

Endokrin İşlevi Olmayan Büyük Adrenal Korteks Tümörü

Ümit ŞİMŞEK*
Ali ŞENBAŞ**
Mustafa ÖZYURT***

ÖZET

Adrenal korteksin endokrin işlevi olmayan büyük çaplı tümörleri oldukça ender görülürler. Hastalığın semptomları tümör belirli bir büyüklüğe ulaştığında ortaya çıkar. Bu nedenle tanınmaları ancak çok ileri devrelerde ya da tesadüfen olur. Radikal cerrahi ekzizyon en iyi tedavi yolu olarak bilinmektedir. Kemoterapi ya da radyoterapi'nin etkinliğinin olmadığı birçok yayında ortaya konulmuştur.

Kliniğimizde tanısı konulmuş tedavisi yapılmış ve 1,5 senedir kontrolümüz altında bulunan böyle bir olgu, kaynak araştırması ile beraber sunulmaktadır.

SUMMARY

Nonfunctioning Tumor of The Adrenal Cortex

Big, nonfunctioning tumors of the adrenal cortex are seen rarely. This tumor gives its symptoms when it reaches a certain mass. For this reason, the diagnosis can only be made by chance or at its advanced stages. Radical surgical resection is the best way for the treatment and radiotherapy or chemotherapy is of no use according to the literature. Such a case which was diagnosed, treated and followed for 1.5 years at our clinic is, reported.

OLGU SUNUMU

53 Yaşında, Erkek hasta, hiç bir yakınması olmadan, genel bir kontrol sırasında yapılan batın ultrasonunda sol böbrek üzerinde ve retroperitonda kitle saptanması üzerine ileri tetkik için yatırıldı. Fizik muayenesinde akciğerlerinde tek tük kaba

* Yard. Doç. Dr.; Uludağ Üniv. Tıp Fak. Üroloji Anabilim Dalı Öğretim Üyesi
** Dr.; Uludağ Üniv. Tıp Fak. Üroloji Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi
*** Prof. Dr.; Uludağ Üniv. Tıp Fak. Üroloji Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

raller ve eski bir travma sonucu oluşmuş kalça çıkığına bağlı bir bacakdaki kısıklık dışında bir bulgu yoktu. IVP ve Komputerize tomografi ile sol böbreği aşağı doğru iten, amorf bir yapıda, düzgün kenarlı ve tahminen 10 cm. çapında bir kitle gösterildi. Hematolojik ve biokimyasal testlerde bir anormallik saptanmadı. Adrenal kökenli bir kitle düşünüldüğü için tüm hormon analizleri de yapıldı. Bu testler içinde VMA (idrarda), DHEA, Androstendion, Testosteron, ACTH, GH, FSH, LH, Kortizol gibi hormonlar bulunmaktaydı. Tüm bu analizler normal olarak bulundu. Sol paramedian insizyonla kitle radikal olarak çıkarıldı. Ameliyat sırasında ve sonrasında erken veya geç bir komplikasyon gelişmedi. Histopatolojik olarak büyük adrenal korteks tümörü tanısı konuldu. Herhangi bir ilave tedavi önerilmeyen hasta 1.5 sene-dir sağlıklı bir şekilde kontrollara gelmektedir.

TARTIŞMA

Adrenal korteks tümörleri çoğunlukla endokrin işlev gösteren ve Conn sendromu, Cushing sendromu diye bilinen klinik belirtiler verirler. Hormonal etkinliği olmayan tiplerin ise milyonda 2 gibi bir insidansı vardır^{1.2}. Lewinsky'e göre aslında tümör hücrelerinin kolesterolu pregnanolona çevirebilme yetenekleri vardır. Bu aşama kortikosteroid biosentezindeki ilk adımlardan biridir. Ancak sonuçta sadece pregnanolon metabolitleri elde edildiğinden ve bunlar da biolojik olarak inaktif kabul edildiklerinden, tümör non-hormonal, endokrin özellikleri olmayan sınıfa sokulur².

