

Rastlantısal saptanan sürrenal kalsifikasyon

Emrah AYDIN *, Şenol EMRE *, İbrahim ADALETLİ **, NİL ÜSTÜNDAĞ ***, Hilmi APAK ****, Gonca TEKANT *

*İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı, **Radyoloji Anabilim Dalı, ***Patoloji Anabilim Dalı, ****Çocuk Hematolojisi Bilim Dalı, İstanbul

Özet

Amaç: Kliniğimize invajinasyon nedeni ile başvuran ve rastlantısal olarak sürrenal bezde kalsifikasyon saptanan olguyu ve literatürdeki benzer olguları sunmak.

Olgu: Kliniğimize kolik karın ağrısı ve kusma ile başvuran ve invajinasyon saptanan olgunun direkt grafisinde rastlantısal olarak kalsifiye alan gözlemlendi. Tetkiklerinde sol sürrenal lojda kalsifiye kitle saptandı. Pediatrik onkoloji ile konsülte edildi ve cerrahi eksizyon kararı verildi. Patoloji sonucu distrofik kalsifikasyon olarak raporlandı, ancak spontan regrese nekrotik nöroblastom şüphesi ek olarak bildirildi. Operasyon sonrası 1. yılında olan olgu sorunsuz olarak takip edilmektedir.

Sonuç: Asemptomatik sürrenal kitlelerin etiyolojileri değişkendir. Çocuk yaş grubunda saptanmış rastlantısal kalsifiye sürrenal kitleler cerrahi olarak çıkarılmalıdır.

Anahtar kelimeler: Adrenal bez hastalıkları, çocuk, kalsifikasyon, adrenal kalsifikasyon

Summary

Incidentally diagnosed adrenal calcification

Aim: In this case report a patient admitted with intussusception and incidentally diagnosed with a unilateral adrenal mass is presented and the literature is reviewed for non-traumatic adrenal masses.

Case Report: A patient admitted to our clinic with colicky abdominal pain and vomiting and diagnosed as intussusception. Calcified areas were detected on imaging studies incidentally. A calcified lesion was found in the left adrenal gland on imaging studies. After pediatric oncology consultation surgical excision was decided. Pathology results were reported as the dystrophic calcification as a result of spontaneously regressed necrotic neuroblastoma. The patient is well on the first year of follow-up.

Conclusion: Etiologies of asymptomatic adrenal masses are variable. Incidentally discovered calcified adrenal masses in the pediatric age group must be surgically removed.

Key words: Adrenal gland diseases, children, calcification, adrenal calcification

