

Retroperitonealis adenoma

Krutsay Miklós, Chanis William

Magyar Imre Kórház, Patológiai és Sebészeti Osztály, Ajka

A szerzők a bal mellékvese mellett elhelyezkedő, lipidtartalmú, retroperitonealis daganatot ismertetnek, amely szövettanilag részben mellékvesekéregadenomának, részben „low-grade” oncocytomának felelt meg. *Magyar Onkológia* 51:63–65, 2007

The authors describe a tumor localized next to the left adrenal gland. On histological examination the lipid-rich tumor was found to be partly a solid adrenocortical adenoma and partly a tubular oncocyoma. *Krutsay M, Chanis W. Retroperitoneal adenoma. Hungarian Oncology 51:63–65, 2007*



Bevezetés

A retroperitoneum daganatai ritkák. A benignus tumorok között neurilemmómát, neurofibromát, paragangliómát, ganglioneuromát, angiomyolipómát, teratomát, myelolipómát írtak le (15). Annak ellenére, hogy aberrált mellékveseszövet számos egyéb szerv mellett a retroperitoneumban is előfordulhat (1), retroperitonealis mellékvesekéregadenomával az irodalomban alig találkozunk. Az ectopiás mellékveseszövet daganatai hormonális aktivitás esetén Cushing-szindrómát, hypertóniát, Conn-szindrómát, virilizációt okozhatnak. Cushing-szindrómával járó retroperitonealis mellékvesekéregadenomáról három közlemény számolt be (1).

A retroperitoneum hámeredetű primer malignus tumorai közül a csírasejtdaganatok érdemelnek említést (15). A malignus lymphomákat nem tekintve, a retroperitonealis lágyrész-sarcomák között a leggyakoribb a liposarcoma, a malignus fibrosus histiocytoma és a leiomyosarcoma (11, 15, 18). A sekunder daganatok többnyire a mellékvese vagy a vese malignus tumorainak (mellékvesekéreg-carcinoma, vesecarcinoma) áttétei.

Esetismertetés

A 64 éves nőbeteg kórelőzményében diabetes, hypertonia, varix-műtét és cholecystectomy szerepelt. Egy éve voltak bizonytalan epigastriális fájdalmai. A hasi CT-vizsgálat a lép alatt a bal vesét diszlokáló, 9x8x6 cm méretű, retroperitonealis terimét mutatott ki. Műtét során a has-

nyálmirigytől és a bal vesétől könnyen elválasztható, a bal mellékvesével viszont szorosabban összefüggő tumort találtak, amelyet a mellékvesével együtt az épből eltávolítottak. A posztoperatív időszak eseménytelenül telt el, a beteg elsődlegesen gyógyult sebbel otthonába távozott.

Patológiai lelet: A női ökölnyi, 9 cm átmérőjű, 291 g súlyú, gömbölyded képlet helyenként kissé egyenetlen felszínét vékony tok fedi. Metszleten állománya egyenmő, törékeny, részben barnásfehér, részben halványvörhenyes (1. ábra). Rajta egy szilvamagnyi és két borsszemnyi vérzés figyelhető meg. Külön, több részletben, vizsgálatra érkezett egy mellékvese is, amelyben kóros elváltozást nem találtunk.

Mikroszkóposan az igen vékony kötőszövetes tok által borított daganat organoid szerkezetűnek bizonyult. A résztint kollagénrostokból, részint rácsrostokból álló, gyér kötőszövetes alapváz hézagaiban egymással összefüggő hámsajtsejtszkek helyezkednek el. Egyes területeken a sejtszkek tömörek, a sejtek sokszögletűek, citoplazmájuk habos szerkezetű, a mellékvesekéreg (zona fasciculata) sejtjeihez hasonló (2. ábra), bennük fagyasztott metszetben lipidcseppek tüntethetők fel. Másutt a sejtszkek központjában szabálytalan alakú üreg képződött (3. ábra).

