

بررسی ۱۵ ساله شیوع علل توده‌های شکمی در نوزادان در بیمارستانهای امیرکبیر و بهرامی

دکتر شهنام عسکری پور، دستیار فوق تخصصی جراحی کودکان، دانشگاه علوم پزشکی تهران
دکتر هوشنگ پورنگ، دانشیار فوق تخصصی جراحی کودکان، دانشگاه علوم پزشکی تهران

The Prevalence of the Etiologies of Abdominal Masses in Neonatus: A 15 years Survey In Amir Kabir and Bahrami Hospitals ABSTRACT

Abdominal masses in neonatal period is one of the main causes of patients bed ridden in infantal surgery wards. The rapid encounterance with these patients has caused a decrease in mortality and morbidity.

This study is a kind of historical research which has been conducted on data base management systems of two above mentioned hospitals between years 1361-1378. The final outcome was only 25 cases.

From these neonatus, 68 percent were male and 32 percent were female. Most of the patients were in their first neonatal week. The etiologies related to urinary system (56 percent), were found to be in the first place. Tumors of different origins (20 percent), ovarian masses (12 percent) and gastrointestinal tract (12 percent) had their own places respectively. Majority of cases have had surgical operations (92 percents). The case fatality rate among these patients was 24 percent which most of it was because of benign causes. The rate of mortality in male was much larger than female neonatus.

We concluded that the inspection of embryo's urinary system with ultrasound and primary examination of neonatus, is vital and in most of the cases, an urgent surgery is indicated. Also laboratory assessment and radiological examination in suitable therapeutic procedureds in first 48 - 72 hours is recommended.

Key Words: Abdominal mass; neonatus; pediatric surgery.

چکیده

جراحی نوزادان بستری شده بودند بررسی گردیدند. از بیمارستان بستری شده، ۶۸٪ پسر و ۳۲٪ دختر بودند و از نظر سن اغلب در هفته اول نوزادی قرار داشتند (۴۸٪). از نظر شیوع علل بستری در صدر آن علل سیستم ادراری با ۵۶٪ و به دنبال آن تومورها با منشأ مختلف ۲۰٪ و علل تخمدانی ۱۲٪ و علل گوارشی ۱۲٪ بودند. اغلب بیمارستان تحت عمل جراحی

توده شکمی در دوران نوزادی از علل مهم بستری بیمارستان در بخش‌های جراحی اطفال است و برخورد سریع با این بیمارستان، منجر به کاهش مورتالیتی و موربیدیتی می‌شود. مطالعه حاضر یک مطالعه توصیفی و با استفاده از بایگانی بیمارستانهای امیرکبیر و بهرامی در بین سالهای ۱۳۶۱-۷۸ انجام شده است. در این بررسی تعداد ۲۵ بیمار که در بخش

قرار گرفتند (۹۲ درصد) و بیشترین تست آزمایشگاهی مختل تستهای کلیوی بودند (۲۸ درصد). میزان مورتالیتی (۲۴ درصد) بدست آمد که اغلب پسر و اغلب به علل خوش خیم بود.

با توجه به این یافته‌ها، بررسی سیستم اداری جنین با سونوگرافی و معاینه اولیه نوزادان اهمیت ویژه‌ای دارد و عمل جراحی سریع در اغلب موارد توصیه می‌شود. لازم است بررسیهای آزمایشگاهی و رادیولوژیکی در ۴۸-۷۲ ساعت اول انجام شده و اقدام درمانی مناسب صورت پذیرد.

تخمندان
گوارشی (۱۵ درصد) شامل انسدادها، کیست و تومورها و
دوپلیکاسیون
کبد و صفراوی (۵ درصد) شامل کیست‌ها و تومورها
رتروپریتونئال (۵ درصد) شامل توده‌های توپر
آدرنال (۵ درصد) شامل خونریزی (۲)
در این بررسی می‌خواهیم شیوع علل مختلف توده‌های
شکمی را در یکی از مراکز جراحی نوزادان ایران بررسی کرده
و با مطالعات انجام شده در نقاط دیگر جهان مقایسه کنیم.

