

İnmemiş Testis Olgusunda, Epididimde Adrenal Ektopi ve Rete Testiste Kistik Displazi Birlikteliği (Olgu Sunumu)

Cooccurrence of Adrenal Ectopy of the Epididymis and Cystic Dysplasia of the Rete Testis in a Case of Undescended Testis
Tıbbi Patoloji

Başvuru: 15.07.2015
Kabul: 23.10.2015
Yayın: 03.11.2015

Gülay Bulut¹, Mustafa Kösem², Mehmet Deniz Bulut¹, Remzi Erten¹, Funda Çalışkan Şenköy¹

¹ Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi
² Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi

Özet

Rete testisin kistik displazisi veya testiküler kistik displazisi ve ektopik adrenokortikal doku erkeklerde nadir görülen patolojidir. Rete testisin kistik displazisi büyük olasılıkla embriyogenezde mesonefrik sistemin gelişimsel defektidir. Ektopik adrenal dokular, cerrahi işlem esnasında inguinal bölgede sıklıkla insidental olarak rastlanılır. Ancak klasik olarak diyaframdan pelvise kadar olan lokalizasyonlarda görülür. İnmemiş testiste ektopik adrenal doku insidansında anlamlı artış olur. Bu artış adrenal ve gonadal gelişim esnasında gerçekleşen embriyolojik olaylar ile açıklanabilir. Olgumuz inmemiş testis nedeniyle ameliyat edilen 21 yaşında erkek hasta idi. Histolojik incelemede rete testiste çok sayıda, birbirleriyle anastomozlaşan, değişik şekil ve boyutta, düzensiz kistik boşluklar ile epididimde ektopik adrenal korteks görüldü. Ektopik adrenal kortikal doku ve kistik displazi benign lezyonlardır. Bu lezyonlar rutin taramada görülmesi de cerrahi işlem sırasında farkedildiğinde ayırıcı tanı ve histolojik analiz için rezeke edilmelidir.

Anahtar kelimeler: Kistik displazi, Ektopik adrenal korteks Epididim İnmemiş testis

Abstract

Cystic dysplasia of the rete testis or testicular cystic dysplasia and ectopic adrenocortical tissues are rare pathologies in males. Cystic dysplasia of the rete testis is probably due to a developmental defect of the mesometanephric system during embryogenesis. Ectopic adrenocortical tissues are frequently encountered in the inguinal region incidentally during surgical procedures but they are also classically known to be located from diaphragm to pelvis. Incidence of ectopic adrenocortical tissue is significantly increased with undescended testis. This increase may be explained with the embryological events that take place during adrenal and gonadal development. Our case was operated for undescended testis in a 21 years old male patient. Histological examination showed multiple, anastomosing, irregular cystic spaces of varying sizes and shapes in the rete testis and ectopic adrenal cortex in the epididymis. Ectopic adrenal cortical tissue and cystic dysplasia are a benign lesion. Although routine search for this lesion is not indicated, it should be resected for histological analysis and differential diagnosis when it is found during a surgical procedure in this area.

Keywords: Cystic dysplasia, Ectopic adrenal cortex Epididymis Undescended testis

Giriş

görülen patolojilerdir.

AED, diyaframdan pelvise kadar olan bölgede retroperitoneal yerleşim gösterebilir¹. Inguinal AED insidansı, inmemiş testisli erkeklerde, inguinal hernili erkeklere kıyasla daha fazladır^{2,3}.

RTKD, ya da testiküler kistik displazi genellikle çocukluk çağında rastlanan nadir görülen bir konjenital malformasyondur. Bu gelişimin sonucu olarak testiste genişleme ve parankimde atrofi görülür⁴. Klinik olarak

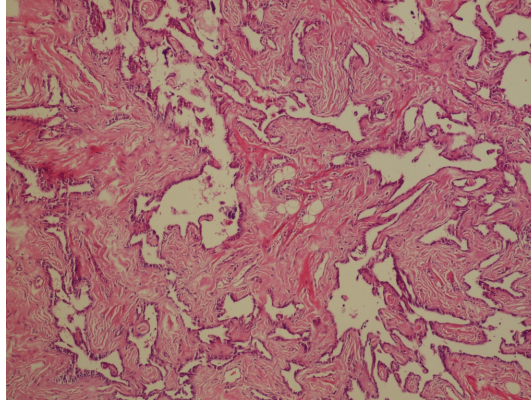
sağlıklı erkeklerde skrotal kitle şeklindedir.

