



بسم تعالی

## فئوکروموسیتوم

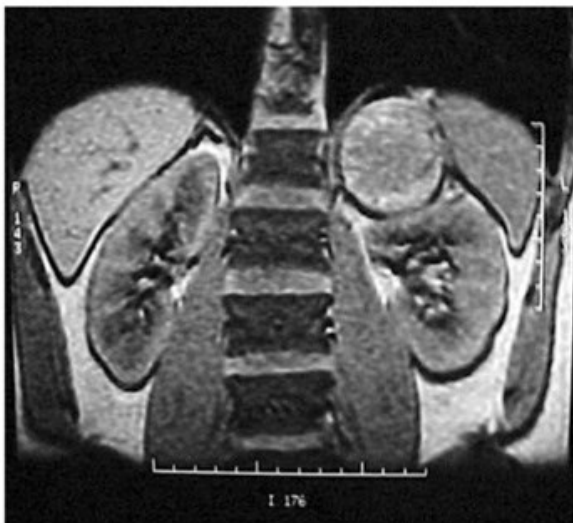


Figure 2 – MRI showing large adrenal mass - hyperintense in T2.

مری : سرکار خاتم میرزایی

بخش: داخلی زنان- بیمارستان شهید رحیمی

تهیه و تنظیم: عاطفه گله داری فرد

ترم 5 پرستاری

\* بلوک کننده های کانال کلسیمی از جمله : نیفیدپین

\* بلوک کننده های بتا آدرنرژیک از جمله: پروپرانولول

\* مهارکننده های ساخت کاتکولامین ها از جمله : آلفا-متیل-پی-تیروزین

♦ درمان جراحی: آدرنالکتومی

نکته: به دلیل محرومیت ناگهانی از کاتکولامین ها ، احتمال بروز هیپوگلیسمی و افت فشار خون بعد از عمل جراحی وجود دارد.

### تدابیر پرستاری:

1. توجه به وضعیت روحی بیمار و کاهش استرس وی.
2. مراقبت از بیمار از نظر تغییرات نوار قلبی، فشار خون شریانی ، تعادل آب و الکترولیت، سطح خونی گلوکز .
3. تعبیه چند کاتتر وریدی برای بیمار به منظور تجویز مایعات و داروها .
4. آموزش به بیمار در خصوص هدف از درمان، برنامه دارویی ، خطرات ناشی از قطع دارو، چک BP، پیگیری ها، نحوه جمع آوری نمونه ادرار 24 ساعته و...

منبع: کتاب پرستاری داخلی و جراحی برونز و سودارت کبد و غدد- ویرایش دوازدهم 2010

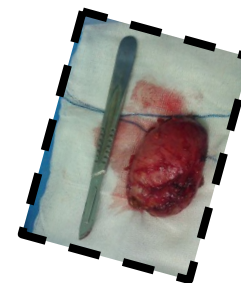
در صورت قطعی نبودن نتایج آزمون های ادرار و خون، می توان از آزمون سرکوب کلونیدین استفاده کرد.

برای تعیین محل و تعداد تومورهای فئوکروموسیتوم می توان از مطالعات پرتونگاری از قبیل CT اسکن ، MRI و سونوگرافی استفاده کرد.

استفاده از I-متایدوبنزیل گوانیدین (MIBG) به منظور تعیین محل فئوکروموسیتوم و شناسایی متاستازهای خارج از غدد آدرنال ضرورت دارد.

سینتی گرافی MIBG روشی بی خطر و غیرتهاجمی برای تأیید تشخیص تومورهای آدرنال است.

### تدابیر پزشکی:



بیمار باید استراحت کند و سر تخت را بالاتر قرار دهد.

♦ درمان دارویی:

- \* داروهای مهارکننده گیرنده آلفا از جمله: فنتولامین، فنوکسی بنزامین
- \* شل کننده های عضلات صاف از جمله: سدیم نیتروپروساید

## فئوکروموسیتوم:

تومور معمولاً خوش خیمی است که از سلول های کرومافینی بخش مرکزی آدرنال منشأ می گیرد. در 90 درصد موارد منشأ تومور از بخش مرکزی آدرنال و در 10 درصد بقیه، از بافت کرومافینی خارج آدرنال موجود در داخل یا مجاورت آئورت، تخمدان ها، طحال و سایر اندام ها می باشد.

اپیدمیولوژی: فئوکروموسیتوم در هر سنی دیده می شود، ولی حداکثر بروز آن بین سنین 40 تا 50 سال است. مردان و زنان به یک نسبت درگیر می شوند.

## **فئوکروموسیتوم عامل بالا رفتن فشارخون در 0/1 درصد بیماران فشارخونی می باشد.**

اگرچه این بیماری نادر است، ولی یکی از انواع هیپرتانسیون می باشد که معمولاً با جراحی قابل درمان است، اگرچه بدون تشخیص و درمان معمولاً کشنده است. فئوکروموسیتوم در اشکال فامیلی ممکن است قسمتی از سندرم نئوپلازی چندگانه غدد اندوکرین نوع II باشد.

### تظاهرات بالینی:

سه علامت مشخصه ی بیماری عبارتند از: **سررد، تعریق شدید، تپش قلب**

**سایر علائم:** لرزش، سردرد، گرگرفتگی و اضطراب، هیپرگلیسمی

### **علائم در حملات حاد فئوکروموسیتوم:**

احساس ضعف، اضطراب و ترس، سردرد، سرگیجه، تاری دید، وزوز گوش، عطش هوا و تنگی نفس

**سایر علائم:** پلی اوری، تهوع، استفراغ، اسهال، درد شکم و احساس مرگ

تذکر: فشار خون بیمار ممکن است به صورت دائمی یا متناوب بالا باشد. در صورت بالا بودن دائمی فشارخون، تشخیص فئوکروموسیتوم از سایر علل هایپرانتانسیون دشوار خواهد بود.

فشار خون بالا تا حد 250/150 میلی متر جیوه در این بیماران دیده شده است. عوارض چنین فشار خون بالایی عبارتند از: آریتمی های قلبی، آنوریسم دیسکانت، سکتة مغزی و نارسایی حاد کلیه. افت وضعیتی فشار خون در 70 درصد موارد درمان نشده فئوکروموسیتوم دیده می شود.

### بررسی و یافته های تشخیصی:

534

علائم فعالیت بیش از حد سمپاتیک؛ 5 علامتی که با 5 حرف انگلیسی شروع می شوند: هیپرتانسیون، سردرد، تعریق شدید، افزایش متابولیسم بدن، هیپرگلیسمی

**آزمون استاندارد برای تشخیص فئوکروموسیتوم:** اندازه گیری متابولیت های کاتکولامین ها ( متانفرین، اسید وانیلید مندلیک) یا کاتکولامین های آزاد در ادرار (این سطوح میتوانند 2 برابر محدوده ی نرمال بالا روند).

### چند نکته:

- برای انجام آزمون استاندارد ادرار 24 ساعته بیمار جمع آوری شود.
- از مصرف بعضی غذاها و دارو ها از جمله: قهوه، چای، شکلات، موز، وانیل، دخانیات، اسپرین، آمتامین، اسپری یا قطره بینی، ضداحتقان ها و گشادکننده های برونش قبل از آزمایش توسط بیمار به علت ایجاد تغییر در نتیجه آزمون خودداری شود.
- مقدار کل کاتکولامین های پلاسما، پس از 30 دقیقه استراحت بیمار در حالت خوابیده به پشت، اندازه گیری شود.
- استرس های عاطفی و فیزیکی می توانند موجب تغییر در نتیجه آزمون شوند.