



ÇOCUKLUK ÇAĞI KANSERLERİNDE ERKEN TANIDA DİKKAT EDİLECEK BULGULAR NELERDİR?

Dr. Betül Sevinir

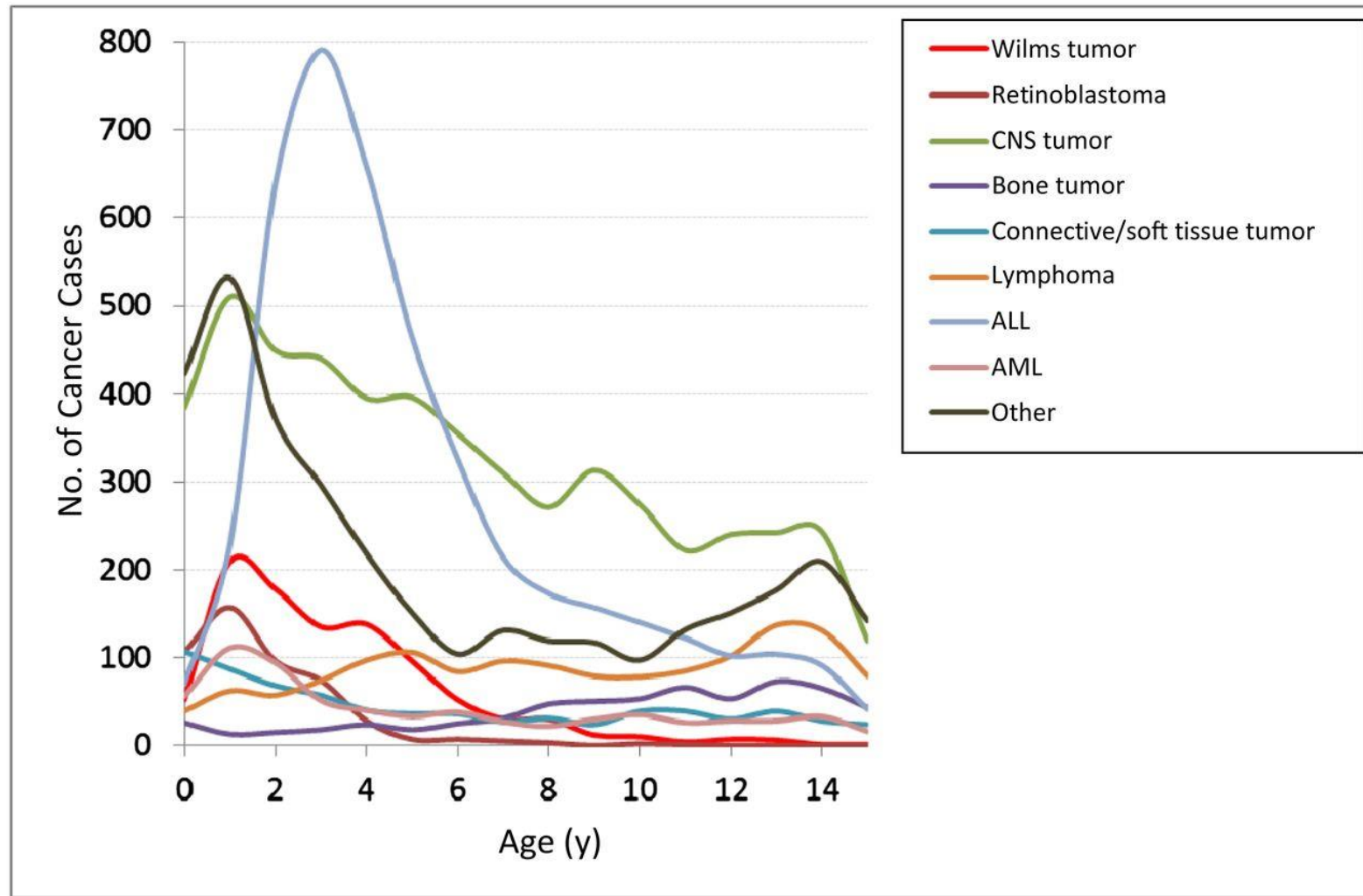
Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi

