نتایج بلندپمدبندی آدرنالکتومی تام برای بیماری کوشینگ

دکتر امیر بهرامی، دکتر علیرضا عابد مقدم

چکیده

مقدمه: نتایج بلندپمدبندی آدرنالکتومی دوران‌هایی برای بیماری کوشینگ در مطالعات مختلف متفاوت بوده است. در رابطه با موانع خاموشی بیماری و شیوع و پیش‌آگهی سندرومی نبود از آدرنالکتومی تام نیز امکان‌های مختلفی ارائه شده است. هدف از این مطالعه ارایه نتایج پیش‌آگهی بلندپمدبندی آدرنالکتومی تام برای بیماران در فاز درمانی بدون دسترسی به هیپوکرومیژی (کوشینگ هیپوپوزی) است. موانع و روش‌ها: تحقیق به صورت ده ساله، از سال 1370 تا 1380 در 54 بیمار تا تشخیص سندروم کوشینگ با ایتوپزیمهای مختلف در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی تبریز مراجعه کرده و در مطالعه‌های گذشته و مطالعه‌های گیپری شدن نتایج 31 بیمار (27 نفر مرد و 4 نفر زن) با بیماری کوشینگ (کوشینگ هیپوپوزی) و متوسط سن 47/4 سال تحت عمل جراحی آدرنالکتومی تام قرار گرفته، بعد از عمل از 10 تا 15 ماه (متوسط 6 ماه) پیگیری شده‌اند. یافته‌ها: در 54 بیمار بعد از آدرنالکتومی، 100% بود. در 2 بیمار بعد از 10 ماه پیچیده کردن با پردرمان و فلوئورورتریزیر فضله شک که می‌تواند نشان دهنده یافتن قسمتی از بافت آدرنال باشد. سندروم نشانه‌کردن کلیکی با ایتوپزیمهای مختلف شده و در 2 بیمار MRS سرم بیل‌‌آ و نمونه‌های فضله در سرماکسک ایتوپژین در 2 بیمار ACTH که FCS می‌تواند شبیه به FS بود با وجود دیدن

