

گزارش دو بیمار با متاستاز غیر همزمان رنال سل کارسینومای کلیه به غده آدرنال طرف مقابل

دکتر محمد علی زرگر*، دکتر حسین صفاری**، دکتر نیما نریمانی**

چکیده:

کارسینومای سلول‌های کلیوی کشنده‌ترین تومور دستگاه ادراری است. شایع‌ترین محل متاستازها در کارسینومای سلول‌های کلیوی عبارتند از ریه، کبد، کلیه مقابل، استخوان و مغز می‌باشد. متاستاز به آدرنال همان طرف در ۴۰ درصد موارد دیده می‌شود که در اکثر موارد جزئی از یک بیماری متاستاتیک منتشر، خواهد بود. متاستاز به آدرنال مقابل ناشایع و در درصد کمی از موارد دیده می‌شود که می‌تواند همزمان و در درصد کمتری از موارد غیر همزمان باشد. تشخیص گرفتاری همزمان آدرنال حین تشخیص تومور اولیه و تشخیص گرفتاری غیر همزمان آن طی پیگیری‌های بعدی است، زیرا متاستازهای آدرنال در اغلب موارد بدون علامت بالینی بوده و ظهور علامت کم کاری آدرنال دیده نمی‌شود. روش درمان کارسینومای سلول‌های کلیوی و متاستازهای آن جراحی است.

واژه‌های کلیدی: کارسینومای سلول‌های کلیوی، متاستاز، غده آدرنال

زمینه و هدف

مقابل شده، درمان جراحی جهت آنان انجام گرفته و در حال حاضر تحت پیگیری منظم هستند.

معرفی بیمار

بیمار خانم ۶۲ ساله‌ای است که در سال ۱۳۸۵ به دلیل توده ۵ سانتی‌متری در پل فوقانی کلیه چپ با تشخیص احتمالی توده بدخیم کلیه تحت رادیکال نفرکتومی به همراه آدرنالکتومی همان طرف قرار گرفت. جواب پاتولوژی کارسینومای سلول‌های روشن کلیه (گرید ۲ از ۴) بدون گرفتاری آدرنال و غدد لنفاوی منطقه‌ای بود. بیمار در طول ۴ سال بعد تحت پیگیری قرار

کارسینومای سلول‌های کلیوی کشنده‌ترین تومور دستگاه ادراری است (بیش از ۴۰ درصد مرگ و میر در قیاس با ۲۰ درصد مرگ و میر سرطان مثانه و پروستات).^۱ این تومور می‌تواند به ارگان‌های بسیاری متاستاز بدهد، ولی شایع‌ترین محل متاستازها ریه، کبد، کلیه مقابل، استخوان و مغز می‌باشد. متاستاز به آدرنال همان طرف در ۴۰ درصد موارد دیده می‌شود. متاستاز به آدرنال طرف مقابل ناشایع و در درصد کمی از موارد دیده می‌شود.^۲ در گزارش زیر دو بیمار با رنال کارسینومای سلول‌های کلیوی معرفی می‌گردد که در پیگیری‌های بعدی دچار متاستاز غیر همزمان به آدرنال طرف

* نویسنده پاسخگو: دکتر محمدعلی زرگر

تلفن: ۰۱-۸۱۱۶۲۷۰

E-mail: dr.zargarm@gmail.com

* استاد گروه جراحی اورولوژی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، بیمارستان شهید هاشمی نژاد، بخش اورولوژی
** دستیار گروه جراحی اورولوژی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، بیمارستان شهید هاشمی نژاد، بخش اورولوژی

