

Sürrenalde Myelolipoma

2 olgu sunumu

Dr. Gülçin Altınok*, Dr. Gökhan Gedikoğlu*, Dr. Şevket Ruacan*, Dr. İskender Sayek**
Dr. Mehmet Haberal***

ÖZET

Genellikle otopsilerde belirlenen adrenal myelolipomlar, günümüzde USG, CT ve MRI gibi radyolojik yöntemlerle ortaya çıkarılabilmektedir. Bu tekniklerle adrenalinde kitle belirlenen 48 ve 58 yaşlarındaki iki hastamıza frozen kesitlerinin benign olarak değerlendirilmesi sonucu adrenalectomi uygulanmıştır. Preoperatif tanı yöntemlerinin ilerlemesiyle bu tip lezyonlara daha sık karşılaşılabileceğimizi öngörüşüyle, olgularımız klinik ve patolojik bulgularıyla birlikte sunulmaktadır.

Anahtar kelimeler: adrenal, myelolipoma

GİRİŞ

Adrenal bezinin nadir görülen benign bir tümörü olarak bilinen myelolipoma vakalarının çoğu otopsilerde rastlantı sonucu bulunmuşlardır. Genellikle unilateral, asemptomatik ve hormonal bakımdan inaktiftirler, hastaların çoğu yetişkin ve obezdir. Mikroskopik olarak lezyonlar matür adipöz doku ve adalar halinde dağılan hematopoietik hücrelerden meydana gelmektedir (1). 19. Yüzyılın sonlarından itibaren dünya literatüründe bildirilen myelolipom vakalarına otopsilerde rastlanmış ve tarif edilmiştir (2). Çoğu adrenal myelolipoma, 5 mm'den daha küçük çapa sahiptir. Semptom verecek büyüklüğe ulaşması veya radyolojik olarak saptanması sonucu farkedilirler. Literatürde cerrahi olarak çıkarılan vaka sayısı oldukça azdır, ama günümüzde CT ve MRI'nın yaygınlaşması sonucu farkedilme oranlarının giderek artması beklenmektedir (3).

OLGU SUNUMLARI

OLGU 1

48 yaşındaki kadın hastanın lomber disk nedeniyle çekilen abdominal CT'inde insidental olarak sağ sürrenalinde solid kitle tesbit edilmiştir. Hastanın bel ağrısı dışında bir şikayeti bulunmamaktadır. Fizik muayenesinde Hb 13,5 gr, Htc 45% ve kan basıncı 130/80 mmHg olarak bulunmuştur. Hormonal analizde serum kortizol (3,60 mg/dl), testesteron (0,05 ng/ml) ve estradiol (14,70) seviyeleri ile normalin biraz altında olarak saptanmışlardır. Aldosteron, ACTH, alfa progesteron, VMA ve metanefrin+normetanefrin seviyeleri normal olarak bulunmuştur.

SUMMARY

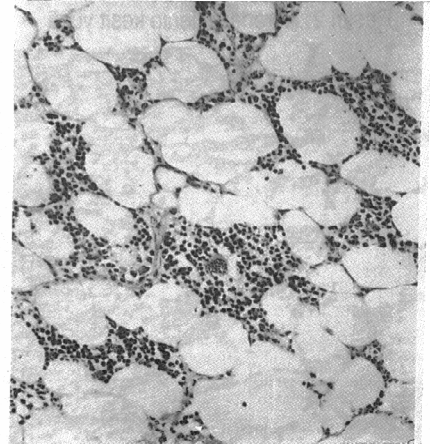
Although adrenal myelolipomas were generally determined in autopsy examination, nowadays developed radiologic techniques such as USG, CT and MRI can easily reveal these type lesions. Adrenalectomy were performed to presented cases, their ages 48 and 58 respectively, after the frozen section results were benign. Our foresight is that these type of lesions frequently diagnose by the developing of the preoperative diagnostic procedure and in this report clinical and pathological findings of two cases were presented.

Key words: adrenal, myelolipoma

Sürrenalde kitle ön tanısıyla operasyona alınan hastaya adrenalectomi uygulanmıştır. Frozen incelenmesinde lezyon benign olarak değerlendirilmiştir. Cerrahi spesmenin makroskopik incelenmesinde; 8x6x3 cm boyutlarındaki sarı-turuncu renkteki kitlenin kesit yüzünde sarı-gri renkte yağ dokusu ile uyumlu alanlar yanı sıra, hemorajik alanlar dikkati çekmiştir.

Mikroskopi incelenmesinde; adrenal korteksin hemen altından başlayan matür yağ dokusu içerisinde eritroid, granülositer elemanlardan ve megakaryositlerden meydana gelen hematopoietik doku izlenmiştir. Bu kitleyi adrenal korteksten ayıran bir kapsül mevcut değildir (Resim 1).

