

ÇOCUKLUK ÇAĞI İNTRAABDOMİNAL KİTLELERE YAKLAŞIM*

Dr.Sabri Acar**

Çocukluk yaş grubunda, karın içinde yer işgal eden, gerek benign ve gerekse malign seyirli birçok tümör mevcuttur. Bazan ileri derecede büyümeleri nedeni ile bir intraabdominal kitle gibi fizik muayene bulguları verebilen karaciğer ve dalak büyüklüğünü de ayırıcı tanıda düşünecek olursak; bu tümörler çeşitli lokalizasyonlarda farklı bulgular verirler. Barsak mezenter lenf bezlerine, böbreğe, adrenalere, karaciğere ve karın içindeki diğer doku ve organlara ait olmak üzere görebileceğimiz bu tümörleri iyi bir fizik muayene ile ayırtabileceğimiz gibi; bazen de çeşitli laboratuvar yöntemleri ile ayırt etmekte güçlük çekebiliriz. Çocuk kez de kesin tanıya varabilmek için ancak; laparotomi yapıp tümörün eksizyonu veya biopsi ile sonuca varabiliriz¹⁻⁹.

Retroperitoneal bölgeden gelişen tümörler ise çoğu kez intraabdominal bölgeye doğru yayılabilirken, bazen de bu tümörler vertebralar arasından spinal kord aracılığı ile medulla spinalise yayılıp alt ekstremiteelerde çeşitli nörolojik semptomlar ortaya çıkarabilirler ve hastayı bu şikayetlerle doktora müracaat ettirebilirler^{4,5}.

İntraabdominal yerleşim gösteren tümörlerin çoğu geliştiği doku veya organa ait olmak üzere abdominal ağrı, şişkinlik, bulantı, kusma gibi semptomlar verirler^{8,9}.

Karın içinde çeşitli yaş gruplarında farklı tümörler görülmektedir. Örneğin; bir yaş altında, 2-3 yaşlarda ve 5-10 yaş gruplarında bazı tümörler daha sık görülmektedir.

Tablo I'de bir yaş altında intraabdominal kitle nedenleri görülmektedir. Bu tabloda görüldüğü gibi erken süt çocukluğunda böbreğe ait tümörler ön sırayı almaktadır.

* Ondokuz Mayıs Üniv. Tıp Fak. Çocuk Sağlığı ve Hast. Anabilim Dalı çalışmalarından.

** Ondokuz Mayıs Üniv. Tıp Fak. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Profesörü, Pediatrik Onkolog.

Tablo I. Bir Yaş Altında İntraabdominal Kitleler.

1. Böbreğe ait olanlar	4. Nörojinek menşeyli olanlar
- Wilms' tümörü	- Nöroblastoma
- Mezoblastik nefroma	- Ganglionöroblastoma
- Hidronefroz	- Ganglionöroma
- Polikistik böbrek	5. Karaciğere ait olanlar
- Renal ven trombozu	- Hemanjioma
3. Teratomlar	- Mezankimal hamartoma
3. Kistler	- Hepatoblastoma

Özellikle yeni doğan döneminde görülüp semptom, fizik muayene intravenöz pyelografi bulguları ile Wilms' tümörüne benzer bulgular veren mezoblastik nefroma ancak histopatolojik inceleme ile Wilms' tümöründen ayrılabilen ve benign seyirli bir tümör olarak seyretmektedir^{3,8}. Vücudun orta hattında bulunmakla beraber sıklıkla yenidoğan döneminde sacrococcygeal bölgeden menşe alan teratomlar ile, gerek seyirleri ve gerekse fizik muayene bulguları ile daha yumuşak bir kitle intibasını veren kistler de bu yaş grubunda sık görülürler⁷.

Nörojenik menşeyli tümörlerden Nöroblastoma özellikle ilk birkaç aylık bebeklerde karaciğere metastazı daha sık yapmakta ve primer kitlenin büyümesinden ziyade bir hepatomegali ile hastayı doktora getirmektedir (Pepper sendromu)¹¹.

Nörojenik menşeyli olan bu tümörlerin bir özelliği de spontan regresyona uğramasıdır. Hatta bazen büyük bir kitlenin farklı yerlerinden alınan biopsi örneklerinde farklı histopatolojik tanımlar verilebilmektedir. Tümörün bir ucunda nöroblastom, diğer ucunda ganglionöroblastom veya ganglionöroma gibi^{3,4,12,13}.

Tablo II'de ise diğer çocukluk yaş gruplarında görebileceğimiz intraabdominal kitleler görülmektedir.

