

Adrenal Gland Kistleri (İki Olgu Sunumu)

Dr. Latife Candan*, Dr. Filiz Özyılmaz**, Dr. A. Kemal Kutlu***, Dr. Gökhan Pekindil****

ÖZET

Adrenal gland kistleri oldukça nadir görülürler. Diğer retroperitoneal kistlerle ve tümörlerle karışabilecekleri için klinik önem taşırlar. Lenfanjiomatöz tipte, iki adet adrenal gland kisti olgusu sunularak, ilgili literatür gözden geçirildi.

Anahtar kelimeler: Adrenal gland-kist.

GİRİŞ

Adrenal gland kistleri nadir görülen lezyonlardır. Diğer retroperitoneal kistler ve tümörlerle karışabilecekleri için, klinik önem taşırlar. Parazitik, endotelyal, epitelyal ve psödokistler olmak üzere başlıca dört gruba ayrılırlar (1,2). Hastalar karakteristik olmayan semptomlarla başvurabilirler. Ancak, adrenal gland kistleri büyük oranda postmortem fark edilen asemptomatik lezyonlardır (3). Bu çalışmada, iki adrenal gland kisti olgusu sunularak, ilgili literatürler gözden geçirildi.

OLGU SUNUMU

1. OLGU

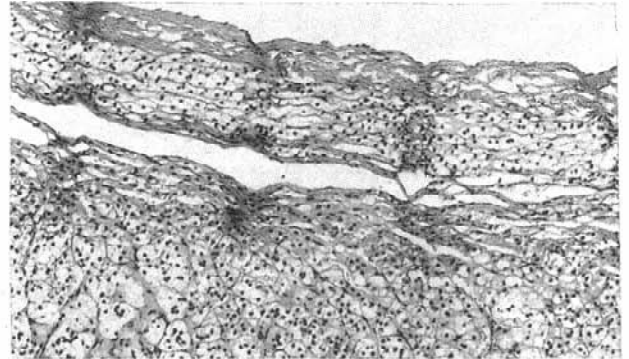
30 yaşında kadın hasta, sekiz aydır varolan karın ağrısı, iştahsızlık, bulantı hissi, halsizlik ve kaşıntı yakınmaları ile Genel Cerrahi Polikliniği'ne başvurdu. Hasta, sağ üst kadranda, bazan sırta da vuran karın ağrısı tanımlıyordu. Fizik muayenede batin sağ tarafında palpasyonla duyarlılık dışında patolojik bir özellik izlenmedi. Ultrasonografik tetkikte karaciğer sağ lobda bir adet kist saptanması üzerine; hasta, kist hidatid ön tanısı ile ameliyata alındı. Operasyon sırasında karaciğer normal olarak izlendi. Retroperitoneal bölgede, sağ sürrenalde 6 cm çapta kist görüldü ve kistektomi uygulandı.

Makroskopik incelemede 6x5x4 cm ölçülerinde, içi seröz nitelikte sıvı ile dolu duvar kalınlığı 0.2-0.1 cm olan kist görüldü. Mikroskopik olarak iç yüzü fokal bir iki alanda basıklaşmış tek sıra hücrelerle döşeli kistik yapının duvarı fibrotikti ve atrofik adrenal gland dokusu ile komşuluk gösteriyordu (Resim 1). Yapılan immunohistokimyasal (İHK) çalışmada kist boşluğunu döşeyen tek sıra basıklaşmış hücrelerde, Keratin ve Vimentin ile (-), Faktör VIII ile fokal, zayıf (+) boyanma görüldü. Kist duvarında fokal Vimentin (+)'liği izlendi. Olgu, lenfanjiektatik tipte endotelyal adrenal gland kisti olarak değerlendirildi.

SUMMARY

Adrenal cysts are relatively uncommon lesions. They have clinical importance, because of their tendency to mimic other retroperitoneal cysts and malignant neoplasms. Two cases of lymphangiomatous adrenal cysts are reported and reviewed the literature.

