

Olgu Sunumu

Abdominal Testis ile Karışan Retroperitoneal Castleman Hastalığı

Mehmet Kalkan*, Coşkun Şahin*, Ergun Uçmaklı**

Özet

22 yaşında erkek hasta, kliniğimize sol testisinin yerinde olmaması yakınması ile başvurdu. Muayenede penis normal, sağ testis skrotumda normal boyut ve kıvamda görüldü. Sol testis, skrotumda ve sol inguinal kanalda palpe edilemedi. Tüm batın bilgisayarlı tomografisinde (BT), sol böbrek medialinde ve paraaortik alanda testisin embriyolojik iniş yolu üzerinde 3x3 cm çapında solit lezyon rapor edildi (Resim 1). Olguya laparoskopik eksplorasyon uygulandı. BT'de tariflenen solit lezyonun; retroperitoneal alanda, epididimi olmadığı, bir pedikülle karın arka duvarına bağlı, tunika albuginea benzeri bir kapsülle çevrili ve düzgün yüzeyle olduğu görüldü. Laparoskopik eksizyon uygulandı (Resim 2). Patolojik tanı Castleman hastalığı olarak rapor edildi (Resim 3).

Anahtar sözcükler: Castleman hastalığı, retroperitoneal alan, testis.

Castleman hastalığı, morfolojik ve klinik olarak heterojen lenfoproliferatif bir hastalıktır. Etyopatogenezinde genellikle immün sistem bozukluğu sorumlu tutulmaktadır (1). Olguların % 70' inden fazlasında hastalık toraks içinde mediasten veya hilusta yerleşmekle birlikte; daha az sıklıkla boyun, pelvis, plevra, kas, retroperitoneal bölge, batın ve aksiller bölgede de lokalize olabilmektedir (2).

Bu olgu nedeniyle; ele gelmeyen testisli olgularda, retroperitoneal alanda saptanan testis boyutlarındaki kitlelerin, abdominal testis ile karışabileceği ve ayırıcı tanının bazen ancak patolojik olarak konabileceği literatür eşliğinde tartışıldı.

Olgu Sunumu

22 yaşında erkek hasta, kliniğimize sol testisinin yerinde olmaması yakınması ile başvurdu. Muayenede penis normal, sağ testis skrotumda normal boyut ve kıvamda görüldü.

Sol testis, skrotumda ve sol inguinal kanalda palpe edilemedi. Tüm batın bilgisayarlı tomografisinde (BT), sol böbrek medialinde ve paraaortik alanda testisin embriyolojik iniş yolu üzerinde 3x3 cm çapında solit lezyon rapor edildi (Resim 1).



Resim 1. Abdominal tomografide sol paraaortik alanda 3x3 cm çapında solid lezyon.

Olguya laparoskopik eksplorasyon uygulandı. BT'de tariflenen solit lezyonun; retroperitoneal alanda, epididimi olmadığı, bir pedikülle karın arka duvarına bağlı, tunika albuginea benzeri bir kapsülle çevrili ve düzgün yüzeyle olduğu görüldü. Laparoskopik eksizyon uygulandı

*Sema Hastanesi Üroloji Kliniği, Maltepe/İstanbul

**Sema Hastanesi Patoloji Kliniği, Maltepe/İstanbul

Yazışma Adresi: Dr. Mehmet KALKAN

Özel Sema Hastanesi Sahil yolu sok. No: 16 34844 Dragos, Maltepe/ İstanbul

Tel: +90 532 2650917

Faks no: 02163528359

E-mail: drkalkan@yahoo.com

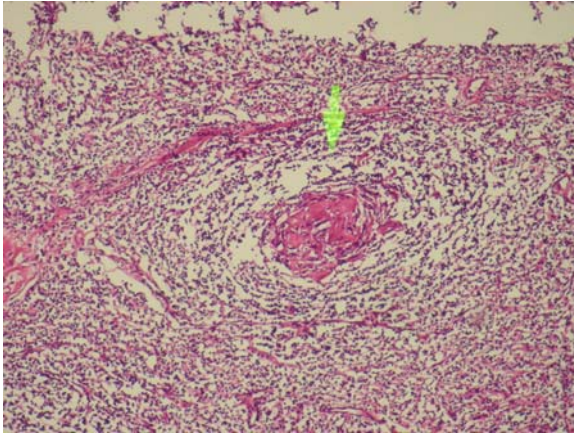
Makalenin Geliş Tarihi: 26.07.2010

Makalenin Kabul Tarihi: 09.09.2011

(Resim 2). Patolojik tanı Castleman hastalığı olarak rapor edildi (Resim 3).



