گزارش یک مورد میلولیپوم غده فوق کلیوی

محمدحسین گذشتی*

خلاصه

سابقه و هدف: میلولیپوم غده فوق کلیوی یکی از تومورهای خوش‌خیم و نادر می‌باشد که از بافت‌های چربی و هماتوپویتیک تشکیل شده است. اکثرا به شکل تصادفی کشف می‌شود، ولی اخیرا با روش‌های رادیولوژیک جدید نیز قابل تشخیص است.

معرفی بیمار: بیمار مرد ۵۸ ساله با سابقه فشار خون خفیف بود که جهت بررسی توده غده فوق کلیه راست به کلینیک غدد معرفی شده بود. توده فوق کلیه این بیمار در سونوگرافی شکم به هنگام بررسی علت درد ناحیه اپیگاستر به طور تصادفی دیده شده بود. در CTscan آدرنال توده با دانسیته چربی بین قطب فوقانی کلیه راست و کبد چسبیده به بازوی داخلی غده فوق کلیه راست دیده شد.

بحث و نتیجه‌گیری: اگر تشخیص قطعی میلولیپوم غده فوق کلیه با تصویربرداری امکان‌پذیر باشد بررسی غددی بیمار لازم نیست. زیرا میلولیپوما آدرنال از نظر هورمونی غیرفعال است و ترشح هورمونی ندارد.

واژگان کلیدی: میلولیپوم، غده فوق کلیه، تومور خوش‌خیم

استادیار گروه غدد و متابولیسم دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی کرمان

* نویسنده مسوول: محمدحسین گذشتی

آدرس: کرمان، مرکز آموزشی ـ درمانی افضلی‌پور، بخش غدد درون‌ریز

پست الکترونیک: drgozashti@ yahoo.com

تلفن: ۰۹۱۳ ۳۵۱ ۵۷۰۵

دورنویس: ۰۳۴۱ ۳۲۲۲۷۶۳

تاریخ دریافت: ۸۷/۸/۲۰

تاریخ پذیرش نهایی: ۸۷/۱۰/۱۰

مقدمه

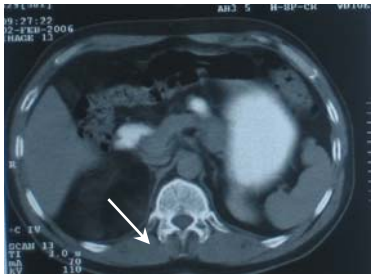
میلولیپوم غده فوق کلیوی یکی از تومورهای خوش‌خیم و نادر می‌باشد که از بافت‌های چربی و هماتوپویتیک تشکیل شده است. در گذشته این تومور به طور تصادفی در اتوپسی‌ها دیده می‌شد و شیوعی بین ۰/۰۸ تا ۰/۲ درصد برای آن ذکر شده بود [۲،۱]. در حال حاضر با استفاده از روش‌های جدید رادیولوژی مانند سونوگرافی و CTscan در بررسی مشکلات شکمی این ضایعه بیشتر از گذشته به طور تصادفی در توده‌های غده فوق کلیه دیده می‌شود و شیوعی تا ۱۰ درصد برای آن گزارش شده است [۴،۳]. به علت عدم آگاهی از چگونگی به وجود آمدن و شیوع پایین آن شناخت کافی از بیماری و رشد آن وجود ندارد و با توجه به روش‌های جدید تصویربرداری بیماران بیشتری تشخیص داده می‌شوند، ولی روش مناسب برخورد بالینی با آنها و درمان صحیح آن شناخته شده نیست. در این مقاله یک مورد میلولیپوم غده فوق کلیوی که به طور تصادفی در بررسی رادیولوژیک شکم دیده شده است، معرفی می‌گردد.

معرفی بیمار

بیمار مرد ۵۸ ساله‌ای بود که با سابقه فشار خون خفیف جهت بررسی توده غده فوق کلیه راست به کلینیک غدد معرفی شده بود. توده فوق کلیه این بیمار در سونوگرافی شکم به هنگام بررسی علت درد شکمی ناحیه اپیگاستر، به طور تصادفی دیده شده بود. در معاینه فشار خون ۱۳۰/۸۰ میلی‌متر جیوه و ضربان قلب ۸۰ در دقیقه بود. معاینه قلب، ریه و شکم بیمار طبیعی بود. سابقه بیماری خاصی جز فشارخون خفیف نداشت و تنها، داروی آتنولول مصرف می‌کرد. در بررسی آزمایشگاهی نتایج زیر دیده شد: Hb=۱۵/۳ gr/dl، FBS=۹۹ mg/dl، cr=۰/۹ mg/dl، Na^+=۱۳۰ meq/l، k^+=۵ meq/l، VMA= ۶/۱ µg/day ادرار، Metanephrin=۲۳۷/۱µg/day ادرار و cortisol=۴۹/۶۱ µg/day ادرار که همگی در محدوده نرمال بود. در سونوگرافی بیمار توده‌ای در قسمت فوقانی کلیه راست و تحتانی کبد با دانسینه چربی و اندازه حدود ۶۸×۵۸ mm گزارش شده بود. جهت بررسی بیشتر CTscan آدرنال انجام شد. نتیجه مطالعه حضور یک توده با دانسیته چربی بین قطب فوقانی کلیه راست و

