

SÜRRENAL KİSTLERİ

Bir vak'a nedeniyle

Orhan Bulay*

Bülent Mızrak**

Kâmil İmamoğlu***

Sürrenal bezi kistlerinin tanınması çok eski yüzyıllara kadar git-tiği halde, bu güne kadar yayınlanmış olgu adedi 275'i geçmemekte-dir (2,8). İlk olgunun Viyana'lı doktor Griselius tarafından tanımlan-dığı literatür incelenmesinden anlaşılmaktadır (2).

Sürrenal kistlerinin bir kısmının ekinokoka bağlı paraziter kist (% 9), bir kısmının lenfanjiom ve hemanjiom olmak üzere endotelyal kist (% 45), geri kalanının da psöydokist olduğu saptanmıştır (2,4,5,8).

Sürrenal kistleri otopsilerde genellikle rahat tanındığı halde kli-nik olarak çoğu kez belirsiz baskı belirtileri gösteren öyküye sahip hastalarda ekploratris laparotomi sonucu tanınmaktadır. Gerek İ.V.P. grafilerde ve gerekse son yıllarda kullanım sahasına giren ultrasona-grafik çalışmalar ile sürrenal kistlerini ortaya koymak kolaylaşmıştır.

Bizim 39 yıllık ana bilim dalı arşivinin incelenmesi sürrenal kö-kenli kistik oluşumları içermediğini gösterdiği için ender olan bu ol-guyu yayınlamayı uygun gördük.

KLİNİK ÖYKÜ

S.Ç. 30 yaşında kadın hasta (12/336, 20029/85) : 2.1.1985 tarihinde şiddetli sırt ve karın ağrısı ile hastaneye yatırılmış. Daha önceki iki yıl süresinde hasta aynı şikayetlerle doktora gitmiş ve hastaya safra kesesi iltihabı denilerek tıbbi tedavi yapılmıştır. Ağrı genellikle dört-beş gün sürdükten sonra geçermiş. Hastaneye kabulünden on altı gün önce, öncekilerden daha hafif olan bir sırt ağrısı başlamış. Bera-berinde iştahsızlık, bulantı ve halsizlik gibi belirtiler de varmış. Fi-

* A.Ü.T.F. Patoloji Ana Bilim Dalı Öğretim Üyesi

** A.Ü.T.F. Patoloji Ana Bilim Araştırma Görevlisi

*** A.Ü.T.F. Cerrahi Ana Bilim Dalı Başkanı

zik muayenesinde : sağ hipokondrium hafif hassas bulunmuştur. Hastada, karaciğer mid-klaviküler hatta 5. interkostal aralıkta sub-matite ile karakterli olup 6. interkostal aralıkta matite alınıyormuş. Çocukluk hastalıkları tanımlayan hasta başkaca bir hastalık tanımlamamıştır.

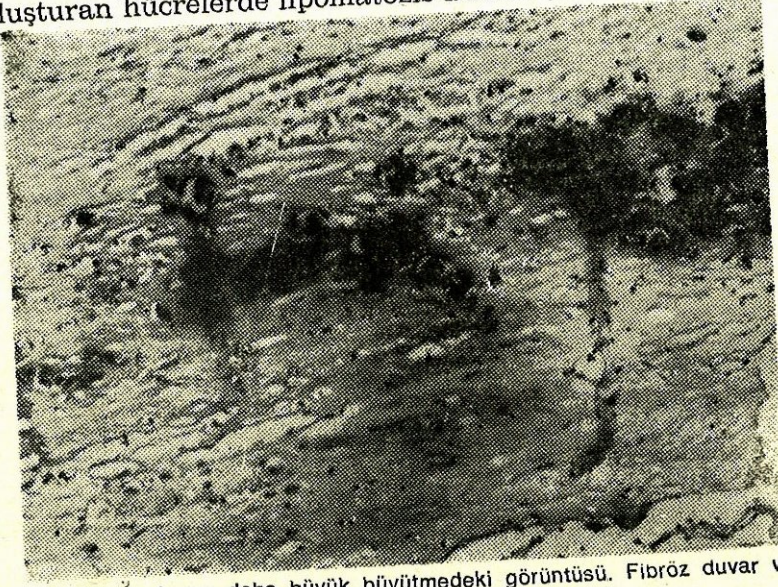
Karın içi kist ön tanısı konarak 3.1.1985 tarihinde ameliyata alınmıştır. Karında sağ böbrek üzerinde 10 cm. çapında, diyafragmaya kadar uzanan tümöral yapı görülmüş, karaciğer, böbrek ve vena cava inferior ile olan yapışıklıklar ayrılarak kist çıkartılmıştır. Laboratuvar bulguları : Hb % 75, eritrosit 3.700.000, lökosit, 7.200 kanama zamanı 1' 10", pıhtılaşma zamanı 5' 40" olup, AKŞ % 84, üre : % 18 mg, kreatinin % 0.7 mg, SGPT : 10 Ü/ml, SGOT : 20/ml, fosfataz 17/Ü/L



