



# A Case Report of a Child with Rhabdomyosarcoma and a Very Large Congenital Nevus

Zahra Payab <sup>1</sup>, Seyedeh Zahra Nejad Hossaini <sup>2</sup>, Akram Sanagoo <sup>3,\*</sup>,  
Alireza Masoomnia <sup>4</sup>, Batool Azartash <sup>5</sup>

<sup>1</sup> BSN, Taleghani Pediatric Teaching Hospital, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran

<sup>2</sup> BSN Student, Student Research Committee, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran

<sup>3</sup> PhD in Nursing, Community Health Nursing Group, Nursing Research Center, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran

<sup>4</sup> MD, Pediatric blood and cancer specialists, Taleghani Pediatric Teaching Hospital, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran

<sup>5</sup> BSN, Taleghani Pediatric Teaching Hospital, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran

\* **Corresponding author:** Akram Sanagoo, Nursing Research Center, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran. E-mail: a\_sanagu@yahoo.com

**Received:** 14 May 2017

**Accepted:** 30 May 2017

## Abstract

**Introduction:** Rhabdomyosarcoma is the third most common cancer in children. The current report presented the case of a child with rhabdomyosarcoma and a very large congenital nevus.

**Case report:** A 1-year-old infant diagnosed at birth with a very large mole from down the breast to the knees and the back side of the body was admitted to pediatric hospital. By touching a walnut-size mass in the buttock of the baby, the parents referred to the hospital. Rhabdomyosarcoma was diagnosed based on biopsy examinations and then, the child underwent chemotherapy.

**Conclusions:** Since rhabdomyosarcoma is associated with various complications in the body, it can significantly affect the patient's quality of life.

**Keywords:** Cancerous Moles, Rhabdomyosarcoma, Children



## گزارش یک مورد کودک مبتلا به رابدومیوسارکوم با یک خال بسیار بزرگ

زهرا پایاب<sup>۱</sup>، سیده زهرا نژادحسینی<sup>۲</sup>، اکرم ثناگو<sup>۳\*</sup>، علیرضا معصوم نیا<sup>۴</sup>، بتول آذرتاش<sup>۵</sup>

<sup>۱</sup> کارشناس پرستاری، مرکز آموزشی درمانی طالقانی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران  
<sup>۲</sup> دانشجوی کارشناسی پرستاری، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران  
<sup>۳</sup> دکترای پرستاری، گروه پرستاری بهداشت جامعه، مرکز تحقیقات پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران  
<sup>۴</sup> فوق تخصص خون و انکولوژی کودکان، مرکز آموزشی درمانی کودکان طالقانی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران  
<sup>۵</sup> کارشناس پرستاری، مرکز آموزشی درمانی کودکان طالقانی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران  
 \* نویسنده مسئول: اکرم ثناگو، دکترای پرستاری، گروه پرستاری بهداشت جامعه، مرکز تحقیقات پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران. ایمیل: a\_sanagu@yahoo.com

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۶/۰۳/۰۹

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۶/۰۲/۲۴

### چکیده

**مقدمه:** رابدومیوسارکوم سومین سرطان شایع در کودکان است هدف از این مطالعه معرفی یک مورد کودک مبتلا به رابدومیوسارکوم با یک خال بسیار بزرگ مادرزادی است.

**گزارش مورد:** بیمار کودک یک ساله است که در معاینه بدو تولد یک خال بزرگ از زیر سینه تا روی زانو به صورت یک پارچه که تا پشت بیمار هم ادامه دارد مشخص می شود. به دنبال لمس توده ای به اندازه یک گردو در ناحیه باسن توسط والدین به بیمارستان آورده می شود. پس از نمونه برداری تشخیص رابدومیوسارکوم داده شد و کودک تحت شیمی درمانی قرار گرفت.

**نتیجه گیری:** از آنجایی که رابدومیوسارکوم با عوارض گوناگون در تمام بدن همراه است، کیفیت زندگی کودک را شدیداً متأثر می سازد.

**کلیدواژه ها:** خال سرطانی، رابدومیوسارکوم، کودکان

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

### مقدمه

همراه است (۵). این بیماری در جنین مذکر کمتر گزارش شده است (۶، ۷). میزان بقای مبتلایان به این بیماری بین ۲۲ تا ۳۵ درصد در ۱۰ سال گزارش شده است (۸).