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-01]

کبد چسبیده به بازوی داخلی غده فوق کلیه راست بود. به علاوه بازوی خارجی غده فوق کلیه راست واضح نبود و توده مذکور کلیه راست را به پایین جا به جا کرده بود. (شکل ۱)



شکل ۱- اسکن کامپیوتری شکم بیمار، توده غده فوق کلیه راست دیده می‌شود

برای بیمار تشخیص احتمالی میلولیپوم یا لیپوسارکوم با توجه به نتیجه CTscan مطرح گردید. به دلیل اندازه تومور (بزرگتر از ۶ سانتی‌متر) و کنار گذاشتن بدخیمی تحت عمل جراحی قرار گرفت. در بررسی میکروسکوپی توده با اندازه cm ۴×۸×۱۱ حاوی بافت مغز استخوان (اریتروئید، میلوئید و مگاکاریوسیت) دیده شد و تشخیص، میلولیپوم بود. بعد از جراحی در پیگیری‌ها تا ۶ ماه تغییری در فشار خون بیمار دیده نشد.

بحث

میلولیپوما اولین بار توسط Gierke در سال ۱۹۰۵ گزارش و در سال ۱۹۲۹ توسط Oborling به این نام نامیده شد [۵، ۶]. بر اساس اطلاعات ما تنها سه مورد میلولیپوم در مجلات فارسی گزارش شده است [۷، ۸] و تا سال ۲۰۰۲ کمتر از ۲۰۰ مورد در مجلات انگلیسی زبان چاپ شده است [۹]. میلولیپوم، بیشتر در دهه پنجم تا هفتم زندگی به طور مساوی در هر دو جنس دیده می‌شود [۱۰، ۱۱]. در غده فوق کلیه راست بیشتر از طرف چپ (نسبت راست به چپ ۳ به ۲/۱) و به ندرت به صورت دو طرفه دیده می‌شود [۱۰، ۱۱، ۱۲]. اندازه این توده بین ۲ میلی‌متر تا ۳۴ سانتی‌متر و وزن آن معمولا تا ۵۹۰۰ گرم می‌باشد. این بیماری اغلب به صورت تصادفی در تصویربرداری‌ها (بیش از ۵۰ درصد موارد) مشخص می‌شود. همراهی آن با فشارخون بالا، ۲۶درصد، با چاقی؛ ۲۵ درصد و با دیابت؛ ۲۶ درصد گزارش شده است که در بیشتر موارد به شکل تصادفی دیده می‌شود [۱۰، ۱۳]. این توده گاهی با درد شکمی همراه است، که علت آن می‌تواند اندازه بزرگ توده و یا خونریزی خود به خودی داخل آن باشد. این حالت اغلب در مواردی دیده می‌شود که بیشتر توده را بافت میلوئید تشکیل داده است. در بیماری که معرفی شد، توده‌ای که در غده فوق کلیه وجود داشت نسبتا بزرگ بود. این توده به طور تصادفی در تصویربرداری شکم مشخص شده بود و بعد از جراحی تغییری در فشار خون بیمار دیده نشد که می‌تواند همراهی تصادفی بیماری کوشینگ، کمبود آنزیم ۲۱ هیدروکسیلاز، بیماری آدیسون، فئوکروموسیتوما، هیپرآلدوسترونیسم اولیه و تومور غده فوق کلیه گزارش شده است [۱۴-۱۸]. حتی در یک مورد همراهی آن با MEN I نیز گزارش گردیده است [۱۹]. اختلالات آدرنال، تیروئید، کارسینوئید و تومورهای لیپوماتوز در بیماری MEN I دیده شده است. اگر چه ضایعات آدرنال جزء علایم اصلی در MEN I نیست ولی در یک مطالعه ضایعات آدرنال در ۳۶ تا ۴۰ درصد بیماران با MEN I گزارش شده است [۲۰، ۲۱]. روش انتخابی برای اثبات تشخیص میلولیپوم CTscan است که توده فوق کلیه، کپسول‌دار با حدود مشخص حاوی چربی را نشان می‌دهد. وجود دانسیته چربی (hypo dense) در توده فوق کلیه برای میلولیپوم تشخیصی است [۲۲، ۲۳]. کلسیفیکاسیون به طور شایع در میلولیپوما دیده می‌شود که در بعضی موارد باعث اشکال در تشخص قطعی با تصویربرداری می‌شود [۱۰، ۱۳]. تشخیص‌های افتراقی میلولیپوما عبارتند از: رتروپریتونئال لیپوما، لیپوسارکوما، آنژیومیولیپوما غده فوق کلیه، رتروپریتونئال تراتوما، آدنوم فوق کلیه، کارسینوما فوق کلیه و متاستاز به غده فوق کلیه. به دلیل این که میلولیپوم فوق کلیه از نظر هورمونی غیرفعال است و ترشح هورمونی ندارد، اگر تشخیص قطعی آن با تصویربرداری امکان‌پذیر باشد، لازم نیست بیمار تحت بررسی غددی قرار گیرد؛ ولی اگر تشخیص قطعی با تصویربرداری داده نشود، بررسی غددی کامل باید انجام شود. البته مواردی از همراهی ترشح هورمون‌های دیگر با میلولیپوم گزارش شده است [۲۴]. برای درمان توده‌های غده فوق کلیه، در صورتی که از نظر هورمونی فعال باشند یا اندازه بیش از ۴ تا ۶ سانتی‌متر داشته باشند، جراحی توصیه می‌شود. ولی در مورد میلولیپوم این قانون صدق نمی‌کند زیرا در اکثر موارد میلولیپوم‌ها خوش‌خیم و از لحاظ هورمونی غیرفعال می‌باشند و همچنین اغلب اندازه کمتر از ۶ سانتی‌متر دارند. به این علت که معمولا اندازه تومور با علایم بالینی آن هماهنگی ندارد اگر تشخیص قطعی با تصویربرداری داده شود، در تمامی موارد احتیاج به جراحی وجود ندارد. در مواردی که توده کوچک و بدون علامت و به طور تصادفی مشخص شده باشد و در تصویربرداری تشخیص به اثبات رسیده باشد، توصیه به انجام پیگیری و کنترل هر یک تا دو سال با تصویربرداری می‌شود. در صورت عدم ایجاد علایم بالینی و ثابت ماندن اندازه تومور، دوره‌های پیگیری بیمار را می‌توان طولانی‌تر کرد ولی توصیه می‌شود که این پیگیری‌ها تا

