

Clinical Features and Outcome of Patients with Wilm's Tumor Hospitalized from 2003 to 2009

Azim Rezamand¹, Saeid Aslanabadi¹, Mohammadamin Rezazadehsaatlou^{2*}, Laleh Alizadeh¹

¹Pediatric Health Research Center, Children Hospital, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

²Tuberculosis and Lung Disease Research Center, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

Received: 15 Aug, 2014 Accepted: 8 Oct, 2014

Abstract

Background and Objectives: Wilm's tumor is the second most prevalent intra-abdominal and fifth malignant in pediatric medicine. This tumor includes at least 6 percent of all cancers in children and 95% of all renal tumors in pediatrics. Regarding to its high prevalence and the importance of determining its outcome and therapeutic process for designing a better road map for these patients and also because of the lack of related studies in our region we decided to do this study in order to evaluate the clinical features and outcome of patients with Wilm's tumor referring to Tabriz Children hospital from 2003 to 2009.

Materials and Methods: In this descriptive study, All 44 patients younger than 14 years old which have been operated and received chemotherapy from 2003 to 2009 were enrolled in this study. Data such as age, gender, bleeding, weight loss, hemoglobin, platelet, WBC, PT and PTT counts and associated anomalies were gathered from the hospital records.

Results: Eight patients (18.2%) had received chemotherapy before the operation in our study. 50% of tumors was located in right side, 45.5% were located in left side and 4.5% were bilateral. Most of the patients (20 patients, 45.5%) were in stage III of the disease. Tumor histopathology was favorable in 36 (81.8%) and unfavorable in 8 (18.2%). Associated anomalies were seen in 3 (6.8%) patients. Most seen sign were mass feeling, weight loss, loss of appetite, malaise and fever in this study. Most complications were seen in liver and lungs. No statistically significant difference was seen between two genders regarding the outcome ($p=0.48$), complication ($p=0.96$) and disease stage ($p=0.43$). The outcome was statistically significant different between two kinds of histopathology ($p=0.007$).

Conclusions: The age average was lower in our study comparing with similar studies. The histopathology of tumor was favorable in most of our patients and the majority was in stage III of the disease. As it was expected there was a significant relation between histopathology and the outcome of the patients.

Keywords: Clinical Features; Outcome; Wilm's Tumor, Children

*Corresponding author:

E-mail: dr_amin_re@Yahoo.com

مقاله پژوهشی

یافته‌های بالینی و سرانجام کودکان مبتلا به تومور ویلمز و مراجعه کننده به مرکز آموزشی درمانی تبریز در سالهای ۱۳۸۲ تا ۱۳۸۸

عظیم رضامند^۱، سعید اصلان آبادی^۱، محمد امین رضازاده ساعتلو^{۲*}، سودا کریمی^۱^۱مرکز تحقیقات سلامت کودکان، بیمارستان کودکان، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران
^۲مرکز سل و بیماری های ریوی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

دریافت: ۹۲/۱۲/۲۸ پذیرش: ۹۳/۲/۲۰

چکیده

زمینه و اهداف: تومور ویلمز دومین بدخیمی داخل شکمی شایع و پنجمین بدخیمی شایع در کودکان است. این تومور حدود ۶ درصد بدخیمی های کانسره های کودکان و ۹۵٪ تومورهای کلیه را در گروه سنی اطفال شامل می شود. با توجه به شیوع بالای این بیماری در بین کودکان و اهمیت تعیین سرانجام و رویه درمانی آنها برای تعیین برنامه درمانی بهتر برای این بیماران و نیز محدودیت مطالعات مرتبط در منطقه ما بر آن شدیم تا با انجام این مطالعه یافته های بالینی و سرانجام بیماران مبتلا به تومور ویلمز را در مرکز آموزشی درمانی کودکان تبریز بررسی کردیم.

مواد و روشها: در این مطالعه توصیفی، کلیه کودکان (۴۴ بیمار) زیر ۱۴ سال که در سالهای ۱۳۸۲ تا ۱۳۸۸ به مدت ۶ سال در مرکز آموزشی درمانی کودکان تبریز با تشخیص تومور ویلمز بستری و تحت عمل جراحی و شیمی درمانی قرار گرفته اند مورد مطالعه قرار گرفتند. اطلاعات موجود در پرونده بیماران شامل سن، جنس، stage بیماری، علائم خونریزی، کاهش وزن، مقادیر هموگلوبین، پلاکت و شمارش گلبول های سفید خون، PT، PTT و آنومالی های همراه در بدو مراجعه ثبت شدند.

