

## 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 بیچه هشت ساله گزارش می شود. بیمار به دلیل درد شکمی، تب و استفراغ در بیمارستان بوعلی سینا ساری بستری شد. در معاینه توده‌ای در خم کولیک چپ، لمس شد. در سی تی اسکن، یک توده کلسیفیه همراه با لنف 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 کموتراپی و رادیوتراپی جلوگیری شود.

واژه‌های کلیدی: پسودوتومور التهابی، دستگاه گوارش، اطفال

## مقدمه

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

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

روده بزرگ بود (۲). 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 (۱). در این بررسی پسودوتومور التهابی کولون عرضی در یک پسر بیچه هشت ساله بود.

## معرفی بیمار

پسر بیچه هشت ساله‌ای به دلیل تب، بی‌حالی، استفراغ، درد شکم در بیمارستان بوعلی سینا ساری (۱۳۸۱) بستری شد بیمار سابقه بیماری قلبی، جراحی، بستری

1. Inflammntory pseudotumor

\* متخصص آسیب‌شناسی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی مازندران  
\* فوق تخصص جراحی اطفال، استادیار دانشگاه علوم پزشکی مازندران  
E تاریخ دریافت: ۸۲/۷۲/۲۷ تاریخ ارجاع جهت 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 بی حال، رنگ پریده و تب دار با شکم متسع بود و در ربع فوقانی چپ شکم، یک توده متحرک بزرگ لمس شد.

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

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

در رادیوگرافی ساده شکم، هم انسداد روده دیده شد. در سی تی اسکن شکم توده‌ای در ربع بزرگ کلسیفیه در جداره کولون عرضی با لنز آدنویس دیده شد. با توجه به معاینات بالینی و بررسی‌های هیستوپاتولوژیک، 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-کولیک انجام شد.

در بررسی آسیب‌شناسی یک توده به قطر ۵ سانتی‌متر با حاشیه نامنظم، قوام سخت و درگیری تمام محیط و ضخامت دیواره روده گزارش شد. در بررسی میکروسکوپی فیروز لایه لایه و گردهادی به ویژه دور عروق با ارتشاح شدید لنفوسیت، پلاسماسل و ائوزینوفیل و مناطقی از کلسیفیکاسیون و متاپلازی استخوانی مشهود بود، تصاویر میکروسکوپی شماره ۱ و ۲.

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

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

### بحث

پسودوتومور التهابی کولون عرضی اطفال بیماری نادری است زیرا محل اصلی این ضایعه در اطفال در ریه می‌باشد (۱). 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 (۳-۱، ۵).

بالنفوم، کارسنیوم هامارتوم، نوروبلاستوم و تومورهای استرومال دستگاه گوارش اشتباه می‌شود که تشخیص دقیق آن با بیوپسی اکسزینال و بررسی پاتولوژیک تأیید می‌گردد (۵،۴،۲،۱). در این بیمار نیز در بررسی میکروسکوپی فیروز و ارتشاح سلول‌های آماسی دیده شد و پسودوتومور التهابی مسجل شد.

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

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 (۱ تا ۴).

با تشخیص دقیق پاتولوژیک، از درمان غیرضروری پیش‌گیری می‌شود (۱). به علاوه پی‌گیری دقیق بیمار با معاینه بالینی، سی‌تی‌اسکن و سدیمانناسیون مرتب، جهت تشخیص عود بالینی و تغییرات بدخیمی ضروری است (۲،۱). 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 گلوبول‌های قرمز و به ندرت سبب انسداد روده می‌شود (۵-۱). 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 رابدومیوسارکوم تشخیص افتراقی داده شود (۱).

در آسیب‌شناسی به شکل یک توده با حاشیه مشخص و گاهی ارتشاحی دیده می‌شود. در بررسی میکروسکوپی، معمولاً مخاط زخمی بوده و در ضخامت جداره تا زیرمخاط ولی گاهی تا سروزا، تزیاید سلول‌های فیروبللاست با آرایش لایه لایه گردبادی دور عروق، ماکروفاژ همراه با تعداد زیادی لنفوسیت، پلاسماسل و ائوزینوفیل دیده می‌شود. میتوز و آتیپی وجود ندارد و کلسیفیکاسیون به طور شایع دیده می‌شود (۶،۵،۲،۱). علت و مکانیسم پیدایش این بیماری مشخص نیست (۵،۲،۱). برخی آن را نئوپلاسم واقعی و برخی آن را یک پاسخ ایمنولوژیک به عوامل عفونی مثل مایکوباکتریوم، کمپیلوباکترژرونی، ویروس اپشتاین بار، اشرشیاکولی و یا عوامل غیرعفونی مثل تروما، جراحی قبلی، رادیوتراپی و مصرف استروئید می‌دانند (۱).

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

## فهرست منابع

1. Karnak I, Senocak ME, Ciftci Ao, Caglar M, Bingol-Kologlu M, Tanyel FC, et al. In-Flammatory myoFibroblastic tumor in children: Diagnosis and Treatment. *J pediatric surg.* 2001; 36(6): 908-13.
2. 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.
3. Ciftci Ao, Akren 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