

## گزارش یک مورد نادر میلولیوم غده فوق کلیوی

محمد رضا دادفر<sup>۱\*</sup>، نبتون عماد مستوفی<sup>۲\*\*</sup>

### چکیده

میلولیوم غده فوق کلیوی از تومورهای خوش خیم و نادر غده فوق کلیوی است که در بررسی میکروسکوپی با وجود بافت چربی و عناصر مشابه مغز استخوان در غده فوق کلیوی مشخص می‌شود. بیمار مرد جوان ۱۸ ساله‌ای بود که به دلیل وجود توده شکمی به بخش کلیه و مجاری ادراری بیمارستان امام خمینی اهواز مراجعه کرده بود. وی از درد و احساس پری در نیمه راست شکم و افزایش حجم شکم شاکی بود و اظهار می‌نمود که علائم فوق از دو هفته قبل شروع شده و به تدریج در حال افزایش است. در سونوگرافی انجام شده توده جامد با اکو ناهمگن در محل غده فوق کلیوی راست مشاهده شد. علیرغم ندرت میلولیوم غده فوق کلیوی در هنگام مواجهه با هر مورد توده بدون علمکرد باید احتمال وجود این غده مدنظر باشد. همچنین تفسیر دقیق یافته‌های رادیولوژیک و رد بدخیمی می‌تواند در تصمیم‌گیری جهت ضرورت انجام جراحی بسیار مفید باشد.

کلید واژگان: تومور خوش خیم غده فوق کلیوی، میلولیوم غده فوق کلیوی.

### مقدمه

پری در نیمه راست شکم و افزایش حجم شکم شکایت داشت و اظهار می‌نمود که علائم فوق از دو هفته قبل شروع شده و به تدریج در حال افزایش است. بیمار سابقه‌ای از علائم گوارشی نداشت و کاهش اشتها را بیان نمی‌نمود. همچنین فاقد سابقه تب و لرز، علائم ادراری (تغییر رنگ ادرار یا دفع ادرار خونی) بود. این شخص از هنگام طفولیت مبتلا به بیماری خونی مزمن شده بود که در سال‌های اخیر با تشخیص تالاسمی ماژور و تزریق مداوم خون تحت درمان قرار گرفته بود. وی داروی خاصی را مصرف نمی‌کرد. وی بیماری مشابه‌ای را در برادر خود گزارش نمود.

بیمار علائم حیاتی عادی، چهره‌ای تیره و مخاطی رنگ پریده داشت. در بررسی عمومی زردی رنگ اسکلرای هر دو چشم مشخص بود. در معاینه شکم اسکار

تومورهای غده فوق کلیوی از جمله توده‌های شایع شکمی می‌باشند که در هنگام مواجهه با هر مورد آن می‌بایست به جنبه‌های مختلف تشخیص و درمانی از جمله تولید مواد فعال متسابلیک و هورمون‌ها و احتمال بدخیمی و تهاجم به بافتهای دیگر توجه داشت- در این نوشته گزارش یک مورد جالب و نادر از تومورهای این غده ارائه می‌گردد.

### گزارش بیمار

بیمار مرد جوان ۱۸ ساله‌ای بود که به دلیل وجود توده شکمی به بخش کلیه و مجاری ادراری بیمارستان امام خمینی اهواز معرفی شده بود. وی از درد و احساس

\* استادیار گروه رولوژی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز

\*\* استادیار گروه پاتولوژی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز

۱- نویسنده مسؤول

ترانس آمیناز سرم گلو تامیک: اگر الواسیتیک: ۷۸ واحد (SGOT)  
 ترانس آمیناز سرم گلو تامیک پیرویک: ۹ واحد (SGPT)  
 ازت اوره خون: ۹

