

Adrenal Lenfanjiomatoz Kist Olgusu

Case of Adrenal Lymphangiomaticous Cyst

¹İlhan Ece, ²Süleyman Hilmi İpekçi, ³Pınar Karabağlı, ¹Hüsnü Alptekin

Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi ¹Genel cerrahi AD., ²İç Hastalıkları AD. Endokrinoloji BD., ³Patoloji AD.

Özet

Adrenal glandın kistik lezyonları oldukça nadir görülürler. Çoğunlukla asemptomatik olan ve tesadüfen saptanan kistlerden en sık endotelial ve psödokistler görülür. Endotelial kistler, endotel hücreleri ile döşeli lenfatik kanallara benzeyen yapılarıdır, lenfanjiomatoz ve anjiomatoz kistler olarak adlandırılan iki gruba ayrılır. Bu çalışmada endotel hücreleri ile döşeli kistik yapıdan oluşan adrenal kist literatür eşliğinde incelendi.

Abstract

Cystic lesions of the adrenal gland are seen very rare. Cysts are mostly asymptomatic and found incidentally, and the majority of these cystic lesions are endothelial cysts and pseudocysts. Endothelial cysts, lined by endothelial cells are the structures resembling lymphatic channels. Cysts are divided into two groups, named lymphangiomaticous and angiomaticous cysts. In this study we presented a case of cystic structure, lined by endothelial cells, and reviewed the literature.

Anahtar kelimeler: Adrenal, lenfanjiomatoz, kist.

Key words: Adrenal, lymphangiomaticous, cyst.

GİRİŞ

Adrenal bez kaynaklı kistler oldukça nadir görülürler ve daha çok insidental olarak saptanırlar (1-4). Epitelial kistler, endotelial kistler, parazitik kistler, psödokistler ve sınıflandırılmayan benign kistler olmak üzere beş farklı histolojik alt tipi vardır (5). Görüntüleme yöntemlerindeki gelişmeler ile bu kistlerin klinik önemi ve görülme sıklığı giderek artmaktadır. Otopsi serilerinde yaşlılarda daha çok tespit edilirken artan görüntüleme sıklığı ile genç yaşlarda da görüldüğü tespit edilmiştir. Hastaların büyük çoğunluğu asemptomatik olup bir kısmı bulantı, kusma, kabızlık ve yan ağrısı ile başvururlar (1,6). Kist içine kanama, rüptür ve enfeksiyon nedeniyle akut karın tablosu oluşabilir. Dikkatli bir fizik muayenede büyük kistler palpe edilebilir ancak tanı ultrasonografi (US), bilgisayarlı tomografi (BT), ve manyetik rezonans görüntüleme (MRG) ile kesinleştirilir. Sol tarafa yerleşen kistler pankreas kuyruk kistleri, sağ taraftakiler ise karaciğer kistleri ile karışabilir.

Adrenalde kist tespit edildiğinde kistin fonksiyonel olup olmadığı değerlendirilmeli, fonksiyonel kistler cerrahi eksizyon ile tedavi edilmelidir. Fonksiyonel olmayan kistler 6 cm'den küçük ise ince iğne aspirasyon biyopsisi ile takip edilir ancak 6 cm'den büyük kistler oluşabilecek komplikasyonlar nedeniyle cerrahi adaydırlar (4). Yapılan çalışmalar adrenal bezde en sık psödokistler ve endotelial kistlerin görüldüğünü, endotelial kistlerin ise lenfanjiomatoz veya anjiomatoz tipte olabileceğini ortaya koymuştur (7). Bu çalışmada kliniğimizde adrenal kistik kitle tanısı ile ameliyat edilen hastanın klinik ve patolojik bulguları sunulacaktır.