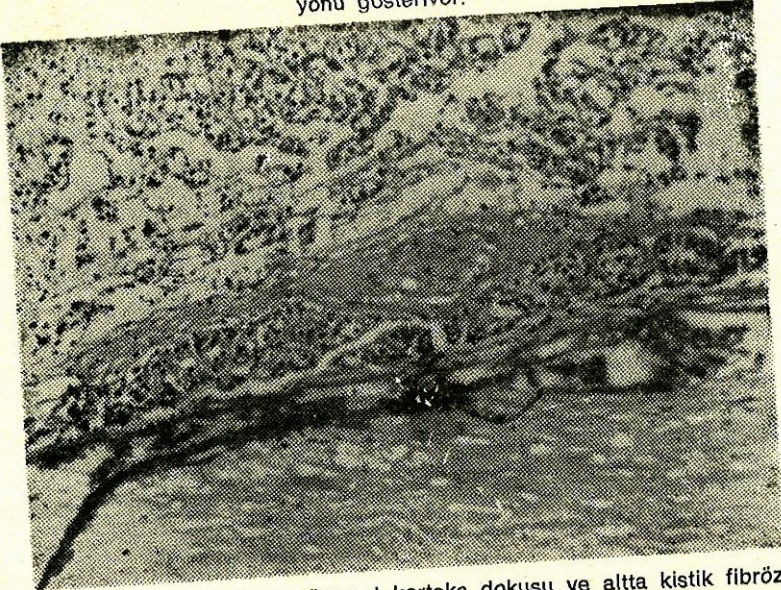
Resim : 1. Sürrenal kistin duvarını göstermektedir. Alta doğru olan koyu leke kalsifikasyonunu göstermektedir.

PATOLOJİK İNCELEME : MAKROSKOPİ : (Bi. Nu : 20029)/85). İncelenmek üzere gönderilen materyel 11 cm. çapında, muntazam yüzeyli, fluktuan kitle idi. Yapılan kesitte : bir kenarda incelmış bir sürrenal dokusu görülmekteydi. Kist cidarı en kalın yerinde 5 mm idi. Kist içinde kanamalı, organize fibrinden ibaret yumuşak bir kitle mevcuttu. Bu kitle elle kolayca kis tlümeninden temizlendi.

MİKROSKOPİ : Kist cidarının değişik kısımlarından hazırlanan kesitlerde : bir kenarda oldukça iyi korunmuş sürrenal dokusu görülmektedir. Bu konuda glomeruloza, fasikülata ve retikülaris tabakalarını oluşturan hücrelerde lipomatozis izlenmiştir. Sürrenal dokusu al-



Resim : 2. Aynı sahanın daha büyük büyütmedeki görüntüsü. Fibröz duvar ve kalsifikasyonu gösteriyor.



Resim : 3. En üstte geri kalmış sürrenal korteks dokusu ve altta kistik fibröz duvarı ve içinde kalsifikasyon sahası görülüyor.

tında ise genellikle hücreden yoksun bağ dokusu yer almaktadır. Bu doku içinde bazı sahalarda şerit halinde ve orta kısımda yerleşen, devamlı olmayan fakat birbirine yakın odaklar yapan kalsifikasyon görülmektedir. Bazı kesitlerde sürrenal dokusunun atrofik ve ince bir şerit halinde olduğu, bu fibröz doku içinde çok hafif ve dağınık lenfositler bir enfiltrasyonun bulunduğu gözlenmiştir. Lümende bulunan materyel fibrine benzeyen tabakalı yer yer kolesterol boşlukları ile karakterli, kanamalı çok az sahada damarlı yapıya sahiptir. Bir çok kesitte bu madde aynı görünümü korumuş ve başka bir doku gözlenmemiştir.