یافته ها: در بررسی ما ۸ بیمار (۱۸/۲٪) تحت شیمی درمانی پیش از عمل قرار گرفته بودند. تومور در ۵۰٪ موارد در سمت راست، در ۴۵/۴٪ در سمت چپ و در ۴/۵٪ دوطرفه بود. بیشتر بیماران (۲۰ نفر، ۴۵/۵٪) در مرحله III بیماری قرار داشتند. هیستوپاتولوژی تومور در ۳۶ مورد (۸۱/۸٪) مطلوب و در ۸ مورد (۱۸/۲٪) نامطلوب بود. آنومالی های همراه در ۳ بیمار (۶/۸٪) دیده شد. همچنین بیشترین عوارض در کبد و ریه ها دیده شد. بین دو جنس در مورد پیامد بیماران ($p = ۰/۴۸$) و بروز عوارض ($p = ۰/۹۶$)، مرحله بیماری ($p = ۰/۴۳$) اختلاف دیده نشد. بین دو نوع هیستوپاتولوژی مطلوب و غیرمطلوب در مورد پیامد بیماران اختلاف آماری معنی داری دیده شد ($p = ۰/۰۰۷$)

نتیجه گیری: در مطالعه ما میانگین سنی بیماران نسبت به مطالعات مشابه پایین تر بود. همچنین هیستوپاتولوژی تومور در بیشتر موارد مطلوب بوده و اکثر بیماران مورد بررسی در مرحله سه بیماری قرار داشتند. همانطور که انتظار می رفت بین نوع هیستوپاتولوژی و سرانجام درمان بیماران ارتباط آماری معنی داری وجود داشت. با توجه به درصد موارد بهبودی، سن پایین تشخیص و مرحله بیماری به نظر می رسد اقدامات تشخیصی و درمانی بیماران مبتلا به تومور ویلمز در بیمارستان کودکان تبریز کارایی مناسبی دارد.

کلید واژه: یافته های بالینی، سرانجام، تومور ویلمز شیمی درمانی و رادیوتراپی.

*ایمیل نویسنده رابط: dr_amin_re@yahoo.com

مقدمه

کودکی است. در اروپا ۹۷ درصد تومورهای بدخیم کلیه تومورهای ویلمز هستند (۳-۹).

از ویژگی های تومور ویلمز همراهی با برخی از سندرم های مادرزادی و ناهنجاری ها می باشد که شامل سندرم WAGR (تومور ویلمز، آنیرییدیا، ناهنجاری های سیستم اداری تناسلی و عقب ماندگی ذهنی) ناشی از موتاسیون کروموزوم p1311، سندرم

طیف وسیعی از توده های کلیه در کودکان ایجاد می شوند که از یک نفروم کیستیک خوش خیم تا تومور بدخیم و مهاجم رابدوئید متفاوت هستند (۱، ۲). شایع ترین تومور بدخیم اولیه کلیه در سنین کودکی، تومور ویلمز (Wilm's Tumor) یا نفروبلاستوم با منشاء جنینی می باشد که حدود ۶٪ موارد بدخیمی های سنین کودکی را شامل می شود و یکی از شایع ترین تومورهای توپر کلیه در دوران

بیماران شامل سن، جنس، stage بیماری، علائم خونریزی، کاهش وزن، مقادیر هموگلوبین، پلاکت و شمارش گلبول‌های سفید خون و آنومالی‌های همراه در بدو مراجعه ثبت شدند. جهت بررسی پاتولوژی، نمونه‌های تهیه شده از تومور به تایید دو پاتولوژیست معتبر و معتمد رسیده‌اند. در مورد نحوه پیگیری بیماران باید گفت به علت حساس بودن بیماری، افراد مبتلا به صورت مرتب و دوره‌ای به درمانگاه بیمارستان مراجعه می‌کنند، فلذا به راحتی قابل پیگیری خواهند بود و می‌توان سرانجام این بیماران را به راحتی بررسی کرد. در تعیین سرانجام بیماران یافته‌های بالینی در ابتدای تشخیص بیماری و عوارض ناشی از بیماری و درمان مد نظر می‌باشد. outcome بیماران در دو حالت در نظر گرفته می‌شود. یا بیماران به طور کامل بهبود یافته‌اند و درمان قطع شده است و یا فوت نموده‌اند.

