

ADRENAL GLAND KİSTİ -BİR VAKA TAKDİMİ-

¹ Dr. Lale KUTLUAY, ²Dr.Kemal BAKIR, ³Dr. Tülay BAŞAK

ÖZET

Adrenal gland kistleri oldukça nadir görülen ve klinikte malignite ile karışabilmeleri nedeniyle önem taşıyan lezyonlardır. Adrenal gland kistleri genellikle parazitik, epitelyal ve endotelyal orijinli olanlarla psödokistlerden oluşmaktadır. Psödokistlerin başlangıçta endotelyal orijinli iken kanama gibi sekonder olaylar nedeniyle kisti döşeyen epitelin ortadan kalkmasıyla oluştukları düşünülmektedir. Bu çalışmada altı aydan beri süren hipertansiyon ve sağ lomber bölgede ağrı yakınmalarıyla başvuran kırk üç yaşındaki bir kadın hastada saptanan sağ böbrekte çift toplayıcı sistem anomalisi ile sağ adrenal gland kisti bildirilmekte ve ilgili literatür gözden geçirilmektedir.

Adrenal gland kistleri nadir görülürler ve klinikte retroperitoneal malignitelerle karışabileceklerinden önem taşıyan lezyonlardır (1,2,3,4). Pek çok yazar tarafından farklı sınıflandırma sistemleri kullanılmaktaysa da adrenal gland kistleri genellikle parazitik, epitelyal ve endotelyal kökenli olanlarla psödokistler olmak üzere 4 ana grupta incelenmektedirler (2,4,5). Psödokistlerin, başlangıçta endotelyal kökenli olup kanama, benign ya da malign adrenal gland tümörlerinin kistik dejenerasyonu gibi sekonder olaylarla kisti döşeyen epitelin ortadan kalkmasıyla oluştukları düşünülmektedir (2,3,4,5). İmmünohistokimyasal çalışmalar psödokistlerin çoğunun endotelyal kökenli olduğunu göstermektedir (6). Bu çalışmada altı aydan beri süren hipertansiyon ve sağ lomber bölgede ağrı yakınmalarıyla başvuran 43 yaşındaki bir kadın hastada saptanan sağ böbrekte çift toplayıcı sistem anomalisi ve sağ adrenal gland kisti bildirilmekte ve ilgili literatür gözden geçirilmektedir.

SUMMARY

Adrenal cysts are relatively uncommon lesions and are of clinical importance because of their tendency to mimic malignant neoplasms. Adrenal cysts may be classified into four general categories: parasitic, epithelial, endothelial and pseudocysts. Although the adrenal pseudocyst may be an end-stage lesion that may result from different etiologies, it is thought that the majority originate as endothelial-lined vascular lesions. This is the case report of a forty-three year old female patient who complained of hypertension and right lomber pain for the last six months and in whom a double collector system anomaly in the right kidney and a right adrenal pseudocyst was diagnosed.

OLGU SUNUMU

Kırk üç yaşındaki kadın hasta 1990 yılında bir yıl önce sırtının sağ tarafında başlayan ve son altı aydır artan ağrı ve tansiyon yüksekliği yakınmalarıyla Ankara Numune Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği'ne başvurmuştur. Özgeçmişinde zaman zaman sistolik kan basıncının 180 mm Hg'ya kadar yükselmesi dışında önemli bir bulgu saptanmamıştır. Yapılan fizik muayenesinde sağ lomber bölgede ağrı ve hassasiyet bulunmuştur. Rutin laboratuvar tetkiklerinde herhangi bir özellik gözlenmemiştir. İntravenöz piyelografide ise sağ böbrekte çift toplayıcı sistem anomalisi saptanmıştır (Resim 1). Üst abdominal ultrasonografide de sağ böbrek üst medial kesimde böbrek, karaciğer ve Vena cava inferior'a sıkı komşuluk gösteren, olasılıkla adrenal gland kökenli, 68 x 54 x 53 mm boyutlarında, içeriği yüksek viskoziteli (hemorajik sıvı ?) kistik bir kitle izlenmiş ve ultra-

¹ Ankara Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Hastanesi Patoloji Bölümü Uzmanı

² Ankara Onkoloji Hastanesi Patoloji Bölümü Başasistanı.