Az üregeket határoló sejtek 13–20 µm nagyok, zömök hengerek, citoplazmájuk általában erősen acidofil, finoman szemcsézett. A sejtmagok a szabad felszín közelében helyezkednek el (4. ábra), átlagosan 5 µm átmérőjűek, kerek, egyöntetűek, közepes kromatintartalmúak. A nucleolusok kifejezettek, akár 2,5 µm nagyságúak. Zsírfestéssel e sejtek citoplazmája diffúzan festődik (5. ábra). Az átmeneti területeken a tömör sejtszkek acidofil, kissé habos citoplazmájú sejtekből állnak.

A stroma gyér (6. ábra). Osztódó sejthalakok nem mutatkoznak. A PAS-reakció negatív. A Ki-67-immunreakció: 62+ /10>NNL, az EMA-reakció pozitív, a CK8-, CK18-, CK19-reakció gyengén po-

Közlésre érkezett: 2006. december 8.

Elfogadva: 2007. február 23.

Levelezési cím: Dr. Krutsay Miklós,
Magyar Imre Kórház, 8401 Ajka, Korányi F. u. 1.
Telefon: 06-88-311-788

zítív, a vimentin-reakció negatív. A fentiek alapján a daganatot oncocyta részleteket tartalmazó, ectopiás mellékvesekéreg-adenomának tartottuk.

Megbeszélés

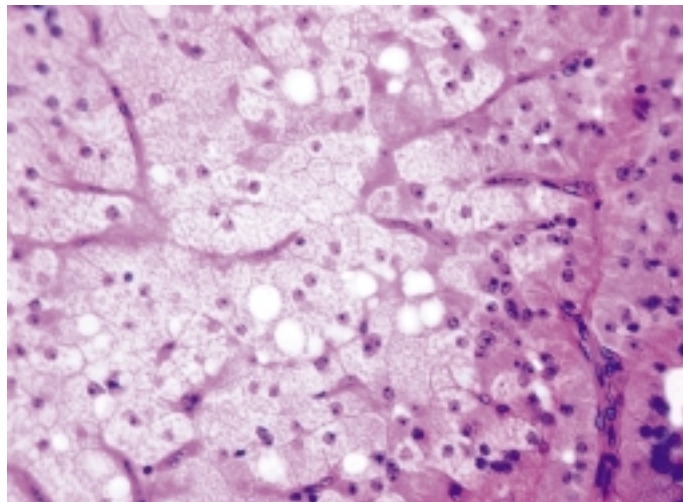
Oncocyta-knak nevezzük a finoman szemcsés, széles, acidofil citoplazmával rendelkező mirigyhámsejteket. A szemcsészettséget a nagy számú mitochondrium okozza. Élettani viszonyok között ilyen sejtek a mellékpajzsmirigy oxyphil sejtjei. A Hashimoto-féle thyroiditis (10) egyik jellegzetesége a pajzsmirigy-folliculusok hámjának oncocyta-átalakulása. (A „szemcséssejtes tumor” [szemcséssejtes schwannoma, Abrikoszov-tumor, myoblastoma granulocellulare, szemcséssejtes neurilemmoma] mesenchymalis eredetű daganat, amelyben a szemcsészettség a lysosomáktól ered.)

Oncocyta-kból álló ritka daganatok (oncocyta-adenomák, oncocytomák, oxyphil adenomák, mitochondriomák) leginkább a vesékben (7), a pajzsmirigyben (8, 12), a mellékvesékben (2) és a nyálmirigyekben (3, 17) fordulnak elő, de leírták őket a tüdőben (6), a könnymirigyben (9) és a hypophysisben (13) is. A pajzsmirigy oncocyta-daganatát Hürthle-sejtes vagy Askenazy-sejtes adenomának is nevezik. Sklar és mtsai (16) olyan tüdődaganatot ismertettek, amelynek sejtjeiben a oncocyta-kra jellemző, megszáporodott mitochondriumok mellett neuroendokrin granulomok is kimutathatók voltak, tehát az elváltozás oncocyta-carcinoidnak felelt meg.

