

گزارش یک مورد آدنوکارسینوم رکتوم در یک دختر هشت ساله و تشخیص نادرست اسهال عفونی

دکتر هدایت اله نحوی*، دکتر پرین تنظیفی**، دکتر محمد اسحاق روضه***، دکتر مجتبی گرجی****

دکتر رحمان خسروی*****

چکیده:

آدنوکارسینوم رکتوم در کودکان نادر است. بیماری که در این نوشتار گزارش می‌شود با رکتورازی به بیمارستان مراجعه کرده بود. مشکل بیمار از سه ماه قبل شروع شده و در این مدت با تشخیص اسهال عفونی درمان شده است. سه ماه بعد از شروع علائم، بیمار در بیمارستان ما کولونوسکپی شده، پولیپ بدون پایه دیده و خارج شد. پس از کولونوسکپی نشانه‌های پرتونیت بوجود آمد. پس از لاپاروتومی جراح متوجه گردید که پرفوراسیون رکتوم رخ داده و از مخاط رکتوم بیوپسی برداشته شد. نتیجه بیوپسی آدنوکارسینوم رکتوم بود و در نتیجه رزکسیون قدامی و پایین رکتوم با ایلئوستومی و همچنین شیمی درمانی انجام شد. در پیگیری پانزده ماهه حال عمومی بیمار خوب بوده و نشانه‌ای از بازگشت بیماری در بررسی‌های بالینی، آزمایشگاهی و رادیولوژیک دیده نشد. گرچه آدنوکارسینوم رکتوم نادر است و باید در تشخیص‌های افتراقی مشکلات روده در نظر باشد.

واژه‌های کلیدی: آدنوکارسینوم رکتوم، سرطان کولورکتال کودکان، پولیپ بدون پایه

زمینه و هدف

آدنوکارسینوم رکتوم در کودکان نادر است. بروز کارسینوم کولورکتال در کودکان کمتر از 2 در میلیون بوده و بزرگسالان است. عوامل مستعد کننده مانند سندرم‌های

نویسنده پاسخگو: دکتر رحمان خسروی

تلفن: 61479

E-mail: rahmankhosravi@yahoo.com

* استادیار گروه جراحی کودکان، دانشگاه علوم پزشکی تهران، بیمارستان مرکز طبی کودکان

** استادیار گروه آسیب شناسی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، بیمارستان مرکز طبی کودکان

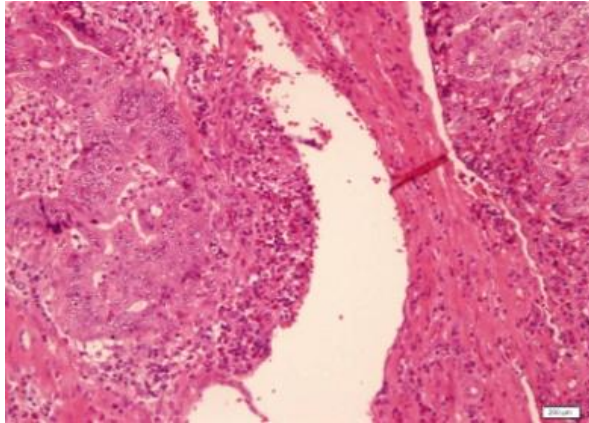
*** متخصص گوارش کودکان، دانشگاه علوم پزشکی زنجان

**** استادیار بیماری‌های کودکان، دانشگاه علوم پزشکی تهران

***** جراح کودکان و نوزادان، دانشگاه علوم پزشکی تهران، بیمارستان مرکز طبی کودکان

تاریخ وصول: 1396/03/22

تاریخ پذیرش: 1397/02/02



تصویر 1- در تصویر بالا، بیوپسی انجام شده از رکتوم نشان‌دهنده بافت نئوپلاستیک دارای هسته‌های گرد و بیضی و گاه نوکلئول و پلئومورفیسم متوسط تا شدید است. فعالیت پراکنده میتوتیک و ارتشاح سلول‌های التهابی دیده شده و تشخیص آدنوکارسینوم با تمایز متوسط مطرح می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

10% کودکان با سرطان روده دارای عوامل مستعد کننده‌ای مانند سندرم‌های پولیپوز، سندرم‌های سرطانی فامیلیال و کولیت اولسراتیو هستند.² بیماری‌های التهابی روده‌ای یک عامل خطر مهم در سرطان کولورکتال است.⁴ گرچه آدنوکارسینوم رکتال در کودکان نادر است ولی بروز سرطان رکتال در سنین زیر 40 سال در حال افزایش است.¹ کارسینوم کولورکتال در کودکان بسیار نادر بوده و بروز آن 2 در میلیون است. آدنوکارسینوم کولورکتال در کودکان به دو زیر مجموعه ارثی غیر پولیپوز و کارسینوم کولورکتال مرتبط با پولیپوز تقسیم می‌شود.⁵

