

ADRENAL MİYELOLİPOM: OLGU SUNUMU

ADRENAL MYEOLIPOMA: CASE REPORT

Sibel HAKVERDİ*, Sadık GÖRÜR**, Muhyittin TEMİZ***, Bülent AKARSU*, Ahmet Namık KİPER**

* Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı, HATAY

** Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı, HATAY

*** Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, HATAY

ABSTRACT

Introduction: Adrenal myelolipomas are rare occurring benign tumors. They are generally less than 5cm and may not cause symptoms. We discuss a case with adrenal myelolipoma in the light of literature. A 60 year-old female patient had strait flank pain radiate to inguinal region. In the right adrenal gland, a mass about 8 cm was specified by ultrasonography and computerized tomography imaging. In the hystopathological evaluation of the completely resected mass, it was determined that the mass was composed of mature adipose tissue and hematopoietic elements, and the tumor was described as adrenal myelolipoma. In the cases with masses localized in the adrenal gland, adrenal myelolipoma should be considered. Therapy procedure should be planned according to size of the tumor and the presence of symptoms.

Key words: Adrenal Gland, Myelolipoma, Computerized tomography

ÖZET

Adrenal miyelolipomlar ender görülen benin tümörlerdir. Sıklıkla boyutları 5 cm'nin altındadır ve belirti vermezler. Burada adrenal miyelolipomlu bir olguyu sunuyor ve yayın bilgileri ışığında değerlendiriyoruz. Sağ kasığa vuran yan ağrısı olan 60 yaşındaki kadın hastada ultrasonografi ve bilgisayarlı tomografi ile sağ adrenal bez yerleşiminde yaklaşık 8 cm boyutta kitle tanımlandı. Ameliyat edilen hastanın materyalinin histopatolojik değerlendirmesinde matür yağ doku ve kemik iliği elemanlarından oluşan tümöre adrenal miyelolipom tanısı kondu. Adrenal bölgede bulunan ve yağ içeriği yüksek olan olgularda ayırıcı tanıda adrenal miyelolipom düşünülmelidir. Kitlenin olguda belirti verip vermemesi ve büyüklüğüne göre tedavi şekli planlanmalıdır.

Anahtar kelimeler: Adrenal bez, Miyelolipom, Bilgisayarlı tomografi

GİRİŞ

Miyelolipomlar matür yağ dokusu ve kemik iliği elemanlarından meydana gelen, ender görülen iyi huylu tümörlerdir. Çoğunlukla adrenal bezde yerleşirler. İlk olarak 1905 yılında Gierke tarafından tanımlanmış ve 1929 yılında Oberling tarafından isimlendirilmiştir. Endokrin olarak aktif değildirler ve sıklıkla asemptomatik olduklarından otopsilerde ya da başka amaçlarla yapılan radyolojik incelemelerde tesadüfen fark edilirler¹. Miyelolipomların çoğu küçük çaptadır (5 cm'nin altında) ve bulgu vermezler. Sıklıkla 50-70'li yaşlar arasında görülürler. Görülme sıklığı açısından kadın ve erkek arasında belirgin bir fark yoktur. Bu tümörler aşırı şişmanlık, hipertansiyon, şeker gibi hastalıklarla birlikte görülebildiği gibi adrenokortikal adenom, adrenokortikal kanser ve böbrek hücreli kanser ile birlikte de görülebilirler²⁻⁵.

Bazı olgular ultrasonografi (USG), bilgisayarlı tomografi (BT) ve manyetik rezonans görüntüleme (MRG) gibi modern görüntüleme teknikleriyle

tanı alabilmektedir. İnce iğne aspirasyonu da tanı açısından bazen faydalı olabilmektedir. Küçük ve asemptomatik olgularda koruyucu yaklaşım tercih edilirken, kanama riskinin arttığı büyük ve semptomatik olgularda cerrahi rezeksiyon önerilmektedir⁶.