Resim 2. Laparoskopik olarak eksize edilmiş lezyonun kesiti.



Resim 3. Olgunun mikroskopik görünümü (Castleman hastalığı) follikülün santralinde aşırı hiyalinize vasküler proliferasyon (200 x HE).

Tartışma

Erişkin ele gelmeyen testisli olguların %20'si vanishing testisli olgulardır. Geri kalanların hemen tamamına yakını internal inguinal ringin hemen önünde pelvik bölgede yer alırlar (3). Çok nadiren de olsa testisin embriyolojik iniş yolu üzerinde herhangi bir seviyede atipik yapıda da olabilmektedir.

Olgumuzda sol skrotum boş ve testis inguinal kanalda da palpe edilemedi. Bu gibi ele gelmeyen testisli olgularda klinik yaklaşımımız laparoskopik girişim olmakla birlikte bazen gereksiz laparoskopik girişimleri önlemek için (vanishing testisli olgular) radyolojik görüntüleme metodlarına başvurmaktaız (4).

Olgumuzda yapılan BT'de sol paraaortik alanda saptanan solid lezyon, testisin embriyolojik

migrasyon hattına uyması nedeniyle operasyon öncesi klinik tanı inmemiş testis olarak değerlendirildi. Laparoskopik eksplorasyon sırasında da her ne kadar epididimal yapılar içermese de kitlenin abdominal testise ait bir oluşum olduğu düşünüldü.

Kimura ve arkadaşları Castleman hastalığının, antijenik stimulasyona anormal immün cevapla oluşan atipik bir lenfoid hiperplazi olabileceğini bildirmişlerdir (1).

Castleman hastalığında karın içi kitlelerin çoğunluğu pelvis, mezenter veya perinefrik alanda yer alır. İki ana histolojik tip tanımlanmıştır. Hiyalen vasküler tip (%80-90) ve plasma hücreli tip (%10-20) (2). Olgumuzda materyalin patolojik inceleme sonucu Castleman hastalığı hiyalen vasküler tip olarak rapor edildi (Resim 3).

Hastalık lokalizasyon açısından bir bölgeyi (unicentric) veya birden fazla bölgeyi (multicentric) tutabilir. Birden fazla bölgeyi tutan olgular artmış malign hastalık gelişimi riskine sahiptirler (2). Multisentrik (generalize) formda ortalama yaş 56 yıl, yaşam süresi kısa, mortalite yüksek (%50) olup cerrahi girişim uygun değildir. Sistemik bulgularla seyreden plasma hücreli olgularda %20-30 oranında artmış malignite riski vardır (5). Lokalize formun ortalama görülme yaşı ikinci dekattır. Premalign potansiyel nadirdir ve cerrahi ile kalıcı kür elde edilir. Sistemik semptomlar varsa tedavi ile kaybolur. Beş yıllık yaşam süresi %100'dür (6).

Olgumuzun yaşının 22 olması, sistemik belirti vermemesi nedeniyle literatürlerde tarif edilen lokalize formlarla uyumlu olduğu görüldü. Olgumuzda uygulanan cerrahi girişimin ile tam kür elde edilmiş olduğu düşünüldü.

Castleman hastalığında, operasyonlarda soliter hiyalin vasküler tipte, küçük hiyalin vasküler follüküller ve interfollüküler kapiller proliferasyon görülebildiğinden cerrahi esnasında massif kanama olabileceği bildirilmiştir (7). Olgumuzda cerrahi esnasında herhangi bir kanama gelişmedi.

