

ADRENAL KISTLER

Arş. Gör. Dr. Sema ARICI (*), Yrd. Doç. Dr. Reyhan EĞİLMEZ (*), Öğr. Gör. Dr. Esin YILDIZ (*), Uzm. Dr. Şenol KARSLI (**)

ÖZET: Adrenal kistler nadir oldukları için genellikle yanlış tanımlanan lezyonlardır. Cerrahi olarak çıkarılan biri endotelyal üçü psödokist olan dört olgu sunulmaktadır.

ANAHTAR KELİMELE: Adrenal gland, kist

SUMMARY: Because of their rarity cysts of the adrenal gland are often misinterpreted and misdiagnosed. Four cases surgically removed adrenal cysts are presented, including 1 endothelial cysts and 3 pseudocyst.

KEY WORDS: Adrenal gland, cyst.

Adrenal kistler genellikle asemptomatik seyreden, çoğu zaman postmortem saptanan ve bazen klinik olarak malignite ile karışabilmeleri nedeniyle önem taşıyan nadir lezyonlardır (1-6). Semptomatik olanlar ağrı, palpabl kitle ve böbreğin aşağıya doğru yer değiştirmesinden oluşan üçlü klinik bulgu ile karşımıza çıkar (7). Hodges, Abeshouse ve Zivkviç adrenal kistleri 5 grupta toplamakla birlikte genellikle bu kistler 1. parazitik, 2. Endotelyal, 3. Epitelyal ve 4. Psödokist olmak üzere dört ana grupta incelenmektedir (1-7). İkinci sıklıkta görülen psödokistlerin aslında endotelyal kökenli olduğu ve kanama, enfarktüs, fibrozis ve kistik dejenerasyon gibi sekonder nedenlerle kisti döşeyen epitelin ortadan kalkması ile geliştiği düşünülmektedir (1-3,5-7). Yine immunhistokimya ile psödokistlerde Faktör VIII in gösterilmesi çoğunun endotelyal kökenli olduğunu göstermektedir (5-7).

Bu çalışmada Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalında Ocak 1988-Mart 1995 tarihleri arasında tanımlanan dört adrenal kist olgusu sunulmaktadır.

OLGU 1

26 yaşında kadın hasta, karın ağrısı ve karında şişlik yakınması ile hekime başvurdu. Fizik incelemede sağ hipokondriuma kadar uzanan kitle saptandı. Bilgisayarlı tomografi ile sağ böbreğin yanında retroperitoneal, 15x7x6 cm boyutlarında kistik lezyon tespit edildi. Cerrahi eksizyonla kistik lezyon çıkarıldı.

687/93 nolu materyalin makroskopik incelemesinde 22x8x6cm boyutlarında açılmış olarak gönderilen koyu şarabi renkli kistektominin iç yüzünün parlak ve düzgün olduğu, kist duvar kalınlığının 0.2-0.5 cm olduğu saptandı.

Mikroskopik incelemede bir kenarda yassılaştırmış tek sıralı epitelle döşeli, bunun altında fibröz ve matür yağ dokularının yer aldığı kist duvarı görülmektedir. Kist duvarında iç yüzde yer yer belirgin olan fibrin yanısıra PMNL ler, fibroblastlar ve kapiller damarlardan oluşan granülasyon dokusu, kolesterol yarıkları ve bununla devam eden adrenal kortekse ait doku yer almaktadır (Resim 1). Olgu psödokist olarak tanımlandı.

OLGU 2

55 yaşında kadın hasta, sağ omuzuna vuran karın ağrısı ile hekime başvurdu. Fizik incelemesinde karında sağ üst kadranda hassasiyeti dışında bir patoloji saptanmadı. Rutin laboratuvar incelemeleri normal idi. Radyolojik incelemelerden bilgisayarlı tomografi ile karaciğerin sağ lobu ile sağ böbrek arasında pelvisine kadar uzanan düzgün kenarlı kistik lezyon görüldü ve enfekte kist hidatik öntanısı ile kitle çıkarıldı.

851/94 nolu materyalin makroskopik incelemesinde 50 cm uzunlukta 3cm çapta membranöz doku parçası (kistektomi) ile birlikte yaklaşık 4 cc hacminde kanamalı küretaj şeklinde doku parçaları izlendi.

Mikroskopik incelemede duvarında çok az adrenal kortekse ait doku ile devam eden hemosiderinli makrofajların yer aldığı kist duvarı görüldü (Resim 2). Olgu hemorajik kist (psödokist) olarak tanımlandı.