Pediyatrik Onkoloji BD

	N	All children
All cancers	57 956	77.9 (77.4-78.3)
Ia: acute lymphoid leukaemia	15 860	86.3 (85.5-87.1)
Ib: acute myeloid leukaemia	3094	62.7 (60.5-64.9)
IIa: Hodgkin's lymphoma	3142	95.4 (94.1-96.5)
IIb: non-Hodgkin lymphoma (except Burkitt's lymphoma)	2544	84.0 (82.0-85.8)
IIc: Burkitt's lymphoma	1443	90.2 (88.5-91.7)
III: CNS and miscellaneous intracranial and intraspinal neoplasms	9277	57.5 (56.1-58.8)
IIIa: ependymomas and choroid plexus tumour	1233	62.8 (58.4-66.8)
IIIb: astrocytomas	2714	61.5 (59.0-63.9)
IIIc: intracranial and intraspinal embryonal tumors	3119	57.1 (54.6-59.6)
IVa: neuroblastoma and ganglioneuroblastoma	4588	70.6 (68.4-72.6)
V: retinoblastoma	1627	96.4 (94.6-97.6)
VIa: nephroblastoma and other nonepithelial renal tumours	3554	89.4 (88.0-90.7)
VIIa: osteosarcomas	1500	69.3 (66.2-72.3)
VIII: Ewing's sarcoma and related sarcomas of bone	1397	67.9 (64.2-71.2)
IXa: rhabdomyosarcomas	2197	67.7 (64.7-70.6)
Data are % survival (95% CI), unless stated otherwise. For patients diagnosed 2000-0		
Table 2: Country-weighted 5-year survival by ICCC diagnostic category, sex		

Tüm kanserler	%77.9
ALL	%86.3
ANLL	%62.7
Hodgkin Lenfoma	%95.4
Burkitt Lenfoma	%90.2
NHL	%84.0
SSS Tm	%57.1
Nöroblastom	%70.6
Wilms tm	%89.4
Retinoblastom	%96.4
Osteosarkom	%69.3
Ewing sarkomu	%67.9
Rabdomiyosarkom	%67.9

Number of major childhood cancer cases according to age.



Bjørge T et al. Pediatrics 2013;132:e1265-e1275

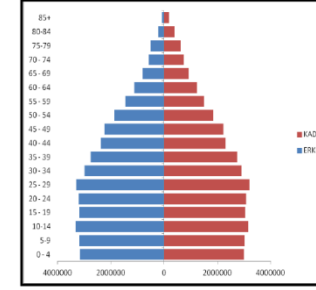
- Çocukluk çağı kanserleri yaklaşık 7000 canı doğumda bir gözlenmektedir



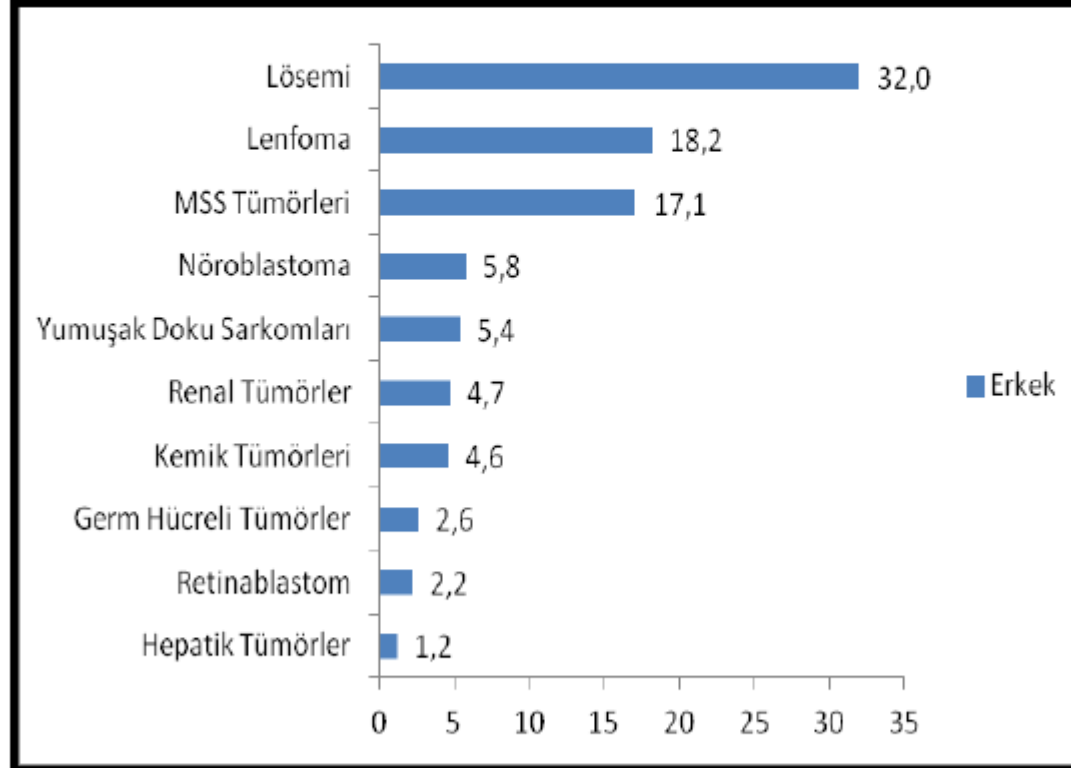
- TPOG ve TPHD Kanser Kayıt verilerine göre en sık kanser türleri
 - Lösemiler
 - Lenfomalar
 - SSS tümörleri
 - Nöroblastom
 - Yumuşak doku sarkomları
 - Böbrek tümörleri olup tümör dağılımı yaş gruplarına göre değişmektedir