متغیرهای مورد بررسی شامل موارد زیر بود:

س، جنس، تشخیص بیماری، سابقه فامیلی بیماری، انجام و یا عدم انجام شیمی درمانی قبل و بعد از جراحی و نوع آن در صورت انجام، انجام و یا عدم انجام رادیوتراپی، انجام یا عدم انجام جراحی تشخیصی و درمانی و نوع آن در صورت انجام، نتایج پاتولوژی، آنومالی‌های همراه، علائم بالینی همچون تب، بی‌اشتهایی، ضعف، واریکوسیل، کاهش وزن، فشار خون بالا، هماچوری، مقادیر آزمایشگاهی مانند هموگلوبین، پلاکت، WBC، ALT، AST، LDH، PTT، PT، بروتین، بروز عوارض درمانی و بیماری مانند عوارض قلبی، کبدی، تنفسی، ادراری، عصبی و پیامد بیماری.

جهت رعایت ملاحظات اخلاقی تمامی اطلاعات لازم از پرونده‌های بالینی بیماران استخراج گردید. تمامی اطلاعات بیماران کامل محرمانه می‌باشد. جهت بررسی‌های آماری از روش‌های آماری توصیفی (فراوانی، درصد، میانگین \pm انحراف معیار) استفاده شد. جهت انجام مقایسه یافته‌های کیفی از آزمون آماری کای دو (X²) و برای مقایسه یافته‌های کمی بین گروه‌ها از آزمون آماری Independent t test استفاده شد. آنالیز آماری توسط نرم افزار آماری SPSS انجام شد. مقدار p کمتر از ۰/۰۵ در این مطالعه معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در این مطالعه تمام کودکان (۴۴ بیمار) زیر ۱۴ سال که در فاصله سال‌های ۱۳۸۲ تا ۱۳۸۸ به مدت ۶ سال در مرکز آموزشی درمانی کودکان تبریز با تشخیص تومور ویلمز بستری و تحت عمل جراحی و شیمی‌درمانی قرار گرفته‌اند وارد مطالعه شدند. ۲۳ بیمار (۵۲/۳٪) مذکر و ۲۱ بیمار (۴۷/۷٪) مونث بودند. میانگین سنی بیماران $23/3 \pm 31/7$ ماه بود (بازه سنی ۲ ماه تا ۱۰ سال). تشخیص اولیه تمامی بیماران تومور ویلمز داخل کلیوی بود. هیچ یک از بیماران سابقه فامیلی مثبت را ذکر نمی‌کردند. ۸ بیمار (۱۸/۲٪) تحت شیمی‌درمانی پیش از عمل قرار گرفته بودند. پروتکل درمانی این بیماران اکتینومایسین و VCR بود. تمامی بیماران پس از عمل جراحی تحت شیمی‌درمانی قرار گرفته

(Denysh drash) (پسودوهرمافرودیسیم، بیماری‌های دژنراتیو کلیه مانند گلومرولونفریت و تومور ویلمز) ناشی از موتاسیون کروموزوم p1511 همی‌هیپرتروفی به صورت یک ناهنجاری جداگانه و یا قسمتی از سندرم Beckwith wiedemann می‌باشد (۳، ۹-۵).

تومور ویلمز می‌تواند یک طرفه یا دو طرفه باشد. موارد گزارش شده تومور ویلمز دو طرفه به صورت همزمان ۴/۴ تا ۷٪ و موارد غیرهمزمان ۱ تا ۱۰/۹٪ می‌باشد. متوسط سنی بیماران تومور ویلمز یک طرفه در پسران ۲۸ ماه و در دختران ۳۰ ماه است که این محدوده سنی در بیماران تومور ویلمز دو طرفه پایین‌تر است. در واقع باید گفت ۷۸٪ موارد این تومور در کودکان یک تا ۵ ساله دیده می‌شود. شیوع این بیماری در دو جنس تقریباً یکسان است (نسبت مذکر به مونث ۰/۹) و ۱٪ موارد نیز فامیلیال است (۱-۳، ۵-۱۰). شایع‌ترین علائم بالینی در بیماران تومور ویلمز توده شکمی است که مادران به صورت اتفاقی متوجه آن می‌شوند. سایر علائم بالینی شامل درد شکم به خصوص در موارد خونریزی‌های داخل تومور، هماچوری، تب و افزایش فشار خون (در ۲۵٪ موارد می‌باشند). شایع‌ترین جایگاه متاستاز در بیماران تومور ویلمز ریه است (۴، ۵، ۷).

مهم‌ترین عامل در تعیین پیش‌آگهی این بیماران هیستوپاتولوژی تومور است به طوری که هیستوپاتولوژی نامطلوب (Unfavorable H) تنها در ۱۱/۵ درصد بیماران دیده می‌شود ولی ۵۲ درصد موارد مرگ و میر را شامل می‌شوند. درمان تومور ویلمز شامل یک یا مجموعه‌ای از چند روش جراحی، شیمی‌درمانی و رادیوتراپی است که بستگی به شرایط بیمار و بیماری و وضعیت تومور دارد (۱۱؛ ۱۰).

