

ADRENAL PSÖDOKİSTİ

Ayşegül KUYRUKÇUOĞLU(1), Nusret ERDOĞAN(2)

Adrenal kistler nadir görülür. Rapor edilen olgular genellikle otopsi bulgusudur. Klinik olarak saptanabilen boyuttakileri çok azdır. Vaka, retroperitoneal bölgeden kistik lezyon çıkartılan 52 yaşında bir kadın hastadır. Nadir oluşu nedeniyle sunulmuş ve literatür gözden geçirilmiştir.

PSEUDOCYST OF ADRENAL GLAND

Adrenal cysts are rare lesions. Those reported are rare mostly autopsy findings. A 52 year old woman was operated for a cystic lesion in the retroperitoneal region. The cyst was found to be an adrenal cyst. The case is reported with the literature findings.

İki adrenal kist olgusu 1670 yılında Abeshouse ve arkadaşları tarafından yayınlanmıştır. 88 otopisi ve 64 operasyon hastası olmak üzere 152 vaka toplanmışlar, kendi 3 vakalarını da ekleyerek toplam 155 sayısına ulaşmışlardır (1). Malek ve arkadaşları 1960 yılında Avrupa literatüründe önce 31 vaka bulmuş, daha sonra buna 33 vaka daha eklemiştir (1). 1966 yılında literatürde kayıtlı olan 220 vaka yayınlanmıştır. Bu vaka aynı zamanda tesbit edilen en büyük boyuttaki kisttir (1). 1980 yılında 3 (3), 1986' da ise 2 vakayı bildiren yazılar yayınlanmıştır (4). Adrenal kistler hemen her yaşta görülebilir, en sık 5. ve 6. dekattadır (2). Kadınlarda bilinmeyen nedenlerden dolayı erkeklere göre 3 misli fazladır. Genellikle unilateral kistlerdir. Çoğunluğu çok küçük boyutludur. Klinik olarak saptanabilen büyüklükte olanları çok nadir görülür. 10 cm'i aşanları çok azdır (1).

OLGU

52 yaşındaki kadın hastada 10 yıldan beri karın aşağı üst bölgesinde zaman zaman hafif ağrı oluyormuş. 2 aydır sık ve şiddetli olmaya başlamış. Radyolojik incelemelerde karaciğerde kistik lezyon öntanısı almış ve operasyona alınmıştır. Operasyonda kistik lezyonun retroperitoneal olduğu görülmüştür.

Ameliyat materyali 12.5x10x9.5 cm boyutlarında kapsüllü, yer yer yağlı doku ve konjesyone alanlar ile bir alanda 7 cm uzunluğunda 9.5 cm çapında sarı turuncu renkli yarım ay şeklinde solid bir oluşum içeren kistik doku parçasıdır. Kist açıldığında içinden koyu kıvamlı kirli sarı renkli materyal ve düzensiz lobüler görünümülü büyüğü 1.5 cm çapında kemik sertliğinde parçacıklar boşalmıştır. Kist duvarı en kalın yerde 0.2 cm ölçülmüştür. (Resim 1)

Mikroskopik incelemede döşeyici epiteli seçilemeyen fibröz kist cidarı görülmüştür. Kist duvarında yer yer mononükleer iltihabi hücre infiltrasyonu ve sarı kahverenkli pigment yüklü histiosit grupları seçilmiştir. Bu duvarda bir alanda sürrenal dokusu izlenmiştir (Resim 2, 3)

TARTIŞMA

Adrenal kistlerin klinik olarak ayırıcı tanıları güçlük doğurur. Adrenal bezin benign ve malign lezyonları ve üst karın bölgesinin diğer kistik lezyonlarından ayırdedilmelidir (1,3). Bugün ultrasonografi ve tomografik yöntemlerle radyolojik olarak tanınmaları kolaylaşmıştır (3).

Oluşma nedenlerine göre adrenal kistler farklı

özellikler gösterir. Abeshouse ve ark adrenal kistleri 4 kategoride incelemiştir (1, 2):

1. Endotelial, 2. Parazitik, 3. Epitelial, 4. Psödokist

En fazla endotelial kistler görülür (% 45). Bunlar genellikle lenfangiomatöz, az bir kısmı angiomatöz kistlerdir (1,5). Adrenal bezin lenfatiklerinde bir tıkanma sonucu oluştukları ileri sürülmektedir (1,2).