اسید وانیل ماندلیک: ۴/۲۵ میلی گرم در ۲۴ ساعت  
 در سونوگرافی، توده جامد با اکو ناهمگن در محل غده  
 غده فوق کلیوی راست (به اندازه حدود ۲۰ سانتیمتر طول  
 در ۱۵ سانتیمتر عرض) گزارش شد که باعث جابه جایی  
 کلیه راست به سمت پائین شده بود و کپسول مشخصی  
 آن را از کبد جدا می ساخت. در مرحله بعدی سی تی اسکن  
 شکم انجام شد که توده بافت نرم با حدود مشخص به  
 ابعاد ۱۵۰×۱۲۰×۲۰۰ میلیمتر حاوی رگه های چربی  
 داخلی با عدد هانسفیلد ۳۰- در حد فاصل کبد و کلیه  
 راست که باعث جابه جایی عروق کبد و تغییر محور کلیه  
 شده بود مشاهده گردید. تشخیص های افتراقی  
 رادیولوژیست شامل انژیومیولیوم، توده های غده  
 فوق کلیوی و با احتمال کمتر توده کبدی بود. در رادیو  
 گرافی شکم پس از سی تی اسکن نیز همین توده بزرگ  
 بافت نرم و جابه جایی شدید و چرخش کلیه راست حول  
 محور عرضی خود مشهود بود (شکل ۱).

خط میانی ناشی از جراحی قبلی دیده شد؛ در سمت  
 راست شکم و پهلوئی راست توده ای با سطح صاف و  
 بدون حساسیت لمس می شد که تا لگن بیمار کشیده شده  
 و باعث برآمدگی محل گردیده بود. این توده از خط میانی  
 شکم نیز عبور کرده بود. در سمع آن صدای خاصی  
 شنیده نشد.

اولین بررسی های آزمایشگاهی بیمار کم خونی، عملکرد  
 طبیعی کلیوی، بالا بودن بیلی روبین خون، افزایش سرعت  
 رسوب گلوبولی، هیپو کلسمی و افزایش سطح فسفر خون  
 را نشان داد. ترانس آمینازهای سرمی بیمار نیز بالاتر از  
 حد طبیعی بودند.

خلاصه آزمایشات بیمار به شرح زیر بودند:

سرم کراتینین: ۰/۶ میلی گرم در دسی لیتر

سدیم: ۱۳۲ میلی اکی والان در لیتر

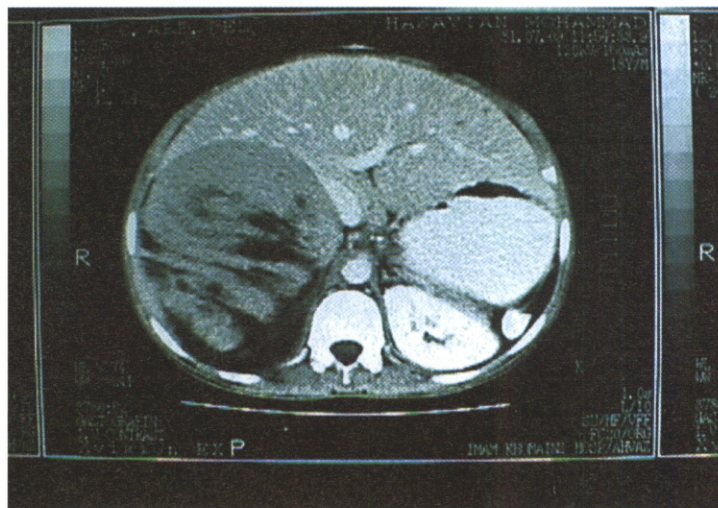
پتاسیم: ۳/۹ میلی اکی والان در لیتر

کلسیم: ۸/۵ میلی اکی والان در لیتر

سرعت رسوب گلوبول های قرمز: ۳۲ میلی متر در ساعت

بیلی روبین توتال: ۷/۵ میلی گرم در دسی لیتر

بیلی روبین مستقیم: ۱/۵ میلی گرم در دسی لیتر



شکل ۱: اسکن کامپیوتری شکم بیمار: توده بزرگ غده فوق کلیوی مشهود است.

