

Adrenal kitlelerde yönetsel sorunlar



İnsidental saptanan adrenal kitlelerde karşılaşılabilecek sorunlar

DR. SEMRA GÜNAY

OKMEYDANI EAH MEME VE ENDOKRİN CERRAHİ KLİNİĞİ – İSTANBUL

8.ULUSAL ENDOKRİN CERRAHİ KONGRESİ 2017 ANTALYA

Sunum akışı :



- ▶ 1) Ameliyat öncesi değerlendirmede standart yaklaşım.
- ▶ 2) Subklinik Cushing sendromu saptanan insidental kitlelerde cerrahi mi? Takip mi?
- ▶ 3) Nonfonksiyonel kitlelerde ne yapalım, çapın ve görüntüleme yöntemlerinin önemi
- ▶ 4) Nonadenomatöz lezyonlarda malignite riski , yaklaşım ne olmalı
- ▶ 5) Myelolipom, anjiyomyolipom gibi selim ancak büyük çaplı kitlelerde takip mi? Cerrahi mi?

Kılavuzlara göre tanı ve yaklaşım

- ▶ İnsidentaloma ayırıcı tanısı klinik biyokimyasal ve radyolojik yapılır :
- ▶ HRCT tüm olgularda yapılmalı , 10HU> ise benin , kuşku ise venöz sampling 40 yaş< yapılabilir....
- ▶ Cortizol sekresyonu (1mg DEX S testi), tükrükde kortizol,ve idrarda serbest kortizol ayrıca HT ,obesite,DM ve osteoporoz ?? dikkate alınmalı
- ▶ Aldesteron sekresyonu ve (HT)....
- ▶ FEO ve veya malin tm ?
- ▶ **Martha A. Zeiger, AACE/AAES Guidelines 2009**
- ▶ Adrenal kitle malin ya da değil: CT de yağdan zengin homogen, düzenli kenar 4cm> benin ,
- ▶ Tarama için de kontrastsız HRCT yapılabilir
- ▶ DEX S testi yapılmalıdır: 50> patolojik değil 51-138ngm/dl ise olası otonom kortizol salgısı, 138< ise sCS anlamına gelebilir, net olmayan durumlarda mutlaka idrarada sex hormonu metabolitleri bakılmalıdır
- ▶ Eğer bulgular değişken ve net değilse konseyde ele alınarak tanı konmalı CT ile (MRI) 6-12 ay aralıklı takipte boyut artışı varsa cerrahi önerilmeli..
- ▶ **Martin Fassnacht et al. Eur J Endocrinol 2016;175:G1-G34**

European Society of Endocrinology Clinical Practice Guideline in collaboration with the European Network for the Study of Adrenal Tumors