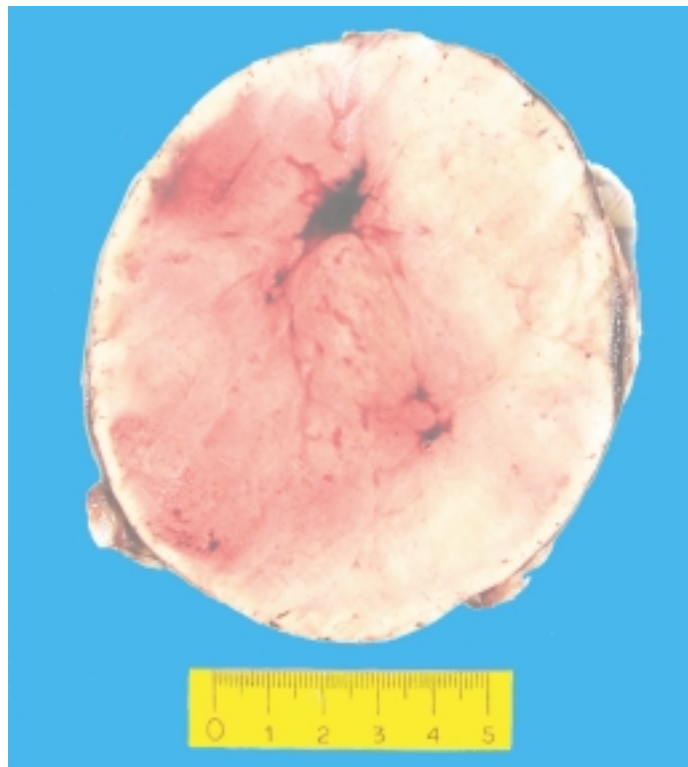
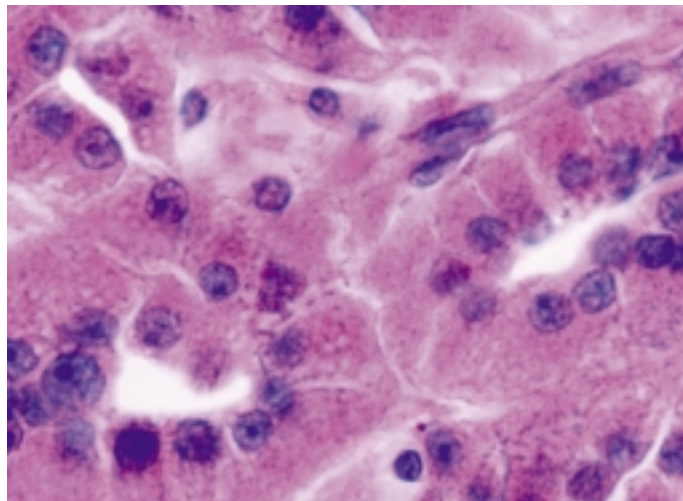
Az oncocytomák többsége benignus tumor (adenoma). Szöveti szerkezetük lehet tubularis vagy solid (alveolaris). Immunhisztokémiailag citokeratin-pozitívak és vimentin-negatívak (2, 4,

1. ábra. A retroperitonealis daganat metszlapja

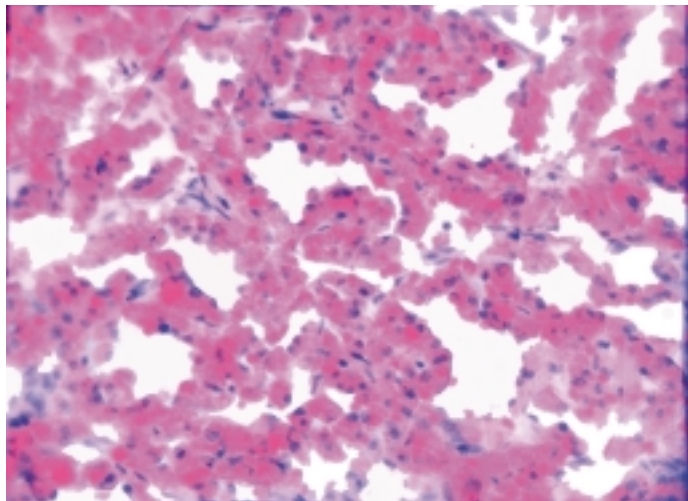
2. ábra. A mellékvesekéreghez hasonló, solid terület a daganatban, a jobb szélén oncocyta-kkal