OLGU 3

45 günlük erkek bebek anemi, trombositopeni etyolojisi araştırılmak üzere hastaneye yatırıldı. Onuncu günde yapılan ultrasonografisinde batında asit saptanan, çekilen bilgisayarlı tomografide ise sağ böbrek üzerinde kistik lezyon saptanan hastada yapılan eksizyon ile 6x6x6 cm boyutlarında içi pü dolu kist çıkarıldı.

1825/94 nolu materyalin makroskopik incelemesinde 5x3x0.5 cm boyutlarında gri pembe renkli lümeni düzensiz duvar kalınlığı en ince yerinde 0.1 cm en kalın yerinde 0.5 cm olan kistektomi olduğu görüldü.

Mikroskopik incelemede ise adrenal korteksine ait tabakaların izlendiği bunun devamında koagülasyon nekrozu içeren kist duvarı görüldü. Olgu psödokist olarak değerlendirildi.

OLGU 4

23 yaşında kadın hasta nonspesifik gastrointestinal sistem yakınmaları ile başvurdu. Fizik inceleme ve rutin laboratuvar tetkiklerinde bir patoloji saptanmadı. Bilgisayarlı tomografide saptanan lezyon retroperitoneal kist ön tanısıyla opere edildi. İçinde yaklaşık 1000 cc kahverenkli sıvı bulunan kist cidarı ile birlikte çıkarıldı.

1853/94 nolu materyalin makroskopik incelemesinde küçüğü 6cm uzunlukta 1.5 cm çapta büyüğü 7 cm uzunlukta 4 cm çapta açılmış olarak gönderilen dış yüzünün bir kenarı sarı turuncu renkli iç yüzeyi düzgün görünümde kistektomi saptandı.

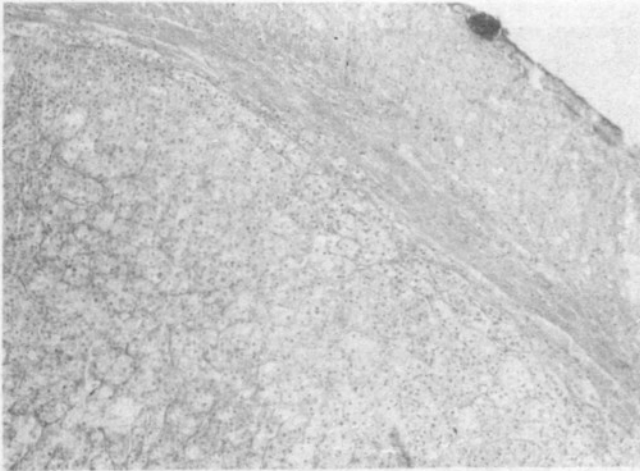
Mikroskopik incelemede doku parçalarından birinde duvarında adrenal kortekse ait tabakaların izlendiği bunun devamında tek sıralı yassı epitelle çevrili kist izlendi. Olgu endotelyal kist olarak tanımlandı.

TARTIŞMA

Adrenal kistler ilk kez 1670 yılında tanımlanmıştır. Asemptomatik seyreden ve genelde otopside rastlanan bu kistlerin otopsideki insidansı % 0.06 dır (2,3,6,8). Yenidogan döneminden 80 yaşına kadar her yaşta görülebilmelerine karşın en sık orta yaşta ve kadınlarda görülür (1-6). Bizim dört olgumuzun yaş grupları farklılık göstermekte sırasıyla 45 günlük, 23, 32 ve 55 yaşlarındadır. Cinsiyete göre üçü kadın biri erkekti.



Resim 1 : Dıştan içe doğru adrenal korteks, fibrozis ve hemorajik alanları içeren kist duvarı (HE, X25).



Resim 2 : Bir kenarda makrofajlar ve devamında adrenal korteksin yer aldığı kist duvarı (HE, X40).

Adrenal kistler için değişik sınıflamalar yapılmış olmakla birlikte genellikle kabul edilen ve sıklık sırasına göre endotelyal (%45), psödokistler (%39), epitelyal (%43), parazitik (% 7) olarak dört grupta tanımlanan sınıflamadır (1-7). Olgularımızın üç tanesi psödokist iken, bir tanesi endotelyal kist olarak tanımlandı.