متن مقاله

و اگزوم کلیدی: بیماری کوشینگ، آدرنالکتومی دوره‌هایی، سندروم نشانه

مقدمه

در حال حاضر درمان انتحالی برای سندروم کوشینگ

هیپوپوزی (کوشینگ) عمل جراحی ترانس اسپنوسیود

روی غده هیپوپوزی است. لگنچه هیپوپوزیکوم ترانس

اسپنوسیود می‌تواند موربیدیتی و مورفولوژیکی اندکی همراه است. میزان

i - Transphenoidal pituitary surgery

بخش آندروکینولوژی و متانولوژی مرکز پزشکی سینا دیرمان‌ن

بیماری‌های داشتنی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی تبریز

نشانه‌های کلیدی: بیماری کوشینگ، سندروم نشانه

E-mail: t.u.end.d@bzmmed.ac.ir
تشخیص سندروم کوشینگ در بیماران دارای علایم و نشانه‌های بالینی با اندازه‌گیری کورتیزول آزاد ادرار 24 ساعت و آزمایش‌های ماهیت دگرگونان مطرح شده بود. استفاده شیمیایی چند آزمون ACTH در تغذیه غیرACTH مکرر اند و استفاده از روش‌های تصویربرداری عامیانه MRI یا CT به عنوان یک روش بیماری کوشینگ محسوس می‌شود. برای بیماری کوشینگ محرر می‌تواند به دو دسته بیماری سیزرو و بیماری بالایی تقسیم شود. در بیماری سیزرو بیماری کوشینگ خصوصاً در بیماران مبتلا به بیماری کوشینگ به دنبال نشانه‌های جراحی و در بیماران که برای اولین بار نشانه‌های جراحی را دارند. در بیماران که برای اولین بار نشانه‌های جراحی را دارند. در بیماران که برای اولین بار نشانه‌های جراحی را دارند. در بیماران که برای اولین بار نشانه‌های جراحی را دارند. در بیماران که برای اولین بار نشانه‌های جراحی را دارند. در بیماران که برای اولین بار نشانه‌های جراحی را دارند. در بیماران که برای اولین بار نشانه‌های جراحی را دارند. در بیماران که برای اولین بار نشانه‌های جراحی را دارند. در بیماران که برای اولین بار نشانه‌های جراحی را دارند. در بیماران که برای اولین بار نشانه‌های جراحی را دارند. در بیماران که برای اولین بار نشانه‌های جراحی را دارند. در بیماران که برای اولین بار نشانه‌های جراحی را دارند. در بیماران که برای اولین بار نشانه‌های جراحی را دارند. در بیماران که برای اولین بار نشانه‌های جراحی را دارند. در بیماران که برای اولین بار نشانه‌های جراحی را دارند. در بیماران که برای اولین بار نشانه‌های جراحی را دارند. در بیماران که برای اولین بار نشانه‌های جراحی را دارند. در بیماران که برای اولین بار نشانه‌های جراحی را دارند. در بیماران که برای اولین بار نشانه‌های جراحی را دارند. در بیماران که برای اولین بار نشانه‌های جراحی را دارند. در بیماران که برای اولین بار نشانه‌های جراحی را دارند. در بیماران که برای اولین بار نشانه‌های جراحی را دارند. در بیماران که برای اولین بار نشانه‌های جراحی را دارند. در بیماران که برای اولین بار نشانه‌های جراحی را دارند. در بیماران که برای اولین بار نشانه‌های جراحی را دارند. در بیماران که برای اولین بار نشانه‌های جراحی را دارند. در بیماران که برای اولین بار نشانه‌های جراحی را دارند. در بیماران که برای اولین بار نشانه‌های جراحی را دارند. در بیماران که برای اولین بار نشانه‌های جراحی را دارند. در بیماران که برای اولین بار نشانه‌های جراحی را دارند. در بیماران که برای اولین بار نشانه‌های جراحی را دارند. در بیماران که برای اولین بار نشانه‌های جراحی را دارند. در بیماران که برای اولین بار نشانه‌های جراحی را دارند. در بیماران که برای اولین بار نشانه‌های جراحی را دارند. در بیماران که برای اولین بار نشانه‌های جراحی را دارند. در بیماران که برای اولین بار نشانه‌های جراحی را دارند. در بیماران که برای اولین بار نشانه‌های جراحی را دارند. در بیماران که برای اولین بار نشانه‌های جراحی را دارند. در بیماران که برای اولین بار نشانه‌های جراحی را دارند. در بیماران که برای اولین بار نشانه‌های جراحی را دارند. در بیماران که برای اولین بار نشانه‌های جراحی را دارند. در بیماران که برای اولین بار نشانه‌های جراحی را دارند. در بیماران که برای اولین بار نشانه‌های جراحی را دارند. در بیماران که برای اولین بار نشانه‌های جراحی را دارند. در بیماران که برای اولین بار نشانه‌های جراحی را دارند. در بیماران که برای اولین بار نشانه‌های جراحی را دارند. در بیماران که برای اولین بار نشانه‌های جراحی را دارند. در بیماران که برای اولین بار نشانه‌های جراحی را دارند. در بیماران که برای اولین بار نشانه‌های جراحی را دارند. در بیماران که برای اولین بار نشانه‌های جراحی را دارند. در بیماران که برای اولین بار نشانه‌های جراحی را دارند. در بیماران که برای اولین بار نشانه‌های جراحی را دارند. در بیماران که برای اولین بار نشانه‌های جراحی را دارند. در بیماران که برای اولین بار نشانه‌های جراحی را دارند. در بیماران که برای اولین بار نشانه‌های جراحی را دارند. در بیماران که برای اولین بار نشانه‌های جراحی را دارند. در بیماران که برای اولین بار نشانه‌های جراحی را دارند. در بیماران که برای اولین بار نشانه‌های جراحی را دارند. در بیماران که برای اولین بار نشانه‌های جراحی را دارند. در بیماران که برای اولین بار نشانه‌های جراحی را دارند. در بیماران که برای اولین بار نشانه‌های جراحی را دارند. در بیماران که برای اولین بار نشانه‌های جراحی را دارند. در بیماران که برای اولین بار نشانه‌های جراحی را دارند. در بیماران که برای اولین بار نشانه‌های جراحی را دارند. در بیماران که برای اولین بار نشانه‌های جراحی را دارند. در بیماران که برای اولین بار نشانه‌های جراحی را دارند. در بیماران که برای اولین بار نشانه‌های جراحی را دارند. در بیماران که برای اولین بار نشانه‌های جراحی را دارند. در بیماران که برای اولین بار نشانه‌های جراحی را دارند. در بیماران که برای اولین بار نشانه‌های جراحی را دارند. در بیماران که برای اولین بار نشانه‌های جراحی را دارند. در بیماران که برای اولین بار نشانه‌های جراحی R-Addison crisis
جدول 1- روشهای جراحی اعمال شده در بیماران مورد بررسی