Giriş

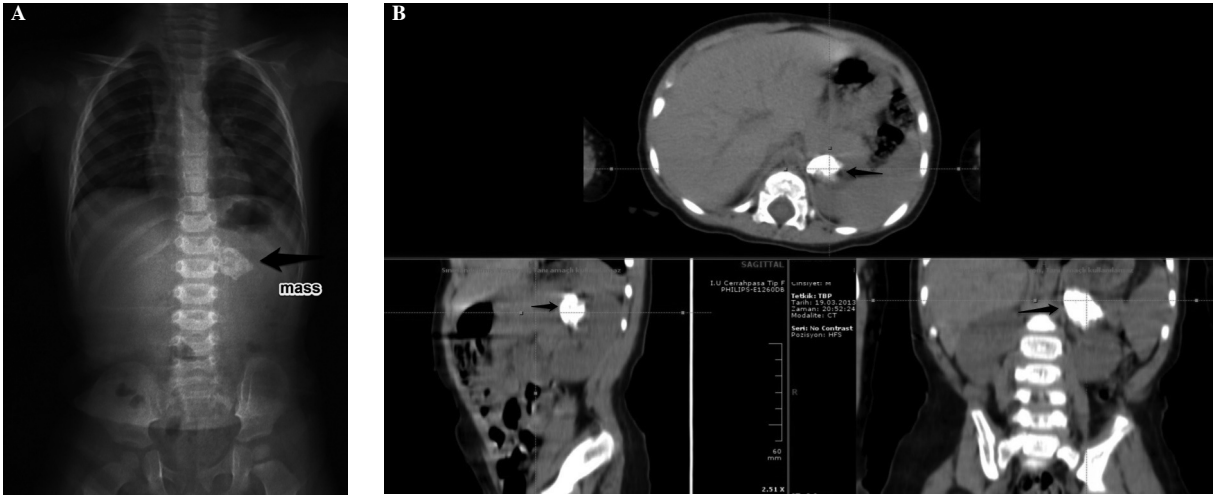
Sürrenal kalsifikasyon yenidoğan, çocukluk hatta erişkin döneminde karşılaşılabilecek bir durumdur. Doğumun zorlu olmasına bağlı olarak kanama, hipoksi bazen de sepsis bu tabloya yol açabilir ^(3,4,11). Gelişen teknoloji ile birlikte, ultrasonografi (USG), bilgisayarlı tomografi (BT) ve magnetik rezonans görüntülemenin (MRG) daha çok kullanılıyor olması klinik bulgu yaratmayan bu tabloların daha sık bulunmasına neden olmaktadır ^(1,7). Otopsi çalışmalarında % 6 oranında klinik bulgu yaratmayan sürrenal kitlelere rastlanılmıştır. Bu BT taramalarında % 7'lik oran ile doğru orantılıdır ^(3,6).

Adres: Uzm. Dr. Emrah Aydın, Bahçelievler Devlet Hastanesi, Bağcılar-İstanbul
Alındığı tarih: 01.11.2014
Kabul tarihi: 05.01.2015

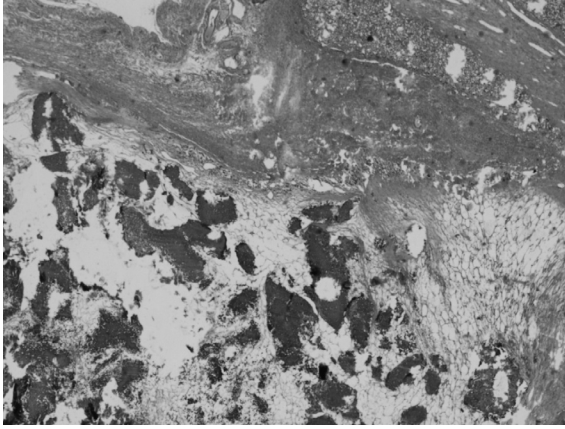
Çalışmamızda karın ağrısı ile başvuran ve invajinasyon saptanan ve rastlantısal olarak sol sürrenal kalsifikasyon saptanan bir olgu sunulacaktır.

Olgu

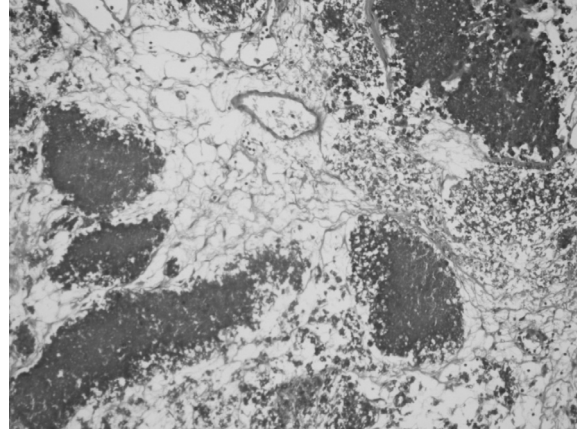
Bir buçuk yaşında erkek olgu kolik karın ağrısı ve kusma yakınmasıyla başvurdu. Sağ üst kadranda dolgunluk palpe edilen hastanın direkt grafisinde ise sol üst kadranda opasite izlendi (Resim 1A). Ultrasonografisinde sağ üst kadranda 36x27 mm boyutunda pseudokidney bulgusu saptandı. Pnömotik yolla redüksiyon yapılan olgunun anamnezi derinleştirildiğinde perinatal dönemde zorlu doğum ya da sepsis gibi bir sorun yaşanmadığı, endokrinolojik bir yakınmasının olmadığı ve herhangi bir travmaya maruz kalmadığı öğrenildi. Opasiteye yönelik çekilen BT'de sol sürre-