Tablo II. Çocukluk Çağı İntraabdominal Kitleler.

1. Nörojenik olanlar	
a) Nöroblastoma,	b) Ganglionöroblastoma.
c) Ganglionöroma,	d) Feokromositoma
2. Böbrek menşeyli olanlar	
a) Wilms' tümörü,	b) Hipernefroma (Grawitz tümörü)
c) Mezoblastik nefroma	d) Benign seyirli (Hidronefroz, renal ven trombozu, polikistik böbrek).

(Tablo II'nin devamı)

3. Lenfomalar

- a) Hodgkin dışı lenfomalar - Burkitt lenfoma
- b) Hodgkin lenfoma.

4. Teratomlar

- a) Malign
- b) Benign

5. Karaciğer tümörleri

- a) Primer (Hepatoblastoma, hepatocarsinoma)
- b) Metastatik

6. Kistler (Kist hidatik, böbrek kistleri, mezanter kistleri v.s)

7. Gastrointestinal traktus tümörleri

8. Bezuarlar

9. Diğer kitleler (Hepatomegali, splenomegali, plastronlu apandisit, karın arka duvarına ait yumuşak doku tümörleri).

Bu tümörlerin tanısına varabilmek için bazı önemli kriterler mevcuttur. Biopsi ile doku tanısına varmadan önce göz önüne alınması gereken bu kriterlere göz atacak olursak:

1. Yaş : Bir yaştan altında intraabdominal kitlesi olan bir çocukta sıklıkla başta böbrek olmak üzere Tablo I'de görülen diğer tümörler düşünülmelidir. 2-3 yaşlar nöroblastoma ve Wilms' tümörünün en sık görülebileceği yaşlar olup 5-10 yaşlarda ise Tablo II'de görülen diğer tümörlerden özellikle hodgkin dışı lenfomalar (Burkitt lenfoma dahil) daha sık görülmeğe başlamaktadır.

2. Hikaye : İntraabdominal bir kitleye ait semptomların başlangıç süresi ve dolayısıyla hastalığın hikayesi; benign tümörlerde oldukça uzun olmasına (haftalar-aylar) karşılık, malign tümörlerde genellikle 2-3 haftalık bir hikaye alınır. Bazen de Burkitt lenfoma gibi tümörlerde bu hikaye oldukça kısadır. 1-2 haftalık gibi bir süre mevcuttur. Bu tümörün büyüme hızı oldukça süratlidir⁶.

3. Yerleşim Yeri : İntraabdominal bir kitlenin lokalizasyonu, mevcut tümörün geliştiği yere, doku ve organa göre değişir. Karının sağ ve sol yarısını dolduran bir kitle Wilms' tümörünü; orta hattı geçiyorsa sıklıkla nöroblastomayı, karın içinde yaygın ise Hodgkin dışı lenfomayı, sağ hipokondriumda ise karaciğere, inguinal bölgedeki kitle kızlarda overlere ait bir kitleyi akla getirmelidir. Tümörün evresine göre kitlenin büyüklüğü değişken olabilir. Bazen de bütün karın içini dolduracak kadar büyük kitle olabilir^{1,4}.

4. Kıvamı : İnteraabdominal kitlenin kıvamı sert veya yumuşak olabilir. Yumuşak kitleler daha çok kistik veya benign, sert olanlar malign bir özellik gösterirler.

Tümörün kenarlarının düz oluşu; Wilms' veya nöroblastomada sık görülen bir bulgu ise de Hodgkin dışı lenfomalarda tümör, çoğu kez birden fazla lobludur.

Karaciğere ait tümörlerde gerek kist hidatik gerekse primer hepatik tümörlerde (hepatoblastom, hepatokarsinomada) karaciğer üzerinde nodüller sayıca palpe edilebilir. Bunlar irili ufaklı olabilirler.

5. Kitlenin Mobil Olup Olmaması : Retroperitoneal bölgeden menşee alıp intraabdominal bölgeye uzanan kitleler çoğu kez fiks, immobil bir yapı gösterebilirler. Hodgkin dışı lenfomalarda mevcut kitleler hafifçe, hareket ettirilebilirler².

Sağ ve sol hipokondriumdaki kitlelerin solunum ile hareket edip etmedikleri araştırılmalı, zira büyük hepatomegali ve splenomegali bazen kitle imajını verebilirler.

6. Assit : Olup olmaması da karın içindeki kitlelerin ayırıcı tanısında önemlidir. Daha çok Hodgkin dışı lenfomalarda (özellikle Burkitt lenfomada), nadiren de nöroblastom veya hepatoblastomada karında assit teşekkül edebilir^{5,6}.

