

Büyük Adrenal Korteks Tümörleri

Şahsine TOLUNAY*

ÖZET

Kliniğimizde 1976 yılından bugüne kadar yalnızca iki tane adrenal korteks tümörü görülmüştür. Her ikisi de yaklaşık 12 cm. çapında olan bu tümörlerden birincisinin endokrin işlevi yoktur ve histolojik olarak benign görünüşlüdür. İkincisinin ise endokrin işlevi mevcuttur ve malignite özellikleri taşımaktadır. Ender görüldükleri için yayınlanan bu olguların klinik belirtileri ve histopatolojik özellikleri birbirleri ile ve kaynaklardaki bilgilerle karşılaştırılmıştır.

SUMMARY

Large Adrenocortical Tumors

Only two adrenocortical tumors have been seen in our clinic since 1976. Both of tumors are about 12 cm. diameter. First tumor is nonfunctional and have a benign histologic appearance. Second tumor is functional and malignant. Clinical manifestations and histopathologic characteristics of these rare cases have been compared with each other and literatures.

* Yrd. Doç. Dr.; Uludağ Üniv. Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı

GİRİŞ

Adrenal korteks tümörlerinin histopatolojik olarak benign ve malign, işlevleri bakımından endokrin işlevi olan ve endokrin işlevi olmayan tipleri bulunmaktadır^{1.2.3.4.5.6}.

Endokrin işlevi olanlar Cushing sendromu, Conn sendromu, adrenogenital sendrom adı verilen klinik belirtiler verirler. Plazma kortizol, testosteron, estradiol, 24 saatlik idrarda 17 keto ve 17 hidrosiketosteroid seviyeleri yüksektir⁶.

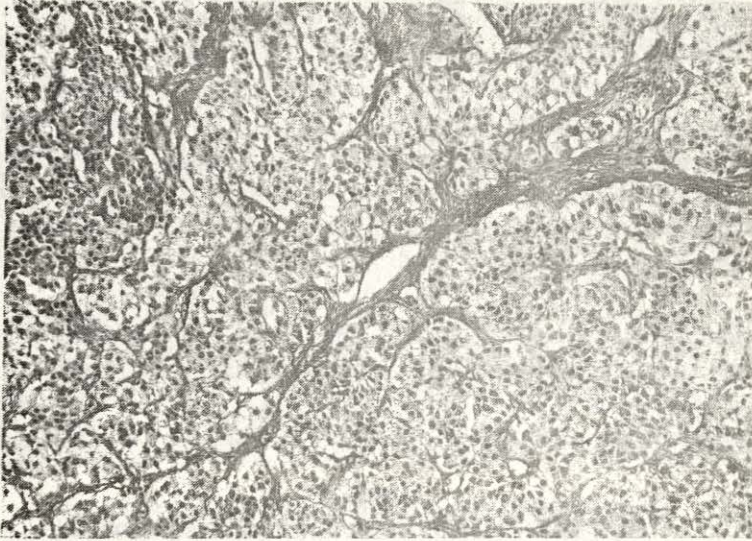
Endokrin işlevi olmayan tümörlerde hiçbir hormon yükselmesi ve klinik belirti görülmez. Ancak tümör çok büyük boyutlara ulaştığında karında ağrı, kitle, güçsüzlük, zayıflama ortaya çıkar. Bu nedenle tanı konulduğunda büyük boyutlara ulaşmış olurlar⁵.

Benign adrenal korteks tümörlerinin otopsielerde görülme insidensi % 2-8 arasındadır⁵. Malign olanların görülme insidensi ise yaklaşık milyonda ikidir^{3.6}. Endokrin işlevi olanlar, olmayanlardan daha sık görülürler².

Adrenal korteks tümörleri en sık 50-70 yaşları arasında ve her iki tarafta eşit oranda görülmekle birlikte bazı serilerde 40-50 yaşlarında ve solda sık görüldükleri bildirilmiştir. Kadınlarda erkeklerden daha genç yaşlarda görülürler^{4.7}. Endokrin işlevi olanların % 80'i kadınlarda görülmüştür. Endokrin işlevi olmayanlar ise erkeklerde 2 misli fazla görülmektedir⁵.

