

## گزارش یک مورد پسودوتومور التهابی کولون عرضی اطفال

مریم قاسمی\*(M.D.) علیرضا علم\*\*\*(M.D.)

### چکیده

در این مقاله، یک مورد پسودوتومور التهابی کولون عرضی در یک پسر بچه هشت ساله گزارش می‌شود. بیمار به دلیل درد شکمی، تب و استفراغ در بیمارستان بوعی سینا ساری بستری شد. در معاینه توده‌ای در خم کولیک چپ، لمس شد. در سی تی اسکن، یک توده کلیسیفیه همراه با لغ آدنوپاتی در جداره کولون عرضی دیده شد. تشخیص اولیه لنفوم بود. بررسی بافت‌شناسی ضایعه، موید پسودوتومور التهابی بود. بعد از خارج نمودن توده با عمل جراحی بیمار بهبود یافت و تا یک‌سال بعد از عمل، عود نکرده است. بنابراین در تشخیص افتراقی توده‌های کولون عرضی اطفال، باید پسودوتومور التهابی را در نظر داشت تا از درمان‌های غیر ضروری و مضر کمترایی و رادیوتراپی جلوگیری شود.

**واژه‌های کلیدی:** پسودوتومور التهابی، دستگاه گوارش، اطفال

### مقدمه

روده بزرگ بود<sup>(۱)</sup>. در مطالعه دیگری که توسط Karnak و همکاران در دانشگاه Hacettepe ترکیه طی ۲۲ سال انجام شد هفت مورد پسودوتومور التهابی اطفال گزارش شد که تنها یک مورد آن در روده بزرگ بود<sup>(۲)</sup>. در این بررسی پسودوتومور التهابی کولون عرضی در یک پسر بچه هشت ساله بود.

### معرفی بیمار

پسر بچه هشت ساله‌ای به دلیل تب، بی‌حالی، استفراغ، درد شکم در بیمارستان بوعی سینا ساری بستری شد. بیمار سابقه بیماری قبلی، جراحی،

پسودوتومور التهابی<sup>۱</sup> یا تومور میوفیبروبلاستیک التهابی، یک تومور توپر نادر و خوش خیم با علت نامشخص می‌باشد که اغلب به دلیل تهاجم موضعی در بررسی‌های بالینی و رادیولوژیک با نئوپلاسم بدخیم اشتباه می‌شود<sup>(۳-۴)</sup>.

اگرچه این تومور در هر نقطه‌ای از دستگاه گوارش دیده می‌شود، اما محل‌های اصلی آن، ریه، مدیاستن، مزانتر، طحال و کبد می‌باشد. فرم رودهای آن نادر و بیشتر در روده باریک دیده می‌شود ولی موارد محدودی نیز در روده بزرگ اطفال گزارش شده است. در بررسی Sanders و همکاران در بیمارستان ریلی ایندیانا پلیس، در طی بیست سال، چهار مورد پسودوتومور التهابی گوارش اطفال گزارش شد که یک مورد آن در

1. Inflammatory pseudotumor

\* متخصص آسیب‌شناسی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی مازندران  
\*\* فوق تحصص جراحی اطفال، استادیار دانشگاه علوم پزشکی مازندران  
E تاریخ دریافت: ۸۲/۷۲/۲۷ تاریخ ارجاع چهت اصلاحات: ۸۳/۹/۲۶ تاریخ تصویب: ۸۳/۱۱/۱۴

Archive of SID

در بیمارستان و مصرف دارو نداشته و واکسیناسیون او به روز و کامل بود. در معاینه، کودک بی‌حال، رنگ پریده و تب دار با شکم متسع بود و در ربع فوقانی چپ شکم، یک توده متخرک بزرگ لمس شد.

تصویر شماره ۱: رنگ آمیزی تری کروم (۱۰۰ ×)

بررسی آزمایشگاهی (لوکوسیتوز ۱۳۷۰۰ در میکرولیتر با ۷۹ درصد نوتروفیل) وافزایش سرعت رسوب گلوبول‌های قرمز (۸۰ میلی‌متر در ساعت) را گزارش نمود. تست‌های رایت و ویدال نیز بود.

در رادیوگرافی ساده شکم، انسداد روده دیده شد. در سی‌تی اسکن شکم تودهای دور بزرگ کلسفیه در جداره کولون عرضی بالغ آدنوم دیده شد. با توجه به معاینات بالینی و بررسی‌های اولیه، قویاً لنفوم مطرح شد. جهت رفع انسداد روده و خارج نمودن توده بیمار تحت عمل جراحی قرار گرفت و قسمت از کولون عرضی برداشته و آناستاموز کلو-کمک انجام شد.

در بررسی آسیب‌شناسی یک توده به قطر ۵ سانتی‌متر با حاشیه نامنظم، قواص سخت و درگیری تمام محیط و ضخامت دیواره روده گزارش شد. در بررسی میکروسکوپی فیروز لایه لایه و گردبادی به ویژه دور عروق با ارتضاح شدید لنفوسيت، پلاسماسل و اوزینوفیل و مناطقی از کلسفیکاسیون و متاپلازی استخوانی مشهود بود، تصاویر میکروسکوپی شماره ۱ و ۲.

تصویر شماره ۲: رنگ آمیزی تری کروم (۴۰۰ ×)

تمامی لنف نودهای اطراف این تغییرات واکنشی نشان دادند. بیمار بعد از عمل جراحی بهبودی کامل یافت و تا یک سال بعد از عمل، بیماری عود نکرد.