7. Karın Dışı Muayene Bulguları : Kitle haricinde diğer fizik muayene bulguları da intraabdominal kitlesi olan bir hastada dikkat edilmesi gereken bulgular olmalıdır. Bunlardan karaciğer ve dalak başta gelir. Gerek kendilerine ait ve gerekse bazı cins tümörlerin karaciğere ve dalağa metastaz yapmaları ile bu iki organ önemlilik arz etmektedir. Ayrıca bir santimetre çapından büyük lenf bezleri karındaki kitlenin daha çok malign bir özellikte olduğunu gösterebilir. Karın dışındaki vücudun diğer yerlerinde şişliklerin bulunuşu ve bunların her geçen gün büyümesi de önemli bulgulardır.

Fizik muayenede tesbit edilebilecek konjenital anomalilerden aniridi (iris yokluğu), hemihipertrofi ve ürogenital sistem anomalileri Wilms' tümörünü öncelikle düşündürmelidir⁸.

Hem nörolojik defisiti (alt ekstremelerde) hem de intraabdominal kitlesi olan bir hastada mevcut tümörün retroperitoneal bölgeden vertebralar arasından medulla spinalise yayıldığını gösterir ki bu gibi durumlarda nöroblastoma ve Burkitt lenfoma akla gelmelidir.

İnteraabdominal kitlesi olan bir çocukta fizik muayeneden başka bazı laboratuvar tetkikleri de yaparak tanıya yaklaşılabılır. Bunların başında^{1,9}:

1. Hemogloblin : Birçok karın içi kitlesi olan çocukta hafif bir anemi bulunabilir. Ancak lenfoma, nöroblastom gibi kemik iliğine infiltre olabilen durumlarda hastada orta; bazen de ağır derecede bir anemi gözlenebilir.

2. Beyaz Küre : Sayımı çoğu kez lenfomadan dönme lösemi olgularında yardımcı olabilir. Sıklıkla artmıştır.

3. Formül (periferik yayma) : Lösemiye dönmüş lenfomalarda yardımcı olur. Blastik hücrelerin görülmesi ile tanı konabilir.

4. İdrar Tahlili : Hematüri; Wilms' ve hipernefroma gibi böbreğin primer tümörlerinde tümörün böbrek parankiminden kalikslere açıldığını gösterdiği gibi, intraabdominal diğer malign tümörlerin de böbreklere yayıldığını gösterir.

5. Kemik İliği : Hodgkin dışı lenfomalar başta olmak üzere, nöroblastom ve Wilms' tümörlerinde kemik iliği infiltrasyonu görülebilir. Özellikle lenfomalarda lösemiye dönüşün daha sık olduğu (% 60-70'e kadar) düşünülecek olursa, her lenfoma düşünülen hastaya kemik iliği yapıp blastik hücreler olup olmadığı araştırılmalıdır. Yine % 30-40 oranında da nöroblastomalı hastalarda kemik iliğinde rozet formasyon görülebilir ve nöroblastom tanısı çoğu kez doku biopsisi öncesi konulabilir. Wilms' tümörlü hastaların ileri evrelerinde de oldukça az oranda (% 5'e kadar) kemik iliğinde infiltrasyon görülebilir^{2,4,12}.

6. İdrarda Vanil Mandelik Asit : Nörojenik menşeyli tümörlerde tümör hücrelerinde yapıp idrar ile atılan katekolamin ve türevleri özellikle vanil mandelik asit (VMA) nöroblastom, ganglionöroblastom, feokromasitomada idrarda artmış durumdadır. VMA kalitatif ve kantitatif olarak ölçülebilir. Hastalığın evresi ile direkt ilgili olmasa da prognoz ile ilgilidir¹¹⁻¹³.

7. Sistationinüri : Normal bir çocukta idrarda bulunmayan bu aminoasit, yine nörojenik menşeyli tümörlerde % 50-60 oranında pozitif bulunmaktadır. VMA ile birlikte tanıya katkıda bulunmaktadır¹⁰.

8. Alfa (α) Fötöproteini : Embriyonel bir protein olup karaciğerde sentez edilen bu madde özellikle karaciğer tümörlerinde testis ve mide karsinomlarında teratomalarda pozitif bulunmakta veya kantitatif olarak artmış olduğu görülmektedir⁷.

9. Carsinoembriyonik antijen (CEA) : Gastrointestinal kanserlerde özellikle (+) olabilmektedir. Ancak teşhis koydurtucu bir tetkik değildir.

