

ÜÇ OLGU NEDENİYLE GENİTOÜRİNER LEİYOMİYOM GENITOURINARY LEIOMYOMAS: REPORT OF THREE CASES

Erim BAŞOK, Asif YILDIRIM, Cenk GÜRBÜZ, Necmettin ATSÜ, Ali İhsan İLHAN, Reşit TOKUÇ
SSK Göztepe Eğitim Hastanesi Üroloji Kliniği, İSTANBUL

ABSTRACT

Introduction: Genitourinary leiomyomas are benign and rare tumors which may arise from any structure or organ containing smooth muscle. Diagnosis of leiomyoma is usually after from surgical resection of tumor because of radiological evidence of leiomyomas are similar to malignant tumors of genitourinary tract. We report three cases of leiomyoma of the kidney, bladder and epididymis and followed by a review of the literature.

Key words: Leiomyoma, kidney, bladder, epididymis

ÖZET

Genitoüriner leiomyomlar benin ve nadir tümörler olup düz kas hücrelerinin bulunduğu her doku ve organdan kaynaklanabilmektedir. Radyolojik bulguları malin lezyonlara benzediği için tanı genellikle cerrahi eksizyondan sonra konulmaktadır. Böbrek, mesane ve epididimden kaynaklanan üç leiomyom olgusu sunuldu ve literatür bilgileri gözden geçirildi.

Anahtar Kelimeler: Leiomyom, böbrek, mesane, epididim

GİRİŞ

Ürogenital leiomyomlara oldukça nadir rastlanmakla beraber ürogenital organların düz kas içerikli dokularından kaynaklanabilmektedir. Leiomyom genellikle tek bir organdan soliter yapıda gelişir¹. Ancak aynı anda birkaç organ yada tek organda multipl yapıda da görülebilmektedir². Leiomyomlar düz kas içeren her organdan ve dokudan kaynaklanabilir. Üriner sistem fonksiyonunu etkilemediği sürece asemptomatiktir. Ürogenital sistemde en sık böbrek kapsülü tutulmaktadır. Bu tümörler genellikle küçüktür ve otopside saptanmaktadır¹⁻³. Histolojik yapısı uterus leiomyomlarına benzerlik göstermektedir⁴.

Kliniğimizde tespit edilen büyük bir böbrek leiomyomu, prostat hipertrofisine eşlik eden trigonal leiomyom ve epididimal leiomyom olmak üzere üç olgu sunuldu ve literatür bilgileri ile tartışıldı.

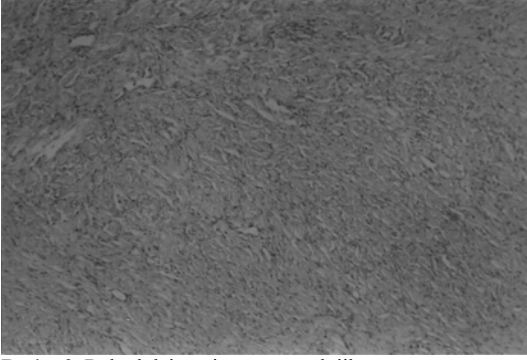
OLGU SUNUMU

Olgu 1: Yetmiş-iki yaşında bayan hasta iki yıldır aralıklı sol yan ağrı şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Fizik incelemede sol lomber bölgede palpable kitleden başka bulgu izlenmedi. Rutin biyokimyasal tetkikleri normaldi. Abdominal ultrasonografide sol böbrekte basit kortikal kist ve beraberinde kitlesel lezyon görülmesi üzerine, kontrast madde alerji öyküsü olan hastaya abdominal MR tetkiki yapıldı. MR’da sol böbrek orta

kısımında 6 cm, sağ böbrek üst polde 2 cm basit kortikal kist, yine sol böbrekte alt polden kaynaklanan inferiyora uzanan, kalın duvarlı, heterojen yapıda, 114x92 mm boyutlarında hemorajik komplike kist yada nekrotik tümörle uyumlu kit- le lezyonu izlendi. Belirgin lenfadenopati izlenmedi (Resim 1). Hastaya böbrek tümörü ön tanısıyla radikal nefrektomi operasyonu uygulandı. Patolojik tanı fibroleiomyom olarak rapor edildi (Resim 2). Ameliyat sonrası iki yıllık takibi normaldi.



Resim 1. MR incelemesinde sol böbrek alt polden kaynaklanan inferiyora uzanım gösteren, kalın duvarlı, heterojen yapıda 114x92 mm boyutlarında kitle.