<table>
<thead>
<tr>
<th>نوع جراحی</th>
<th>تعداد موارد</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>بیماری کوششی (میوهفیزی)</td>
<td>24</td>
</tr>
<tr>
<td>بیماری اولیه آدنال</td>
<td>8</td>
</tr>
<tr>
<td>بیماری کوششی (هیپوفیزیک)</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>ACTH ناتیو</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>برنامه تومور ترشح کننده ACTH</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

جدول 2- شیوع انتی‌ژن‌های مختلف سندروم کوششی در 32 بیمار

<table>
<thead>
<tr>
<th>انتی‌ژن</th>
<th>تعداد بیماران</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>ACTH</td>
<td>35</td>
</tr>
<tr>
<td>بیماری کوششی</td>
<td>33</td>
</tr>
<tr>
<td>سندروم ACTH</td>
<td>27</td>
</tr>
<tr>
<td>انتی‌ژنیک</td>
<td>14</td>
</tr>
<tr>
<td>نادرست به ACTH</td>
<td>9</td>
</tr>
<tr>
<td>آدنال</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>هیپوپلازی‌پیکر شدن</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>کارسینوم آدنال</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>هیپوپلازی‌پیکر شدن</td>
<td>1</td>
</tr>
</tbody>
</table>

گزارش گردید. بیماران در فواصل منظم جهت سپیکیر مراقبات نمودارند و بیماران‌یا مبتلا به اکستروکینولیز است تحت شد به دو بیماران بعد از آدنالکومی تام تحت درمان جایگزینی با پردنپزولون و فلودروکورتیزول 25 تا 75 میلی گرم در روز بودند.

بیماران به (امسیون) بعد از آدنالکومی تام به 100 بیمار علائم و نشانه‌های سندروم کوششی به طور کامل بهبود یافتند. در 2 بیمار که بعد از مدتی بیکیری، شوادیه به نفع ترشح کورتئزول آدنال و وجود داشت درمان جایگزینی با استروئیدهای اکرونس قطع گردید. بیماران نیاز به درمان جایگزینی ماده العما بعد از مدتی، آدنال پیدا نمی‌کردند.

مرکز میوهفیزیک

2 بیمار (7/2) در طول مدت پیکری فوت کردند. بستری این میزان با 96 ٪ در بیماران 22/2 است. علت مرگ هر نمک

* Nonclassical
* Remission
* Nelson’s syndrome
* Classical or full-blown
جدول ۳- اطلاعات مربوط به سی بیمار فوت شده در جریان بیماری پس از آدنالکتومی توتال

<table>
<thead>
<tr>
<th>سن عمیل</th>
<th>جنس</th>
<th>بیماری آدنالکتومی توتال</th>
<th>مدت زمان</th>
<th>سن اولیه</th>
<th>بیماری کوشینگ</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>۲۳ ماه</td>
<td>مرد</td>
<td>آدنالکسیتوسم متاستاتیک</td>
<td>۲۸ ماه</td>
<td>۳۲ اسماعه</td>
<td>بیماری کوشینگ</td>
</tr>
<tr>
<td>۴۰ ماه</td>
<td>زن</td>
<td>کارسینوم متاستاتیک پانکراس</td>
<td>۱۵ ماه</td>
<td>۷۰ اسماعه</td>
<td>بیماری کوشینگ</td>
</tr>
<tr>
<td>۴۱ ماه</td>
<td>مرد</td>
<td>تومور متاستاتیک با گردتری پریتیون از مشا تاملوم</td>
<td>۲۹ ماه</td>
<td>۲۹ اسماعه</td>
<td>بیماری کوشینگ</td>
</tr>
</tbody>
</table>

