

# Karında Kitleye Yaklaşım ve Ayırıcı Tanı

## Betül Sevinir

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD, Pediatrik Onkoloji Bilim Dalı, Doç.Dr.

Karın şişliği veya karında kitle saptanması hem hekim, hem de ebeveyn açısından ciddi bir problemdir. Birinci basamak hekimleri, çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanları ve çocuk cerrahları bu hastalarla sık karşılaşacak hekimlerdir.

Abdominal kitleler karın duvarından, abdominal organlardan veya retroperitoneal bölgeden köken alabilir. Doğuştan itibaren bulunup yavaş ilerleyen tümör dışı nedenler, çeşitli enfeksiyonlar, histopatolojik olarak iyi huylu tümörler, ve malign tümörler kitle nedenleri arasında yer alır. Kitle olarak palpe edilen hastalar bazen organomegali veya barsak içeriği gibi masum durumlardır. Yenidoğandan ergenlik dönemine kadar farklı özellikteki hastaların kitle nedenleri de değişmektedir. Hem hasta görünüşlü, hem de sağlıklı görünen çocuklarda karında kitle saptanması mümkündür. Zaman geçirmeden, doğru yaklaşım gerekir. İstenecek tetkikler ve hastaneye yatış her hasta için ayrı değerlendirilmelidir.

Tanısal yaklaşım iyi bir anamnez, tam sistemik muayene ve laboratuvar desteği ile mümkündür. Basit nedenler ayırt edilerek, kitlesi olan hastanın multidisipliner yaklaşım şansı olan merkezlere yönlendirilmesi önerilir.

## Klinik Öykü

Tanısal yaklaşım için hekimin öncelikli dayanağı, gerekli bilgileri sağlayan, ayrıntılı öyküdür. Hastanın yaşı ve cinsiyeti yaklaşım açısından yönlendirici niteliktedir. Yaş gruplarına göre beklenen iyi ve kötü huylu tümör tipleri söz konusudur. Yenidoğan döneminde saptanan abdominal kitlelerin çoğunluğu benignedir. Renal kökenli kitleler bu yaş grubunda sık görülür. Konjenital hidronefroza, kistik böbrek hastalıkları, günümüzde prenatal ultrasonografi aşamasından itibaren tanımlanmaktadır. İntestinal duplikasyon, kistler, hematoma, teratomlar sık görülür. Bu dönemde abdominal malign tümörlerin en tipik örneği nöroblastomadır. Süt çocukluğu döneminde benign nedenlere ek olarak nöroblastom, hepatoblastom, Wilms tümörü karında kitle nedeni olur. Okul öncesi dönemde embriyonal tümörler sık görülürken, büyük çocuklarda lenfomalar, yumuşak doku sarkomları ve germ hücreli tümörler saptanır. Mezenter ve omentum kistleri, kist hidatik, apendiks apseleri, hematom, bezoar gibi benign nedenler de büyük yaşlarda tanımlanabilir.

Hastanın cinsiyeti önemlidir. Örneğin küçük bir erkek bebekteki lumbal kitle öncelikle renal nedenleri, adolesan kızdaki pelvis ve yarı kitle over kökenli nedenleri düşündürür.

Kitlenin nasıl fark edildiği önemlidir. Bazen karın şişliği, veya ele gelen bir sertlik şeklinde dikkati çeker. Banyo veya giyinme sırasında aile, fizik muayene sırasında hekimler rastlantısal olarak kitleyi saptayabilir. Bu çocuklarda çoğu kez genel durum iyidir, hasta görünümü yoktur. Bazı çocuklarda ise çeşitli yakınmalar ön plandadır. Anamnez, büyük olasılıkla hastanın durumunu tanımlamaya yardımcı olur. Örneğin üç yaşında karında sol üst kadranda kitle, ağır anemi ve kemik ağrıları olan bir çocukta öncelikle metastatik nöroblastom akla gelirken, aynı yaşta genel durumu iyi ve ek yakınması olmayan bir hastada nefroblastoma olasılığı fazladır. Belirtilerin süresi ve niteliği tanımlanmalıdır. Kitlenin büyüme hızı yavaş ise, ya da büyük bir çocukta doğumdan itibaren karın şişliği devam edilmişse bu öykü mezenter kistlerinde olduğu gibi benign nedenleri öncelikle düşündürür. Malign tümörlerde kitlenin daha hızlı ilerlediği gözlenir. Ani büyüyen kitlelerde travma öyküsü ve kanama diyatezi de sorulmalıdır. Künt karın travması sonucunda karaciğer veya dalakta hematoma, pankreatik psödokistler, hemofilik hastalarda hematoma görülebilir. Enfeksiyonlar lenfadenopati, apse oluşumu veya kistlere (kist hidatik gibi) yol açarak kitle oluşturabilir. Adolesan kızlarda menarş ve seksüel öykü önemli olabilir.