## بحث

پسودوتومورا لتهابی کولون عرضی اطفال بیماری نادری است زیرا محل اصلی این ضایعه در اطفال در ریه می‌باشد<sup>(۱)</sup>. فرم گوارشی آن در قسمت‌های فوقانی تر دستگاه گوارش به ویژه در معده بالغین و با شیوع کمتر در روده باریک به ویژه اطفال دیده می‌شود و موارد کولورکتال اطفال نادر می‌باشد<sup>(۲، ۳)</sup>.

بالنفوم، کارسینیوم هامارتوم، نوروبلاستوم و تومورهای استرومال دستگاه گوارش اشتباه می‌شود که تشخیص دقیق آن با بیوپسی اکسزیونال و بررسی پاتولوژیک تأیید می‌گردد<sup>(۱،۲)</sup>. در این بیمار نیز در بررسی میکروسکوپی فیروز و ارتضاح سلول‌های آماتی دیده شد و پسودوتومور التهابی مسجّل شد.

این نخستین مورد گزارش شده پسودوتومور التهابی کولون عرضی اطفال در مازندران می‌باشد. درمان، اکسزیون کامل ضایعه می‌باشد. عود به ویژه در موارد خارج ریوی و اغلب در سال اول بعد از جراحی شایع می‌باشد<sup>(۱،۲)</sup>. مرگ و میر در عود مکرر، ۵-۷ درصد است<sup>(۲)</sup> به ندرت بدخیم شده یا به لنفوم تبدیل می‌شود<sup>(۱)</sup>.

اهمیت این بیماری ابهام در تشخیص از نظر بالینی و رادیولوژیک بوده که به دلیل تهاجم موضعی با بدخیمی‌ها و به ویژه لنفوم اشتباه می‌شود<sup>(۱،۴)</sup>. با تشخیص دقیق پاتولوژیک، از درمان غیرضروری پیش‌گیری می‌شود<sup>(۱)</sup>. به علاوه پی‌گیری دقیق بیمار با معاینه بالینی، سی‌تی اسکن و سدیمانتاسیون مرتب، جهت تشخیص عود بالینی و تغییرات بدخیمی ضروری است<sup>(۲،۱)</sup>. بررسی این مورد نشان داد که در تشخیص افتراقی توده‌های روده بزرگ اطفال، پسودوتومور التهابی نیز باید در نظر گرفته شود.

نوع روده‌ای آن در اطفال باعث بروز تب، لوکوسیتوز، افزایش سدیمان گلبول‌های قرمز و به ندرت سبب انسداد روده می‌شود<sup>(۱-۵)</sup>. نمای رادیولوژیک آن به صورت یک توده با حاشیه مشخص و با تمایل به درگیری بافت‌های مجاور دیده می‌شود که باید با لنفوم، نوروبلاستوم، تراتوم و رابدو میوسار کوم تشخیص افتراقی داده شود<sup>(۱)</sup>.

در آسیب شناسی به شکل یک توده با حاشیه مشخص و گاهی ارتضاحی دیده می‌شود. در بررسی میکروسکوپی، معمولاً مخاط زخمی بوده و در ضخامت جداره تا زیر مخاط ولی گاهی تا سروزا، تراوید سلول‌های فیروblast با آرایش لایه لایه گردبادی دور عروق، ماکروفاز همراه با تعداد زیادی لنفوسيت، پلاسماسل و ائوزينوفيل دیده می‌شود. میتوز و آپیز وجود ندارد و کلسیفیکاسیون به طور شایع دیده می‌شود<sup>(۶،۵،۲)</sup>. علت و مکانیسم پیدایش این بیماری مشخص نیست<sup>(۱،۵،۲)</sup>. برخی آن را نشوپلاسم واقعی و برخی آن را یک پا سخ ایمونولوژیک به عوامل عفونی مثل مایکوباکتریوم، کمپیلو باکتریزونی، ویروس اپشتاین بار، اشرشیاکولی و یا عوامل غیر عفونی مثل تروما، جراحی قبلی، رادیوتراپی و مصرف استروپرید می‌دانند<sup>(۱)</sup>.

در بیمار معرفی شده نیز همه علایم فوق وجود داشت. این بیماری از نظر بالینی، رادیولوژی و جراحی

## فهرست منابع

- Karnak I, Senocak ME, Ciftci Ao, Caglar M, Bingol-Kologlu M, Tanyel FC, et al. In-Inflammatory myofibroblastic tumor in children: Diagnosis and Treatment. *J pediatric surg.* 2001; 36(6): 908-13.
- Sanders B.M, West KW, Gingalewski C, Engums, Davis M, Grosfeld JL. Inflammatory pseudotumor of the alimentary tract: Clinical and surgical experience. *J pediatric surg.* 2001; 36(1): 169-73.
- Ciftci Ao, Akcren Z, Tanyel Fc, Senocak ME, caglar M, Hicsonmez A. Inflammatory pseudotumors Causing intestinal obstruction: Diagnostic and therapeutic aspects. *J pediatric surg.* 1998; 33(12): 1843-5.

4. *Pediatric surgery updated.* 2001 July; 17(1): 9.
5. Stephen S. Sternberg, Donald A. Antonioli, Darryl Carter stacey E. Mills, Harold A. oberman. *Diagnostic surgical pathology.* 3th ed. Lippin Cott-Williams & Wilkins Company, 1999; P1423-24, 1328, 1397.
6. Juan Rosai, Ackermans. *Surgical pathology.* 9th ed. Mosby company. 2004; P659, 2389-90.

Archive of SID