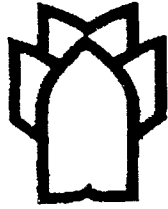
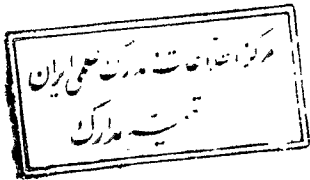


بیا م خداوند جان و خرد
کزین برتر اندیشه برنگردد

۱۳۷۸ / ۳ / ۴۰
۱۳۷۸ / ۳ / ۴۰



دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه - دانشکده پزشکی

پایان نامه

جهت اخذ درجه دکترای حرفه‌ای پزشکی

موضوع:

معرفی یک مورد لنفوم اولیه کلیه

استاد راهنما :

دکتر علی رازی (استادیار)

استاد مشاور :

دکتر ماری عطایی (استادیار)

نگارش :

منوچهر محمدی

تابستان ۱۳۷۷

۳۶۱۴/۲

تقدیم ہے:

پدر بزرگوار و مادر مہربانم کہ ہموارہ در

فراز و نشیب زندگی شمع وجودشان را چراغ

راہم ساختند.

تقدیم به:

استاد گرانقدر جناب آقای **دکتر علی رازی** که همواره در گذرگاه تحقیق با علم و درایت خویش راهنمایم بودند.

و تقدیم به:

استاد گرانمایه سرکار خانم **دکتر ماری عطایی** که با دانش سرشار خویش همواره در حل تنگناهای علمی مشاورم بودند.

و با تقدیر

و سپاس فراوان از اساتید محترم جناب آقای **دکتر بابک ایزدی** و سرکار خانم **دکتر نسرین امیری** که با زحمات و رهنمودهای بیدریغ خویش مرا در نیل به این موفقیت یاری نمودند.

فهرست

صفحه	عنوان
۱	مقدمه
۱	معرفی بیمار
۲	معاینات فیزیکی اولیه
۳	اقدامات پاراکلینیک اولیه و نتایج آنها
۶	اقدامات پاراکلینیک تکمیلی و نتایج آنها
۷	بحث
۱۱	بررسی بانک اطلاعات پزشکی MEDLINE
۱۲	لنفوم غیرهوچکین (NHL) در کتب مرجع پزشکی (ترجمه)
۳۷	خلاصه (فارسی)
۳۸	Abbreviation (خلاصه انگلیسی)
۳۹	منابع

مقدمه

لنفوم بیماری بدخیمی است که عمدتاً ارگانهای لنفاوی را بطور سیستمیک درگیر می‌سازد و در زمینه درگیری سیستمیک بسیاری از ارگانهای بدن از جمله کبد، مغز استخوان، CNS، کلیه و غیره بطور ثانویه گرفتار می‌شوند (لنفوم ثانویه). بندرت اتفاق می‌افتد که لنفوم بطور اولیه موجب گرفتاری ارگانی از بدن گردد (لنفوم اولیه). شناسایی اشکال مختلف این بیماری اهمیت بسزایی در افتراق آن از سایر علل درگیرکننده ارگانهای بدن بخصوص قبل از مراحل پیشرفته بیماری دارد.

لنفوم اولیه کلیه (PRL) بیماری نادریست که تا بحال تعداد معدودی از آن در سطح جهان گزارش گردیده است. هدف ما معرفی یک مورد دیگر از این بیماریست.

معرفی بیمار:

بیمار خانم ۶۴ ساله‌ایست که با مشکل درد و احساس سنگینی در ناحیه فوقانی و راست شکم و پهلوی راست که از ۲ ماه قبل شروع گردیده به پزشک مراجعه می‌نماید. درد بیمار کیفیت مبهم داشته و به ناحیه پرینه و ران راست انتشار می‌یابد. بیمار همچنین از علائم تحرکی ادرار بصورت: سوزش و تکرر ادرار، ادرار قطره‌قطره و درد فوق عانه‌ای شکایت دارد. در طول چند ماه اخیر دچار ضعف و بی‌حالی، سرگیجه و سردرد متناوب، کاهش وزن خفیف، یبوست و کاهش اشتهای متوسط گردیده است اما وجود تب و لرز و نیز تعریق شبانه را ذکر نمی‌نماید.