Resim 1. Olgunun düz grafisi (A) ve BT (B) görüntüleri.



Resim 2. Sürrenal bezde nodüler distrofik kalsifikasyon (H&EX40)



Resim 3. Nodüler patern ve kalsifiye, nekrotik, şüpheli tümör hücreleri (H&EX200)

nal lojda 15x21x22 mm boyutlarında tümüyle kalsifiye bir kitle saptandı (Resim 1B). NSE, PTH, kortizol düzeyleri ve biyokimyasal parametreleri (kan elektrolitleri, karaciğer fonksiyon testleri, böbrek fonksiyon testleri) normal olan olgu pediatrik onkoloji ile konsülte edildi ve cerrahi eksizyon kararı verildi. Laparoskopide düzgün sınırlı, beyaz renkli, parlak yüzeyli kitle tam olarak eksize edildi. Histopatolojik incelemede materyalin tamamı incelendiğinde sürrenal medulla içinde kompartmanlaşan nodüller hâlinde distrofik kalsifikasyon, stromada miksoid dejenrasyon, eski kanama bulguları, periferde ossifikasyon, çevrede düzenli yapıda sürrenal korteksi görüldü (Resim 2,3). Yorumda kalsifikasyonun kompartmanlaşması zeminde spontan regrese nekrotik nöroblastom şüphesi oluştursa da canlı tümör hücresi görülmedi. Operasyon sonrası 1. yılında olan olgu sorunsuz olarak takip edilmektedir.

Tartışma

Sürrenal kalsifikasyonlar sıklıkla rastlantısal olarak tanı almakla birlikte, patolojik bir durumun göstergesi olabilirler ve detaylı olarak araştırılmalıdırlar. Etiolojide tüberküloz, Addison, Wolman ve Nieman Pick hastalığı, kistler, sürrenal bezin kanamaları ve nöroblastom, feokromositoma ve ganglionöroma gibi tümörlerinde de görülebildiği bildirilmiştir⁽⁹⁾. Literatürde bildirilen olguların büyük kısmında doğum travmasına bağlı olsun ya da olmasın etiolojide kanama bulunmaktadır^(9,13).

Yenidoğan döneminde karşılaşılan sürrenal kalsifikasyonların patogenezi tam olarak bilinmemektedir. Zorlu doğum veya doğum sırasında meydana gelen travma, asfiksi, sepsis, kanama diatezleri bu patolojiye eşlik edebilmektedirler. Olgumuzda doğum

sırasında bir travmaya maruz kalma, yüksek doğum ağırlığı, doğum sırasında vakum kullanılması, uzamış sarılık, anemi gibi sürrenal kanamayı gösterebilecek herhangi bir bulgu saptanmamıştır. Ayrıca doğum travmasına bağlı sürrenal kanama sonrasında karşılaşılan sürrenal kalsifikasyonlar sıklıkla sağ sürrenal bezde görülmektedir. Sağ sürrenal venin doğrudan vena kavaya açılması ve basınç değişimlerini doğrudan beze iletmesi bu durumun en olası nedenidir. Olgumuzda kalsifikasyonun sol sürrenal bezde bulunması ve yenidoğan döneminde sürrenal kalsifikasyon düşündürcek herhangi bir bulgunun olmaması bizi sürrenal kalsifikasyona yol açması olası diğer hastalıkları araştırmaya yönlendirdi.

