



# Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Onkoloji Bilim Dalı  
Olgu Sunumu

2 Ağustos 2016 Salı

İnt. Dr. Melike Bodur

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları  
Anabilim Dalı

ÇOCUK ONKOLOJİ BİLİM DALI  
OLGU SUNUMU

İNT.DR.MELİKE BODUR

# 17 YAŞ ERKEK HASTA

- Şikayet: Karın ağrısı, sol yan ağrısı
- Hikayesi: Yaklaşık 2 yıldır ara ara karın ağrısı ve sol yan ağrısı şikayetleri olan hastaya, başvuru dış merkezlerde kan ve idrar tahlilleri yapılmış. Sonuçların normal gelmesi üzerine ağrı kesici tedaviler uygulanmış. Hastanın son 2 ayda 20 kg tartı kaybı olması üzerine 19/07/16 tarihinde Gebze Fatih DH'e başvuran hastaya BT ve MR çekilmiş.
- Karın BT ve MRI'de sol böbreğinde kitle saptanan hasta hastanemizin üroloji polikliniğine yönlendirilmiş.

## Özgeçmiş:

- Prenatal: Özellik yok
- Natal: Özellik yok
- Postnatal: Özellik yok
- Büyüme-Gelişme: Yaşına uygun.
- Aşılar: Tam
- Geçirdiği Hastalıklar: Özellik yok.

## Soygeçmiş

Anne 44 yaşında sağ sağlıklı

Baba 48 yaşında sağ sağlıklı

1.çocuk 20 yaşında, sağ, sağlıklı, erkek

2.çocuk hastamız

3.çocuk 5 yaşında, sağ, sağlıklı, kız

Akraba evliliği yok

# FİZİK MUAYENE

- Ateş: 36.2 C
- Solunum: 24/dk
- Nabız: 86/dk
- Kan basıncı: 120/80 mmHg(<90 p)
- sPO<sub>2</sub>: %99
- Boy: 178 cm (75 p)
- Ağ: 82 kg (90 p)

- Genel durum: İyİ, Őuur açık, koopere
- Cilt: Turgor, tonus doğal. Ödem, siyanoz yok.
- BaŐ-boyun: Sa ve saçlı deri doğal. LAP yok.
- Gözler: IŐık refleksi bilateral mevcut. Konjonktivalar ve skleralar doğal. Göz kürelerinin her yöne hareketi doğal.
- SS: Solunum sesleri bilateral eŐit alınıyor ve doğal. Toraks deformitesi yok. Ral ve ronküs yok. Ekspiryum uzunluğu yok.
- KBB: Bilateral kulak zarları doğal. Orafarenks ve tonsiller doğal.

- KVS : S<sub>1</sub>(+), S<sub>2</sub>(+) doğal, S<sub>3</sub> yok. Üfürüm yok.  
AFN+ / +
- GİS: Karın rahat, defans ve rebound yok.  
Hepatosplenomegali yok.
- GÜS: Haricen erkek. Solda kostavertebral açığı hassasiyeti (+), sol böbrek palpabl. Testisler postpubertal, skrotumda.
- Nörolojik muayene: Kas kitlesi ve kas gücü doğal.  
DTR'ler alınıyor. Patolojik refleks yok.



# Laboratuvar

- WBC: 11.300/mm<sup>3</sup>
- ANS: 7.560/mm<sup>3</sup>
- HGB: 12,6 g/dl
- PLT: 325000/mm<sup>3</sup>
- PY: Atipik hücre izlenmedi.