TARTIŞMA

Sürrenal bezine ait kistler veya kistik oluşumlar oldukça ender görülürler. Bu kistlerle ilgili istatistiklere göre gerçekte karın içerisinde özellikle, pankreas çevresinde psöydokistler meydana gelmektedir. Sürrenal kistleri daha önce de belirtildiği gibi parazitik, epitelyal, endotelyal, psöydokist ve piyojenik kist olarak ayrılmaktadır (2,4,5,8). Sürrenal kistlerinin klinik olarak tanınmaları verdikleri belirtilerin belirgin olmaması nedeniyle güçlük göstermektedir. Ancak duvarlarında kalsifikasyonun bulunması bunların röntgende tanınmalarını kolaylaştırdığından sürrenal kisti tanısı akla gelebilmektedir.

Sürrenal kistleri Abeshouse ve arkadaşları (1) tarafından şu şekilde sınıflandırılmaktadır : 1. Parazitik kistler (% 7), en az rastlanan bu tip kistler genellikle jeneralize bir hastalığın sonucu olarak otopside tesadüfen bulunurlar ve ekinokokküsün temsilcisidirler. Şüphelenilen vakalarda Casoni deri testinin yapılması tanıya yardımcı olabilir. Skoleks veya lameller hyalin materyel görülmesi kesin tanıyı koydurur. 2. Epitelyal kistler (% 9) : ismindende anlaşılacağı gibi epitelyal bir örtünün bulunmasıyla karakterlidir. Bunlar genellikle bir adenomda meydana gelen dejeneratif değişiklikler sonucu olmaktadır. Ayrıca bu gruba giren embriyonal kistler (11) ve glandüler retansiyon kistlerine enderde olsa rastlanır. Adenomda nekroz, kanama ve interstisyel sıvı toplanması sonucu oluşan kistlerde çevrede bir duvar oluşur. Bunlar ender olarak büyük hacımlara ulaşabilir. 3. Endotelyal kistler (% 45). En geniş grubu bu kistler oluşturmaktadır. Bu kistler de iki gruba ayrılmaktadır. Lenfanjiomatöz kistler, % 42 ile en sık görülen gruptur. Hatalı gelişim sonucu, küçük lenfatik boşlukların genişlemesi veya bir hamartomun kistik dejenerasyonu sonucu lenfanjiomatöz kistler meydana gelirler. Anjiomatöz kistler ise % 3 ora-

nında g r l rl r ve sürrenal hücreleri arasındaki kapillerlerin veya sinüzoidlerin genişlemesi sonucu olu tuklarına inanılır. 4. Ps ydokistler (% 39) : Eksplozasyon sırasında en sık görülen kistleri oluştururlar. Küçük ya da büyük hacımlı olabilecekleri gibi kırmızı kahve rengi koyu sıvı içerirler. Bunların her hangi bir örtüleri yoktur. Ancak  rt  yerinde pigmentli muntazam bir tabaka bulunur. Kalın fibröz dokudan ibaren duvarları kalsifikasyon sahaları içerir. Bunların olu  me-kanizmasında bir feokromositoma veya normal bir gland içine kanama sonucu, likefaksiyon, absorbsiyon ve enkapsülasyon ile meydana geldikleri düşünülür (6). Sürrenal kanamasının meydana geldiği koşullar şöyledir : doğum travması, yeni doğanın hemorajik hastalığı, akut travma, crush sendromu, yanıklar, çok, gebelik toksemisi, sifiliz, lösemi ve uygun olmayan kan transfüzyonları (5,8). 5. Piyojenik kistler : Bazı yazarlar tarafından ps ydo-kistler içinde incelenen bu grubun g r l   sıklığı hakkında kesin veriler yoktur. Enfeksiyon, bir piyelonefritin s rrenale yayılması sonucu meydana gelebileceği gibi uzak bir odaktan kan yolu ile taşınması da olasıdır. Kist içeriği antibiyotik tedavisi nedeni ile steril hale gelebilir (9).

