

# Yenidoğan Döneminde Adrenal Hemorajik Kist

Hüseyin TATAR \*, Selçuk BİLGİ \*\*, Murat ŞANAL \*

## Yenidoğan Döneminde Adrenal Hemorajik Kist

Adrenal kistler ender görülen ve genellikle insidental olarak saptanan lezyonlardır. İnsidansı % 0.06-0.18 olarak bildirilmiştir. Adrenal kistler, tüm yaş gruplarında görülebilmektedir; çocukluk ve yenidoğan döneminde ise çok daha ender rastlanmaktadır.

Burada antenatal dönemde batın içi kitle nedeniyle takip edilen yenidoğan dönemindeki hemorajik adrenal kist vakası sunulacaktır.

**Anahtar kelimeler:** Adrenal gland, yenidoğan, hemorajik kist

Çocuk Dergisi 2013; 13(2):81-84

## Adrenal Hemorrhagic Cyst in the Neonatal Period

Adrenal cysts are rare and mostly seen as incidental lesions. The incidence is reported to be 0.06 to 0.18%. Although adrenal cysts have been observed in all age groups, they are very rarely seen in the neonatal period and childhood.

A case of a hemorrhagic adrenal cyst in a newborn who was monitored during its antenatal period because of an intra-abdominal mass.

**Key words:** Adrenal gland, newborn, hemorrhagic cyst

J Child 2013; 13(2):81-84

## GİRİŞ

Adrenal kistler ender görülen ve daha çok insidental olarak saptanan kistlerdendir <sup>(1-6)</sup>. İnsidansı % 0.06-0.18 olarak bildirilmiştir <sup>(7,8)</sup>. Adrenal kistler, tüm yaş gruplarında görülmekle birlikte çocukluk ve yenidoğan döneminde çok ender rastlanmaktadır.

Beş farklı histolojik alt tipi bulunan bu kistlerin klinik önemi ve sıklığı görüntüleme yöntemlerindeki gelişmeye paralel olarak artış göstermektedir <sup>(1-3)</sup>. Hastaların bir kısmı asemptomatik olup, diğerleri de lomber ağrı, bulantı, kusma, kabızlık, ele gelen kitle gibi yakınmalar ile doktora başvururlar <sup>(1,2,4,8)</sup>. Hastaların bir kısmı ise kist içersine kanama, kist duvarında rüptür veya enfeksiyon bağlı olarak ortaya çıkan akut batın bulguları ile acil servise başvururlar <sup>(4,6)</sup>.

Fizik muayenede ele gelen kitle dışında herhangi bir bulguya rastlanmayabilir <sup>(1,4,8)</sup>. Ultrasonografi (USG), bilgisayarlı tomografi (BT) ve manyetik rezonans

görüntüleme (MRG) gibi görüntüleme teknikleri tanıda esastır. Her üç görüntüleme yöntemi ile düşük dansiteli ince ve düzgün kenarlı, yer yer noktasal kalsifikasyonlar bulunan kistler şeklinde tanımlanırlar. Sol tarafa yerleşen kistler pankreas kistleri, sağ tarafa yerleşmiş olan kistler de karaciğer kistleri ile karıştırılabilir <sup>(1,4,6)</sup>.

## VAKA SUNUMU

Gebeliğin 32. haftasında rutin USG kontrolü sırasında 3 cm'lik fetal intraabdominal kitle saptanan erkek bebek 40. haftada 3225 g ağırlığında spontan doğumla dünyaya geldi.

Yenidoğan yoğun bakımda takibe alınan bebeğin postnatal yapılan fizik muayenesinde genel durumu orta-iyi, moro refleksi bilateral canlı, iktet ve siyanozu yok, spontan solunumda, solunumu rahat, dinlemekle akciğer sesleri eşit, yer yer krepitan ve kaba raller duyuluyordu, kalp tepe atımı: 134/dk., kalp atımritmik, dinlemekle 1/6 sistolik üfürüm duyuldu. Batın rahat, hepatosplenomegali sol böbrek lojunda keskin kenarlı, yaklaşık 4-5 cm ele gelen kitle saptandı.

