

## بررسی ده ساله توده‌های شکمی جراحی کودکان در بیمارستان شماره یک دانشگاه علوم پزشکی کرمان

دکتر علیرضا ستوده‌نژاد<sup>۱</sup>، دکتر محمد مدرسی<sup>۱</sup> و دکتر رستم سیف‌الدینی<sup>۲</sup>

### خلاصه

بمنظور تعیین توزیع فراوانی توده‌های شکمی کودکان مراجعه‌کننده به بیمارستان شماره یک طی ده سال از ۱۳۶۱-۱۳۷۱ این مطالعه به صورت گذشته‌نگر و با مراجعه به پرونده‌های آنان انجام گرفت. جمعاً ۵۱ بیمار در گروه سنی کودکان با تشخیص توده شکمی طی این مدت بستری شده، تحت درمان قرار گرفتند. ۲۷ نفر از بیماران پسر و ۲۴ نفر دختر بودند. سن بیماران از سه ماه تا ۱۴ سال متغیر بوده است. در این بررسی شایع‌ترین توده شکمی تومور ویلمز (۳۱٪) بود. لنفوم بورکیت (۲۱/۵٪)، نوروبلاستوما (۸/۷٪) و هپاتوبلاستوما (۶٪) از نظر شیوع در مکان‌های بعدی قرار داشتند. معاینه دقیق بالینی، پیلوگرافی وریدی، سونوگرافی و سی‌تی‌اسکن، ارکان تشخیص بودند.

واژه‌های کلیدی: توده شکمی، توده شکمی جراحی در کودکان

### مقدمه

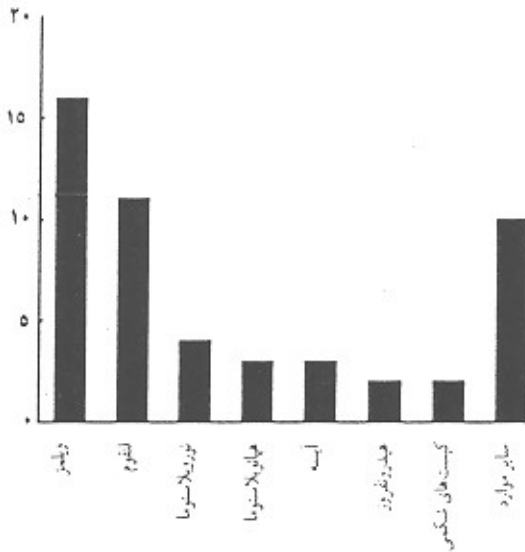
شکمی یا خلف صفاقی کشف شود. با انجام معاینه فیزیکی و استفاده از روش‌های تشخیصی ذکر شده، به خوبی می‌توان یک تومور یا کیست را از عضو طبیعی یا ارگانومگالی یا تجمع

توده شکمی (abdominal mass) ممکن است به صورت برآمدگی قابل رؤیت، یا قابل لمس مشخص گردد، و یا به کمک عکس ساده شکم، سونوگرافی، سی‌تی‌اسکن و MRI در حفره

۱- استادیار جراحی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی کرمان

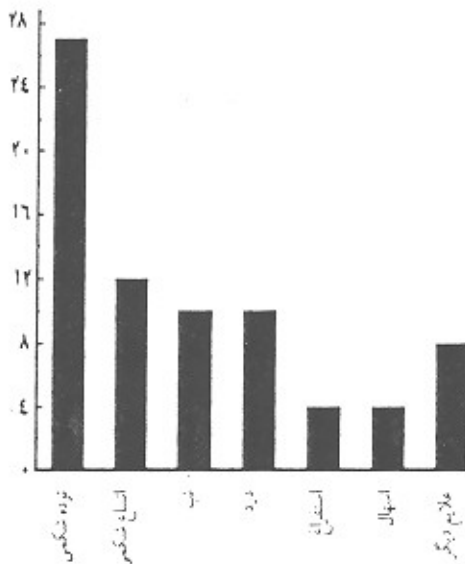
۲- پزشک عمومی

میلیمتر جیوه بوده است و بقیه موارد در حد طبیعی ثبت شده است.