Soliter plasma hücreli tip, tek bir lenf nodu zincirinin hipertrofisi ile karakterizedir ve çoğu olguda anemi ve sedimentasyon hızında artış vardır (8). Multisentrik plasma hücreli tip, soliter tipe oranla daha ileri yaşlarda ve daha sık sistemik semptomlarla birlikte görülür. En yaygın sistemik belirtiler anemi, ateş, terleme, kilo kaybı, gece terlemesi ve yorgunluktur. Bunlarda sepsis, multiorgan yetmezliğine bağlı sistemik inflamasyon, özellikle lenfoma olmak üzere malign tümör gelişimine bağlı ölüm görülebilir (9, 10).

Disemine Castleman hastalığının klinik ve radyolojik bulguları lenfomadan ayırt edilemez. Bu nedenle tanı için biyopsi gerekir (9).

Sonuç olarak, erişkin ele gelmeyen testisli olgularda, BT'de retroperitoneal alanda gözlenen solit lezyonların ayırıcı tanısında Castleman hastalığı da düşünülmeli, eksplorasyonda kanama potansiyeli dikkate alınmalıdır.

Retroperitoneal castleman disease which mimicking abdominal testis

Abstract

A 22 years old man applied to urology clinic with the complaint of non palpable testis on the left side. On physical exam, no pathology regarding penis and the right testis was noted but, left testis was not palpated in scrotum and ipsilateral inguinal canal. A solid lesion was reported on computerized tomography (CT) with the diameter of 3x3 cm in the retroperitoneal region just medial to the left kidney (Picture 1).

Laparoscopic exploration was performed. During laparoscopic procedure, it was seen that the mass had a thin pedicle connecting to posterior abdominal wall and had a smooth surface true capsule mimicking tunica albuginea of testis. Laparoscopic excision was decided due to lack of both epididymis and vas deference (Picture 2). Final pathological result was reported as a Castleman disease (Picture3).

Key words: *Castleman disease, retroperitoneal region, testis.*

Kaynaklar

1. Kimura H, Watanabe Y, Ohashi N, Kobayashi M, Asai M, Mizukoshi K. Immunologic study of the hyaline-vascular type of Castleman's disease. A case study. Acta Otolaryngol Suppl 1993; 504:146-150.
2. Bowne WB, Lewis JJ, Filippa DA, et al. The management of unicentric and multicentric Castleman's Disease. A report of 16 cases and a review of the literature. Cancer 1999; 85:706-717.
3. Sahin C, Yigit T, Ozbey I. Adult nonpalpable testis: is laparoscopy always required? J Laparoendosc Adv Surg Tech A 2002; 12:431-434.
4. Pekkaşali MZ, Sahin C, Ilbey YO, Albayrak S, Yildirim S, Basekim CC. Comparison of ultrasonographic and laparoscopic findings in adult nonpalpable testes cases. Eur Urol 2003; 44:124-127.
5. Weisenburger DD, Nathwani BN, Winberg CD, Rappaport H. Multicentric angiofollicular lymph node hyperplasia: A clinicopathologic study of 16 cases. Hum Pathol 1985; 16:162-172.
6. Jemi Olak. Benign lymph node disease involving the mediastinum. In: General thoracic surgery. 5.th. ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins 2000; 2254-2255.
7. Hung IJ, Kuo TT, Lin JN. New observations in a child with angiofollicular lymph node hyperplasia (Castleman's disease) originated from the mesenteric root. Am J Pediatr Hematol Oncol 1992; 14:255-260.
8. Casper C. The aetiology and management of Castleman disease at 50 years: translating pathophysiology to patient care. Br J Haematol 2005; 129:3-17.
9. Kim TJ, Han JK, Kim YH, Kim TK, Choi BI. Castleman disease of the abdomen: imaging spectrum and clinicopathologic correlations. J Comput Assist Tomogr. 2001; 25:207-214.
10. Waisberg J, Satake M, Yamagushi N, et al. Retroperitoneal unicentric Castleman's disease (giant lymph node hyperplasia):case report. Sao Paulo Med J 2007; 125:253-255.