İki günlükken yapılan USG'da solda sürrenal gland ve böbreğe bası etkisi bulunan sürrenal gland ve böbreği laterale ve inferiora deplase eden 5,5x5 cm ve

**Alındığı tarih:** 23.11.2012

**Kabul tarihi:** 17.07.2013

\* Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı

\*\* Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı

**Yazışma adresi:** Yrd. Doç. Dr. Murat Şanal, Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı, Maltepe - İstanbul

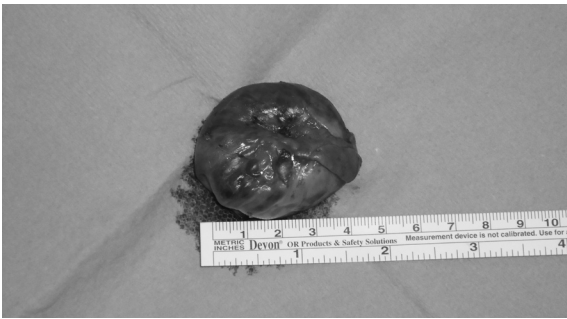
**e-posta:** alimsanal@mail.com

2,5x1,5 cm'ye ulaşan iki adet kistik natürde kitle lezyonu izlendi (Resim 1).



**Resim 1.** Sol sürrenal gland ve böbreği laterale ve inferiora deplase eden yaklaşık olarak 5,5 cm x 5 cm ve 2,5 cm x 1,5 cm'ye ulaşan kitle görünümü.

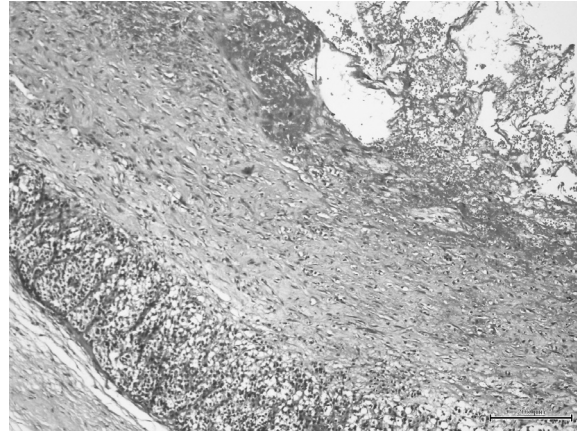
Tam kan sayımında hemoglobin 12,5 gr/dL, lökosit 36,3200/mm<sup>3</sup>, trombosit 229,000/mm<sup>3</sup> idi. Hastanın yapılan ekokardiyografisinde interatriyal ve intraventriküler septumlar imtakt, duktus açık, 1.2 mm, kapanmak üzere, foramen ovale açık. AV kapaklar, aort ve pulmoner kapaklar normal bulundu. Takiben çocuk cerrahisi ile konsulte edilen hastaya postnatal 13. gününde komplikasyonsuz bir şekilde total kitle eksizyonu uygulandı (Resim 2).



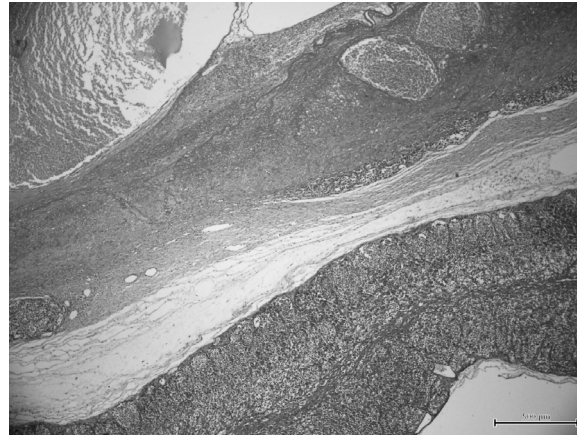
**Resim 2.** Total eksizyon ile alınan kitlenin makroskopik görünümü.