مشاوره با متخصصین خون شناسی و قلب، کم خونی او  
 درمان شد و پس از آماده سازی بیمار اقدام به جراحی

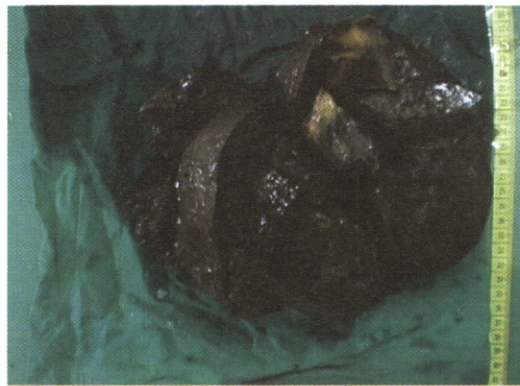
در ادامه بررسی های آزمایشگاهی تکمیلی، برای بررسی  
 فئوکروموسیتوما ونوروبلاستوما انجام گرفت. پس از

توده فوق‌الذکر شد.

بیمار جهت درمان مراجعت نموده بود و به حفظ اسرار و حقوق ایشان توجه کامل شده و ملاحظات اخلاقی مربوط به همکاران دیگر نیز رعایت گردید. پس از بیهوشی عمومی بیمار در وضعیت ۳۰ درجه پهلو قرار گرفت و با برش سینه ای - شکمی راست جدار باز شد و احشاء پشت صفاق بررسی گردیدند. توده بزرگ به رنگ آبی تیره با سطح صاف و جدار مشخص در سطح فوقانی کلیه راست دیده شد که باعث جابه جایی و چرخش شدید کلیه به پائین و سمت مدیال شده و از دیافراگم تا لگن امتداد داشت.

با آزاد کردن چسبندگی‌های اطراف پایه عروقی غده فوق‌کلیوی شامل شریان و ورید کوتاهی یافته و قطع شدند. سرانجام توده بزرگی به وزن ۱۲۰۰ گرم از بدن بیمار خارج گردید (شکل ۲).

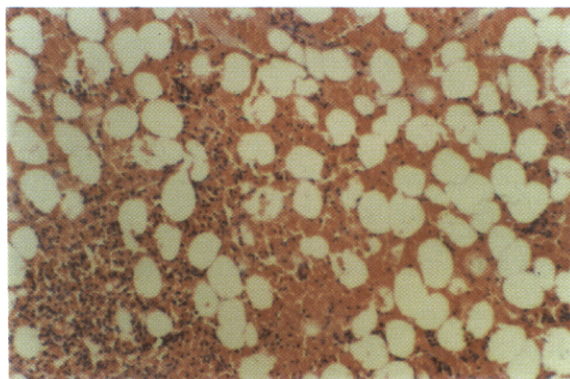
یافته‌های مرضی خاص دیگری در هنگام جراحی دیده نشد و پس از کنترل خونریزی دیواره جداره به روش استاندارد ترمیم گردید. بیمار پس از جراحی عارضه خاصی نداشت و با افزایش اشتها و بهتر شدن حال عمومی و رفع یرقان، یک هفته پس از عمل جراحی از بیمارستان مرخص شد.



شکل ۲: توده پس از رزکسیون جراحی

پارانشیم غده فوق‌کلیوی طبیعی نیز مشاهده شد. تشخیص پاتولوژیست، میلولیوم غده فوق‌کلیوی بود (شکل ۳).

در بررسی پاتولوژیست لوبول‌های بالغ چربی حاوی عناصر فعال مغز استخوان و مناطق بزرگی از خونریزی گزارش گردید. در مناطق زیر کپسولی باقیمانده‌های



شکل ۳: برش میکروسکوپی تومور میلولیوم غده فوق‌کلیوی. یافته‌های چربی بالغ و عناصر مغز استخوان در نمونه دیده می‌شود.