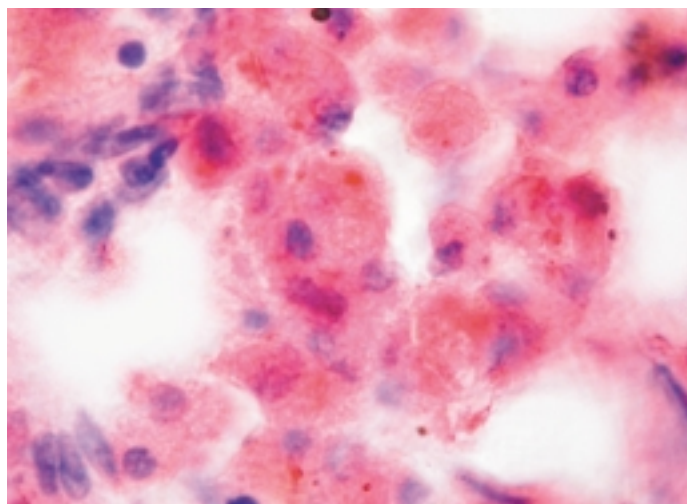
4. ábra. A tubularis szerkezetű terület nagyobb nagyítással



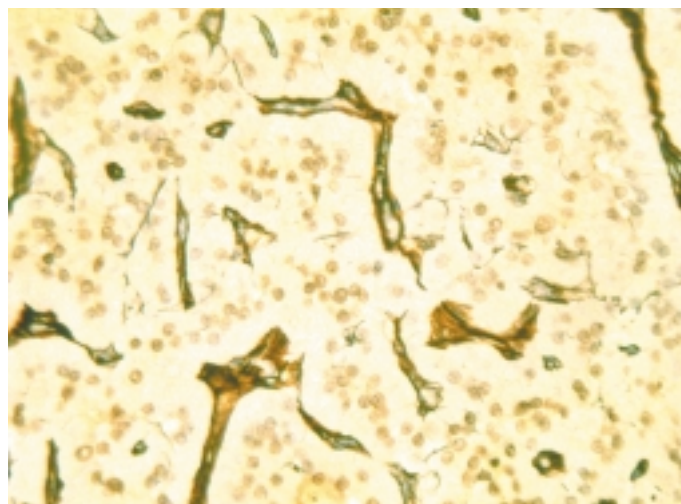
3. ábra. A tumor tubularis-oncocyta részlete



5. ábra. A tubuláris terület, zsírfestéssel



6. ábra. A daganat alapváza. Kötőszövet-impregnáció



13). A lipoidtartalom nem jellemző rájuk. A malignus oncocytomák ismérvei a sejtek és a sejtmagok polimorfizmusa, a fokozott sejtosztódás, a hám papilláris jellege, a tok- és érbetörés, valamint a nekrozis. Esetünkben a viszonylag nagy tumorban rosszindulatúságra utaló jeleket nem találtunk. Az adenoma solid területein a sejtek megegyeztek a mellékvesekéreg sejteivel, a tubuláris területekbe való átmenetnél pedig megfigyelhető volt a sejtek oncocytákká való fokozatos átalakulása, amely a nagyobb lipidcseppek eltűnésében, a citoplazma szemcsézetté és fokozottan acidofillé válásában jutott kifejezésre. Említésre érdemes, hogy a daganat a lipoidtartalom ellenére makroszkóposan nem mutatta a mellékvesekéreg ill. a kéregadenomák sárga színét. A benne észlelt, néhány friss vérzés a műtét során keletkezhetett.