استفراغ و دل درد شایعترین نشانه‌های کارسینم کولورکتال در کودکان هستند. تظاهرات دیگر بیماری عبارتند از رکتوراژی، یبوست، کاهش وزن، تغییرات رفتار دفعی و آنمی.² از آنجا که تظاهرات سرطان کولورکتال غیر اختصاصی است، تشخیص اغلب دیر هنگام بوده و پیش آگهی بیماری خوب نیست.³ خونریزی بدون درد رکتوم شایعترین تظاهر پولیپ روده بزرگ است و نشانه‌های دیگر عبارتند از دل درد، تغییر عادات گوارشی و پرولاپس رکتوم.⁶

دکتر هدایت اله نحوی - گزارش یک مورد آدنوکارسینوم رکتوم در ...

پولیپوز در حدود ده درصد از بیماران گزارش شده است. کارسینوم کولورکتال با استفراغ، دل درد، یبوست، کاهش وزن، تغییر رفتار روده و آنمی تظاهر می‌یابد² که با تظاهرات بسیاری از بیماری‌های شایع دیگر در کودکان مشترک است و در نتیجه باعث می‌شود که تشخیص درست، به تأخیر بیافتد. کارسینوم دستگاه گوارش باید در تشخیص افتراقی دل درد مزمن و تغییرات رفتار روده‌ای در نظر باشد.⁶⁻⁷

معرفی بیمار

یک دختر 8 ساله به علت رکتوراژی به بیمارستان ما مراجعه کرد و در بخش گوارش بستری شد. مشکل بیمار از سه ماه قبل با دفع مدفوع آغشته به خون آغاز شده و به تدریج مشکل بیمار تشدید شد. در طی این مدت بیمار در مراجعات پزشکی متعدد با تشخیص اسهال عفونی تحت آنتی بیوتیکی قرار می‌گیرد و بهبودی نداشته است.

در معاینه وزن کودک 20 کیلوگرم (کمتر از صدک 3 برای وزن به سن) و ظاهر بیمار رنگ پریده بود. شکم بیمار نرم و حساسیت عمومی خفیف داشت. بقیه معاینات نکته مهمی نداشتند. تنها نکته مهم در تاریخچه خانوادگی سرطان کولون در پدر بزرگ بیمار بود.

بیمار کولونوسکوپی شد و یک پولیپ بدون پایه در 10 سانتیمتری حاشیه مقعد دیده شد. پولیپ خارج شد و چند ساعت پس از جراحی علایم پرتونیت و اتساع شکم ظاهر شد. بیمار به اتاق عمل برده شده و در لاپاروتومی دیده شد که پرفوراسیون رکتوم رخ داده است. با بیوپسی رکتوم و Hartman Pouch و کولوستومی انجام گردید.

نتیجه بیوپسی: بافت نئوپلاستیک دارای هسته‌های گرد و بیضی و گاه نوکلئول و پلئومورفیسم متوسط تا شدید است. فعالیت پراکنده میتوتیک و ارتشاح سلول‌های التهابی دیده شده و تشخیص آدنوکارسینوم رکتال با تمایز متوسط گزارش گردید (تصویر 1) و جراحان تصمیم به انجام جراحی و برداشتن بخش قدامی و پایین رکتوم و ایلئوستومی گرفتند و بیمار برای شیمی درمانی ارجاع گردید. پنج هفته بعد ایلئوستومی بیمار بسته شد. در پیگیری بیمار تا نوزده ماه بعد حال عمومی بیمار خوب بوده و و نشانه‌ای از بازگشت بیماری در بررسی‌های بالینی، آزمایشگاهی و رادیولوژیک دیده نشد.

تظاهرات اولیه بیماری که در این گزارش معرفی شد، سه ماه قبل از تشخیص ایجاد گردیده بود و در ابتدا با تشخیص اسهال عفونی (بدون بهبودی) تحت درمان قرار گرفته بود. سابقه خانوادگی و ابتلا پدر بزرگ بیمار به سرطان کولون توسط پزشکانی که بیمار را در ابتدا دیده بودند، مورد توجه قرار نگرفته بود. گرچه این بیماری در کودکان نادر است و درگیری رکتوم در کودکان بسیار کمتر از آدنوکارسینوم کولون بزرگسالان است ولی در تشخیص افتراقی پولیپوز به ویژه در تاریخچه خانوادگی مثبت باید در نظر باشد.

