مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی
زمستان ۱۳۸۹
دوره ۲، شماره۴، صفحات ۶۶-۶۳

Journal of North Khorasan University of Medical Sciences
Winter 2011
Vol. 2; Issue 4, Pages : 63-66

گزارش یک مورد آدنوم متانفریک در یک خانم ۳۲ ساله

رضا مهدوی[۱*]، ژیلا شیخی[۲]

چکیده

آدنوم متانفریک یک تومور خوش خیم کلیوی نادر بوده که نمای بالینی و رادیولوژی آن مشابه توده‌های بدخیم می‌باشد و تشخیص آن بصورت آسیب‌شناختی و بعد از عمل جراحی می‌باشد. این تومور که اغلب در زنان میانسال دیده می‌شود، سیر درمانی و زنده‌مانی خوبی دارد. ما یک مورد آدنوم متانفریک را در یک خانم ۳۲ ساله که با درد و توده شکمی مراجعه کرده و تحت عمل جراحی رادیکال نفرکتومی قرار گرفته گزارش کردیم.

واژه‌های کلیدی: آدنوم متانفریک، تومورکلیه، رادیکال نفرکتومی

۱- استاد اورولوژی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، بخش اورولوژی، بیمارستان امام رضا (ع)
۲- دستیار تخصصی اورولوژی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، بخش اورولوژی، بیمارستان امام رضا (ع)
* **نویسنده مسئول:** مشهد، بیمارستان امام رضا (ع)، بخش اورولوژی
تلفن ۰۵۱۱-۷۲۴۹۴۰۳ پست الکترونیک: drrezamahdavi@yahoo.com

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-05]

مقدمه

آدنوم متانفریک (MA) یک تومور کلیوی خوش خیم می‌باشد که تا کنون در بالغین گزارش شده است و پیش آگهی خوبی دارد (۱) و در کتاب اورولوژی کمپل۲۰۰۷ ، ۵۰ مورد آن گزارش شده است. ماهیت تومور خوش خیم و متوسط اندازه سایز تومور ۵/۵ سانتیمتر می‌باشد؛ تشخیص آن فقط بر پایه گزارش آسیب شناسی است و ممکن است تظاهرات آزمایشگاهی آن بصورت پلی سیستمی و هیپرکلسمی باشد (۲). در مقاله دیگری هم از سال ۱۹۹۲ تا ۲۰۰۷ تعداد ۹ مورد گزارش گردیده بود (۶). در این مقاله ما یک مورد متانفریک آدنوما را در خانمی ۳۲ ساله که با توده شکمی و درد در قسمت فوقانی و راست شکم مراجعه کرده و با تشخیص اولیه رنال سل کارسینوما تحت عمل جراحی رادیکال نفرکتومی قرار گرفته و جواب آسیب شناسی متانفریک آدنوما بود را گزارش می‌نماییم.

گزارش مورد

خانمی ۳۲ ساله و روستایی که با احساس توده شکمی در قسمت فوقانی و راست شکم مراجعه کرده بود. بیمار از ۴ – ۳ ماه قبل احساس سوزش سردل و دیس پپسی و ریفلاکس معده داشته و تحت درمان با داروی H2 بلوکر بوده است. که بعد از مدتی متوجه توده شکمی و درد فلانک راست شده که به پزشک مراجعه نموده و پس از انجام سونوگرافی تشخیص Solid Mass به ابعاد ۱۲۳ ×۱۲۳ میلیمتر در کلیه راست داده شده بود. بیمار سابقه هماچوری و یا علائم ادراری نداشته است. به دنبال آن جهت پیگیری بیمار، CT اسکن شکم و لگن با و بدون ماده حاجب وریدی انجام گرفت. تصویر توده حجیم مولتی لوبوله به ابعاد حداقل ۱۰۰ × ۱۲۰ میلیمتر در کلیه راست مشاهده گردید. که باعث بهم خوردگی سیستم پیلوکالیسیل راست نیز شده بود. جابجایی ارگان های مجاور مثل کبد و کیسه صفرا و کولون و عروق مشهود بود که علائم فوق مطرح کننده توده Solid (RCC) بود (شکل۱).