TİT

PH:5.5

Dansite:1030

Kan: -

Lökosit:-

Protein: -

- Üre: 26 mg/dl
- Kreatinin: 1.09 mg/dl
- AST: 26 U/L
- ALT: 23 U/L
- Na: 139 mmol/L
- K: 4.6 mmol/L
- Ca: 9.4 mg/dl
- P: 3.6 mg/dl
- Ürik asit: 5.1 mg/dl
- **LDH: 802 IU/L**
- **Sedimentasyon: 23 mm/st**



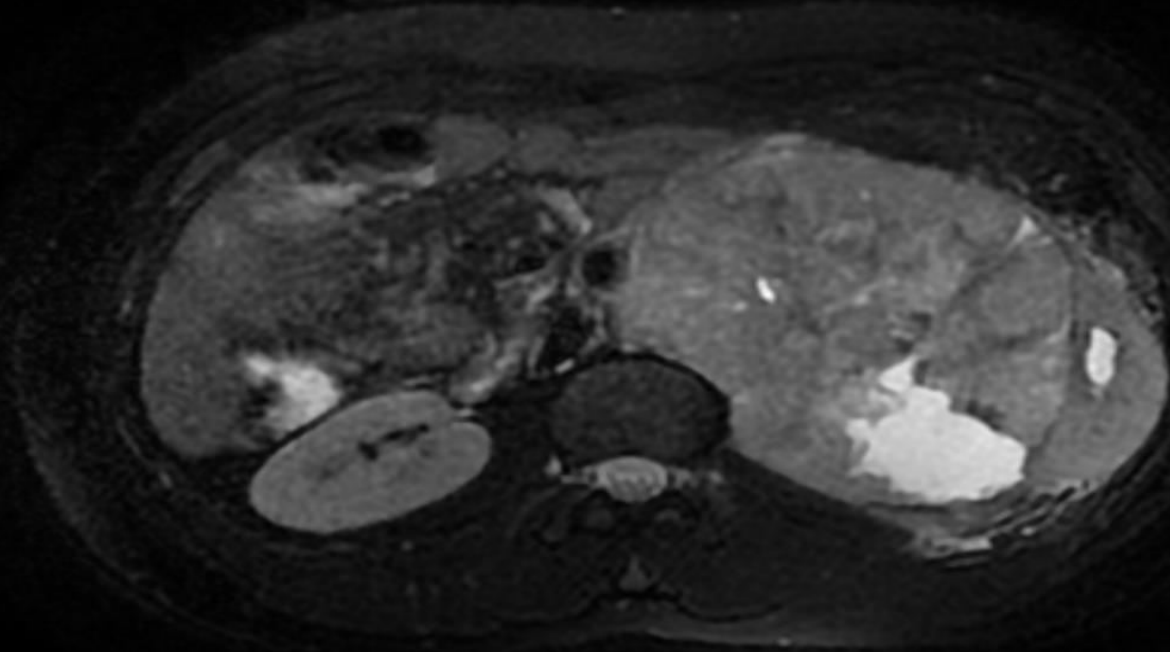
Ön tanı?

# Klinik izlem

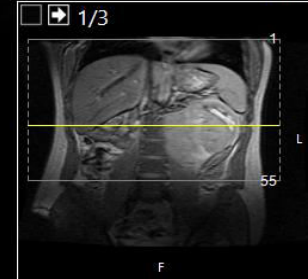
- Hasta ileri tetkik ve tedavi amaçlı servisimize yatırıldı.

Kesit: 4,5 mm  
Dist: 5,5 mm  
TR: 2340  
TE: 84,8  
TI: 0  
AC: 1

C: 361,0, W: 723,0  
C=361,0, W=723,0 1/3



Coil: TORSOPA  
Pos: FFS  
FoV: 380 mm  
Series: 11  
Image no: 34  
Toplam 55 görüntüden 34.  
20.07.2016, 11:06:52



- “Sol böbrek kaynaklı yaklaşık 13x10 cm boyutlu, heterojen iç yapıda, kistik- nekrotik alanlar da içeren kitle izlendi. Kitle basısına bağlı sol böbrek pelvikaliksiyel sistem dilate görünümündedir. Kitle renal vene invazedir, renal arteri çevrelemektedir. İnferiorda sol iliak arteri çevrelemektedir. Aorta ile komşuluk gösteriyor.” şeklinde raporlandı.