جدول ۴- اطلاعات بالینی بیماران با تشخیص سندروم نلسن

<table>
<thead>
<tr>
<th>سن موقع آدنالکتومی (سال)</th>
<th>بیمار ۱</th>
<th>بیمار ۲</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>۳۲</td>
<td>۱۶</td>
<td>۱۶</td>
</tr>
<tr>
<td>۲۹</td>
<td>۲۲</td>
<td>۷۱</td>
</tr>
<tr>
<td>۲۱</td>
<td>۵۱</td>
<td>۵۱</td>
</tr>
<tr>
<td>۵۱</td>
<td>۵۱</td>
<td>۵۱</td>
</tr>
<tr>
<td>۴۱ pg/mL</td>
<td>۹۶ pg/mL</td>
<td>۹۸ pg/mL</td>
</tr>
<tr>
<td>۱۱۲ pg/mL</td>
<td>۵۲ pg/mL</td>
<td>۵۲ pg/mL</td>
</tr>
<tr>
<td>۲۰۱۷ pg/mL</td>
<td>۳۰ pg/mL</td>
<td>۳۰ pg/mL</td>
</tr>
<tr>
<td>۸۲</td>
<td>۳۰</td>
<td>۳۰</td>
</tr>
<tr>
<td>۵۱</td>
<td>۵۱</td>
<td>۵۱</td>
</tr>
<tr>
<td>۳۰</td>
<td>۳۰</td>
<td>۳۰</td>
</tr>
<tr>
<td>نرمال نمایش مهار نمی‌کند</td>
<td>نرمال نمایش مهار نمی‌کند</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

صدارت اصلی: 
درمان اولیه برای کوشینگ 
علائم بالینی در زمان 
تشخیص سندروم نلسن 
زمان تشخیص سندروم 
نلسن بعد از آدنالکتومی 
(ام) 
درمان در زمان 
نتیجه تصویربرداری از ناحیه 
(این CT MRI) 