بدخیمی‌های اولیه گوارشی کودکان حدود 2%² نئوپلاسم‌های کودکان را تشکیل می‌دهند. شایعترین سرطان گوارشی در کودکان آدنوکارسینوم کولون است. درگیری رکتوم در آدنوکارسینوم کولون کودکان خیلی کمتر از بزرگسالان است.² کارسینوم گوارش در تشخیص افتراقی دل درد مزمن باید لحاظ شود. تصویر برداری شکمی و آندوسکپی توده‌های شکم را مشخص می‌کنند. معمولاً انجام لاپاراتومی لازم می‌شود و باید برای مرحله بندی صورت گیرد.⁷

Abstract:**Rectal Adenocarcinoma Misdiagnosed with Infectious Diarrhea in an 8 Year Old Girl**

*Nahvi H. MD**, *Tanzifi P. MD*** , *Rozeh M. E. MD**** , *Gorji M. MD***** , *Khosravi R. MD******

(Received: 12 June 2017 Accepted: 22 April 2018)

We present an 8-year-old girl presented with rectorrhagia that started since 3 months and misdiagnosed with infectious diarrhea. A few months later, colonoscopy revealed a non-pedunculated polyp and was resected. After the colonoscopy the patient had presentations of peritonitis and rectal perforation was noted in laparotomy. The result of rectal biopsy was adenocarcinoma. Surgery consultant decided to perform a low anterior resection of rectum, ileostomy and the treatment continued with chemotherapy. After 19 month's follow-ups the patient was alright without any clinical, radiological or laboratory signs or symptoms of tumoral recurrence. As the manifestations of rectal adenocarcinoma are not specific, the clinicians should consider it in the differential diagnosis of gastrointestinal problems.

Key Words: Rectal Adenocarcinoma, Adenocarcinoma of Colon, Colorectal Cancer in Children

* *Assistant Professor of Pediatric Surgery, Tehran University of Medical Sciences, Children's Medical Center, Tehran, Iran*

** *Assistant Professor of Pathology, Tehran University of Medical Sciences, Children's Medical Center, Tehran, Iran*

*** *Pediatric Gastroenterologist, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran*

**** *Assistant Professor of Pediatrics, Tehran University of Medical Sciences, Children's Medical Center, Tehran, Iran*

***** *Pediatric Surgeon, Tehran University of Medical Sciences, Children's Medical Center, Tehran, Iran*

References:

1. R Woods, JO Larkin, C Muldoon, MJ Kennedy, B Mehigan, P McCormick. Metastatic Paediatric Colorectal Carcinoma. Irish medical journal. 2012, 105 (3): 88-9.
2. Pandey A, Gangopadhyay AN, Sharma SP, Kumar V, Gupta DK, Gopal SC, Singh RB. Pediatric carcinoma of rectum – Varanasi experience. Indian Journal of Cancer | July-September 2008 | Volume 45 | Issue 3.
3. King-Jun Koh, Lung-Huang Lin, Shih-Hung Huang, and Jia-Uei Wong. Care-Pediatric Colon Adenocarcinoma. Medicine Volume 94, Number 6, February 2015.
4. Seung Yeon Noh, Seung Young Oh, Soo-Hong Kim, Hyun-Young Kim, Sung-Eun Jung, Kwi-Won Park. Fifteen-year-old colon cancer patient with a 10-year history of ulcerative colitis. World J Gastroenterol 2013 April 21; 19(15): 2437-2440.
5. Raul S. Gonzalez, Sarah C. Shulman, Howard M. Katzenstein, Charlotte K. Steelman, Mark L. Wulkan, Carlos R. Abramowsky, Cynthia Cohen, Gigi K. Davis, and Bahig M. Shehata (2012) Colorectal Adenocarcinoma: A Pediatric Case Review with a Focus on Mismatch Repair Gene Mutations and E-Cadherin Expression. Pediatric and Developmental Pathology: May/June 2012, Vol. 15, No. 3, pp. 192-198.
6. Warren Hyer, Pediatric Polyposis Syndromes. In: Robert Wyllie, Jeffrey S. Hyams, Marsha Kay, et al, editors. Pediatric Gastrointestinal and Liver Disease, 5th Edition. United States of America: 2016 by Elsevier, Inc: p. 496-507.
7. ZEV H. Davidovics, Neoplasms of the Gastrointestinal Tract. In: Robert Wyllie, Jeffrey S. Hyams, Marsha Kay, et al, editors. Pediatric Gastrointestinal and Liver Disease, 5th Edition. United States of America: 2016 by Elsevier, Inc.: p. 576-578.