³ İstanbul Şişli Etfal Hastanesi Patoloji Bölümü Başasistanı.

sonografik tanı sağ adrenal glandda kistik kitle olarak verilmiştir (Resim 2). Bunun üzerine klinik olarak başta feokromositoma olmak üzere bir adrenal gland tümörünün ekarte edilmesi için ileri laboratuvar tetkikleri yapılmıştır. Bunlardan vanilmandelik asit (VMA) ve metanefrin hafif yüksek olarak bulunmuştur. VMA 13.9 mg/gün, metanefrin ise 1.95 mg/gün olarak saptanmıştır. Bimanuel palpasyonda kan basıncı 140/90 mmHg'dan 150/100 mm Hg'ya kadar yükselmiştir. VMA ve metanefrin düzeylerindeki yükselmenin çok anlamlı olmamasına ve bimanuel palpasyonla kan basıncında beklenen artışın gözlenmemesine karşın hasta öncelikle feokromositoma klinik ön tanısı ile opere edilmiş ve sağ total surrenektomi uygulanmıştır.

Bölümümüze gönderilen materyal makroskopik olarak kesit atılmış, 6 x 4.5 cm. ölçülerinde, duvar kalınlığı en kalın yerde 0.2 cm. olan membranöz görünümlü doku parçası ile buna bitişik 3 x 1.5 x 1 cm. ölçülerinde parlak sarı renkli yer yer kanamalı görünümde adrenal glanda benzer doku parçasından ibaretti.

Mikroskopik olarak incelenen doku kesitlerinde düzenli görünümde zona glomeruloza, zona fasikülata ve zona retiküleristen oluşan adrenal gland dokusu izlenmekteydi. Makroskopik olarak membranöz görünümde olan doku parçasına ait kesitlerde ise zona glomeruloza altında yer yer hiyalinize olmuş bağ dokusundan oluşan ve epiteli seçilemeyen kistik yapı dikkati çekmekteydi (Resim 3).

TARTIŞMA

Adrenal gland kistleri ilk kez 1670'te Viyana'da Griseliüs tarafından bildirilmiştir (3). Yapılan çalışmalarda adrenal gland kistlerinin daha çok genç erişkinler ve orta yaşlılarda ortaya çıktığı gösterilmiştir. Hastaların ortalama yaşı 41'dir ve çoğunluğu kadındır (5). Adrenal gland kistleri pek çok yazar tarafından farklı şekilde sınıflandırılmaktadır (2,3,4,5). Ancak genelde 4 büyük grup altında incelenirler. Bunlar sırasıyla parazitik kistler (% 7), epitelyal kistler (% 9), endotelyal kistler (% 45) ve psödokistler (% 32)'dir (2). Parazitik kistler çoğunlukla ekinokoklarla oluşur (2,5). Epitelyal kistler gerçek kistler olarak da adlandırılabilir. Gerçek bir epitelle döşelidir-

ler (2,3,5). Adrenal glandın en sık rastlanan kistleri endotelyal kistlerdir. Bunlar lenf sistemi ya da damar sistemi kökenli olabilirler ve kist duvarını döşeyen endotel hücreleriyle ayırd edilirler (2). Psödokistler ikinci sıklıkla rastlanan tiptir. Epitelyal veya endotelyal hücre içermeyen fibröz bir kapsülle karakterlidirler (1,2).

Psödokistlerle yapılan histolojik ve immünhistokimyasal çalışmalar bazılarının vasküler kökenli lezyonlar olabileceğini düşündürmektedir (4,5). Bazı vakalarda kist iç duvarını döşeyen küçük rezidüel hücrelerin faktör VIII için pozitif boyandıkları gösterilmiştir. Yine bazı vakalarda psödokistlerin periferinde dilate sinüzoidler de gözlenmiştir (5). Psödokistlerde pıhtılaşmış kan ve hiyalinize trombus bulunur. Fibröz kist duvarının dışında ve kist içindeki trombusta atenuate adrenal korteks hücreleri saptanabilir. Psödokistler faktör VIII ve tip IV kollagen için kuvvetli pozitif boyanırlar (6,7). Aynı boyanma atenuate korteks içindeki düzensiz vasküler kanallarda da gözlenebilir.

