia, Saunders. Vol 3, 411-414, 1998.
- 15- **Dam van PA, Lowe DG, McKenzie Gray B, et al:** Retroperitoneal soft tissue liposarcomas: A review of the literature. *Obstet Gynecol Survey*, 45: 670, 1990.
- 16- **Radhi J, Hadjis N, Anderson L, Burbridge B, Ali K:** Retroperitoneal actinomycosis masquerading as inflammatory pseudotumor. *J Pediatr Surg*. 32(4): 618-20, 1997.
- 17- **Dakir M, Taha A, Sarf I, Attar H, Aboutaieb R, Meziane F:** Inflammatory pseudotumors of the kidney. Report of 2 cases. *Prog Urol* 13(1): 135-9, 2003.
- 18- **Aessopos A, Alatzoglou K, Korovesis K et al:** Renal pseudotumor simulating malignancy in a patient with Adamantiades-Behcet’s disease: Case report and review of the literature. *Am J Nephrol*, 20: 217, 2000.
- 19- **Coffin CM, Watterson J, Priest JR, Dehner LP:** Extrapulmonary Inflammatory myofibroblastic tumor (Inflammatory Pseudotumor). A clinicopathologic and immunohistochemical study of 84 cases: *Am J Surg Pathol*, 19: 859, 1995.

- 20- **Fletcher CD:** Myofibroblastic tumours; an update. *Verh Dtsch Ges Pathol*, 82: 75, 1998.
- 21- **Karnak I, Senocak ME, Ciftci AO, Caglar M et al:** Inflammatory myofibroblastic tumor in children: diagnosis and treatment: *J pediatr Surg*. 36(6): 908-12, 2001.
- 22- **Vujanic GM, Beey PJ, Frank JD:** Inflammatory Pseudotumor of the kidney with extensive metaplastic bone. *Pediatr Pathol*, 12: 557, 1992.
- 23- **Qin JY:** Acute focal bacterial nephritis; report of 7 cases. *Zhonghua Wai Ke Za Zhi* 28(7): 403-6, 1990.