

ٲومور ويلمز

(Wilms Tumor)

- تومور ویلمز یا نوروبلاستوما شایعترین تومور داخل شکمی و کلیه در کودکان است
- شیوع ۷/۶ مورد در هریک میلیون کودک سفیدپوست زیر ۱۵ سال
- ۸۰٪ کودکان با تشخیص تومور ویلمز زیر ۵ سال هستند
- اوج شیوع سنی ۴-۳ سالگی است
- نقش الگوی وراثت ژنتیکی در این بیماری، به گونه ای است که در بین خواهران و برادران بیشتر دیده می شود
- در ۱۰٪ موارد هر دو کلیه گرفتار می شود
- در نوع یکطرفه، کلیه چپ بیشتر از راست درگیر می شود

ناهنجاریهای همراه با تومور ویلمز

- فقدان مادرزادی عنبیه چشم
- هیپرتروفی نیمی از بدن
- ناهنجاریهای ادراری - تناسلی (هیپوسپادیاس، کریپتورکیدیسم، ابهام جنسی)
- سندرم بک ویت (Beckwith-widemann)
- **ناهنجاریهای کمتر شایع همراه با تومور ویلمز:**
- میکروسفالی
- عقب ماندگی ذهنی و جسمی
- بدشکلی های لاله گوش
- خالهای عروقی

علائم بالینی

- شایعترین علامت مشخصه ← وجود تورم یا توده در شکم (سفت، غیر حساس، محدود به یک طرف بدن و در قسمت عمقی پهلو)
- علائم ثانویه به علت وجود تومور یا متاستاز آن
- هماچوری در کمتر از ۱/۴ کودکان مبتلا به تومور ویلمز
- کم خونی، رنگ پریدگی، بی اشتها، بیحالی
- افزایش BP به دلیل ترشح زیاد رنین از تومور و کاهش وزن، تب
- نشانه های درگیری ریه شامل تنگی نفس، سرفه، تنفس کوتاه و درد قفسه سینه

تشخیص

- تاریخچه (خانوادگی سرطان)
- معاینه فیزیکی
- علائم بالینی (کاهش وزن، اندازه کبد و طحال، علائم کم خونی و لنفادنوپاتی از اهمیت ویژه ای برخوردار است)
- اولتراسونوگرافی شکمی
- CT اسکن
- MRI
- مطالعات خون شناسی (پلی سیتمی به دلیل ترشح زیاد اریتروپوئیتین)
- U/A
- IVP (بررسی اندازه و عملکرد کلیه)
- رادیوگرافی ورید اجوف تحتانی
- آسپیراسیون مغز استخوان (برای پی بردن به وجود متاستاز)

از نظر بافت شناسی

۱- نوع FH (Favorable Histology):

■ بافت شناسی مطلوب با پیش آگهی مطلوب

۲- نوع UH (Unfavorable Histology):

■ بافت شناسی با پیش آگهی نامطلوب

درجه بندی تومور ویلمز

- **درجه I:** تومور محدود به کلیه، کاملاً قابل برداشتن
- **درجه II:** تومور به خارج از کلیه گسترش یافته (اما هنوز کاملاً قابل برداشتن است)
- **درجه III:** بقایای غیر هماتوژنی تومور محدود به شکم است
- **درجه IV:** متاستاز از راه خون وجود دارد. رسوبات آن پیش از تومور درجه III است و بیشتر در ریه، کبد، استخوان و مغز به وجود می آید
- **درجه V:** در هنگام تشخیص هر دو کلیه گرفتار شده است

- میزان بقای تومور ویلمز در بین تمام سرطانهای دوره کودکی بیشتر است
- نوع I و II شانس معالجه ۹۰٪ با درمانهای چند روشی است

درمان

- ترکیبی از درمان جراحی و شیمی درمانی با یا بدون رادیوتراپی براساس درجه بالینی و بافت شناسی تومور استفاده می شود
- در صورت درگیری یک کلیه (برداشتن کلیه مبتلا، تومور و غده آدرنال مجاور آن)
- محافظت به منظور جلوگیری از پاره شدن کپسول
- بررسی کلیه مقابل از نظر بیماری و عملکرد و غدد لنفاوی اطراف و بیوپسی
- در صورت درگیری دو کلیه :
 - Partial Nephrectomy
 - Total Nephrectomy (قبل از آن رادیوگرافی و شیمیوتراپی به منظور کوچک کردن تومور)

- انجام رادیوتراپی بعد از تومورهای بزرگ و در صورت وجود متاستاز و بقاء بیماری ضروری است
- انجام شیمی درمانی در تمام درجات تومور ضرورت دارد
- مؤثرترین دارو برای درمان تومور ویلمز اکتینوماپسین D و وین کرسستین است
- دوکسی رویسین و سیکلوفسفامید در بافت شناسی نامطلوب یا بیماری پیشرفته استفاده می شود
- دوره این درمانها متفاوت و بین ۶-۱۵ ماه است

تدابیر پرستاری

مراقبت قبل از عمل

- به دنبال تشخیص تومور ویلمز (والدین یا پزشک) عمل جراحی ظرف ۲۴-۴۸ سالگی باید انجام شود
- آماده کردن والدین برای انجام آزمایشات و عمل جراحی
- کنترل BP
- انجام مراقبتهای معمول قبل از عمل
- عدم لمس تومور
- توضیح در مورد شیمی درمانی و رادیوتراپی به والدین که بلافاصله بعد از عمل شروع می شود

مراقبت بعد از عمل

- آگاهی پرستار از خطر انسداد روده به دلیل مصرف وین کریستین و ایلئوس به دنبال آن، ادم ناشی از رادیوتراپی و وجود چسبندگی بعد از جراحی)
- بررسی فعالیت گوارشی از نظر حرکات روده، صداهای روده، وجود نفخ و استفراغ
- کنترل مداوم فشار خون
- کنترل علایم عفونت به ویژه طی شیمی درمانی
- رعایت بهداشت ریه به منظور جلوگیری از عفونت ریه