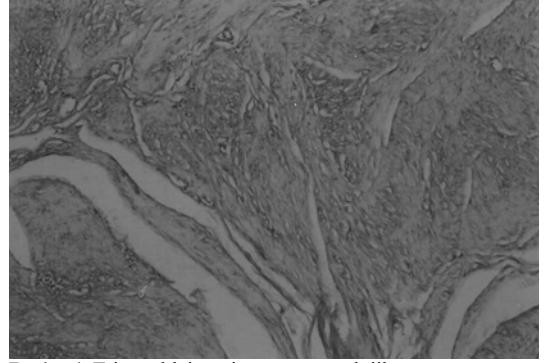
Resim 2. Böbrek leiomyomunun patolojik görünümü



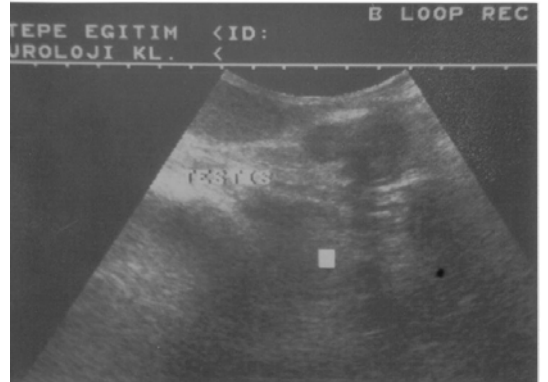
Resim 3. İntravenöz piyelografide mesane tabanında prostata ait gölge ve komşuluğunda 2 cm'lik dolum defekti.

Olgu 2: Yetmiş yaşında erkek hasta üç yıldır giderek artan obstrüktif alt üriner sistem yakınmalarıyla kliniğimize başvurdu. IPSS semptom skoru 17 olan hastanın parmakla rektal incelemesinde prostat grade-II büyümüş ve benin adenom kıvamında, PSA 3,3 ng/dl bulundu. Abdominal USG'sinde prostat 45 cc ölçüldü, intravenöz piyelografide mesane tabanında prostata ait gölge ve bu gölgeye komşu, düzgün sınırlı, yaklaşık 2 cm'lik bir dolum defekti izlenmekteydi

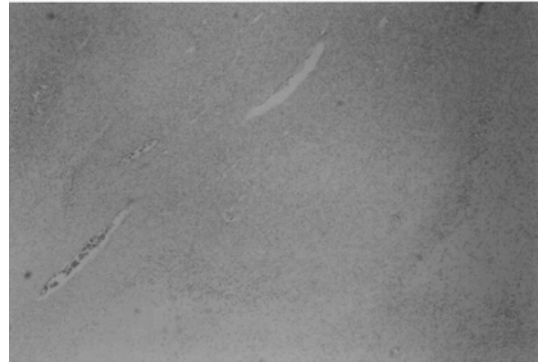
(Resim 3). Sistoskopik incelemede prostat lobları hiperplazik, prostatik üretra 4,5 cm uzunluğunda ve trigon solunda sol orifise yakın yüzeyi normal mukozal örtülü kabartı izlendi. Hastaya TURP uygulandı ve trigondaki lezyon rezekt edildi. Patolojik tanı BPH ve trigonal leiomyom idi (Resim 4). İki yıllık kontrollerinde nüks izlenmedi.



Resim 4. Trigonal leiomyomunun patolojik görünümü.



Resim 5. Skrotal USG'de epididimden kaynaklanan, testisten net ayırt edilemeyen, hipoekoik, homojen lezyon.



Resim 6. Epididimal leiomyomunun patolojik görünümü

Olgu 3: Kırk-dokuz yaşında erkek hasta sol skrotumda kitle şikayetiyle kliniğimize başvurdu. Anamnezinde özellik yoktu. Fizik incelemede sol testis ve epididimi tutan ağrısız, 3x4x4 cm boyutlarında kitle palpe edildi. Skrotal USG'de epididimden kaynaklanan, testisten net ayırt edilemeyen, hipoekoik, homojen lezyon izlendi (Resim 5). Bulgular hemorajik epididim kisti olarak değerlendirildi. Testis tümör belirteçleri normal sınırlarda bulundu. Hastaya inguinal insizyon ile eksplorasyon yapıldı ve epididimden kaynaklanan testisten net ayrılmayan solid lezyon görülmesi üzerine orşiektomi uygulandı. Patolojik tanı epididimal leiomyom olarak rapor edildi (Resim 6). Üç yıllık izlem sonunda nüks izlenmedi.