با توجه به شیوع بالای این بیماری در بین کودکان و اهمیت تعیین سرانجام و رویه درمانی آنها برای تعیین برنامه درمانی بهتر برای این بیماران و نیز محدودیت مطالعات مرتبط در منطقه ما بر آن شدیم تا با انجام این مطالعه یافته‌های بالینی و سرانجام بیماران مبتلا به تومور ویلمز را در مرکز آموزشی درمانی کودکان تبریز که یکی از مراکز اصلی درمان این بیماران در شمالغرب کشور محسوب می‌شود تعیین کنیم.

مواد و روش‌ها

در این مطالعه توصیفی ۴۴ بیمار زیر ۱۴ سال که در فاصله سال‌های ۱۳۸۲ تا ۱۳۸۸ به مدت ۶ سال در مرکز آموزشی درمانی کودکان تبریز با تشخیص تومور ویلمز بستری و تحت عمل جراحی و شیمی‌درمانی قرار گرفته‌اند را شامل می‌شود. معیارهای خروج از مطالعه شامل نقص در مدارک پزشکی بیمار و عدم قابلیت پیگیری سرانجام بیمار بود.

کلیه کودکان (۴۴ بیمار) زیر ۱۴ سال که در فاصله سال‌های ۱۳۸۲ تا ۱۳۸۸ به مدت ۶ سال در مرکز آموزشی درمانی کودکان تبریز با تشخیص تومور ویلمز بستری و توسط اساتید راهنما و مشاور تحت عمل جراحی و شیمی‌درمانی قرار گرفته‌اند وارد مطالعه شدند. داده‌های لازم بر اساس اطلاعات موجود در پرونده

در ۳۶ مورد (۸۱/۸٪) مطلوب و در ۸ مورد (۱۸/۲٪) نامطلوب بود. آنومالی‌های همراه در ۵ بیمار (۱۱/۲٪) دیده شد که شامل یک مورد WAGR (۲/۳٪)، یک مورد هیپوسپادیازیس (۲/۳٪)، دو مورد کلیه نعل اسبی (۴/۶٪) و یک مورد همی‌هایپرتروفی (۲/۳٪) به همراه عقب‌ماندگی ذهنی بود. یافته‌های بالینی و آزمایشگاهی بیماران را در جداول ۲-۴ و ۳-۴ بیان گردیده است. در نهایت باید گفت پیامد بیماران در ۳۸ مورد (۸۶/۴٪) بهبودی و قطع درمان و در ۶ مورد (۱۳/۶٪) فوت بیمار بود.

بین دو جنس در مورد پیامد بیماران ($p=0/48$) و بروز عوارض ($p=0/96$)، مرحله بیماری ($p=0/43$) اختلاف دیده نشد.

بین دو نوع هیستوپاتولوژی مطلوب و غیرمطلوب در مورد پیامد بیماران اختلاف آماری معنی‌داری دیده شد ($p=0/007$). ۵۰٪ موارد غیرمطلوب بهبودی پیدا کرده بودند و ۵۰٪ فوت کرده بودند. میزان بهبودی در بیماران گروه مطلوب ۹۴/۴٪ بود. این اختلاف در مورد بروز عوارض دیده نشد ($p=0/72$).

بودند. پروتکل مورد استفاده شامل اکتینومايسين، VCR و CTX و آدریامایسین بود. برای بیماران مبتلا به نوع Clear cell carcinoma علاوه بر کورس‌های مذکور از ایزوفسفاماید و سیس‌پلاتین نیز استفاده شد و درمان آنها تا زمان فوت ادامه داشت. ۱۲ بیمار (۲۷/۳٪) تحت رادیوتراپی قرار گرفته بودند. تمامی بیماران تحت جراحی تشخیصی و ۴۳ بیمار (۹۷/۷٪) تحت جراحی درمانی قرار گرفته بودند. تشخیص پس از جراحی تشخیصی در ۴۲ مورد (۹۵/۵٪) تومور تومور ویلمز یک طرفه، در یک مورد (۲/۳٪) تومور ویلمز دو طرفه غیر همزمان و در یک مورد (۲/۳٪) تومور ویلمز دو طرفه همزمان بود و در دو مورد متاستاز ریوی همزمان مشاهده شد. تومور در ۵۰٪ موارد در سمت راست، در ۴۵/۴٪ در سمت چپ و در ۴/۵٪ دو طرفه بود.

