

گزارش اولین مورد جراحی نوروفیبروم آدرنال به روش لاپاروسکوپی در منطقه خاورمیانه

*دکتر سیاوش فلاحتکار (MD)^۱ - دکتر علی محمدزاده (MD)^۲ - دکتر سارا نیک‌پور (MD)^۱ - دکتر حسین خوش‌رنج (MD)^۲

*نویسنده مسئول: رشت، بیمارستان رازی، مرکز تحقیقات بیماری‌های کلیه و مجاری ادراری

پست الکترونیک: falahatkar_s@yahoo.com

تاریخ دریافت مقاله: ۸۵/۱۱/۷ تاریخ پذیرش: ۸۶/۲/۳۰

چکیده

مقدمه: امروزه با کاربرد وسیع سونوگرافی و سی‌تی اسکن شکمی، تعداد زیادی از توده‌های آدرنال به طور اتفاقی تشخیص داده می‌شود. به طوری که در سی‌تی اسکن شکمی در ۱/۳-۰/۶٪ موارد ممکن است به طور غیر منتظره‌ای با تومورهای آدرنال مواجه شویم. معرفی مورد: بیمار خانم ۲۴ ساله ای بود که از ۳ ماه قبل از مراجعه دچار درد مبهم شکمی در سمت راست شده بود. در سونوگرافی در ناحیه رتروپریتون و داخل کلیه راست، توده‌ای به قطر ۵ سانتیمتر گزارش شد که باعث جابجایی وريد کلیه به قدام شده بود. در سی‌تی اسکن شکم توده‌ای به ابعاد ۴۶×۳۹ میلی‌متر در محل آناتومی غده فوق کلیوی راست دیده شد که افزایش دانسیته (enhancement) پیدا کرده بود و باعث جابجایی وريد کلیه راست به قدام شده بود و در بخش مرکزی آن کاهش دانسیته دیده می‌شد. بیمار به روش لاپاروسکوپی ترانس پریتونال تحت عمل جراحی آدرنالکتومی قرار گرفت و در پاتولوژی، نوروفیبروما گزارش شد.

کلیدواژه‌ها: نوروفیبروما/ توده‌های آدرنال/ فنوکروموسیتوم/ لاپاروسکوپی

مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان، دوره هفدهم شماره ۶۶، صفحات: ۱۰۷-۱۰۳

مقدمه

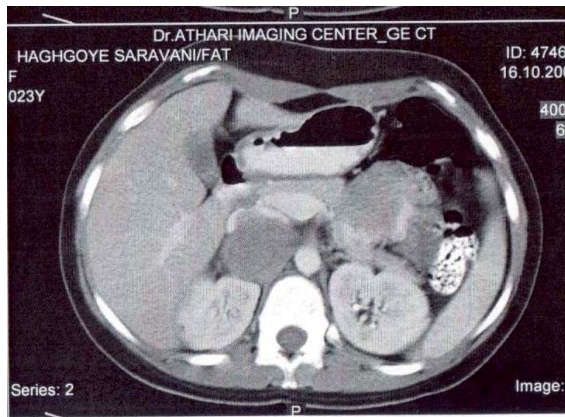
تشخیص داده می‌شود که به آنها تومور اتفاقی (incidentaloma) گفته می‌شود، به طوری که در سی‌تی اسکن شکمی در ۱/۳-۰/۶٪ موارد به طور غیرمنتظره‌ای با تومورهای آدرنال مواجه می‌شویم. معمولاً بدخیمی‌های آدرنال بیشتر از ۶ سانتی‌متر قطر دارند. بنابراین ضایعات توپر بزرگتر از ۶ سانتی‌متر بدخیم تلقی شده و باید اکسپلوراسیون جراحی و آدرنالکتومی انجام گیرد. سی‌تی اسکن ممکن است اندازه ضایعه آدرنال را کوچک‌تر از اندازه واقعی آن نشان دهد و محققین امروزه توصیه می‌کنند که ضایعات بزرگتر از ۵ سانتی‌متر در سی‌تی یا MRI تحت عمل جراحی قرار گیرند (۱).