نمودار ۱: شیوع نسبی انواع توده‌های شکمی در ۵۱ بیمار بستری در بیمارستان شماره یک دانشگاه علوم پزشکی کرمان ۱۳۶۱-۱۳۶۱

یک مورد نوروبلاستومای دو طرفه و یک مورد کلیه مولتی کیستیک دو طرفه وجود داشته است. تظاهر اولیه در ۵۱ بیمار بررسی شده در نمودار ۲ نشان داده شده است.



نمودار ۲: تظاهر اولیه توده‌های شکمی در ۵۱ بیمار بستری در بیمارستان شماره یک دانشگاه علوم پزشکی کرمان ۱۳۶۱-۱۳۶۱

جهت تشخیص، در ۴۵ بیمار (۸۹٪) از سونوگرافی، در ۱۲ مورد (۲۳٪) از سی‌تی‌اسکن و در ۵ بیمار (۱۰٪) از پیلوگرافی

مدفوع در روده (fecal impaction) تشخیص افتراقی داد. بویژه در این مورد معاینه پس از تخلیه روده کمک کننده است. در برخورد با کودکی که توده شکمی دارد پزشک باید اطلاعات کافی در مورد شیوع، اپیدمیولوژی، روش‌های تشخیصی، درمان، سیر و پیش‌آگهی بیماری داشته باشد. در این بررسی علل و فراوانی توده شکمی در کودکان مراجعه کننده به بیمارستان شماره یک دانشگاه علوم پزشکی کرمان مشخص شده است.

### روش کار

مطالعه به صورت گذشته‌نگر، با بررسی پرونده‌های بیماران مبتلا به توده شکمی بستری شده در بخش‌های کودکان و جراحی بیمارستان شماره یک دانشگاه علوم پزشکی کرمان در فاصله مهر ماه ۱۳۶۱ تا مهر ماه ۱۳۷۱ صورت گرفته است. ذکر این نکته ضروری است که پرونده‌های بیماران حاوی تمامی اطلاعات لازم نبود لذا نتایج فقط بر اساس اطلاعات موجود ارائه شده است.

### نتایج

از ۵۱ بیمار مورد بررسی، ۲۷ نفر (۵۳٪) پسر و ۲۴ مورد (۴۷٪) دختر بودند. ۳۱ نفر از بیماران مربوط به شهرستان کرمان و حومه آن بوده و ۲۰ نفر دیگر از شهرستان‌های استان به این بیمارستان فرستاده شده بودند.

سن بیماران بین سه ماه تا ۱۴ سال متغیر بوده است. از نظر نوع توده، ۱۶ مورد (۳۱٪) تومور ویلمز، ۱۱ مورد (۲۱/۵٪) لنفوم غیرهوجکینی، ۴ مورد (۸/۷٪) نوروبلاستوما و سه مورد (۶٪) هیپوتیلستوما بوده است. در دو مورد آبه شکمی و دو مورد دیگر هیدرونفروز عامل توده شکمی بیماران بوده‌اند. علل دیگر توده‌های شکمی که در بیماران ما از هر کدام یک مورد وجود داشته است عبارت بودند از: کیست طحال، کلیه مولتی کیستیک، کلیه پلی کیستیک، کیست مزاتر، کیست خلف صفافی، آبه کبدی، هیدرومتروکولپوس، مزوتیلیوما بدخیم، توده ناشی از تجمع آسکاریس در روده کوچک، آمیبم کیسه صفرا، هماتوم جدار شکم، انواژیناسیون، اسپیلومگالی (که اشتباهاً منجر به لاپاراتومی شد) (نمودار ۱).

۶۸٪ بیماران با تومور ویلمز و ۷۲٪ بیماران با لنفوم غیر هوجکینی از جنس مذکر بودند. در ۹ نفر از بیماران با تومور ویلمز گرفتاری در سمت راست و در ۷ مورد در طرف چپ بوده است. فشار خون بیماران مبتلا به تومور ویلمز در ۸ مورد ثبت شده است که در دو پسر بچه ۴ و ۵ ساله به ترتیب  $\frac{125}{90}$  و  $\frac{125}{90}$

داخل وریدی استفاده شده است.

