

Primer Adrenal Miyelolipomu Taklit Eden Periadrenal Liposarkomun Laparoskopik Tedavisi Olgu Sunumu

Aziz SÜMER, Umut BARBAROS, Osman GÖZKÜN, Yeşim ERBİL, Rıdvan SEVEN, Alp BOZBORA, Ahmet DİNÇÇAĞ, Selçuk ÖZARMAĞAN, Selçuk MERCAN, Demir BUDAK, Tuğrul DEMİREL

Özet

Liposarkomlar yetişkinlerde en sık görülen sarkomlar arasında yer alır. Cerrahi bu hastalık-taki en ideal tedavi seçeneğidir. Biz burada primer adrenal miyelolipomu taklit eden periadrenal liposarkomu olan ve laparoskopik olarak tedavi edilen bir olguyu sunuyoruz.

Anahtar Kelimeler: Liposarkom, retroperiton, adrenal bez

Abstract

Laparoscopic Removal of Periadrenal Liposarcoma Mimicking a Primary Adrenal Myelolipoma. Case Report

Liposarcomas are among the most frequent types of adult sarcomas. Surgery is the best treatment option. We present a case of laparoscopic removal of periadrenal liposarcoma mimicking a primary adrenal myelolipoma.

Key Words: Liposarcoma, retroperitoneum, adrenal gland

Yazışma Adresi:

Umut Barbaros
İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı
34340, Çapa, İstanbul
Tel: 02125331784
E-mail: umutbarbaros@yahoo.com

Giriş

Liposarkom yumuşak doku tümörlerinin %7.5 ila 25'ni kapsar. Liposarkomlar yağ dokusunun bulunduğu her yerde, özellikle derin yumuşak dokularda ve retroperitoneyal bölgede ortaya çıkabilirler. Retroperitoneyal sarkomlar genellikle böbrek çevresi yağ dokusundan kaynaklanırlar(1-4). Bilgisayarlı tomografi ve manyetik rezonans görüntüleme tümörün önemli özelliklerini gösterebilse de tanı genellikle zordur(5). Makroskopik olarak retroperitoneyal sarkomun komple rezeksiyonu tedavi için en iyi şansı sağlar(3,4). Burada primer adrenal miyelolipomu taklit eden perirenal liposarkomu olan ve laparoskopik olarak tedavi edilen bir olgu sunulmuştur.

Olgu

54 yaşındaki bayan hasta bir ay önce başlayan sırt ağrılarıyla hastaneye müracaat etti. Hikayesinde belirgin bir özellik yoktu. Fizik muayenede herhangi bir kitlesel lezyon palpe edilmedi ve batın rahattı. MRG'de retroperitoneyal alanda sağ böbreği deplese etmiş 13 cm boyutunda yağlı kitle tespit edildi (Resim 1). Kitlenin sınırları düzenli görünüyordu ve herhangi bir infiltrasyonu gösteren bulguya rast-

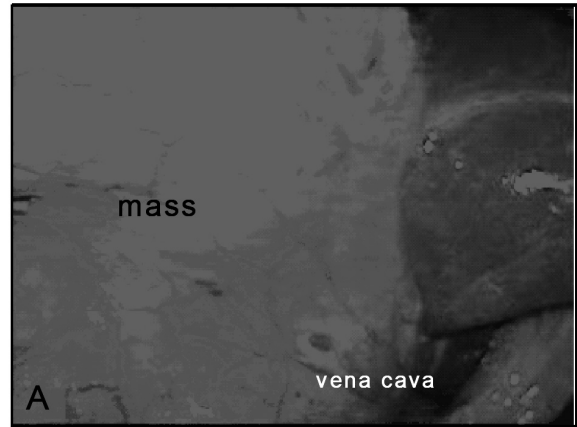
lanmadı. Diğer batın içi ve pelvik organlar normal olarak değerlendirildi. Adrenal bezin ayrımı tam olarak yapılmadı ve sağ böbreğin aşağıya doğru deplese olduğu görüldü. Miyelolipom yağ içeriğinden ve kontrast tutulmundan dolayı ayrıcı tanıda düşünüldü.

Tarama prosedürü olarak hastaya, serum kortizol, 17 hidroksiprogesteron, dihidroepiandrosterone sülfat ve düşük doz 2 mg deksametazon süpresyon testleri endokrin değerlendirme amacı ile uygulandı. Aynı zamanda idrar metanefrin, normetanefrin ve valin mandelik asit ekskresyonu ölçüldü. Fonksiyonel testlerin normal limitler içerisinde olduğu tespit edildi.