Hastamızın ameliyat sonrasında bir problemi olmayarak taburcu edilmiş ve 2,5 senedir takipte olup, rekürrens izlenmemiştir.



Resim 1: Her üç seri elemanlarını içeren hematopoietik doku, H+E (x230)

* Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı
** Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı
*** Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı

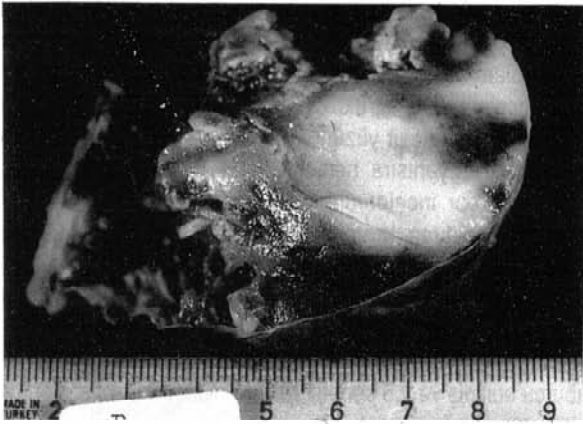
OLGU 2

58 yaşındaki erkek hastaya 8 yıl önce anal malign melanom nedeniyle abdominoperineal yolla rektum rezeksiyonu yapılmış ve kolostomi açılmıştır. Bu operasyondan sonra kemoterapiye (CCNU+DTIC) geçilmiş ve kontrollerinde karaciğer, dalak, kemik sintigrafisi ve abdominal USG istenmiştir. Abdominal USG'de sağ adrenal lojunda 43-37 mm boyutlarında hiperekojenik solid kitle ve sağ böbrek üst polde iki adet 2 cm çapında kortikal kist izlenmiştir. Hastanın bu bulgulara ilişkin hiçbir yakınması mevcut değildir.

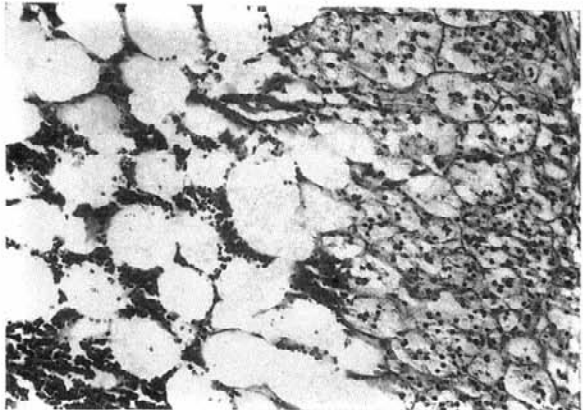
Fizik muayenede hipertansif (TA:180/100mmHg) bulunduğu için 24 saatlik idrarda VMA, metanefrin ve normetanefrin bakılmış, seviyeleri normal bulunmuştur. Hasta esansiyel hipertansiyon olarak değerlendirilmiştir.

Adrenal bezine muhtemel bir metastaz şüphesiyle ameliyata alınan hastanın yapılan frozen kesitlerinin benign olarak yorumlanması ile hastaya daha ileri bir cerrahi girişim yapılmamıştır.

Patoloji Bölümüne gönderilen spesimen 5x3,5x3 cm boyutta olup, kitlenin üzerini saran bayağı uğramış sarı-turuncu adrenal dokusu gözlenmiştir. Kesit yüzünde kitlenin lobüler gri-sarı renkte yağ dokusu ve yanısıra hemorojik alanlar içerdiği ve çepeçevre normal görünüşte adrenal dokusu ile



Resim 2: Adrenal kitlenin kesit yüzü



Resim 3: Sağda adrenal korteks, solda hematopoiyetik doku elemanları, H+E (x230).

sarıldığı izlenmiştir. Aralarında bir kapsül mevcut değildir (Resim 2).

Mikroskopik görünümünün ise diğer vaka ile benzer durumda olduğu görülmüştür (Resim 3). Hastanın ameliyattan sonra herhangi bir yakınması mevcut olmayıp, 6 aylık takibinde rekürrens saptanmamıştır.

TARTIŞMA

Literatürde bildirilen otopsielerde saptanmış olan myelolipoma vakaları genellikle oldukça küçük olup, myelolipomatöz değişiklik gösteren odaklar; kortikal adenomlarda, kortikal hiperplazilerde ve normal adrenal içerisinde bile bulunabilmektedirler (4,5).

