مجله علمی - پژوهش دانشگاه علوم پزشکی مازندران
دوره پانزدهم، شماره ۴۸، مهر و آبان، ۱۳۸۴ (۱۲۶ - ۱۲۴)

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 پسربچه 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 درمان های غیر ضروری و مضر کموتراپی و رادیوتراپی جلوگیری شود.

واژه های کلیدی : پسودوتومور التهابی، دستگاه گوارش، اطفال

مقدمه

پسودوتومور التهابی[1] یا تومورمیوفیبروبلاستیک 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 (۱-٤).

اگرچه این تومور در هر نقطه‌ای از دستگاه گوارش دیده می شود، اما محل‌های اصلی آن، ریه، مدیاستن، مزانتر، 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،درطی 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 التهلبی اطفال گزارش شدکه تنها یک موردآن در روده بزرگ بود(۱). در این بررسی پسودوتومور التهابی کولون عرضی در یک پسربچه هشت ساله بود.

معرفی بیمار

پسر بچه هشت ساله‌ای به دلیل تب، بی‌حالی، استفراغ، درد شکم در بیمارستان بوعلی سینا ساری (۱۳۸۱)بستری‌شد بیمارسابقه بیماری‌قبلی،جراحی،بستری

1. Inflammntory pseudotumor

Archive of SID

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-24]

www.SID.ir

PDF created with pdfFactory trial version www.pdffactory.com

*متخصص آسیب‌شناسی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی مازندران * ساری : مرکز آموزشی درمانی بوعلی سینا- بخش آسیب‌شناسی
**فوق تخصص جراحی اطفال، استادیار دانشگاه علوم پزشکی مازندران
E تاریخ دریافت : ۸۲/۷۲/۲۷ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات : ۸۳/۹/۲۶ تاریخ تصویب: ۸۳/۱۱/۱٤

Archive of SID

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-24]

www.SID.ir

PDF created with pdfFactory trial version www.pdffactory.com

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

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

در رادیوگرافی ساده شکم، علایم انسداد روده دیده شد. در سی تی اسکن شکم توده‌ای بدور بزرگ کلسیفیه در جداره کولون عرضی با انتشار آدنوپاتی دیده شد. باتوجه به معاینات بالینی وبررسی‌های پاراکلینیک، قویاً لنفوم مطرح شد. جهت رفع انسداد روده و خارج نمودن توده‌بیمار تحت عمل‌جراحی قرارگرفت و قسمتی 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 فیبروز لایه لایه و گردبادی به ویژه دور عروق با ارتشاح شدیدلنفوسیت، پلاسماسل و ائوزینوفیل و مناطقی ازکلسیفیکاسیون و متاپلازی استخوانی مشهود بود، تصاویر میکروسکوپی شماره ۲و۱.

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

تصویر شماره ۲ : رنگ آمیزی تری کروم (٤٠٠ x)

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

بحث

پسودوتومورا لتهابی 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).

Archive of SID
www.SID.ir
[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-24]
PDF created with pdfFactory trial version www.pdffactory.com

نوع روده‌ای آن در اطفال باعث بروز تب، لوکوسیتوز، افزایش سدیمان گلبول‌های 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 آسیب شناسی 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، تزاید سلول‌های فیبروبلاست 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 پا سخ ایمونولوژیک به عوامل عفونی مثل مایکوباکتریوم، کمپیلوباکترژژونی، ویروس اپشتاین بار، اشرشیاکولی و یا عوامل غیرعفونی مثل تروما، جراحی قبلی، رادیوتراپی و مصرف استرویید می‌دانند(۱).

در بیمار معرفی شده نیز همه علایم فوق وجود داشت. این بیماری از نظر بالینی، رادیولوژی و جراحی بالنفوم، کارسنیوم هامارتوم، نوروبلاستوم و تومورهای استرومال دستگاه گوارش اشتباه می‌شود که تشخیص دقیق آن با بیوپسی اکسزیونال و بررسی پاتولوژیک تأیید می‌گردد(۵،۴،۲،۱). در این بیمار نیز در بررسی میکروسکوپی فیبروز و ارتشاح سلول‌های آماسی دیده شد و پسودوتومور التهابی مسجل شد.

این نخستین موردگزارش شده پسودو تومور التهابی کولون‌عرضی‌اطفال‌درمازندران می‌باشد.درمان،اکسزیون 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 ٤).

با تشخیص دقیق پاتولوژیک، از درمان غیرضروری پیش گیری می‌شود(۱). به علاوه پی‌گیری دقیق بیمار با معاینه بالینی، سی‌تی‌اسکن و سدیمانتاسیون مرتب، جهت تشخیص عودبالینی‌وتغییرات بدخیمی‌ضروری‌است(۲،۱).

بررسی این مورد نشان داد که در تشخیص افتراقی توده‌های روده بزرگ اطفال، پسودو تومور التهابی نیز باید در نظر گرفته شود.

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, 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.

Archive of SID
[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-24]

www.SID.ir
PDF created with pdfFactory trial version www.pdffactory.com

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

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-24]

www.SID.ir

PDF created with pdfFactory trial version www.pdffactory.com