Kesit: 9 mm  
Dist: 10,5 mm  
TR: 742  
TE: 82,8  
TI: 0  
AC: 0,552632

C: 412,0, W: 824,0  
C=412,0, W=824,0 1/3  
Z  
R



Coil: TORSOPA  
Pos: FFS  
FoV: 380 mm  
Series: 10  
Image no: 14  
Toplam 22 görüntüden 9.  
20.07.2016, 11:05:26

F

L

10

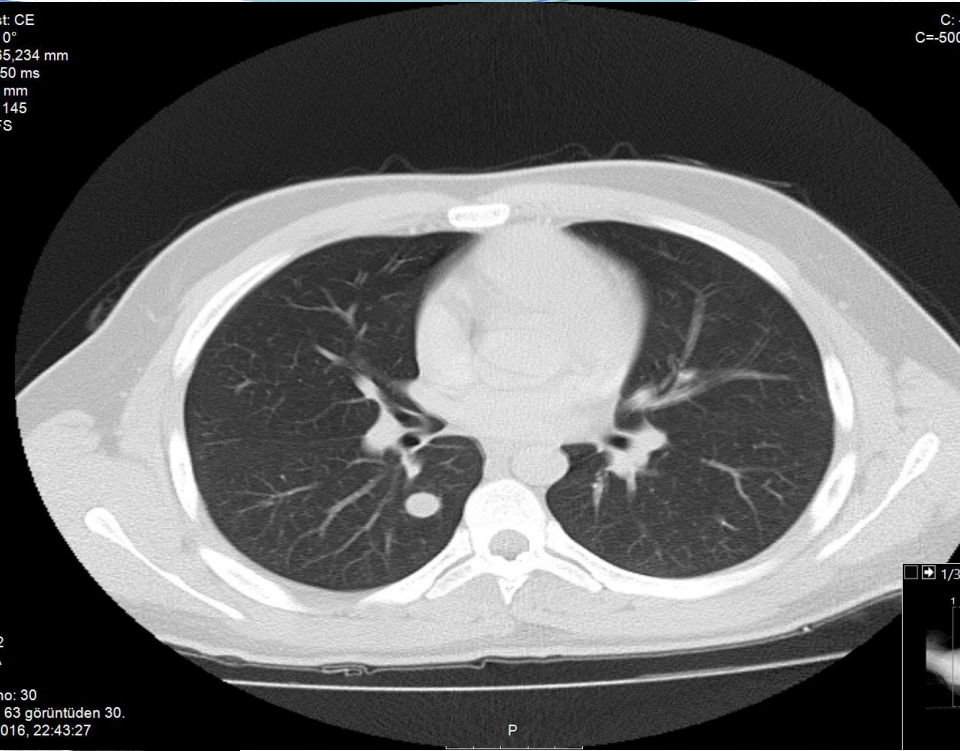
1/3

22

P



st: CE  
: 0°  
35,234 mm  
'50 ms  
i mm  
145  
FS



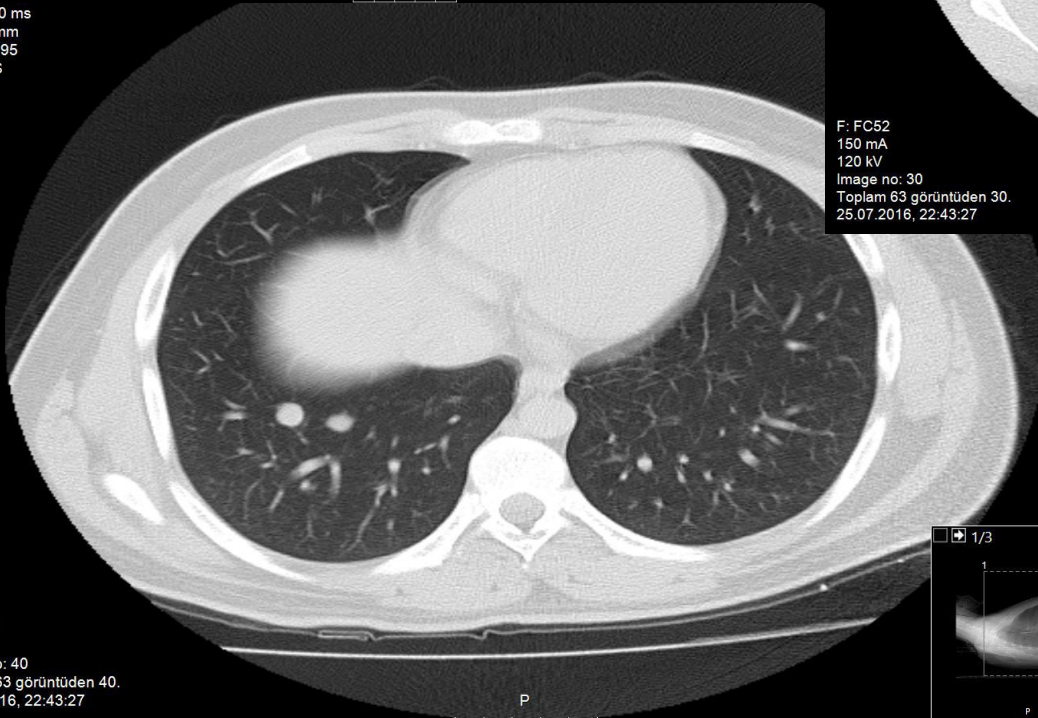
C:  
C=-500

PA  
1

F: FC52  
150 mA  
120 kV  
Image no: 30  
Toplam 63 görüntüden 30.  
25.07.2016, 22:43:27