در تاریخچه پزشکی بیمار سابقه‌ای از بیماری خاص ارثی و یا اکتسابی و نیز بستری در بیمارستان وجود ندارد. ۲۶ سال پیش (در سن ۳۸ سالگی) تحت عمل جراحی سزارین و بستن لوله‌ها (T.I.) قرار گرفته است. سابقه‌ای از مصرف داروی خاص و به مدت طولانی، استعمال دخانیات یا مصرف مواد الکلی ندارد. در تاریخچه خانوادگی وی سابقه‌ای از بیماری خاص، بدخیمی و یا مرگ ناشی از بیماری بدخیم وجود ندارد.

معاینات فیزیکی اولیه:

در ظاهر عمومی سن ظاهری و تقویمی بیمار مطابقت دارند. کاشکتیک یا رنگ پریده (pale) نیست.

علائم حیاتی بیمار از این قرارند:

BP: 120/70 mm Hg

P.R: 70/min

R.R: 20 /min

T: 37.2 °c

[Body weight= 63 kg]

پوست بیمار رنگ و قوام طبیعی دارد و فاقد ضایعات پوستی مشخص است. اسکارانسزیون جراحی قدیمی در خط وسط ناحیه شکم (زیر ناف) مشهود است. در معاینه سر و گردن: ملتحمه نسبتاً pale است. اسکلرایکتریک نیست. در معاینه گوش، حلق و بینی (ENT) یافته غیرطبیعی وجود ندارد. تیروئید در نگاه و لمس طبیعی است. لنفادنوپاتی در نواحی: ساب‌مندیبولار، گردن، سوپرا کلاویکولار، اینفرا کلاویکولار، ناحیه آگزیلاری راست و چپ، اپی‌تروکلئار و اینگوینال دو طرف وجود ندارد. در معاینه قفسه صدری سمع قلب و ریه‌ها طبیعی است. در معاینه شکمی: شکم در نگاه سمیتریک است. فاقد اتساع یا شواهد دال بر وجود آسیت می‌باشد. صداهای روده‌ای طبیعی است. در لمس سطحی، شکم دردناک نیست و کاملاً نرم می‌باشد. در لمس عمقی توده‌ای دردناک با قوام سفت و ندولر در ناحیه راست و بالای شکم لمس می‌گردد که تا ناحیه راست و پایین شکم امتداد دارد. فاقد ارگانومگالی است. تندرنس خفیف سوپراپوبیک وجود دارد. دق زوایای دنده‌ای-مهره‌ای (CVA) راست و چپ دردناک نیست.

اقدامات پاراکلینیک اولیه و نتایج آنها:

بمنظور ارزیابی دقیق تر اقدامات تشخیصی پاراکلینیک انجام می‌گردد که نتایج آنها از این قرار است:

(۱) شمارش سلول‌های خونی:

(CBC & diff)

Hb: 12.1 mg/dl

Hct: 36%

WBC: 9200 per/ml

Seg: 68%

Lym: 30%

Mono: 0%

Eos: 2%

(۲) آزمایشات بیوشیمیایی سرم

FBS: 112 mg/dl

BUN: 18 mg/dl

Cr: 0.9 mg/dl

Urea: 26 mg/dl

ALP: 193 U/L

LDH: 448 U/L *H

T.Bili: 0.7 mg/dl

D. Bili: 0.3 mg/dl

Na: 140 mg/dl

K: 4 mg/dl

۳) سایر آزمایشات خونی انجام شده:

ESR (1 hr): 61

BT: 1', 40"

CT: 3', 20"

BG: B

Rh: positive

۴) آنالیز و سدیمان ادرار:

Colur: yellow

WBC: 2-3

APP. : semiturbid

RBC: 0-1

PH: 5

Epi. cells: 5-6

S.G: 1022

Bacteria: ?

Sugar: Neg

Crystals: Urate Amorph Many

ALb: pos (+)

۵) کشت ادرار و آنتی بیوگرام:

U/C: Neg (No growth)

۶) سونوگرافی از شکم:

کبد، کیسه صفرا، مجاری صفراوی و کلیه چپ دارای شکل، اندازه، اکو و نمای عادی هستند. کلیه راست بسیار بزرگتر از حد عادی و سیستم پیلوکالیسیل آن شدیداً متسع می باشد، بطوریکه منجر به نازک شدن کورتیکس گردیده است و نیز نمای کلیه دویل مشاهده می گردد.