تومور مهار نمی‌کند 
تومور مهار نمی‌کند 
تومور مهار نمی‌کند 
تومور مهار نمی‌کند 
تومور مهار نمی‌کند 
تومور مهار نمی‌کند 
تومور مهار نمی‌کند 
تومور مهار نمی‌کند 
تومور مهار نمی‌کند 
تومور مهار نمی‌کند 
تومور مهار نمی‌کند 
تومور مهار نمی‌کند 
تومور مهار نمی‌کند 
تومور مهار نمی‌کند 
تومور مهار نمی‌کند 
تومور مهار نمی‌کند 
تومور مهار نمی‌کند 
تومور مهار نمی‌کند 
تومور مهار نمی‌کند 
تومور مهار نمی‌کند 
تومور مهار نمی‌کند 
تومور مهار نمی‌کند 
تومور مهار نمی‌کند 
تومور مهار نمی‌کند 
تومور مهار نمی‌کند 
تومور مهار نمی‌کند 
تومور مهار نمی‌کند 
تومور مهار نمی‌کند 
تومور مهار نمی‌کند 
تومور مهار نمی‌کند 
تومور مهار نمی‌کند 
تومور مهار نمی‌کند 
تومور مهار نمی‌کند 
تومور مهار نمی‌کند 
تومور مهار نمی‌کند 
تومور مهار نمی‌کند 
تومور مهار نمی‌کند 
تومور مهار نمی‌کند 
تومور مهار نمی‌کند 
تومور مهار نمی‌کند 
تومور مهار نمی‌کند 
تومور مهار نمی‌کند 
تومور مهار نمی‌کند 
تومور مهار نمی‌کند 
تومور مهار نمی‌کند 
تومور مهار نمی‌کند 
تومور مهار نمی‌کند 
تومور مهار نمی‌کند 
تومور مهار نمی‌کند 
تومور مهار نمی‌کнд 
تومور مهار نمی‌کند 
تومور مهار نمی‌کند 
تومور مهار نمی‌کند 
تومور مهار نمی‌کند 
تومور مهار نمی‌کند 
تومور مهار نمی‌کند 
تومور مهار نمی‌کند 
تومور مهار نمی‌کند 
تومور مهار نمی‌کند 
تومور مهار نمی‌کند 
تومور مهار نمی‌کند 
تومور مهار نمی‌کند 
تومور مهار نمی‌کند 
تومور مهار نمی‌کند 
تومور مهار نمی‌کند 
تومور مهار نمی‌کند 
تومور مهار نمی‌کند 
تومور مهار نمی‌کند 
تومور مهار نمی‌کند 
تومور مهار نمی‌کند 
تومور مهار نمی‌کند 
تومور مهار نمی‌کند 
تومور مهار نمی‌کند 
تومور مهار نمی‌کند 
تومور مهار نمی‌کند 
تومور مهار نمی‌کند 
تومور مهار نمی‌کند 
تومور مهار نمی‌کند 
تومور مهار نمی‌کند 
تومور مهار نمی‌کند 
تومور مهار نمی‌کند 
تومور مهار نمی‌کند 
تومور مهار نمی‌کند 
تومور مهار نمی‌کند 
تومور مهار نمی‌کند 
تومور مهار نمی‌کند 
تومور مهار نمی‌کند 
تومور مهار نمی‌کند 
تومور مهار نمی‌کند 
تومور مهار نمی‌کند 
تومور مهار نمی‌کند 
تومور مهار نمی‌کند 
تومور مهار نمی‌کند 
تومور مهار نمی‌کند 
تومور مهار نمی‌کند 
تومور مهار نمی‌کند 
تومور مهار نمی‌کند 
تومور مهار نمی‌کند 
تومور مهار نمی‌کند 
تومور مهار نمی‌کند 
تومور مهار نمی‌کند 
تومور مهار نمی‌کند 
تومور مهار نمی‌کند 
تومور مهار نمی‌کند 
تومور مهار نمی‌کند 
تومور مهار نمی‌کند 
تومور مهار نمی‌کند 
تومور مهار نمی‌کند 
تومور مهار نمی‌کند 
تومور مهار نمی‌کند 
تومور مهار نمی‌کند 
تومور مهار نمی‌کند 
تومور مهار نمی‌کند 
تومور مهار نمی‌کند 
تومور مهار نمی‌کند 
تومور مهار نمی‌کند 
تومور مهار نمی‌کند 
تومور مهار نمی‌کند 
تومور مهار نمی‌کند 
تومور مهار نمی‌کند 
تومور مهار نمی‌کند 
تومور مهار نمی‌کند 
تومور مهار نمی‌کند 
تومور مهار نمی‌کند 
تومور مهار نمی‌کند 
تومور مهار نمی‌کند 
تومور مهار نمی‌کند 
تومور مهار نمی‌کند 
تومور مهار نمی‌کند 
تومور مهار نمی‌کند 
تومور مهار نمی‌کند 
تومور مهار نمی‌کند 
تومور مهار نمی‌کند 
تومور مهار نمی‌کند 
تومور مهار نمی‌کند 
تومور مهار نمی‌کند 
تومور مهار نمی‌کند 
تومور مهار نمی‌کند 
تومور مهار نمی‌کند 
تومور مهار نمی‌کند 
تومور مهار نمی‌کن...
بحث

سدندر کوکیشن به علت میزان بالای مرم و میر و ایجاد ناتوانی هنوز یکی از مشکلات متخصصان غد به شمار می‌روید. با وجود پیشرفت‌های عمده در زمینه تشخیص، تعیین ابزاری روش‌های لکلاریاسیون و درمان سبد کوکیشن هنوز مشکلاتی وجود دارد. تا قبل از دهه ۱۹۸۰، آدنالکوکی تسکین دارود طرفه روش‌های متداول برای برخی از موارد سندروم کوکیشن می‌پیوندی‌زی بود ولی به علت پیدا شدن عوارض ناپذیر و نتایج بد، تحقیقات برای سداند مصرف سندروم کوکیشن هنوز پیشرفت‌های بار در طراحی‌های جدیدی انجام شده که برای برخی از این سندروم‌ها بسیار مؤثر بوده‌است.

در مطالعه حاضر، نتایج مختلف از آدنالکوکی مورد بررسی قرار گرفته که به این ترتیب که در سرانه درمان آدنالکوکی، این امتیازات یکسان است و در مورد بیمارانی که به دلیل سندروم کوکیشن مبتلا هستند، این امتیازات متفاوت است.

اول‌اً علی‌رغم آدنالکوکی نمی‌تواند در بررسی تحقیقات موفق یکی از مواردی باشد. به‌طور کلی در بررسی‌های مختلفی از آدنالکوکی، این امتیازات متفاوت است و در مورد بیمارانی که به دلیل سندروم کوکیشن مبتلا هستند، این امتیازات متفاوت است.