National
Comprehensive
Cancer
Network®

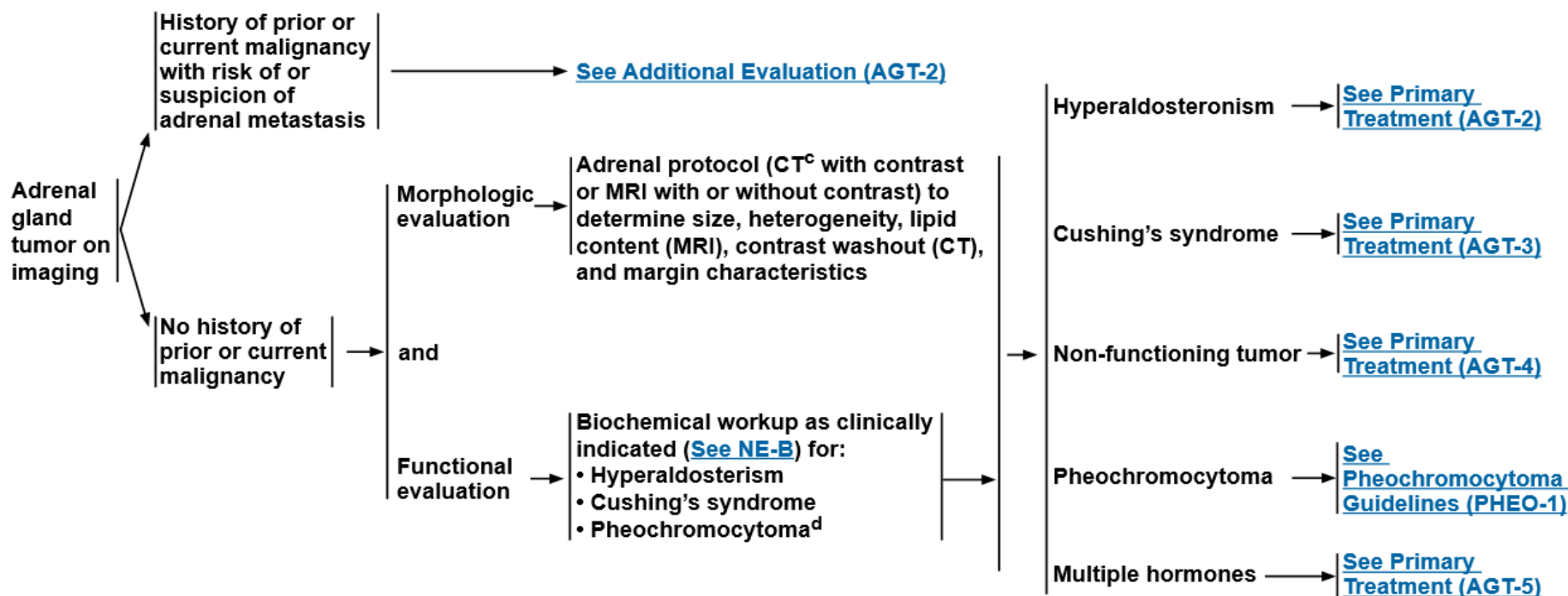
NCCN Guidelines Version 2.2017 Adrenal Gland Tumors

[NCCN Guidelines Index](#)
[Table of Contents](#)
[Discussion](#)

CLINICAL PRESENTATION

EVALUATION^{a,b}

CLINICAL DIAGNOSIS



^aSee Principles of Pathology for Diagnosis and Reporting of Neuroendocrine Tumors (NE-A).

^bSee Principles of Biochemical Testing (NE-B).

^cIf unenhanced is <+10 HU, then the tumor is probably benign. If unenhanced is >+10 HU, then use enhanced and washout. If >60% washout in 15 min, the tumor is likely to be benign; if <60%, the tumor is possibly malignant. (Caoili E, Korobkin M, Francis I, et al. Adrenal masses: characterization with combined unenhanced and delayed-enhanced CT. Radiology 2002;222:620-622.)

.....yaklaşım- takip ...