(۷) سی تی اسکن شکم:

کلیه چپ، پانکراس، کبد و طحال دارای اندازه و دانسیته عادیست. کلیه راست بزرگتر از حد عادی است (دارای طول ۲۴ سانتی متر) و نمای دمبل مانند دارد. اتساع شدید همراه با نازک شدگی کورتکس مشهود است. *gerota fascia* ضخیم گردیده که می تواند ناشی از ضایعات التهابی، عفونی و *pyonephrosis* باشد.

با توجه به یافته های بالینی و پاراکلینیک بیمار در بخش ارولوژی بیمارستان چهارمین شهید محراب شهر کرمانشاه بستری و با تشخیص اولیه پیلونفریت گزانتوگرانولوماتوز کاندید عمل جراحی نفرکتومی راست می گردد.

گزارش عمل به این شرح است:

تشخیص قبل از عمل: پیلونفریت گزانتوگرانولوماتوز

تشخیص بعد از عمل: تومور پل تحتانی کلیه راست

نوع عمل: رادیکال نفرکتومی راست

شرح عمل و مشاهدات:

پس از G.A و ... با انسزیون اینترکوستال جدار باز شد. چسبندگی شدید به پریتون وجود داشت. پس از آزاد کردن پل فوقانی، کلیه بطور کامل آزاد و نفرکتومی انجام گردید... پل فوقانی کلیه نرمال و هیدرونفروتیک بود. در پل تحتانی کلیه توده ای هموژن وجود داشت که اطراف حالب نرمال را پر کرده و تا لگن ادامه داشت...

پس از عمل جراحی نمونه (کلیه راست) جهت ارزیابی هیستوپاتولوژیک به آزمایشگاه ارسال می گردد که

گزارش آن به این شرح است:

ارزیابی Gross:

نمونه ارسالی کلیه راست به ابعاد ۱۶×۹×۷ سانتی متر با سطح ندولر و چسبنده می باشد. در مقطع آن

یک توده قهوه ای رنگ به قطر ۸ سانتی متر جایگزین قسمتی از نسج کلیه گردیده است. در بخش های

باقیمانده، نسج کلیه آتروفیک و دیلاتاسیون سیستم کالیسیل وجود دارد. تهاجم به کپسول کلیه و چربی پری نفریک مشهود است.

ارزیابی Microscopic و تشخیص:

Diagnosis:

-Malignant Non-Hodgkin's Lymphoma.

(Diffuse Mixed Small and larg cell)

- distal uretra is free of tumor

- perinephric fat show tumor extension.

اقدامات پاراکلینیک تکمیلی و نتایج آنها:

با مشخص شدن نوع تومور (NHL) به منظور تعیین وسعت درگیری و یا شناسایی محل های درگیر دیگر احتمالی اقدامات تشخیصی پاراکلینیک بطور تکمیلی انجام می گردد که شامل موارد زیر می باشند:

الف) گرافی از قفسه صدری: (Chest X-Ray)

در بررسی رادیوگرافیک قفسه صدری، مارکرهای ریوی طبیعی هستند. اندازه قلب مختصراً افزایش یافته است. شواهدی دال بر widening مدیاستن، وجود توده و یا آدنوپاتی دیده نمی شود.

ب) سی تی اسکن قفسه صدری: (Chest CT-Scan)

سی تی اسکن ریه با و بدون تزریق ماده حاجب انجام گرفت. در برشها (Cut's) تصویری از Mass، آبه و یا کیست در پارانشیم ریهها مشهود نیست. علائم دال بر پلورال افیوژن در دو طرف دیده نمی شود. آدنوپاتی در مدیاستن مشهود نیست. سایه قلب قدری بزرگتر از حد عادیست.

ج) بیوپسی از مغز استخوان: (Bone Marrow Biopsy)

شواهدی دال بر درگیری لنفوماتوز در مغز استخوان وجود ندارد.

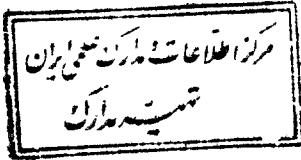
د) بررسی حلقه والدایر: (Waldeyer's Ring Ass.)

در مشاوره ENT انجام شده شواهدی دال بر درگیری حلقه والدایر وجود ندارد.