در جدول ۱-۴ نوع عمل جراحی انجام شده بیان گردیده است که در بیشتر موارد (۱۶ مورد، ۳۶/۴٪) به صورت رادیکال نفرکتومی سمت راست بوده است. همچنین بیشتر بیماران (۲۰ نفر، ۴۵/۵٪) در مرحله III بیماری قرار داشتند. هیستوپاتولوژی تومور

جدول ۱-۴: اطلاعات مربوط به نوع عمل انجام شده و بررسی‌های پاتولوژیک بیماران

نوع عمل جراحی	فراوانی
Right radical nephrectomy and bilateral regional lymphadenectomy	۳۷.۲٪
Left radical nephrectomy and bilateral regional lymphadenectomy	۲۳.۳٪
Right radical nephrectomy	۱۴.۰٪
Left radical nephrectomy	۱۸.۶٪
Tumor Resection	۷.۰٪
مرحله بیماری در افراد عمل شده	
I	۲.۲۷٪
II	۳۱.۸۲٪
III	۴۵.۴۵٪
IV	۲۰.۴۵٪
پاتولوژی نهایی بیماران	
Anaplastic	۱۸.۲٪
Clear Cell	۶.۸٪
Mesenchymal	۱۵.۹٪
Blastema Type	۴۷.۷٪
Dysplastic Tubules	۱۱.۴٪

جدول ۲-۴: یافته‌های آزمایشگاهی بیماران مورد بررسی

یافته‌ها	مقدار متوسط	بیشترین مقدار	کمترین مقدار
هموگلوبین	$10/67 \pm 1/43$	۱۳/۸	۷/۸
پلاکت	$408613/63 \pm 23221/97$	۹۸۷۰۰۰	۲۰۷۰۰۰
شمارش سلول‌های سفید خونی	$13085 \pm 3119/32$	۲۰۲۰۰	۳۵۰۰
PT	$14/02 \pm 1/13$	۱۷	۱۲
PTT	$37/36 \pm 4/3$	۴۷	۲۹
LDH	$1051/81 \pm 420/11$	۲۷۴۹	۵۲۴
فریتین	$127/78 \pm 82/77$	۳۰۰	۱۴
یافته‌ها	نرمال		
SGOT	(۲۷/۳) ۱۲	۳۲ (۷۲/۷)	
SGPT	(۸۴/۱) ۳۷	۷ (۱۵/۹)	

جدول ۳-۴: یافته‌های بالینی بیماران مورد بررسی

فراوانی بیماریان	
احساس توده توسط مادر	۱۵ (۳۴٪)
تب	۵ (۱۱٪)
بی‌اشتهایی	۱۰ (۲۲٪)
خستگی	۷ (۱۵٪)
واریکوسل	۰ (۰٪)
کاهش وزن	۱۱ (۲۵٪)
سابقه فشار خون بالا	۰ (۰٪)
افزایش فشار خون	۰ (۰٪)
هماچوری	۳ (۶٪)
عوارض قلبی	۱ (۲٪)
عوارض کبدی	۲۳ (۵۲٪)
عوارض تنفسی	۷ (۱۵٪)
عوارض ادراری	۲ (۴٪)
عوارض عصبی	۱ (۲٪)

بحث

تومور ویلمز دومین کانسر داخل شکمی شایع و پنجمین بدخیمی شایع در کودکان است. این تومور حدود ۶ درصد تمامی کانسرهای کودکان و ۹۵٪ تومورهای کلیه را در گروه سنی اطفال شامل می‌شود (۱۲؛ ۱۳). میزان شیوع بیماری در ایالات متحده حدود ۸ مورد در هر یک میلیون کودک زیر ۱۵ سال است که موجب بروز موارد جدیدی در حدود ۵۰۰ مورد در سال می‌شود (۱۲-۱۶).

با توجه به شیوع بالای این بیماری در بین کودکان و اهمیت تعیین سرانجام و رویه درمانی آنها برای تعیین برنامه درمانی بهتر برای این بیماران و نیز محدودیت مطالعات مرتبط در منطقه ما بر آن شدیم تا با انجام این مطالعه یافته‌های بالینی و سرانجام بیماران مبتلا به تومور ویلمز را در مرکز آموزشی درمانی کودکان تبریز که یکی از مراکز اصلی درمان این بیماران در شمالغرب کشور محسوب می‌شود تعیین کنیم.