### گزارش مورد

بیمار کودک یک ساله است که در بدو تولد متوجه یک خال بزرگ که از زیر سینه تا روی زانو به صورت یک پارچه که تا پشت بیمار هم ادامه دارد می شوند. در سایر نقاط بدن نیز پر از خالهای ریز و درشت می باشد. والدین در سه ماهگی متوجه وجود یک توده در باسن کودک می شوند که در ابتدا فکر می کنند آن هم قسمتی از همان خال است که به صورت خال گوشتی تظاهر کرده است. با بزرگ شدن توده به بیمارستان مراجعه کرده و در تاریخ ۹۳/۸/۶ توسط جراح نمونه برداری گردیده و جهت تشخیص به آزمایشگاه جهت آزمایش ایمنو هیستو کیمیستری فرستاده می شود. در تاریخ ۹۳/۸/۲۱ آزمایشات خونی و اسپیراسیون مغز استخوان انجام شد. نتیجه آزمایش هیستو کیمیستری

حدود ۲۰۰ نوع سرطان در دنیا وجود دارد که در این میان سرطان هایی نظیر رتینوبلاستوما، رابدومیوسارکوما و نوروبلاستوما در کودکان ریشه در دوران جنینی دارد (۱). در این بین شیوع رابدومیوسارکوما در الویت سوم و بعد از تومور ویلمز و نوروبلاستوما قرار دارد (۱، ۲). رابدومیوسارکوما تومور بدخیم سرطانی با منشأ مزانشیمی از نوع سارکوم است که سالانه ۴ تا ۷ میلیون کودک زیر ۱۵ سال به آن مبتلا می شوند. رابدومیوسارکوم شایع ترین سارکوم بافت نرم دوران کودکی است که از سلولهای با منشأ عضله اسکلتی به وجود می آید و به سه نوع رویانی، آلوئولار، مونومورف نامتمايز تقسیم می شود (۳). بیشترین محل های شایع در ناحیه سروگردن، دستگاه ادراری تناسلی، خلف صفاق، فک و سینوس ماگزایلا و داخل حفره دهان گزارش شده است ولی احتمال وقوع در اندام بسیار نادر است (۴). تظاهرات بالینی رابدومیوسارکوم (RMS) ممکن است از یک ندول پوستی کوچک تا تورم بسیار گسترده متفاوت باشد. اغلب بدون درد و گاهی همراه با درد، تریسموس (در صورتی که در ناحیه صورت باشد) و یا ترشحات

۹۳/۸/۲۵ تحت شیمی درمانی در مرکز فوق تخصصی کودکان قرار می‌گیرد. این کودک به مدت ۱۰ ماه تحت شیمی درمانی قرار گرفت و پس از آن درمان قطع گردید.

رابدومیوسارکوم را مشخص می‌کند. تحت سونوگرافی شکم و لگن و سی تی اسکن ریه قرار می‌گیرد و شواهدی مبنی بر متاستاز مشاهده نشد. خوشبختانه متاستاز به مغز استخوان نیز نداشته است. از تاریخ



تصویر ۱: کودک مبتلا به رابدومیوسارکوم با یک خال بسیار بزرگ

اٲوزین کاملاً شبیه رابدومیوسارکوم است (۱۱). پیش آگهی رابدومیوسارکوم بستگی به تومور، محل اناتومیکیال و متاستاز آن دارد (۱۲، ۱۳) که خوشبختانه این مورد فاقد متاستاز و دارای پیش آگهی خوب بوده است. درمان رابدومیوسارکوم به وسیله جراحی رادیکال، شیمی درمانی و رادیوتراپی صورت می‌گیرد (۱۴) که این بیمار نیز به مدت ۱۰ ماه تحت شیمی درمانی قرار گرفته بود.

### نتیجه گیری

در نهایت لازم به ذکر است خال‌های مادر زادی مخصوصاً در ابعاد بزرگ را جدی بگیریم. در مورد ذکر شده در صورت آزمایشات ژنتیک و ثابت شدن موتاسیون می‌توان اینگونه خال را با ایجاد شدن سرطان رابدومیوسارکوم ارتباط داد و در مواردی که در خانواده سابقه ملانوم یا سایر سرطان‌های پوست و بافت نرم وجود دارد کودک را تحت نظر پزشک اطفال قرار دهیم.

