Unusual Giant Adrenal Myelolipoma with Chronic Mild Postprandial Pain

Yemek Sonrası Kronik Karın Ağrısı Kliniği Olan Nadir Görülen Dev Adrenal Miyelolipom

Dev Adrenal Miyelolipom / Giant Adrenal Myelolipoma

Haluk Söylemez[1], Süleyman Kılıç[2], Yaşar Bozkurt[1], Ahmet Ali Sancaktutar[1]
[1]Dicle Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Diyarbakır,
[2]Özel Batman Dünya Hastanesi, Üroloji Bölümü, Batman, Türkiye

22. Ulusal Üroloji Kongresinde (2-6 Mayıs 2012, Girne, Kıbrıs) Poster Sunum olarak sunulmuş ve kendi dalında ödüle layık görülmüştür.

Özet

Adrenal miyelolipomlar, lipom ve liposarkom gibi diğer adrenal tümörlerden histopatolojik olarak farklılık gösteren nadir, küçük, benign, nonfonksiyonel tümörlerdir. Çoğunlukla rastlantısal olarak otopsi, radyolojik tetkikler veya laparotomi sırasında tanı alırlar. Bazen, retroperitoneal kanama, sistemik semptomlar veya enfeksiyon gibi nedenlerle akut semptomlarla ortaya çıkabilirler. Ayırıcı tanıda Manyetik Rezonans Görüntüleme, doku orjinini ve çevre organ ilişkilerini göstermesi nedeniyle faydalıdır. Biz bu yazıda, klinik olarak yemek sonrası kronik karın ağrısı ile ortaya çıkan dev boyutlu bir adrenal miyelolipomlu altmış altı yaşında erkek hastayı kısa bir literature bilgisi eşliğinde sunmayı amaçladık.

Anahtar Kelimeler

Adrenal; Miyelolipom; Tümör

Abstract

Adrenal myelolipomas are rare, small, benign, non-functioning tumors, which must be histopathologically differentiated from other tumors such as lipomas or liposarcomas. They are usually identified incidentally during autopsy, imaging or laparotomy. Occasionally, they may present acutely due to complications such as abdominal pain from retroperitoneal bleeding or systemic symptoms of infection. In differantial diagnosis, Magnetic Resonance Imaging may be useful to show characterize of tissue and relationship with other organs. We report a 66-year-old man with a giant adrenal myelolipoma clinically presenting with chronic mild postprandial pain with a brief review of the literature.

Keywords

Adrenal; Miyelolipom; Tumour

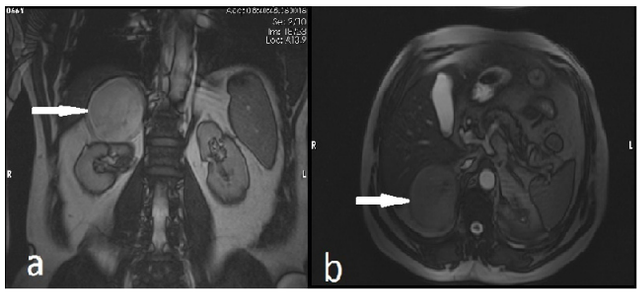
DOI: 10.4328/JCAM.1083 Received: 09.05.2012 Accepted: 18.06.2012 Printed: 01.07.2015 J Clin Anal Med 2015;6(4): 549-551
Corresponding Author: Haluk Söylemez, Dicle Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Diyarbakır, Türkiye.
T.: +90 4122488583 F.: +90 4122488440 E-Mail: drhaluks@yahoo.com

Giriş

Adrenal miyelolipom, nadir görülen, matür yağ dokusu ve hematopoetik hücreler içeren, nonfonksiyonel, benign tümörlerdir. İnsidansı otopsi serilerinde %0.08-%0.4 olarak rapor edilmiştir. En sık adrenal bezde yerleşim göstermelerine rağmen, başta pelvik bölge olmak üzere retroperiton ve torax gibi diğer bölgelerde de izole yumuşak doku tümörü olarak ortaya çıkabilir. Tüm adrenal 'insidentolama' lar içerisinde % 7 ila 15 sıklıkta görülür [1]. Konjenital adrenal hiperplazi, Cushing Sendromu, primer aldesteronizm, feokromasitoma ve adenomlara eşlik edebilirler. Çoğunlukla asemptomatiktirler ve insidental olarak saptanırlar. Büyük boyutta oldukları zaman karın ağrısı, konstipasyon ve kusmaya, nadiren de spontan retroperitoneal kanamaya neden olabilirler. Genellikle 5 cm'yi geçmeyen boyutlarda olduğundan bu boyuttan büyük olanlar literatürde bildirilmeye değer bulunmuştur. Bu yazıda ise kronik karın ağrısı ile gelen alışılmamış şekilde büyük boyutlu bir adrenal miyelolipom vakası sunulmuştur.