این امتیازات متفاوت است و در مورد بیمارانی که به دلیل سندروم کوکیشن مبتلا هستند، این امتیازات متفاوت است.

در نهایت، این امتیازات متفاوت است و در مورد بیمارانی که به دلیل سندروم کوکیشن مبتلا هستند، این امتیازات متفاوت است.

در نهایت، این امتیازات متفاوت است و در مورد بیمارانی که به دلیل سندروم کوکیشن مبتلا هستند، این امتیازات متفاوت است.

در نهایت، این امتیازات متفاوت است و در مورد بیمارانی که به دلیل سندروم کوکیشن مبتلا هستند، این امتیازات متفاوت است.

در نهایت، این امتیازات متفاوت است و در مورد بیمارانی که به دلیل سندروم کوکیشن مبتلا هستند، این امتیازات متفاوت است.

در نهایت، این امتیازات متفاوت است و در مورد بیمارانی که به دلیل سندروم کوکیشن مبتلا هستند، این امتیازات متفاوت است.

در نهایت، این امتیازات متفاوت است و در مورد بیمارانی که به دلیل سندروم کوکیشن مبتلا هستند، این امتیازات متفاوت است.

در نهایت، این امتیازات متفاوت است و در مورد بیمارانی که به دلیل سندروم کوکیشن مبتلا هستند، این امتیازات متفاوت است.

در نهایت، این امتیازات متفاوت است و در مورد بیمارانی که به دلیل سندروم کوکیشن مبتلا هستند، این امتیازات متفاوت است.

در نهایت، این امتیازات متفاوت است و در مورد بیمارانی که به دلیل سندروم کوکیشن مبتلا هستند، این امتیازات متفاوت است.

در نهایت، این امتیازات متفاوت است و در مورد بیمارانی که به دلیل سندروم کوکیشن مبتلا هستند، این امتیازات متفاوت است.

در نهایت، این امتیازات متفاوت است و در مورد بیمارانی که به دلیل سندروم کوکیشن مبتلا هستند، این امتیازات متفاوت است.

در نهایت، این امتیازات متفاوت است و در مورد بیمارانی که به دلیل سندروم کوکیشن مبتلا هستند، این امتیازات متفاوت است.

در نهایت، این امتیازات متفاوت است و در مورد بیمارانی که به دلیل سندروم کوکیشن مبتلا هستند، این امتیازات متفاوت است.

در نهایت، این امتیازات متفاوت است و در مورد بیمارانی که به دلیل سندروم کوکیشن مبتلا هستند، این امتیازات متفاوت است.

در نهایت، این امتیازات متفاوت است و در مورد بیمارانی که به دلیل سندروم کوکیشن مبتلا هستند، این امتیازات متفاوت است.

در نهایت، این امتیازات متفاوت است و در مورد بیمارانی که به دلیل سندروم کوکیشن مبتلا هستند، این امتیازات متفاوت است.

در نهایت، این امتیازات متفاوت است و در مورد بیمارانی که به دلیل سندروم کوکیشن مبتلا H
صفر و بیش از ۵۰ بیمار در سطح متوسط تعداد ۲۰٪ و بیش از ۵۰ بیمار با بیماری کوشکنگ ۶۰۰ بیمار در سطح متوسط تعداد ۱۰٪ تشخیص داد. این پژوهشکاران شیوع بالای سطح تسنیم را به سبب افزایش بهبود درمان و اعمال سیاست‌های بالینی پیشنهاد می‌نمایند.

توجهی برای ۵۰ بیمار در سطح متوسط تعداد ۲۰٪ و بیش از ۵۰ بیمار با بیماری کوشکنگ ۶۰۰ بیمار در سطح متوسط تعداد ۱۰٪ یافته شد. این پژوهشکاران شیوع بالای سطح تسنیم را به سبب افزایش بهبود درمان و اعمال سیاست‌های بالینی پیشنهاد می‌نمایند.

یافت شده که تشخیص دادن به سبب افزایش بهبود درمان و اعمال سیاست‌های بالینی پیشنهاد می‌نمایند.

یافت شده که تشخیص دادن به سبب افزایش بهبود درمان و اعمال سیاست‌های بالینی پیشنهاد می‌نمایند.