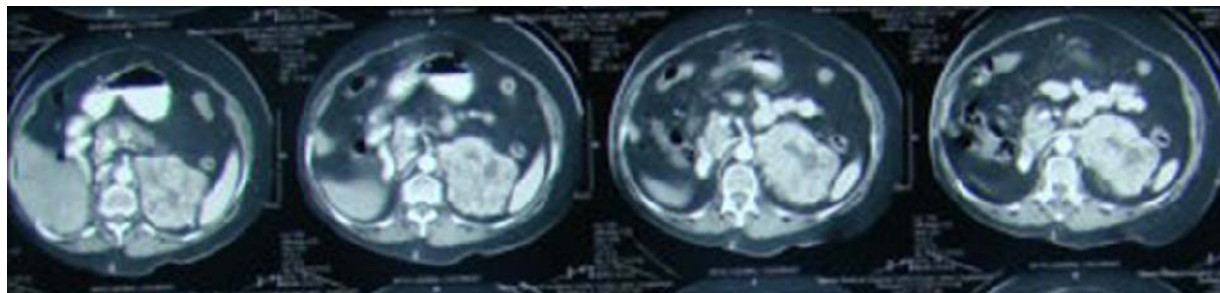
تاریخ وصول: ۱۳۹۰/۰۵/۱۵

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۰/۱۱/۰۳

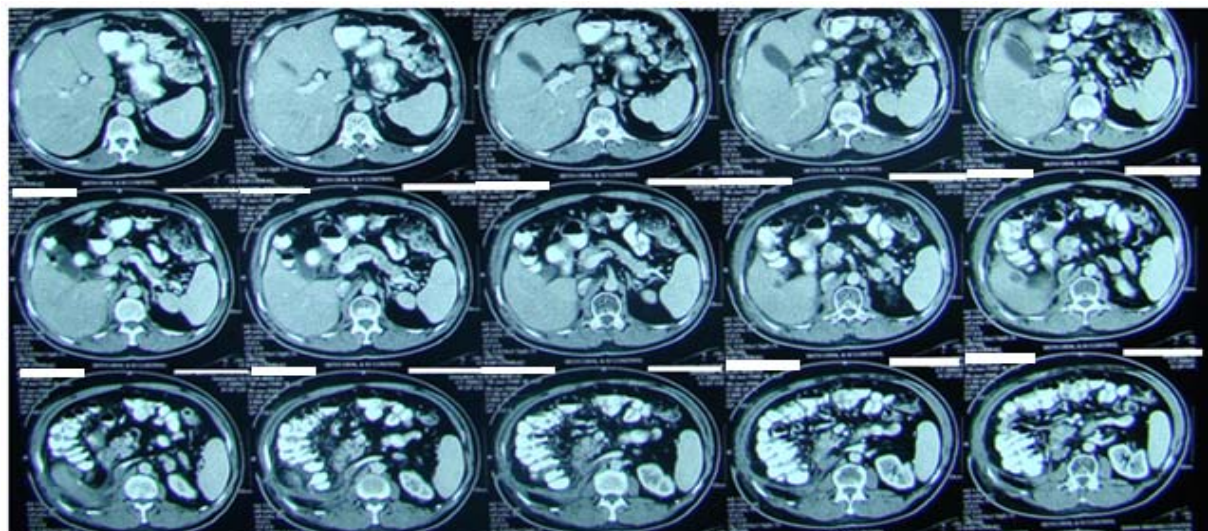
بیمار ۲

بیمار آقای ۷۱ ساله‌ای است که با تشخیص توده کلیه راست ۲ سال قبل تحت رادیکال نفرکتومی راست قرار گرفت که جواب پاتولوژی توده مذکور کارسینومای سلول‌های کلیوی با درگیری چربی پری نفریک و ورید کلیه بود. در طی پیگیری بیمار، ۶ ماه قبل متوجه توده در مجاورت پل فوقانی کلیه چپ (در محل آناتومیک آدرنال چپ) شدیم. بیمار تحت رزکسیون توده قرار گرفت و جواب پاتولوژی آن کارسینومای سلول‌های روشن کلیوی متاستاتیک به آدرنال چپ (مشابه پاتولوژی تومور کلیوی قبلی) گزارش گردید. در حال حاضر بیمار تحت پیگیری‌های منظم می‌باشد و مطالعات تصویربرداری و بیوشیمیائی پیگیری همگی نرمال است.