Olgu Sunumu

Altmışaltı yaşında erkek hasta üç yıldır devam eden, özellikle yemek sonrası artan kronik karın ağrısı, hazımsızlık şikayetleri ile Dahiliye polikliniğine başvurdu. Fizik muayenede patolojik bulgu saptanmayan hastanın yapılan karın ultrasonografisinde sağ sürrenal loj- karaciğer sağ lob posterior düzeyinde heterojen ekojenitede 87x100 mm boyutunda solid lezyon görünümü rapor edildi. Bunun üzerine kliniğimize refere edilen hastaya yapılan karın Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG) incelemede T1 ağırlıklı sekanslarda sağ sürrenal lojda düzgün sınırlı, 89x72 mm boyutunda, karaciğer ve böbreğe bası yapan, yoğun yağ içeriği nedeniyle yağ baskılama sonrası belirgin sinyal kaybı gösteren, kontrast madde enjeksiyonu sonrası belirgin boyanma göstermeyen " Sürrenal Adenom" ile uyumlu solid kitle izlendi (Şekil



Şekil 1. Sağ sürrenal kitlenin karın MRG incelemesinde koronal(A), transvers kesit imajları(B).

1a-1b). Hastanın öyküsünde medikal tedaviye cevap veren prostatizm haricinde ek bir sistemik hastalığı yoktu. Tam kan sayımı, karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri ve serum elektrolitleri normaldi. Hastanın kitleye yönelik yapılan hormonal incelemelerinde serum kortizol, renin, aldosteron ve 24 saatlik idrarda vanilmandelik asit, metanefrin ve normetanefrin incelemeleri normal olarak bulundu. Bunun üzerine nonfonksiyone sürrenal benign kitle ön tanısı ile sağ anterior subkostal insizyon yapılarak kitle çıkarıldı. Peroperatif veya postoperatif komplikasyon gelişmeyen hasta üçüncü günde taburcu edildi. Kitlenin patolojik incelemesinde makroskopik olarak 9x9x6 cm boyutlarında, kesit yüzü sarı renkli, yağlı görünümde, nodüler yapıda olduğu rapor edildi. Mikroskopik incelemesinde ise kesitlerde çevresinde normal sürrenal dokusu izlenen ince fibröz bir kapsülle çevrili matür liposit topluluklarından oluşan lezyon görüldü. Lezyon içerisinde ince duvarlı vasküler yapılar ile değişik matürasyon evrelerinde lenfoid seri hücreleri, plazma hücreleri ve megakaryositler mevcuttu. Lipositlerde atipi ve mitoz yoktu. Sonuç olarak adrenal miyelolipom tanısı konuldu. Cerrahi rezeksiyondan sonra hastamızın 2 yıllık takiplerinde nüks veya ilişkili semptom gözlenmedi.

Tartışma

Miyelolipomlar, ilk olarak Gierke tarafından 1905 yılında tanımlanmıştır [2]. Adrenal miyelolipomlar; nadir görülen, matür yağ dokusu ve kemik iliği dokusundan oluşan, benign karakterli tümörlerdir. Hematopoetik komponentleri retiküler sinüsoidlerin içinde oluşmadığından, bu hücreler sistemik dolaşıma geçmezler, bu nedenle de biyokimyasal olarak nonfonksiyonel tümörlerdir. Otopsi çalışmaları genel popülasyonda ortalama %0.2 oranında görüldüğünü bildirmiştir [3]. Adrenal miyelolipomaların tespit edilme sıklığı, bilgisayarlı tomografi (BT) ve MRG'ın kullanımının artmasıyla birlikte artmıştır. Bu nedenle 'insidentaloma' olarak da adlandırılırlar. Gelecekte bu sıklığın daha da artacağı tahmin edilmektedir [2].

Miyelolipomaların neredeyse tümü adrenal korteksten köken alır ve Cushing Sendromu, Addison Hastalığı ve obezite ile birlikte görülebilir. Her iki cinste de görülmekle birlikte kadınlarda görülme olasılığı daha yüksektir. Sağda daha fazla olmak üzere genellikle tek taraflı görülür ve hayatın 5. ve 7. dekatları arası ortaya çıkarlar. Ekstra adrenal miyelolipomalar; genellikle dalak, mide, pelvis, akciğerler, presakral bölge, retroperiton ve mezenterde görülebilirler [4].