Kaynaklarda ortalama görülme yaşı 40-50 olarak belirtilmektedir. Erkek kadının oranı da 2:1'dir^{1.2.3}. Klinik belirtiler tümör büyük çaplara ulaştıkça ortaya çıkar ve bunlar, karında ağrı, kitle ve kilo kaybı gibi bulgulardır. En iyi tanı yöntemleri olarak, intravenöz pyelografi, ultrasonografi, komputerize tomografi ve anjiyografi sayılabilir. Tümörün endokrin işlevinin olup olmadığı yapılacak hormon analizleri ile ortaya konur. Sonuçların normal sınırlarda olması, bu ender görülen tümör için spesifiktir.

Bu tümörler iyi kapsüllü, büyük, ağırlığı 1000 gr. civarında olup, histolojik olarak adenomatöz hücre yapısındadır. Hücreler nükleer ve sellüler pleomorfizm gösterdikleri gibi oldukça iyi huylu olan kümeler halinde de olabilir. Genellikle yakın metastazları, direkt yayılım yolu ile çevreye ve böbreğe olurken, daha seyrek olarak akciğere, karaciğere ve peritona da kan ve lenf yolu ile uzak metastazlarını yaparlar^{1.2.3}.

Klinik bulgular, laboratuvar analizleri sonuçları, tümörün histopatolojik görünümü ve metastazların varlığı gibi değerlerle beraber tümörün büyüklüğü, onun malignitesi hakkında fikir verir. Bir çalışmada, benign adenomların ortalama çapları 7 cm. olarak bulunurken, karsinomalar için bu değer 16.2 cm. olarak belirlenmiştir¹.

Olgumuzdaki tümör, 12x9.5x9 cm. boyutlarında ve 560 gr. ağırlığındaydı. Gros olarak iyi kapsüllü, içinde nekrotik ve hemorajik sahalar gözleniyordu. Mikroskopik olarak da aşırı bir pleomorfizm ve anaplasti yoktu. Klinik bulguların hiçbiri malign ve metastatik bir tümör izlenimini de vermediğinden, hastaya uygulanan radikal cerrahi eksizyon tedavi olarak yeterli bulunmuştur.

Malign ve cerrahi eksizyonu tam yapılamayan adrenal kortikal tümörler, bir böcek öldürücü DDT'nin türevi olan ve adrenolitik etkisi olduğu bilinen OP-DDD

(Mitotan) ile kemoterapi programına alınmaktadır. Ancak bir çok araştırma sonucu bu ilacın belirgin bir etkisinin olmadığı, hastaların yaşam sürelerini uzatmadığı ortaya konmuştur. Radyoterapinin bu tümörlerini tedavisinde bir yeri olmadığı bildirilmiştir^{4.5}.

Hormonal işlevi olmayan adrenokortikal tümörlerde olguların prognozu özellikle malign olanlarda çok kötü olup, bir sene içinde büyük bir çoğunluğu ölmektedir. Benign olanlar için ise yaşam şansı daha fazladır^{4.5}.

Olgumuzun tümörü büyük fakat benign özellik göstermekteydi ve sadece cerrahi tedavi ile şu an 1.5 senelik metastazsız, nüksüz bir yaşam sağlanmıştır.

KAYNAKLAR

1. ATHANI, S.V., MULHOLLAND, G.S.: Primary nonfunctioning adrenal tumors in adults. Urology. 18(2): 131-133, 1981.
2. LEWINSKY, B.S., GRIGOR, K.M., SYMINGTON, T.: The clinical and pathologic features of "non-hormonal" adrenocortical tumors. Report of twenty new cases and review of the literature. Cancer, 33: 778-780, 1974.
3. ANDERSON, E.E.: Nonfunctioning tumors of the adrenal gland. Urol. Clin. North. Am., 4: 263, 1977.
4. SMITH, M.J.: Primary nonfunctioning carcinoma of adrenal cortex. Urology, 13(3): 253-255, 1979.
5. GRUNFELD, A.J., BALTASAR, A.: Non-functioning adrenal carcinoma. Eur. Urol., 12: 211-214, 1986.

Yard. Doç. Dr. Ümit ŞİMŞEK
Uludağ Üniv. Tıp Fakültesi
Üroloji Anabilim Dalı
BURSA