TARTIŞMA

Böbrek: Böbrek leiomyomu genellikle böbrek kapsülünden ve damarların duvarından nadiren de pelvis renalisten kaynaklanır^{2,5}. Otopsi çalışmalarında böbrek leiomyomun rastlanma olasılığı %5 olarak bildirilmiştir³. Çoğunlukla küçük ve multipl subkortikal lezyonlar olup nefrektomi materyallerinde ve otopsielerde rastlantısal olarak karşılaşılır². Böbrek leiomyomlarının üç tipi mevcuttur: 1- Genellikle cerrahi eksplorasyonda karşılaşılan, subkortikal yerleşimli küçük boyutta ve multiple olanlar, 2- Damardan veya böbrek kapsülünden kaynaklanan büyük boyutta ve tek olanlar, 3- Böbrek pelvisinden kaynaklananlar¹⁻². Böbrek leiomyomları 2. ve 5. dekatta daha fazla görülmektedir ve kadınlarda daha fazla rastlanmaktadır. Hastalar palpe edilebilen kitle, abdominal veya lomber ağrı, mikroskobik veya makroskobik hematüri ile karşımıza gelmektedir^{1,6}. Nadir de olsa, immün sistemi baskılanmış hastada Epstein-Barr virüsünün indüklediği böbrek leiomyomu olgusu da bulunmaktadır⁷. Crabtree, böbrek leiomyomlarının sıklık ile böbrek kisti ile beraber görüldüğünü ileri sürmüş fakat daha sonraki olgu bildirilerinde bu pek doğrulanmamıştır⁸. Talat ve arkadaşlarının olgu sunumu ve bizim olgumuz ise Crabtree'nin tezini desteklemektedir⁸.

Böbrek leiomyomu tanısı zordur ve radyolojik görüntüleme yöntemleri ile böbreğin malin tümörlerinden ayırt etmek mümkün olmamaktadır. Bu nedenle tanı, nefrektomi sonrası patolojik inceleme sonrası konulabilmektedir. Steiner ve arkadaşları 1990'da 30 böbrek leiomyomu

olgusunda bilgisayarlı tomografinin tanıdaki yerini değerlendirmişlerdir. Böbrek leiomyomlarının tamamen kistik veya kistik-solid karışımı olabileceğini fakat sınırlarının net bir şekilde çevre dokudan ayırt edilebildiğini bildirmişlerdir⁵. Makroskobik olarak kapsül ile çevrili ve gri-beyaz renkte olup mikroskobik yapısı mitoz içermeyen (yada çok az içeren) iğsi düz kas hücre kümelerinden oluşur⁶. Tedavi sonrası nüks bildirilmemiştir².

Bizim olgumuz kadın bir hasta olup, leiomyom kistik-solid yapıda idi ve BT'de sınırları net olarak çevre dokudan ayrılabilmekteydi. Ameliyat öncesi değerlendirmede malinitiden ayırt edilemeyip, radikal nefrektomi uygulandı.

Mesane: Mesanenin mezoteliyal tümörleri nadir tümörler olup en sık görüleni leiomyomlardır^{1,2}. Mesane tümörlerinin %1 ile %5'ini leiomyomlar oluşturmaktadır². Genellikle 3. ve 7. dekatta ve daha sık kadınlarda (%76) görülmektedir¹⁰. Leiomyomlar yerleşimlerine göre submukozal, intramüral veya ektramüral olarak sınıflandırılmaktadır¹⁻².

Gouboff ve arkadaşları 37 mesane leiomyom olgusunu değerlendirmişlerdir. Bu olguların %49'unda obstrüktif semptomlar, %38'inde irritatif semptomlar, %11'inde hematüri ve %13'ünde lomber ağrı saptanmıştır. Hastaların %19'unun asemptomatik olduğu bildirilmiştir¹⁰. Leiomyomlar düz kasın bulunduğu her yerden kaynaklanabilmektedir. Şimşek ve arkadaşları 47 yaşında kadın hastada hem uterusu, hem de mesanede leiomyom bildirmişlerdir⁹.

Tanı USG, intravenöz piyelografi (İVP), ve sistoskopi ile konulabilmektedir. Bimanuel muayenede %57 hasta kitle palpe edilebilmektedir¹⁰.

Submukozal (endovezikal) leiomyomlar pedünküle veya polipoid yapıdadır ve irritatif semptomlara, suprapubik/perineal ağrıya, üreteral obstrüksiyona, alt üriner sistem enfeksiyonuna ve mikroskobik/makroskobik hematüriye neden olmaktadır^{1,2,10}. Intramural (intravezikal) leiomyomlar pelvik kitle ile başvururlar ve obstrüktif semptomlar belirgindir^{1,2,10}. Ektramural (ekstravezikal) leiomyomlar büyük boyutlara ulaşabilmektedir ve basiya sekonder semptomlarla başvururlardır^{1,2,10}. Submukozal ve intramural leiomyomlar İVP'de dolum defekti oluş-

turmaktadır¹⁰. Sistoskopide yüzeyini normal mukozanın oluşturduğu tümöral kitle görülmektedir^{10,11}.