Psödokistler, adrenal kistlerin ikinci en sık görülen tipidir (%39), fakat operasyonda saptanmış olan kistler içinde en büyük grubu oluşturur (%60) (1,4). Genellikle klinik olarak saptanabilen büyüklükte uniloküler kistlerdir (1,3). Kanlı, kırmızı kahverenkli, genellikle koyu kıvamlı bir sıvı içerirler. Lümen yüzü endotelle döşeli değildir. Yoğun fibröz bağ dokusunun oluşturduğu duvarda sıklıkla kalıfsifiye, bazen hyalinize alanlar görülür. Nadiren amiloid ve kolesterol depolanmaları da olabilir (1).

Vakamızda olduğu gibi bazen duvarda adrenal korteks dokusu adacıklarına rastlanabilir. Bunlar makroskopik olarak kist duvarında düzensiz sınırlı sarı turuncu alanlar olarak görülür (1). Psödokistlerin duvar kalınlığı 3 cm'e kadar rapor edilmiştir. Fakat genellikle vakamızda olduğu gibi 1-5 mm arasında değişmektedir (1,3).

Psödokistler iki patolojik durum sonucunda oluşurlar:

1. Normal bir adrenal doku içine,
2. Adrenal tümör içine kanama (1,2).

Normal bez içine kanama nedeniyle olan tip çok siktir. Bütün adrenal kistlerin % 32'sini oluşturur. Bez içinde veya çevresinde oluşmuş bir hemoraji ve nekrozun sonucu olarak gelişirler. Hemorajik bölgenin organizasyonu büyük bir kist formasyonu ile sonuçlanabilir. Özellikle neonatal dönemde doğum travması, infeksiyon ve hemorajik diatezler nedeniyle büyük ve son derece vasküler olan organ içine rahatlıkla kanama olabilir. Eğer bu kanamalar adrenal yetmezliğe neden olmayıp bebek yaşarsa, akut dönemden sonra kanama olayı enkapsülasyon ve kist oluşumu ile sonuçlanabilir.

İleri yaşlarda da travma, yanık, şok, diabet toksemisi, üremi, ağır infeksiyonlar, hemorajik diatezler ve daha birçok nedenle sürrenal içine kanama olabilmekte ve sonuçta bir kist oluşabilmektedir (1,2).

Klinik olarak büyük boyuta ulaşınca semptom verirler (1,3). Psödokistler için önem taşıyan nokta % 7 oranında bir adrenal tümör içindeki nekroz veya kanama sonrası oluşmalarıdır. Bu yüzden adrenal kistler eğer özellikle psödokist ise dikkatli olunmalı ve bir sürrenal adenomu, hemangiom, feokromositoma veya malign hemangioendotelioma atlanmamalıdır.

1) Şişli Etfal Hastahanesi Patoloji Uzmanı

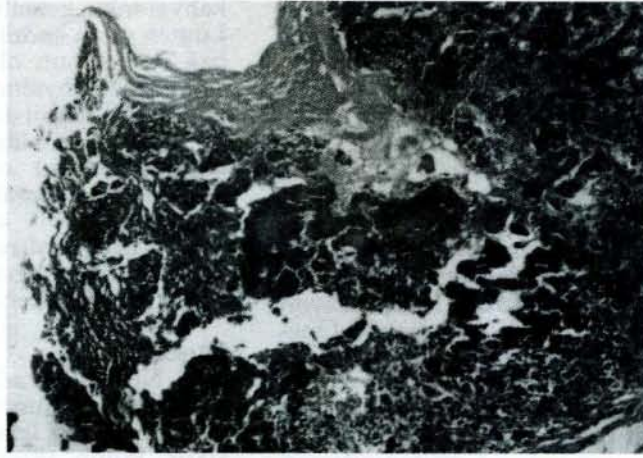
2) Kartal Devlet Hastahanesi Patoloji Uzmanı

Adrenal psödokistlerin kökenine açıklık getirmesi açısından, immunhistokimyasal boyama yöntemi ile laminin ve tip IV kollagen antiserası kullanılarak bazı kistlerde bazal membran