این مطالعه تمام کودکان (۴۴ بیمار) زیر ۱۴ سال که در فاصله سال‌های ۱۳۸۲ تا ۱۳۸۸ به مدت ۶ سال در مرکز آموزشی درمانی کودکان تبریز با تشخیص تومور ویلمز بستری تحت عمل جراحی و شیمی‌درمانی قرار گرفته‌اند وارد مطالعه شدند. ۲۳ بیمار (۵۲٪) مذکر و ۲۱ بیمار (۴۷٪) مونث بودند. میانگین سنی بیماران ما در مقایسه با مطالعات دیگر نسبتاً پایین‌تر است و تفاوت محسوسی با نتایج دیگر دارد. میانگین سنی بیماران $23/33 \pm 31/7$ ماه بود (بازه سنی ۲ ماه تا ۱۰ سال). هیچ یک از بیماران سابقه فامیلی مثبت را ذکر نمی‌کردند. در بررسی داوری و رفیعی (۱۷) نیز $54/5$ ٪ پسر و $45/5$ ٪ دختر بودند و میانگین سنی بیماران $40/4$ ماه بود (بازه $2/5$ تا ۱۰ سال). برخلاف بررسی قبلی و مشابه نتایج ما از میان بیماران $51/9$ ٪ مذکر و $48/1$ ٪ مونث بودند. همچنین در هیچ یک از بیماران سابقه فامیلی از نظر وقوع تومور ویلمز وجود نداشت. در بررسی Cotton CA و همکاران (۱۲) $52/1$ ٪ بیماران مذکر بودند و بیشتر آنها (۷۳٪) در زمان تشخیص در بازه ۰ تا ۴ سال قرار داشتند. سن متوسط بیماران در مطالعه Wierich و همکاران (۱۸) نیز $3/5$ سال بود. Pritchard-Jones و همکاران (۱۹) و pastore

همکاران (۲۰) نیز بیماران مذکر را $51/1$ ٪ و $53/4$ ٪ گزارش کردند. در بررسی pastore و همکاران (۲۰) نیز همچون سایر مطالعات میانگین سنی بیماران ۴۱ ماه بود. علی‌رغم اینکه نسبت جنسی بیماران مطالعه ما شباهت فراوانی با سایر مطالعات دارد ولی میانگین سنی بیماران ما پایین‌تر از سایر مطالعات است که علاوه بر مسایل اپیدمیولوژیک، این مورد احتمالاً ناشی از تشخیص زودرس بیماری در بیماران مراجعه‌کننده به بیمارستان کودکان تبریز است.

در بررسی ما ۸ بیمار (۱۸٪) تحت شیمی‌درمانی پیش از عمل قرار گرفته بودند. همچنین تمامی بیماران پس از عمل جراحی تحت شیمی‌درمانی قرار گرفته بودند. ۱۲ بیمار (۲۷٪) نیز تحت رادیوتراپی قرار گرفته بودند. تمامی بیماران تحت جراحی تشخیصی و ۴۳ بیمار (۹۷٪) تحت جراحی درمانی قرار گرفته بودند. در مطالعه pastore و همکاران (۲۰) $74/3$ ٪ بیماران شیمی‌درمانی قبل از عمل و $51/8$ ٪ شیمی‌درمانی پس از عمل دریافت کرده بودند. $16/8$ ٪ بیماران نیز رادیوتراپی دریافت کرده بودند. در این مورد بین دو مطالعه تفاوت وجود دارد. پروتکل‌های درمانی متفاوتی بسته به تجارب قبلی و امکانات موجود و نظر پزشکان در مراکز مختلف به کار می‌رود و این خود موجب تنوع نتایج به دست آمده در این حیطه می‌شود. در بررسی ما تومور در 50 ٪ موارد در سمت راست، در $45/4$ ٪ در سمت چپ و در $4/5$ ٪ دوطرفه بود. بیشتر بیماران (۲۰ نفر، $45/5$ ٪) در مرحله III بیماری قرار داشتند. هیستوپاتولوژی تومور در ۳۶ مورد ($81/8$ ٪) مطلوب و در ۸ مورد ($18/2$ ٪) نامطلوب بود. آنومالی‌های همراه در ۵ بیمار ($11/2$ ٪) دیده شد که شامل یک مورد WAGR ($2/3$ ٪)، یک مورد هیپوسپادیازیس ($2/3$ ٪)، دو مورد کلیه نعل اسبی ($4/6$ ٪) و یک مورد همی‌هایپرتروفی ($2/3$ ٪) به همراه عقب‌ماندگی ذهنی بود. پیامد بیماران در ۳۸ مورد ($86/4$ ٪) بهبودی و قطع درمان و در ۶ مورد ($13/6$ ٪) فوت بیمار بود.