گرفت، تا آنکه در سال ۱۳۸۹ طی انجام سی تی اسکن، توده‌ای با اندازه ۶×۷ سانتی‌متری در آدرنال طرف مقابل گزارش شد. مطالعات تکمیلی شامل سی تی اسکن ریه، تست‌های عملکرد کبدی، اسکن استخوانی همگی نرمال و فاقد یافته مثبتی به نفع متاستاز همزمان بودند. علاوه بر آن مطالعات هورمونال نشان دهنده وجود تومور غیر عملکردی آدرنال بود. بیمار در تیر ماه ۱۳۸۹ تحت آدرنالکتومی طرف مقابل قرار گرفت که جواب پاتولوژی آن کارسینومای سلول‌های روشن کلیوی متاستاتیک (مشابه پاتولوژی تومور کلیوی قبلی) گزارش گردید. در حال حاضر بیمار تحت پیگیری می‌باشد و مطالعات تصویربرداری و بیوشیمیائی پیگیری همگی منفی و فاقد یافته‌ای مثبت است.



تصویر ۱- توده کلیه طرف چپ

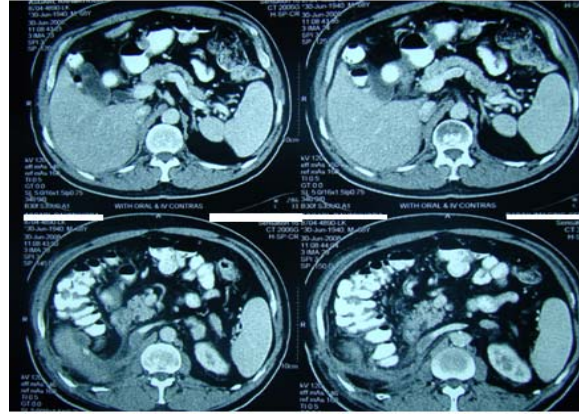


تصویر ۲- توده مجاور پل فوقانی کلیه طرف چپ

(گردش سلول‌های تومورال در خون) می‌باشد.^۲ تشخیص گرفتاری همزمان آدرنال حین تشخیص تومور اولیه و تشخیص گرفتاری غیر همزمان آن طی پیگیری‌های بعدی است.^۳ چرا که متاستازهای آدرنال در اغلب موارد بدون علائم بالینی بوده و معمولاً بیماران علائم کم کاری آدرنال را از خود نشان نمی‌دهند.^۳ تشخیص تومور اولیه و متاستازهای آن با معاینات و تست‌های تصویربرداری و مطالعات آزمایشگاهی خواهد بود. تصویربرداری جهت مرحله‌بندی تومور شامل گرافی ساده ریه (و در صورت مطرح بودن احتمال متاستاز ریوی انجام سی تی اسکن ریه) و سی تی اسکن شکم و لگن است و MRI در موارد تومورهایی با گسترش موضعی، گرفتاری احتمالی IVC (Inferior Vena Cava)، حساسیت به ماده حاجب و نارسایی کلیه سودمند خواهد بود (خصوصاً در تشخیص درگیری‌های عروقی ارزشمند خواهد بود). روش درمان کارسینومای سلول‌های کلیوی، متاستازهای همزمان تومور کلیه به آدرنال و حتی متاستازهای غیر همزمان به آدرنال طرف مقابل درمان جراحی است.^۴ و تومور به درمان کموتراپی مقاومت شدید دارد.^۴ در گزارش فوق دو بیمار با کارسینومای سلول‌های کلیوی معرفی گردید که در پیگیری‌های بعدی دچار متاستاز غیر همزمان به آدرنال طرف مقابل شده بودند (که همانطور که ذکر شد) از لحاظ آماری نادر است. بیماران به درمان جراحی پاسخ مناسب دادند و هر دو بیمار در حال حاضر زنده و تحت پیگیری منظم هستند.

نتیجه‌گیری

- ۱- در متاستاز کارسینومای سلول‌های کلیوی به آدرنال نباید منتظر علائم بالینی بود و باید با پیگیری منظم و با استفاده امکانات تصویر برداری، بروز متاستاز در این غده را به موقع تشخیص داد.
- ۲- بهترین روش درمانی در موارد متاستاز این تومور به آدرنال جراحی است.