OLGU SUNUMU

60 yaşında bayan olgu Üniversitemiz Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Üroloji Polikliniği'ne 2-3 aydır olan ve son 10 gündür şiddetlenen sağ kasığa vuran yan ağrısı şikayeti ile başvurdu. Hastanın fiziksel incelemesinde sağ lomber bölgede hassasiyetinin olması dışında önemli bir bulgu saptanmadı. Kan ve idrar örnekleri incelemesinde dikkat çekici bulgu izlenmedi. USG'de sağ adrenal bez yerleşiminde 74x70 mm boyutlarında, düzgün konturlu, hiperekoik, heterojen solid kitlesel lezyon izlendiği rapor edildi. Ayırıcı tanı amacıyla yapılan BT incelemesinde, sağ adrenal bezi yerleşimli, düzgün konturlu, yağ densitesinde

Dergiye Geliş Tarihi: 25.06.2007

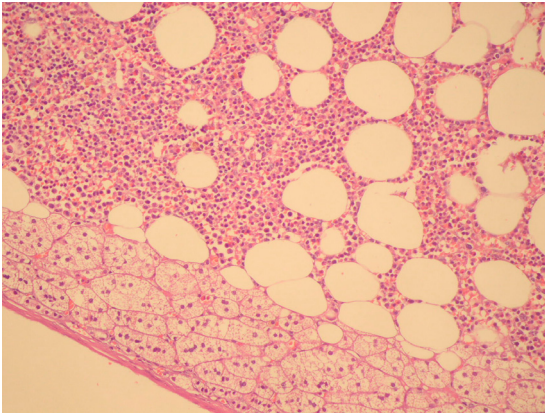
Yayına Kabul Tarihi: 28.12.2007 (Düzeltilmiş hali ile)



Resim 1. Olgunun Bilgisayarlı Tomografi görüntüsü. Sağ sürrenal lojda yaklaşık 8x6 cm boyutlarında düzgün sınırlı heterojen görünümlü yağ dansitesi de içeren solid kitlesel lezyon görülmektedir.



Resim 2. Etrafında kahve renkli kemik iliği içeren ortasında sarı renkli yağ dokudan oluşan tümörün makroskopik görünümü.



Resim 3. Adrenal bez yanısıra matür yağ doku ve kemik iliği seri hücrelerinden oluşan tümöral yapı. (H&E x 200).

hipodens, heterojen, solid, kitlesel lezyon izlendi ve dejenere lipom ya da malinite olabileceği bildirildi (Resim 1). Olgu malinite şüphesi olması ve klinik belirti vermesi nedeni ile ameliyat edildi ve kitle eksize edildi. Çıkarılan dokunun makroskopik incelemesinde; 110 gr ağırlığında, yaklaşık 8x5x4,5 cm boyutlarında, üzerinde ince bir zarsı kapsül bulunan, kesit yüzeyinde etrafı kahverengi kanamalı görünümde, merkezi sarı renkli yağ dokusu içeren kitle izlendi (Resim 2). Mikroskopik incelemede ise; periferde adrenal bez hücreleri ile iç içe görünümde matür yağ dokusu ve kemik iliği elemanlarından oluşan tümöral oluşum izlendi (Resim 3). Olguya miyelolipom tanısı verildi.

Ameliyat sonrası taburcu edilen olgunun izleminde, sağ yan ağrısının tamamen geçtiği ve yapılan radyolojik incelemeler ile kitlenin nüks etmediği gözlemlendi.

TARTIŞMA

Miyelolipomlar ender görülen, hormonal olarak inaktif benin tümörlerdir. Histomorfolojik olarak matür yağ hücreleri ve kemik iliği elemanlarından oluşurlar. Otopsi serilerinde görülme sıklığı % 0,08 ile %0,2 arasındadır¹. Görüntüleme yöntemlerinin yaygın kullanılmaya başlaması ile bu tümöre daha sık tanı konulmaya başlanmıştır. Bu tümörler genellikle 50 ve 70'li yaşlar arasında görülmekle birlikte bazı araştırmalarda 18-81 yaş aralığında izlenmektedir^{1,2}. Olgumuz 60 yaşında olup en sık görülen yaş aralığındadır.

Tümör genellikle tek taraflıdır. İki taraflı görülen olgularda bildirilmiştir². Sağ adrenal beze yerleşim sola göre daha fazladır. Bu oran 3:2 şeklinde bildirilmiştir⁷. Bizim olgumuzda sağ adrenal bez yerleşimlidir. Genellikle 5 cm'den küçük tümörlerdir. Ancak mikroskopik düzeyden 40 cm çaplı dev boyutlara kadar olan ve 4000-6000 gr ağırlığında olan olgular da bildirilmiştir^{8,9}. Bizim olgumuzda tümör çapı 8x5x4.5 cm, ağırlığı ise 110 gr olarak ölçüldü.