بحث

همانگونه که بیان شد بیمار با مشکل احساس درد و سنگینی در RUQ و فلانک راست که از ۲ ماه قبل شروع گردیده مراجعه می نماید. در معاینه شکمی توده ای نسبتاً حجیم با سطح ندولر و دردناک در قسمت راست شکم قابل لمس است. بیمار تحت آزمایشات پاراکلینیک اولیه شامل: تست های خونی، سونوگرافی و سی تی اسکن شکم قرار می گیرد و مشخص می شود که بجز کلیه راست که بسیار بزرگتر از حد عادیست یافته پاتولوژیک دیگری وجود ندارد. بیمار با تشخیص اولیه پیلونفریت گرانوگرانولوماتوز تحت عمل جراحی نفرکتومی راست قرار می گیرد. در بررسی هیستوپاتولوژیک وجود درگیری لنفوماتوز کلیه راست (لنفوم غیرهوچکین از نوع منتشر و مختلط سلول کوچک و بزرگ) به اثبات می رسد. در اینجا این سؤال مطرح می گردد که: «آیا درگیری تنها محدود به کلیه راست است و یا در محل های دیگر نیز درگیری لنفوماتوز وجود دارد؟» که در صورت اخیر می بایست وسعت درگیری مشخص گردد. از آنجا که بارزترین چهره بیماری وجود یک mass کلیویست که اثر فشاری ناشی از حجم فزاینده آن بر روی ارگانهای مجاور می تواند توجیه کننده مشکل غالب بیمار یعنی احساس درد و سنگینی در قسمت راست شکم باشد، و نیز از آنجا که تا آن مرحله هیچ یافته بالینی و پاراکلینیک که نشانه وجود درگیری سیستمیک و یا درگیری ارگانهای دیگر باشد بدست نیامده است، ظن به وجود درگیری اولیه کلیه شکل می گیرد. برای پاسخگویی به این سؤال که: «آیا بیماری یک لنفوم اولیه کلیه است یا لنفوم ثانویه؟» اقدامات پاراکلینیک تکمیلی و ارزیابی کامل صورت می گیرد که نتایج حاصل از این بررسی ها در چند بند خلاصه می گردد:

۱) در شرح حال و معاینه بالینی اثری از علائم سیستمیک یا B Symptoms شامل: تب، تعریق شبانه و کاهش وزن بمیزان بیش از ۱۰٪ کل وزن بدن طی ۶ ماه اخیر وجود ندارد (کاهش وزن بیمار خفیف می باشد). بیمار فاقد لنفادنوپاتی محیطی است. علائمی از گرفتاری مدیاستن و ریه ها (از قبیل سرفه های مکرر و احساس ناراحتی در قفسه سینه) و گرفتاری دستگاه گوارش (GI) وجود ندارد. آنمیک نیست. حلقه



والدایر طبیعی است.

۲) در آزمایشات خونی انجام شده اعم از : شمارش سلولی و diff- آزمایشات بیوشیمیایی سرم، تست‌های فعالیت کبدی و برخی از تست‌های انعقادی، یافته غیرطبیعی وجود ندارد که خود مؤید عدم درگیری مغز استخوان و کبد می‌باشد (بعنوان شایعترین محل‌های درگیری در بسیاری از انواع هیستوپاتولوژیک NHL).

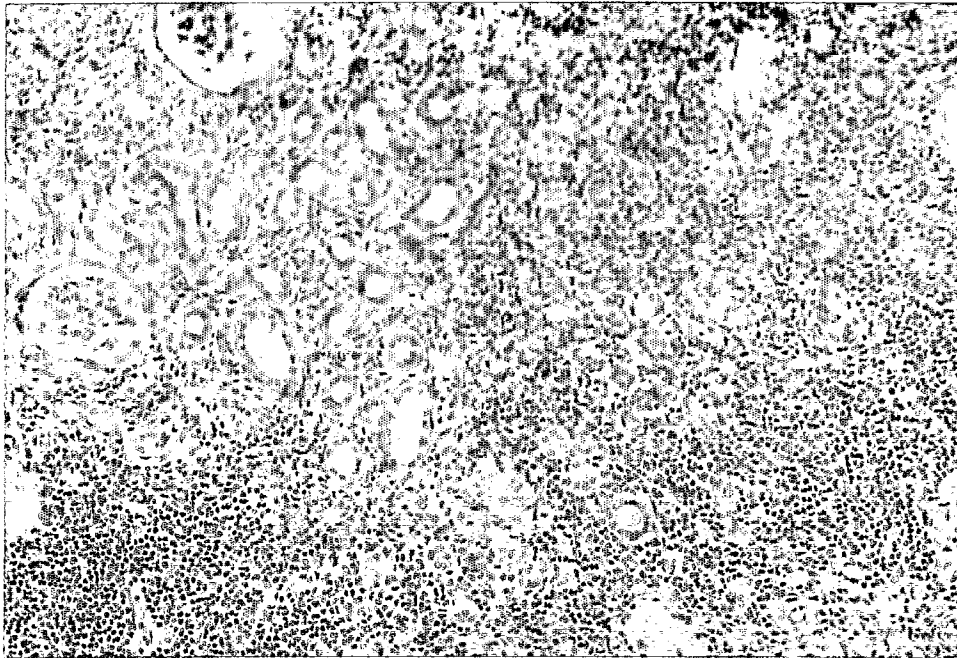
۳) رادیوگرافی و سی‌تی‌اسکن قفسه صدری عدم وجود آدنوپاتی مدیاستینال و هیلار، انفیلتراسیون پارانشیمال ریه‌ها و پلورال افیوژن را نشان می‌دهد که خود مؤید عدم درگیری مدیاستن و ریه‌هاست.

