

ADRENAL GLANDIN KİSTİK LEZYONLARI (ENDOTELYAL KİST OLGUSU)

Dr. Gülaydan FİLİZ, Doç. Dr. Ömer YERCI, Yard. Doç. Dr. Sema ÖZUYSAL

ÖZET: Adrenal glandın kistik lezyonları sık görülmezler. Çoğunlukla asemptomatik olan ve tesadüfen bulunan kistlerin sınıflandırılması yazarlara göre değişmektedir. Kistik lezyonlar içerisinde ana grubu endotelyal ve psödo kistler oluşturur. Endotelyal kistler; endotel hücreleri ile döşeli lenfatik kanalları hatırlatan yapılardır. Psödo kistler ise muhtemelen endotel ile döşeli, kistlerde kanama ve travma nedeniyle endotelin kollajen ile yer değiştirmesi sonucu gelişen fibröz dokular ile çevrelenmiş kistik oluşumlardır. Bu çalışmada endotel hücreleri ile döşeli multi kistik yapılardan oluşan olgumuz nedeniyle kaynaklar gözden geçirildi.

ANAHTAR KELİMELEER: Adrenal Gland, Kistik lezyon

SUMMARY: Cystic lesions of the adrenal gland are not seen frequently. Classification of these asymptomatic and incidentally found cysts, differs according to the authors. The majority of the cystic lesions are endothelial cysts and pseudocysts. Endothelial cysts, lined by endothelial cells are the structures resembling lymphatic channels. Pseudocysts possibly are the transformation of the endothelial cysts; endothelial lining of which replaced by collagen due to trauma and hemorrhage, and became fibrous tissue encircling cystic structures. In this study we presented a case of multicystic structure, lined by endothelial cells, and reviewed the literature.

KEY WORDS: Adrenal Gland, Cystic Lesion.

GİRİŞ

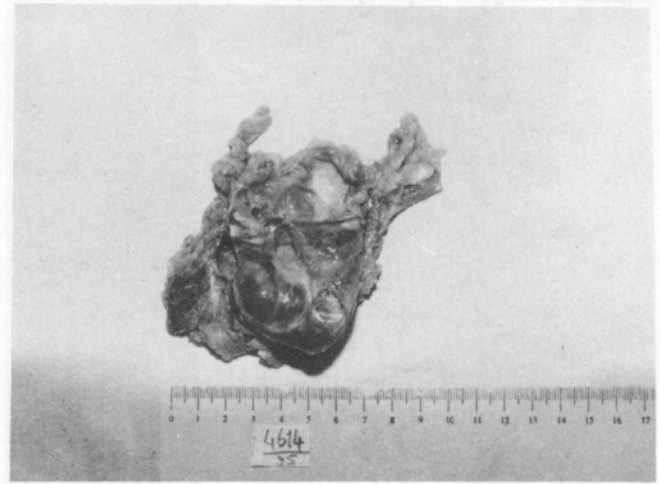
Adrenal glandın kistik lezyonları nadir görülen oluşumlardır (1). İlk olarak 1670 yılında Viyana'da Griselius'un tanımladığı olgu Doran tarafından yayınlanmıştır (2). 1947 yılına kadar dünya literatüründeki sayısı sadece beş iken 1959'da Abeshause ve arkadaşları otopsi ve operasyonlar sonucu topladıkları 155 olguyu sundular (3,4). 1989 yılına kadar literatürdeki olgu sayısı 300 olarak bildirildi (5).

Genellikle küçük ve asemptomatik olan kistler, bu nedenle otopsielerde tespit edilmektedir (6). Wahl 14.000 otopsi serisinde sürrenal kist insidansını % 0.06 olarak bulmuştur (7). Kistler en çok 5. ve 6. dekatta görülmekle birlikte % 5 olgu pediatrik yaş grubunda ortaya çıkabilir. Çoğunluğu akkiz olan adrenal kistlerde nadiren konjenital gelişme görülebilir (8). Sağ ve sol sürrenal bezlerin tutulumu eşittir (6). Olgularda kadın/erkek oranı 3/1'dir (8). Çoğunluğu tek taraflı olan kistik lezyonların özellikle çocuklarda görülenlerinde bilateral yerleşim rapor edilmiştir (9,10).

Sürrenal kistler çeşitli araştırmacılar tarafından değişik şekillerde sınıflandırılmışlardır (1). Barron ve Emanuel'in yaptıkları sınıflandırmada kistik lezyonlar; endotelyal, psödokist, epitelyal ve parazitik olarak ayrılmışlardır (1). Yayınlarında endotelyal ve psödokistlerin en sık görülen gruplar olduğu, endotelyal kistlerin lenfanjiomatoz ile anjiomatoz olabileceği belirtilmektedir (6,8). Yayınımızda sürrenal korteks yerleşimli multipl kistik lezyonun etyoloji, patoloji ve kliniği kaynaklar incelenerek tartışıldı.