Tüberküloz hastalığı sürrenal bezi tutarak Addison hastalığına yol açabilir ve kalsifikasyon olarak karşımıza çıkabilir. Ancak bu olgularda sürrenal yetmezlik bulguları ve anamnezde tüberküloz hastalığı bulunmaktadır. Olgumuzda anamnezde ve laboratuvar bulgularında tüberküloz veya Addison hastalığını düşündürcek bulgular yoktu.

Sürrenal bezde kalsifikasyon bazı olgularda malinenin bulgusu da olabilmektedir. Kalsifikasyonun bilateral olduğu durumlar da malinite olasılığı daha düşüktür. Özellikle tek taraflı sürrenal kalsifikasyonun olduğu olgularda çocukluk çağıının en sık kalsifiye tümörü olan nöroblastom akla getirilmelidir. Nöroblastom çocukluk çağıında en sık görülen kafa dışı tümördür ve 1/3'i sürrenal bezde yerleşir ⁽⁵⁾. Tümör olan olguların çekilen grafilerinde % 55-60, tomografilerinde ise % 80-90 oranında kalsifikasyon saptanmaktadır ⁽²⁾. Tümör içindeki nekrotik ve kanamalı alanlar ise heterojen bir görünüme neden olmaktadır. Olgumuzun çekilen grafisinde sol sürrenal loja uyan alanda kalsifikasyon bulunmaktaydı. Bilgisayarlı tomografi de ise tamamı kalsifiye bir lezyon saptanmıştı. İdrar VMA değeri normal sınırlardaydı.

Addison hastalığı, Nieman Pick hastalığı gibi malinite ve travmaya bağlı olmayan sürrenal patolojiler de yukarıda anlatılan durumlardan ayırt edilmelidir. Literatürde zorlu doğum sonrası sürrenal kalsifikasyonu olan birçok yayın mevcuttur ^(9,13). Nöroblastom içine kanama veya kendiliğinden gerileyen bir tümörü sürrenal hematomdan ayırt etmek radyolojik olarak zordur. Literatürde adrenal hematom nedeni ile takip edilen ancak patolojileri nöroblastom bildirilen olgu-

lar vardır. Bu nedenle yenidoğanda karşılaşılan her sürrenal kitle USG ile takip edilmelidir ^(8,10,12,14). Malinite ve travma kaynaklı olmayan sürrenal kitlelerde hekimin ne yapacağı en büyük sorundur. Stephanie ve ark. 5 yaşında karın ağrısı ile başvuran ve rastlantısal olarak sürrenal kalsifikasyon saptanan bir olguyu takip etmişlerdir. Üç ay sonra olgu servikal kitle ve 5 kg kilo kaybı ile başvurmuştur. Alınan biopsi sonucu nöroblastom olarak raporlanmıştır. Sağ sürrenal bezde yer alan kitle de eksize edilmiş ve patolojisi kalsifiye ganglionörom olarak raporlanmıştır ⁽¹³⁾.

Olgumuzda lezyonun sol taraf yerleşimli olması ve anamnezinde sürrenal kanama düşündürcek bulgu olmaması nedeni ile ayırıcı tanıda sürrenal kanamaya bağlı kalsifikasyon olasılığından uzaklaşıldı. Sürrenal yetmezliğin klinik ve laboratuvar bulgularının olmaması nedeni ile diğer benin patolojilerden de ayırıcı tanıda uzaklaşıldı. Lezyonun tek taraflı olması ise malinite olasılığını artırırken, olguda herhangi bir yakınma olmaması, tümör belirteçlerinin negatif olması ve tomografide lezyonun homojen bir görünümde olması nöroblastomdan kısmen uzaklaştırıyordu. Malinite riski nedeni ile eksize edilen kitlenin patolojisinde ise sürrenal medulla içinde kompartmanlaşan nodüller hâlinde distrofik kalsifikasyon, stromada miksoid dejenrasyon, eski kanama bulguları, periferde ossifikasyon, çevrede düzenli yapıda sürrenal korteksi olarak raporlandı. Bu bulgular zeminde spontan regrese nekrotik nöroblastom şüphesi oluşturmaktaydı. Ancak canlı tümör hücresi görülmemişti. Olgumuzda laboratuvar ve radyolojik olarak malinite gösterilememiş olsa da patolojisi nöroblastom ile uyumlu geldi.