Böbrek ve testis arasında ipsilateral böbrek anomalilerinde sıkı ilişki vardır ⁵. Ancak, hastamızda olduğu gibi literatürde ipsilateral RTKD ve epididimal AED birlikteliğine rastlanmamıştır.

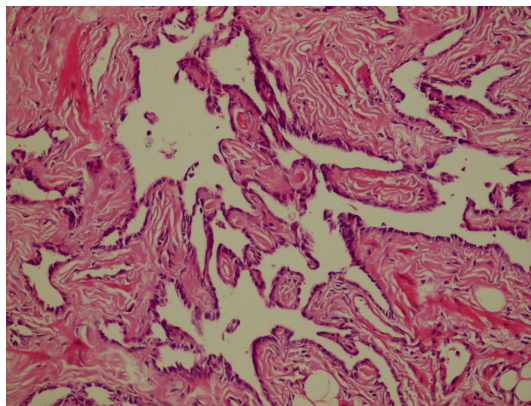
Olgu Sunumu

Fizik muayenede inmemiş testis saptanan 21 yaşında erkek hastada, yapılan ultrasonografik incelemede sol testis normalden küçük, atrofik görünümde ve inguinal kanalda izlendi. Hasta operasyona alındı. Makroskopik olarak 3,5x2x1,3 cm ölçülerindeki testisin üst kenarında 2x1x0,7 cm ölçülerinde epididim izlendi. Testisin kesit yüzü solit turuncu, epididimin kesit yüzü solit bej renkte olup makroskopik patoloji dikkati çekmedi.

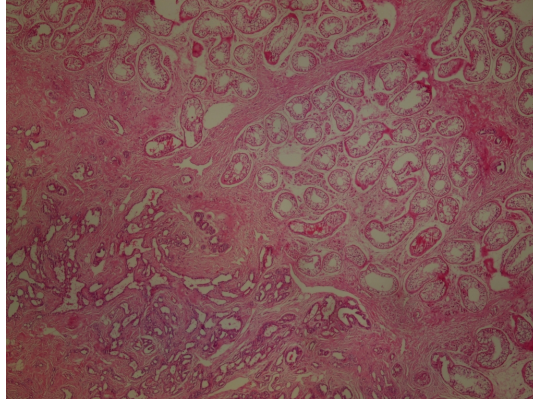
Histopatolojik incelemede rete testiste yaklaşık 0,8 cm çapında, yoğun stroma içinde yer yer papiller projeksiyonlar yapan, birbirleriyle birleşme eğilimi olan, düzensiz şekil ve boyutlarda, kübik ya da basık tek sıralı epitelle döşeli, yer yer testis parankimini iterek ilerleyen çok sayıda kistik yapı görüldü (Şekil 1a-b, Şekil 2).



Şekil 1A : Fibröz stroma içerisinde düzensiz şekil ve boyutlarda birbirleriyle birleşen kübik ya da basık epitelle döşeli kistik yapılar (H&Ex100)

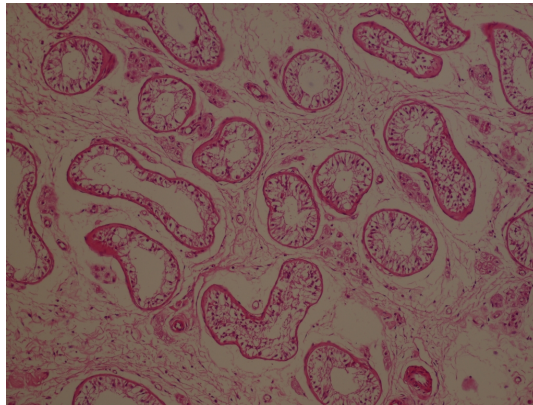


Şekil 1B : Fibröz stroma içerisinde düzensiz şekil ve boyutlarda birbirleriyle birleşen kübik ya da basık epitelle döşeli kistik yapılar (H&Ex200)