OLGU

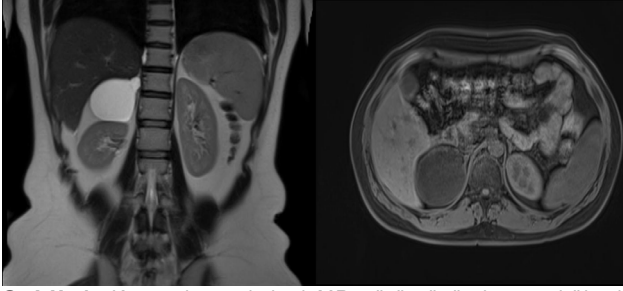
Otuziki yaşında kadın hasta 6 aydır devam eden karın ağrısı şikayeti ile genel cerrahi polikliniğine başvurdu. Hasta sağ üst kadranda sırta vuran karın ağrısı tanımlıyordu. Fizik muayenede batın sağ üst kadranda palpasyonda hassasiyet dışında patoloji izlenmedi. Hipertansiyon ve diyabet öyküsü yoktu. Ultrasonografide sağ sürrenal lojda 6x7 cm

çapında kist tespit edilmesi üzerine kistin natürünü ortaya koymak için karın MRG çekildi. MRG sağ adrenal bez lokalizasyonunda 6x6.5 cm çapında T1 ağırlıklı görüntülerde hipointens, T2 ağırlıklı görüntülerde hiperintens ince cidarlı, düzgün sınırlı benign karakterde kistik lezyonun sürrenal kist veya hidatik kist olabileceği raporlandı (Şekil 1). İndirek hemaglütinasyon testinde antikor saptanmaması hidatik kist tanısından uzaklaşmamızı sağladı. Ayrıca idrar metanefrin ve normetanefrin düzeyleri, 24 saatlik idrar vanilmandalik asit düzeyi ve düşük doz deksametazon süpresyon testi sonuçları normal olarak tespit edildi. Bu sonuçlarla olgu nonfonksiyone adrenal kist olarak yorumlandı. Olguya laparoskopik adrenalectomi yapılmasına karar verildi. Ameliyatta sağ adrenal bezden köken alan, düzgün sınırlı çevre yağlı dokulara ve inferior vena kavaya invazyon göstermeyen 6 cm çapında kistik lezyon gözlemlendi. Laparoskopik adrenalectomi yapılarak materyal patoloji bölümüne gönderildi. Hastaya ameliyat sonrası gün oral gıda başlandı, 3. gün problemsiz olarak taburcu edildi.

Cerrahi materyalin makroskopik incelemesinde; 37 gram ağırlığında 7x6 cm adrenal kesitinde 6.7x4.5cm ölçüsünde lümeninde kahverengi seröz sıvı bulunan kistik lezyon izlendi. Doku örneklerinden alınan ve Hematoksilin-Eozin ile boyanan kesitlerin incelenmesinde; lümeni deskuame olmuş yer yer yassılaştırmış endotel hücreleri ile kaplı kistik yapı görüldü (Şekil 2A). Yapılan immünohistokimyasal (İHK) çalışmada kist boşluğunu döşeyen tek sıra endotelial hücrelerin D2-40 ve CD34 ile immunopozitif olduğu görüldü (Şekil 2B). Olgu bu özellikleri nedeniyle lenfanjiomatoz tipte endotelial adrenal gland kisti olarak değerlendirildi.

TARTIŞMA

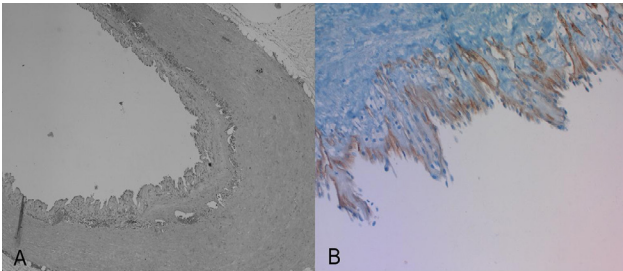
Adrenal kistler yeni doğan döneminden 80'li yaşlara kadar geniş bir yelpazede görülür (1,2-8). Ancak 3. ve 6. dekatta pik yapar, kadın/erkek oranı yaklaşık olarak 3/1'dir (9). Genellikle tek taraflıdır ve sağ veya sol taraf baskınlığı yoktur. Adrenal bez kistlerinin büyük kısmı küçük