Sonuç

Olgumuzda rastlantısal olarak saptanan tek taraflı sürrenal kalsifiye lezyonların malin karakter taşıyabileceği gösterilmektedir. Benzer olgular hem benin hem de malin patolojiler açısından titizlikle araştırılmalı ve malinite şüphesi olması durumunda kesinlikle cerrahi olarak çıkartılmalıdır.

Kaynaklar

1. Aron DC. The adrenal incidentaloma: disease of modern technology and public health problem. *Rev Endocr Metab Disord* 2001;2:335-42. <http://dx.doi.org/10.1023/A:1011580819132>
2. Balassy C, Navarro O, Daneman A. Adrenal masses in

- children. *Radiol Clin N Am* 2011;49:711-27.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.rcl.2011.05.001>
3. Bergman SM, Scouras GP. Incidental bilateral adrenal calcification. *Urology* 1983;22:665-6.
[http://dx.doi.org/10.1016/0090-4295\(83\)90324-2](http://dx.doi.org/10.1016/0090-4295(83)90324-2)
4. Bovio S, Cataldi A, Reimondo G, et al. Prevalence of adrenal incidentaloma in a contemporary computerized tomography series. *J Endocrinol Invest* 2006;29:298-302.
<http://dx.doi.org/10.1007/BF03344099>
5. Di George AM. The Endocrine System, in Behrman RE, Kliegman RM (eds): Textbook of Pediatrics. Philadelphia, PA, Saunders 1992, 1377-1464.
6. Jarvis JL, Seaman WB. Idiopathic adrenal calcification in infants and children. *Am J Roentgenol Rad Ther Nucl Med* 1959;82:510-20.
7. Kloos RT, Gross MD, Francis IR, Korobkin M. Incidentally discovered adrenal masses. *Endocr Rev* 1995;16:460-84.
8. Ma ES, Yang ZG, Li Y, et al. Tuberculous Addison's disease: Morphological and quantitative evaluation with multidetector-row CT. *European Journal of Radiology* 2007;62:652-58.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.ejrad.2006.12.012>
9. Oztürk H, Karnak I, Demirbağ S, et al. Adrenal calcification in children: A Case Report 1999;34:481-82.
10. Puma N, Rigante D, Stabile A, et al. Incidental finding of unilateral adrenal calcification in an 18-month-old child: Case report and review of the literature. *Jour of Ped Endocr and Metabolism* 2010;23:1345-49.
11. Ryan S, Gaisie G, Krill C. Adrenal calcification: an incidental finding or not? *Pediatr Radiol* 1997;27:821-23.
<http://dx.doi.org/10.1007/s002470050244>
12. Smith CD, Weber CJ, Amerson JR. Laparoscopic adrenalectomy: new gold standard. *World J Surg* 1999;23:389-96.
<http://dx.doi.org/10.1007/PL00012314>
13. Valeri A, Borrelli A, Presenti L, et al. The influence of new technologies on laparoscopic adrenalectomy: our personal experience with 91 patients. *Surg Endosc* 2002;16:1274-9.
<http://dx.doi.org/10.1007/s00464-001-9178-3>
14. Young WF Jr. Management approaches to adrenal incidentalomas: a view from Rochester, Minnesota. *Endocrinol Metab Clin North Am* 2000;29:159-85.
[http://dx.doi.org/10.1016/S0889-8529\(05\)70122-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0889-8529(05)70122-5)