

# BİR OLGU SUNUMU: ADRENOKORTİKAL NEOPLAZM

Dr. Sibel ŞENSU, Dr. Nimet KARADAYI, Dr. Yıldırım GÜLHAN

**ÖZET:** Klinikte Cushing sendromu bulguları ile seyreden bir adrenokortikal neoplazma adrenaletomi uygulanmıştır. Patolojik incelemede, olgunun çeşitli histopatolojik kriterleri incelenmiş ve sınırda olduğu görülmüştür. Saptanan damar invazyonu nedeni ile malignite lehine görüş bildirilmiştir. Olgu son literatür bilgileri eşliğinde tartışılmıştır.

**ANAHTAR KELİMELE:** Adrenokortikal neoplazm, patoloji.

**SUMMARY:** An adrenalectomy is performed because of an adrenocortical neoplasm with Cushing syndrome. In the pathological examination, it has displayed borderline features. Because of a vessel invasion on the capsule, the tumour is evaluated as malignant.

**KEY WORDS:** Adrenocortical neoplasm, pathology.

## GİRİŞ

Adrenokortikal (AK) neoplazmlarla ilgili ana sorun, benign ve malign formlar arasındaki yakın morfolojik görünümüdür. Karsinom tanısı koyduracak tek bir patolojik kriter bulunmamakta, tanı, bir dizi patolojik ve klinik kriterin kullanılması ile konabilmektedir (1). Söz konusu kriterlerin birçoğunun ayırıcı tanıda yetersiz kaldığı ve sadece vasküler invazyonun görülmesi ile karsinom lehine değerlendirilen bir olgu literatür bilgileri eşliğinde sunulmaktadır.

## OLGU SUNUMU

39 yaşında kadın hasta karında şişlik, halsizlik, boyunda kalınlaşma ve aşırı kıllanma şikayetleri ile polikliniğe başvurdu ve inceleme amacı ile hospitalize edildi. Klinik şikayetleri 4-5 aydır mevcuttu. Fizik muayenede yüzde kızarıklık, aydede yüzü, karında strialar, sırtta bufalo hörgücü ve hirsutizm vardı. TA 180-90 mmHg, açlık kan şekeri % 175 mgr, idrar serbest kortizol düzeyi 92 mgr 24 saat, sabah kortizolu 22.80 mgr-dl bulundu. Aynı tarihte bakılan ACTH 45 pg-ml idi. Tomografide' sol sürrenal gland lokalizasyonunda tanımlanan özellikte kitle lezyonu (Sürrenal Adenomu?) mevcuttur' dendi. Cushing sendromu ön tanısı ile opere edilen hastada sol böbrek üstünde 8x6 cm'lik düzgün kontürlü kitle saptandı ve usulüne uygun olarak tam çıkartıldı.

Postoperatif dönemde prednol başlanan hastada komplikasyon görülmedi. 2x16 mgr olan Prednol verilerek taburcu edildi.

## SONUÇLAR

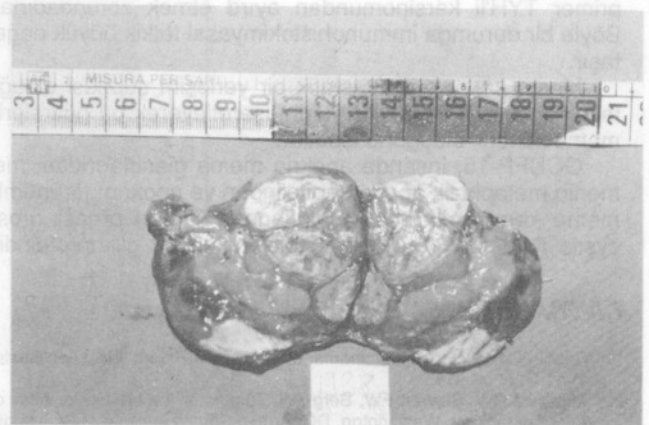
Patolojik incelemede 10x6x5 cm boyutlarında, 95 gr ağırlığında, dış yüzü düzgün, kapsüllü, yumuşak kıvamlı bir kitle izlendi. Kesitinde 6x6x2 cm ölçüsünde düzgün sınırlı, sarı kahverengi nodulasyonlar yapan lezyon mevcuttu (Resim 1).