### References

1. Arjomandi Rafsanjani K, Vosogh P. [Colleagues' assessment of factors influencing survival in children with Rhabdomyosarcoma referred to Hazrat Ali Asghar (AS) in the year 1993-2003.]. J Med Sci Iran Univ Med Sci Razi. 2007;14(57):21-7.
2. Attili VS, Dadhich HK, Ramarao C, Bapsy PP, Ramachandra C, Anupama G. A case of primary

### بحث

بیشترین میزان بروز رابدومیوسارکوم در کودکان ۱ تا ۴ ساله و به مقدار کمتر در کودکان ۴ تا ۱۴ ساله است (۹). بیمار مورد گزارش کودک یک ساله است که بیشترین گزارشات رابدومیوسارکوم نیز در همین سنین است. این تومورها معمولاً سریع رشد می‌کنند و معمولاً در مراحل اولیه از طریق خون یا لنف متاستاز می‌دهند (۱۰). در این کودک رابدومیوسارکوم تشخیص داده شده هیچ گونه متاستازی به مغز استخوان، شکم و ریه نداشته است. بیشترین میزان بروز پس از سر و گردن در ناحیه دستگاه تناسلی ادراری، خلف صفاق، فک و ماگزایلا و در مواردی در اندام‌ها است (۴). در این مورد قسمتی از باسن کودک درگیر شده بود. دقت بسیاری در امر پاتولوژی نیاز است تا بتوان رابدومیوسارکوم را از سارکوم یوئینگ و لنفوم افتراق داد که عدم وجود لنفادنوپاتی تشخیص لنفوم را رد می‌کند. همچنین یکی از مهمترین تشخیص‌های افتراقی نوروبلاستوم است که مخصوصاً در رنگ آمیزی

rhabdomyosarcoma of the breast. Indian J Surg. 2007;69(5):201-2. DOI: 10.1007/s12262-007-0022-4 PMID: 23132983

3. Dagher R, Helman L. Rhabdomyosarcoma: an overview. Oncologist. 1999;4(1):34-44. PMID: 10337369

4. Durães GV, Jham BC, Mesquita ATM, dos Santos CRR, Miranda JL. Oral embryonal rhabdomyosarcoma in a child: A case report with immunohistochemical analysis. *Oral Oncol Extra*. 2006;42(3):105-8.
5. Wiss K, Solomon AR, Raimer SS, Lobe TE, Gourley W, Headington JT. Rhabdomyosarcoma presenting as a cutaneous nodule. *Arch Dermatol*. 1988;124(11):1687-90. [PMID: 2460031](#)
6. Wexler L, Helman L. Rhabdomyosarcoma and the undifferentiated sarcomas. *Principles and Practice of Pediatric Oncology*. Philadelphia: Lippincott-Raven; 1997. p. 799-829.
7. Crist W, Gehan EA, Ragab AH, Dickman PS, Donaldson SS, Fryer C, et al. The Third Intergroup Rhabdomyosarcoma Study. *J Clin Oncol*. 1995;13(3):610-30. [DOI: 10.1200/JCO.1995.13.3.610](#) [PMID: 7884423](#)
8. Ghavimi F, Exelby PR, D'Angio GJ, Cham W, Lieberman PH, Tan C, et al. Multidisciplinary treatment of embryonal rhabdomyosarcoma in children. *Cancer*. 1975;35(3):677-86. [PMID: 1111936](#)
9. Franca CM, Caran EM, Alves MT, Barreto AD, Lopes NN. Rhabdomyosarcoma of the oral tissues--two new cases and literature review. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2006;11(2):E136-40. [PMID: 16505791](#)
10. Gordon-Nunez MA, Piva MR, Dos Anjos ED, Freitas RA. Orofacial rhabdomyosarcoma: report of a case and review of the literature. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2008;13(12):E765-9. [PMID: 19047963](#)
11. Tandon A, Sethi K, Pratap Singh A. Oral rhabdomyosarcoma: A review. *J Clin Exp Dent*. 2012;4(5):e302-8. [DOI: 10.4317/jced.50926](#) [PMID: 24455040](#)
12. Peters E, Cohen M, Altini M, Murray J. Rhabdomyosarcoma of the oral and paraoral region. *Cancer*. 1989;63(5):963-6. [PMID: 2644020](#)
13. Yamaguchi S, Nagasawa H, Suzuki T, Fujii E, Iwaki H, Takagi M, et al. Sarcomas of the oral and maxillofacial region: a review of 32 cases in 25 years. *Clin Oral Investig*. 2004;8(2):52-5. [DOI: 10.1007/s00784-003-0233-4](#) [PMID: 15281217](#)
14. Chi AC, Barnes JD, Budnick S, Agresta SV, Neville B. Rhabdomyosarcoma of the maxillary gingiva. *J Periodontol*. 2007;78(9):1839-45. [DOI: 10.1902/jop.2007.060454](#) [PMID: 17760557](#)