TÜRKİYE HALK SAĞLIĞI KURUMU
KANSER DAİRE BAŞKANLIĞI

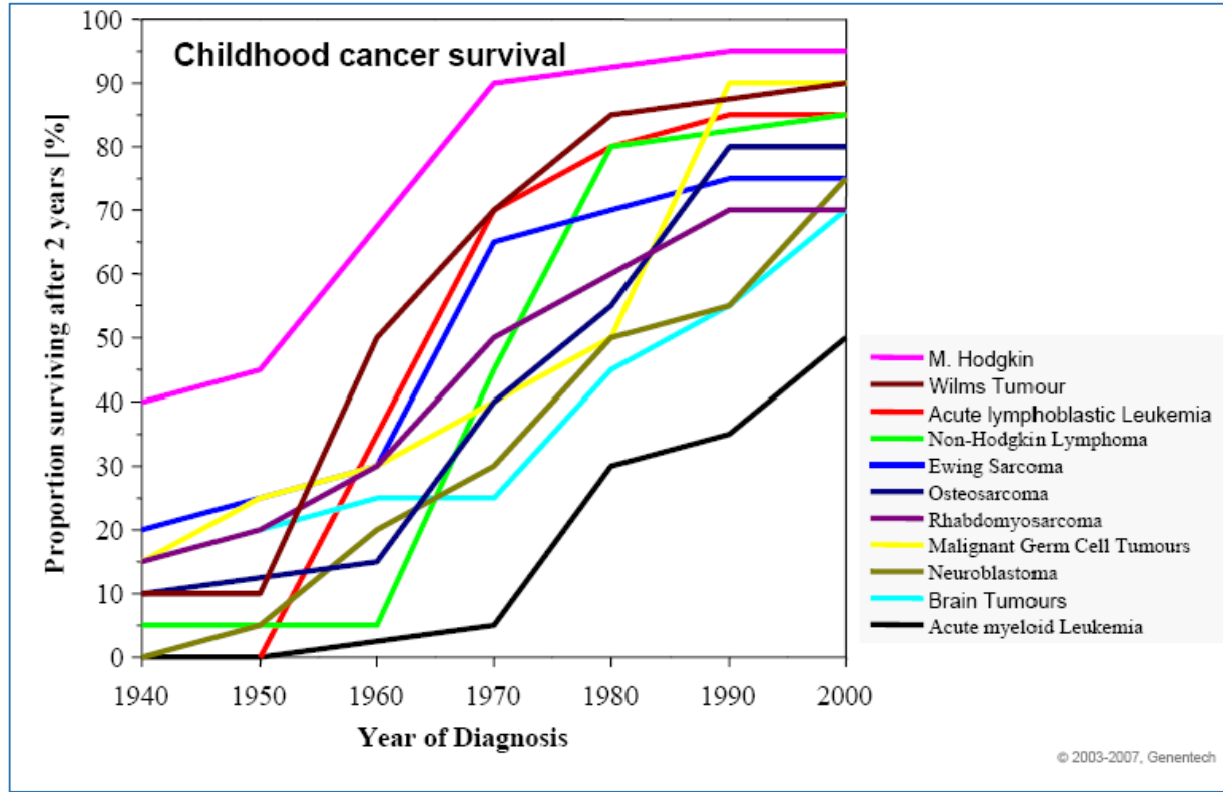
Çocukluk Çağı Kanserleri



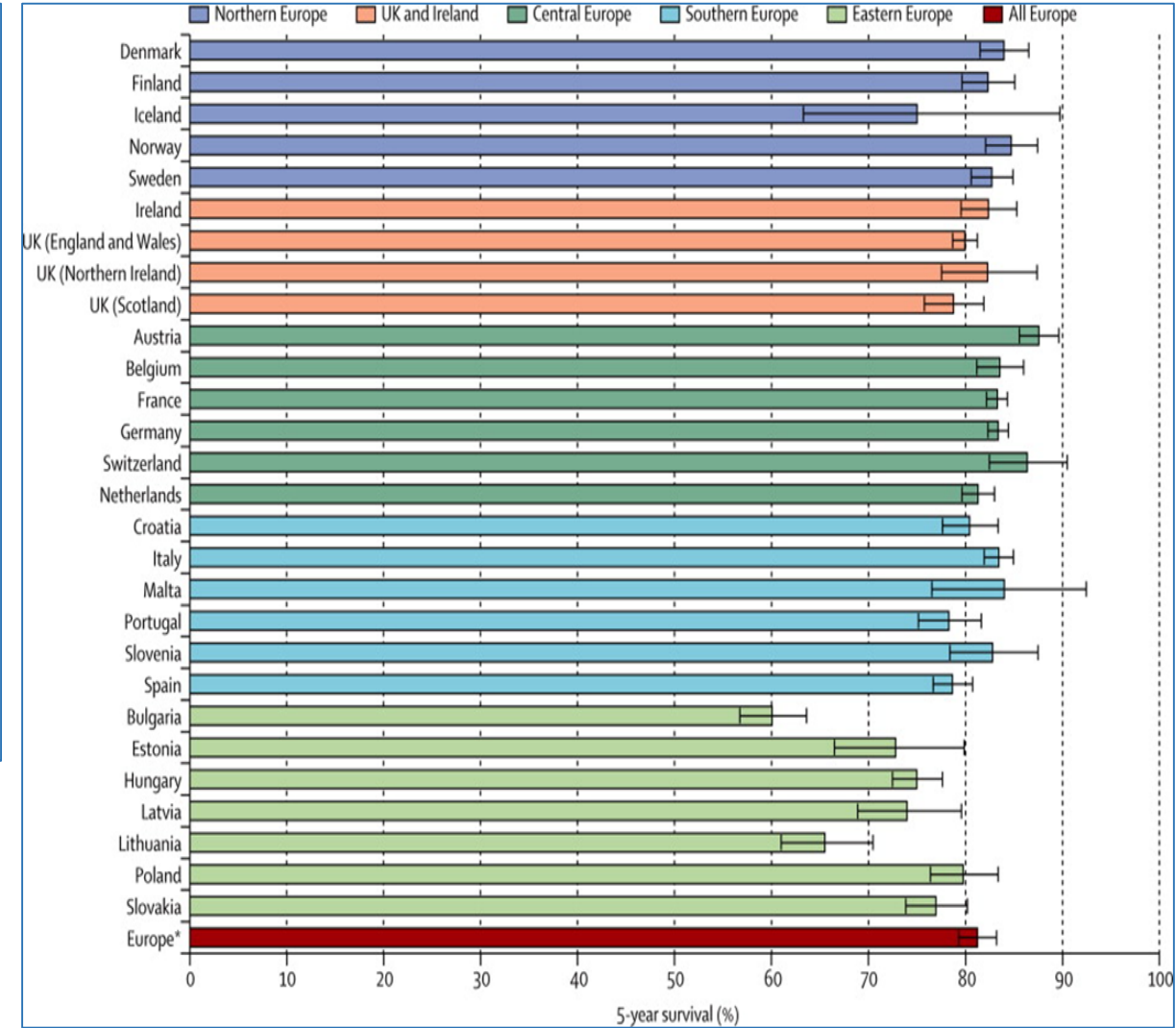
2009 Yılı Nüfus Piramiti



Şekil 10. 0-14 Yaş Gruplarındaki Erkek Çocuklarda En Sık Görülen Bazı Kanserlerin Bu Grup İçindeki Yüzde Dağılımları (Birleşik Veri Tabanı, 2009)



