

ÇOCUKLARDA KARINDA RASTLANTI SONUCU SAPTANAN KITLELER

RANDOMLY DIAGNOSED INTRAABDOMINAL MASSES IN CHILDHOOD

Ali SAYAN
Ahmet ARIKAN

SUMMARY

AIM: Intraabdominal mass is seen fequently. The first sign of the chilhood diseases. Especially, ignorant parents may not be aware of the abdominal mass in their children even if it is large. For this reason every children even the ones who come to the physician for upper respiratory tract infection, a detailed systemic physical examination must be performed.

MATERIAL and METHOD: In this retrospective study all properties of seven cases who were diagnosed as intraabdominal masses after their systemic physical examination who came to our clinic from emergency deparment between 01.01.1990 and 01.01.2000 were evalmated.

FINDINGS: Five of the patients were male and two were female. Four of them referred us as trauma, one incarcerated hernia, one acute abdomen and one after a varicosel operation. In their physical examination three of them had right, two left renal masses. One had a mass in right suprarenal region and one in liver. In their operations, Wilms tumor was diagnosed in four ganglioneuroblastoma in one hydronephrotic kidney in one and hydatid cyst of liver in one. One of the cases with Wilms tumor died in postoperative period. Five patients are still in our follow up except for the patient with ganglioneuroblastoma.

CONCLUSION: To any child coming to a health care unit, a detailed systemic pysical examination must be performed, by this way many diseases including tumors may be diagnosed at an earlier stage.

(Key Words: Trauma, Ganglioneuroblastom, Wilms tumor.)

Çocuk Cerrahisi Kliniği (Op.Dr.A Sayan, Başasistan,
Op.Dr. A Arıkan, Klinik Şefi)

SSK Tepecik Eğitim Hastanesi 35120 İZMİR

Yazışma: Op.Dr.A Sayan, Kazım Dirik Mah. Ankara Cad. No:
259/14 35040 Bornova/İZMİR

Bu çalışmanın bir bölümü VIII. Pediatrik Tümörler Kongresi
ve Tıpta yenilikler 1995 Kongresi'nde sunulmuştur.
1-5 Mayıs 1995 (Mersin)

ÖZET

AMAÇ: Servisimizde tedavi edilen karında kitle ön tanılı hastalar geriye dönük inceleme

GEREÇ ve YÖNTEM: Geriye dönük bu çalışmada 01-01-1990 ile 01-01-2000 tarihlerinde acil olarak kliniğimize gelen ve yapılan sistemik bakıda karında kitle saptanan yedi olgunun tüm özellikleri sunulmuştur.

BULGULAR: Sunduğumuz beşi erkek, ikisi kız hastadan dördü travma, biri boğulmuş fitik, biri akut karın, diğeri varikozel ameliyatı sonrası acil olarak kliniğimize gelmiştir. Fizik bakıda, hastaların üçünde sağ, ikisine sol böbrekte, birinde sağ suprarenal bölgede, birinde karaciğerde kitle saptanmıştır. İleri açınmalardan sonra bir hastada ganglinöroblastoma, dört hasta Wilms tümörü, bir hasta hidronefrotik böbrek ve bir hasta da karaciğer kist hidatigi tanısı ile ameliyata alınmıştır. Wilms tümörü saptanan bir hasta ameliyat sonrası dönemde kaybedilmiştir. Beş hasta halen izlemimizdedir. Ancak ganglinöroblastoma tanılı hasta izlemimiz dışındadır.

SONUÇ: Herhangi bir sağlık kuruluşuna başvuran her çocuğa yakınması olmasa da mutlaka ayrıntılı sistemik bakı yapılmalıdır. Böylece başta karın tümörleri olmak üzere birçok hastalık çok erken dönemde tanınarak çocuğun prognozu olumlu etkilenebilir.

(Anahtar Kelimeler: Travma, Wilms tümörü, Ganglinöroblastoma.)

Karında kitle çocukluk çağında özellikle retroperitoneal tümörlerde görülen ve hemen aile tarafından görülmesi gereken önemli bir belirtidir. Çocuklar olağan aşılama ve aylık izlem için doğumdan itibaren bir hekime götürülmektedir. Ancak bu hekimler tarafından da ayrıntılı fizik bakı yapılması atlandığında tanı gecikir. geciken tanı hastanın yaşamını tehdit edebilir (1-19).