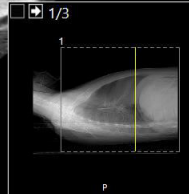
28.07.2016, 18:15:24

Time: 750 ms  
Kesit: 5 mm  
Couch: 195  
Pos: FFS



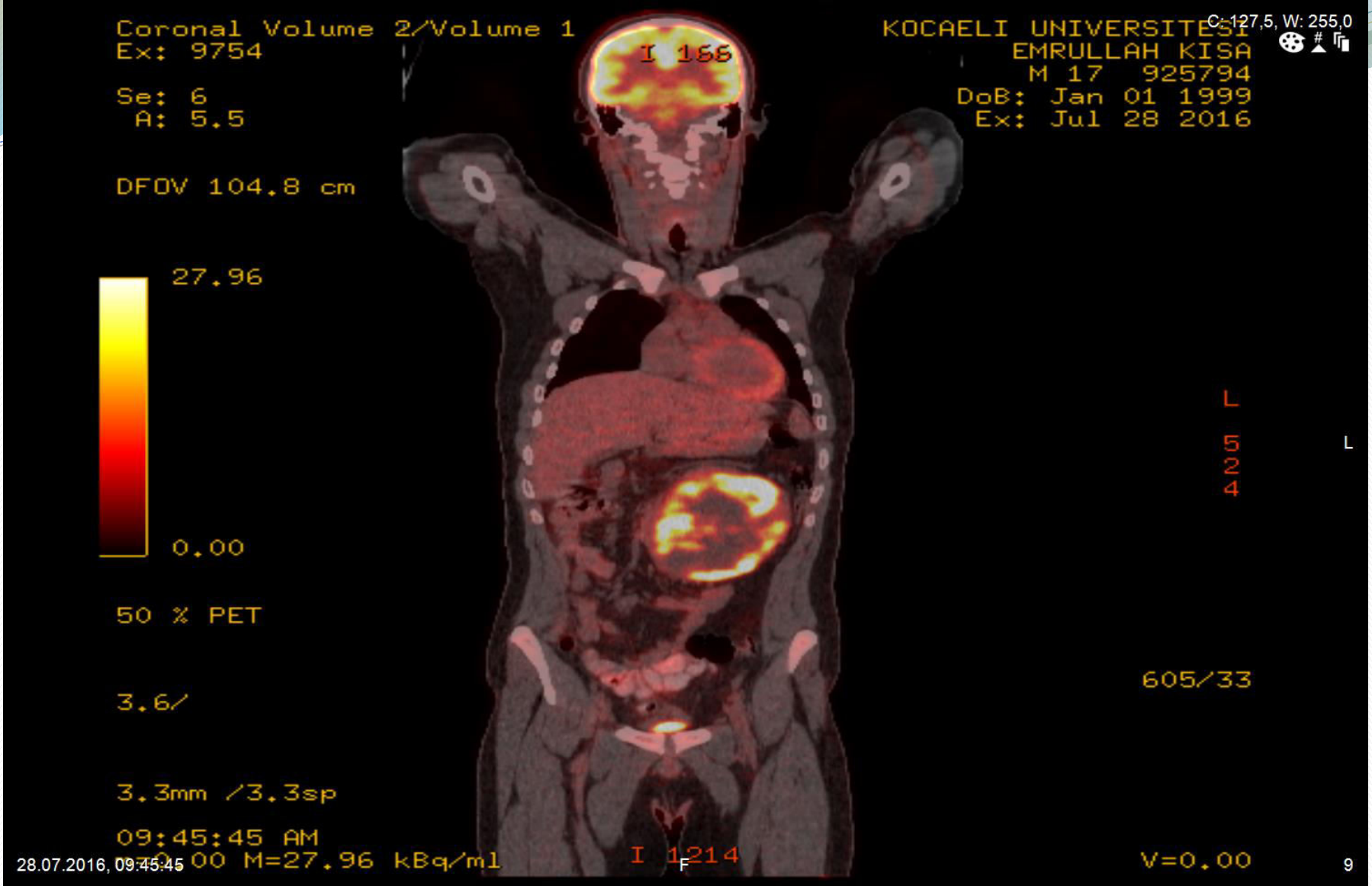
L

4



F: FC52  
150 mA  
120 kV  
Image no: 40  
Toplam 63 görüntüden 40.  
25.07.2016, 22:43:27

- “Sağ akciğerde ağırlıklı olmak üzere her iki akciğerde 6-7 adet metastaz ile uyumlu *coin*-lezyon izlendi.”



- “Sol böbrek kaynaklı, yer yer ametabolik alanlar içeren, yoğun artmış metabolizma gösteren kitle, primer malignite ile uyumlu değerlendirildi. Her iki akciğerde hafif artmış metabolizma gösteren multiple nodüller, metastaz ile uyumlu değerlendirildi.”

