TÜRK ÜROLOJİ DERGİSİ
Cilt : 11, Sayı : 1, 23-28 1985

DEV SÜRRENAL KİSTİ OLGUSU (*)

A GLANT ADRENAL CYST

Dr. Cengiz MİROĞLU (**), Dr. İsmet GÜRPINAR (***), Dr. Nejat FERTAN (****)

Sürrenal kistleri teşhis ve tedavilerinde problem yaratan oldukça nadir klinik ve patolojik lezyonlardır. Büyük çoğunluğu küçük olan bu kistler genellikle otopside tesadüfen bulunurlar. Doran[3] ilk adrenal kistin 1670 de Griselius tarafından tesbit edildiğini bildirmektedir. 1947 ye kadar literatürde sadece 50 olgu kaydedildi.[8] 1959 da Abeshouse ve ark.[1] literatürden otopsi veya ameliyatta tesbit edilmiş 155 den fazla olgu topladılar. 1966 da Foster[5] sayıyı 220 ye ve 1977 de de sayı yaklaşık 250 civarına ulaştı.[6] Wahl[9] 14.000 otopside insidensi % 0.06 buldu. Kadınlarda erkeklere oranla 2 misli rastlanmakta, sağ ve solda eşit dağılım göstermektedir. Her yaşda görülmekle beraber 3. ve 5. dekadlarda daha sık rastlanır.

O L G U

C.A., 55 yaşında erkek hasta. Şikayeti, özellikle son bir aydır dikkatini çeken dispeptik şikayetlere ilave 4 seneden beri yavaş yavaş gelişen karnındaki şişlik. 4 ay evvel sol lomberde kolik tarzında ağrı olmuş ve bunu takiben bir adet taş düşürmüş. Sol lomber ağrı künt vasıfda ara sıra devam etmekteymiş. Kilo kaybı, iştahsızlık ve defekasyon düzensizliği tarif etmiyor. Özgeçmişinde, 30 yıl evvel apendektomi ve 20 yıl evvel akut mafsal romatizmasından bahsediyor. Nadiren alkol kullanıyor ve sigara içmiyor.

Fizik muayenede; kan basıncı normal, zayıf, sağlıklı görünümlü bir erkek

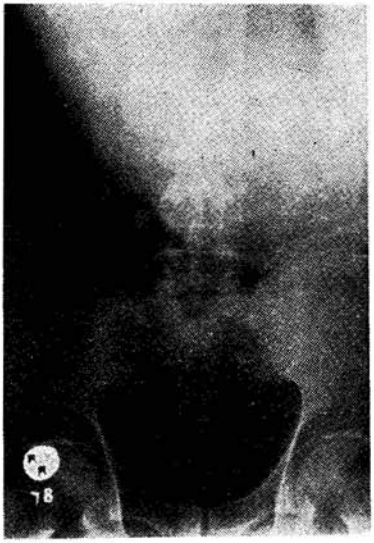
---

(**) Şişli Etfal Hastanesi Üroloji Kl. Uzm.
(***) Şişli Etfal Hastanesi Üroloji Kl. Şefi
(****) Şişli Etfal Hastanesi Üroloji Kl. Şef Mv.
(*) Türk Üroloji Derneği 1983 Yılı II. Dönem Ekim ayı bilimsel toplantısında tebliğ edildi.

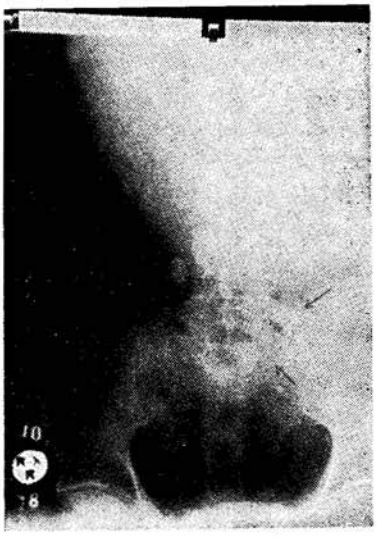
hasta. İnspeksiyonda, karın görülebilir bir kitleyle sola doğru asimetrik şiş. McBurney insizyon nedbesi mevcut. Palpabl kitle takriben 35×35 cm çaplarında fikse, flüktüasyon vermeyen, elastik kıvamda ve muayene esnasında ağrısız.