GEREÇ ve YÖNTEM

Kliniğimize 01 Ocak 1990 ile 01 Ocak 2000 tarihleri arasında acil olarak başvuran, yakınması değişik olmasına rağmen fizik bakıda karında kitle saptanan 7 hasta ileri inceleme için izleme alınmıştır. Yapılan karın ultrasonografisi (US), intravenöz ürografi (IVU), bilgisayarlı tomografi (BT) ve manyetik rezonans görüntüleme (MR) sonucunda 5 hastanın böbrek kitlesinden 4'ünün tümör, 1'inin hidronefroz olduğu belirlenmiştir. bir hastada sağ suprarenal bölgede tümör, 1 hastada ise karaciğerde kist hidatik saptanmıştır. Böbrekteki kitleler tek taraflı nefroureterektomi ile, suprarenal tümör bütünüyle çıkarılarak ve karaciğer kist hidatigi ise kistektomi ve marsupiyalizasyon yapılarak sağaltılmıştır. Diğer 5 hastamız izlemimiz-

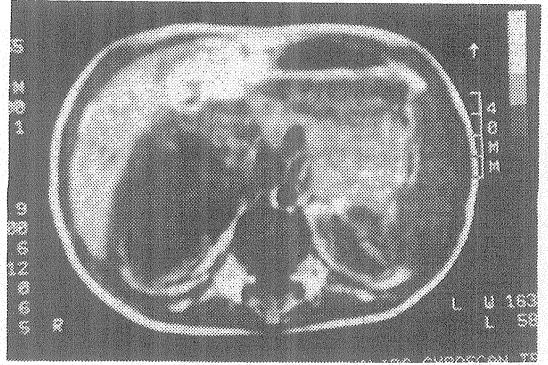
dedir. Hastaların tüm özellikleri geriye dönük olarak değerlendirilmiştir.

SONUÇ ve BULGULAR

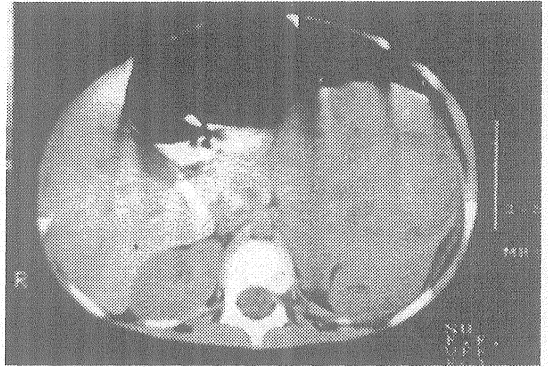
Hastalarımızın 5'i erkek, 2'si kız olup; yaşları 2 ile 14 arasındadır. Kliniğimize 3'ü yüksekten düşme, 1'i sol boğulmuş kasık fitiği, 1'i karın ağrısı, 1'i de sol varikozel nedeniyle acil olarak gelmişler ve izleme alınmışlardır. Hastaların öykülerinde söz edilmemesine rağmen fizik bakıda 3 hastada sağ böbrekte, 2 hastada sol böbrekte ve 1 hastada sağ suprarenal bölgede, 1 hastada da karaciğerde kitle saptanmıştır. Acil patolojiler sağaltıldıktan sonra hastalara, kitlelere yönelik bazı ileri açınmalar yapılmıştır. Sonuçta, 2 hastada sağ, 2 hastada sol böbrekte tümör, 1 hastada sağ böbrekte ureteropelvik bileşkenin ileri derecede darlığına bağlı hidronefroz, 1 hastada sağ suprarenal bölgede tümöre 1 hastada da karaciğer ön segmentte septasyon gösteren kist olduğu görülmüştür. Bütün hastalar ameliyata alınarak 4 hastadaki kitle ve 1 hastadaki hidronefroza bağlı kistik böbrek tek taraflı nefroureterektomi ile 1 hastadaki suprarenal kitle tümüyle çıkarılmıştır. Karaciğerde bulunan hidatik kist içine hipertonic serum verildikten sonra açılarak re-