مورتالیتی جراحی بیماران (فوت تا یک ماه بعد از عمل) ۴ مورد (۸٪) و موربیدیتی شامل عفونت زخم و باز شدن شکاف جراحی جمعاً ۴ مورد بوده است.

#### بحث

توده‌های شکمی کودکان در هر سنی که باشند باید بدخیم تلقی شوند تا خلاف آن ثابت شود (۸). در حدود ۵۵ تا ۶۰ درصد توده‌های شکمی کودکان غیر جراحی هستند مانند مثانه پر، توده مدفوعی، آئورت شکمی، ارگانومگالی و ... ۴۰ تا ۴۵ درصد توده‌های شکمی که مورد جراحی هستند، برحسب سن علل مختلفی دارند.

در دوره نوزادی، توده شکمی عموماً نشانه یک اختلال مادرزادی و در اکثر موارد با منشأ کلیوی است. کلیه مولتی کیستیک و هیدرونفروز شایع‌ترین توده‌های شکمی در این دوره می‌باشند. توده‌های شکمی نوزادان عموماً خوش خیم بوده و فقط ۱۰ تا ۱۵ درصد آنها بدخیم می‌باشد (۴). نوروبلاستوما و تومور ویلمز به ترتیب شایع‌ترین تومورهای بدخیم نوزادان هستند (۳). عده‌ای بر این عقیده‌اند که در بسیاری از مواردی که تشخیص ویلمز در نوزادان داده شده است در حقیقت تومور مزوبلاستیک نئروما بوده و لذا اکثراً مزوبلاستیک نئروما را شایع‌ترین تومور جامد نوزادان دانسته‌اند (۷). در دوران شیرخواری شیوع بدخیمی بتدریج رو به افزایش است بطوری که ۵۰٪ توده‌های شکمی در این دوران بدخیم می‌باشند.

پس از یک سالگی نسبت توده‌های خوش خیم و بدخیم تدریجاً معکوس می‌گردد بطوری که ۷۵٪ توده‌های شکمی، بدخیم هستند. تومور ویلمز، نوروبلاستوما و لنفوم غیر هوچکینی (Non Hodgkin Lymphoma-NHL) در رأس توده‌های شکمی بدخیم قرار می‌گیرند. سن شیوع هیپاتوبلاستوما نیز قبل از سه سالگی است.

بدون در نظر گرفتن سن، شایع‌ترین تومورهای بدخیم شکمی کودکان عبارتند از: تومور ویلمز، نوروبلاستوما، لنفوم غیر هوچکینی و هیپاتوبلاستوما. جایگاه تومور ویلمز، نوروبلاستوما و لنفوم‌ها در گزارش‌های مختلف تغییر می‌یابد. در یک بررسی که در ۱۸۰ کودک ایرانی مبتلا به توده شکمی انجام شده لنفوم غیرهوچکینی شایع‌ترین توده شکمی بوده است و بعد از آن تومور ویلمز و نوروبلاستوما قرار داشته‌اند (۱). در این بررسی، منشأ توده در ۶۲٪ موارد خلف صفاقی و در ۳۸٪ موارد داخل صفاقی بوده است. تمام تومورها بجز تراتوم‌ها در جنس مذکر بیشتر بوده‌اند. در مطالعه‌ای که در آلمان غربی بر روی ۳۱ کودک مبتلا به توده شکمی صورت گرفته شایع‌ترین توده‌های شکمی نوروبلاستوما و تومور ویلمز بوده‌اند (از هر کدام ۷ مورد) (۵). در نیجریه شایع‌ترین تومورهای بدخیم جامد کودکان به ترتیب شیوع لنفوم بورکیت، تومور ویلمز و نوروبلاستوما بوده‌اند (۲). در بررسی ما تومور ویلمز شایع‌ترین توده می‌باشد و پس از آن به ترتیب لنفوم بورکیت، نوروبلاستوما و هیپاتوبلاستوما قرار دارند. در این بررسی نیز شیوع تومورها در جنس مذکر بیشتر از جنس مؤنث بوده است. همچنین هیچ نوزادی مبتلا به توده شکمی جراحی وجود نداشته است.