داپلر عروق کلیه هم شواهدی از ترومبوز وریدهای کلیه راست و IVC را گزارش نکرد. آزمایشات بیمار هم به شرح زیر می‌باشد:

RBC: 4.9×10^6	Hgb: 13.3	ESR: 5	SGOT: 23
SGPT: 12	ALP: 80	Cr: 1	Ca: 8.9
U/A: NL	U/C: Strill		

سپس بیمار تحت عمل رادیکال نفرکتومی ترانس آبدومینال قرار گرفت. شرح آسیب شناسی به صورت زیر می‌باشد:

کلیه راست ۹۰۰ گرم و به ابعاد ۱۰/۵ × ۳/۵ × ۲ سانتیمتر دارای ضایعه تومورال در یک سطح کپسول دار و کروی به قطر ۱۰ سانتیمتر و در برش سالید دارای کانونهای نکروز و دژنرسانس میکسوئید می‌باشد. در برداشتهای متعدد از آزارنئوپلازیک محصور به کپسول تجمعات متراکم ساختمانهای توبولر گرد تا بیضی برخی شبه روزت و ایجاد ساختمانهای میکروپاپیلر و گلومرولوئید مفروش از یک ردیف سلولهای مکعبی تا استوانه‌ای با هسته های بیضی منومورف برخی شکافدار بدون میتوز و پلئومورفیسم قابل توجه و در حد فاصل تجمعات فوق استرومای فیبرومیگزوئید همراه با کانونهای نکروز ایسکمیک مشهود بود. تهاجم به کپسول و ابتلا پارانشیم کلیه در هیچ کدام از برداشتها مشاهده نشد. در بافت چربی اطراف گره‌های لنفی با تغییرات راکتیو مشهود بود. که تشخیص متانفریک آدنوما است.

بحث

آدنوم متانفریک تومور خوش خیم بوده و اغلب بعد از مرگ (۷ تا ۲۲ درصد اتوپسی ها) دیده می‌شود که منشاء آن از توبول دیستال می‌باشد. این تومور اغلب کوچک و کمتر از ۱ سانتیمتر بوده و در کورتکس کلیه دیده می‌شود که بدون علامت بالینی است. اتیولوژی آن ناشناخته بوده و ممکن است با سیگار و نفرواسکروز توبولار و دیالیز ارتباط داشته باشد (۳). قابل ذکر است که موارد زمینه‌ای فوق در بیمار ما وجود نداشت.

پلی سیستمی و هیپرکلسمی با متانفریک آدنوما ممکن است همراه باشد که در بیمار ما این دو مورد وجود نداشت. درد شکمی، هماچوری و فشار خون نادرتر می‌باشد (۳). در مقاله دیگر که ۹ مورد گزارش آدنوم متانفریک را داده بود ۶ بیمار به طور اتفاقی تشخیص داده شدند و ۳ نفر دیگر علائم داشتند (۲ بیمار هماچوری و۱ بیمار پلی سیتمی) (۶). البته در این بیمار درد شکم از شکایت های عمده بیمار بود. آدنوم متانفریک با رشد آهسته و یک تومور بدون متاستاز و با پیش آگهی خوب است (۵،۴).

آدنوم متانفریک عمدتاً در زنان جوان و میانسال گزارش شده (۶) و نسبت زن به مرد ۲ به ۱ می‌باشد (۳). و همانطور که در معرفی بیمار گزارش شده بیمار خانم ۳۲ ساله بدون سابقه بیماری خاص می‌باشد.

یافته های رادیولوژیک بصورت یک توده Solid و حاشیه مشخص و هایپو و اسکولر که اغلب دارای کلسیفیکاسیون است، می‌باشد (۶). اغلب افتراق از کارسینوم کلیوی (RCC) و نفروبلاستوما در قبل از جراحی مشکل است (۷) و در این بیمار هم افتراق آن قبل از جراحی امکانپذیر نبوده است و رادیولوژیست آن را یک توده سولید بدخیم (RCC) (سونوگرافی و CT Scan) گزارش کرده بود.

