



ADRENAL MYELOLİPOM: OLGU SUNUMU

ADRENAL MYELOLİPOMA: A CASE REPORT

Özgür ÖZTEKİN¹ C. Suat EREN¹ Ali ÖLMEZOĞLU² Ali ER¹ Eyüp KEBAPÇI³

¹SSK Tepecik Eğitim Hastanesi Radyoloji Bölümü, İzmir

²SSK Tepecik Eğitim Hastanesi Radyasyon Onkolojisi Bölümü, İzmir

³SSK Tepecik Eğitim Hastanesi Cerrahi Bölümü, İzmir

Anahtar Sözcükler: adrenal myelolipom, ultrasonografi, BT, MRG

Key Words: adrenal myelolipoma, ultrasonography, CT, MRI

ÖZET

Adrenal myelolipomlar hematopoetik ve matür yağ dokusundan oluşmuş nonfonksiyone selim tümörlerdir. Adrenal myelolipomlar klinik olarak genellikle sessiz seyrederek ve tesadüfen tespit edilirler. Klasik myelolipomlar direk grafide lüsent, ultrasonografide ekojen, anjiyografide avasküler olarak izlenirler. Lezyonlar BT de yağa ait dansite değerleri gösterirken MRG de yağa benzer sinyal intensite değerleri göstermektedir. Ayırıcı tanıda yer alan diğer patolojilerin tedavisinde yaklaşım cerrahi olduğu halde adrenal myelolipomada cerrahi, kitle ancak semptomatik olduğunda gereklidir. Biz bu bildirimizde adrenal myelolipom tanısı almış 60 yaşında bir bayan hastanın görüntüleme bulgularını sunduk.

SUMMARY

Adrenal myelolipoma is a nonfunctioning benign tumor composed of mature fat tissue associated with proliferating hematopoietic cells. Most of patients with adrenal myelolipoma is generally asymptomatic and can be found incidentally. Classic myelolipoma is lucent on plain films, echogenic on ultrasonography, and avascular on angiography. Surgery is indicated if symptoms are present. Although treatment of other pathologies which must be considered in differential diagnosis is surgical, surgery is only necessary if the mass is symptomatic in adrenal myelolipoma cases. In this report we presented the radiological findings of a 60 years old female patient who had a diagnosis of adrenal myelolipoma.

GİRİŞ

Adrenal bezde en sık görülen tümörler adenoma, feokromasitoma, adrenokortikal karsinoma ve metastazlardır. Adrenal myelolipom oldukça nadir görülen bir tümördür. Radyolojik özellikleri karakteristik olmasına rağmen sık görülmemesi nedeniyle yanlış tanıları konulabilmektedir. Bu tümörler ilk defa 1905 yılında Gierkel tarafından tanımlanmış olup, 1929 yılında Oberling tarafından myelolipom olarak adlandırılmıştır. Bunlar nadir görülen

kortikal, nonfonksiyone, sıklıkla unilateral selim neoplazmalardır. Çoğunlukla tesadüfen bulduklarından bunlara "insidentaloma" da denilmektedir. Sıklıkla 40-60 yaşları arasındaki erkeklerde görülmektedir. Bunların çoğu 4 cm den daha küçüktür. Hastaların takip ve tedavilerinin planlanmasında, diğer adrenal bez patolojilerinden ayırımının yapılması önemlidir. Bu nedenle adrenal myelolipom tanısı alan bir olgumuzu sunuyoruz.

OLGU SUNUMU

60 yaşında bayan hasta sağ hipokondriyal ağrı şikayeti ile Kasım 2000 tarihinde hastanemiz genel cerrahi polikliniğine başvurdu. Hastanın idrar tetkiki, tam kan sayımı,

Yazışma adresi: Özgür Öztekin, SSK Tepecik Eğitim Hastanesi Radyoloji Bölümü, İzmir

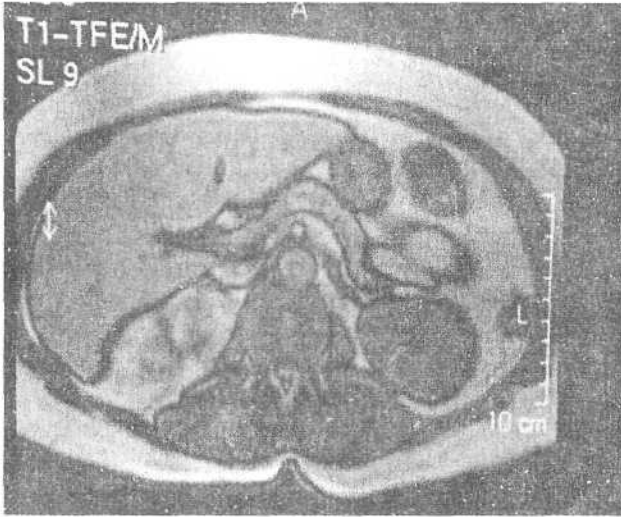
Makalenin geliş tarihi: 25. 09. 2001; kabul tarihi: 26. 12. 2001

protrombin zamanı, parsiyel tromboplastin zamanı ve serum elektrolitleri normal bulundu. Hasta radyoloji bölümüne üst batin ultrasonografi tetkiki için gönderildi. Yapılan ultrasonografide sağ sürrenal bezinde 5x5x10 cm boyutlarında hiperekojen, solid bir kitle tespit edildi (Resim 1).