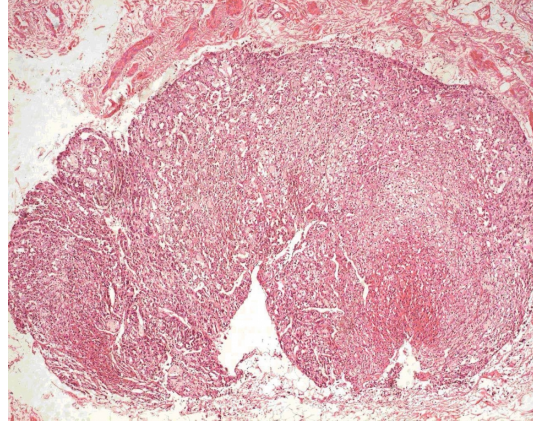
Şekil 2 : Kistik displazi odağının testis dokusunu iterek basıya uğrattığı görülüyor (H&Ex40).

Testiste seminifer tübülüs bazal membranlarında kalınlaşma, interstisyel alanda fibrosis ve Leydig hücrelerinde hiperplazi dikkati çekti. Seminifer tübülüslerde germ hücresi izlenmedi. Sadece Sertoli hücreleri mevcuttu (Resim 3).

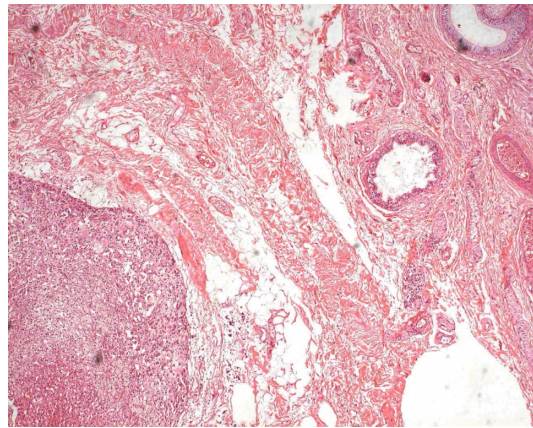


Şekil 3 : Atrofi bulguları gösteren testis dokusu görülüyor (H&E x100).

Epididimde ise 0,2cm çapında düzgün sınırlı, ince fibröz kapsüllü, sıkıca bir araya gelmiş adrenal kortikal nodül izlendi (Resim 4-5).



Şekil 4 : Düzgün sınırlı adrenal ektopik gland (H&Ex50)



Şekil 5 : Epididim içerisinde adrenal ektopik gland görülüyor (H&Ex50)

Zona glomeruloza ve zona fasikülata kolaylıkla seçilebilirken, zona retikularis çok ince bir tabaka şeklinde izlendi. Medüller zon görülmedi. Nodülde hiperplazi ya da neoplastik değişiklik saptanmadı.

Tartışma ve Sonuç

Testisin tümünü ya da bir kısmını etkileyen çok sayıda düzensiz şekilde kistik yapılardan oluşur⁵. RTKD sıklıkla ipsilateral renal agenezi ile ilişkili nadir görülen anomalidir. Bu malformasyon hem testiküler dilatasyona hem de renal ageneziye sebep olan mezonefrik duktusun gelişim anomalisine bağlıdır⁶. Nadiren skrotal şişkinlik yaparak fizik muayenede ağrısız testiküler kitle şeklinde görülebilir⁷. Çoğunlukla çocukluk çağında görülen ağrısız lezyonlardır. Ultrasonografide intratestiküler ve çok sayıda ince duvarlı kistlerden oluşan kitle şeklinde görülür. Histopatolojik incelemede fibröz stroma içinde, birbiriyle anastomozlaşan küboidal ya da düz epitelle döşeli, kistik yapılardan meydana gelir. Komşu testiküler yapıyı basıya uğratar. Tüm lezyonun boyutu, mikroskopik düzeyden 7 cm'nin üzerine kadar değişebilir^{8,9}.

Son zamanlarda kistik displazinin embriyolojik patogeneze sahip olduğu düşünülmektedir. Genitoüriner trakt gelişimi gebeliğin 4-8. haftalarında olur. Kistik displazi rete testis ile eferent duktullar arasındaki defektten gelişmektedir. Bu kistik değişiklikler multikistik renal displazinin patogenetik mekanizması ile paralel değişiklik

gösterir. Özellikle unilateral renal agenezi, testis kistik displazisi ile renal multikistik displazi arasında güçlü bir ilişki vardır. Kriptorşidizm, hidroureter, anorektal ve üretral anomalilerin bu lezyonlarla daha az ilişkisi mevcuttur⁵.