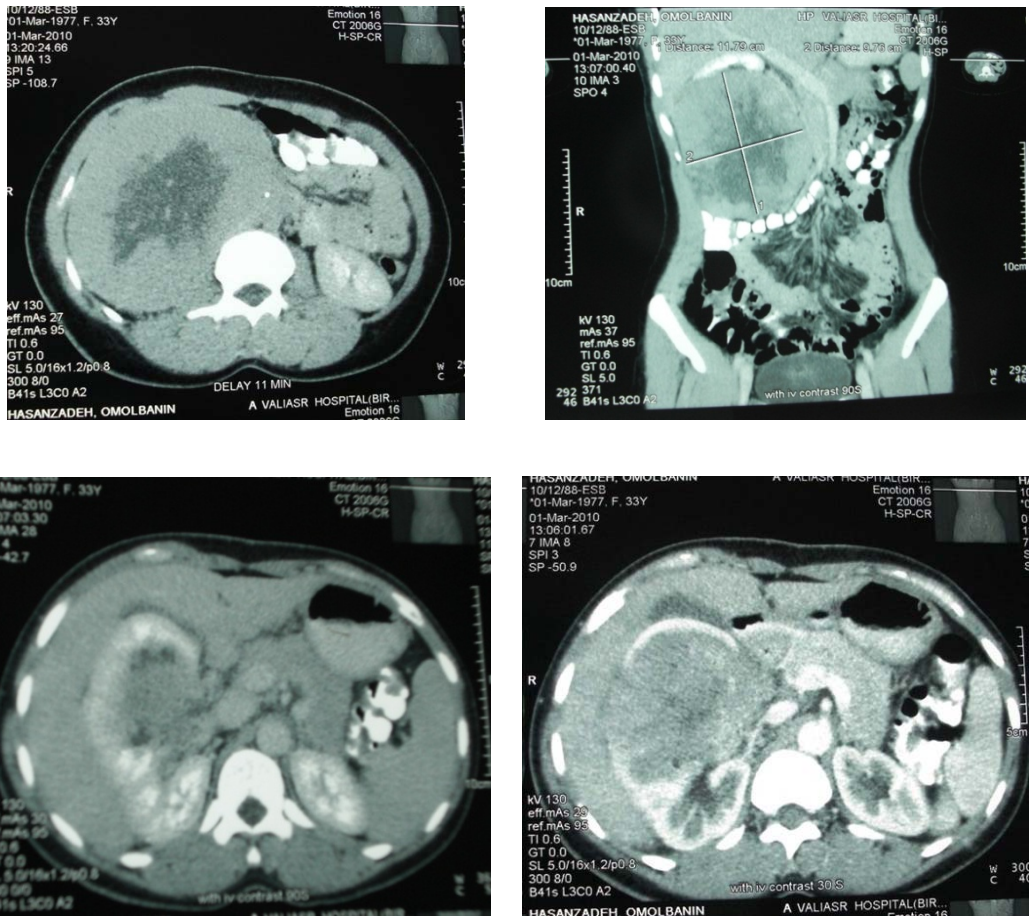
در گزارش آسیب شناسی تومور به صورت یک حاشیه مشخص، با یک بافت فیبروی ضخیم پوشیده و نمای مقطع آن زرد، سفید با حاشیه مشخص پارانشیم کلیه دیده می‌شود (۸). تومور دارای کپسول مشخص می‌باشد و به نسج و ارگانهای مجاور تهاجم ندارد.

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-05]

نمای هیستولوژیکال : قطر کوچکتر سلول ها با هسته هایپرکرومیک همراه با عدم فعالیت میتوتیک است (۳). گزارش پاتولوژی در مورد بیمار ما هم به همین صورت می‌باشد. در رنگ آمیزی ایمونوهیستوکمیکال سلولهای تومور برای CD5 و WT-1 مثبت می‌باشند (۷).

نتیجه گیری

آدنوم متانفریک یک تومور خوش خیم کلیوی بوده که اغلب بدون علامت است و در موارد کمی بصورت درد و توده شکمی بروز می‌کند. نمای رادیولوژیکال آن بصورت توده های بدخیم کلیوی تظاهر می‌یابد و افتراق آن قبل از جراحی از توده های بدخیم کلیوی مشکل است. تشخیص آن بعد از عمل جراحی و پاتولوژیکال می‌باشد. در معاینه بیمار با تظاهر توده شکمی آدنوم خوش خیم کلیوی باید مد نظر قرار گیرد.



شکل۱: مقاطعی ازسی تی اسکن شکم و لگن بیمار معرفی شده

References

1. Jain M, Rastogi A, Gupta RK, Atypical metanephric adenoma - A case report and review of literature, Int Urol Nephrol 2007;39(1):123-7.
2. Stevenc C, Andrewc N, Ronald M, Bukowsk, Renal tumors, Campbell- Walsh Urology , 9th ed 2007; Vol 2 , P : 1576,
3. Longoni E, Berti GL, Paccaduscio A, " et al", Metanephric adenoma: Case report and review of the literature, Arch Ital Urol Androl 2004;76(3):121-3.
4. Schmelz HU, Stoschek M, Schwerer M, " et al", Metanephric adenoma of the kidney: Case report and review of the literature, Int Urol Nephrol 2005;37(2):213-7.
5. Jain M, Rastogi A, Gupta RK, Atypical metanephric adenoma -A case report and review of literature, Int Urol Nephrol 2007;39(1):123-7.
6. Bastide C, Rambeaud JJ, Bach AM, Russo P, Metanephric adenoma of the kidney: Clinical and radiological study of

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-05]

nine cases, BJU Int 2009 Jun;103(11):1544-8.

7. Terao H, Matsumoto T, Umemoto S, " et al", Metanephric adenoma: Report of two cases, Hinyokika Kiyo 2008;54(9):599-602.
8. Sato H, Miyazawa K, Ikeda R, Suzuki K, Metanephric adenoma in a 59-year-old female: A case report, Hinyokika Kiyo 2004;50(1):41-3.

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-05]