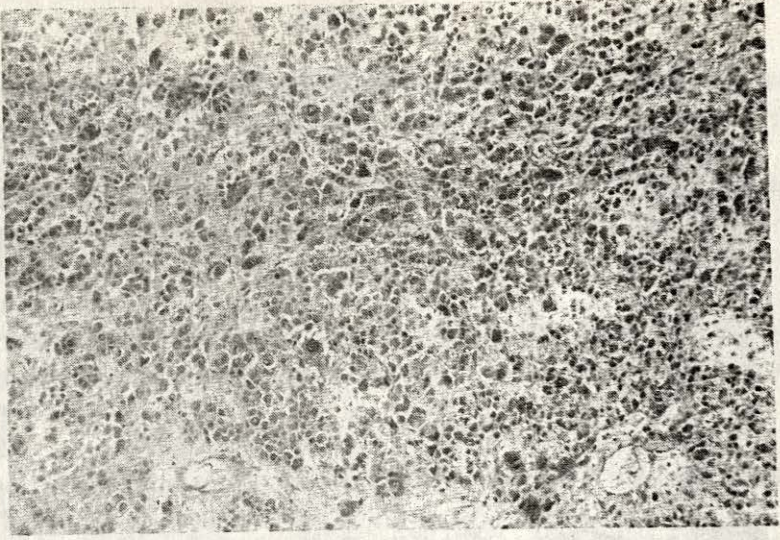
OLGULAR

I. OLGU: 53 yaşında erkek hasta (R.B) hiçbir yakınması olmadan genel bir kontrol sırasında yapılan batın ultrasonunda sol böbrek üzerinde retroperitoneal kitle saptanması üzerine ileri tetkik için yatırılmıştır. Fizik muayenede eski bir travma sonucu oluşan kalça çıkığına bağlı bir bacadaki kısıklık dışında bir bulgusu yoktur. IVP ve Komputerize tomografi ile sol böbreği aşağı doğru iten düzgün kenarlı ve 10 cm çapında bir kitle gösterilmiştir. Hematolojik ve biyokimyasal testlerde bir anormallik yoktur. Tüm hormon analizleri normal olarak bulunmuştur. Cerrahi girişimle total olarak çıkarılarak patoloji anabilim dalına gönderilen materyal 12x9.5x9 cm boyutlarında kapsüllü, kesit yüzeyi gri pembe yer yer sarı renkli yumuşak kıvamlı bir tümöral dokudur. Hazırlanan kesitlerin hematoksilen eosin ile boyanmış preparatları incelendiğinde uniform görünüşlü, adrenal korteks hücrelerine benzeyen, bir kısmı geniş eozinofilik, bir kısmı berak stoplazmalı hücrelerin solid adalar ve alveoler yapılar yaparak oluşturdukları, geniş nekroz ve kanama alanları içeren tümöral bir doku izlenmiştir (Resim: 1). Tümör kapsülünde ve damar lümenlerinde invazyon görülemediği ve bu özelliklerine dayanarak "Büyük adrenal korteks tümörü" tanısı verilmiştir. (B-1788-86). Bu hasta üç yıldan beri takipte olup, sağlıklı bir yaşam sürmektedir.