Hastamızda kistik displazi makroskobik olarak görülmedi. Histolojik kesitlerde ise rete testiste, tamamı 0,8 cm çapına ulaşan mikrokistik yapılar dikkati çekti. Hastamızda renal ve diğer organlarda herhangi bir anomali mevcut değildi.

AED benign bir lezyon olup, embriyolojik gelişim defekti ile ilişkilidir. Bu lezyon rutin klinik muayenede saptanamamasına rağmen cerrahi müdahale esnasında ve histolojik kesitlerde bulunabilir. AED, diyafraimdan pelvise kadar uzanan bir bölgede retroperitoneal yerleşim gösterir¹. İnmemiş testis olgularında da AED görülme insidansında artış vardır.

Adrenal glandların korteks ve medullası farklı embriyolojik orijine sahiptir. Korteks, posterior abdominal duvardaki mezodermal epitelden, medulla ise nöral krestten gelişir³. Adrenal gland restlerinin gelişimi embriyolojik defekte bağlı gelişir. AED'ler çoğunlukla gonadlara yakın görülür. Ancak adrenal, böbrek, çöliak plexus, spermatik kord, testis ve ovaryen bölgelerde de görülebileceği unutulmamalıdır¹⁰.

Hastamızda, AED histolojik kesitlerde epididimde, insidental olarak görüldü. Literatürde iki epididimal AED olgusuna rastlanıldı^{10,11}.

Ektopik adrenal doku klinik olarak önemli olabilir. Cushing sendromlu hastalarda, adrenalectomi sonrası relaplara neden olabilir. Genelde AED neoplazi ve hiperplazisi çok yaygın görülmemekle birlikte insidental olarak rastlanıldığında çıkarılmaları önerilmektedir⁸.

Sonuç olarak, hem RTKD hem de AED nadir görülen benign lezyonlardır. AED, yaygın görülmemesine rağmen değişik lokalizasyonlarda görülebilir. İnmemiş testisli bir vakada aynı anda ipsilateral olarak saptanmış RTKD ve epididimal AED birlikteliği olgusunu literatürdeki ilk vaka olarak sunmaktayız. Özellikle inmemiş testis olgularında dikkatli makroskopik örnekleme ve histopatolojik inceleme az görülen bu iki lezyonu atlamamak için oldukça önemlidir.

Kaynaklar

1. Barwick TD, et al. Embryology of the adrenal glands and its relevance to diagnostic imaging. Clin Radiol. 2005;60:953-9.
2. Ozel SK, Kazez A, Akpolat N. Presence of ectopic adrenocortical tissues in inguinoscrotal region suggests an association with undescended testis. Pediatr Surg Int. 2007;23:171-5.
3. Savaş Ç, et al. Ectopic adrenocortical nodules along the spermatic cord of children. Int Urol Nephrol. 2001;32:681-5.
4. Poupalou A, et al. A case of cystic dysplasia of the rete testis in a 17-months-old boy. Case Rep Med. 2011;2011:389857.
5. Leissring JC, Oppenheimer RO. Cystic dysplasia of the testis: a unique congenital anomaly studied by microdissection. J Urol. 1973;110:362-3.
6. Kang KS, et al. Cystic dysplasia of the rete testis accompanying an inguinal hernia: a 63-year-old man. Korean J Urol. 2011;52:502-4.
7. Kajo K, et al. Cystic dysplasia of the rete testis: case report. APMIS. 2005;10:720-3.
8. Camassei FD, et al. Cystic dysplasia of the rete testis: report of two cases and review of the literature. Pediatr Dev Pathol. 2002;5:206-10.
9. Jeyaratnam R, Bakalinova D. Cystic dysplasia of the rete testis: a case of spontaneous regression and

- review of published reports. Urology. 2010;75:687-90.
10. Habuchi T, Mizutani Y, Miyakawa M. Ectopic aberrant adrenals with epididymal abnormality. Urology. 1992;39:251-3.
 11. Pérez García FJ, et al. Adrenal ectopy in epididymis. Urology 2001;54:446-8.