۴) در سونوگرافی و سی‌تی‌اسکن شکم: کبد، طحال، پانکراس و کلیه چپ طبیعی و اثری از لنفادنوپاتی رتروپریتون، مزانتریک یا لگنی وجود ندارد.

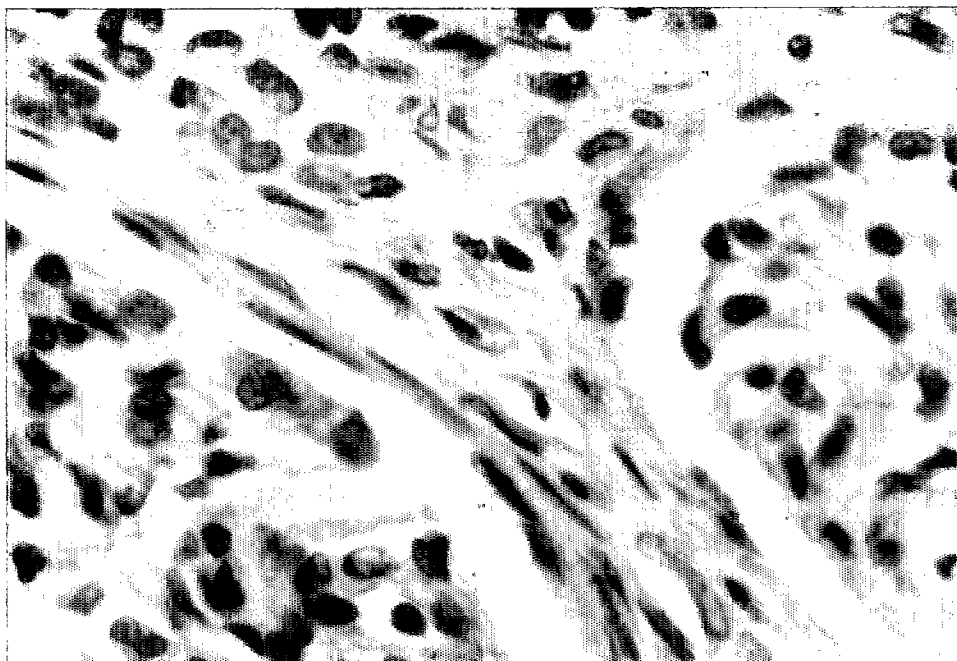
۵) بیوپسی از مغز استخوان عدم درگیری لنفوماتوز مغز استخوان را اثبات می‌نماید.

بدین ترتیب با توجه به نتایج حاصل از ارزیابی‌های بالینی و پاراکلینیک چنین نتیجه می‌گردد که در بیمار بجز کلیه راست محل دیگری برای درگیری لنفوماتوز وجود ندارد و گرفتاری تنها محدود به کلیه راست است بنابراین بیمار بعنوان مورد دیگری از لنفوم اولیه کلیه شناسایی و معرفی می‌گردد.