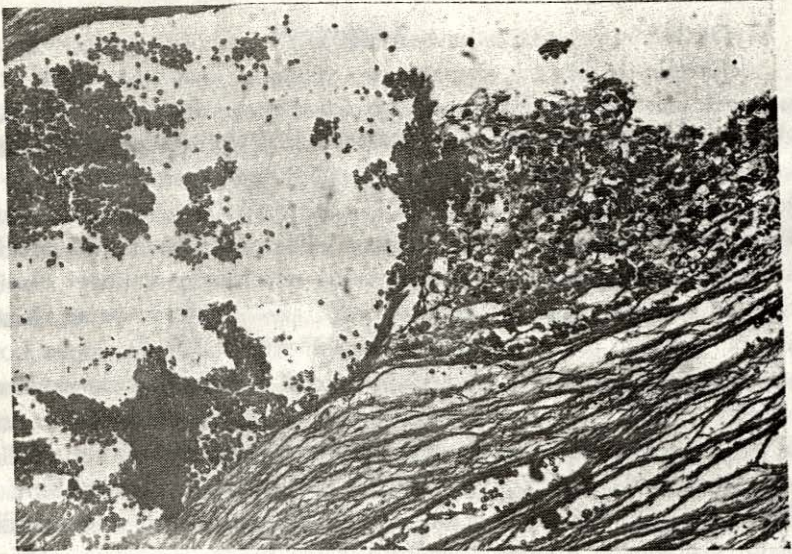


Resim: 1
Birinci olguda tümöral dokunun mikroskopik görüntüsü
(H.E. 16x10/0.40)

II. OLGU: 34 yaşında kadın hasta (H.U.) 1.5 yıl önce çok yemek yeme, su içme, adetlerinin kesilmesi, şişmanlama, yüzünde kırmızılık, şişlik, kulllanma şikayetleri ile hastanemize başvurmuştur. Cushing sendromu ön tanısıyla tetkik ve tedaviye alınan hastada kortizol – 700.000 ng/ml, kan şekeri – 410 ng/ml olarak bulunmuştur. Abdominal sintigrafide sağ böbreğin kranyal kesiminde böbrek üstü lokalizasyonunda yaklaşık 10 cm. çapında, içinde küçük kalsifikasyonlar bulunan hipodens tümöral kitle görülmüştür. Hasta ameliyat edilerek kitle total olarak çıkartılmıştır. Patoloji anabilim dalına gönderilen materyal 13x10x9 cm boyutlarında kapsüllü, kesit yüzeyi gri pembe sarı renklerde yumuşak kıvamda bir tümöral dokudur. Hazırlanan kesitlerin Hematoksilen Eosin ile boyanmış preparatlarının incelenmesiyle çoğunluğu adrenal korteks hücrelerine benzeyen, bir kısmı ise belirgin pleomorfizm gösteren poligon al nükleuslu yer yer eozinofilik yer yer berrak ve geniş stoplazmalı atipik epitelyal hücrelerin solid adalar şeklinde ve alveoler bir çatı içinde dizilerek oluşturdukları tümöral bir doku izlenmektedir (Resim: 2). Tümöral dokuda dev hücre ve atipik mitoz şekilleri ile geniş nekroz ve kanama alanları mevcuttur. Kapsülde ve damar lümenlerinde tümöral hücre invazyonları gözlenmektedir. Bu özellikleri ile adrenal korteks karsinomu tanısı verilmiştir (B-3060-88). (Resim: 3).



Resim: 2
İkinci olguda tümoral dokunun mikroskopik görüntüsü
(H.E. 16x10/0.40)



Resim: 3
İkinci olguda tümoral dokuda kapsül ve damar invazyonunun görünüşü
(H.E. 25x10/0.60)

TARTIŞMA

Adrenal korteks tümörleri ender görülen, büyük olduklarında benign malign ayrımı güçlükle yapılabilen tümörlerdir. Birçok araştırmacı tümörün büyüklüğü ve ağırlığı ile davranışı arasında bir ilişki bulunduğunu savunmuştur.

Endokrin işlevi olan adrenal korteks tümörlerinde klinik tablo saf Cushing özelliklerini taşıyorsa tümörün küçük (10-70 gr) ve benign, klinik tabloya virilism ve hirsutism eklendiğinde yani mixed Cushing özellikleri bulunduğu anda ise tümörün büyük ve malign olma olasılığının doğduğu savunulmuştur. Her zaman olmamakla birlikte büyük tümörlerin genellikle malign olduğu gözlenmiştir¹.