10. Karaciğer Fonksiyon Testleri : Karaciğerin primer tümörlerinde bu testlerin yükselebileceği beklenebildiği gibi, metastatik durumlarda yüksek bulunabilir. Ancak ileri evrelere dahi primer veya metastatik karaciğer tümörlerinde bu testlerin normal olabileceğini unutmamalıdır.

11. Böbrek Fonksiyon Testleri : BUN ve ürik asit başta olmak üzere diğer böbrek fonksiyonları intraabdominal kitlelerde yükselebilir. Özellikle lösemi, lenfoma (Burkitt lenfomada daha da önemlidir) da ürik asit yükselebilir. Hatta hasta teşhis öncesi ve tedavi başında ürik asit nefropatisine girebilir.

12. Parasentez : Hodgkin dışı lenfomalar başta olmak üzere nadiren nöroblastoma ve hepatoblastomada, gerek lenfatik obstrüksiyon ve gerekse onkotik basıncın artması sonucu batında asit teşekkül edebilir. Parasentez yapılarak tümör hücrelerinin sitolojik olarak incelenmesi ile tanıya yaklaşılabılır veya varılabilir. Burkitt lenfomalı olgularda gerek nüve gerekse stoplazma içinde iri, büyük vakuoller B tipi lenfoblastların görünüşü oldukça tipik bir görünümde-dir^{1,6}.

13. Radyolojik Tetkikler :

a) Boş batın grafisi : Tümörün cinsini belirlemede direkt bir katkısı olmamakla beraber, tümör dokusuna ait kalsifikasyonun mevcut olup olmadığını yine bu arada civar kemiklerde metastatik bir durum olup olmadığını gösterebilir.

b) İntravenöz pyelografi : Başta Wilms' ve nöroblastom olup, retroperitoneal bölgeden geliştiği düşünülen karın içi kitlelerde veya ureterlere bir bası veya itilme düşünüldüğünde intravenöz pyelografi yardımcı olmaktadır. Kalisiyel yapıda deformasyon Wilms' tümörü, Mezoblastik nefroma veya hipernefromayı düşündürürken, kalisiyel yapının normal olup ancak böbreklerde veya ureterlerde yer değiştirme nöroblastoma lehine alınmalıdır. Bazen de kitlenin renal artere basısı sonucu İVP'de sızma görülmeyebilir (Wilms' tümöründe bu duruma daha sık rastlanmaktadır). İntraabdominal (özellikle retroperitoneal) kitle düşünülen hastalara İVP çekilirken 20-30. dakikalarda mutlaka bir yan grafide çekilip ureterlerin ve kalisiyel yapıların durumu görülmelidir^{4,8}.

c) Mide-Barsak grafisi : İntraabdominal kitle düşünüldüğünde (Mide ve barsaklara ait kitleler hariç) çoğu kez gereksiz yere yapılan bir tetkiktir. Ancak gastrointestinal sistemin primer tümörlerinde kısmen faydalı olup tanıya yaklaşıtııcı bir tetkik değıildir.

d) Extremitte-grafileri : Nöroblastom başta olmak üzere kemiğe sık metastaz yapan hastalarda gereklidir. Ancak her intraabdominal kitlesi olan hastada rutin olarak yaptırılmamalıdır. Özellikle femur başlarına bilateral metastaz, nöroblastom için tipik bir bulgudur.

e) Kafa grafisi : Nöroblastom metastazında geçerli olan bir tetkiktir.

f) Akciğer grafisi : Wilms' ve hipernefroma başta olmak üzere hepatoblastom ve birçok tümörler akciğere erken metastaz yapabilirler. Ülkemizde çoğu kez hastalar hekime müracaat ettiğinde akciğer metastazlı olarak ileri evrelere erişmiş olarak gelmektedir. Özellikle Hodgkin dışı lenfomalı olgular karında assit ile birlikte plevral mayi ile de gelebilirler. Mediastinal kitlenin mevcut oluşu ve bu kitlenin ön-orta veya arka mediastene yerleşmiş olması ayırıcı tanıda önemlidir.

14. Sintigrafik incelemeler : Karaciğer ve dalak başta olmak üzere böbreğe ait radyoaktif maddelerle yapılan sintigrafik (radyoizotopik) incelemeler, bu organlara ait tutulumu ve yine bu organların fonksiyonu hakkında kısmen bilgi verebilirler.

15. Ultrasonografik çalışmalar : Son senelerde tıbbi teknolojinin ilerlemesi ile abdominal ultrasonografik çalışmalar kısa zamanda karın içi kitlelerin lokalizasyonu, kistik olup olmayışı hakkında fikir verebilmektedir.