## بحث و نتیجه گیری

میلولیوم غده فوق کلیوی توموری خوش خیم و فاقد عملکرد هورمونی است که با رسوب بافت‌های مغز استخوان و چربی در غده فوق کلیوی مشخص می‌گردد (۱). این تومور اولین بار در سال ۱۹۰۵ توسط گرکل توصیف گردید. از آن هنگام تا کنون تنها حدود یکصد مورد جراحی از این تومور گزارش شده است. در اکثر موارد تومورهای گزارش شده کوچک‌تر از ۵ سانتیمتر و بیماران مذکر و چاق بوده‌اند و درد فلانک علامت اصلی مراجعه آنها را شامل شده است (۲). این تومور به ندرت کلسیفیه شده و فعالیت هورمونی هم ندارد، ولی به دلیل احتمال همراهی با آدنوم کورتیکال بررسی‌های هورمونی توصیه می‌گردد (۳).

علت ایجاد این تومور نامعلوم است، اما در یک تجربه جالب سلی و استون (۴) با تزریق عصاره خام هیپوفیز و تستوسترون به موش موفق شدند در بخش رتیکولاریس قشر غده فوق کلیوی، بافت میلولیوم را به وجود آورند. این تومور رشد کندی دارد و در صورتی که بیمار دچار درد شکمی و یا علائم آزار دهنده گوارشی به دلیل حجم زیاد غده نباشد، نیاز به برداشت جراحی ندارد (۵). در بررسی‌های رادیولوژیک نیز نمای خاصی در سی‌تی‌اسکن دیده می‌شود که با تشخیص پیش از عمل در یک تومور

کوچک و بدون علامت نیاز به جراحی ندارد (۶). در تومورهای بزرگ که تشخیص افتراقی با کارسینوم غده فوق کلیوی مطرح بوده و علائم بالینی ناشی از توده بزرگ شکمی وجود دارد، اکتشاف جراحی و برداشتن تومور لازم است (۷). در این بیمار هم علیرغم عدم وجود علائم بدخیمی، شکایات بیمار از وجود توده بزرگ و سنگین شکمی عامل مهمی در تصمیم به انجام جراحی بود.

با وجود ندرت میلولیوم غده فوق کلیوی باید در هنگام مواجهه با هر مورد توده بدون عملکرد غده فوق کلیوی وجود آن در نظر باشد. از آنجا که اندازه‌های کوچک این تومور نیاز به برداشت جراحی ندارند تشخیص قبل از عمل و افتراق از مواردی مانند کارسینوم غده فوق کلیوی حائز اهمیت است. در این خصوص باید به نقش مهم رادیولوژیست مطلع و ورزیده اشاره نمود که با تفسیر دقیق یافته‌های سی‌تی‌اسکن و رد وجود بدخیمی می‌تواند از تحمیل جراحی غیر لازم بر بیمار جلوگیری نماید.

## تشکر و قدردانی

نگارندگان وظیفه خود می‌دانند از همکاری آقای دکتر عبدالحسین سرمست شوشتری - استادیار گروه جراحی عمومی بیمارستان امام خمینی اهواز - قدردانی نمایند.

## منابع

- 1-Papavasiliou C, Gouliamos A, Deligiorgi E: Masses of myeloidipose tissue: radiological and clinical considerations. *Int J Radiat Oncol Boil Phys* 1990;19:985-993
- 2-sanders R, bissada N, curry N: Clinical spectrum of adrenal myelolipoma: analysis of 8 tumors in 7 patients. *J Urol* 1995;6:1791-1793.
- 3-Vyberg M, Sestoft I. Combined adrenal myelolipoma and adenoma associated with cushing, s syndrome. *Am J Clin Pathol* 1986;86:541.
- 4-Selye H, Stone H. Hormonally induced transformation of adrenal into myeloid tissue. *Am J Pathol* 1950; 26: 211-233.
- 5-Han M, Burnett Al, Fishman Ek: The natural history and treatment of adrenal myelolipoma. *J Urol* 1997;157: 1213-1216.
- 6-Casey LR, Cohen AJ. giant adrenal myelolipomas: CT and MRI findings. *Abdomen Imaging* 1994;19:165-167.
- 7-Wilhelmus JL, schrodt Gr. Giant adrenal myelolipoma: case report and review of the literature. *Arch Pathol Lab Med* 1981. 105: 532