Ana yakınma öğrenildikten çocuğun sistemik semptomları sorgulanır. Halsizlik, solukluk, ateş, kilo kaybı ve ağrı olup olmadığı sorulur. Ek olarak gastrointestinal, ürogenital, pulmoner semptomlar araştırılır. Wilms tümörü ve mesane rabdomyosarkomları açısından makroskopik hematüri, idrar renginde değişiklik özellikle sorulmalıdır. Sistemik semptomların varlığı daha yaygın (metastatik) tümörlerde olabileceği gibi inflamatuvar kökenli kitleler de malign tümörleri taklit edebilmektedir. İnflamatuvar miyofibroblastik tümörler olarak isimlendirilen bu kitleler mezenter, retroperitoneal bölge ve karaciğerde yerleşebilir. Ateş, kilo kaybı, anemi ve eritrosit sedimentasyon yüksekliği tipik bulgulardır. Tüberküloz ve malign tümörlerle karışabilir.

Bazı doğumsal anomaliler, sistemik veya genetik hastalıklar intrabdominal tümörlere eşlik edebilir. Aniridi ve hemihipertrofiye Wilms tümörü birlikteliği, nörofibromatozis tip-1 tanımlanması bunlara örnek verilebilir. Öykü semptomlardan sonra öz ve soygeçmişe ait bilgileri taşımaktadır.

## Fizik Muayene

Çocuğun genel durumu çok önemlidir. Genel durum iyi, orta veya kötü olabilir. Hastanın kötü durumda olması daha acil, ek bulguların eşlik ettiği, metastatik hastalığın bulunduğu durumları akla getirmelidir. Vital bulgular değerlendirilirken kan basıncı ölçülmelidir. Çocukluk çağına Wilms tümörü (nefroblastoma), nöroblastoma ve feokromasitomada hipertansiyon görülebilir. Davranış bozukluğu veya mental durum gözlenmelidir. Saç ve sindirilmeyen maddelerin yenmesi bezoar gelişimine neden olur. Nadir görülen bu durum %90 kızlarda ve 10 yaş civarında gözlenmektedir.

Ciltte solukluk, peteşi, ekimozlar, sütlü kahve lekeleri "café au lait spot" hemanjiomlar ve cilt altı nodüller saptanabilir. Nöroblastom evre IV-s'te cilt altı nodülleri asıl kitle veya hepatomegaliden önce dikkati çekebilir. Lenfadenopati varlığı önemlidir. Saptanan lenfadenomegalilerin sayısı, yerleşimi, boyutları, kıvamı, hareketli olup olmadığı, fistülizasyonu kaydedilir. Tüberküloz, lenfoma ve solid tümör metastazları hem abdominal kitle hem de lenfadenopati yapacak örneklerdir. Tam sistemik muayene yapılmalı ve nörolojik muayene eksik kalmamalıdır.

