

تعیین عوامل مؤثر بر بقا در اطفال مبتلا به نوروبلاستوما

چکیده

*دکتر خدیجه ارجمندی رفسنجانی I

دکتر پروانه وثوق II

محمد سید سرابی III

دکتر علی چهرئی III

نوروبلاستوما توموری با منشأ سلولهای عصبی می‌باشد که بطور معمول در غده آدرنال و گانگلیونهای رشته سمپاتیک دیده می‌شود. این تومور شایعترین تومور بدخیم دوران شیر خوارگی و چهارمین تومور در دوره کودکی است. در این مطالعه ما بر آن شدیم تا عوامل مؤثر بر بقا اطفال مبتلا به نوروبلاستوما را بررسی نمائیم. این مطالعه مقطعی - تحلیلی روی ۱۱۹ کودک مبتلا به نوروبلاستوما که طی سالهای ۱۳۵۶ الی ۱۳۸۰ در بخش سرطان شناسی بیمارستان علی اصغر (ع) بستری شده بودند انجام گردید. علاوه بر وضعیت فعلی بیمار از نظر بقا، مشخصات دموگرافیک، علائم و نشانه‌ها، آزمایشهای زمان تشخیص، مرحله بیماری و نوع درمان ثبت گردید و در نهایت آنالیز بقا توسط روشهای جدول عمر و حد حاصل ضرب کاپلان مایر صورت گرفت و برای تعیین عوامل مؤثر از Cox regression استفاده شد. میانه میزان بقا در افراد مورد پژوهش ۳۳/۳۳ ماه بود (۴۴/۲۵ - ۲۲/۴۲). میانگین بقا در بیماران دختر بطور معنی‌داری بیش از پسران بود ($P = ۰/۰۴$ و $(Exp(B) = ۰/۵۹$). همچنین میزان بقا در اطفالی که سن بروز بیماری آنها کمتر از ۱ سال بود، بطور معنی‌داری بیش از بیماران با سن بروز بیش از ۱ سال بوده است ($P = ۰/۰۰۸$ و $(Exp(B) = ۰/۳۱$). عدم وجود متاستاز، میزان بقای مبتلایان را بطور معنی‌داری افزایش می‌داد ($P = ۰/۰۲$ و $(Exp(B) = ۰/۴۴$). از مهمترین عوامل پیشگویی کننده پیش آگهی خوب می‌توان به جنس مؤنث، سن کمتر از ۱ سال، عدم متاستاز و عدم درگیری مغز استخوان اشاره کرد. لازم به ذکر است که مرکز سرطان شناسی علی اصغر (ع) از مراکز ارجاعی سرطان شناسی اطفال است، لذا اغلب بیماران در مراحل بالای بیماری به این مرکز ارجاع داده می‌شوند و در نتیجه میزان بقای محاسبه شده در این مطالعه، از میزان بقای بیماران مبتلا به نوروبلاستوما در کل ایران کمتر می‌باشد. [EXP(B): Relative Risk]

کلیدواژه‌ها: ۱ - نوروبلاستوما ۲ - عوامل پیشگویی کننده پیش آگهی ۳ - بقا

مقدمه

می‌دهد (۵) با وجود اینکه این تومور ۸٪ سرطانهای کودکی را شامل می‌شود اما به دلیل بالا بودن میزان مرگ و میر آن، ۱۵٪ از مرگهای ناشی از سرطان را در کودکان تشکیل می‌دهد (۵). در مجموع شایعترین سن بروز این تومور ۲۰ ماهگی است (۶). نوروبلاستوما معمولاً به شکل یک توده در مسیر زنجیره سمپاتیک و یا غده آدرنال بروز می‌کند بطوری که در ۷۵٪ از بیماران به شکل یک توده بدون

نوروبلاستوما توموری است که از سلولهای تیغه عصبی و بطور معمول از غده آدرنال و گانگلیونهای رشته سمپاتیک منشأ می‌گیرد (۱). این تومور شایعترین تومور دوران شیر خوارگی می‌باشد (۲) هر چند که در سایر سنین و از جمله در دوره نوزادی نیز گزارش شده است (۳). این تومور در کودکان در رتبه چهارم تومورهای کودکی قرار دارد (۴). مرگهای ناشی از سرطان را در کودکان تشکیل

این مقاله خلاصه ایست از پایان نامه دکتر علی چهرئی جهت اخذ مدرک دکترای عمومی به راهنمایی دکتر خدیجه ارجمندی سال ۸۰-۱۳۷۹ (I) استادیار و فوق تخصص هماتولوژی و انکولوژی کودکان، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران، تهران (* مولف مسئول)

(II) استاد و فوق تخصص هماتولوژی و انکولوژی کودکان، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران، تهران

(III) پزشک عمومی