اصطلاح incidentaloma آدرنال تعریفی است برای هر توده آدرنال که توسط روش‌های تصویربرداری غیرتهاجمی به دلایلی غیر از شک به بیماری آدرنال کشف می‌شود. با این وجود بیماران اغلب به طور رتروسپکتیو علائم یا نشانه‌های مرتبط با تومور آدرنال را دارند. این تعریف طیف وسیعی از مقوله‌های

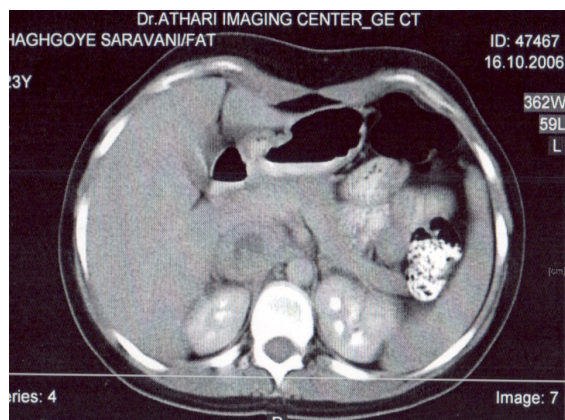
توده‌های آدرنال چند نوع هستند: کارسینوم‌های آدرنال که نادرند و پیش‌آگهی ضعیف دارند، تومورهایی که به طور اتفاقی در سونوگرافی و سی‌تی اسکن شناسایی می‌شوند، تومورهای خوش‌خیم آدرنال مانند: میلولیپوم- آدنوم- تومورهای فانکشنال- کیست‌ها، انکوسیتوم، فنوکروموسیتوم، هیپرپلازی مادرزادی آدرنال و تومورهای متاستاتیک (۱).

لنفوم بدخیم نیز می‌تواند به طور اولیه در غده آدرنال دیده شود. انواع دیگری از تومورهای خوش‌خیم نیز که به طور نادر در آدرنال دیده می‌شوند شامل: همانژیوم، لیومیوم یا تومور خوش‌خیم عضله صاف، شوانوم (که نوع رتروپریتونال آن توموری نادر است و به سختی قبل از عمل تشخیص داده می‌شود و یافته‌های رادیولوژی آن اغلب غیراختصاصی است)، لیپوما که تومور خوش‌خیم بافت چربی است (۲ و ۳). نوروفیبروم نیز از تومورهای خوش‌خیم نادر آدرنال است (۲).

امروزه با کاربرد وسیع سونوگرافی و سی‌تی اسکن شکمی، تعداد زیادی از توده‌های آدرنال به طور اتفاقی



تصویر ۱: تومور آدرنال راست که باعث جابجایی ورید کلیه به قدام شده است.



تصویر ۲: توده آدرنال طرف راست که دارای مرکز هیپودنس می باشد.

در جمع‌آوری ادرار ۲۴ ساعته VMA، متانفرین و نورمتانفرین و کورتیزول آزاد ادرار در محدوده طبیعی بودند.

بیمار به روش لاپاروسکوپی ترانس پریتونال تحت عمل جراحی آدرنالکتومی قرار گرفت و در پاتولوژی، نوروفیروما گزارش شد.

بحث و نتیجه‌گیری

بیمار قبل از جراحی از نظر فنوکروموسیتوما بررسی شد که با توجه به یافته‌های بالینی و آزمایشگاهی رد شد. بیمار تحت لاپاروسکوپی قرار گرفت و نمونه حاصل از آدرنالکتومی راست برای بررسی به پاتولوژی فرستاده شد. در بررسی پاتولوژی، نوروفیروما گزارش شد.

پاتولوژی شامل: تومورهای اولیه مدولاری یا آدرنوکورتیکال، ضایعات خوش‌خیم یا بدخیم، ضایعات غیرفعال یا فعال از نظر هورمونی، متاستاز و عفونت‌ها را در بر می‌گیرد (۴).

اختلاف نظر در مورد جراحی آدرنال بیشتر زمانی‌ست که توده‌های آدرنال قطر کمتر از ۶ سانتی‌متر داشته باشند ولی در مجموع توصیه می‌شود توده‌های بزرگتر از ۴-۳ سانتی‌متر در افراد جوان‌تر از ۵۰ سال برداشته شود. به ندرت ممکن است آدنوکارسینوم بدون عملکرد در آدرنال وجود داشته باشد که فقط در زمان اتوپسی مشخص می‌شود. بنابراین باید به درمان مناسب در توده‌های incidentaloma باید توجه ویژه‌ای مبذول داشت.

در نهایت چنانچه تصمیم داشته باشیم که توده آدرنالی را تحت نظر گرفته و جراحی نکنیم بیمار باید مرتب پیگیری شود و چنانچه ضایعه در حال بزرگ شدن باشد یا از نظر هورمونی فعال شود باید برداشته شود (۱).