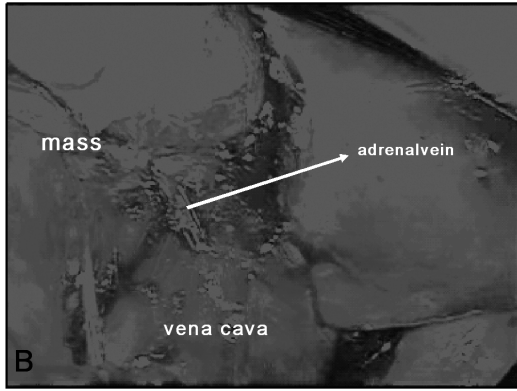
Hastaya miyelolipom ön tanısı ile cerrahi uygulandı. Lateral dekübit pozisyonunda transperitoneyal flank tekniği ile laparoskopik eksplorasyon yapıldı. Laparoskopik eksplorasyonda adrenal lojda 13 cm boyutunda iyi sınırlı solid, perirenal yağ dokusuna uzanmayan kitlesel lezyon tespit edildi (Resim 2A). Sağ böbrek, inferior vena kava ve karaciğer gibi komşu organları içeren lokal invazyonu gösteren herhangi bir belirti saptanmadı. Karaciğer sağ lobu trianguler ligamen kesilerek mobilize edildi. Retoperitoneyal kitle (adrenal



Resim 1. Kitlenin MR görüntüsü



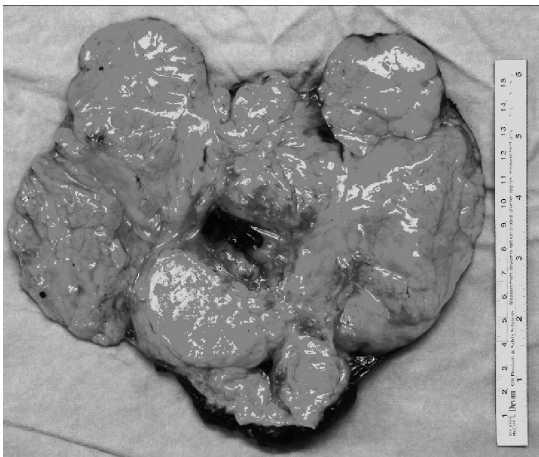
Resim 2A. Sağ adrenal kitle



Resim 2B. Adrenal ven ve vena kavanın görünümü

miyelolipom) elektrokoter kullanılarak dissekte edildi ve sağ adrenal ven ortaya kondu. Adrenal ven belirlendikten sonra (Resim 2B) kliplendi ve kesildi. Geri kalan diseksiyonlar damar bağlama yöntemi ile tamamlandı. Tümör bütünlüğü korunarak kitle etrafındaki yağ dokusu ile beraber çıkartıldı. Tümör yüzeyinde herhangi bir anormal vaskülarizasyon yoktu. İntraoperatif yada posoperatif komplikasyon olmadı.

Makroskopik incelemede, lobule, iyi sınırlı primer adrenal miyelolipomu taklit eden kitle saptandı (Resim 3). Patolojik inceleme sonucunda, adrenal beze invazyonu olmayan skle-



Resim 3. Kitlenin makroskopik görünümü

rozan tipte iyi diferansiye liposarkom tanısı kondu.

Operasyon süresi (ilk insizyondan son suture kadar) 120 dakika idi. İntraoperatif kan kaybı 100 ml ve hastanede kalış süresi 2 gündü. Takiplerinde cerrahiden 7 ay sonra herhangi bir semptom ve bilgisayarlı tomografide lokal nüks saptanmadı.

Tartışma

Liposarkom yumuşak doku tümörlerinin %10-15'ni oluşturan ve %35 oranında perinefritik yağ dokusundan kaynaklanan nadir bir tümördür (1,2). Retroperitoneyal liposarkomlar nonspesifik semptomlar oluştururlar ve sıklıkla tanı konduğu zaman çok büyük boyutlara ulaşmışlardır. Bu tümörler herhangi bir yaşta ortaya çıkabilirler ama çoğunluğu 40 ile 60 yaşları arasında ortaya çıkmaktadırlar. Ayırıcı tanı anjiioleiomyolipom, adrenal miyelolipom, retroperitoneyal lipom ve teratomu kapsar (2-4).