Resimi. USG de sağ adrenal glandde düzgün konturlu, hiperekojen kitle.

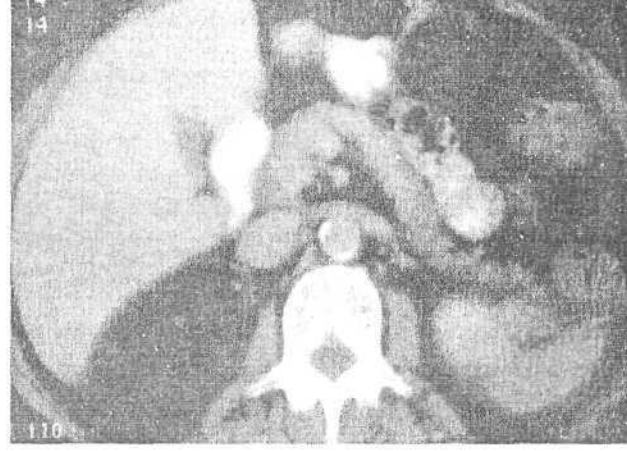
Sürrenal bezde yer alabilecek diğer lezyonlardan ayırbilmek için hastaya abdominal BT ve MRG tetkikleri yapıldı. BT 'de sağ sürrenai bez lokalizasyonunda yer alan, 5x5x10 cm boyutlarında, düzgün konturlu içinde septasyonlar ve belli belirsiz yoğunluk artımları mevcut olan, genel olarak yağ dokusu (-81 HÜ) içeren kitlesel lezyon tespit edildi (Resim 2).



Resim 2. Kontraslı BT kesitlerinde düzgün konturlu yağ içeriğinden dolayı düşük ateniasyon değerleri gösteren kitle.

Lezyon karaciğer sağ lob posterior segment mediaini minimal deplase etmiş olup pararenal fasyaya dek ilerlemiş ve bu alanı doldurmuştu. Sağ böbrek kaudale doğru yer değiştirmişti. MRG' de yağ dokusu sinyal özellikleri taşıyan iç yapısı heterojen kitle lezyonu izlendi (Resim3).

Yağ baskılamalı sekanslarda kitlenin yağ komponentinde belirgin sinyal intensite kaybı izlendi. Bu bulgularla benzer radyografik görüntüler oluşturabilecek olan diğer patolojilerden ayrılabilmesi için hastaya İİAB yapıldı. İİAB sonucu adrenal myelolipom ile uyumlu gelen hastanın herhangi bir klinik şikayeti olmadığından kitlenin radyolojik takibi planlandı.



Resim 3. Axial T1 ağırlıklı MR görüntüde kitlenin yüksek yağ içeriği ve karaciğer ile olan ilişkisi görülmektedir.

TARTIŞMA VE SONUÇ

Myelolipomlar matür yağ hücreleri ve hematopoetik elementlerin karışımından oluşan nadir benign tümörlerdir (2). Adrenal myelolipomların oluşumu ile ilgili birçok teori vardır. Bunlardan en kabul göreni kan damarlarının retikuloendotelial hücrelerinde nekroz, enfeksiyon ve stres gibi uyarılar sonucu oluşan metaplastik değişiklikler sonucu oluştuğu şeklindedir (7). Otopsi serilerinde prevalansı %0.08 ile %0.4 arasında belirtilmektedir (1,3). Sıklıkla adrenal bezde bulunurlar. Fakat ekstraadrenal yerleşimi konusunda da raporlar vardır. Tümörler genellikle nonfonksiyoneldir ve tesadüfen bulunurlar. Semptomlar sıklıkla akut kanamadan ve kitle etkisinden kaynaklanan böğür ağrısı ve rahatsızlık hissidir (2,4,5.). Bizim olguda hastanın sağ hipokondriyal bölgesinde ağrı yakınması vardı. Addison hastalığı, cushing sendromu, conn sendromu na bağlı olabilecek endokrin disfonksiyonlar bulunabilir. Fakat bunlar sıklıkla eşlik edebilecek adenomaya bağlıdır.