Psödokistlerde ekstrasvaze kan elemanları arasındaki adrenal korteks hücreleri yanlış olarak nekrotik kortikal bir tümör şeklinde yorumlanabilir. Ayırıcı tanıda kortikal hücrelerde pleomorfizm ve atipinin olmaması, intrinsik vasküler bir anomalinin saptanması malign bir süreçle karışmasını engelleyen bulgulardır (7).

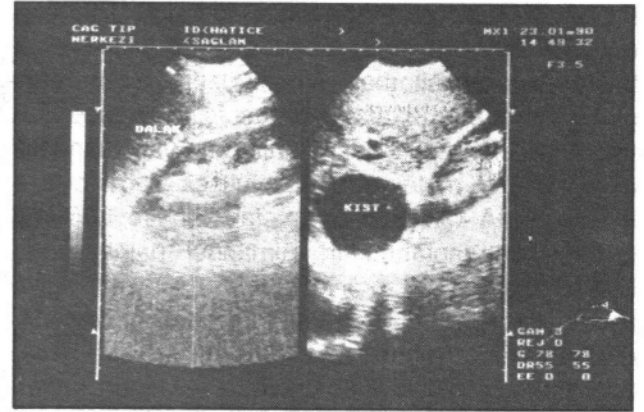
Psödokistler klinikte abdominal ya da lomber ağrı, hipertansiyon ve yineleyen alt üriner sistem enfeksiyonları ile belirti verirler. Ancak bazıları da tümüyle asemptomatik olabilir ve otopsilerde rastlantı sonucu saptanabilir (5). Bazıları çevre dokulara yayılma eğiliminde olduklarından klinikte malignite ile karışabilirler (2).

Bu bilgilerin ışığında burada sunulan vakanın bir adrenal gland psödokisti olduğu sonucuna varmak yanlış olmayacaktır. Ancak bu kistin patogenezinin aydınlatılabilmesi için daha ileri tetkiklerin yapılması gerekmektedir.

Yine bu vakada adrenal gland kisti ile aynı taraftaki böbrekte çift toplayıcı sistem anomalisinin birlikte olması da ilginç bir durumdur. Ancak her iki olayı birbirlerinden bağımsız olarak değerlendirmek daha uygun olacaktır.



Resim 1 : IVP'de sağ böbrekte çift toplayıcı sistem anomalisi izlenmektedir.



Resim 2 : Üst abdominal ultrasonografide sağ adrenal gland lokalizasyonlu kistik kitle görülmektedir.



Resim 3 : Yağ dokusu ile çevrili adrenal gland içinde epiteli seçilemeyen kist duvarı görülmektedir (H.E. X 40).

KAYNAKLAR

1. Ackerman's Surgical Pathology. The C.V. Mosby Company, Seventh Edition. Volume One, 808, 1989.
2. Ghandur - Mnaymneh L. et al: Adrenal cysts: Pathogenesis and histological identification with a report of 6 cases. J Urol. 1979; 122: 87-91.
3. Hodges FW, et al: Cystic lesions of the adrenal glands. Arch. Pathol. 1958; 66: 53-58.
4. Incze JS, et al: Morphology and pathogenesis of adrenal cysts. Am J Pathol 1979; 95(2): 423-27.
5. Medeiros L.J., et al: Adrenal Pseudocyst: A clinical and pathologic study of eight cases. Hum. Pathol. 1989; 20(7): 660-65.
6. Groben PA, et al: Immunohistochemical evidence for the vascular origin of primary adrenal pseudocysts. Arch Pathol. Lab. Med. 1986; 110: 121-123.
7. Gaffey M.J. et al.: Lab Invest 1989; 60: 31A.