



Olgu Sunumu / Case Report

Adrenal Adenomu Taklit Eden Bir Myelolipom Olgusu

A Case of Myelolipoma Mimicking Adrenal Adenoma

Semra Demirli Atıcı^{a*}, Ayberk Dursun^b, Serdar Aydoğan^c, Mehmet Üstün^d^a Doktor, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8287-067X>^{*} İletişimden sorumlu yazar, E-mail: smrdemirli@hotmail.com^b Doktor, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9187-0473>^c Doktor, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4102-2292>^d Doktor, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2646-5239>

ARTICLE INFO

Article History:

Received: 19.03.2022

Received in revised form: 09.04.2022

Accepted: 13.04.2022

Keywords:

Adnexal

Adnexal mass

Laparoscopic adrenalectomy

Myelolipoma

ABSTRACT

Adrenal myelolipoma is a rare hormone inactive tumor of the adrenal gland, which is often detected incidentally. A fifty two-year-old woman was admitted with a complaint of left flank pain. Computed tomography showed a 5 cm diameter left adrenal mass. The patient was referred to us for an operation with the presumptive diagnosis of adrenal adenoma by the department of endocrinology. The patient underwent laparoscopic adrenalectomy and was discharged without any problem on the third postoperative day. Postoperative specimen pathology was reported as adrenal myelolipoma. Surgical resection is not generally recommended because adrenal myelolipomas are asymptomatic and small in size. However, surgical resection of myelolipoma that is symptomatic and has increased size in their follow-up should be considered.

© 2022 Mardin Artuklu University. All rights reserved.

MAKALE BİLGİLERİ

Makale Geçmişi:

Geliş Tarihi: 19.03.2022

Revizyon Tarihi: 09.04.2022

Kabul Tarihi: 13.04.2022

Anahtar Kelimeler:

Adrenal

Adrenal kitle

Laparoskopik adrenalectomi

Myelolipom

ÖZET

Adrenal myelolipom, sıklıkla insidental saptanan, adrenal bezin nadir görülen hormon inaktif bir tümördür. Elli iki yaşında, sol yan ağrısı şikayetiyle başvuran kadın hastanın çekilen bilgisayarlı tomografisinde sol adrenalde 5 cm boyutunda kitle saptandı. Endokrinoloji tarafından adrenal adenom ön tanısı ile operasyon amaçlı tarafımıza yönlendirildi. Laparoskopik adrenalectomi uygulanan hasta postoperatif üçüncü gün sorunsuz bir şekilde taburcu edildi. Postoperatif spesimen patolojisi adrenal miyelolipom olarak raporlandı.

Adrenal myelolipomlar genellikle asemptomatik ve küçük boyutta oldukları için cerrahi rezeksiyon önerilmemektedir. Bununla birlikte, semptomatik olan ve takiplerinde boyutu artmış adrenal myelolipomların tedavisinde cerrahi rezeksiyon düşünülmelidir.

© 2022 Mardin Artuklu Üniversitesi. Tüm hakları saklıdır.

1. Giriş

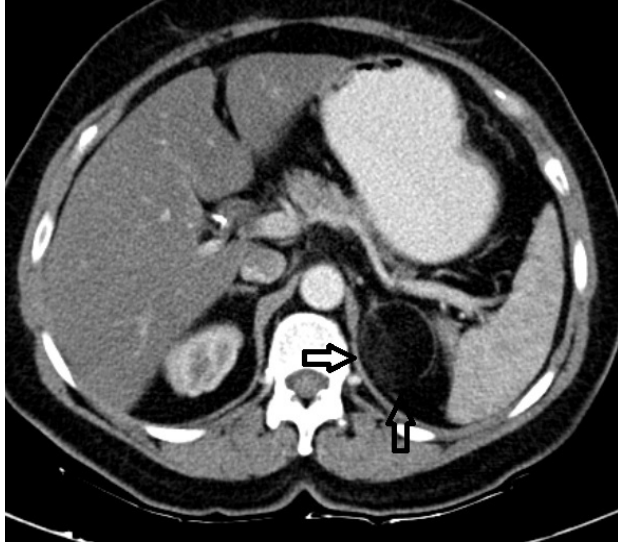
Adrenal myelolipom (AM) iyi huylu, genellikle unilaterale gözlenen, küçük boyutlarda, asemptomatik, hormon inaktif bir tümördür (1). Ağır olarak adipoz doku ve miyeloid dokudan oluşan bu tümörler nadir de olsa hormon salgılayabilmekte ve bilateral görülebilmektedir (2,3). İyi huylu davranışlarına rağmen, adrenal myelolipomlar; adrenal tümörlerin ayırıcı tanısında önemli zorluklara neden olabileceğinden klinik olarak tanınmaları önemlidir.