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-01]

آخر عمر ادامه داشته باشد [۲۶،۲۵]. در مورد بیماران با تومورهای بزرگ بدون علامت (بیش از ۱۰ سانتی‌متر)، جراحی توصیه می‌شود زیرا احتمال ایجاد درد شکم، خونریزی خود به خودی و شوک به ویژه در میلولیپوم های بزرگ وجود دارد [۱۵]. برای بیمار معرفی شده نیز با توجه به اندازه بزرگ توده عمل جراحی انجام شد.

نتیجه گیری

در نتیجه با وجود نادر بودن میلولیپوم غده فوق کلیه، در بیمارانی که دارای توده های فوق کلیه به خصوص بدون عملکرد هورمونی می‌باشند، باید این بیماری مد نظر باشد. همچنین با توجه اینکه توده‌هایی با اندازه کمتر از ۱۰ سانتی‌متر احتیاج به درمان جراحی ندارند، در صورت تشخیص صحیح رادیولوژیک می‌توان آنها را تحت نظر قرار داده و از انجام جراحی غیرضروری اجتناب نمود. پس در صورت مواجه شدن با توده‌هایی با مشخصات فوق که ظن قوی بالینی برای تشخیص میلولیپوما در مورد آنها وجود دارد، می‌توان در صورت تشخیص دیگری در رادیوگرافی، قبل از هر اقدام دیگر از رادیولوژیست دیگری جهت گزارش آن کمک گرفت.

