گزارش یک مورد مولتی لوکولار سیستیک رنال سل کارسینوما در یک بیمارستان خصوصی در تهران

*دکتر مهشید هورمزدی I
دکتر اکبر حسن‌پور II

چکیده

در این گزارش یک مرد ۴۹ ساله که با توده‌ای در پهلوی راست و هماچوری میکروسکوپی از ۲ ماه قبل مراجعه کرده بود معرفی می شود. در سونوگرافی یک توده سیستیک با تیغه‌های نامنظم در قسمت فوقانی کلیه راست و در CTscan توده سیستیک چند حفره‌ای قدامی در کلیه راست گزارش شد. در بررسی با میکروسکوپ نوری تشخیص multilocular cystic renal cell carcinoma گذاشته شد.

کلیدواژه‌ها: ۱ – کلیه ۲ – توده سیستیک کلیوی
۳ – مولتی‌لوکولار سیستیک رنال سل کارسینوما

مقدمه

Multilocular cystic RCC یک شکل نادر از Conventional RCC است که بطور تخمینی ۶-۳/۵٪ تمام موارد Conventional RCC را شامل می‌شود(۱).

دربررسی با میکروسکوپ نوری مشخصات Multilocular cystic RCC عبارت است از: یک توده فضاگیر احاطه شده با دیواره فیبروز و تشکیل شده از کیستهای متعدد با دیواره‌های نازک فرش شده با یک یا چند لایه سلول نئوپلاستیک اپی‌تلیال با سیتوپلاسم روشن(۱و ۲).

تشخیص این تومور از ضایعات سیستیک خوش‌خیم کلیوی در افراد بالغ از نظر مطالعات رادیولوژیک، سونوگرافیک و Ctscan، آسپیراسیون و سیتولوژی و همچنین frozen قطعی نیست. تشخیص قطعی فقط براساس بررسی پاتولوژیک نمونه ثابت شده داده می‌شود(۱، ۳، ۴و ۵).

معرفی بیمار

بیمار آقای ۴۹ ساله‌ای بود که در تیرماه سال ۱۳۸۱ به علت احساس توده در پهلوی راست مراجعه کرده بود. در معاینه بالینی مشکل خاصی بجز توده در پهلو مشاهده نشد.

بیمار سابقه ای از کاهش وزن، ضعف یا فشار خون را نداشت و در هنگام مراجعه علائم حیاتی از جمله فشار خون طبیعی بوده است در آزمایشهای انجام شده در CBC و همچنین سایر آزمایشهای معمول مشکل خاصی وجود نداشت.

تنها نکته مثبت وجود خون در ادرار(هماچوری) ۲+ بود که در تکرار آزمایشها نیز وجود داشت.

بیمار سابقه‌ای از بیماری مشابه را در اقوام نزدیک خود ذکر نمی‌کرد و خود نیز سابقه بیماری خاص، سابقه مصرف سیگار یا الکل و مواد مخدر نداشت.

I) استادیار گروه آسیب‌شناسی، بیمارستان شهدای هفتم تیر، شهرری، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی ـ درمانی ایران، تهران(*مولف مسئول).
II) دستیار آسیب‌شناسی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی ـ درمانی ایران، تهران.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-16]

در سونوگرافی، کلیه چپ ابعاد ۱۰۱×٤٦ میلیمتر و کلیه راست ابعاد ۱۰٦×٤٥ میلیمتر داشت. ضخامت کورتکس هر دو کلیه طبیعی بود.

در قسمت فوقانی کلیه راست تصویر یک توده سیستیک با ابعاد ۹۷×٤٦ میلیمتر دیده شد که جداسازی آن از کلیه و کبد امکان‌پذیر نبود. این توده دیواره‌های متعددی نیز داشت.

در CTscan شکم و لگن پس از تجویز کنتراست یک توده سیستیک در قسمت قدامی کلیه راست با اندازه ۸٤×۷٦ میلیمتر گزارش شد که دلیل بر وجود یک کیست مشکل‌دار شده (complicated cyst) بوده است اما احتمال وجود تومور سیستیک رد نشده بود.

هیچ نکته‌ای به نفع آدنوپاتی وجود نداشت و کبد و طحال و پانکراس طبیعی گزارش شدند.

بیمار در تاریخ ۸۱/٦/۱۹ تحت عمل جراحی لاپاراتومی قرار گرفت که هنگام عمل توده کاملاً بزرگ سیستیک بین کبد و کولون عرضی و خم کبدی کولون با منشا پل فوقانی کلیه دیده شد که به اطراف اتصال نداشت.

کلیه راست همراه با توده آزاد گردید و کپسول ژروتا باز شد سپس پل فوقانی کلیه همراه با توده برداشته شد و جهت بررسی frozed section به پاتولوژی ارسال گردید.