zeksiyon ve marsupiyalizasyon uygulanmıştır. Ameliyattan sonra 6 hastada herhangi bir komplikasyon gelişmemiş; ancak bir hastamız ameliyat sonrası erken dönemde kaybedilmiştir. Bu hastamız yüksekte düşme nedeniyle kliniğimize gelmiş olan 6 yaşında bir kızdır. Fizik bakıda sağ böbrek bölgesinde 9x9x9 cm. boyutlarında, düzgün yüzeyle, sert ve dıştan gözle de fark edilebilen kitle belirlenmiştir. Yapılan, karın US, IVU, BT ve MR'da; trama bulgusu saptanmamasına rağmen, sağ böbrek kökenli, böbreği öne ve yukarıya, Vena Cava Inferioru (VKİ) ortaya doğru iterek yaylandıran ve damar duvarında yerel tutulum ile lümeninde tıkaç oluşturan 9x9x9cm. boyutlarında tümör görülmüştür. Tümör kitlesinin ve trombusun küçültülmesi, cerrahi girişimin kolaylaştırılması amacıyla ameliyattan önce hastaya 5 hafta Vinkristin ve Aktinomisin D uygulanmıştır. Ameliyatta, tümör ile birlikte VKİ duvarında tümör bulunan yerler çıkarılmış, içindeki tıkaç temizlenmiştir. Ancak ameliyattan hemen sonra hasta kaybedilmiştir. Histopatolojik incelemede çıkarılan kitlenin Wilms tümörü olduğu belirlenmiştir (Patoloji no: 1010/95).

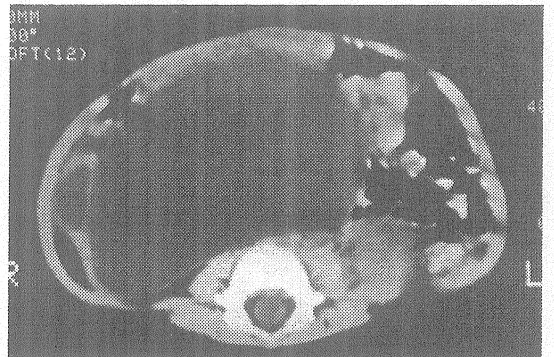
Histopatolojik incelemede tümör çıkarılan diğer dört hastadan birinin ganglionöroblastoma, diğer hastaların Wilms tümörü olduğu saptanmıştır. (Patoloji No: 2309/91, 6785/95, 3745/96, 4872/96). Ganglionöroblastoma çıkarılan hastaya ameliyat sonrası kemoterapi yapılmasını hastanın ailesi kabul etmemiş ve daha sonra da hasta ile ilişki kurulamamıştır. Wilms tümörü olan üç hastadan ikisi evre IV, biri evre III olarak değerlendirilmiştir. Hastaların tümüne ameliyat sonrası vinkristin, aktinomisin-D ve Siklofosamid'den oluşan kemoterapi; iki hastaya ise kemiklere yayılım saptandığından kemoterapiye ek olarak radyoterapi uygulanmıştır. Hastalardan biri 9, diğerleri 4 ve 5 yıldır sorunsuz izlemededir. Sağ hidronefroz nedeniyle nefroureterektomi uygulanan hasta ile karaciğer kist hidatigi saptanan hasta 2 yıldır izlemededir (Tablo 1).



RESİM 1: Sağ böbrekte Wilms tümörü ile birlikte V. kava inferior içindeki trombusun manyetik rezonanstaki görünümü.



RESİM 2: Sol böbrekteki Wilms tümörünün bilgisayarlı tomografideki görünümü.



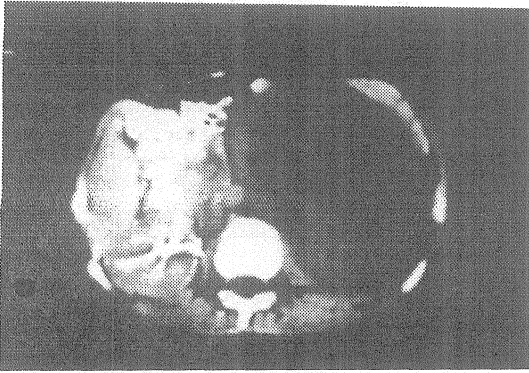
RESİM 3: Sağ böbrekteki hidronefrozun bilgisayarlı tomografideki görünümü.