Myelolipomların radyolojik görünümleri kitlelerin histolojik kompozisyonlarına bağlıdır(1). Tamamen yağdan zengin olabilecekleri gibi hiç yağ bulundurmeyen kitleler de olabilirler. Radyografilerinde yağ içeren tipik lezyonların renal anjiomyolipom, teratom, lipom ve liposarkom dan ayırılması gerekir. Lipom ve liposarkomların adrenal bez yerleşimleri oldukça nadirdir. Böbrek üst polünden kaynaklanan anjiomyolipomların bazen adrenal myelolipomlardan ayrımı güçtür. Fakat multiplanar BT rekonstrüksiyonları ile ayrımı mümkündür.

siyonları ve MRG ayırımı oldukça faydalıdır. Özellikle koronal planlarda elde olunan MRG kesitleri çevre organ ilişkilerini daha iyi tanımlamayı ve ekstrarenal-adrenal orijin ayırımının daha iyi yapılmasını sağlar. Hemorajik adrenal adenom, adrenokortikal karsinom ve adrenal bezde adenokarsinom metatazları adrenal myelolipomlara benzerlik göstermektedirler (1,2,7).

Ultrasonografide adrenal myelolipomlar belirgin ekojenik kitleler olarak görülürler(8,9). BT bu kitlelerin yağ içeriğini göstermede kullanılabilecek en uygun modalitedir. Eğer düşük yağ içeriği varsa ince kesitli BT görüntüleri önerilir. Adrenal myelolipomların BT değerleri içerisinde hematopoetik elemanlar olduğundan retroperitoneal yağdan daha yüksek değerdedir. Kalsifikasyon nadiren izlenir. Bunlar sıklıkla punktuat tarzıdır. Kontrastsız BT tanı için çoğunlukla yeterlidir. MRG de T1 ve T2 ağırlıklı imajlarda yağ yüksek sinyal intensitesinde görülür (1,3,6). Fakat

kontrast tutulumu zayıftır. MRG doku karakteristiği hakkında fazla bilgi vermezken doku orijini konusunda katkı sağlamaktadır. Bu olguda ultrasonografide hiperekojen olarak izlenen kitle BT de yağa ait ateniasyon değerleri göstermekte(- 81HÜ) , MRG de T1 ağırlıklı serilerde belirgin hiperintens izlenmekteydi. T2 ağırlıklı yağ baskılamalı sekanslarda kitlede belirgin sinyal intensite kaybı izlenmekteydi. Koronal kesitlerde kitlenin karaciğer ve böbrekle olan ilişkisi net olarak tanımlanabilmekteydi.

Adrenal myelolipomlar için malign potansiyel henüz gösterilebilmiş değildir. Ayırıcı tanıda yer alan hastalıkların birçoğunda tedavide ilk tercih cerrahi olduğu halde adrenal myelolipomda cerrahi ancak kitle semptomatik olduğunda gereklidir(3,5,6,8). Adrenal myelolipomların BT de yağ içerikleri doğru olarak tanımlanabilmesine rağmen kesin tanı İİAB' si ile konur. Bu hastaların takiplerinde USG ve BT kullanılır.

KAYNAKLAR

1. P Ota, G Escourrou, C Mazerolles, et al. imaging features of uncommon adrenal masses with histopathologic correlation. RadioGraphics 1999 19: 569.
2. Letizia C, Coassin S, Massa R, et al. [Incidentalomas of the adrenal glands. Personal cases and review of the literature]. Minerva Endocrinol. 2000 Mar;25(1):19-27.
3. Hoeffel JC, Kowalski S, Nguyen Quy K, et al. [Case report: the spontaneous course of a giant myelolipoma]. Radiologe. 2000 Jul;40(7):649-51. Review.
4. Russell C, Goodacre BW, vanSonnenberg E, et al. Spontaneous rupture of adrenal myelolipoma: spiral CT appearance. Abdom Imaging. 2000 Jul-Aug;25(4):431-4. Review.
5. Yıldız L, Akpolat I, Erzurumlu K, et al. Giant adrenal myelolipoma: case report and review of the literature. Pathol Int. 2000 Jun;50(6):502-4. Review.
6. Hoeffel CC, Kowalski S. Giant myelolipoma of the adrenal gland: natural history. Clin Radiol. 2000 May;55(5):1-3.
7. Muttarak M, Peh WC, Pojchamarnviputh S. Clinics in diagnostic imaging (43). Right adrenal myelolipoma. Singapore Med J. 1999 Nov;40(11):711-4.
8. Wang YX, Wu JT, He GX, et al. CT of adrenal myelolipoma: report of 7 cases. JBR-BTR. 1999 Oct;82(5):231-3.
9. Sciume C, Palazzolo M, Cappello F, et al. [Myelolipoma of the adrenal gland]. Ann Ital Chir. 1999 Jul-Aug;70(4):593-6. Review.