در ظاهر یک توده کیستیک با اندازه ۱۰×٥×٤/٥سانتیمتر و تشکیل شده از کیستهای متعدد با ابعاد مختلف و دیواره‌های نسبتاً نازک دیده شد که کیست‌ها حاوی مایع آبکی روشن بودند.

در گزارش frozen توده مولتی سیستیک غیرقابل تشخیص از نظر بدخیمی گزارش گردید که به دنبال آن نفرکتومی کامل انجام شد.

پس از بررسی مقاطع تهیه شده از نمونه ثابت شده، توده Multilocular cystic RCC گزارش گردید.

روش بررسی

از نمونه، لام Touch و برشهایی جهت frozen section آماده شد.

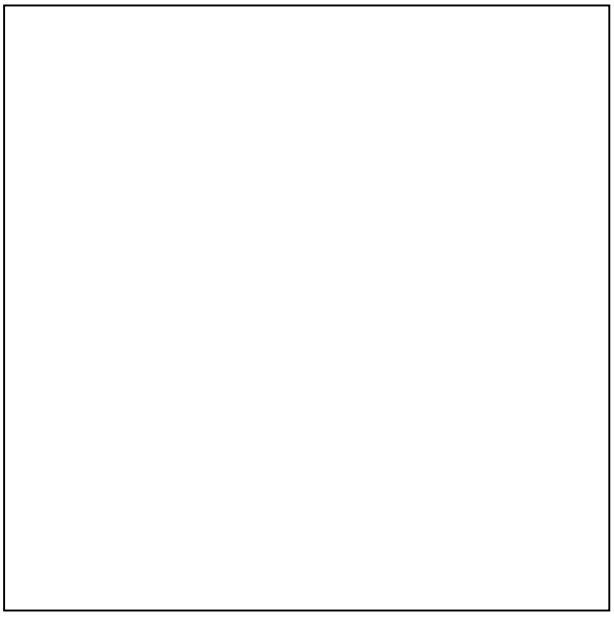
پس از تهیه لامهای میکروسکوپی و رنگ‌آمیزی با هماتوکسیلین ائوزین نمونه‌ها بررسی شدند.

نتایج بررسی میکروسکوپ نوری در frozen شامل فضاهای سیستیک فرش شده با سلولهای گرد مکعبی بود که تعیین ماهیت خوش‌خیم یا بدخیم بودن آنها مشکل به نظر می‌رسد.

چند عدد برش جهت ثابت شدن در فرمالین ۱۰٪ قرار داده شد.

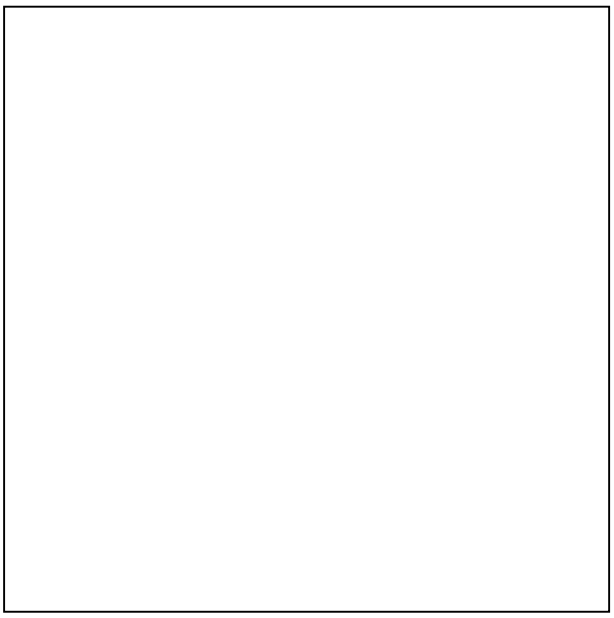
پس از ثابت شدن در فرمالین و تهیه برشهای رنگ‌آمیزی شده با هماتوکسیلین و ائوزین یک ضایعه بدخیم توموری با حدود مشخص و تشکیل شده از فضاهای سیستیک جدا شده توسط دیواره‌های فیبروزی نازک و فرش شده توسط یک یا چند لایه از سلولهای نئوپلاستیک با مختصری پلئومورفیسم، دارای هسته کوچک گرد تیره با غشای منظم، هسته بدون هستک واضح و سیتوپلاسم روشن با غشای مشخص دیده شد(تصویر شماره ۱و ۲).

با توجه به این نمای میکروسکوپیک و اندازه تومور براساس درجه‌بندی(grading) Furhman گرید ۲ و مرحله(Stage) براساس سیستمAJCC، stage II گزارش گردید.