Miyelolipomlar genellikle hormonal aktivite göstermezler ve çoğunluğu asemptomatiktir. Boyut arttıkça çevre dokuya bası ya da akut retroperitoneal kanama nedeniyle belirti verirler. Kendiliğinden kanamalar sonucu oluşan retroperitoneal hemoraji adrenal miyelolipomları en önemli istenmeyen yan etkisidir¹⁰. Olgumuz son günlerde artan

ve kasığa vuran yan ağrısı şikayeti ile başvurmuş olup hemoraji izlenmemiştir.

Tümörün etiyojisi tam olarak açıklanamamasına karşın bu konuda çok farklı görüşler öne sürülmektedir. Embriyonik kalıntıların veya ekstremedüller hematopoezin burada retansiyone olduğu veya kemik iliği embolizasyonu sonucu geliştiği öne sürülmektedir. Fakat en çok kabul edilen görüş; retikulo-endotelial sistemin enfeksiyon, stres ya da nekroza karşı adrenokortikal hücre metaplazisi geliştirmesi sonucu olduğu yönündeki düşüncedir^{1,11}.

Çoğunlukla adrenal bezde görülmekle birlikte; presakral yumuşak dokuda, retroperitoneal bölgede, pelviste, perirenal bölgede, böbrek hilusunda, hepatik, gastrik ve perivasküler yerleşimde de olabilmektedirler. Böyle durumlarda ayırıcı tanıda böbrek anjiyomiyolipomu, lipomatozis, retroperitoneal lipom ve liposarkom, böbrek hücreli kanser, transizyonel hücreli kanser ve metastatik tümörler dikkate alınmalıdır^{12,13}. Olgumuz adrenal beze yerleşimli idi.

Miyelolipomlar çoğunlukla tek başlarına bulundukları ve hormonal aktivite göstermedikleri bilinse de, nadiren Cushing Sendromu, Addison Hastalığı, Conn Sendromu, adrenokortikal kanser ve adenom gibi diğer bazı hastalık ve belirtilerle birlikte görülebilirler^{3-5,11}. Ayrıca bazı yazarlar tarafından aşırı şişmanlık, hipertansiyon ve bazı kronik hastalıklarla ilişkisi kurulmak istenmişse de, hastaların çoğunun yaşlı olması tesadüfi bir ilişki olduğunu düşündürmektedir⁸. Olgumuzda da fiziksel inceleme ve laboratuvar incelemeleri sonucunda herhangi bir hormonal düzensizliğe rastlanmamış olup sadece hipertansiyon tespit edildi.

Olguların büyük bir kısmı USG, BT, MRG gibi modern radyolojik yöntemlerle tanı alabilmektedir. BT’de yağ ve yumuşak dokunun değişik dansiteler göstermesi nedeni ile bazen adrenokortikal kanser, adenom, metastatik kanser, lipom veya liposarkom, böbrek anjiyomiyolipomu ve bazı granülatöz inflamasyonlar ile ayırıcı tanı gerekebilir. Bu durumda BT öncülüğünde ince iğne aspirasyonunun faydalı olabileceğini öne süren çalışmalar mevcuttur^{6,14}. İnce iğne aspirasyon materyalinde değişik büyüklükte yağ vakoulleri ve arada hemopoetik elementlerin (granülositik, eritrositik ve megakaryositik öncü hücreler) görülmesi bize miyelolipom tanısı için önemli yol göstericidir.

Yağ hücrelerinin varlığı ekstremedüller hematopoezden ayırıcıda önemlidir. Şimdiye kadar malin dejenerasyon bildirilmemiştir¹². İnce iğne aspirasyon sitolojisinde malin karakterde hücrelerin bulunması öncelikle metastatik bir tümör varlığını düşündürmelidir^{6,14}.