Şekil 1. Koronal ve aksiyel MR görüntüsünde sağ böbrek üstünde kistik yapı.

ve asemptomatiklerdir. Kist çapı arttıkça çeşitli semptomlar görülmeye başlar. Ancak bu semptomlar karakteristik değildir. Kitlenin lokalize olduğu kadranda ağrı, nonspesifik gastrointestinal semptomlar ve ele gelen kitle en sık görülen bulgulardır. Nadiren infeksiyon, kist içine kanama ve rüptür gibi ciddi komplikasyonlarla karşılaşılabilir. Ayrıca endokrin disfonksiyon seyrek olarak adrenal kistlere eşlik edebilir.

Karın içi kistlerin tanısı ve lokalizasyonunda görüntüleme teknikleri kullanılabilir. Ultrasonografi bu tekniklerden en sık kullanılanıdır. Kitlelerin kistik ve solid ayrımının yapılmasında yardımcı olur fakat komşu organlarla olan iribatların ve tam lokalizasyonun yapılmasında bazen yetersiz kalabilir. Bu nedenle lokalizasyon için BT ve MRG kullanılabilir. Olgumuzda US ile konulan tanının doğrulanması ve komşu organ ilişkisinin ortaya konması amacıyla MRG tetkiki yapılmıştır. Bu görüntülere rağmen parazitik kist ayrımı net olarak yapılamamıştır. Foster ve ark.nın 1966 yılında yaptığı 220 vaka içeren geniş serinin literatür eşliğinde incelenmesi ile adrenal kistlerin sınıflaması ve sıklığı gösterilmiştir (5). Buna göre adrenal kistler: 1. Endotelial kistler (%45), 2. Psödokistler (%39), 3. Epitelial kistler (%9), 4. Parazitik kistler (%7) ve 5. Sınıflandırılmayan benign kistler şeklinde sınıflandırılmıştır. Parazitik kistler ekinokokal lezyonlardır ve insidental olarak saptanırlar. İnce duvarlı, kist duvarında parazitlerin izlenebildiği, ilerleyen dönemde duvarda kalsifikasyona sahip lezyonlardır. Epitelial kistler gerçek epitelle döşelidir ve gerçek kistler olarak adlandırılır (10). Kisti döşeyen epitel İHK olarak Keratin (+) boyanır. Normal adrenal hücreler keratinle boyanma göstermezler. Bu boyanma özelliği nedeniyle kisti döşeyen epitelin adrenal kaynaklı olmadığı mezotelyal kökenli olabileceği ileri



Şekil 2. A) Endotel ile döşeli kist cidarı (HEX40) B) Endotelial hücrelerde D2-40 immunopozitivitesi (X200)

sürülmüştür (11). Adrenal glandın endotelial kistleri lenfanjiomatoz (%42) ve anjiomatoz (%3) olarak iki grupta incelenir. Lenfanjiomatoz kistler adrenal korteks yada medullada mevcut olan lenfatiklerin genişlemesi sonucu oluşur. Berrak veya süt benzeri bir sıvı içerir ve düz endotelial hücrelerle döşelidir. Prolifere endotelin olmaması ile hamartomatoz ve neoplastik kistlerden ayrılır. Duvarlarında elastik doku veya sinir içermezler. Sıklıkla kist duvarında adrenal glanda ait yapılar izlenir. Psödokistler yetişkinlerde en sık görülen adrenal kistlerdir. Bu kistler normal veya patolojik adrenal gland içine veya çevresine hemorajik ektravazasyon sonucu oluşur. Psödokistler diğer kistlerden büyüktür ve kanlı veya hafif kırmızı-kahverengi sıvı içerirler. Psödokist kavitesi yer yer yassılaştırmış rezidüel hücrelerle döşelidir. Duvar kalınlığı değişebilir.