OLGU

Olgumuz 35 yaşında erkek (H.T) hasta idi. Sol lomber bölgede ağrı nedeniyle Üroloji kliniğimize başvurmuş, yapılan US (ultrasonografi) incelemede sol sürrenal lojunda iki adet yer yer kalsifiye ve fibrotik görünümde kistik kitle saptanmış, sol sürrenal gland cerrahi olarak çıkarılmıştır. Patoloji anabilim dalımıza gönderilen materyal 110 gram ağırlığında 9x7x3 cm boyutlarında kistik görünümde tümör doku idi (Resim 1). Yapılan kesitlerde; kesit yüzeyinde en büyüğü 3 cm, en küçüğü 1 cm çaplarda içlerinden kirli sarı renkte sıvı boşalan duvar kalınlıkları 0,1 cm olan altı adet kistik lezyon saptandı. Lezyonların iç yüzeyleri gri pembe



Resim 1. Adrenal glandtaki kistik lezyonun makroskopik görünümü.

renklerde idi. Kesit yüzeylerinden alınan doku örneklerinden hazırlanan ve H.E (Hematoksilen Eozin) ile boyanan kesitlerin incelenmesinde; lümenleri geniş alanlarda deskuame olmuş yer yer basıklaşmış endotel hücreleri ile döşeli kistik yapılar görüldü. Kist duvarları kalsifikasyon alanları içeren fibröz dokulardan oluşmuştu (Resim 2,3). Fibröz dokuların çevresinde sürrenal kortekse ait dokular mevcuttu.

Yapılan immunohistokimyasal boyamalarda kistleri döşeyen endotel hücreleri EMA, CK ve FVIIIrAg ile negatif boyanma gösterdi. Klinik, radyolojik ve histopatolojik özellikleri ile büyük çaplı semptomatik ünilateral yerleşimli adrenal endotelial kist olarak değerlendirildi.

TARTIŞMA

Çoğunluğu yaşlılarda görülen, otopsielerde tanımlanan, küçük ve asemptomatik lezyonlar olarak bilinen adrenal kistleri radyolojik görüntüleme yöntemlerinin gelişmesi ile (Nefrotomografi, ultrasonografi, ekogram, renal ve adrenal arteriografi) son zamanlarda genç ve orta yaşlarda saptanabilmekte, diğer lezyonlarla ayırıcı tanısı yapılabilmekte ve tedavi edilebilmektedir (5,6). Kistlerin klinik semptomları bü-



Resim 2. Lümeni endotel hücreleri ile döşeli kistik lezyonun mikroskopik görünümü (Hematoksilen-eozin;400).

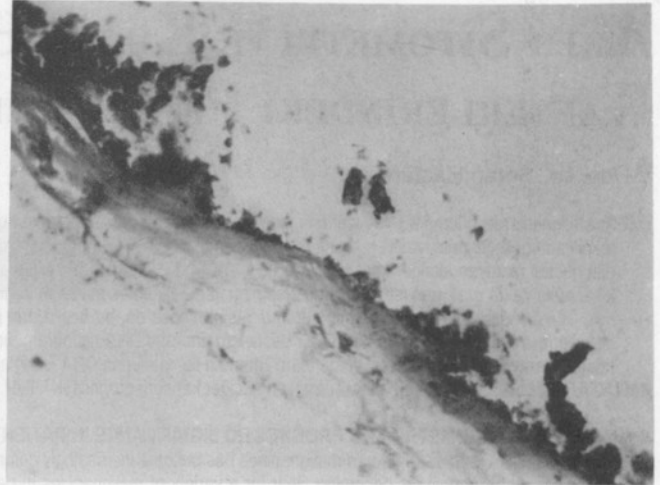
yüklüklerine bağlıdır. Komşu organlara yaptıkları bası nedeni ile abdominal ve lumbal bölge ağrıları, palpabl kitleler ile diğer gastrointestinal semptomlara yol açabilirler (5,6,8). Bilateral yerleşim çoğunlukla çocukluk çağında görülenlerde izlenir (9,10,12). Büyük bir kısmı kadınlarda görülen kistler korteks ya da medulla yerleşimli olabilir. Değişik sınıflandırmalar olmakla beraber Abeshouse ve arkadaşlarının 155 olgudan oluşan serilerine dayanarak yapılan ayırım halen en çok kabul edilen sınıflandırmadır (4,8,11,13). Parazitik kistler (%7), ekinokokal lezyonlardır ve insidental olarak otopsilerde saptanır. İnce duvarlı, kist duvarında parazitlerin izlenebildiği lezyonlarda kalsifikasyon görülebilir.