2. Olgu Sunumu

Elli iki yaşında kadın hasta son bir yıldır artan kolik vasıflı sol yan ağrısı, flushing şikayetleriyle endokrinoloji polikliniğine

başvurdu. Hipotiroidi ve yeni tanı hipertansiyon öyküsü mevcuttu. Yapılan fizik muayenesinde geçirilmiş laparoskopik kolesistektomiye ait insizyon skarları mevcut olup, ek özellik saptanmadı. Çekilen abdomen ultrasonografisinde patolojik özellik saptanmaması üzerine abdomen bilgisayarlı tomografi (BT) çekildi. Abdomen BT'de sol sürrenal bez krusları arasında yaklaşık 5 cm çapında yağ ile izotens öncelikle adrenal adenom lehine değerlendirilen bir kitlesel lezyon saptandı (Şekil 1). Laboratuvar tetkiklerinde metanefrin ve normetanefrin düzeyleri olağan sınırlardaydı. Adrenal adenom ön tanısı ile operasyon amaçlı genel cerrahi kliniğine yönlendirildi. Laparoskopik sol adrenalectomi uygulandı. Servis izlemi sorunsuz seyreden hasta, postoperatif üçüncü gün taburcu edildi. Boyutları 7x5x4 cm olan

sol adrenal bez spesimenin makroskopik incelemesinde boyutu 5x4x4 cm olan alacalı, kapsül yapısını kenarları itmiş, sarı kahverengi renkte, yumuşak kıvamda tümör saptandı.



Şekil 1. Abdomen BT'de sol sürrenal bez krusları arasında yaklaşık 5 cm çapında yağ ile izointens öncelikle adrenal adenom lehine değerlendirilen kitlesel lezyon.

Mikroskopik incelemede ise matür yağ hücre adaları arasında değişen oranlarda kemik iliği elemanları ve etrafta atrofik adrenal beze ait yapılar saptandı. Histopatolojik inceleme sonucunda spesimen patolojisi adrenal myelolipom olarak raporlandı.

Hasta postoperatif 36. ayında sorunsuz bir şekilde izlenmektedir. Olgu sunumunun yayınlaması için hastadan bilgilendirilmiş onam alındı.

3. Tartışma

AM benign karakterde, ağırlıklı olarak adipoz doku ve miyeloid dokudan oluşan iyi huylu bir adrenal neoplazmdir. Otopsi serilerinde yaklaşık %0,08 ile %0,2 arasında bir insidansa sahip olan AM, adrenal adenomlardan sonra ikinci en sık görülen adrenal insidentalomalardır (1,2). Genellikle hormon inaktif bir tümör tipi olan AM tüm adrenal insidentalomaların %6-16'sını oluştururlar (3). Sıklıkla 5-7. dekatlarda görülür, kadın ve erkek cinslerini eşit oranda etkilediği bildirilmiştir (1-3).

Etyolojisi kesin olarak bilinmemekle beraber AM oluşumunda öne sürülen birçok farklı hipotezler mevcuttur. Öne sürülen hipotezlerden ilkinde; nekroz ve inflamasyon gibi uyarıcı faktörlerin retiküloendotelial hücrelerde metaplaziye yol açarak, adrenal myelolipom gelişmesine yol açabileceğini öne sürülmüştür (3,4). Bu hipotezle, hastanın artan yaşı ile birlikte artmış AM görülme insidansı desteklenmektedir. Deney

hayvanları üzerinde yapılmış bir başka çalışmada ise aşırı Adrenokortikotropik hormonun (ACTH) adrenal myelolipomların patogenezinin sorumluluğunda olabileceği öne sürülmüştür (1,4). Bu teoride, ACTH seviyelerinin çok yüksek olabileceği konjenital adrenal hiperplazide (KAH) adrenal myelolipom insidansının artmasıyla desteklenmektedir (5). Ayrıca adrenal myelolipom sıklıkla, adrenal uyarıcılar olarak düşünülebilen Cushing hastalığı, obezite, hiperlipidemi, hipertansiyon ve diyabet gibi durumlarla da ilişkilendirilmiştir (3,5).