TARTIŞMA

Çocukluk çağında başta karın tümörleri olmak üzere birçok hastalıkta ilk görülen

TABLO 1: Hastaların klinikopatolojik özellikleri, sağaltım yöntemleri ve izlem süreleri

| No | Yaş | Cins | Yakınma | Kitle yeri ve boyutu | Açınsamalar | Sağaltım | Klinikopatolojik tanı | İzlem (yıl) |
|----|-----|------|-----------------|-------------------------------|--|---|---|----------------------|
| 1 | 6 | E | Yüksekten düşme | Sağ böbrek 6x6x5 cm. | US, İVU: Sağ böbrekte kitle, sağda işlev yok | Sağ nefroureterektomi ve kemoterapi | Wilms Evre III | 9 |
| 2 | 7 | K | Yüksekten düşme | Sağ suprarenal 10x10x10 cm | US, İVU, BT: Sağ suprarenal kitle | Sağ suprarenal kitle çıkarıldı | Ganglionöro blastoma | İzlem dışı |
| 3 | 6 | K | Yüksekten düşme | Sağ böbrek 9x9x9x cm. | US, İVU: Sağ böbrekte kitle, sağda işlev yok. BT, MR: VKİ duvarı tutulmuş içinde trombüs | Sağ nefroureterektomi ve VKİ duvarındaki yayılım ile trombüs temizlendi | Wilms Evre IV | Ameliyat sonrası eks |
| 4 | 3 | E | Sol ing. kitle | Karın Sol yarısı 12x9x11 cm. | US, İVU, BT, MR: Solböbrekte kitle, solda işlev yok. | Sol nefroureterektomi kemoterapi radyoterapi | Wilms Evre IV | 4 |
| 5 | 2 | E | Trafik kazası | Karın sağ yarısı 15x15x10 cm. | US, İVU, BT: Sağ böbrekte kistik kitle, sağda işlev yok. SİNT: Sağ kistik böbrek | Sağ nefroureterektomi | Ureteropelvik darlığa bağlı hidronefroz | 2 |
| 6 | 14 | E | Akut karın | Karaciğer 20x15x10 cm. | Kitle yeri ve boyutu | Kistektomi, marsupiyalizasyon | Kist hidatik | 2 |
| 7 | 7 | E | Sol Varikozel | Karın sol yarısı 13x10x8 cm. | US, İVU, BT, MR: Sol böbrekte kitle, solda işlev yok. | Sol nefroureterektomi, kemoterapi, radyoterapi. | Wilms Evre IV | 5 |



RESİM 4: Sol böbrekteki Wilms tümörünün bilgisayarlı tomografideki görünümü.

belirti kitledir (1-24). Ganglionöroblastoma, nöroblastom gibi nöral tüp kökenli ve daha iyi diferansiye bir tümördür.

Kliniğimize, dördü travma, biri boğulmuş fitik, biri varikosel ve 1 hastada da karaciğer kist hidatiği saptanmıştır. Üreterpelvik darlık, erken tanındığında ameliyat ile kolayca sağaltılabilecek bir anomali olmasına rağmen tanı geciktiginde böbreğin işlevini tamamen ortadan kaldırır. Hastamızda hidronefrotik böbrek karnın yarısını dolduruncuya kadar tanı için herhangi bir girişim yapılmadığından sağ böbreğin işlevi tamamen bozulmuş ameliyatta böbrek parankiminin tümüyle kaybolduğu, böbreğin bir kese halini aldığı görülerek sağaltım için zorunlu olarak sağ nefroüretrektomi yapılmıştır. Karaciğer kist hidatiği saptanan hastamızda da kist, tanının gecikmesi nedeniyle 20x15x10 cm. boyutuna erişmiştir. Büyük boyutlu kistlerde, infeksiyon, safra yolu kaçakları gibi komplikasyonların oranı yüksektir. Bu nedenle erken tanı ve sağaltım önemlidir. Wilms tümörü tanısı konulan hastalardan birinde karındaki kitle erken dönemde fark edilmediğinden tümör ileri evreye (evre IV) gelmiş ve hastada geç tanıdan dolayı VKI içinde tümör trombusları oluşmuştur. Gerekli girişimler yapılmasına rağmen hasta ameliyattan hemen sonra kaybedilmiştir. Geç tanı nedeniyle diğer iki hastada evre IV, bir hastada da evre III Wilms tümörü saptanmıştır. Tümörlerde evrenin yükselmesi sağaltımı daha da ağırlaştırır ve yaşam oranı düşer. Bu nedenle her hastalıkta olduğu gibi tümörlerde de erken

tanı büyük önem taşır.