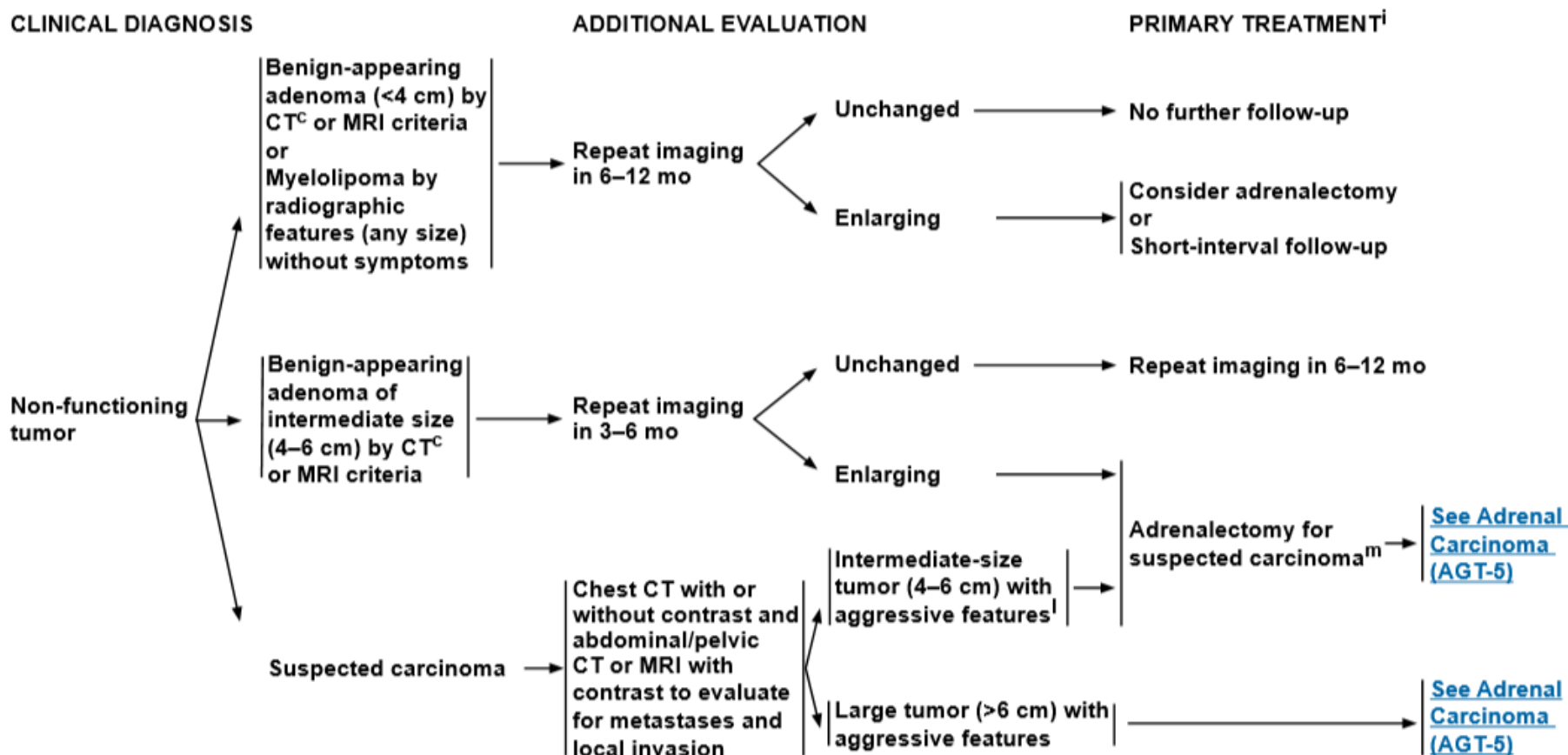
- ▶ CT kontrastsız HU önemli, < 10 = benin
- ▶ CT kontrast wash out oranı (ilk 15' da $\%60 <$: olası benin) ve kitlenin sınırları
- ▶ MRI de T1 de hiper T2 de iso-sinyal intens özellik ile ayırıcı tanı (lipom-miyelolipom?)
- ▶ Kemik sintigrafisi, PET ,MIBG sintigrafisi (^{68}Ga veya dopa/dopamin PET inceleme FEO için anlamlı)
- ▶ Benin yapıda hormonal aktif olmayan tek taraflı boyut < 6 cm ise :cerrahi endikasyonu yoktur
- ▶ **İnsidentaloma izlemde değişiklik saptanmadığı sürece 3-6 (sonra 6-12) ay ara ile CT/ MRI ve senelik hormon test ile 5 sene takip edilmeli**
- ▶ 4-6 cm arası kişisel özelliklere göre izlem
takipte değişiklik ?? ek hastalıklar , kontrol altında olup olmadığı



National
Comprehensive
Cancer
Network®

NCCN Guidelines Version 2.2017 Adrenal Gland Tumors

[NCCN Guidelines Index](#)
[Table of Contents](#)
[Discussion](#)



^cIf unenhanced is <+10 HU, then the tumor is probably benign. If unenhanced is >+10 HU, then use enhanced and wash-out. If >60% wash-out in 15 min, the tumor is likely to be benign; if <60%, the tumor is possibly malignant. (Caoili E, Korobkin M, Francis I, et al. Adrenal masses: characterization with combined unenhanced and delayed enhanced CT. Radiology 2002;222:629-633.)