Key words: Adrenal gland-cyst



Resim 1: I. olguda, fibröz kist duvarının iç yüzünü döşeyen tek sıra basıklaşmış hücreler ve kistle komşuluk gösteren adrenal gland. (HE, x200)

2. OLGU

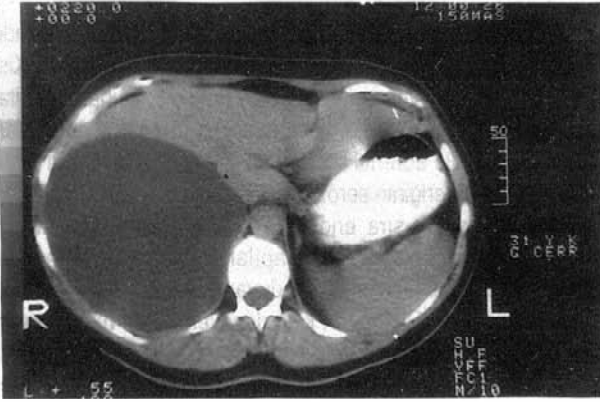
30 yaşında, kadın hasta, 5 aydır idrar yaparken ağrı ve sırt ağrısı yakınmaları ile Üroloji ve Jinekoloji Polikliniklerine başvurdu. Batin ultrasonografisinde karaciğerde bir lezyon saptanması üzerine Genel Cerrahi Polikliniğine sevk edildi. Yapılan fizik muayenede karın sağ üst kadranı ve suprapubik bölgede duyarlılık dışında patolojik bir özellik yoktu. Hastanın rutin laboratuvar tetkikleri normal olarak izlendi. Batin Bilgisayarlı Tomografi (BT) tetkikinde sağ diyafragma komşuluğundan başlayan, karaciğer sağ lob posterior segmenti ile aşağıda retroperitoneal alana uzanan, sağ böbreği sola, aşağı ve mediale itmiş, düzgün-ince duvarlı, homojen sıvı değerinde iç dansite gösteren, 21x15x13 cm boyutlarında kistik lezyon görüldü. Duvar kalsifikasyonu, kız vezikül ya da septasyon mevcut değildi. Kesitler dahilinde sağ adrenal bezi de ayırt edilemedi (Resim 2). Retroperitoneal basit kist ya da kist hidatid düşünülerek hasta operasyona alındı. Ameliyatta sağ böbreği mediale doğru iten, karaciğeri basıya uğratan 20x15 cm boyutlarında kist görüldü. Total kistektomi ve sağ adrenalectomi yapıldı.

* Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi

** Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı Yardımcı Doçenti

*** Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı Başkanı, Profesör.

**** Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı Yardımcı Doçenti.



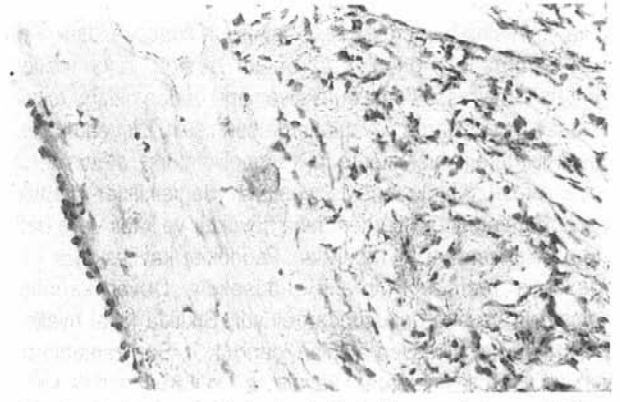
Resim 2: II. olguya ait, karaciğer alt seviyesinden geçen BT kesiti: Karaciğer sağ lob posterior segmente doğru büyümüş, posteriorde diafragma ile sınırlı kistik kitle ile sağ adrenal lojunda bezin konturlarının ayırt edilemediği izlenmektedir.

Patolojik inceleme için gönderilen materyal, 20x14x12 cm ölçülerinde, içinde sarı-pembe renkte seröz sıvı bulunan, duvar kalınlığı 0.2-0.1 cm olan kist ve kistin dış yüzünde bulunan 7x3x0.3 cm ölçülerinde adrenal glanddan oluşmaktaydı. Mikroskopik incelemede iç yüzü tek sıra yassılaşmış epitelle döşeli fibrohyalinize kist duvarı, kist duvarı içinde sıkışmış adrenal korteks ve kist dışında kısmen atrofik adrenal gland dokusu izlendi. Kist duvarında bazıları kistik dilatasyon gösteren lenfatikler ve kan damarları mevcuttu (Resim 3). Kisti döşeyen epitel Keratin ve Vimentin ile (-), Faktor VIII ile zayıf (+) boyanma gösterdi. Diğer vakada olduğu gibi kist duvarında fokal vimentin (+)'liği dikkati çekti. Olgu lenfanjiyektatik tipte endotelial adrenal gland kisti tanısı aldı.