Epitelyal kistlerin (%9), çoğunluğunu kistik adenomlar oluşturur. Bazen adenomlardaki kanama ve nekroza sekonder gelişen psödokistik oluşumlarla karışır.

Endotelyal kistler (%45), en sık görülen gruptur. Lenfangioma (%42) ve anjiomatoz (%3) olabilir. Endotel hücreleri ile döşeli kistler multipl olabilir. Her kistin çapı 1-15 mm arasında değişir ve berrak ya da süt kıvamında sıvı içerir. Bunların adrenal parankimi arasındaki dilate kapiller damar, sinüzoid ya da lenfatiklerden geliştiğine inanılmaktadır.

Psödokistler (%39), küçük ya da orta çaplı kırmızı-kahverengi sıvı içeren, lümeninde endotel hücrelerinin genellikle gözlenmediği hyalinize fibröz duvarında kalsifikasyon alanlarının saptandığı kistik lezyonlardır. Adrenal kanama ve travma sonucunda geliştikleri kabul edilmektedir. Kanama sonucunda ekstrasvazasyon, likefaksiyon, absorpsiyon ve enkapsülasyon oluşmakta ve ince fibröz duvarlı kistik oluşumlar gelişmektedir. Benign ve malign tümörlerde dejeneratif nekroz bu tip kistik gelişimlere neden olmaktadır. Ayrıca psödokistlerin endotel hücreleri ile döşeli kistik lezyonlarda kanama ve travma sonucunda epitelin skar dokusu ile yer değiştirmesi ile geliştiği kabul görmektedir (1).

Psödokistlerin çapları 1,8-10 cm arasında değişmekle beraber ortalama 6 cm'dir. Duvar kalınlığı 0,1-0,3 cm'dir.



Resim 3. Kistik dokunun duvarındaki kalsifikasyon (Hematoksilen-eozin;1000).

Yayınlarda kistik dokuların lümenlerinde FVIIIrAg ile (+) boyanan döşeyici endotel hücreleri duvarlarında Masson Trichrom boyamalarda rahatlıkla gözlenen elastik dokuların izlenebildiği belirtilmiştir (6,8,11).

Sürenal glandın kistik lezyonları retroperitoneal neoplazmlarla karışabilmektedir. Kistlerin özellikle suparenal yerleşimli primer ya da sekonder malign tümörlerin kistik dejenerasyonlarından ayırıcı tanılar yapılmalıdır. Semptom veren büyük çaptaki lezyonlar cerrahi olarak çıkarılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Incze JS, Lui PS, Merriam JC, Austen G., Widrich WC, and Gerzof S.G. Morphology and Pathogenesis of Adrenal Cysts. Am J Pathol 1979; 95:423-432.
2. Doran AHG: Cystic tumor of the suprarenal body successfully removed by operation. Br. Med J 1903;1:558.
3. Stock FE: Cysts of the adrenal gland. Postgrad Med. 1947;23:530.
4. Abeshouse GA, Goldsheim RB, Abeshouse AB: Adrenal Cysts: review of the literature and report of three cases. J. Urol 1959;81:711.
5. Medeiros LJ, Lewandowski KB, and Vickery AL. Adrenal Pseudocyst: A Clinical and Pathologic Study of Eight Cases. Hum Pathol 1989;20:660-665.
6. Kearney GP, Mahoney EM, Maher E, Harrison JH. Functioning and non-functioning Cysts of the Adrenal Cortex and Medulla. The American Journal of Surgery 1977;134:363-368.
7. Wahl HR: Adrenal cysts. Am J Pathol 1951;27:758.
8. Lack EE, Gruhn JG, Adrenal Glands in Anderson's Pathology, Tenth edition; St Louis, Baltimore, Boston, Chicago, London, Sidney, Tokyo, Toronto. A Times Mirror Company. 1996;2035.
9. Wilson JM, Woodheat EM, Smith RD: Adrenal cysts; diagnosis and management. Urology 1974;4:248.
10. Lynn RB: Cystic lymphangioma of the adrenal associated with arterial hypertension. Can J Surg 1965;8:92.
11. Barron SH, Emanuel B: Adrenal cysts. A case report and a review of the pediatric literature. J Pediatr 1961;50:592-599.
12. Rosai J. Ackerman's Surgical Pathology, Eight edition, St Louis, Baltimore, Boston, Chicago, London, Sidney, Tokyo, Toronto. A times mirror company. 1996;1042.
13. DeLellis RA. The Adrenal glands In Steinberg S.S editors Diagnostic Surgical Pathology second edition, New york, Raven Press. 1994;584.