Rutin tekniklerle takip edilen ve H-E ile boyanan kesitlerde, histolojik incelemede berrak ve granüler sitoplazmalı hücrelerin trabeküler ve diffüz yapı oluşturduğu görüldü. Bu hücrelerde Grad II düzeyinde pleomorfizm vardı. Arada bizar hücreler mevcuttu (Resim 2). Tümör hücreleri Musikarmin ve Periodik asit Schiff ile boyanmadı. Mitoz 50 büyük büyütme alanında (BB) 3 taneydi. Nekroz ve distrofik kalsifikasyon alanları görüldü. Kapsüle çok yakın damarlardan birinde tümör trombusu mevcuttu. Elastika van Gieson ile da-

mar invazyonu verifiye edildi (Resim 3). Tümör kapsüle bitişik, yer yer invaze olmakla birlikte kapsülü aşmamıştı. İmmünohistokimyasal incelemede fokal, hafif derecede, Cyto-keratin ve Vimentin pozitivitesi saptandı.

Tümörün boyu, ağırlığı, hücre tipi ve atipi derecesi, mitoz sayısı ve kapsülü aşmaması adenom ile karsinom arasında ayırıcı tanı yapmaya yeterli bulunmadı. Geniş nekroz ve distrofik kalsifikasyon alanları ile kapsüle yakın bir damar içindeki tümör trombusu değerlendirildiğinde olgu karsinom olarak yorumlandı.

Olgu, Hough sistemine göre indeterminate gruba girmişti (5). Weiss sistemine göre malign'dir (2). Van Slooten ve ark'ının incelemesine göre 8 puan üstünde olması nedeni ile metastaz yapabilecek gruptadır (6).

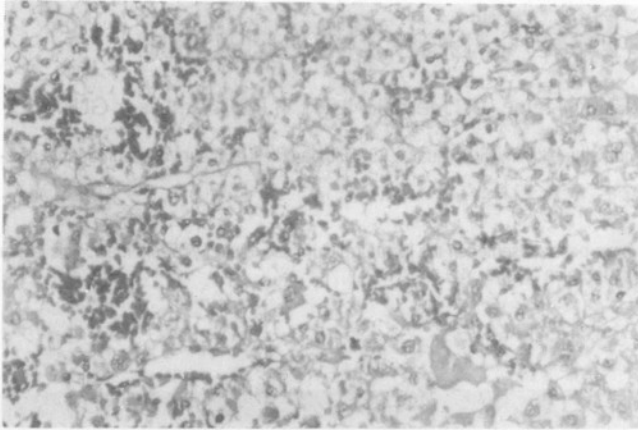


**Resim 1.** Kapsüllü görünümde kirli beyaz renkte yuvarlakça kitle.

## TARTIŞMA

Adrenokortikal neoplazmlar, özellikle adrenal korteks karsinomları çok nadir olup bu bölgeye ait tüm malignitelerin % 0.05'den azını oluşturlar (2,3). Kapsül ve damar invazyonunun ya da mitotik aktivitenin benign ve malign olguları ayırmaya yarayan kriterler oldukları bilinmektedir (2,4). Ancak bazı diğer histolojik bulgular, örneğin nekroz ve nükleer pleomorfizmin bu ayırmadaki değeri tartışmalıdır. 1970'lere kadar ayırıcı tanıda histolojik kriterlerin güvenilirliği kuşkuyla karşılanmıştır. Bazı araştırmacılar, tümör boyutunun ve ağırlığının da dikkate alınmasını önermişlerdir. Sonuçta Hough ve arkadaşları, Weiss ve Van Slooten ve grubu tarafından üç ayrı sistem düzenlenmiştir (2).

Hough ve ark'ı, hem histolojik hem de nonhistolojik kriterlerin puanlandırıldığı bir sistem oluşturmuşlardır (5). İlgili



**Resim 2.** Tümör, geniş berrak veya eozinofilik sitoplazmalı, orta dercede pleomorfik hücrelerden oluşmaktadır. HE x 20.

olgusu sahip olduğu puanların toplamına göre malign, benign ya da indeterminate olarak değerlendirilir.

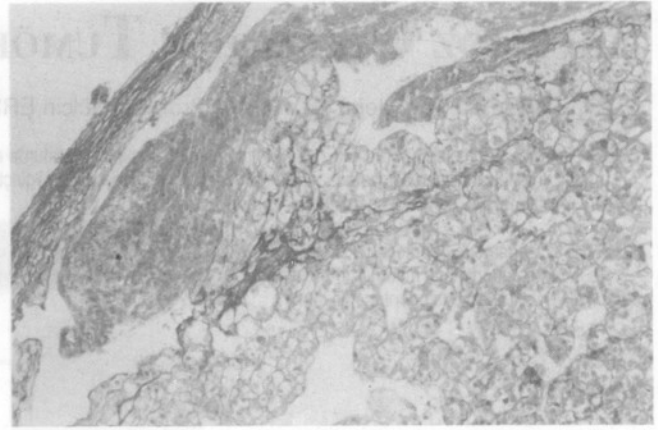
Weiss, 9 histolojik kriter belirlemiş, bunlardan üçünün var olması halinde olgu malign kabul edilmiştir. Bu kriterlerden 5 mitoz/50 BBA, atipik mitotik figür ya da venöz invazyonun varlığı, tek başına malignite tanısı için yeterlidir.