Kan sayımı, sedimantasyon, biyokimyasal testler ve idrar analizi gibi rutin laboratuvar tetkikler normal. Normal idrar 17-ketosteroidi dışında plasma kortisol, 17-Hidroksikortikosteroid ve 17-ketosteroid gibi spesifik biyokimyasal testler yapılmadı.

DUS de karın sol üst kadranında filim boyutlarının yetersizliği nedeniyle tamamı görülemeyen regüler, homojen semiopasite veren bir kitle ve 4. lomber vertebranın transvers çıkıntısı yanında, uzun ekseni vertikal, 2×1.5 cm çaplarında opasite görülüyor. İntravenöz ürogramda sağ böbrek normal, sol böbrek lojunda görünmüyor. 5. lomber vertebra üzerine horizontal süperpoze olmuş, üreteri seçilemeyen, ektopik böbrek intibaı veren görüntü mevcut. (Resim 1,2). Sol üreter ağzından girilerek yapılan asan



RESİM 1.

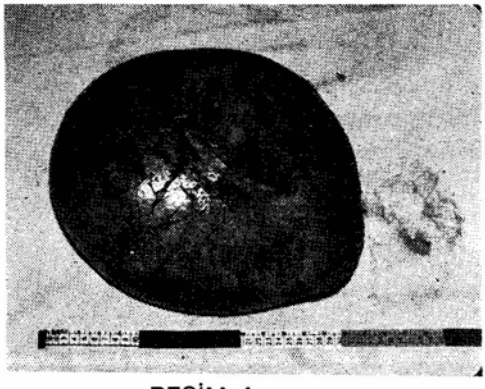


RESİM 2.

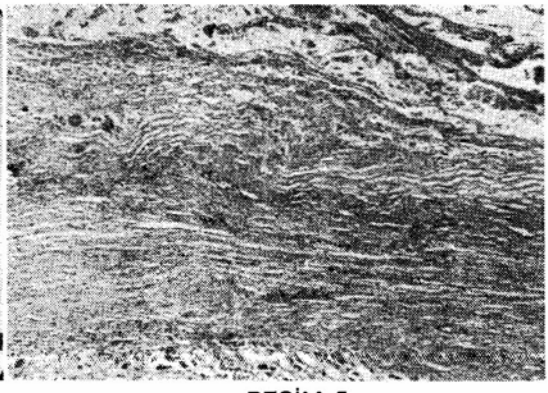
dan pyelografide 5. lomber vertebra üzerine eksternal görünümdeki pelvis kranyal tarafda olmak üzere horizontal yerleşmiş böbrek ve pelvisinde taş ve birkaç kink yapmış uzun bir üreter görünüyor. Üzerinde böbreği ve barsakları iten kitlenin görünüşü tipik olarak belirgin. (Resim 3). Kitle üzerinde yapılan ultrasonografik çalışma kitlenin kistik yapıda olduğunu açıklıyor. Sol böbrek bulunamıyor.

RESIM 3

Sol paramedian insizyonla retroperitoneal kitleye varıldı. Eksplorasyonda kitlenin sürrenal kaynaklı olduğu görüldü ve etraf dokulardan ve böbrekden künt diseksiyonla güçlük çekilmeden sıyrılarak bütünüyle çıkarıldı. Böbrek pelvisindeki taş pyelotomi ile çıkarılıp böbrek normal yerine peksi yapılmadan yerleştirildi. Patolojik muayenede 29×25×18 cm çaplarında, hemorajik sıvı ihtiva eden, kist cidarından yapılan kesitlerde hiyalinize, kalın fibröz tabakanın dış yüzünde lenfosit infiltrasyonlu yağ dokusu, konkav yüzünde fibrin lifleri, iç tabakalarda yabancı cisim dev hücrelerinden zengin granülasyon sahaları görüldü. Teşhis sürrenal pseudokisti olarak belirlendi. (Resim 5).