Açık cerrahi veya transüretral rezeksiyon ile genellikle tek seansta kür (%89) sağlanmakta ve nüks görülmemektedir^{10,12,13}. Laparoskopik parsiyel sistektomi de bir tedavi seçeneğidir¹⁴. Bizim olgu submukozal leiomyomdu ve sistoskopide yüzeyi normal mukoza ile örtülü tümöral kitle izelenerek, transüretral rezeksiyon uygulandı.

Epididim: Epididim tümörlerinin %75'i benindir ve en sık görüleni adenomatoid tümörlerdir. Leiomyom ise ikinci sıklıkta görülmektedir^{1,2}. Daha çok 50'li yaşlarda görülmektedir^{2,15}. Leiomyom epididim düz kaslarından yada epididime komşu *wolf kanalı* kalıntılarından köken almaktadır^{2,15}. Yavaş büyüyen, ufak ağrısız kitle şeklinde ortaya çıkmaktadır. Nadiren iki taraflı olmaktadır ve bazen de hidrosel eşlik edebilmektedir. Testise yapışık olduğu durumlarda ameliyat öncesinde ve ameliyat sırasında maliniteden ayırt etmek çok zor olabilmektedir. USG ile ayırıcı tanı yapılabilmesine rağmen sıklıkla malinite ön tanısıyla inguinal orşiektomi yapılmaktadır ve kesin tanı histopatolojik olarak konulmaktadır^{2,15}.

Epididimal leiomyoma olgularında nüks bildirilmemiştir². Bizim olguda da ameliyat öncesinde ve ameliyat sırasındaki incelemede lezyon maliniteden ayırt edilemeyerek orşiektomi uygulandı.

Sonuç olarak genito-üriner sistem leiomyomlar benin olmalarına rağmen, mevcut tanısal yöntemlerle maliniteden ayırımı yapılamamaktadır. Radyolojik görüntüleme yöntemlerindeki gelişmelerin bu konuda katkı sağlayacağı düşüncesindeyiz.

KAYNAKLAR

- 1- **Belis JA, Post GS, Rochman SC, et al:** Genitourinary leiomyomas. Urology, 13 (4): 424-429,

- 1979.
- 2- **Yusim IE, Neulander EZ, Eidelberg I, et al:** Leiomyoma of the Genitourinary tract. Scand J Urol Nephrol, 35: 295-299, 2001.
- 3- **Xipell JM:** The incidence of benign renal nodules (a clinicopathologic study). J Urol, 106: 503-506, 1971.
- 4- **Vargas AD, Mendez R:** Leiomyoma of bladder. Urology, 21: 308-309, 1981.
- 5- **Steiner M, Quinlan D, Goldman SM, et al:** Leiomyoma of the kidney: 4 new cases and the role of computerized tomography. J Urol, 143: 994-998, 1990.
- 6- **Kho GT, Duggan Ma:** Bizarre leiomyoma of the renal pelvis with ultrastructural and immunohistochemical findings. J Urol, 141: 928-929, 1989.
- 7- **Krishnan R, Freeman JA, Creager AJ:** Epstein-Barr virus induced renal leiomyoma. J Urol, 161: 212, 1999.
- 8- **Talat Z, Turan T, Aksoy F ve ark:** Basit kist ile beraber görülen böbrek leiomyomu. Türk Üroloji Derg. 17 (1): 110-112, 1991.
- 9- **Şimşek Ü, Küçükkörmürcü Ş, Şenbaş A ve ark.** Mesane leiomyomu. Türk Üroloji Derg. 15 (1): 173-176, 1989.
- 10- **Goluboff ET, O'Toole K, Sawczuk IS:** Leiomyoma of the bladder: Report case and review of literature. Urology, 43 (2): 238-241, 1994.
- 11- **Oh-Oka H, Gotoh A, Hanioka K, et al:** Leiomyoma of the urinary bladder causing tamponade. Scand J Urol Nephrol, 32: 420-421, 1998.
- 12- **Koskivuo IO, Ala-Opas MY:** Leiomyoma of the bladder. Scand J Urol Nephrol, 26: 193-4, 1992.
- 13- **Martin SA, Sears DL, Sebo TJ, et al:** Smooth muscle neoplasms of the urinary bladder: A clinicopathologic comparison of leiomyoma and leiomyosarcoma. Am J Surg Pathol, 26 (3): 292-300, 2002.
- 14- **Jeschke K, Wakonig J, Winzely M, et al:** Laparoscopic partial cystectomy for leiomyoma of the urinary bladder wall. J Urol, 168: 2115-2116, 2002.
- 15- **Block AR, Block NL:** Leiomyoma of the epididymis. J Urol, 153: 1063-1065, 1995.