در مطالعه داوری و رفیعی (۱۷) محل تومور در $38/2$ ٪ در کلیه راست، در $58/8$ ٪ در کلیه چپ و در 3 ٪ موارد دوطرفه بود. pastore و همکاران (۲۰) نیز گزارش کردند که توده در $48/1$ ٪ در سمت راست، در $50/4$ ٪ در سمت چپ قرار داشت و در $1/5$ ٪ دوطرفه بود. تفاوت‌های موجود بین مطالعات جزئی بوده قابل چشم‌پوشی است. شاید علت این اختلاف را باید در سال‌های مختلف بررسی و نیز نظریه نهایی پزشک مبنی بر مطلوب بودن و یا نبودن بیماری جست. انجام مطالعات همزمان و نیز استفاده از تیم‌های بالینی مشترک می‌تواند در تایید یا رد این اختلاف کمک‌کننده باشد. در همین بررسی میزان پاسخ مطلوب درمانی $83/7$ ٪ گزارش شده است که نسبت به مقایسه موارد مطلوب و نامطلوب، اختلاف کمتری با بررسی ما دارد که بار دیگر احتمال تأثیر دو مورد فوق را بروز چنین اختلافی پررنگ‌تر می‌کند. در مطالعه توسط داوری و رفیعی (۱۷) $91/1$ ٪ بیماران هیستولوژی مطلوب و $8/9$ ٪ بیماران هیستولوژی نامطلوب داشتند. همچون بررسی ما در سایر مطالعات نیز بیشتر بیماران در مرحله دو و سه بیماری قرار داشتند (۱۸، ۲۲-۲۰).

بروز ناهنجاری‌های مادرزادی نیز از نظر فراوانی مشابه بررسی ما بوده است (۱۲، ۲۰-۱۸، ۲۳) که با توجه به تعداد کم آن در تمامی مطالعات نمی‌توان در مورد اختلاف موجود در نوع آنومالی -

در مطالعه داوری و رفیعی (۱۷) نیز تب در ۲۳/۵٪ و کاهش وزن در ۲۰/۵٪ گزارش شده بود. همچنین در مطالعه Axt و همکاران (۲۲) در ۳۴/۵٪ بیماران کاهش وزن دیده شده بود.

نتیجه‌گیری

در مطالعه ما میانگین سنی بیماران نسبت به مطالعات مشابه پایین‌تر بود. همچنین هیستوپاتولوژی تومور در بیشتر موارد مطلوب بوده و اکثر بیماران مورد بررسی در مرحله III بیماری قرار داشتند. همانطور که انتظار می‌رفت بین نوع هیستوپاتولوژی و سرانجام درمان بیماران ارتباط آماری معنی‌داری وجود داشت. با توجه به درصد موارد بهبودی، سن پایین تشخیص و مرحله بیماری به نظر می‌رسد اقدامات تشخیصی و درمانی بیماران مبتلا به تومور ویلمز در مرکز طبی کودکان تبریز کارایی مناسبی دارد.

ها مقایسه جامعی به عمل آورد و حجم نمونه بالاتری برای این مورد لازم است. شایع‌ترین علایم در بررسی ما احساس توده توسط مادر، کاهش وزن، بی‌اشتهایی، خستگی و تب بود. همچنین بیشترین عوارض در کبد و ریه‌ها دیده شد. میزان هم‌چواری برابر ۶/۸٪ بود. افزایش آنزیم‌های کبدی در ۷۲/۷٪ دیده شده بود. آنمی (هموگلوبین زیر ۱۰) در ۱۴ بیمار (۳۱/۸٪) دیده شد. بین دو جنس در مورد پیامد بیماران (p=۰/۴۸) و بروز عوارض (p=۰/۹۶)، مرحله بیماری (p=۰/۴۳) دیده نشد. بین دو نوع هیستوپاتولوژی مطلوب و غیرمطلوب در مورد پیامد بیماران اختلاف آماری معنی‌داری دیده شد (p=۰/۰۰۷). این اختلاف در مورد بروز عوارض دیده نشد (p=۰/۷۲).