روش و مواد

در این مطالعه بیماران بستری در بخش جراحی نوزادان بیمارستانهای امیرکبیر و بهرامی به علت توده شکمی بین سالهای ۱۳۶۱-۱۳۷۸ مورد بررسی قرار گرفتند. در مجموع تعداد ۲۵ بیمار به علت توده شکمی در بخش جراحی نوزادان بستری شده بودند.

با مطالعه پرونده‌های این بیماران شیوع علل توده شکمی و همچنین تعیین فراوانی بدخیمی توده‌های شکمی و میزان مورتالیتی در این گروه نوزادان بررسی شد.

برای انجام این مطالعه که به روش توصیفی و با استفاده از بایگانی بیمارستانهای امیرکبیر و بهرامی انجام گردیده، تمامی موارد توده‌های شکمی بخش جراحی نوزادان در این مطالعه وارد شده‌اند. پس از گردآوری اطلاعات و یافته‌ها سپس پرداخت داده‌ها صورت گرفته و نتایج مطالعه مشخص گردید.

یافته‌ها

در این مطالعه تعداد ۲۵ بیمار که در بخش جراحی نوزادان در بین سالهای ۷۸-۱۳۶۱ بستری شده بودند بررسی شدند. از این تعداد ۱۷ مورد پسر (۶۸ درصد) و ۸ مورد دختر (۳۲ درصد) بودند. از نظر سن بیماران در زمان بستری اغلب در هفته اول نوزادی (۴۸ درصد) قرار داشتند. مابقی شامل ۲۰ درصد در هفته دوم و ۱۶ درصد در هریک از هفته‌های سوم و چهارم می‌شوند.

با بررسی علت بستری، هیدرونفروز دوطرفه (۳۲ درصد)

مقدمه

با توجه به اینکه توده‌های شکمی در دوران نوزادی از مهمترین یافته‌های بالینی در طب نوزادان است و برخورد سریع با این بیماران با کاهش مورتالیتی و موربیدیتی همراه می‌باشد (۱ و ۲)، هدف از این بررسی مطالعه علل توده‌های شکمی در دوران نوزادی در نظر گرفته شده است. در رأس این علل، موارد با منشأ سیستم اداری مطرح است و اغلب سونوگرافی مادر در دوران بارداری در تشخیص زودرس مؤثر می‌باشد (۳). با توجه به اینکه توده‌های شکمی اغلب ایجاد تغییرات وسیع در فیزیولوژی ارگانه‌های مختلف نوزاد می‌کنند (۴)، بررسی هرچه سریع‌تر و اقدام مناسب درمانی از اصول اولیه برخورد با این توده‌ها می‌باشند و توصیه شده است که هر پزشک معالج در مدت ۴۸-۲۷ ساعت باید تکلیف این توده‌ها را مشخص نماید (۵). تعدادی از تومورهای شکمی دوران نوزادی از طریق جفت از مادر به جنین منتقل شده‌اند که در مقالات به صورت ملانوم بدخیم، بیماری هوجکین، لنفوسارکوم و کارسینوم برونکوژنیک گزارش شده است (۱)

در مطالعات انجام شده شیوع علل توده‌های شکمی دوران نوزادی بصورت زیر مطرح می‌شوند:

علل کلیوی (۵۵ درصد کل توده‌های شکمی) شامل هیدرونفروز، مولتی سیستیک یا پلی سیستیک کلیه، مالفورماسیون کلیوی، ترومبوز ورید رنال و نئوپلاسمای کلیوی

