

Sürrenal kitle nedenli yapılan cerrahi sonuçları

Results of surrenal mass surgeries

A. Yılmaz¹, B. Badak¹

Eskisehir Osmangazi University General Surgery Department

Özet

Giriş: Sürrenal kitleler kimi zaman benign karakterde fonksiyone veya non-fonksiyone bir adenom olup, kimi zaman da malign potansiyel taşıyabilirler. Bu çalışmada kliniğimizde yapılan sürrenalektomi sonrası patoloji sonuçlarını karşılaştırmayı amaçladık.

Materyal ve metot: Aralık 2014 ile Ağustos 2018 yılları arasında ESOGÜ Hastanesi Genel Cerrahi Kliniğince yapılan sürrenalektomi sonuçları karşılaştırıldı. Yaş, cinsiyet, taraf bilgisi, cerrahi yöntem ve patoloji sonuçları kayıt edildi.

Bulgular: Yaşları 23 ile 73 arasında değişen 66 hasta retrospektif olarak incelendi. Sürrenalektomi yapılan 66 hastanın 2'si bilateral (%3,03), 41'i sol (%62,12), 23'ü (%34,84) sağ sürrenalektomi idi. Bu vakaların 45'i kadın, 21'i erkek olup 20'si (%30,3) açık operasyon 46'sı (%69,69) ise laparoskopik operasyon idi. Operasyon sonrası histopatolojik sonuçlar arasında 17 adrenokortikal adenom (%25), 13 adrenokortikal neoplazm (%19,11), 13 feokromositoma (%19,11), 6 benign kistik oluşum (%8,82), 4 karsinom metastazı (%5,88), 4 adrenokortikal onkositik karsinom (%5,88), 3 lenfanjiom (%4,41), 3 adrenal hiperplazi (%4,41), 2 paraganglioma (%2,94), 1 feokromositoma+ganglionöroma (%1,47), 1 nöroblastik tümör (%1,47), 1 kavernöz hemangiom (%1,47) bulunmakta idi.

Sonuç: Sürrenalektomi sonrası yapılan histopatolojik sonuçlar malignite açısından anlamlı olmasının yanında, tedavi planı açısından da önem arz etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Adrenal kitle; sürrenalektomi; feokromositoma

Abstract

Objective: Surrenal masses can sometimes be a functional or non-functional adenoma in benign characteristics, and sometimes be malignant and potential. For this purpose, we aimed to compare the pathology after surrenalectomy performed in our clinic.

Materials and methods: The results of adrenalectomy performed by General Surgery Clinic of ESOGU Hospital between December 2014 and August 2018 were compared. Age, gender, side information, surgical method and pathology results were recorded.

Results: Sixty-five patients, aged 23 to 73 years, were retrospectively reviewed. Of 66 patients undergoing adrenalectomy, 2 were bilaterally (3.03%), 41 were left (62.12%), and 23 (34.84%) were right adrenalectomy. 45 of these cases, were female, 21 were male and 20 (30.3%) were open operation and 46 (69.69%) were laparoscopic operations. Postoperative histopathologic results included 17 adrenocortical adenomas (25%), 13 adrenocortical neoplasms (19,11%), 13 Feocromasitoma (19,11%), 6 benign cystic events (8,82%), 4 carcinoma metastases (5%, 88), 4 adrenocortical oncocyctic carcinomas (5,88%), 3 lymphangiomas (4,41%), 3 adrenal hyperplasia (4,41%), 2 paragangliomas (2,94%), 1 Feocromasitoma + ganglioneuroma (1%, 47), 1 neuroblastic tumor (1.47%) and 1 cavernous hemangioma (1.47%).

Conclusion: Histopathological results after surrenalectomy are significant in terms of malignancy but also in terms of treatment plan.

Key words: Adrenal mass; surrenalectomy; feocromositoma

Yazışma Adresi | Correspondence: Bartu Badak,
Eskisehir Osmangazi University General Surgery Department Eskisehir

e-mail: drbartu@gmail.com

Başvuru tarihi | Submitted on: 01.08.2018

Kabul tarihi | Accepted on: 14.10.2018

Giriş

Adrenal bez gelişimsel, yapısal ve işlevsel açıdan birbirinden tamamen farklı iki bölgeden oluşur: Nöroektodermal hücrelerden gelişen dopamin, norepinefrin, epinefrin gibi maddeler salgılayan medulla ve cinsiyet hormonları, mineralokortikoidler ve glukokortikoid hormonları salgılayan korteks. İntrauterin 4.-6. haftalarda gelişen adrenal bezde ektodermal nöral krest kökenli kromafin hücreler adrenal medullayı, mezodermal kökenli hücreler ise farklılaşarak adrenal korteksi oluştururlar. Fötal gelişim sırasında bulunan ektoptik adrenal medulla ve korteks hücreleri bazen doğumdan sonra da görülebilir. Ekstraadrenal meduller hücreler özellikle aort gövdesi boyunca yerleşirler. İnferior mezenterik arter etrafında kromafin kitle oluşturan Zuckerkandl organı da bu duruma örnektir. Ekstraadrenal kortikal kalıntılar ayrıca böbrekte, karaciğerde, fitik kesesinde ve gonadların göç yolu boyunca retroperitonda veya gonadların içinde de görülebilmektedir¹.