A retroperitonealis oncocytomák igen ritkák, az irodalomban mindössze két eset ismeretes (5, 14). Corsi és mtsai (5) a 3β -hidroxisztteroid-dehidrogenáz immunreakció pozitívításával igazolták a daganatnak a mellékvesekéregből való eredését. (Az enzim a pregnenolonnak progeszteronra és a dehidroepiandrosteronra androsztendionra való átalakulását katalizálja.) Malignus szöveti képet mutató, hám-eredetű retroperitonealis daganat esetében kutatni kell, hogy nincs-e a szomszédos vesében vagy mellékvesében primer tumor. Lipidek világossejtes (hypernephroid) veserák metastasisában is kimutathatók, azonban ennek sejteji vimentin-pozitívok, citoplazmájuk pedig a növényi sejtekéhez hasonlóan víztiszta, és glikogént is tartalmaz.

Köszönetnyilvánítás

A szerzők köszönetet mondanak az Országos Onkológiai Intézet Molekuláris Patológiai Osztályának (Prof. Dr. Szentirmay Zoltán) a konzíliumért és egyes immunreakciók elvégzéséért.

Irodalom

1. Ayala AR, Basaria S, Udelsman R, et al. Corticotrophin-independent Cushing's syndrome caused by an ectopic adrenal adenoma. *J Clin Endocrinol Metab* 85:2203-2206, 2000
2. Begin LR. Adrenocortical oncocytoma: case report with immunocytochemical and ultrastructural study. *Virchows Arch (A)* 421:533-537, 1992
3. Brandwein MS, Huvos AG. Oncocytic tumors of major salivary glands. *Am J Surg Pathol* 15:514-528, 1991
4. Chetty R. Hürthle cell neoplasms of the thyroid gland: an immunohistochemical study. *Histopathology* 17:368-370, 1990
5. Corsi A, Riminucci M, Petrozza V, et al. Incidentally detected giant oncocytoma arising in retroperitoneal heterotopic adrenal tissue. *Arch Pathol Lab Med* 126:1118-1122, 2002
6. Cwierzyn TA, Glasberg SS, Virshup MA, Cranmer JC. Pulmonary oncocytoma. *Acta Cytol* 29:620-623, 1985
7. Davis CJ Jr, Sesterhenn IA, Mostofi FK, Ho CK. Renal oncocytoma. Clinicopathological study of 166 patients. *J Urogen Pathol* 1:41-52, 1991
8. Feldman, PS, Horvath E, Kovacs K. Ultrastructure of three Hürthle cell tumors of the thyroid gland. *Cancer* 30:1279-1285, 1972
9. Hartman LJC, Mourits MP, Canninga-van Dijk MR. An unusual tumour of the lacrimal gland. *Br J Ophthalmol* 87:363, 2003
10. Hashimoto H. Zur Kenntniss der lymphomatösen Veränderung der Schilddrüse. *Arch Klin Chir* 97:219-248, 1912
11. Lewis JJ, Leung D, Woodruff JM. Retroperitoneal soft-tissue sarcoma: analysis of 500 patients treated and followed at a single institute. *Ann Surg* 228:355-365, 1998
12. McLeod MK, Thompson NW. Hürthle cell neoplasms of the thyroid. *Otolaryngol Clin North Am* 23:441-452, 1990
13. Niveiro M, Aranda FI, Paya A, et al. Oncocytic transformation in pituitary adenomas: immunohistochemical analyses of 65 cases. *Arch Pathol Lab Med* 128:776-778, 2004
14. Nguyen CK, Vriend R, Ronaghan D, Lakey, WH. Heterotopic adrenocortical oncocytoma: a case report with light and electron microscopic studies. *Cancer* 70:2681-2684, 1992
15. Rosai J. Ackerman's surgical pathology. 8th ed. Mosby, New York, 1996, pp. 1016-1017, 2153-2155
16. Sklar JL, Churg A, Bensch KG. Oncocytic carcinoid tumor of the lung. *Am J Surg Pathol* 4:267-292, 1980
17. Tandler B, Hutter RVP. Ultrastructure of oncocytoma of the parotid gland. *Lab Invest* 23:567-580, 1970
18. Windham TC, Pisters PWT. Retroperitoneal sarcomas. *Cancer Control* 12:42-43, 2005