Adrenal myelolipomlar genellikle unilateral olup, hormon salınımı olarak inaktiftirler. Literatürde adrenal kortikal tümörlerle birlikte olup, Cushing's sendromuna ve konjenital adrenal hiperplaziye yolaçabilen myelolipom vakaları bildirilmiştir (5,6). Cushing's hastalığına eşlik eden bir pure adrenal myelolipoma vakası Bennett ve arkadaşları tarafından rapor edilmiştir (5).

Yetişkinlerdeki diğer ekstrapedüller hematopoez odaklarının aksine (ki bunlar genellikle bir hematolojik hastalığın göstergesidirler) adrenal myelolipomaya hemen her zaman normal bir kemik iliği eşlik eder (2).

Myelolipomalar genellikle unilateral, küçük (0,5-5 cm arası) ve asemptomatiklerdir. Nadiren 10-12 cm çapa erişirler ve kanama veya nekroza sekonder olarak hastalar abdominal veya yavaş yavaş baş vurabilirler (7,8). Literatürde çok büyük çapa ulaşarak semptomatik olan vakalar bildirilmiştir (9,10). Bu şekilde literatürde yer alan çarpıcı örneklerden biri; travmatik rüptür sonucu, hipertansif ve obez bir hastada retroperitoneal kanamaya yol açarak hipotansif şoka sokan 16x15x10 cm çapında dev bir myelolipom vakasıdır (11).

Tüm dünya literatüründe bahsedilen birkaç yüz myelolipom vakasının postmortem incelemeler ile ortaya çıkmış oldukları bilinmektedir. Bunların çoğu 5 mm çaptan küçük ve asemptomatik olmaları nedeniyle cerrahi olarak çıkarılan vakaların sayıları oldukça azdır. Giderek kompute tomografinin yaygınlaşması ile günümüzde daha çok myelolipomanın cerrahi olarak çıkarılacağı düşünülmektedir (3). Bunun sebebi radyolojik olarak adrenal myelolipomayı, adrenokortikal karsinomdan ayırabilecek çok kesin kriterler olmayışıdır. Yağ oranı yüksek olmadığı takdirde MRI'da da aynı zorluk geçerlidir. Çok az veya hemen hemen hiç yağ içermeyen myelolipomaların radyolojik olarak diğer adrenal neoplazmlardan ayırdedilmeleri imkansızdır (12,13).

Genellikle başka bir hastalık ve özellikle malignensi sebebiyle yapılan taramalarda ortaya çıkan düzgün ve enkapsüle görünümdeki bir adrenal kitle radikal cerrahi uygulamayı düşündürtebilir. Bu durumda çözüm frozen kesitlerinin yardımı ile olmalıdır. Frozen kesitlerde sonucun benign olarak bildirilmesi ile hasta olası bir nefrektomi veya bölgesel lenfadenektomi gibi radikal girişimlerden korunmuş olacaktır (3).

KAYNAKLAR

1. Stenberg SS. Diagnostic Surgical Pathology, 2nd ed. Raven Press, New York. 1994, p:584.
2. Rosia J. Ackerman's Surgical Pathology, 7th ed. C.V.Mosby Company, St. Louis. 1989, P:809.
3. Noble MJ, Motague DK, Levin HS. Cancer 1982; 49:952-958.
4. Tumors of the adrenal. Atlas of Tumor Pathology; fascicle 23. 2nd series, Washinton, 1985.
5. Bennett B, McKenna TJ, Hough AJ. Adrenal Myelolipom associated with Cushing's disease. Am J Clin Pathol 1980;73:443-447.
6. Newman PH, Silen W. Myelolipoma of the adrenal gland. Report of the third case of a symptomatic tumor and review of the literature. Arch Surg 1968;97:637-670.
7. Olsson CA, Krane RJ, Klugo RC, Selikowitz SM. Adrenal Myelolipoma. Surgery 1973;73:665-670.
8. Fink DW, Wurtzebach LR. Symptomatic myelolipoma of the adrenal. Radiology 1980;134:451-452.
9. Wilhelmus et al. Giant Adrenal Myelolipoma. Arch Pathol Lab Med 1981;105:532-535.
10. Boudreaux D, Waisman J, Skinner DG et al. Giant adrenal myelolioma and testicular interstitial cell tumor in a man with congenital 21-Hydroxylase deficiency. Am J Surg Path 1979;3:109-123.
11. Medeiros LJ, Wolf BC. Traumatic rupture of an adrenal myelolipom. Arch Pathol Lab Med 1983;107:500.
12. Computed Body Tomography with MRI Correlation. 2nd ed. Raven Press 1989, p:841-843.
13. De Blois GG, De May RM. Adrenal myelipoma diagnosis by CT-guided fine needle aspiration. Cancer 1985;55:848-850.