Postoperatif dönemi sorunsuz geçen hasta 5. gün taburcu edildi. Patoloji sonucu hemorajik adrenal kist olarak geldi (Resim 3, 4).

Otuz aydır takibimizde olan hastada nüks ya da herhangi bir komplikasyon izlenmemiştir.



**Resim 3.** Adrenal hemorajik kist: pıhtılaşmış kan ve duvara trombus, adrenal doku (HE, x200).



**Resim 4.** Adrenal hemorajik kist: pıhtılaşmış kan ve duvarında trombus, adrenal doku (HE, x500)

## TARTIŞMA

Adrenal kistik lezyonlar 1670 yılında Greiselius tarafından tarif edilmiş ve ilk olgu ise 1903 yılında Doran ve ark. tarafından bildirilmiştir. Bu tarihten günümüze kadar farklı seriler veya tek olgu sunumları halinde yaklaşık olarak 300 olgu literatürde yer almıştır.

Adrenal kistler, ilk olarak 1906 yılında Terrier tarafından sınıflandırılmış ve bu sınıflama 1959 yılında Abeshouse tarafından düzenlenmiştir<sup>(1-10)</sup>. Abeshouse ve ark.'nın<sup>(10)</sup> 155 vakalıklı seride yaptıkları sınıflamaya göre adrenal kistler; 1) Parazitik kistler, 2) Retansiyon kistleri (Konjenital kistler), 3) Kistik adenomlar, 4) Endotelial kistler (Lenfanjiyomatöz ve anjiyomatöz), 5) Psödokistler (Hemorajik, adenomda hemorajik kist, feokromasitomada hemorajik kist, malign tümör içerisinde hemorajik kist) ve 6)

Tiplendirilemeyen kistler şeklinde sınıflandırılmıştı. Literatür gözden geçirildiğinde son sınıflamanın 5 ayrı histopatolojik başlık altında toplandığı görülmektedir.

Buna göre adrenal kistler: 1) Endotelial kistler (% 45), 2) Psödokistler (% 39), 3) Epitelial kistler (% 9), 4) Parazitik kistler (% 7) ve 5) sınıflandırılmayan benign kistler şeklinde sınıflandırılmıştır (1,2,4,11).

Adrenal kistler yenidoğan döneminden 80 yaşına kadar geniş bir yaş dağılımı gösterir. Ancak 3.-6. dekatlarda pik yapar (1,3,4,12). Kadın/erkek oranı farklı serilerde 2/1 veya 3/1 olarak bildirilmiştir (1,4,7). Yenidoğan döneminde saptanan adrenal psödokistler çoğunlukla Beckwith-Wiedemann sendromu ile birliktelik göstermektedir. Yenidoğan döneminde ortaya çıkan adrenal psödokistler diyafragma altında kitlelere neden olmaktadır. Bu kitleler USG, doppler USG ve MRG ile değerlendirilmeli ve neonatal nöroblastomdan ayırt edilmelidir (10,13).

Otopsi serilerinde yapılan çalışmalarda saptanan insidansın (% 0.06-% 0.18) aslında daha yüksek olabileceği varsayılmaktadır (1,4,5). Günümüzde, görüntüleme yöntemlerindeki hızlı gelişimle beraber vaka serileri ile ilgili yayınların artması ile insidansın bir artım söz konusudur. Nitekim, Pradeep ve ark.'nın (6) yayınlamış oldukları 105 vakalık seride insidans % 6 olarak bildirilmiştir.

**Adrenal kistler:** Otopsi serilerine göre kistler çoğunlukla tek taraflı ve sağda lokalizedir. Bilateralite % 8 oranındadır (1,3). Pradeep ve ark.'nın (6) serisinde saptanan 7 vakadan 4'ü sağ, 3'ü sol adrenal lokalizasyonunda idi.