16. Abdominal tomografi : Karın içindeki kitlelerin teşhisinde oldukça yardımcı olmaktadır. Belki de önümüzdeki gelecek yıllarda diğer tetkiklere gerek kalmadan sadece total vücut tomografileri ile erken tanıya gidilmiş olacaktır. Hatta bu aletler, zamanla karın içindeki tümörlerin histopatolojisini de belirleyeceklerdir. Ümit edelim ki; bu aletlerin başına takılacak bir ek alet, radyoaktif bir madde göndererek aynı seansta (tümör dokusu eğer malign ise) tedavisini de üstlensin.

17. Laparoskopi : Pediatrik yaş grubunda pek müracaat edilmeyen bir inceleme olup, gerektiğinde intraabdominal kitleyi görmek için uygulanabilecek komplikasyonu oldukça az olan bir tetkiktir.

18. Laparotomi : İntraabdominal kitlesi olan bir hastada gerek fizik muayene ve gerekse laboratuvar incelemeleri ile kesin tanıya varılmayabilir. Biopsi alıp tanıyı belirlemek veya bazen de kitleyi tamamen çıkarmak için uygulanan bir cerrahi yöntem laparatomidir. Hastanın tanısını koymak için laparotomi sonucu alınan parça patoloj tarafından histopatolojik bir incelemeye tabi tutularak kesin tanı konulmuş olur.

İşte, intraabdominal kitle ile gelen bir çocukla gerekli hikayeyi alıp iyi bir fizik muayene yaptıktan sonra tanı için gerekli tetkikleri öncelikle yapılmalıdır. Lenfomadan dönen lösemi-Hodgkin dışı lenfoma ve nöroblastoma da histopatolojik doku incelemeleri öncesi; torasentez, parasentez veya kemik iliği incelemeleri ile sitolojik olarak tanıya çok yaklaşılr veya konulmuş olur. Ancak kesin tanı için tümörlü hasta fazla bekletilmeden, gerekli tetkikler tamamlanır tamamlan-

maz cerrahi olarak biopsi alınıp veya tümörün çıkartılıp doku tanısına gidilmelidir.

Patolog tarafından verilen doku tanısına göre cerrahi tedaviyi takiben mümkünse radyoterapisi verilmeli ve pediatrik onkolog tarafından çizilen bir tedavi protokoluna göre kemoterapisi yapılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Riemenschneider TA. Neoplasm and Neoplasm like lesions. In: **Nelson Textbook of Pediatrics Twelfth Edition**. Behrman RE, Vaughan VC (Eds). Igakushoin / Saunders Japon 1983 pp: 1258-1298.
2. Link MP. Non-Hodgkin's Lymphoma in children. **Ped Clin North Amer** 32(3): 699-720, 1985.
3. Green DM. The diagnosis and management of wilms' Tumor. **Ped Clin North Am** 32(3): 735-754, 1985.
4. Ibor BL, Scwartz AD. Neuroblastoma. **Ped Clin North Am** 32(3): 755-778, 1985.
5. Voute PA, Putten WJ, Burgers JMV. Tumors of the sympattetic nervous system in Bloom HJG, Lemerle J et all (Eds). **Cancer in Children**, Berlin Springer Verlag, 1975, pp: 138-148.
6. Clifford P, Ngu VA. Burkitt's sarcoma in Bloom HJG, Lemerle J et all (Eds). **Cancer in Children**, Berlin Springer Verlag, 1975, pp: 180-192.
7. Flamant F, Pellerin D. Teartomas in general and tumors of the reproductive organs. In Bloom HJG, Lemerle J et all (Eds). **Cancer in Children**, Berlin Springer Verlag, 1975, pp: 242-251.
8. Lemerle J, Tournade MF, et all. Tumors of the kidney in Blood HJG, Lemerle J et all (Eds). **Cancer in Children**, Berlin Springer Verlag, 1975, pp: 252-276.
9. Neidhardt MK. Clinical presantation and diagnosis. In Bloom HJG, Lemerle J et all (Eds). **Cancer in Children**, Berlin Springer Verlag, 1975, pp. 76-84.
10. Acar S. **Nöroblastoma teşhisinde sistationinüri'nin rolü**. Uzmanlık Tezi, 1973, Ankara.
11. Berkel i. Neuroblastoma in children. **The Turkish J of Ped** 3: 218, 1961.
12. Koop CE, Hernandez JR. Neuroblastoma. Experience with 100 cases in children, **Surgery** 56: 726, 1964.
13. Marsden HB, Steward JK. **Tumors in Children**, Springer verlag Berlin, 1968, p: 31.