Bizim olgumuzda klinik ve radyolojik bulgular ile parazitik bir kist olabileceği düşünülmüştür. Ancak ameliyat sırasında kistin ince cidarlı çevre dokularla ilişkisi olmaması nedeniyle parazitik kist olmadığı anlaşılmıştır. Kisti döşeyen hücrelerin İHK olarak keratin ile (-) boyanması nedeniyle gerçek epitelial kist tanısından uzaklaşmıştır. Psödokistlerde kist içeriği sarı veya sarı-kahve renkte amorf materyalden oluşur. Kistin iç yüzünde çok sayıda, yüzeyden kabarık plak veya nodüller görülür. Pıhtılaşmış kan ve hyalinize trombusten oluşan kitlenin basısı ile adrenal korteks inceleyebilir (12). Olgumuzda kist içeriğinin seröz vasıfta olması kistin tek sıra endotelle döşeli olması, kist duvarı içinde adrenal kortekse ait yapılar bulunması ile psödokist düşünülmemiştir. Kist duvarında genişlemiş lenfatiklerin bulunması da lenfanjiomatoz kist tanısını desteklemiştir. Bu çalışma ile adrenal glanda ait endotelial kistlerin bir alt grubu olan lenfanjiomatoz kistin oldukça nadir görülmesine rağmen karın içi kistlerin ayırıcı tanısında akıld tutulması gerektiğini hatırlatmak istedik.

KAYNAKLAR

1. Carvounis E, Marinis A, Arkadopoulos N, Theodosopoulos T, Smyrniotis V. Vascular adrenal cysts: a brief review of the literature. Arch Pathol Lab Med 2006;130:1722-4.
2. Tuncer İ, Gönülşen G, Ersöz C, et al. Adrenal gland kisti: Dört olguda klinikopatolojik değerlendirme. Çağdaş Cerrahi Derg 1995;9:49-52.
3. Demir A, Tanidir Y, Kaya H, Turkeri LN. A giant adrenal pseudocyst: case report and review of the literature. Int Urol Nephrol 2006;38:167-9.
4. Pradeep PV, Mishra AK, Aggarwal V, Bhargav PR, Gupta SK, Agarwal A. Adrenal cysts: an institutional experience. World J Surg 2006;30:1817-20.
5. Foster DG. Adrenal Cysts: Review of Literature and Report of Case Arch Surg 1966;92(1):131-43.
6. Erickson LA, Lloyd RV, Hartman R, Thompson G. Cystic adrenal neoplasms. Cancer 2004;101:1537-44.
7. Sebastiano C, Zhao X, Deng FM, Das K. Cystic lesions of the adrenal gland: our experience over the last 20 years. Hum Pathol 2013; 22
- 8- Icgasioglu D, Caksen H, Yildiz E, Kocyigit C, Cevit O. An adrenal cyst in a newborn. Pediatr Surg Int 2003;19:286-7.
- 9- Tanuma Y, Kimura M, Sakai S. Adrenal cyst: a review of the Japanese literature and report of a case. Int J Urol 2001;8:500-3.
- 10- Duca S, Cazacu M, Vlad L, et al. Nonparasitic abdominal serous cysts. A multiple case report. Acta Chir Belg 1993;93(1):18-24.
- 11- Medeiros LJ, Weiss LM, Vickery AL. Epithelial-lined (true) cyst of the adrenal gland: a case report. Hum Pathol 1989;20(5):491-2.
- 12- Medeiros LJ, Lewandowski KB, Vickery AL Jr Adrenal pseudocyst: a clinical and pathologic study of eight cases. Hum Pathol 1989;20(7):660-5.