- Hastaya primer cerrahi için; kitlenin aortaya komşuluğu ve boyutunun büyük olması nedeniyle primer nefrektomi düşünülmedi.
- Neoadjuvan kemoterapi sonrası tekrar değerlendirilmesi planlandı.
- Pediatrik tümör konseyinde tartışılan hastaya kemoterapi (ICE / VAC )başlandı.

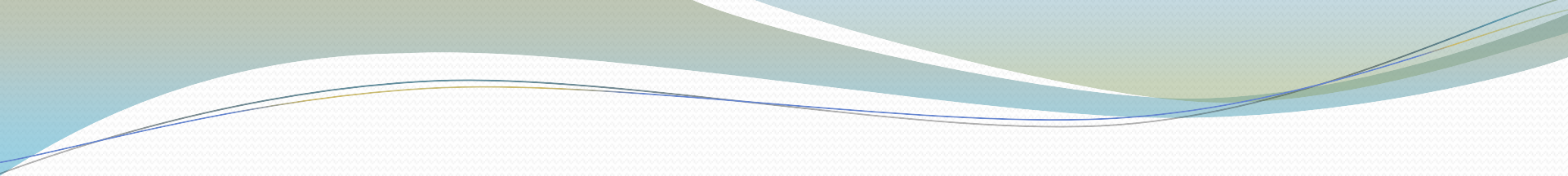


# Wilms tümörü

- Wilms tümörü çocukluk çağında en sık görülen böbrek tümörüdür, Wilms dışındaki primer böbrek tümörleri tüm böbrek tümörlerinin %10'dan azını oluşturur.
- Wilms tümörü multidisipliner yaklaşımla büyük oranda başarı ile tedavi edilebilen çocukluk çağı kanserlerinden biridir.