یافت شده که تشخیص دادن به سبب افزایش بهبود درمان و اعمال سیاست‌های بالینی پیشنهاد می‌نمایند.
جدول ۵- شیوع ستروم‌های تلسر در مطالعات عمدتا قبلي

<table>
<thead>
<tr>
<th>ستروم تلسر</th>
<th>وجود تومور در</th>
<th>ACTH</th>
<th>تعداد بیماران با تلسر نسبت به کل بیماران (٪)</th>
<th>سال</th>
<th>پژوهشکر</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>افزایش یافته</td>
<td>بیکمپتاسیون</td>
<td>انتشار</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>+</td>
<td>+</td>
<td></td>
<td>۷/۹۱ (۷)</td>
<td>۱۹۷۱</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>-</td>
<td>+</td>
<td>+</td>
<td>۶/۵۸ (۶)</td>
<td>۱۹۷۷</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>اندام‌گیری نشده</td>
<td>+</td>
<td>+</td>
<td>۴/۲۲ (۴)</td>
<td>۱۹۷۱</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>+</td>
<td>+</td>
<td></td>
<td>۱۰/۸۵ (۱۰)</td>
<td>۱۹۷۸</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>-</td>
<td>+</td>
<td>+</td>
<td>۱/۱۸ (۱)</td>
<td>۱۹۷۹</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>+</td>
<td>+</td>
<td>+</td>
<td>۲/۱۵ (۲)</td>
<td>۱۹۸۲</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>+</td>
<td>+</td>
<td></td>
<td>۲/۸۵ (۲)</td>
<td>۱۹۸۳</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>+</td>
<td>+</td>
<td></td>
<td>۱/۱۸ (۱)</td>
<td>۱۹۸۵</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>+</td>
<td>+</td>
<td></td>
<td>۲/۲۲ (۲)</td>
<td>۱۹۸۶</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>+</td>
<td>+</td>
<td></td>
<td>۱/۱۰ (۱)</td>
<td>۲۰۰۰</td>
</tr>
</tbody>
</table>

در مطالعه خود در مقایسه با پرسه‌هاي انجام شده قبلي ستروم همراه با هپرپیگمادراسیون عجیب‌خاطر در غياي بالي یافته شده و این انتشار در ستروم‌های ACTH تلقين کردن پژوهشگران فوق شیوع ستروم تلسر را در این مطالعه ۳٪ کردن و در سال بعد از پیگری شده (۹٪) در فاصله زمانی ۷ تا ۲۴ سال بعد از آدنالکتونوم دچار ستروم تلسر شده. در این مطالعه ستروم تلسر را به Full-blown Beginnin Nelson’s syndrome بیمار دیگر (۱۲٪)، دچار شده و در هنگام نخستین پژوهشگران ستروم هپرپیگمادراسیون داده شد. بیمارانی که پروتودمی از آدنالکتونوم به ناحیه هپرفیوز دریافت کرده و پس از دچار ستروم تلسر شده شیوع ستروم تلسر در پی آدنالکتونوم تام در مطالعات مهم قبلي در جدول (۵) ثبت شده است.

- High index of suspicion
فاصله ۴۷ و ۳۶ ماه بعد از آدرنالکنومی تام، دچار سندروم نلودن کلاسیک شدند. در هر دو بیمار مراکز پزشکی توصیه انجام و در هر دو بیمار دیگر نیز، یک دیاپاژس دوره‌ای و دیاپاژس توده‌ای در دو بیمار دیده شد. در نهایت، در طول مدت ۱۰ سال (۱۹۷۳ و ۱۹۷۵) از MRI پیکرهای اولیتی (پتولگرامی) در سیستم اسکن‌ای (سی‌اس‌تی) از هیپوفیز کشف نشد (سندروم نلودن کلاسیک). بنابراین اگر این دو بیمار به نظر نه تنها دچار سندروم نلودن بودند و در Ж. سندروم نلودن کلاسیک نبود، نبودند که بایستی این دو بیمار به سندروم نلودن بودند. در این مطالعه نیز در سال ۱۹۷۳ دو بیمار از اسکن‌های MRI پیکرهای اولیتی (پتولگرامی) در سیستم اسکن‌ای (سی‌اس‌تی) کشف نشد. بنابراین، اگر این دو بیمار به نظر بودند که دچار سندروم نلودن نبودند، نمی‌توان گفت که این دو بیمار به نظر نه تنها دچار سندروم نلودن بودند و در Ж. سندروم نلودن کلاسیک نبودند.