Yakın zamana kadar miyelolipom olgularının tümüne cerrahi yaklaşım önerilmekteydi. Günümüzde radyolojik yöntemlerin gelişmesi ve daha az invaziv biyopsi yöntemleriyle matür yağ ve kemik iliği elemanlarının görölerek tanıya gidilebilmesi sayesinde bu olgulara yaklaşım değişmiştir. Çoğu yazar tarafından herhangi bir belirti vermeyen, 4 cm’den küçük olgularda BT ile hasta takibi önerilmektedir. Ancak bu olguların belirti vermesi halinde gecikmeden cerrahi uygulanmasının uygun olacağı düşünülmektedir^{2,11}. Benzer şekilde büyük boyutlu olup, kendiliğinden kanama riski taşıdığı düşünülen ve ayırıcı tanıda diğer yöntemlerle malinite ekarte edilemeyen olgularda kesinlikle cerrahi girişim yapılması gerekmektedir⁷. Son zamanlardaki serilerde miyelolipomlarda boyut ile belirti arasında ilişki olmadığı bildirilmektedir¹². Bizim olgumuzda da tümör boyutu en geniş yerde 8 cm idi ve hasta sağ kasığına vuran şiddetli yan ağrısından yakınmaktaydı.

Sonuç olarak, adrenal bölgede rastlanan ve radyolojik olarak yağ dokusu içerdiği düşünülen olgularda ayırıcı tanıda miyelolipom mutlaka düşünülmelidir. Radyolojik inceleme ile kesin ayırım yapılamıyorsa, ince iğne aspirasyonu ile tanıya gidilmeye çalışılmalı ve tümör boyutundan daha çok hastanın genel durumunun göz önünde bulundurulması cerrahi girişimin değerlendirilmesi gerektiği kanaatindeyiz.

KAYNAKLAR

- 1- **Yildiz L, Akpolat I, Erzurumlu K, Kandemir B, et al:** Giant adrenal myelolipoma: Case report and review of the literature. Pathology International . 50: 502-4, 2000.
- 2- **Bhansali A, Dash RJ, Singh SK, et al:** Adrenal Myelolipoma: Profile of Six Patients with a Brief Review of literature. Int J Endocrinol Metab 1: 33-40, 2002.
- 3- **Sun X, Ayala A, Castro CY:** Adrenocortical carcinoma with concomitant myelolipoma in a patient with hyperaldosteronism. Arch Pathol Lab Med. 129, 2005.
- 4- **Matsuda T, Abe H, Takase M, et al:** Case of combined adrenal cortical adenoma and myelolipoma. Pathology International. 54: 725-9, 2004.
- 5- **Coşkun A, Yıldırım M:** Cushing hastalığı ile birlikte dev adrenal myelolipoma: Olgu sunumu. Ege Tıp Dergisi. 43: 69-71, 2004.

ADRENAL MİYELOLİPOM: OLGU SUNUMU
(*Adrenal Myelolipoma: Case Report*)

- 6- **Settakorn J, Sirivanichai C, Rangdaeng S, et al:** Fine-needle aspiration cytology of adrenal myelolipoma: Case report and review of the literature. *Diagnostic Cytopathol* 21: 409-12, 1999.
- 7- **Tiwary SK, Singh S, Kumar M, et al:** Adrenal myelolipoma: A case report. *The Internet Journal of Third World Medicine*. Volume 3 Number 2, 2006.
- 8- **Lamont JP, Lieberman ZH, Stephens JS:** Giant adrenal myelolipoma. *The American Surgeon*, 68: 392-4, 2002.
- 9- **Akamatsu H, Koseki M, Nakaba H, et al:** Giant adrenal myelolipoma: Report of a case. *Surg Today*. 34: 283-5, 2004.
- 10- **Amano T, Takemae K, Niikura S, et al:** Retroperitoneal hemorrhage due to spontaneous rupture of adrenal myelolipoma. *Int Journal Urol*. 6: 585-8, 1999.
- 11- **Ammoury RF, Heptulla RA, Tatevian N, et al:** Laparoscopic adrenalectomy of an adrenal adenoma with myelolipoma relieves severe hypertension in a 16-year-old patient. *Pediatr Nephrol*. 21: 433-6, 2006.
- 12- **Patel VG, Babalola OA, Fortson J, et al:** Adrenal myelolipoma: Report of a case and review of the literature. *The American surgeon*. 72: 649-54, 2006.
- 13- **Talwalkar SS, Shaheen SP:** Extra-adrenal myelolipoma in the renal hilum: A case report and review of the literature. *Arch Pathol Lab Med*. 130: 1049-52, 2006.
- 14- **Osborn M, Smith M, Senbanjo T, et al:** Adrenal myelolipoma-clinical, radiological and cytological findings: A case report. *Cytopathology*. 13: 242-6, 2002.