# Epidemiyolojik ve Genetik Özellikler

- Wilms tümörü tüm çocukluk çağı malign tümörleri içinde %6 sıklıkla görülür.
- Olguların %98'i 7 yaşın altında olup hastalık en sık 3-4 yaşta ortaya çıkar.

- 
- Aniridi
  - Hemi-hipertrofi
  - At nalı böbrek
  - İnmemiş testis
  - Hipospadias

- Anomalisi olan çocukların periyodik olarak ilk 6 yıl 3 ayda bir, daha sonra vücut gelişimi tamamlanana dek yılda bir karın ultrasonografisiyle izlenmesi önerilir. Bu yöntemle, gelişebilecek bir tümörün erken evrede tanılması mümkün olacaktır.

# Klinik

- Hastaların çoğu rutin doktor muayenesi sırasında, banyo yaptırılırken veya giydirilirken tesadüfen farke edilen kitle veya karın şişliği ile getirilir.
- Karın ağrısı, gözle görülür hematüri, yüksek ateş, kabızlık veya kilo kaybı eşlik eden diğer bulgulardır.
- Fizik incelemede splenomegali veya nöroblastom ile karışabileceği unutulmamalıdır.
- Solunumla hareket etmemesi Wilms tümörünün ayırt edici bir özelliğidir.

# Klinik

- Hipertansiyon
- Varikosel
- Kanama (edinilmiş Von Willebrand faktör eksikliğine bağlı )

# Laboratuvar Bulguları

- Tam kan sayımı (polisitemi)
- Tam idrar incelemesi (hematüri ve/veya proteinüri)
- KCFT, BFT

- Radyolojik görüntüleme, karşı böbreğin durumu, inferior vena kava ve kalpte trombüs olup olmadığı ve akciğerlerde metastaz olup olmadığının gösterilmesi amacıyla planlanmalıdır.
- Akciğer metastazlarının araştırılması için iki yönlü akciğer grafisi rutin olarak istenir.



# Evreleme

National Wilms' Tumor Study (NWTs)' ye göre evreleme kriterleri:

**Evre I:** Böbrekte sınırlı, tümör tam çıkarılmış, renal kapsül veya sinüs damarlarında tutulum yok (intrarenal damar tutulum olabilir)

**Evre II:** Böbrek dışına çıkmış, renal kapsülü ve/veya perirenal yağ dokusunu penetre etmiş veya renal parankim dışındaki renal sinüs damarlarına invazyon yapmış ama tam rezeksiyon yapılmış

**Evre III:** Ameliyat sonrası gözle görülür veya mikroskopik tümör var (vital yapılara infiltrasyon nedeniyle tam rezeksiyon yapılamamış, cerrahi sınırdaki tümör var, intraabdominal veya pelvik lenf nodu metastazı var, operasyon öncesinde veya sırasında tümör peritona yayılmış veya tümör trombusu parçalanmış)

**Evre IV:** Hematojen metastaz veya karın ve pelvis dışında lenf nodu metastazı

**Evre V:** Tanı anında her iki böbrekte Wilms tümörü

# Tedavi

- “National Wilms’ Tumor Study (NWTs)”, önce primer nefrektomi, ardından adjuvan kemoterapi ve radyoterapi verilmesini önerirken,
- “International Society of Pediatric Oncology (SIOP)” grubu preoperatif kemoterapi verilmesini, daha sonra nefrektomi yapılarak postoperatif histolojik tanı ve evrelendirme ile kemoterapinin planlanmasını önerir.

Preoperatif tedavi ile düşük riskli hastalarda cerrahi sırasında tümör rüptürü olasılığı düşürülerek morbiditenin azaldığını ve sağkalım oranının düşük olduğu yüksek riskli seçilmiş bazı hastalarda çok intensif tedavilerden kaçınılabildiğini aynı zamanda tümörün kemoterapiye yanıtı da değerlendirilebilmektedir.