ژنیتال (۱۵ درصد) شامل هیدرومتروکولپوس و کیست

بحث

طبق بررسی انجام شده در مقالات، شیوع علل توده‌های شکمی در نوزادان به صورتی است که علل کلیوی (۵۵ درصد)، ژنیتال (۱۵ درصد)، گوارشی (۱۵ درصد)، کبد و صفراوی (۵ درصد)، رتروپیتونئال (۵ درصد)، و آدرنال (۵ درصد) گزارش شده‌اند. با توجه به بررسی انجام شده و مقایسه آن با آمارهای ذکر شده در کتابهای رفرانس و مقالات می‌توان به این نتیجه رسید که از نظر شیوع علل توده‌های شکمی در دوره نوزادی، علل اورولوژیک در صدر علل می‌باشند لذا در نوزاد دارای توده شکمی معاینه سیستم ادراری از اهمیت خاصی برخوردار است (۶). یافته‌های این بررسی نشان می‌دهد که اکثریت بیماران دارای توده‌های شکمی نوزادی در هفته اول نوزادی بستری شده‌اند، لذا می‌توان نتیجه گرفت که معاینه نوزاد در بدو تولد جهت تشخیص توده‌های شکمی از اهمیت خاصی برخوردار است و اغلب با معاینه بدو تولد و روزهای اول نوزادی و حتی قبل از تولد با سونوگرافی امکان تشخیص کلینیکی این توده‌ها امکان پذیر می‌باشد.

در بررسی اغلب موارد هیدرونفروز دوطرفه - هیدرونفروز یک طرفه - تومور ویلمز - آبسه داخل شکمی - کیست مکنونیال - توده کبدی - کیست مزانتیر پسر بوده‌اند و موارد کیست تخمدان - کلیه پلی کیستیک - نوروبلاستوم - کیست لگن اپیدرمال انکلوژن دختر بوده‌اند ولی به علت تعداد کم نمونه‌ها امکان نتیجه‌گیری دقیق از این یافته‌ها مقدور نمی‌باشد.

با توجه به اینکه اغلب بیماران کمتر از ۲ هفته بستری بوده‌اند و اغلب برای انجام آزمایشات و تستهای تشخیصی لازم نیز مدتی وقت صرف شده است لذا بنظر می‌رسد با دقت بیشتر و درخواست آزمایشات ضروری در اولین ویزیت امکان کاهش مدت بستری و کاهش عواقب بستری طولانی مدت نوزاد در بخش امکان پذیر می‌باشد.

با توجه به تستهای آزمایشگاهی انجام شده در بدو مراجعه و با توجه به شیوع علل کلیوی در رأس علل توده‌های شکمی دوران نوزادی بنظر می‌رسد که دقت به تستهای کلیوی و الکترولیتی و اصلاح آنها در حد امکان از مهمترین اقدامات اولیه در برخورد با این بیماران است.

در صدر علل قرار گرفته است. کیست تخمدان و کلیه پلی کیستیک دیسپلاستیک هریک ۱۲ درصد و هیدرونفروز یک طرفه و تومور ویلمز هریک ۸ درصد مشاهده شدند. مابقی علل هریک ۴ درصد موارد را شامل می‌گردیدند که عبارتند از: مثانه بزرگ، تومور نوروبلاستم، آبسه داخل شکمی، کیست مکنونیال، توده کبدی، کیست لگنی اپیدرمال و کیست مزانتیر. از نظر طول مدت بستری ۸ مورد از بیماران کمتر از یک هفته (۳۲ درصد)، ۹ مورد به مدت یک تا ۲ هفته (۳۶ درصد) و ۸ مورد از بیماران بیش از ۲ هفته بستری بوده‌اند (۳۲ درصد).

از نظر تستهای آزمایشگاهی مختل در موقع مراجعه در بین بیماران، تستهای کلیوی با ۲۸ درصد موارد در رأس می‌باشند و موارد دیگر شامل الکترولیتهای مختل و آنمی هریک ۲۰ درصد و تستهای کبدی مختل ۱۲ درصد می‌شوند.

در مجموع ۲ بیمار تحت عمل جراحی قرار نگرفتند (۸ درصد) و بقیه عمل شدند (۹۲ درصد) که این ۲ مورد یک مورد تومور کبدی داشت و قبل از عمل فوت کرد. در مورد دیگر با سونداژ و تخلیه مثانه توده برطرف شد. از نظر مورتالیتی ۶ بیمار فوت کردند (۲۴ درصد) که ۴ مورد پسر (۶۶ درصد) و ۲ مورد دختر (۳۳ درصد) بودند. از نظر علل فوت ۲ مورد کلیه پلی کیستیک دیسپلاستیک دوطرفه و یک مورد کیست مکنونیال و یک مورد تومور کبدی با CHF و سندرم کازاباخ مریت و یک مورد تومور ویلمز بود و یک مورد هیدرونفروز دوطرفه سندرم پرونبلی شناخته شد.