^lSee [Clinical Practice Guidelines for Management of Metastatic Disease \(MP-5\)](#)

yaklaşım takip ...'ChS için '

► Hormonal aktif 4 cm> diğer bez salım : LA

► Hormonal aktif + karşı bez patolojik :

venöz sampling: asimetrik bulgu var ise tek taraflı LA

simetrik yani bilateral Ch ise : Bilateral LA veya total + KK

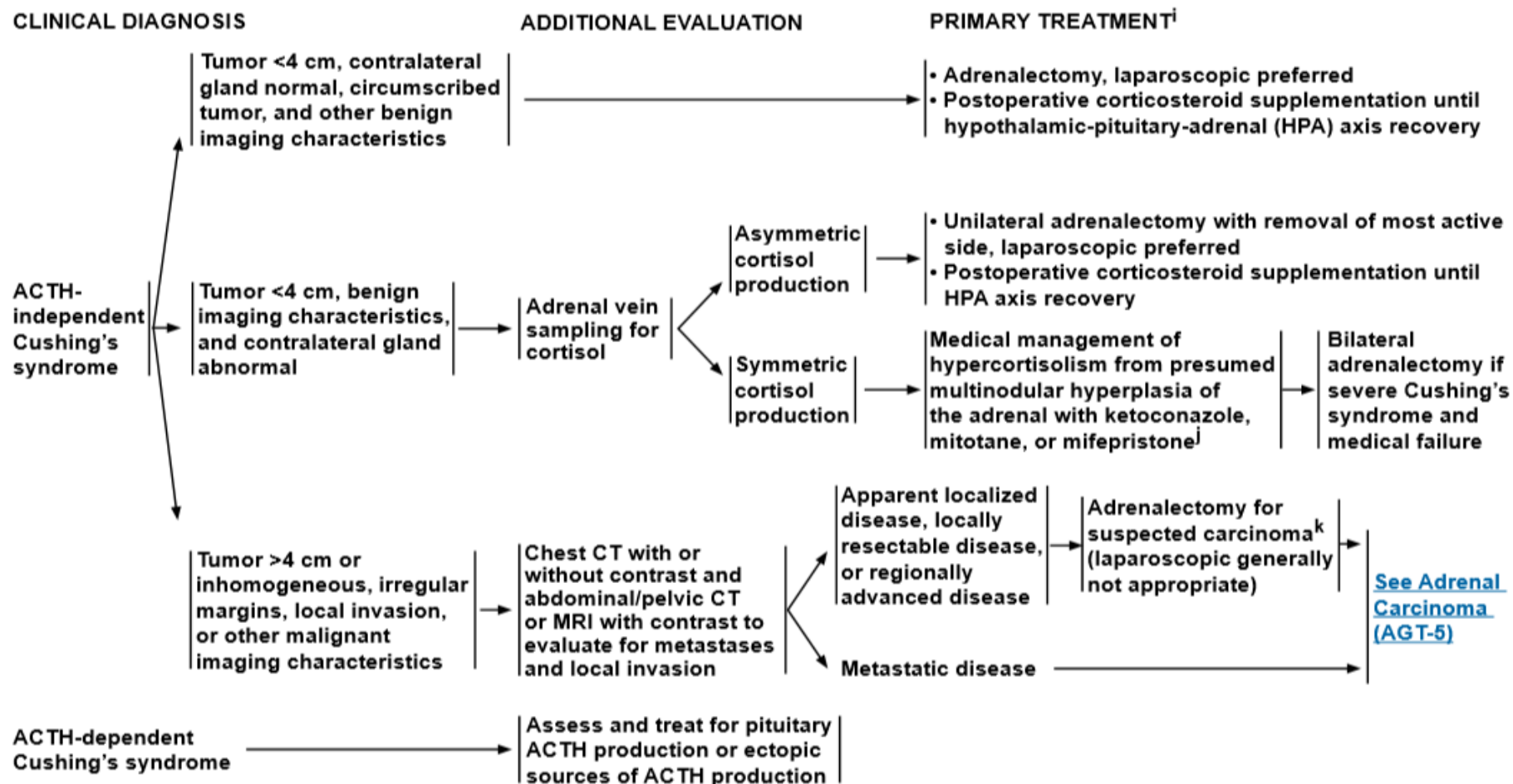
► Hormonal aktif (ACTH bağımsız) : görüntüleme kuşkulu ; malin tm ayırıcı tanı için ek inceleme ve LA ya da açık cerrahi