42 adrenal korteks karsinomunu kapsayan bir çalışmada tümörlerin çaplarının 1-30 cm arasında değiştiği ortalama 10 cm. olduğu saptanmıştır⁷. 28 olguyu kapsayan bir başka çalışmada ise adrenal korteks karsinomalarının çaplarının 3.5-20 cm arasında, ağırlıklarının ise 70-1500 gr. arasında değiştiği görülmüştür⁴.

Fonksiyonlu adrenal korteks tümörlerini içeren bir başka çalışmada adenomların (4-12 cm) ortalama 7 cm, karsinomaların³ (10-24 cm) ortalama 16.2 cm çaplarında olduğu izlenmiştir. Küçük lezyonlar genellikle benign, büyük lezyonlar ise genellikle malign olmalarına karşın, yalnızca lezyonun boyutlarına bakarak benign yada malign olduğunu söylemek mümkün değildir.

Malignitenin kesin tanısı yalnızca mikroskopik inceleme sonucunda konulabilir. Tümöral doku benign ve malign lezyonlarda hücresel özellikleri bakımından belirgin farklılıklar göstermediği için, ancak kapsülde ve damar lümenlerinde tümör invazyonlarının görülmesi malignite kriteri olarak kabul edilmektedir.

Mcfarlane adrenal korteks karsinomalarını hastanın prognozu ile ilgili olarak şöyle Stagelendirmiştir⁴.

Stage I: Tümör 5 cm den küçük, Stage II: Tümör 5 cm den büyük, Stage III: bölgesel lenf nodülü metastazı ve lokal invazyon var, Stage IV uzak metastaz var. Stage I ve II'de hastanın prognozu iyi, Stage III ve IV'te çok kötüdür. Adrenal korteks karsinomalarında uzak metastazlar akciğer, karaciğer, lenf nodülleri ve kemiklerde görülür^{3,4,5,7}.

Bizim olgularımızdan biri 34 yaşında mixed Cushing sendromu nedeniyle tetkik edilmiş kadın hastadır. Tümöral doku sağda yerleşmiş, 13 cm çapında endokrin işlevi olan bir adrenal korteks karsinomudur. Diğer olgu 53 yaşında hiçbir şikayeti olmayan genel bir kontrol sırasında batın ultrasonunda sol böbrek üzerinde kitle bulunduğu saptanan bir erkek hastadır. Bu hastadaki tümöral doku 12 cm. çapında endokrin işlevi olmayan ve malignite özellikleri taşımayan adrenal korteks tümörüdür.

Bu olgular ender görülen tümörler olan büyük adrenal korteks tümörlerinin endokrin işlevi olan malign ve endokrin işlevi olmayan benign tiplerine birer örnektir. Klinik ve histopatolojik özellikleri ilginç bulunduğu için yayınlanmıştır.

KAYNAKLAR

1. BLOODWORTH, J.M.B.: Endocrine Pathology, General and Surgical, Second Edition, Williams Wilkins, Baltimore/London, 1982, p. 450-462.
2. SMITH, J.M., KEANE, F.B., O'FLYNN, J.D., COLLINS, P.G.: Primary nonfunctioning carcinoma of adrenal cortex, Urology, 13(3):253-255, 1979.
3. ATHANI, V.S., MULHOLLAND, S.G.: Primary nonfunctioning adrenal tumors in adults, Urology, 18(2)131-133, 1981.
4. SULLIVAN, M., BOILEAU, M., HODGES, C.V.: Adrenal cortical carcinoma, The Journal of Urology, 120:660-665, 1978.
5. AVELLAN, J.A.G., BALTASAR, A.: Non functioning adrenal carcinoma, Eur. Urol. 12:211-214, 1986.
6. HAJJAR, R.A., HICKEY, R.C., SAMAAN, N.A.: Adrenal cortical carcinoma, Cancer 35:549-554, 1975.
7. DIDOLKAR, M.S., BESCHER, R.A., ELIAS, E.G., MOORE, R.H.: Natural history of adrenal cortical carcinoma, Cancer, 47:2153-2161, 1981.

Yrd. Doç. Dr. Şahsine TOLUNAY
Uludağ Üniv. Tıp Fak.
Patoloji Anabilim Dalı
BURSA