Bizim olgumuz yukardaki sınıflama çerçevesinde psöydokist grubuna girmektedir. Bizim vakamızda lümende bol fibrin ve bazı sahalarda kısmen canlı kalmış eritrositlerin bulunuşu kanama lehinde bir kanıt olu urmaktadır. Ancak bizim hastamızda her hangi bir kanama sorunu mevcut değildir.

Sürrenal kistleri bir kaç milimetreden otuz santimetre çapa varan büyüklükte olabilir. Böylece içerindeki sıvının litrelelere vardığı çoğu kez gözlenmektedir (7). Kistlerin b y kl   oranında  evre organlara baskı meydana gelecektir. Böbrek dokusu ve renal artere baskı sonucu hipertansiyon yakınması ile doktora ba  vuran bazı vakalar bildirilmiştir (10). Bizim hastamızdaki baskı yakınmaları safra kesesi dolgunlu u, kronik kolesistit belirtileri halinde ortaya çıkmıştır. Hipertansiyon bulunmamaktadır. Bu belli belirsiz yakınmalar sonucu hasta operasyona alınmış ve tanı ancak karın açıldıktan sonra konabilmi tir. Bunun nedeni bu kistlerin ender görülmesinden kaynakmaktadır.

Literatürün gözden geçirilmesi sırasında sürrenal kistlerinin malignle ti i ile ilgili bir olguya rastlayamadık.

ÖZET

Otuz yaşında bir kadın hastaya ait sağ sürrenalde laparotomi sırasında görülen bir kist vakası takdim edilmiştir. Hasta, kliniğe kronik kolesistit bulguları ile müracaat etmiştir.

Sürrenal kistleri ender görülür ve özel bulgu vermezler. Duvarlarındaki kalsifikasyon röntgenolojik olarak tanısıl bir değere sahiptir.

SUMMARY

Adrenal Cysts

A pseudocyst of adrenal gland in a 30 year-old woman is presented. The patient was admitted to the Surgery Service complaining upper quadrant pain similar to chronic cholecystitis.

The cysts of adrenal glands occur very rarely and don't cause any particular symptoms. The calcification in their walls on a simple abdominal x-ray film is an important diagnostic feature.

KAYNAKLAR

1. Abeshouse, G.A., Goldstein, R.B. ve Abeshouse, B.S. : Adrenal cysts : Review of the literature and report of three cases. J. Urol. 81 : 711, 1959.
2. Budd, C.D. ve Fink, D.L. Cysts of the adrenal gland. Ame. Surgeon, October, 649, 1979.
3. Geelhoed, G.W. ve Spiegel, C.T. : «Incidental» adrenal cyst : A correctable lesion possibly associated with hypertension. South. Med. J. 74 : 626, 1981.
4. Ghandur-Mnaymneh, L., Slim, M. ve Muakassa, K. Adrenal cysts : pathogenesis and histological identification with a report of 6 cases. J. Urol. 122 : 87, 1979.
5. Hodges, F.V. ve Ellis, F.R. : Cystic lesions of the adrenal glands Arch. Pathol. 66 : 53, 1958.
6. Honoré, L.H. : Benign cystic dysplasia of the adrenal glands in a case of prune belly syndrome. J. Urol. 123 : 562, 1980.
7. Katz, E.R., Dippe, S.E., Dowling, W.J., Kennely, J.P. ve Levy, J.M. : Benign giant adrenal cyst and parathyroid adenoma : A case report. J. Urol. 121 : 487, 1979.
8. Kearney, G.P., Mahoney, E.M., Maher, A. ve Harrison, J.H. : Functioning and nonfunctioning cysts of the adrenal cortex and medulla. Ame. J. Surg. 134 : 363, 1977.
9. Okafo, B.A., Nikcel, C. ve Morales, A. : Pyogenic cyst of adrenal gland. Urology, 21 : 619, 1983.
10. Ragavaiah, N.V. ve Man Singh, S. : Adrenal cyst associated with hypertension, Br. J. Urol. 47 : 136, 1975.
11. Zivkovic, S.M., Jancic-Z.M., Jokanovic, R. ve Nikezic, M. : Adrenal cysts in the newborn, J. Urol. 129 : 1031, 1983.