Parazitik kistlerin nedeni E. granulosus ve daha nadiren alveolaristir (1-3,5). Epitelyal kistler karakteristik olarak bir epitelle döşelidir ve gerçek kist olarak da adlandırılabilirler. Bu grupta embrional ve kistik adenomlar da yer alır (2,5). Endotelyal kistler en sık görülendir ve kist duvarını döşeyen tek sıralı yassı epitelin bulunmasıyla tanınır (1,5,8). Bazen

kistin epiteli olmayabilir ve psödokistle karışır (1,2,3,7). Endotelyal kistler lenfatik veya kan damarı olmak üzere iki alt gruba ayrılabilir (1,3,5). Dördüncü olgumuzda tek sıralı yassı epitelle döşeli olması nedeniyle endotelyal kist olarak tanımlandı ancak immunhistokimya ile desteklenemedi. Psödokistler epiteli veya endoteli olmayan fibröz bir duvarla çevrili ikinci sıklıkla görülen kistlerdir; doğum travması, hemorajik diatez ve ağır enfeksiyon sonucu intraadrenal hemorajinin kistik rezolüsyonu ile gelişikleri düşünülmektedir (1-3,5,7,8). Bu nedenle psödokistlerin aslında endotelyal kökenli olduğu ancak kanama, benign veya malign adrenal korteks tümörlerinin kistik dejenerasyonu gibi sekonder nedenlerle kisti döşeyen epitelin ortadan kalkması sonucu geliştiği düşünülmektedir (5-7). Kist duvarında hemosiderin içeren histiositlerin varlığı hemorajik kist tanısını destekler (1). Birinci olgumuzda kist duvarında dejeneratif değişikliklerin bulunması nedeniyle, ikinci olgumuzda ise kist duvarında yoğun hemosiderin yüklü makrofajların varlığı ile hemorajik (psödokist) kist olarak tanımlandı. Üçüncü olgumuzda ise septisemi ile adrenal hemorajiye sekonder kist geliştiği düşünüldü. Adrenal kistlerin çok azı fonksiyonel olabildiğinden karakteristik semptomları yoktur. Klinik olarak unilateral görülen kistlerin erişkinlerde karaciğer, dalak, pankreas ve böbrek kistleri, böbrek tümörleri, safra kesesi ampiyemi; çocuklarda ide Wilms ve multikistik renal displazi ile ayırıcı tanısı yapılması gereken lezyonlardır (3,7).

Unilateral görülen adrenal kistler her iki tarafta da yer alabilir (2,3). Olgularımızın tümü unilateraldir. Ultrasonografi ve bilgisayarlı tomografi tanıda yardımcı en önemli radyolojik tetkiklerdir ve kist bazen tesadüfen saptanır (3,6-8). İkinci olgumuzda nonspesifik semptomları nedeniyle yapılan bilgisayarlı tomografi ile kist saptanması üzerine opere edilmiştir. Üçüncü olgumuzda ise batin distansiyonu nedeniyle yapılan ultrasonografide kist görülerek hasta operasyona alınmıştır.

Genellikle asemptomatik olan adrenal kistlerin radyolojik tetkiklerin uygulanması ile daha sık görülebileceğini düşünmekteyiz.

KAYNAKLAR

1. Ghandur-Ynaymneh L, Slim M, Muakasa K. Adrenal cysts: pathogenesis and histological identification with a report of 6 cases. J Urol 1979; 122: 87-91.
2. Hodges FV, Ellis FR. Cytic lesions of the adrenal glands. Am Arch Pathol 1958;66:53-58.
3. Abeshouse GA, Goldstein RB, Abeshouse BJ. Adrenal cysts: review of the literature and report of three cases. J Urol 1959;81:711-719.
4. Zivkovic SM, Jancic-Zguricas M, Jokanovic R, Nikezic M. Adrenal cysts in the newborn. J Urol 1983;129:1031-1033.
5. Kutluay L, Bakır K, Başak T. Adrenal gland kisti: Bir vaka takdimi. Ankara Patoloji Bülteni 1991;8:44-46.
6. Warner NE, Strauss FH. Adrenal gland. In Silverberg SG, ed. Principles and Practice of Surgical Pathology. 2nd ed. New York: Churchill Livingstone, 1990:1957-1975.
7. Sroujeh AS, Farah GR, Haddad MJ, Abu-Khalaf MM. Adrenal cysts: Diagnosis and management. Br J Urol 1990;65:570-575.
8. Gaffey MJ, Mills SE, Fechner RE, Bertholf MF, Allen MS. Vascular adrenal cysts. Am J Surg Pathol 1989; 13:740-749.