TARTIŞMA

Malign neoplazmlarla birlikte olmayan adrenal gland kistleri nadir görülen patolojik lezyonlardandır (4). İlk olgu 1670 yılında Greiseleus tarafından bildirilmiştir. Her yaşta görülebilir. Abeshouse otopsi vakalarının daha çok 5-6. dekalarda, operatif vakaların 4, 5 ve 6. dekalarda dağılım gösterdiğini bildirmektedir (1). Cerrahi olarak çıkarılan psödokistlerle ilgili son çalışmalar, olguların daha çok genç ve orta yaşlı erişkinler olduğunu ortaya koymaktadır (5, 6). Bizim olgularımızın ikisinin de 30 yaşında olması son literatürlerle uyumlu bulunmaktadır. Adrenal gland kistlerinin kadınlarda görülme oranı daha yüksektir (kadın/erkek: 3/1) Bizim her iki olgumuz da kadındır. Genellikle unilateraldir ve sağ ya da sol taraf baskınlığı yoktur. Daha az oranda bilateral olgular bildirilmiştir (1).

Adrenal gland kistlerinin çoğu küçük ve asemptomatiktir. Kistlerin çapı büyüdükçe semptomlar ortaya çıkmaya başlar (7). Ancak bu semptomlar karakteristik değildir. Başlıca üç klinik belirti; adrenal bölgesinde hafif ağrı, gastrointestinal semptomlar ve palpabl bir kitledir (1). Bazan enfeksiyon ve hemoraji gibi sekonder komplikasyonlar olabilir (4). Endokrin disfonksiyon seyrek olarak adrenal gland kistlerine eşlik eder.



Resim 3: II. olguda kistin iç yüzünü döşeyen tek sıra kübik epitel, fibrotik kist duvarı ve altta atrofik adrenal gland izlenmektedir. (HE, x400).

Psödokistlerle değişik derecelerde adrenal yetmezlik olabilir (1).

Intraabdominal kistlerin tanısı ve lokalizasyonunda modern görüntüleme teknikleri kullanılabilir. Ultrasonografi bunlardan en yaygın kullanılanıdır. 2 tanesi adrenal gland kisti olan, 35 hastalık nonparazitik abdominal seröz kist serisinde ultrasonografi ile kistlerin visseral lokalizasyonu yapılmış, ancak 6 tanesinde doğru lokalizasyon belirlenememiştir (8). Bizim vakalarımızda, kistin sağ tarafta olmasının da etkisiyle, klinik ve radyolojik olarak öncelikle karaciğere ait bir kist düşünüldüğü dikkati çekmektedir.

Adrenal gland kistleri genellikle 4 grupta toplanır. Bunlar; parazitik, epitelyal, endotelial ve psödokistlerdir (1, 2). Literatürler gözden geçirilerek hazırlanan 155 vakalık büyük bir seride bunların oranları sırasıyla % 7, % 9, % 45 ve % 39'dur (4).

Parazitik kistler çoğunlukla ekinokoklarla oluşur. Bu kistler kalın duvarlıdır, içinde kız veziküller bulunur. Duvarıda kalsifikasyon olabilir (2).

Epitelyal kistler, gerçek bir epitelle döşelidir ve gerçek kistler olarak da adlandırılırlar (2, 8). Kisti döşeyen epitel İHK olarak Keratin (+) boyanır. Normal adrenal kortikal ve meduller hücreleri keratinle boyanma göstermezler. Medeiros bu boyanma özelliği nedeniyle, kisti döşeyen epitelin adrenal korteks ve medulladan derive olmadığını, mezotelial kökenli olabileceğini ileri sürmektedir (9).

Adrenal glandın endotelial kistleri başlıca lenfanjiyektatik ve anjiomatöz olarak iki subgruba ayrılır (1). Hamartomları da bu gruba sokanlar vardır (2). Lenfanjiyektatik kistler adrenal kapsül veya medullallada normalde var olan lenfatiklerin genişlemesi sonucu oluşur. Berrak veya süt benzeri bir sıvı içerir ve düz endotelial hücrelerle döşelidir. Prolifere endotelin yokluğu bunların hamartomatöz ve neoplastik lezyonlardan ayırır. Duvarlarında elastik doku veya sinir içermezler (1). Sıklıkla kist duvarında adrenal glanda ait yapılar izlenir (10).