از نظر فاصله زمانی بین عمل جراحی و فوت بیمار، ۳ مورد در حدود ۵ روز بعد از عمل فوت کردند و یک بیمار روز بعد از عمل فوت نمود. دو بیمار عمل نشدند و فوت کردند. از نظر پاتولوژی ۴ بیمار (۱۶ درصد) تومور بدخیم داشتند که ۲ مورد آنها فوت نمودند (۵۰ درصد). ۲۳ بیمار توده خوش خیم (۸۴ درصد) داشتند که ۴ مورد فوت کردند (۲۰ درصد).

بطور کلی از نظر علل توده‌های شکمی نوزادان، علل سیستم ادراری با ۱۴ مورد (۵۶ درصد) بالاترین میزان را داراست و تومورها با مقدار ۲۰ درصد و علل تخمدانی و گوارشی هریک ۱۲ درصد، در رتبه‌های بعدی قرار گرفته‌اند.

شکمی به عمل جراحی نیاز پیدا کردند لذا با توجه به این موضوع می‌توان توصیه کرد که پزشکان مختلف به محض تشخیص توده شکمی در دوران نوزادی سریعاً بیمار را به بخش جراحی منتقل کنند و از انجام تستها و آزمایش‌های وقت‌گیر قبل از مشاوره با جراح اطفال جداً خودداری نمایند. اغلب توده‌های شکمی نوزادی با سونوگرافی دوران جنینی قابل تشخیص می‌باشد بنابراین توصیه می‌گردد با انجام سونوگرافی در انتهای حاملگی و معرفی وی به مرکز جراحی اطفال در صورت نیاز از اتلاف وقت و هزینه پیشگیری شود.

با بررسی مورتالیتی در بین بیماران این بررسی مشخص می‌شود که اغلب مورتالیتی در بین پسرهاست و اکثر موارد مورتالیتی بعد از عمل جراحی در هفته اول و بعد از عمل دیده می‌شود، لذا ویزیت‌های بعد از عمل این بیماران از اهمیت خاصی برخوردار است و نمی‌توان چنین نتیجه گرفت که با حذف توده شکمی و از بین رفتن پاتولوژی اولیه، نوزاد از خطر گذشته و با توجه به اینکه بیشتر موارد مورتالیتی در این بررسی به علت علل خوش‌خیم بوده است لذا به نظر می‌رسد که علت خوش‌خیم و بدخیم بودن توده شکمی از نظر پیش‌آگهی نیاز به بررسی بیشتری دارد. در بررسی ما اغلب موارد توده‌های

منابع

- 1- Philip P, Breitbart, et al. Principles of pediatric oncology. In: James A, O'Neill, editors. Pediatric surgery. 5th edition Mosby company 1998:367-379.
- 2- Phillis I, Warkentin. Solid tumors in the newborn. In: Avroy A, Fanaroff, editors. Neonatal - Perinatal medicine. 5th edition Mosby co 1992:985.
- 3- H, William teausch and Susan Sniderman. Initial evaluation: History and Physical examination of the newborn. In: Teausch and Ballrd, editors. Avery's Diseases of the newborn 7th edition WB Saunders company 1998:334-355.
- 4- Robert M, Kliegman. The fetus and the neonatal infant. Nelson textbook of pediatrics, 15th edition WB Saunders company 1996:131-440.
- 5- Peter G Jones, Peter E Campbell. Abdominal Mass in childhood: In tumor of Infancy & childhood. Blackwell Scientific publication Oxford London 1976:491-590.
- 6- Mare, I Row, James A On, Neill Jr, MD Jay, L Grosfeld. et al. Abdominal Mass: In Essentials of pediatric surgery. Mosby copyright 1995:683-692.