

توده شکمی در دوران کودکی

۱- توده‌های شکمی در کودکان بزرگتر از ۲ سال نگرانی‌هایی را در خانواده‌ها و همچنین جراحان ایجاد می‌کند.

در صورتی که ترومایی به شکم وارد نشود، علائم معمولاً به صورت یک توده بدون درد است که به صورت تصادفی توسط خانواده یا پزشک اطفال در ویزیت روزمره کشف می‌شود. اغلب، توده اندازه بزرگی دارد و به صورت ناگهانی بزرگ می‌شود، که به علت خونریزی داخلی در توده است. علائم سیستمیک بسیار نادر است و معمولاً در معاینه بالینی منشاء توده مشخص نمی‌شود.

۲- توده ممکن است داخل شکمی یا رتروپریتونئال باشد، بررسی اولیه می‌تواند شامل اولتراسونوگرافی یا CT اسکن باشد. سونوگرافی می‌تواند مشخصات توده‌های داخل شکم (مثل کیستیک یا توپر بودن) و ارتباطات آن با اعضای اطراف را مشخص کند. سونوگرافی از نظر برخی، در تشخیص توده‌های تخمدانی و لگن بهتر است اما محدودیت وابستگی به توانایی سونوگرافیسیت را دارد.

سونوگرافی داپلر رنگی می‌تواند برای ارزیابی ترومبوز ورید اجوف تحتانی و یا وریدهای کلیوی بکار رود، به ویژه اگر توده فشار کلیوی داشته باشد.

CT اسکن استاندارد کلیدی برای ارزیابی توده‌های شکمی است و باید در تمام بیماران انجام شود. اسکن‌های ماریجی با نرم افزارهای کامپیوتری پیشرفته بسیار حساس است و جزئیات دقیق از توده ارائه می‌کند و با ساختار سه بعدی حدود اطراف توده و عروق آنها را مشخص می‌کند.

MRI به صورت معمول انجام نمی‌شود، ولی در بررسی خلف صفاق به ویژه توده‌هایی که به منشأ نوروژنیک شک و وجود دارد بسیار مفید است.

بعد از مشخص کردن مکان توده (داخل شکمی و خلف صفاقی) تشخیص‌های افتراقی بسیار محدود می‌شود.

۳- توده‌های داخل شکمی می‌تواند به دو قسمت کبدی و غیر کبدی تقسیم شوند.

۴- توده‌های خلف صفاقی می‌تواند به دو دسته کلیوی و غیر کلیوی تقسیم شود.

تقسیمات بیشتر به مشخصات رادیولوژیک وابسته است (مثل کیستیک یا توپر یا ثابت بودن) و به تشخیص‌های افتراقی کمک می‌کند.

۵- اغلب توده‌های کبدی در کودکان (حدود ۷۰٪) بدخیم هستند و نیمی از آنها هپاتوبلاستوم می‌باشند. میانگین سنی ظهور علایم در ۱۸ ماهگی است و اغلب با تاخیر در رشد نمایان می‌شوند.

دو یافته آزمایشگاهی بسیار زیاد برای بیماران هپاتوبلاستوم استفاده می‌شوند. یکی آلفا فیتوپروتئین است که نشانگر خوبی بوده و جهت تشخیص و نیز پیگیری قابل استفاده است.

دوم: ترومبوسیتوز با پلاکت میلیونی که با هپاتوبلاستوم در ارتباط است.

بقای بیمار وابسته به برداشتن کامل تومور است. به جز در هپاتوبلاستوم Stage I با هیستولوژی جنینی، کموتراپی همراه^۱ با ترکیبات متفاوت بسیار مفید است.

بقای بیماران با Stage II، III، 60٪ تا ۷۰٪ است. در کارسینوم هپاتوسلولار، آلفا فیتوپروتئین افزایش می‌یابد اما این افزایش از هپاتوبلاستوم کمتر است. بقا فقط با برداشتن کامل تومور ممکن است. در کل میزان بقاء در کارسینوم کبد پایین است.