Van Slooten ve ark.'ı ise 7 histolojik kriterin puanlandırılması ile yaptıkları, 10 yıllık surviyi izledikleri çalışmalarında, olgunun toplam puanı (=histolojik indeks) 8'den çok ise metastazlarla seyrettiğini saptamışlardır (6).

Olgumuz bu bilgiler ışığında gözden geçirildiğinde, Hough ve ark.'ının önerdiği sisteme göre indeterminate gruptadır. Buna karşın Weiss sistemine göre malign, Van Slooten sistemine göre metastaz yapabilecek gruba dahildir.

Weiss yayınladığı inceleme yazısında kendi sistemini diğerleri ile karşılaştırmakta ve savunmaktadır. Sistemin sadece histolojik verilere dayanması, hesaplama kolaylığı, mitotik indeksin 50 büyük büyütme alanı sayılarak bulunması, bu nedenle daha hassas olması, nükleer gradın en az difransiyasyon alanına göre hesaplanması üstün yönleri olarak gösterilmektedir (2). Kendi olgumuzda da Weiss sisteminin daha tartışmasız bir sonuç verdiğini gördük. Van Slooten ise tümörün nasıl davranacağını öngören bir değerlendirme olması nedeni ile önem taşıyor gibi görünmektedir.

Adrenokortikal karsinomların, nonneoplastik adrenal dokusu ya da adenomlardan farklı immünohistokimyasal boyanma özelliği saptanmıştır. Karsinomlarda cytokeratin negatif, vimentin kuvvetli pozitif iken nonneoplastik dokuda tam tersi görülmektedir. Adenomlar ise arada bir boyanma sergilerler. Bu boyanma özelliği ile keratin pozitif renal hücreli karsinomlar ve hepatosellüler karsinomlardan da ayrılabilirler (2,4). Olgumuzda hafif derecede ve fokal Cytokeratin ve Vimentin immünreaktivitesi saptanmıştır. Bu boyanma şeklinin olgumuzda, benign ya da malign ayırıcı tanısına yararı olmadığı görülmektedir. Kanımızca, İHK sal inceleme AK neoplazmlarda çok güvenilir bir kriter değildir.



**Resim 3.** Uygulanan Elastika van Gieson boyası ile venöz invazyon görülmektedir. EVG x 20.

DNA içerik analizleri sonuçları, diploid ve anaploid adrenokortikal neoplazmlar arasında survi farkı olmadığını ortaya koymuştur (2,4,7). Moleküler genetik araştırmaları AK karsinomların, SBLA sendromuna dahil tümörler olduğunu saptamıştır. SBLA sendromuna sahip hastalar bu kanser formlarına genetik yatkınlığı olan kişilerdir ve bu özellik otozomal dominant geçişlidir (2). Genetik çalışmalar birden çok tümör süpresör genin inaktivasyonu sonucu AK karsinom geliştiğini düşündürmektedir. Şimdilik konu ile ilgili iki kromozom saptanmıştır (2).

Sınırdan adrenokortikal neoplazm olgularında Weiss, Hough ve Van Slooten'in kriterlerinden yararlanılması ve tümörün malign potansiyeli hakkında kliniğin uyarılması şimdilik en doğru yaklaşım olarak görülmektedir. Ancak, prognozu tayin etmede daha kesin kriterlere ve geniş serilerle yapılan uzun dönem değerlendirmelere gerek vardır.

## KAYNAKLAR

1. Scully RE, et al; Case records of the Massachusetts general Hospital, Case 6-1991. The New England J of Med, Vol 324, No 6-Feb 7, 1991, 400-8.
2. Hough AJ et al; Prognostic factors in adrenal cortical tumors. Am J Clin Pathol 1979; 72: 390-9.
3. Medeiros LJ, Weiss LM.; New developments in the pathologic diagnosis of adrenal cortical neoplasms. A review. Am J. Clin Pathol. 1992; 97: 73-83.
4. Scully RE et al; Case records of the Massachusetts General Hospital, Case 24-1992, New Engl J of Med, vol 326, No 24, June 11, 1992; 1617-23.
5. Rosai J.; Adrenal gland and other paraganglia, in Ackerman's Surgical Pathology, 7th ed. The CV Mosby Company, St. Louis, Toronto, Washington; D.C: 1989, 789-95.
6. Van Slooten et al; Morphologic characteristic of benign and malignant adrenocortical tumors. Cancer 1985; 55: 766-73.
7. Cibas ES et al; Cellular DNA profiles of benign and malignant adrenocortical tumors. Am J Surg Pathol; 1990, 14; 948-955.