Adrenal myelolipomlar sıklıkla asemptomatik seyirlidir ve genellikle yapılan görüntüleme yöntemlerinde insidental olarak saptanırlar. Semptomatik hastalar; kitle baskısına bağlı non spesifik karın ağrısı, yan ağrısı, kusma, konstipasyon ve hematüri semptomları ile başvurabilmektedir (6). Bunun yanında büyük boyutlu tümörlere sahip olan hastalar çok nadir de olsa; tümör nekrozu, tümör içine kanama ve buna sekonder hemorajik şok tablosu ile de bulgu verebilmektedirler (7). Genellikle 4 cm'den küçük olan bu tümörler aşırı büyüme gösterebilirler. Hatta 8 cm'den daha büyük olan AM'lar dev myelolipom olarak da adlandırılmaktadırlar. AM'ların genellikle unilateral ve sağ tarafta üç kat daha fazla gözlemlendiği bildirilse de iki taraflı da görülebildikleri bilinmektedir (6). Ayrıca genellikle hormon inaktif olarak bilinen bu tümörlerde, hormon aktivitesi pozitif saptanan vakalar da literatürde raporlanmıştır (2,3).

Asemptomatik olan AM tedavisi genellikle konservatiftir, çünkü bu tümörler tipik olarak 4 cm'den küçüktürler ve tümör küçük olduğu için de nadiren spontan kanama belirtileri gösterirler. Tanısında USG, BT ve MRG yol gösterici görüntüleme yöntemlerinden olup, BT ve MRG'nin sensitivitesi USG'ye göre daha yüksektir. Ayırıcı tanısında bu vakada olduğu gibi adenom, lipom, teratom ve liposarkom akla gelmelidir (3-6). Malignite şüphesinde USG veya BT eşliğinde biyopsi yapılması önerilmektedir (5-7). Semptomatik olan, takipleri sırasında büyüme gösteren veya 6 cm'den büyük olup rüptür riski artan AM'larda, konvansiyonel veya laparoskopik cerrahi tedavi önerilmektedir (3,6,7).

Sonuç olarak; AM için cerrahi tedavi, kitlenin büyüklüğüne ve hastanın semptomlarına bağlıdır. Preoperatif AM'nin sıklıkla adrenal adenomlarla karışabileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

Çıkar Çatışması: Yazarlar tarafından herhangi bir çıkar çatışması beyan edilmemiştir.

Finansal Destek: Yazarlar bu çalışmanın herhangi bir finansal destek almadığını beyan etmişlerdir.

Aydınlatılmış Onam: Bu vaka raporunun yayımlanması için hastadan aydınlatılmış onam alınmıştır.

Kaynaklar

1. Bokhari MR, Zulfiqar H, Garla VV. Adrenal Myelolipoma. [Updated 2022 Jan 7]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK436011/>
2. Cha JS, Shin YS, Kim MK, Kim HJ. Myelolipomas of both adrenal glands. Korean J Urol. 2011; 52(8):582-585.
3. Decmann Á, Perge P, Tóth M, Igaz P. Adrenal myelolipoma: a comprehensive review. Endocrine. 2018;59(1):7-15. doi: 10.1007/s12020-017-1473-4. Epub 2017 Nov 21.
4. Zattoni D, Balzarotti R, Rosso R. The management of bilateral myelolipoma: Case report and review of the literature. Int J Surg Case Rep. 2015;12:31-36. doi:10.1016/j.ijscr.2015.04.021
5. German-Mena E, Zibari GB, Levine SN. Adrenal myelolipomas in patients with congenital adrenal hyperplasia: review of the literature and a case report. Endocr Pract. 2011;17(3):441-7. doi: 10.4158/EP10340.RA. PMID: 21324823.
6. Samimaghani H, Kazemi Jahromi M, Bilateral Adrenal Myelolipoma, A Case Presentation and Brief Literature Review, Iran J Kidney Dis. 2020;14(1):62-64.
7. Ramirez M, Misra S., Adrenal myelolipoma: To operate or not? A case report and review of the literature., Int J Surg Case Rep. 2014;5(8):494-6. doi: 10.1016/j.ijscr.2014.04.001.