تصویر شماره ۱- نمای میکروسکوپی مولتی لوکولار سیستیک رنال سل کارسینوما

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-16]



تصویر شماره ۲- نمای میکروسکوپی مولتی لوکولار سیستیک رنال سل کارسینوما

بحث

Multilocular RCC یک شکل نادر از Conventional RCC است که سن متوسط آن ۵۱ سالگی می‌باشد(۱) و ۹۶٪ موارد در مردان دیده می‌شود همچنین بقای بیماران بسیار بهتر از Conventional RCC می‌باشد(۲و ۵). از نظر رشد، توده Well-circumscribed و مولتی سیستیک است که از پارانشیم توسط یک کپسول کاذب فیبروزی جدا می‌شود. از نظر اندازه متغیر بوده و می‌تواند به ۱۳ سانتیمتر هم برسد(۱). از نظر میکروسکوپی تیغه‌های نازک فیبروزی دیده می‌شود که کیستهای متعدد را تشکیل می‌دهد و توسط یک یا چند لایه از سلولهای نئوپلاستیک اپی‌تلیال با سیتوپلاسم روشن فرش شده‌اند. روی این تیغه‌ها ماکروفاژهای Foamy هم دیده می‌شود. سلولهای توموری می‌توانند به شکل Papillary tuftig به داخل مجرای کیست برجسته شوند. سلولهای تومورال معمولاً سیتوپلاسم روشن و هسته گرید I دارند. تجمعهای سلولهای توموری ممکن است داخل تیغه‌های فیبروزی یا نزدیک کپسول کاذب دیده شوند(۱). سلولهای توموری معمولاً گریدنیگ پایین‌تری نسبت به Conventional RCC دارند. تشخیصهای افتراقی آن شامل سیستیک نفروما و کیستهای مولتی‌لوکولار خوش خیم می‌باشد. توجه دقیق به پوشش اپی‌تلیال و دیواره فیبروزی کیست می‌تواند به تشخیص کمک کند. در سیستیک نفروما یک لایه اپی‌تلیوم مسطح یا نگین انگشتری وجود دارد و استرومای فیبروزی آن ممکن است شبیه استرومای تخمدان دیده شود. تیغه‌ها ممکن است دارای توبولهایی با پوشش اپی‌تلیال خوش خیم باشند(۱). در سونوگرافی و CTscan هرگاه توده سیستیک مولتی لوکولار از نوع خوب تمایز یافته (well defined) حاوی مایع سروز یا خونی بدون هیچ گونه توده فضاگیر Solid در تیغه‌ها دیده شد این تومور باید در نظر گرفته شود(۳) اما تشخیص دقیق از طریق روشهای رادیولوژیک، CTscan یا سونوگرافی امکان‌پذیر نیست آسپیراسیون و بررسی سلولی(سیتولوژی) ارزش خاصی ندارد و نکته مهمتر اینکه Frozen section در ۵۵٪ موارد نادرست می‌باشد(۲و ٤). از نظر درمانی بهتر است نفرکتومی قسمتی (پارشیال) انجام شود اگر چه ممکن است این بیماران در آینده نیاز به نفرکتومی کامل(توتال) داشته باشند(۲، ٤و ۵).

منابع

1- Stephen S., Sternberg, Adult renaltumor, Diagnostic surgical pathology, 3rd ed., Newyork, lippincott williams and wilkins, 1999, 1785-1817.

2- Eble JN., Bonsib SM., Extensively cystic partially differentiated nephroblastoma, multilocular cystic renal cell carcinoma, and cystic hamartoma of renal, semin diagn pathol, 1998 Feb, 15(1): 2-20.

3- Kim JC., Kimkh., Lee JW., CT and us findings of Multilocular cystic renal cell carcinoma, Korean J radio, 2000 Apr-Jun, 1(2): 104-9.

4- Klein mann J., Kimkh, Negelev S., Multilocular cystic mass of kidney, A diagnostic challenge, Havefuah, 1999 Aug,173(3-4): 110-3, 175, 174.

5- Bielsa O., Lioreta J., Gelabert-mas A, cystic renal cell carcinoma, pathologic features-survival and implication for treatment, Br J Urol, 1998 gul, 82(1): 16-20.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-16]

A CASE REPORT OF MULTILOCULAR RENAL CELL CARCINOMA IN A PRIVATE HOSPITAL IN TEHRAN

*M. Hoormazdi, MD [I] A. Hassan pour, MD [II]

ABSTRACT

In this case report we present a 49 year old man with history of a mass in right upper quadrant and microscopic hematuria who referred to the hospital 2 months ago. In sonography, one cystic mass with multiple irregular septa in upper segment of right kidney and in CT scan, a multiloculated cystic mass in anterior of right kidney was reported. Under light microscopic examination the diagnosis was multilocular cystic renal cell carcinoma.

Key Words: 1) Kidney 2) Renal cystic mass 3) Multilocular cystic renal cell carcinoma

I *Assistant professor of pathology, Shohaday Haftom-Tir Hospital, Shahr-ray, Iran University of Medical Sciences and Health Services, Tehran, Iran(*Corresponding author).*

II *Resident of pathology, Iran University of Medical Sciences and Health Services, Tehran, Iran.*

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-16]