شرح مورد: بیمار خانم ۲۴ ساله‌ای بود که از ۳ ماه قبل از مراجعه دچار درد مبهم شکمی در سمت راست شده بود. ماهیت درد بیمار غیرکولیکی بود. بیمار سابقه فشارخون بالا و بیماری دیگری نداشت. فشار خون بیمار ۱۲۰/۸۰ و ضربان قلب ۸۰ در دقیقه بود.

در سونوگرافی در ناحیه رتروپریتون و نزدیک پل فوقانی کلیه راست، توده‌ای به قطر حدود ۵ سانتی‌متر گزارش شد که باعث جابجایی ورید کلیه راست به قدام شده بود.

در سی‌تی اسکن توده‌ای به ابعاد ۴۶×۳۹ میلی‌متر در محل آناتومی غده فوق کلیوی راست دیده شد که افزایش دانسیته (enhancement) پیدا کرده بود و باعث جابجایی ورید کلیه راست به قدام شده بود و در بخش مرکزی آن کاهش دانسیته دیده می‌شد (شکل ۱ و ۲).

اگرچه نورولیموما و نوروفیبروما ممکن است خصوصیات مشابهی داشته باشند اما از نظر هیستولوژی متفاوت کند (۱۰). نوروفیبروما خصوصاً اگر به صورت نوروفیبروماتوز بروز کند غالباً دچار تغییرات بدخیمی می‌شود ولی نورولیموما به ندرت ممکن است چنین تغییراتی یابد. نوروفیبروما در مردان بیشتر از زنان رخ داده و غالباً در دهه دوم تا چهارم زندگی دیده می‌شود. در سی‌تی‌اسکن، نوروفیبروما، ظاهر صاف، گرد و هموژن با حدود مشخص دارد و در سی‌تی‌اسکن enhanced می‌شود. نوروفیبروما به دلیل دژنراسیون myxoid می‌تواند محتوی فضاهای کیستیک با اندازه‌های متفاوت باشد (۱۱). در بیمار ما نیز به نظر می‌رسید که مرکز تومور دارای فضای کیستیک باشد (شکل ۲). نوروفیبروما می‌تواند از نواحی رتروپریتونال، مزانتریک و پاراسپینال منشا بگیرد. در سی‌تی‌اسکن افتراق نوروفیبروما متعدد ناحیه رتروپریتونال و مزانتریک از لنفادنوپاتی‌های این ناحیه مشکل است (۱۰). توصیه می‌شود توده‌های آدرنال بزرگتر از ۴-۳ سانتی‌متر در افراد جوان‌تر از ۵۰ سال برداشته شود (۱). برداشتن آدرنال به روش لاپاروسکوپی در حال حاضر درمان استاندارد طلایی برای تومورهای آدرنال به جز فتوکروموسیتوم بزرگ یا تومورهای مهاجم بدخیم است. مدت نقاهت کوتاه‌تر و عوارض کمتر در مقایسه با آدرنالکتومی باز گزارش شده است. خونریزی کمتر، درد کمتر و نتایج بهتر از نظر زیبایی از مزایای این روش است (۱۲). بر اساس بررسی‌های انجام شده این مورد اولین گزارش نوروفیبروم آدرنال در منطقه خاور میانه است.

به‌طور کلی دو ضایعه مشخص بافتی و احتمالاً بیولوژی، تحت عنوان نوروفیبروما وجود دارد. شایع‌ترین نوع آن یا در پوست رخ می‌دهد که آن را نوروفیبروم پوستی نامیده یا در اعصاب محیطی دیده می‌شود که نوروفیبروم منفرد نام دارد. این دو نوع به‌طور اسپورادیک یا همراه با نوروفیبروماتوز تیپ I دیده می‌شوند. نوع دوم ضایعه، نوروفیبروم پلکسی‌فرم است که تنها در بیماران مبتلا به نوروفیبروماتوز تیپ I دیده می‌شود (۵).

طیف وسیعی از تومورهای عصبی می‌تواند در شکم رخ دهد. این تومورها به چند دسته تقسیم می‌شوند: الف) با منشأ سلول گانگلیونی (گانگلیونوروما، گانگلیونوروبلاستوما، نوروبلاستوما، ب) با منشأ سیستم پاراگانگلیونی (فتوکروموسیتوما و پاراگانگلیوما) و ج) با منشأ غلاف عصبی (نورولیموما و نوروفیبروما و نوروفیبروماتوز تومورهای بدخیم غلاف عصبی). این تومورها اغلب در رتروپریتون به ویژه در نواحی پاراسپینال و غده آدرنال قرار دارند. همه این تومورها به جز گانگلیونوروبلاستوما و نوروبلاستوما در بزرگسالان دیده می‌شود. تومورهای عصبی شکم اغلب در رادیولوژی به صورت توده با حدود مشخص، لبوله و صاف دیده می‌شوند (۶).