Psödokist ve endotelial kistler vasküler kist başlığı altında tanımlanmaktadır. Psödokistler vasküler neoplastik büyüme, vasküler malformasyon veya adrenal bez içerisine kanama sonucu gelişebilen, fibroz duvara sahip döşeyici epitelizlenemeyen kistlerdir (4). Psödokistler vasküler bir hamartomun başlangıç lezyonu, lenfatik ektaziye sekonder gelişen bir kist olarak da tanımlanabilir. Endotelial kistlerde lenfanjiyomatöz veya anjiyomatöz kaynaklıdır (1,2,14). Epitelial kistler kistik adenomlar, glandüler veya retansiyon kistleri ya da embriyoner artıkların kistik transformasyonlarından gelişirler. Parazitik

kistler ise genellikle *Echinococcus granulosus* infeksiyonuna bağlı olarak meydana gelir (9).

Cerrahi olarak rezeke edilen kistlerin makroskopik incelemesinde psödokistler kalın duvarlı ve uniloküler olup kan veya sarı kahve renkli amorf sıvı materyal ile dolu olarak izlenmekteyken, endotelial kistler ince duvarlı ve multiloküledir, sarı seröz sıvı içerir (1,3).

Adrenal kistlerde ayırıcı tanıda histopatolojik inceleme yanı sıra esas olan immünohistokimyasal çalışmalardır. Psödokistler, hiyalinize kollajen dokudan oluşan ve epitel veya endotel içermeyen kistlerdir. Kist duvarında fokal kalsifikasyon, osteoid veya miyeloid metaplazi ile beraber matür yağ dokusu bulunabilir. Kist duvarına komşu normal adrenal dokusu mevcuttur. Bazı vakaların kist duvarlarında düz kas demetleri saptanmış ve bunların renal ven ile devamlılığı gösterilmiştir (1,3).

Endotelial ve epitelial kistler, psödokistler ile histopatolojik açıdan birçok açıdan benzer özelliklere sahiptirler. Endotelial veya epitelial kistlerde kist iç yüzeyini döşeyen hücreler izlenebilmektedir. Kist iç yüzeylerini döşeyen hücreler CD31 veya Faktör VIII ile pozitif boyanır ise lezyon endotelial kist, EMA veya keratin ile pozitif boyanması durumunda da epitelial kist olarak yorumlanır (1). Parazitik kistler, daha çok *E.granulosus* enfeksiyonuna sekonder gelişen ve germinatif epitel bulunan lameller hiyalinize kütiküler membran ile kız veziküller, eski kistlerde kalsifikasyonlar ve membran artıkları saptanan kistlerdir (8).

En çok karışan kistler endotelial, epitelial kistler ile psödokistlerdir. Histopatolojik olarak ayırıcı tanıda; kistik dejenere adrenal neoplazi, primer adrenal neoplaziler (feokromasitoma, adrenal kortikal adenom, adrenal kortikal karsinom) veya metastatik tümörler düşünülmelidir (2).

Patolojik açıdan bu kistlerin önemi insidental maligniteler ile olan birliktelikleridir. Bu nedenle benign görünüme sahip olsalar bile kesinlikle dikkatli bir makroskopik inceleme yapılmalı ve mümkün olduğunca çok sayıda örnek alınarak incelemeler yapılmalıdır (6). Olgumuzda kist ve malignite beraberliği saptanmamıştır.

Literatürde vakaların pek çoğunun sağ adrenal yerle-

şimli olduğu belirtilmesine rağmen bizim olgumuzda sol adrenal yerleşimli idi.