Karında olağan dışı oluşan şişlik ya da sertlik ilk olarak hastanın ailesi tarafından banyo sırasında veya çocuğun sevilmesi sırasında kolaylıkla fark edilebilir. Sosyo-ekonomik düzeyin düşük olduğu ailelerde çocuk, aile ekonomisine katkı sağlamak amacı ile genellikle ağır ve yorucu işlerde çalıştığından aileden kopuk yaşamaktadır. Ancak ailenin sosyo-ekonomik düzeyi iyi olsa da aile ile çocuk arasındaki ilişki kopuk olabilir. Bu durum önemli bir sosyal sorundur. Çünkü, kolayca fark edebilecek olan kitle ilgisizlik nedeni ile sinsiye büyümesini sürdürür. Burada çocuğu izleyen Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları hekimlerine ve Sağlık ocağı hekimlerine önemli görevler düşmektedir. Çünkü, bu hekimler çocukları aylık kontrollerde veya aşılannmalar sırasında sık sık görmektedir. Ayrıca her çocuk yılda en az 3-4 kere solunum yolu hastalığı geçirmekte ve bu hekimler tarafından muayene edilerek sağaltılmaktadır. Sık rastlanan çocukluk çağı hastalıkları veya aşılannma için gelen çocuklarda hekimin yalnızca yerel bakı ile yetinmeyip sistemik bakı yapması ile ailenin göremediği belirtiler erkenden tanınmış olur. Ama ailenin ilgisizliğine bir de hekimin ilgisizliği eklenirse o zaman kitle hem büyür hem de eğer habis bir tümör ise yakın ve uzak yayılım yapar. Kitle eğer değişik organlara ilişkin bir lezyon ise köken aldığı organın işlevinin tamamen bozulmasına yol açabilir. Bu durumdaki çocuklara, başvuru zorunluluğu nedeniyle travma başta olmak üzere değişik nedenlerle geldiği acil servislerde, ilk gören hekimler tarafından ayrıntılı olarak fizik bakı yapılmalıdır. Böylece o zamana kadar önemli bir hastalığın bulguları olabileceği gibi hastanın yaşamını etkileyebilen hastalıklar olabilir. Saptanan belirtiler göre istenecek acil Çocuk Cerrahisi konsültasyonu ile hasta hemen izleme alınır ve yapılacak ileri açınmalar ile kitlenin kökeni ve yapısı aydınlatılabilir. Ne yazık ki kitle eğer tümör ise bu aşamaya geldiğinde yakın ve uzak yayılım yapmış durumdadır ve çocuğun yaşam süresi kısalmıştır.

Çocuğun genelde önem verilmediği, ihmal edildiği ve aile ile çocuk ilişkilerinin

kopuk olduğu toplumumuzda çocuğun başta ailesi olmak üzere ilgiye gereksinim duyduğu unutulmamalıdır. Rahatsızlık duymadıkça çocuk, yakınmalarını dile getiremez. Çocukların sevilmesi sırasında da bazı bulgular yakalanabilir. Çocuğun izlemine yapan hekimin her zaman yakınma

olmasa bile ayrıntılı bakı yapması ve karındaki ufak bir sertliği bile önemsemesi çocuğun ilerideki yaşamı yönünden son derece önemlidir. Geç tanınan karındaki bir kitlede hastanın yaşamı için yapılabilecekler önemli oranda azalmış olabilir.