Materyal ve metod

Aralık 2014 ile Ağustos 2018 yılları arasında ESOGÜ Hastanesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Kliniği'nde sürrenalektomi yapılan 66 hasta retrospektif olarak karşılaştırıldı. Bu hastaların yaş, cinsiyet, taraf bilgisi, cerrahi teknik ve preoperatif ön tanı ile postoperatif patoloji sonuçları karşılaştırıldı.

Bulgular

Yaşları 23 ile 73 arasında değişen 66 hasta retrospektif olarak incelendi. Sürrenalektomi yapılan 66 hastanın 2'si bilateral (%3,03), 41'i sol (%62,12), 23'ü (%34,84) sağ sürrenalektomi idi. Bu vakaların 45'i kadın, 21'i erkek olup 20'si (%30,3) açık operasyon 46'sı (%69,69) ise laparoskopik operasyon idi (**Tablo 1**). Operasyon sonrası histopa-

Cinsiyet	Sayı (Oran)
Kadın	45 (% 68.18)
Erkek	21 (% 31.81)
Cerrahi Teknik	
Açık Cerrahi	20 (% 30.30)
Laparoskopik	46 (% 69.69)
Taraf Bilgisi	
Sol	41 (% 62.12)
Sağ	23 (% 34.84)
Bilateral	2 (% 3.03)

tolojik sonuçlar arasında 17 adrenokortikal adenom (% 25), 13 adrenokortikal neoplazm (%19,11), 13 feokromositoma (%19,11), 6 benign kistik oluşum (%8,82), 4 karsinom metastazı (%5,88), 4 adrenokortikal onkositik karsinom (%5,88), 3 lenfanjiom (%4,41), 3 adrenal hiperplazi (%4,41), 2 paraganglioma (%2,94), 1 feokromositoma + ganglionöroma (%1,47), 1 nöroblastik tümör (%1,47), 1 kavernoöz hemangiom (%1,47) bulunmakta idi (**Tablo 2**).

Son yıllarda yüksek çözünürlüklü radyolojik yöntemlerin yaygın kullanılması sonucu böbrek üstü bezi kitleleri görülme oranı artmıştır.2,3 Böbrek üstü bezi kitleleri genellikle rastlantısal olarak saptanır, bu nedenle toplumda görülme oranı kesin olarak bilinmemektedir.2 Böbrek üstü bezi fonksiyon bozukluğu olmayan hastalar üzerinde yapılan otopsi serilerinde bu oran %1.4 ile %9 arasında değişmektedir. Bilgisayarlı tomografi ile saptanan böbrek üstü bezi kitlelerin oranı ise %0.4 ile % 4.4 arasındadır.2

Böbrek üstü bezi kitlelerinin %94'ü benign, %90'ı fonksiyonel değildir ve %80'inin çapı 2 cm'den küçüktür. Malign böbrek üstü bezi tümörlerinin görülme oranı %2.7 olarak bulunmuştur ve çapı genellikle 5 cm'nin üzerindedir.3. Böbrek üstü bezi kitlelerinde cerrahi tedavi, kitlenin çapı 5 cm'den büyük olduğunda veya maligniteden şüphe edildiğinde gereklidir, diğer kitleler düzenli aralıklarla takip edilmelidir^{2,3}.

Günümüzde böbrek üstü bezi kitlelerinin tedavisinde altın standart yöntem olarak laparoskopik adrenalektomi kabul edilmekle beraber şüpheli lezyonlarda ve büyüklüğü 6 cm üzerinde olan kitlelerde açık cerrahi girişim uygulanmaktadır^{4,5}.