Klinik olarak sessiz tümörlerdir ve daha önce bildirilen vakaların çoğu rastlantısal olarak bulunmuştur. Genellikle boyutları arttığı zaman klinik bulgu verirler ve sıklıkla karın ağrısı şeklinde ortaya çıkar. Diğer tüm büyük adrenal tümörlerde olduğu gibi spontan retroperitoneal kanama gelişebilir. Sanders ve ark. yaptığı cerrahi olarak çıkarılmış 70 vakayı kapsayan bir çalışmada, olguların 36 tanesinde klinik olarak karın ağrısı veya ele gelen kitle tespit edilmiştir. Eşlik eden hastalıklar incelendiğinde bu hastaların 17'sinin obez, 18'inin hipertansif ve 18'inin de çeşitli kronik sistemik hastalıkları olduğu görülmüştür [5].

Etyolojisini aydınlatmak için çeşitli teoriler ortaya atılmıştır. Genel kabul gören fikre göre miyelolipomalar; kapiller damarlardaki retiküloendotelyal hücrelerde nekroz, enfeksiyon veya stres gibi stimuluslara cevap olarak metaplastik değişiklikler oluşması sonucu ortaya çıkarlar. Radyolojik incelemelerde adrenal lezyonun içerisinde yağ tespit edilmesi ile tanısı koyulabilir. BT adrenal miyelolipomaların içeriğindeki yağ dansitesini ortaya koymak için oldukça sensitif bir tanı aracıdır. MRG ise, koronal ve sagittal kesitleri ile, doku orjini ve çevre organ ilişkilerini göstermesi ve yapılacak cerrahi kesinin yerini belirlemesi nedeniyle oldukça faydalıdır.

Olgumuz, klinik başvuru şekli, yaş, kitle lokalizasyonu ve patolojik bulguları ile literatürdeki adrenal miyelolipomalara benzerlik göstermektedir. Ancak olgumuzu, literatürdeki birçok olgudan ayıran en önemli fark; semptom vermesi olmuştur. Olgumuzda, yemek sonrası karın ağrısı şeklinde ortaya çıkan bu semptomun patofizyolojisi net olarak aydınlatılamamıştır. Ancak, operasyon sonrası karın ağrısı semptomlarının gerilemesi, bu kitleyi hastadaki semptomlara neden olan patoloji olarak düşündürmüştür. Bu durumu çektiğimiz MRG'ın da desteklediği gibi kitle-

nin çevre organlara bası yapacak kadar büyük olması ile açıklayabiliriz. Kitlenin etyolojisine ve birliktelik gösterebileceği patolojilere yönelik yapılan biyokimyasal tetkiklerimiz olumlu sonuç vermemiş ve nonfonksiyonel izole bir kitle olduğu anlaşılmıştır. Sonuç olarak, kronik karın ağrısı ile polikliniğine başvuran hastalarda, adrenal kitleler de akılda bulundurulmalıdır ve bu kitlelerin değerlendirilmesinde biyokimyasal analizin yanı sıra BT ve/veya MRG kullanılarak tanının ayırımına gidilmelidir.

Çıkar Çakışması ve Finansman Beyanı
Bu çalışmada çıkar çakışması ve finansman destek alındığı beyan edilmemiştir.

Kaynaklar

1. Kloos RT, Gross MD, Francis IR, Korobkin M, Shapiro B. Incidentally discovered adrenal masses. Endocr Rev 1995;16(4):460-84.
2. Ong K, Tan KB, Putti TC. Myelolipoma within a non-functional adrenal cortical adenoma. Singapore Med J 2007;48(7):200-2.
3. Po-Chun Lin F-SY. Bilateral giant adrenal myelolipomas a case report and literature review. Chin J Radiol 2008;33:261-4.
4. Kenney PJ, Wagner BJ, Rao P, Heffess CS. Myelolipoma: Ct and pathologic features. Radiology 1998;208(1):87-95.
5. Sanders R, Bissada N, Curry N, Gordon B. Clinical spectrum of adrenal myelolipoma: Analysis of 8 tumors in 7 patients. J Urol 1995;153(6):1791-3.

How to cite this article:
Söylemez H, Kılıç S, Bozkurt Y, Sancaktutar AA. Unusual Giant Adrenal Myelolipoma with Chronic Mild Postprandial Pain. J Clin Anal Med 2015;6(4): 513-5.