KAYNAKLAR

1. Backwith B: The impact of Tumor Histology on Treatment and Prognosis of of Pediatric Neoplasms *Semin Ped Surg* 1993 ; 2(1) : 11-18.
2. Black T, Atkinson J. B: Neuroblastoma. *Semin Ped Surg* 1997 ; 6(1) : 2-10
3. Boulanger SC, Caty MG, Glick PL: Molecular biology for the Pediatric Surgeon. *J Pediatr Surg* 1999 ; 34(6) : 917-80
4. Breslow N, Sharples K, Beckwith JB, et al: Prognostic factors in nonmetastatic favorable histology Wilms tumor. Results of the Third National Wilms Tumor Study. *Cancer* 1991 ;68(11) : 2345-53.
5. Dokucu Aİ, Öztürk H, Söker M e ark.: Vena kava trombüsü bulunan Wilms tümöründe ameliyat öncesi kemoterapi: İki olgu sunumu. *Pediatric Cerrahi Dergisi* 2000 ; 14(3) : 130-3.
6. Federici S, Gali G, Ceccarelli PL, et al: Wilms tumor involving the inferior vena cava: Preoperative evaluation and management. *Med Pediatr Oncol* 1994 ; 22(1) : 39-44
7. Graf N, Wrich A: Wilms tumor-the State of the Art. *Onkologie* 1996 ; 19(1) : 36-42.
8. Grosfeld JL: Neuroblastoma. In *Pediatric Surgery*. O'Neill JA, Rowe MI, Grosfeld JL, Fonkalsrud EW, Coran AG (eds): St. Louis, Missouri Mosby-Year Book 1998 ; p:405.
9. Grosfeld JL, Rescorla FJ, West KW, Scherer LR: Neuroblastoma in the first year of life: clinical and biologic factors in fluencing outcome. *Semin Pediatr Surg* 1993 ; 2(1) : 37-46.
10. Haase GM: Current surgical management of Wilms tumor. *Curr Opin Pediatr* 1996 ; 8(3) : 268-75
11. Haase GM, Ritchey ML: Nephroblastoma. *Semin Ped Surg* 1997 ; 6(1) : 11-16.
12. Koğan SJ, Marans H, Santorineau M, et al: Successful treatment of renal vein and vena caval extension of nephroblastoma by preoperative chemotherapy. *J Urol* 1986 ; 136(1) : 312-6.
13. Macklis RM, Tarbell NJ: An update of Pediatric Radiation Oncology. *Semin Ped Surg* 1993 ; 2(1) : 19-28
14. Moore S.W.: *Genetic and Clinical Association of Neonatal Tumours*, In *Neonatal Tumours*. Puri P. (eds): Springer-Verlag, Berlin 1996 ; p: 16
15. Nakayama DK, DeLorimer AA, O'Neill JA, et al: Intracardiac Extension of Wilms Tumor: A Report of the National Wilms Tumor Study. *Ann Surg* 1986 ; 204 (5) : 693-9
16. Pannek J, Geopel M, Kremens B, et al: Surgical management of Wilms tumor with intracardiac neoplastic extension. *Thoracic Cardio-vasc Surg* 1994 ; 42 (1) : 108-111.
17. Plumley DA, Grosfeld JL, Kopecky KK, et al: The role of spiral(helical) computerized tomography with three-dimensional reconstruction in pediatric solid tumors. *J Ped Surg* 1995 ; 30 (2) : 317-21.
18. Pritchard J, Imeson J, Barnes J, et al: Results of the United Kingdom Children's Cancer Study Group First Wilms Tumor Study. *J Clin Oncol* 1995 ; 13 (1) : 124-33.
19. Ritchey ML, Kelasis PP, Breslow N, et al: Intracaval and atrial involvement with nephroblastoma: Review of National Wilms Tumor Study-3. *J Urol* 1988 ; 140 (5) : 1113-7.
20. Rowe MI, O'Neill JA, Grosfeld JL, Fonkalsrud EW, Coran AG (eds): Nöroblastoma. In *Essentials of Pediatric Surgery* St. Louis, Missouri Mosby-Year Book 1995 ; p:249.
21. Shochat SJ: Wilms Tumor: Diagnosis and Treatment in the 1990's. *Semin Ped Surg* 1993 ; 2(1) : 59-68.
22. Smith El: Neuroblastoma. In *Pediatric Surgery*. Ashcraft KW, Holder TM (eds) WB Saunders, Philadelphia 1993, p:823.
23. Tekand GT, Eroğlu E, Yıldız İ ve ark: Bilateral Wilms tümörü. *Pediatric Cerrahi Dergisi* 2000 ; 14(1) : 16-19.
24. Turgut H, Arıkan A, Bayol Ü: Ganglionöroma (Çocuklarda). *İzmir Devlet Hast Tıp Derg* 1992 ; 30(2) : 262-5.