۶- تومورهای خوش خیم کبدی شامل ضایعات عروقی، هامارتوم‌ها، هیپرپلازی ندولار منطقه‌ای، آدنوم و کیست‌های خوش خیم است. ضایعات عروقی اغلب تا ۱ سالگی خود بخود از بین می‌روند، بستن یا آمبولیزاسیون عروق هپاتیک به ندرت در صورت عدم پسرقت تومور لازم می‌باشد ولی پیش‌آگهی در کل عالی است. هیپرپلازی ندولار و آدنوم بسیار نادر بوده و بیشتر در خانمها دیده می‌شود. کپسول در بررسی‌های تصویربرداری تشخیص را آسان می‌کند. تمام این توده‌ها باید جراحی و برداشته شوند زیرا ریسک بدخیمی دارند. هامارتوم در آقایان شایعتر است و اغلب نیاز به جراحی دارند. هامارتوم شایعترین توده کبدی است که در حین لاپاروتومی دیده می‌شود. هامارتوم‌ها ضایعات محیطی هستند که کمتر از 1 cm می‌باشند (معمولاً 1-3 mm). افتراق آنها از متاستازهای وسیع کبدی مشکل است و بیوپسی در ضایعات مشکوک لازم است. (شوارتز)

در کودکان کیست بسیار نادر است و اغلب با سونوگرافی و سی‌تی‌اسکن به طور تصادفی یافت می‌شوند و می‌توان آنها را به راحتی پیگیری کرد.

۷- توده‌های داخل شکمی خارج کبدی به دو نوع کیستیک و جامد یا مختلط تقسیم می‌شوند. توده‌های کاملاً کیستیک اغلب در واقع دوپلیکاسیون روده‌ای هستند، که به ندرت با انسداد، انواژیناسیون، زخم پپتیک یا سوراخ شدگی تظاهر می‌کنند. علائم بستگی به محل درگیری دارد. بدون توجه به محل و نوع، جراحی شامل برداشتن دوپلیکاسیون و بازسازی روده است.

۸- جهت توده‌های داخل شکمی سه تشخیص وجود دارد. در خانمها توده‌های مختلط علل تخمدانی دارند و می‌توانند بدخیم یا خوش خیم باشند. مهم است که به یاد داشته باشیم، تخمدانها تا بعد از بلوغ به لگن نمی‌آیند و به این علت پیچ‌خوردگی‌های تخمدان^۱ اغلب به صورت توده^۱ شکمی و درد شکمی مرتبط با آن است. تقسیم‌بندی نئوپلاسم‌های تخمدان بر پایه^۱ منشاء سلولهای آن می‌باشد. اگر بدخیم باشد، درجه بندی تومور براساس جراحی و موقعیت گره‌های لنفاوی، درگیری کپسول و متاستاز تعیین می‌شود. نحوه^۲ برخورد با توده‌های شکمی براساس تشخیص و پاتولوژی مشخص می‌شود.

پیچ‌خوردگی تخمدان اغلب باعث ایسکمی گناد می‌شود که منجر به اووفورکتومی می‌گردد. گاهی چرخاندن مجدد تخمدان اجازه خون گیری دوباره را می‌دهد و از برداشتن آن جلوگیری می‌کند. برای تومورهای خوش خیم برداشتن تومور با حفظ بافت سالم تخمدان مدنظر است. در مردان با تومور مختلط داخل شکمی باید مشکوک به لنفوم غیر هوچکین بشویم. سی تی اسکن در لنفوم غیر هوچکین اغلب توده‌ای با مرکز نکروزه را نشان می‌دهد، اما تشخیص با بیوپسی است و درمان بر پایه مرحله بندی و با کموتراپی است. در بیش از ۹۰٪ بیماران می‌توان انتظار بهبودی داشت.