National
Comprehensive
Cancer
Network®

NCCN Guidelines Version 2.2017 Adrenal Gland Tumors

[NCCN Guidelines Index](#)
[Table of Contents](#)
[Discussion](#)



ⁱSee [Surgical Principles for Management of Neuroendocrine Tumors \(NE-C\)](#).

^jConsider octreotide or lanreotide for symptom control, if somatostatin receptor scintigraphy is positive.

^kMay require removal of adjacent structures (ie, liver, kidney, pancreas, spleen, diaphragm) for complete resection.

adenom ve adenom dışı kitleler ayırıcı tanı

- ▶ adrenokortikal karsinom «primer ya da metastatik»
- ▶ feokromositoma,
- ▶ fokal adrenal granülomatoz hastalık,
- ▶ adrenal myelolipoma
- ▶ loja yerleşen adrenal dışı kitleler
- ▶ **malinite için değerlendirmede radyolojik tanı :**
 - *Kontrastsız BT ≤ 10 HU – (*ML 30-80 arası ancak homjen)
 - *Kontrast sonrası BT rölatif washout oranının (RPW) $> \%40$ ilk 15 ' da $\%60 <$
 - * MRG T1 ağırlıklı görüntülerde karaciğere göre hipo-veya izointens, T2 ağırlıklı hiper-izo
 - * PET- Adrenal SUVmax/Karaciğer SUVmax) $< 1.45-1.60$
 - * **US yeri yok**
- ▶ **Biyokimyasal tanı izlem cerrahi kararı için mutlaka yapılmalı**
- ▶ **Malin primer tümörü olduğu kesin olgu dışında bx endikasyonu YOK**

cerrahi girişim.... tedavi

- ▶ 4 cm üstünde giderek boyutu artan – 1 senede 1cm<- ve veya
- ▶ SCS için cerrahi 6> cm **Laparoskopik cerrahi**
(DEX S sonrası 50nmol/dl <kortizol saptanırsa + cerrahi kararı varsa ; perioperatif HK (:100-150mg HK / gün)
- ▶ 6cm < malin olasılığı – öz.8< cm primer ya da metastatik ? ve çevre invazyonuna göre açık ???
malin olduğu kesin + büyük ve invazyon kuşkusu olanlar **Açık cerrahi> LA**

Adrenal karsinom ya da metastatik ca kuşkusu :

- ▶ Tümör ve etraf lenfatik doku açık cerrahiyle eksize edip+ RT ve veya mitotane ile monoterapi ‘ KT (R1 veya Ki67<%10)’
- ▶ Diğer organlarda da metastazı olanlarda radyocerrahi ve hedefe yönelik tedavi seçenekleri de gündemdedir