RESİM 4



RESİM 5

Ameliyat sonrası komplikasyonsuz seyreden hasta 9. gün şifa ile çıkarıldı.

TARTIŞMA

Olgumuz 10.5 kilo ağırlık ve 29×25×18 cm boyutlarla literatürdeki olgular arasında en büyük sürrenal kisti olgusudur. Adrenal kistlerin büyük çoğunluğunun bazen teşhis güçlüğü yaratacak kadar küçük boyutlarda olduğu göz önüne alınırsa böylesine büyük sürrenal kistinin ilginçliği daha da barizleşir.

Sürrenal kistlerin etyolojileri hakkında görüş birliği yoktur. Biz etyolojik sınıflamada Abeshouse ve ark.[1] nın Terrier ve Lecene den modifiye ettikleri tasnifi göz önüne aldık. Bu sınıflamaya göre olgumuzdaki kist, içinde hemorajik sıvısı, iç yüzünde fibrin lifleri, endotelial duvarın olmayışı, kalın fibröz duvarın yer yer hiyalinize oluşu ile sürrenalin hemorajik pseudokisti olarak değerlendirildi. Sürrenalin endotelial kistleriyle birlikde en sık rastlanan pseudokistleri dışında epitelial ve parazitik kistleri de vardır. Abeshouse ve ark.[1] nın analiz ettiği 155 olgunun % 7'si parazitik, % 9'u epitelial, % 39'u pseudokist ve % 45'i endotelial kistdi. Hemorajik kistler normal veya patolojik glandlarda meydana gelebilir. Feokromositomada oluşabileceği gibi doğum travması, yeni doğanın hemorajik hastalıkları akut travmalar, yanık, şok, gebelik toksemisi, sifiliz, lösemi ve uygun olmayan kan transfizyonları gibi nedenlerle de meydana gelebilir.[6] Olgumuzda bu etyolojik faktörlerin hiçbiri bulunmamakla beraber mesleğinin koruma görevlisi olması etyolojide travma olasılığını düşündürmektedir.

Sürrenal kistlerin büyük çoğunluğu küçük olmaları nedeniyle asemptomatikdir. Büyük kistlerde semptomlar itilen diğer normal organlara aittir. Kistin kendisinden kaynaklanan künt ve lokalize bir lomber ağrı mevcut olabilir. Mide rahatsızlığı, geğirme ve ara sıra bulantı kusma gibi müphem gastrointestinal semptomlar karaciğer ve barsakların baskı ve itilmesi nedeniyle meydana gelir. Olgumuzda bu semptomların yanında böbreğin ileri derecede yer değiştirmesi ve urostazisin neden olduğu taş ve taşa ait semptomlar da klinik tabloya ilave olmuştu. Adrenal kistli normal görünüşlü bir hastada kan glukokortikoid seviyesinde artış görülmemiştir, fakat Brindley Cushing sendromlu iki hastada bu nedenle adrenalektomi yapmış ve sürrenal kisti tesbit etmiştir.[6] Lynn[7] renal vene baskı yapan adrenal kistin renal iskemiye neden olup pressör maddelerin salınmasına ve dolayısıyla hipertansiyondan sorumlu olabileceğine dikkat çekti. Kearney ve ark.[6] olguları arasında hipertansiyonlu iki hastada kistin çıkarılmasıyla tansiyonun normalleştiğini bildirdiler. Bu hastaların birinde fonksiyonal kistik feokromositoma vardı. O nedenle bu araştırıcılar hipertansiyon olsun olma-

sın sürrenal kistli tüm hastalarda feokromositomanın araştırılması gerek tiğini savunurlar.