Psödokistler erişkinlerde en sık görülen adrenal kistleridir (1, 2). Bu tip kistler normal veya patolojik adrenal gland içine

veya çevresine hemorajik ekstrasvazasyon sonucu oluşur. Primer hemorajik prosesler adrenalın benign veya malign tümörleri, travma, şiddetli enfeksiyonların neden olduğu toksik maddeler, çocuklarda ve infantlarda derin şoku izleyen anoksi, çeşitli hemorajik diatezler, septik embolik infarkt, ateroskleroz veya anevrizma ile birlikte vasküler değişiklikler olabilir. Psödokistler diğer kistlerden daha büyüktür ve kanlı veya hafif kırmızı-kahverengi sıvı içerirler. Psödokist kavitesi, yer yer yassılmış rezidüel hücrelerle döşelidir. Duvar kalınlığı değişebilir ve bağ dokusundan oluşur. Sıklıkla fokal hyalinizasyon ve kalsifikasyon alanları içerir (1,5). Son zamanlarda yapılan İHK çalışmalarda; Laminin ve Tip 4 Kollagen ile kistik boşluğu çevreleyen lineer boyanma ve rezidüel hücrelerde Faktör VIII ile (+) boyanma gösterilerek, psödokistlerin vasküler orijinli olduğu ileri sürülmektedir.

Bizim olgularımızda; klinik ve laboratuvar bulgular göz önüne alınarak parazitik bir kist düşünülmemiştir. Kisti döşeyen hücrelerin İHK olarak keratin ile (-) boyanması nedeniyle gerçek epitelyal kist tanısından uzaklaşmıştır. Psödokistlerde, kist içeriği sarı veya sarı-kahve renkte amorf

materyal veya pıhtılaşmış kandan oluşur. Kistin iç yüzünde çok sayıda, yüzeyden kabarık plak veya nodüller görülür. Kistin iç yüzünü döşeyen epitel güçlükle farkedilir ya da farkedilemeyebilir. Pıhtılaşmış kan veya hyalinize trombüsten oluşan kitlenin basısı ile adrenal korteks inceleyebilir (5,10). Bizim olgularımızda kist içeriğinin seröz nitelikte olması, kistin iç yüzünün büyük oranda tek sıra endotelle döşeli olması, kist duvarı içinde adrenal kortekse ait yapılar bulunması nedeni ile psödokist düşünülmemiştir. Kist duvarında genişlemiş lenfatikler görülmesi ve İHK olarak kisti döşeyen epitel hücrelerinde fokal, zayıf Faktör VIII (+)'liği lenfanjiektatik tip endotelyal kist tanısını desteklemektedir. Lenfanjiektatik kistlerde, kistin iç yüzünde Tip 4 Kollagen ile güçlü boyanma olduğu söylenmektedir (10). Ancak, laboratuvarımızda Tip 4 Kollagen çalışamadığı için bu konuda yorum yapılamamıştır.

Bu iki adrenal gland kisti olgusunu, hem nadir görülmesi, hem de batın içi kistlerin ayırıcı tanısında akılda tutulmaları gerektiğini hatırlatmak üzere sunmak ve ilgili literatürü gözden geçirmek istedik.

KAYNAKLAR

1. Abeshouse G.A, Goldstein R.B, Abeshouse B.S: Adrenal cysts: Review of the literature and report of three cases. J. Urol. 1959; 81 (6), 711-719.
2. Barron S.H, Emanuel B: Adrenal cyst: A case report and a review of the pediatric literature. J Pediat. 1961, 59, 592-599.
3. Ghrun J.G, Gould V.g. The adrenal glands. In: Kissane J.M, editörs. Andersons' Pathology. Ninth Edition. (Vol.2). St.Louis: The C.V. Mosby Company, 1966.
4. Grben P.A, Roberson J.B, Anger S.R. et al: Immunohistochemical evidence for the vascular origin of primary adrenal pseudocysts: Arch Pathol Lab Med. 1986; 110, 121-123.
5. Medeiros L.J., Lewandrowski K.B, Vickery A.L.: Adrenal pseudocyst: A clinical and pathologic study of eight cases. Hum. Pathol. 1989; 20: 660-665.
6. Kutluay L., Bakır K., Başak T.: Adrenal gland kisti: Bir vaka takdimi. Patoloji Bülteni. 1991; 8: 44-46.
7. Cunningham MD: Hemorrhagic adrenal cyst. J Am Osteopath Assoc. 1993; 93: 619-622.
8. Duca S, Cazacu M, Vlad L et al: Nonparasitic abdominal serous cysts. A multiple case report. Acta Chir Belg. 1993; 93: 18-24.
9. Medeiros L.J, Weiss LM, Vickery A.L: Epithelial-lined (true) cyst of the adrenal gland: A case report. 1989; 20: 491-492.
10. Gaffey M.J, Mills S.E, Fechner R.E et al: Vascular adrenal cysts. A clinicopathologic and immunohistochemical study of endothelial and hemorrhagic (Pseudocystic) variants. Am J Surg Pathol. 1989; 13:740-747.