Abdomen inspeksiyonu asit ve kitlenin ayrımında yol gösterir. Sırt üstü yatan ve abdominal kitlesi olan hastada karın yayılmaz ve belirgin bombe kalırken, serbest sıvı yanlara toplanır. Bu nedenle karın şekli, umbilikusun pozisyonu ve herni varlığı saptanır. Palpasyondan önce çocukla iletişim kurmak, gevşemesini ve karın muayenesine izin vermesini sağlamak önemlidir. Periton irritasyon bulguları araştırılmalıdır. Kitlenin hangi kadranda yerleştiği ve hangi organları etkilemiş olabileceği değerlendirilmelidir. Kitlenin çapı, şekli, sertliği, hareketliliği, duyarlı olup olmadığı ve orta hattı geçip geçmediği dikkatli palpasyonla belirlenir. Barsaklar ve mesane dolgun ve muayene bulguları kuşkulu ise hasta defekasyon veya işemeden sonra yeniden muayene edilmelidir. Perfore apandisite bağlı apse oluşumu sağ alt kadranda kitleye neden olur. Büyük çocuklarda kartındaki kitlelerin yarısında hepatomegali ve/veya splenomegali görülür. Hepatomegali, renal nedenli kitleden daha yüzye palpe edilir. Dev kitlelerde hepatosplenomegaliyi ayırtetmek mümkün olmayabilir. Retroperitoneal ve malign lezyonlar hareketsizdir. Omentum kistleri mobil kitlelere örnek oluşturur.

Renal kökenli kitleler daha çok küçük çocuklarda saptanır. Derin palpasyonda fark edilir ve aşağıya doğru uzanan, solunumla hareket etmeyen kitlelerdir. Böbrek kitleleri orta hattı genellikle geçmez, sürrenal kökenli kitleler orta hattı çaprazlayabilir. Over ve uterus tümörleri ara sıra dev boyutlara ulaşır. Alt abdominal / pelvik kitleler konstipasyon veya idrar retansiyonuna neden olur. Bu yakınmalar kitle basısına bağlı işlevsel veya medulla spinalis basısına bağlı karmaşık nedenli olabilir. Rektal muayene presakral kitlelerin saptanmasında çok önemlidir. Kız çocuklarda dış genital muayene vajenden sarkan kitleyi veya imperfore himen bulgularını saptamaya yardımcıdır. Erkek çocukta testis ve skrotum muayenesi disgenetik gonad, skrotal kitle vb açısından önemlidir.

## Laboratuvar Yöntemleri Ve Görüntüleme

Tam kan sayımı, lökosit formülü, eritrosit yapısı ve periferik yaymanın değerlendirilmesi rutindir. Tam idrar incelemesinde özellikle hematüri aranmalıdır. KCFT, BFT, serum elektrolitleri, laktik dehidrogenaz bakılabilir. Tüberküloz kuşkusu varsa PPD yapılır. Tümör belirteçleri seçilmiş hastalarda istenmelidir. Serumda AFP ve beta-hCG bakılması ve idrarda katekolamin metabolitlerinin (VMA, HVA vb) kantitatif tayini önemlidir. AFP yaklaşık sekiz aylıkken normal düzeylere iner. Hepatoblastoma ve endodermal sinüs tümörlerinde ve bazı tümör dışı hastalıklarda yüksek bulunabilir. Yarı ömrü 3,5-7 gün arasındadır. Beta-hCG ise 24 saat kadar kısa yarı ömrü olan bir belirteçtir. Tam kitle eksizyonu yapılmış hastalarda sonradan bakılması yalancı negatifliğe yol açar. Nöroblastom ve ganglionöroblastom düşünülerek VMA tayini istenen hastalarda diyet düzenlemesi gereklidir.

Radyolojik tekniklerden direkt grafipler karında gaz dağılımı, intestinal obstrüksiyon, organomegali ve kalsifikasyon gösteren kitleler için bilgi verir. Akciğer grafisi de standart tetkik olarak istenmelidir. Kontrast çalışmaları daha çok gastrointestinal kitlelerde gerekebilir. Abdominal kitlelerde rutin tetkik karın ultrasonografisi olmalıdır. Girişimsel ya da ağırlı olmaması, anatomik yapılarla bağlantıyı göstermesi, organomegali ve kitlenin boyutunu vermesi, kitlenin solid veya kistik karakterini tanımlaması nedeniyle mükemmel bir yöntemdir. BT ve MR daha sonraki basamakta düşünülür. Çeşitli serilerde intrabdominal kitlelerin %45-55'i renal, %20-23'ü böbrek dışı retroperitoneal yapılardan gelişen, % 15-20'si gastrointestinal kökenli kitlelerdir. Bu nedenle hastaya özel ek değerlendirmeler gerekebilir.