Olgumuzdaki gibi böbreği böylesine iterek yer değiştiren büyük retroperitoneal kistik kitlenin yapılan tetkiklerle yetinilerek eksplorasyondan önce ön tanının konabilmesi her olguda mümkün değildir. Suprarenal kitleler boyutu ne olursa olsun daima diyagnostik güçlükler yaratmışlardır. Çoğu olguda direk karın grafisi, nefrotomografi, ultrasonografi, renal ve adrenal arteriografi ve venografi, selektif biyokimyasal testler, gastrointestinal tetkik ve hatta kolesistografi ve karaciğer sintigrafisi gibi tetkiklerin tümüne gerek görülebilir.

Ayırıcı, tanıda karaciğer, dalak, pankreas ve mezanter kistleri, selim ve habis böbrek ve adrenal tümörleri, aort iliak, çöliak ve splenik arter anevrizmaları, patolojik lenf nodları, hidronefroz, hepatosplenomegali ve safra kesesi hidropsu düşünülmelidir.

Gene de çoğu hastada kesin tanı ancak cerrahi eksplorasyonla mümkün olabilmektedir. Cerrahi tedavi kistin neden olduğu baskı ve itilmenin düzeltilmesi veya hipertansiyonla ilgisinin belirlendiğinde gereklidir. Ameliyatta gaye böbreğin ve mümkünse adrenal glandın korunarak kistin tamamen çıkarılmasıdır. Olgumuzda azami dikkatle kisti çıkarmamıza rağmen üzerinde sürrenal kalıntıları tesbit ettik. Ameliyatta transabdominal, kombine lumbar ve transperitoneal, kot rezeksiyonlu veya rezeksiyonsuz lumbar ve transtorasik girişlerden olgumuzun durumuna göre transabdominal girişi tercih ettik. Bu girişle böylesine büyük boyutlardaki kisti fazla bir zorluk çekmeden ve muhtevasını boşaltmadan çıkarmak mümkün oldu. Bu giriş sayesinde geniş bir eksplorasyon olasılığı da bulduk.

ÖZET

Nadir bir klinik ve patolojik lezyon olarak böbreği ileri derecede iten dev bir adrenal kist olgusu sunuldu.

SUMMARY

A case of giant adrenal cyst as a rare clinical and pathologic lesion which displaced the left kidney to medial and level of the 5th lumbar vertebra is presented .

LİTERATÜR

1 — **Abeshouse, G.A., Goldstein, R.B., Abeshouse, B.S.**: Adrenal cysts; review of the literatüre and report of three cases. J. Urol., 81 : 711, 1959.

2 — **Bayliss, R.I.S., Edwards, O.M., Starer, F.:** Complications of adrenal venography. Brit. J. Radiol., 43 : 531, 1970.

3 — **Doran, A.H.G.:** Cystic tumor of the suprarenal body succesfully removed by operation. Brit. Med. J., 1 : 558, 1903.

4 — **Esquivel, F.E., Jr., Grabstald, H.:** Giant adrenal cysts. J. Urol., 94 : 635, 1965.

5 — **Foster, D.G.:** Adrenal cysts. Arch. Surg., 92 : 131, 1966.

6 — **Kearney, G.P., Mahoney, E.M.:** Adrenal cysts. Urol. Clin. N. Amer., 4 : 273, 1977.

7 — **Lyhn, R.B.:** Cystic lymphangioma of the adrenal associated with arterial hypertension. Can. J. Surg., 8 : 92, 1965.

8 — **Stock, F.E.:** Cysts of the adrenal gland. Postgrad. Med. J., 23 : 530, 1947.

9 — **Wahl, H.R.:** Adrenal cysts. Am. J. Pathol, 27 : 758, 1951.