Tüm böbrek üstü bezine kitlelerinde, kitlenin hormonal olarak aktif olup olmadığı tespit edilmelidir. Hormonal değerlendirme kortikal ve medüller böbrek üstü bezi fonksiyonlarının değerlendirilmesini içermektedir⁶. Cerrahi sırasında ve sonrası dönemde oluşabilecek komplikasyonları önlemek için hormonal aktif kitleler, girişim öncesi en-

Histopatolojik Tanı	Sayı (Oran)
Adrenokortikal adenom	17 (% 25)
Adrenokortikal neoplazm	13 (% 19,11)
Feokromositoma	13 (% 19,11)
Benign kistik oluşum	6 (% 8,82)
Karsinom metastazı	4 (% 5,88)
Adrenokortikal onk. Kars.	4 (% 5,88)
Lenfanjiom	3 (% 4,41)
Adrenal hiperplazi	3 (% 4,41)
Paraganglioma	2 (% 2,94)
Feo.+Ganglionöroma	1 (%1,47)
Nöroblastik tümör	1 (%1,47)
Kavernoöz hemangiom	1 (%1,47)
Toplam	68 (%100)

dokrinoloji uzmanları tarafından değerlendirilip cerrahi girişime hazırlanmalıdır⁶.

Feokromositomalar nöroendokrin kaynaklı tümör olup %80-90 oranında böbrek üstü bezi medullasından kaynaklanmaktadır. Hipertansiyona neden olmasına rağmen hipertansif popülasyonda görülme olasılığı %1'den azdır. Bu tümörlerin saptanması ve tedavileri potansiyel ölümcül etkileri nedeniyle oldukça önemlidir. Ameliyat öncesi tanı konulamayan ya da gerekli medikal tedavi uygulanmayan feokromositomalı hastalarda mortalite oranı %80'lerin üzerindedir⁷. Bu tümörlerde semptomlardan sorumlu maddeler tümör tarafından salınan katekolaminlerdir. Buna göre hipertansiyon, taşikardi, hipermetabolizm sık görülürken, hastaların %10'unda herhangi bir bulgu görülmeyebilir. Ayrıca bu tümörlerin %10 ile %20'si maligndir. Feokromositomalar ailesel kökenli gelişen multiple endokrin neoplazi tip 2, Von Hippel Lindau, nörofibrinomatosis tip 1'in bir komponenti olabilirler⁸.

Sürrenalde metastatik tümörlere, primer adrenal karsinomlardan daha yaygın olarak rastlanılmaktadır. Özellikle malign melanom, meme, akciğer, kolon, renal hücreli karsinom gibi tümörlerin adrenal metastazları yayınlanmıştır^{9,10}. Sürrenalde metastatik lezyonların çıkarılması gerekmektedir. Onkolojik prensiplere uygun olarak, primer ya da metastatik tümörde lokal yayılıma neden olmadan, kitlenin en-blok çıkarılması için seçilecek cerrahi yöntem cerrahın deneyimine bağlıdır¹¹.

Sonuç olarak, adrenal bezde saptanan tesadüfi kitleler

iyi araştırılmalı, tanı ve tedavi yönetimi ve sonrasında takipleri dikkatli yapılmalıdır.

Kaynaklar

1. Caty MG, Escobar, Jr MA. Adrenal Tumors, in Grosfeld JL, O'Neill JA, Jr, Fonkalsrud E, et al. (eds): Pediatric Surgery, Philadelphia, Mosby-Elsevier, 2012, pp:557-566.
2. Moreira SG, Pow-Sang JM: Evaluation and management of adrenal masses. Cancer Control, 9 (4): 326-334, 2002.
3. Prager G, Heinz-Peer G, Passler C, et al: Surgical strategy in adrenal masses. Eur J Radiol, 41: 70-77, 2002.
4. Jacobs JK, Goldstein RE, Geer RJ: Laparoscopic adrenalectomy. A new standard Care. Ann Surg, 225: 458-467, 1997.
5. Norton JA: Therapeutic controversy. Laparoscopic versus open adrenalectomy. J Clin Endocrinol Metab, 83: 3048-3049, 1998.
6. Jarolim L, Breza J, Wunderlich H: Adrenal tumors. Eur Urol 43 (Curric Urol I-X), 2003.
7. Vierhapper H: Adrenocortical Tumors: Clinical symptoms and biochemical diagnosis. Eur J Radiol, 41: 88-94, 2002.
8. Bravo EL: Evolving concepts in the pathophysiology, diagnosis, and treatment of pheochromocytoma. Endocr Rev, 15: 543-549, 2001.
9. Granero LE, Al-Lawati T, Bobin JY. Primary melanoma of the adrenal gland, a continuous dilemma: report of a case. Surg Today 2004;34:554-6.
10. Mercier O, Fadel E, de Perrot M, Mussot S, Stella F, Chapelier A, et al. Surgical treatment of solitary adrenal metastasis from non-small cell lung cancer. J Thorac Cardiovasc Surg 2005;130:136-40.
11. Gittens PR Jr, Solish AF, Trabulsi EJ. Surgical management of metastatic disease to the adrenal gland. Semin Oncol 2008;35:172-6.