Özetle, yenidoğan dönemde çok ender görülen adrenal kistlerin klinik değerlendirmesinde üç ana konu vardır. Bunlardan ilki daha önce de belirttiğimiz gibi mevcut kistin hormonal olarak fonksiyonel olup olmadığı araştırılmasıdır. İkincisi, insidental malignite olasılığı nedeniyle çok sayıda örnek alınması gerekliliğinin akılda tutulmasıdır. Üçüncü önemli nokta da klinik olarak kanama, rüptür veya enfeksiyon gibi şok tablosuna neden olabilecek komplikasyonların varlığının akılda tutulmasıdır.

## KAYNAKLAR

1. Carvounis E, Marinis A, Arkadopoulos N, Theodosopoulos T, Smyrniotis V. Vascular adrenal cysts: a brief review of the literature, *Arch Pathol Lab Med* 2006;130:1722-4. PMID:17076539
2. Erickson LA, Lloyd RV, Hartman R, Thompson G. Cystic adrenal neoplasms, *Cancer* 2004;101:1537-44. <http://dx.doi.org/10.1002/cncr.20555> PMID:15378490
3. Tuncer İ, Gönlüşen G, Ersöz C, Ezici H, Uğurlu fi, Kayaselçuk F, et al. Adrenal gland kisti: Dört vakada klinikopatolojik değerlendirme. [Adrenal gland cyst: A clinicopathologic study of four cases.] *Çağdaş Cerrahi Dergisi* 1995;9:49-52.
4. Mohan H, Aggarwal R, Tahlan A, Bawa AS, Ahluwalia M. Giant adrenal pseudocyst mimicking a malignant lesion, *Can J Surg* 2003;46:474. PMID:14680359 PMCID:PMC3211765
5. Demir A, Tanidir Y, Kaya H, Turkeri LN. A giant adrenal pseudocyst: case report and review of the literature, *Int Urol Nephrol* 2006;38:167-9. <http://dx.doi.org/10.1007/s11255-005-3422-z> PMID:16502076
6. Pradeep PV, Mishra AK, Aggarwal V, Bhargav PR, Gupta SK, Agarwal A. Adrenal cysts: an institutional experience, *World J Surg* 2006;30:1817-20. <http://dx.doi.org/10.1007/s00268-005-0307-3> PMID:16983481
7. Tanuma Y, Kimura M, Sakai S. Adrenal cyst: a review of the Japanese literature and and report of a case, *Int J Urol* 2001;8:500-3. <http://dx.doi.org/10.1046/j.1442-2042.2001.00359.x> PMID:11683971
8. Wahi HR. Adrenal cysts, *Am J Pathol* 1951;27:758-61.
9. Çobanoğlu B, Karataş P, Serhatlıoğlu S, Doğru O. Cystic adrenal lymphangioma: Differential Diagnosi, *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2009;29-2:566-8.
10. Abeshouse GA, Goldstem RB, Abeshouse BS. Adrenal cysts: review of the literature and report of three cases, *J Urol* 1959;81:711-9. PMID:13655392
11. Schmid H, Mussack T, Wornle M, Pietrzyk MC, Banas B. Clinical management of large adrenal cystic lesions, *Int Urol Nephrol* 2005;37:767-71. <http://dx.doi.org/10.1007/s11255-005-4662-7> PMID:16362596
12. İcagasioglu D, Caksen H, Yıldız E, Kocyyigit C, Cevit O. An adrenal cyst in a newborn, *Pediatr Surg Int* 2003;19:286-7. <http://dx.doi.org/10.1007/s00383-002-0759-6> PMID:12709820
13. Gocmen R, Basaran C, Karcaaltincaba M, Cinar A, Yurdakok M, Akata D, et al. Bilateral hemorrhagic adrenal cysts in an incomplete form of Beckwith-Wiedemann syndrome: MRI and prenatal US findings, *Abdom Imaging* 2005;30:786-9. <http://dx.doi.org/10.1007/s00261-005-0337-1> PMID:16252142
14. Longo JM, Jafri SZ, Bis KB. Adrenal lymphangioma: a case report, *Clin Imaging* 2000;24-47:104-6.