تصویر ۳- توده مجاور پل فوقانی کلیه طرف چپ از نمای نزدیک‌تر

بحث

کارسینومای سلول‌های کلیوی توموری است که می‌تواند به بسیاری از ارگان‌ها متاستاز بدهد، ولی شایعترین ارگان‌های گرفتار شامل ریه، کبد، کلیه طرف مقابل، استخوان‌ها و مغز می‌باشد.^۲ متاستاز به آدرنال همان طرف در ۴۰٪ موارد بیماران مبتلا به کارسینومای سلول‌های کلیوی می‌تواند دیده شود که در اکثر موارد جزئی از یک بیماری متاستاتیک منتشره خواهد بود.^۱ متاستاز منفرد به آدرنال ناشایع و کمتر از ۱۰٪ بیماران را گرفتار می‌کند.^۲

متاستاز به آدرنال در اغلب موارد به آدرنال همان طرف و در درصد کمتری از موارد به آدرنال طرف مقابل خواهد بود.^۲ مواردی که در آنان احتمال گرفتاری آدرنال همان طرف وجود دارد عبارتند از ۱- تومورهایی با درجه بالا (T3 و T4) ۲- تومورهای پل فوقانی کلیه ۳- زمانی که در یافته‌های تصویربرداری مانند سی تی اسکن یا MRI گرفتاری آدرنال وجود داشته باشد که در این موارد آدرنالکتومی همزمان با نفرکتومی باید انجام گیرد.^۵ گرفتاری آدرنال طرف مقابل شیوع کمتری داشته و می‌تواند همزمان و در درصد کمتری از موارد غیر همزمان باشد.^۴ برخی فرضیه‌ها در مورد گرفتاری آدرنال طرف مقابل مطرح است که مهمترین آنان گرفتاری آدرنال از راه کاشته شدن از راه ترانس پولمونار و یا از طریق هماتوژنوس

Abstract:

Report of Two Cases of Renal Cell Carcinoma with Metachronous Contra Lateral Metastasis to the Adrenal Gland

Zargar M. A. MD^{}, Saffari H. MD^{**}, Narimani N. MD^{**}*

(Received: 6 Aug 2011 Accepted: 23 Jan 2012)

Renal cell carcinoma is most fatal tumor in genitourinary system. The most prevalent metastatic sites in renal cell carcinoma are; lung, liver, contra lateral kidney, bone and brain. Metastasis to ipsilateral adrenal gland can be seen in more than 40% of the patients and in most of the cases is a part of diffused metastatic disease. Metastasis to contra lateral adrenal is far less common and can be synchronous or metachronous. Diagnosis of ipsilateral involvement of the adrenal is concomitant with diagnosis of the primary tumor, but the diagnosis of contra lateral adrenal involvement is usually done during routine follow ups. Because adrenal metastasis is asymptomatic and patients will not show the symptoms of adrenal insufficiency. The treatment of choice for RCC and it's adrenal metastasis is surgery.

Key Words: Renal Cell Carcinoma, Metastasis, Adrenal Gland

** Professor of Urology Surgery, Tehran University of Medical Sciences and Health Services, Shahid Hasheminejad Hospital, Tehran, Iran*

*** Resident of Urology Surgery, Tehran University of Medical Sciences and Health Services, Shahid Hasheminejad Hospital, Tehran, Iran*

References:

1. Walsh PC, Retik AB, Wein AJ, Vaghan ED, Kavoussi LR, Novick AC, et al. Campbell's urology. Nine editions, 2007, Saunders, Philadelphia.
2. Utsumi T, Suzuki H, Nakamura K, Kim W, Kamijima S, Awa Y, Araki K, Nihei N, Naya Y, Ichikawa T. Renal cell carcinoma with a huge solitary metastasis to the contralateral adrenal gland: a case report. Int J Urol. 2008 Dec; 15(12): 1077-9.
3. Lau WK, Zincke H, Lohse CM, Cheville JC, Weaver AL, Blute ML. Contralateral adrenal metastasis of renal cell carcinoma: treatment, outcome and a review. BJU Int. 2003 Jun; 91(9): 775-9.
4. Hsui-Ming Lin, Yen-Chuan Ou, Chi-Rei Yang. Metachronous Solitary Contralateral Adrenal Metastasis of Renal Cell Carcinoma: Case Report and Literature Review. JTUA 15: 123-6, 2004.
5. Alamdari FI, Ljungberg B. Adrenal metastasis in renal cell carcinoma: a recommendation for adjustment of the TNM staging system. Scand J Urol Nephrol. 2005; 39(4): 277-82.