References

- Plesko I, Kramarova E, Stiller CA, Coebergh JW, Santaquilani M. Survival of children with Wilms' tumour in Europe. *Eur J Cancer* 2001; **37**(6): 736-743.
- Shamberger RC. Pediatric renal tumors. *Semin Surg Oncol* 1999; **16**(2): 105-120.
- Thierry-Chef I, Dabin J, Friberg EG, Hermen J, Istad TS, Jahnen A, et al. Assessing organ doses from paediatric CT scans—a novel approach for an epidemiology study (the EPI-CT study). *Int J Environ Res Public Health* 2013; **10**(2): 717-728.
- Kramarova E, Stiller CA. The international classification of childhood cancer. *Int J Cancer* 1996; **68**(6): 759-765.
- Lo NL. Biology of childhood acute lymphoblastic leukemia. *J Pediatr Hematol Oncol* 2013; **35**(4): 245-252.
- Park JR, Eggert A, Caron H. Neuroblastoma: biology, prognosis, and treatment. *Hematol Oncol Clin North Am* 2010; **24**(1): 65-86.
- Yang CP, Hung IJ, Jaing TH, Chang WH. Cancers in infancy: percent distribution and incidence rates. *Acta Paediatr Taiwan* 2006; **47**(6): 273-277.
- Yang CP, Hung IJ, Jaing TH, Shih LY, Chang WH. Cancer in infants: a review of 82 cases. *Pediatr Hematol Oncol* 2005; **22**(6): 463-481.
- Choyke PL, Siegel MJ, Craft AW, Green DM, DeBaun MR. Screening for Wilms tumor in children with Beckwith-Wiedemann syndrome or idiopathic hemihypertrophy. *Med Pediatr Oncol* 1999; **32**(3): 196-200.
- Green DM, Breslow NE, Beckwith JB, Ritchey ML, Shamberger RC, Haase GM, et al. Treatment with nephrectomy only for small, stage I/favorable histology Wilms' tumor: a report from the National Wilms' Tumor Study Group. *J Clin Oncol* 2001; **19**(17): 3719-3724.
- Pritchard-Jones K, Hawkins MM. Biology of Wilms' tumour. *Lancet* 1997; **349**(9053): 663-664.
- Cotton CA, Peterson S, Norkool PA, Takashima J, Grigoriev Y, Green DM, et al. Early and late mortality after diagnosis of wilms tumor. *J Clin Oncol* 2009; **27**(8): 1304-1309.
- Breslow N, Olshan A, Beckwith JB, Green DM. Epidemiology of Wilms tumor. *Med Pediatr Oncol* 1993; **21**(3): 172-181.
- Kaste SC, Dome JS, Babyn PS, Graf NM, Grundy P, Godzinski J, et al. Wilms tumour: prognostic factors, staging, therapy and late effects. *Pediatr Radiol* 2008; **38**(1): 2-17.
- Mitchell C, Pritchard-Jones K, Shannon R, Hutton C, Stevens S, Machin D, et al. Immediate nephrectomy versus preoperative chemotherapy in the management of non-metastatic Wilms' tumour: results of a randomised trial (UKW3) by the UK Children's Cancer Study Group. *Eur J Cancer* 2006; **42**(15): 2554-2562.
- Grundy PE, Breslow NE, Li S, Perlman E, Beckwith JB, Ritchey ML, et al. Loss of heterozygosity for chromosomes 1p and 16q is an adverse prognostic factor in favorable-histology Wilms tumor: a report from the National Wilms Tumor Study Group. *J Clin Oncol* 2005; **23**(29): 7312-7321.
- Davari H RM. Epidemiological evaluation and survival rate of willms tumor among children in Esfahan (1365-1380). *The Journal of Shahre Kord University of Medical Sciences* 2015; **7**(1): 8-13.
- Weirich A, Ludwig R, Graf N, Abel U, Leuschner I, Vujanic GM, et al. Survival in nephroblastoma treated according to the trial and study SIOP-9/GPOH with respect to relapse and morbidity. *Ann Oncol* 2004; **15**(5): 808-820.
- Pritchard-Jones K. Controversies and advances in the management of Wilms' tumour. *Arch Dis Child* 2002; **87**(3): 241-244.
- Pastore G, Znaor A, Spreafico F, Graf N, Pritchard-Jones K, Steliarova-Foucher E. Malignant renal tumours incidence and survival in European children (1978-1997): report from the Automated Childhood Cancer Information System project. *Eur J Cancer* 2006; **42**(13): 2103-2114.
- Pritchard-Jones K, Moroz V, Vujanic G, Powis M, Walker J, Messahel B, et al. Treatment and outcome of Wilms' tumour patients: an analysis of all cases registered in the UKW3 trial. *Ann Oncol* 2012; **23**(9): 2457-2463.
- Axt J, Abdallah F, Axt M, Githanga J, Hansen E, Lessan J, et al. Wilms tumor survival in Kenya. *J Pediatr Surg* 2013; **48**(6): 1254-1262.
- McLorie GA. Wilms' tumor (nephroblastoma). *Curr Opin Urol* 2001; **11**(6): 567-570.