Histolojik tip, komple yapılamayan rezeksiyon, bitişik organ rezeksiyonu ve ileri yaş kötü sürvi ile ilişkilidir. 3 yıllık hastalık spesifik sürvi negatif sınırlı rezeksiyonlarda % 87 iken sırası ile mikroskopik ve makroskopik pozitif cerrahi sınırı olanlarda % 70 ve % 43 gerilemektedir. Benzer olarak düşük gradeli tümörlerde 3 yıllık hastalık spesifik sürvi % 92 olmasına karşılık, yüksek gradeli tümörlerde % 39'dur (1,4).

En iyi prognoz düşük gradeli tümörü olan ve ilk operasyonda negatif cerrahi sınır sağlanabilen hastalardadır. Cerrahi rezeksiyon tümörün büyük olmasından dolayı ve özellikle kollateral retroperitoneyal venöz drenaj varlığında zordur. Diseksiyonu kolaylaştırmak amacı ile organ rezeksiyonu sıklıkla uygulanır. Cerrahi en iyi tedavi seçeneğidir ve kemo-

terapi ve radyoterapinin tedavi edici olduğunu gösteren herhangi bir kanıt yoktur (3,4).

Laparoskopik adrenalectomi 6 cm'ye kadar olan büyük tümörlerde kullanılabilir. Boyutun laparoskopinin kesin kontrendikasyonu olmadığı iyi bilinmektedir (6,7). Ancak büyük tümörler geniş disseksiyon alanına sahiptirler ve bu ameliyat süresini uzatır. Hastamızda rastlantısal olarak periadrenal liposarkom olduğu saptanmıştır. Preoperatif dönemde klinik ve radyolojik olarak maliniteyi düşündürecek herhangi bir kanıt yoktu. Patolojik değerlendirme sonucu periadrenal liposarkom tanısı kondu. Lokal invazyonu olmayan bu tümör zorlanılmadan laparoskopik yöntemle komple çıkartılabildi.

El yardımcı ya da konvansiyonel laparoskopik yöntemler ile bu tip benzer tümörlerin tedavi edildiği son zamanlarda bildirilmektedir. Laparoskopik cerrahinin retroperitoneyal kitlelerin tedavisinde uygun bir yöntem olduğu gösterilmiştir (8,9). Malinite potansiyeli olan tümörler lokal rekürrens gibi istenmeyen komplikasyonlardan sakınmak için dikkatli bir şekilde eksize edilmelidirler.

Sonuç olarak büyük ve malinite potansiyeli taşıyan, preoperatif görüntüleme yöntemleri ile lokal invazyon ya da metastazlarını gösteren kanıtı olmayan tümörleri olan hastalara laparoskopik yaklaşım uygulanabilir.

Kaynaklar

1. Fabre-Guillevin E, Coindre JM, Somerhausen Nde S, Bonichon F, Stoeckle E, Bui NB. Retroperitoneal liposarcomas: follow-up analysis of dedifferentiation after clinicopathologic reexamination of 86 liposarcomas and malignant fibrous histiocytomas. *Cancer*. 2006;15:2725-33.
2. Lam KY, Lo CY. Adrenal lipomatous tumours: a 30 year clinicopathological experience at a single institution. *J Clin Pathol*. 2001;54:707-12.
3. Neuhaus SJ, Barry P, Clark MA, Hayes AJ, Fisher C, Thomas JM. Surgical management of primary and recurrent retroperitoneal liposarcoma. *Br J Surg*. 2005;92:246-52.
4. Hueman MT, Herman JM, Ahuja N. Management of retroperitoneal sarcomas. *Surg. Clin North Am*. 2008;88:583-97.
5. Nishino M, Hayakawa K, Minami M, Yamamoto A, Ueda H, Takasu K. Primary retroperitoneal neoplasms: CT and MR imaging findings with anatomic and pathologic diagnostic clues. *Radiographics*. 2003;23:45-57.
6. Liao CH, Chueh SC, Lai MK, Hsiao PJ, Chen J. Laparoscopic adrenalectomy for potentially malignant adrenal tumors greater than 5 centimeters. *J Clin Endocrinol Metab*. 2006;91:3080-3.
7. Henry JF, Defechereux T, Gramatica L, Raffaelli M. Should laparoscopic approach be proposed for large and/or potentially malignant adrenal tumors? *Langenbecks Arch Surg*. 1999;384:366-9.
8. Ball AJ, Siddig FM, Garcia M, Ganjei-Azar P, Leveillee RJ. Hand-assisted laparoscopic removal of retroperitoneal liposarcoma. *Urology*. 2005;65:1226.
9. Dalpiaz O, Gidaro S, Lipsky K, Schips L. Case report: Laparoscopic removal of 10 cm retroperitoneal liposarcoma. *J Endourol*. 2007;21(1):83-4.