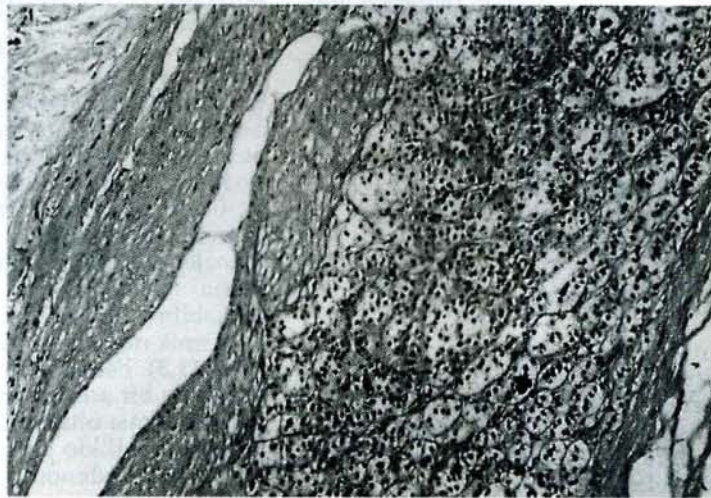
işaretlenmiştir. Bu bulgu dolaylı olarak psödokistik lezyonların endotelial kistler gibi vasküler kökenli olabileceği tartışmasına ışık tutabilir (4).



Şekil 1 - Adrenal psödokistin makroskopik görünümü



Şekil 2 - Psödokist cidarı, Fibröz duvar, kireçleşme, kanama pigmenti alanlar (H+Ex32).

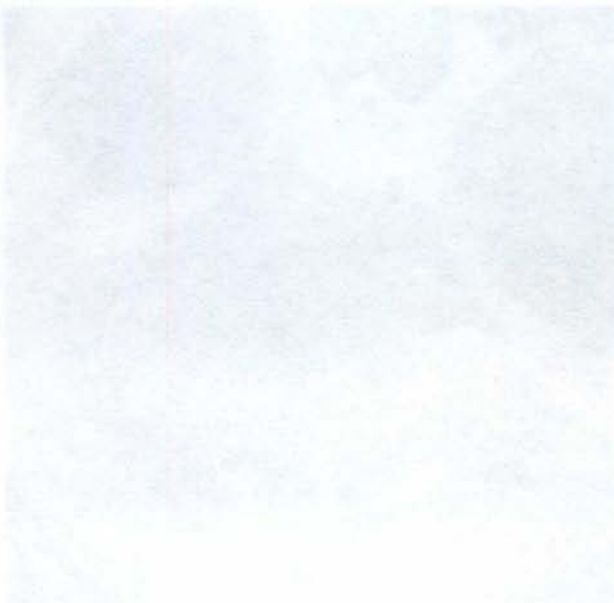
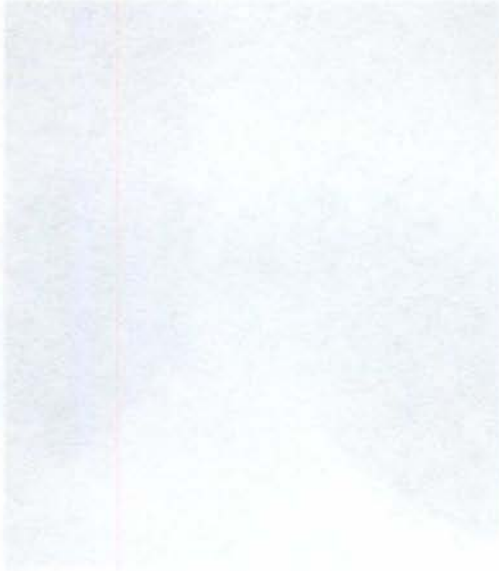


Şekil 3 - Adrenal psödokist duvarında yer yer sürrenal doku morfolojisi seçilmektedir (H+Ex200).

KAYNAKLAR

1. Foster DG: Adrenal cysts. Review of literature and report of a case. Arch Surg 92:131, 1966.
 2. Abeshouse GA, Goldstein RA and Abeshouse BS: Adrenal cysts: Review of literature and reports of three cases. J Urol 81:711, 1959.

3. Cheema P, Cartagena R and Staubitz W: Adrenal cysts: Diagnosis and treatment. J Urol 126:396, 1981.
 4. Groben PA, Roberson IB: Immunohistochemical evidence for the vascular origin of primary adrenal pseudocysts. Arch Pathol Lab Med 110:121, 1986.
 5. Cooner WH, Burros HM, and Valdes-Dapena A: Cystic Lymphangiomas of the adrenal. J Urol 84:591, 1960.



...
 ...
 ...
 ...
 ...

...
 ...
 ...
 ...
 ...

...
 ...
 ...
 ...
 ...

...
 ...
 ...
 ...
 ...

...
 ...
 ...
 ...
 ...

...
 ...
 ...
 ...
 ...