National
Comprehensive
Cancer
Network®

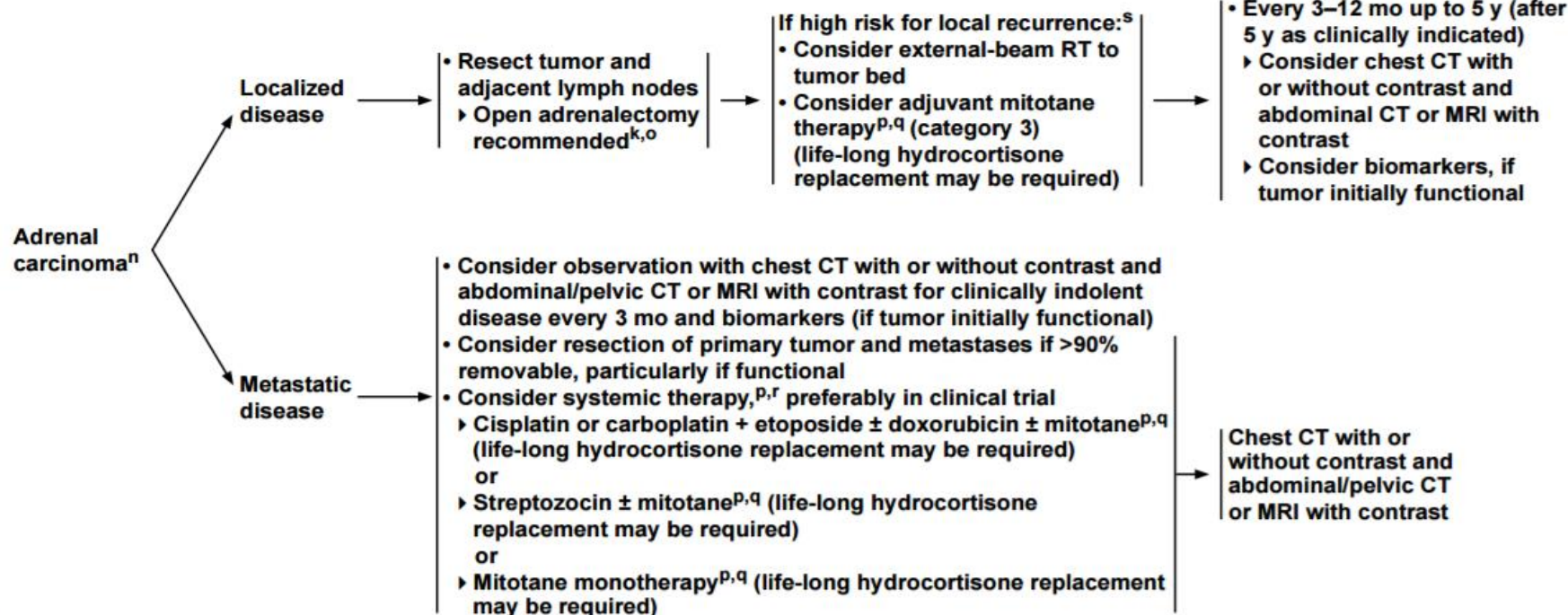
NCCN Guidelines Version 2.2017 Adrenal Gland Tumors

[NCCN Guidelines Index](#)
[Table of Contents](#)
[Discussion](#)

ADRENAL CARCINOMA

TREATMENTⁱ

FOLLOW-UP



ⁱSee [Surgical Principles for Management of Neuroendocrine Tumors \(NE-C\)](#).

^kMay require removal of adjacent structures (ie, liver, kidney, pancreas, spleen, diaphragm) for complete resection.

ⁿChest CT with or without contrast and abdominal/pelvic CT or MRI with contrast to evaluate for metastases and local invasion to stage disease, if not previously done.

^oIncreased risk for local recurrence and peritoneal spread when done laparoscopically.

^pMonitor mitotane blood levels. Some institutions recommend target levels of 14–20 mcg/mL if tolerated. Steady-state levels may be reached several months after initiation of mitotane. Mitotane therapy requires steroid replacement therapy.

^qMitotane may have more benefit for control of hormone symptoms than control of tumor.

^rSee [Discussion](#) for further information regarding the phase III FIRM-ACT trial. (Fassnacht M, Terzolo M, Allolio B, et al; FIRM-ACT Study Group. Combination chemotherapy in advanced adrenocortical carcinoma. *N Engl J Med* 2012;366:2189-2197)

^sHigh-risk local recurrence features include: positive margins, rupture of capsule, large size, and high grade.

Note: All recommendations are category 2A unless otherwise indicated.

Clinical Trials: NCCN believes that the best management of any cancer patient is in a clinical trial. Participation in clinical trials is especially encouraged.