در بررسی توده‌های شکمی، سونوگرافی بطور استاندارد بعنوان اولین اقدام مقبولیت یافته است (۵،۶). بعد از سونوگرافی، سی‌تی‌اسکن و در صورت لزوم MRI مناسب‌ترین وسیله تشخیص هستند. (۵،۹). پیلوگرافی داخل وریدی تا مدت‌ها بهترین روش تشخیص توده‌های شکمی با منشأ کلیه بوده است، ولی امروزه جای خود را به سونوگرافی و سی‌تی‌اسکن داده است. FNA و سونوگرافی با داپلر و گاهی لاپاراسکوپی - لاپاراتومی برای تشخیص ضروری است (۸،۱۰). در مطالعه حاضر، معاینه دقیق بالینی، اولتراسونوگرافی و سی‌تی‌اسکن، ارکان تشخیص بوده‌اند و پیلوگرافی داخل وریدی نیز بدلیل در دسترس بودن و امکان انجام آن در ۵ مورد انجام شده است.

#### Summary

A 10 Year Study of Surgical Abdominal Masses in University Hospital No 1, Kerman University of Medical Sciences and Health Services

AR. Sotoudeh nejad, MD<sup>1</sup>; M. Modarresi, MD<sup>1</sup>; and R. Seifaddini, MD<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Assistant Professor of Surgery, Kerman University of Medical Sciences and Health Services

<sup>2</sup> General Practitioner

*In order to determine the prevalence rate of abdominal masses in children referred to the Kerman*

University Hospital number one from 1984 to 1994, the medical records of 51 of these children were reviewed. 27 of these patients were boys (53%), and 24 were girls (47%). The age variance of these patient's were between 3 months and 14 years. In this study, the most common tumor was Wilm's tumor (31%), followed by Burkitt's lymphoma (21.5%), neuroblastoma (8.7%), and hepatoblastoma (6%). Diagnostic methods were careful clinical examination, ultrasound, intravenous pyelography and C.T scan.

*Journal of Kerman University of Medical Sciences 1996; 3(1): 43-46*

**Key Words:** Abdominal mass, Surgical abdominal mass in children

### منابع

1. جابر انصاری، مصطفی. نتایج بررسی ۱۸۰ مورد نوده شکمی در کودکان ایرانی. ارائه شده در کنگره جراحان ایران (تهران، ۱۳۷۳).
2. Aikhionbare HA, Yakabu AM and Afolayan AE. Neuroblastoma, an under-diagnosed tumor: a 7- year experience in Zaria (Nigeria). *Ann Trop Paediatr* 1988; 8(3): 149-152.
3. Cloherty JP and Strak AR: Manual of neonatal care. 3rd ed., Boston, Little, Brown and Company, 1991: pp506-509.
4. Cohen SJ. Abdominal mass. In: Ziai M (Ed). *Pediatrics*. 4th ed., Boston, Little, Brown and Company, 1990; pp506-507.
5. Maurer G, Urban C, Muntean W and Kaulfersch W. Ultrasound diagnosis of malignant diseases in pediatrics. *Wien Klin Wochenschr* 1985; 97(1): 39-48 (abst).
6. McVicar M, Margouleff D and Chandra M. Diagnosis and imaging of the fetal and neonatal abdominal mass: an integrated approach. *Adv Pediatr* 1991; 38: 135-149.
7. Rabinowitz R and Emmens RW. Newborn abdominal mass. In: Ziai M (Ed). *Assessment of the newborn*. Boston, Little, Brown and Company 1984; pp213-229.
8. Sabbah R, Ghandour M, Ali A and Lewall D. True cut needle biopsy of abdominal tumors in children: a safe and diagnostic procedure. *Cancer* 1981; 47(10): 2533-2535.
9. Vade A and Azienstein R. Magnetic resonance imaging of abdominal masses in children. *J Ped Surg* 1993; 28(1): 82-88.
10. Van Campenhout I and Patriquin H. Malignant microvasculature in abdominal tumors in children: detection with Doppler ultrasound. *Radiology* 1992; 183(2): 445-448.