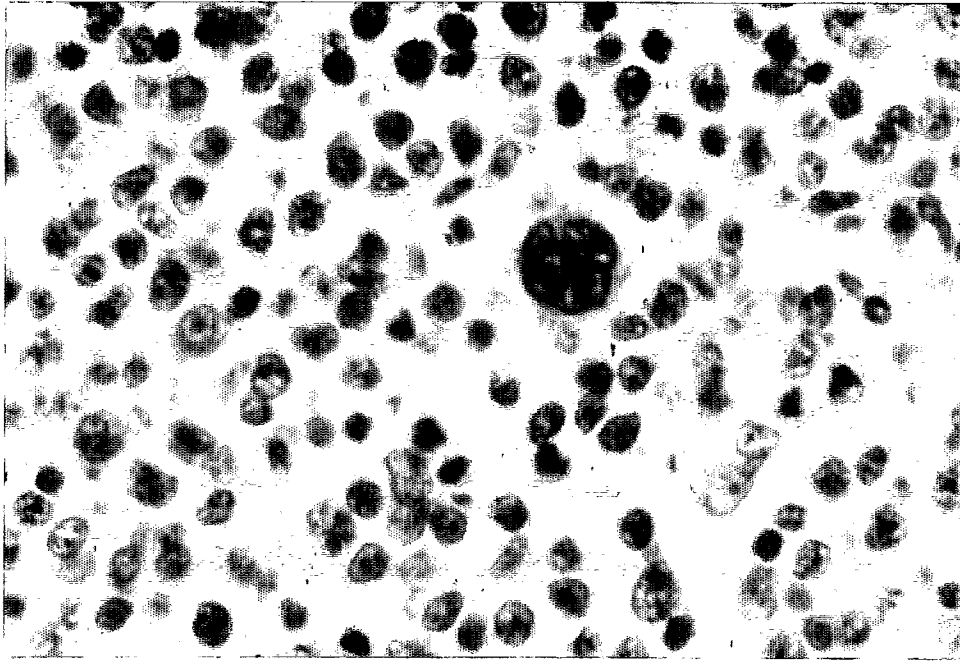
تصاویر مربوط به لام‌های هیستوپاتولوژی بیمار (کلیه و حالب راست):



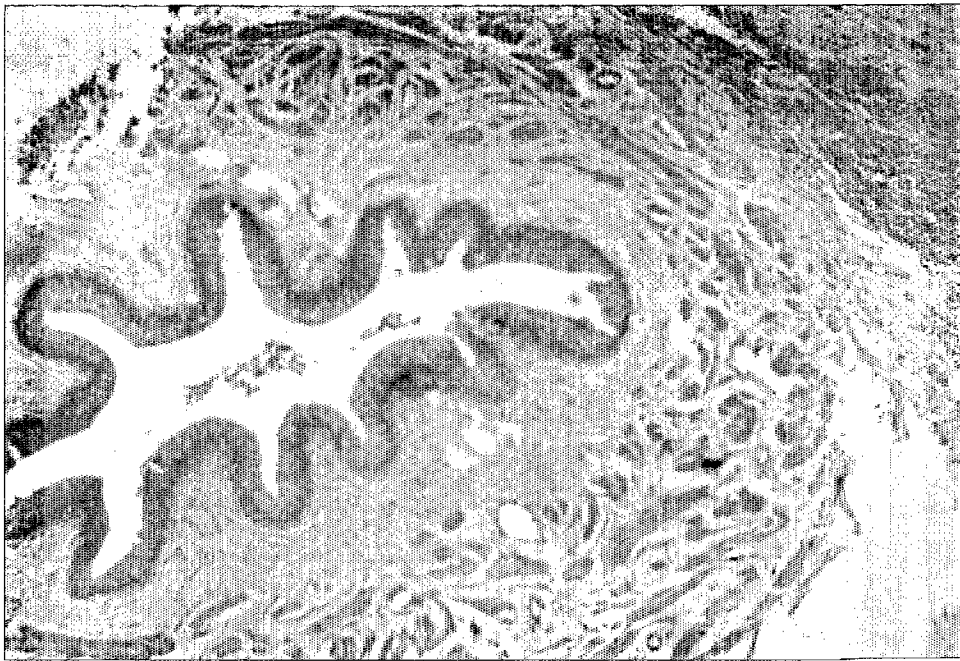
(fig.1) Renal lymphoma with interstitial pattern of Infiltration. Pressuring the tubules and glomeruli. $\times 40$.



(fig.2) Lymphoma cells in interstitium between two intact glomeruli. $\times 1000$.



(fig. 3) Renal Lymphoma. Bizarre Multinucleated cell. $\times 1000$



(fig. 4) Ureter free of tumor. $\times 40$.