نوروفیبروما می‌تواند به‌صورت توموری منفرد یا به عنوان جزئی از نوروفیبروماتوز ظاهر کند. در یک بررسی توسط Geschickter، ۹۰٪ موارد این تومور نوروفیبروما بودند و ۱۰٪ باقیمانده جزئی از بیماری رکلینگ‌هاوزن بود (۷). نوروفیبروما از غلاف عصبی منشا می‌گیرد (۸ و ۹).

منابع

1. Vaughan ED, Bloemfeld JD, Pizzo JD, Schichman SJ, Sosa RE. The Adrenals. In: Walsh, Retic, Vaughan, Wein. Campbell's urology. 8th edition. Philadelphia: Saunders pub; 2002:3507-3569.

2. Winke JA, Lack EE. The adrenal gland. In: Silverberg SG, Dellelis RA, Frable WJ, Livolsi VA, Wick MR. Silversberg's principles and practice of surgical pathology and cytopathology. 4th edition. London: Churchill livingstone elsevire; 2006:2169-2209.

3. Inokuchi T, Takiuchi H, Moriwaki Y, Ka T, Takahashi S, Tsutsumi Z, Shima H, Hirota S, Yamamoto T. Retroperitoneal ancient schwannoma presenting as an adrenal incidentaloma: ct and MR findings. *Magnetic Resonance Imaging* 2006;24:1389-1393.
4. Mantero F, Arnaldi G. Management approaches to adrenal incidentalomas. *Endocrinology & Metabolism Clinics of North America* 2000;29:107-125.
5. Girolami UD, Anyhony DC, Frosch MP. The Central Nervous system. In: Cotran, Kumar, Collins. *Robbins pathologic basis of disease*. 6th edition. Philadelphia: WB Saunders; 1999:1293-1357.
6. Rha SE, Byun JY, Jung SE, Chun HJ, Lee HG, Lee JM. Neurogenic Tumors in the Abdomen: Tumor Types and Imaging Characteristics. *Radiographics* 2003;23:29-43.
7. Enzinger FM, Weiss SW. Soft tissue tumors. In: Henry M Seidel. *Mosby-Year Book*. 2nd edition. St Louis: Elsevier. 1988; 719-860.
8. Sakai F, Sone S, Kiyono K, et al. Intrathoracic neurogenic tumors: MR-pathologic correlation. *AJR Am J Roentgenol* 1992; 159:279-283.
9. Reed JC, Hallett KK, Feigin DS. Neural tumors of the thorax: subject review from the AFIP. *Radiology* 1978; 126:9-17.
10. Tsai CJ. Case report: unusual ultrasonographic appearance of a solitary retroperitoneal neurofibroma. *Br J Radiol* 1994; 67:210-211.
11. Coleman BG, Arger PH, Dalinka MK, Obringer AC, Raney BR, Meadows AT. ct of sarcomatous degeneration in neurofibromatosis. *AJR Am J Roentgenol* 1983; 140:383-387.
12. Nakagawa K, Murai M. Laparoscopic adrenalectomy: current status with a review of Japanese literature. *Biomedicine & Pharmacotherapy* 2002; 56:107-112.

A Case Report of Adrenal Neurofibroma Surgical by Laparoscopy in Middle East

*Falahatkar S.(MD)¹- Mohammadzadeh A.(MD)²- Nikpour S.(MD)¹- Khoshrang H.(MD)²

*Corresponding Author: Urology Diseases Research Center, Razi Hospital, Rasht IRAN

E-mail: falahatkar_s@yahoo.com

Received: 25/ Jan/ 2007 Accepted: 19/May/ 2007

Abstract

Introduction: Now a days, the increased use of abdominal ultrasound and CT scanning has led to the frequent finding of unexpected adrenal masses, which named incidetaloma. Unsuspected adrenal masses have been detected in 0.6-1.3% of upper abdominal CT scan.

Case report: The case was a 24 years old woman who had vague pain in her right flank. In sonography one mass, 5 cm diameter, in retroperitoneum and right kidney was observed which had shifted renal vein to anterior. In CT scan, one mass, sized 4.6×3.9 mm, in anatomic size of right adrenal with significant enhancement and central hypodensity was observed which had moved renal vein to anterior.

The patient underwent transperitoneal laparoscopic adrenalectomy and in pathology, neurofibroma was reported.

Key word: Neurofibroma/ Adrenal tumors/ Pheochromocytoma/ Laparoscopy

Journal of Guilan University of Medical Sciences, No: 66, Pages 101-105