۹- همانند توده‌های داخل شکمی، توده‌های خلف صفاقی اغلب بدخیم هستند، تومور ویلمز شایعترین تومور توپر از منشاء کلیه‌ها است، و سارکوم سلول شفاف^۲، تومور رابدوئید^۳ و نفروم نوروبلاستیک مادرزادی به ندرت دیده می‌شوند. سی تی اسکن شکم، لگن و قفسه صدری الزامی است. اگر شک به گسترش وریدی وجود دارد (مثلا به وریدهای کلیوی یا IVC) باید سونوگرافی داپلر انجام گیرد. گاهی نیاز است اکوکاردیوگرافی انجام شود و گسترش تومور به دهلیز راست بررسی شود. مداخله^۳ جراحی دو هدف ویژه دارد:

اول برداشتن تمام توده و سپس بدست آوردن اطلاعات دقیق جهت مرحله بندی تومور. نفرواورترکتومی رادیکال روش انتخابی جراحی برای اغلب بیماران می‌باشد، کلیه طرف مقابل باید دیده و لمس شود تا بیماری دوطرفه بررسی گردد (۷٪ تا ۱۰٪).

بررسی رادیولوژیک به تنهایی قابل اعتماد نیست. سونوگرافی ۴۵٪ و CT 15٪ تومورهای دو طرفه را نمی‌تواند شناسایی کند.

تقریباً تمام بیماران شیمی درمانی می‌شوند و بیماران با تومور پیشرفته نیز رادیوتراپی لازم دارند.

1 Torsion

2 Clear-cell

3 Rhabdoid Tumor

مهم‌ترین عامل تعیین‌کننده بقاء بیماران، زیر رده هیستولوژیک تومور است. بیماران دارای هیستولوژی خوب بهترین پیش‌آگهی را دارند (بیش از ۹۰٪ بقاء سه ساله دارند)، در حالیکه آنهایی که دارای بافت شناسی آناپلاستیک یا سارکوماتوز و رابودئید هستند، بقاء پایینی پیدا می‌کنند.

۱۰- ضایعات کیستیک کلیه به ندرت بدخیم می‌شوند. شایعترین تشخیص در دوره نوزادی، کلیه دیسپلاستیک مولتی کیستیک می‌باشد، که به دنبال بیماری کلیه پلی کیستیک ایجاد می‌شود. انسداد حالبی - لگنچه‌ای، بازگشت از مثانه به حالب و دوپلیکاسیون سیستم جمع‌کننده کلیوی نیز به همراه آن هستند.

روشهای تصویر برداری شامل سونوگرافی و CT اسکن می‌باشد که همراه روشهای VCUG^۱ و رادیونوکلئید استفاده می‌شود تا عملکرد و آناتومی را مشخص کنند.

مداخله‌ی جراحی باید شامل برداشتن ضایعه به همراه بازسازی ساختار باشد.

۱۱- توده‌ی خارج کلیوی توپر در یک کودک باید سریعاً جراح را به نوروبلاستوم مشکوک کند. که شایعترین تومور در اطفال است. این تومور برخاسته از سلولهای نوروبلاست اعصاب سمپاتیک است و بنابراین هرجا که بافت سمپاتیک باشد، یافت می‌شود. شایعترین محل (بیش از ۵۰٪) مدولای آدرنال می‌باشد. افزایش سطح سرمی انولاز عصبی، لاکتات دهیدروژناز و فریتین با بیماری پیشرفته و نتیجه نهایی بدتر بیماری همراه است. همچنین وائیلیل ماندیلیک اسید و هومووانیلیک اسید در ادرار مشاهده می‌شود. کلسیفیکاسیون در گرافی ساده شکمی در بیش از ۵۰٪ بیماران دیده می‌شود. جزئیات دقیق‌تر توده توسط CT و MRI مشخص می‌شود. وقتی که تومور منشاء سمپاتیک مجاور نخاعی دارد، MRI برای بررسی گسترش تومور بسیار کمک‌کننده است. در نوروبلاستوم باید اسکن استخوان و بیوپسی مغز استخوان انجام شود، زیرا وجود متاستاز در این بیماری در هنگام تشخیص شایع است. فقط ۲۵٪ بیماران در مرحله I یا II هستند. جراحی نوروبلاستوم بستگی به گسترش تومور و متاستاز آن دارد. مهم‌ترین فاکتور پیشگویی‌کننده بقاء، سن است. بیماران بزرگتر از ۱ سال بقاء بالای ۸۵٪ دارند (بدون در نظر گرفتن مرحله بیماری)، اما این رقم در بیماران با بیماری طولانی به ۲۵٪ افت می‌کند.

توده تخمدانی