References:

[1] McDonnell WV. Myelolipomas of adrenal. ***Arch Pathol*** 1956;61:416-9.
[2] Olsson CA, Krane RJ, Klugo RC, Selikowitz SM. Adrenal myelolipoma. ***Surgery*** 1973;73:665-70.
[3] Aso Y, Homma Y. A survey on incidental adrenal tumors in Japan. ***J Urol*** 1992;147:1478-81.
[4] Porcaro AB, Novella G, Ficarra V, Cavalleri S, Antoniolli SZ, Curti P. Incidentally discovered adrenal myelolipoma. Report on 3 operated patients and update of the literature. ***Arch Ital Urol Androl*** 2002;74:146-51.
[5] Gierke E. Über Knochenmarksgewebe in der Nebenniere. ***Beitr Pathol Anat*** 1905;311-24 .
[6] Oberling C. Les formations myelolipomateuses. ***Bull Assoc Fr Etude Cancer*** 1929;18:234-6.
[7] Dadfar MR. Adrenal Myelolipoma: The first report of a rare tumor in Ahwaz. ***Scientific Medical Journal Of Ahwaz University Of Medical Sciences*** 2005;46:265-2.
[8] Asgari M, Araghi M. Adrenal Myelolipoma: A Report of Two Cases. ***Journal of Iran University of Medical Sciences*** 2007;53(13):135-40.
[9] Osborn M, Smith M, Senbanjo T, Crofton M, Robinson S, Rajan P. Adrenal myelolipoma—clinical, radiological and cytological findings: a case report. ***Cytopathology*** 2002;13:242-6.
[10] Diekman KP, Hamm B, Phchartz H, Jonas D, Baucer HW. Adrenal myelolipoma: clinical radiologic and histologic features. ***Urology*** 1987;29:1-8.
[11] Kenney PJ, Wagner BJ, Rao P,Heffess CS. Myelolipoma: CT and pathologic featurs. ***Radiology*** 1998;208:87-95.
[12] Kanja HA, Noroha J, D Agillo AF, Amorosa JK, Amorosa LF. Bilateral adrenal myelolipomas with cushing syndrom. ***JAMA*** 1988;259:3034-6.
[13] Lam KY, Lo CY. adrenal lipomatous tumors: a 30 year clinicopatologic experience at a single institution. ***J Clhn Pathol*** 2001;54:707-12.
[14] Hisamatsu H, Sakai H, Tsuda S, Shigematsu K, Kanetake H. Combined adrenal adenoma and myelolipoma in a patient with Cushing's syndrome: case report and review of the literature. ***Int J Urol*** 2004;11:416-8.
[15] Han M, Burnett AL, Fishman EK, Marshall FF. The natural history and treatment of adrenal myelolipoma. ***J Urol*** 1997;157:1213-6.
[16] Meaglia JP, Schmidt JD. Natural history of an adrenal myelolipoma. ***J Urol*** 1992;147: 1089-90.
[17] Oliva A, Duarte B, Hammadeh R, Ghosh L, Baker RJ. Myelolipoma and endocrine dysfunction. ***Surgery*** 1988; 103: 711-5.
[18] Ukimura O, Inui E, Ochiai A, Kojima M, Watanabe H. Combined adrenalmyelolipoma and phaeochromocytoma. ***J Urol*** 1995;154: 1470.
[19] Raue F, Zink A. Clinical features of multiple endocrine neoplasia type 1 and type 2. ***Horm Res*** 1992;38:31-5.
[20] Burgess JR, Harle RA, Tucker P, Parameswaran V, Davies P, Greenaway TM, Shepherd JJ. Adrenal lesions in a large kindred with multiple endocrine neoplasia type 1. ***Arch Surg*** 1996;131:699-702.
[21] Skogseid B, Rastad J, Gobl A, Larsson C, Backlin K, Juhlin C, Akerström G, Oberg K. Adrenal lesion in multiple endocrine neoplasia type 1. ***Surgery*** 1995;118:1077-82.
[22] Ilias I, Sahdev A, Reznek A, Grossman Aand Pacak K. The optimal imaging of adrenal tumours: a comparison of different methods. ***Endocrine-Related Cancer*** 2007;14:587-99.
[23] Sanders R, Bissada N, Curry N, Gordon B. Clinical spectrum of adrenal myelolipoma: analysis of 8 tumors in 7 patients. ***J Urol*** 1995;153:1791-3.

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-01]

[24] Meyer A, Behrend M .Presentation and therapy of myelolipoma . ***Int J Urol*** 2005;12 (3):239-43.
[25] Sharma MC, Kashyap S, Sharma R, Chumber S, Sood R, Chahal R. Symptomatic adrenal myelolipoma. Clinicopathological analysis of 7 cases and brief review of the literature. ***Urol Int*** 1997;59:119-24.
[26] Han M, Burnett AL, Fishman EK, Marshall FF. The natural history and treatment of adrenal myelolipoma. ***J Urol*** 1997;157:1213-6.
[27] Dieckmann KP, Hamm B, Pickartz H, Jonas D, Bauer HW. Adrenal myelolipoma: clinical, radiologic, and histological features. ***Urology*** 1987;14:1-8.

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-01]