- Multidisipliner yaklaşım
- Yeni ilaçlar ve yüksek doz uygulamaları
- Kök hücre veya kemik iliği nakli
- İyileşen destek tedavi ve bakım



SSS TÜMÖRLERİ HARİÇ ÇOCUKLUK ÇAĞI KANSERLERİNDE 5 YILLIK SAĞKALIM

50 080 olgu , %81

PROGNOZ

- **Gelişmiş ülkelerde çocukluk çağı kanserlerinde ortalama 5 yıllık yaşam hızı %80'i aşmıştır**
- **Gelişmekte olan ülkelerde bu oran daha düşüktür**
- **Erken tanı konulması ileri evreli hastalığa geçişi azaltır**
- **Böylece birçok tümörde tam iyileşme şansı artarken, tedavinin yükü ve geç etkileri azaltılabilir**
- **Ülkemizde durum**

EŞİTSİZLİĞİN NEDENLERİ

- Sağlık kaynaklarının yetersizliği
- İlaça ulaşım güçlüğü
- Pediatrik Onkoloji Merkezlerinin yetersizliği
- Multidisipliner ekip yokluğu
- **Gecikmiş tanı**
- Toksik etkilerle başedememe

KANSERDE HASTALIKSIZ YAŞAM ŞANSI NEDEN EŞİT DEĞİL ?



PEDİATRİK KANSERLERDE İLK YAKINMA İLE TANI ARASINDAKİ SÜRE

- **Kanada**'da toplam süre ortalama **12 gün**

Dang-Tan T. *Pediatr Blood Cancer*. 2008;51:468–474

- **Singapur**'da toplam süre ortalama **81 gün**

Loh. *J Pediatr Hematol Oncol*. 2009;31:734–738

- **Ege Bölgesi** toplam süre ortalama **53 gün** (Lösemi hariç)

Cecen E. *Pediatr Blood Cancer*. 2011;57:392–397

- **Güneydoğu Anadolu**'da toplam süre ortalama **60 gün**

Araz N. *Pediatr Hematol Oncol*, 32:153–163, 2015

İLK YAKINMA İLE TANI ARASINDAKİ SÜRE

- n:682 çocuk hasta (2001-2012 Gaziantep Üniversitesi)
- Lösemi, lenfoma ve solid tümörler dahil

Ortanca (Sınırlar)

- İlk yakınma ile ailenin hekime başvuru süresi: 20 gün (1–1799)
- Hekimin kesin tanıya ulaşma süresi: 23 gün (1–1793)
- Toplam gecikme : 60 gün (4–1800)

- Anne-babaya ait geç başvurunun en az olduğu grup < 1yaş, en fazla olduğu hastalar >15 yaş
- Ailenin en küçük çocuğunda en kısa sürede başvuru
- Hekimlerin geç tanı koyduğu grup 5-9 yaş
- Üniversite-Acil servise gelenlerde median tanı süresi 5 gün, polikliniklerde 15 gün
- **Solid tümörlerde tanı süresi lösemiye göre uzun**
- **Genital bölgedeki solid tümörlerde** hekim gecikmesi ve toplam gecikme daha fazladır

İLK BAŞVURUNUN YAPILDIĞI HEKİME GÖRE TANI SÜRELERİ

- **Çocuk hekimi dışındaki hekimlerde tanı gecikmesi daha belirgin**

Pediatrist: %43.1

Pratisyen hekim :% 53.1

Diğer uzmanlar : % 61.5 (p= .002)

- **Cerrahi branşlarda uzun sürede tanı (p=0.03)**

Çocuk Cerrahisi:% 36.8

KBB :%56.1

Ortopedi: %71.4

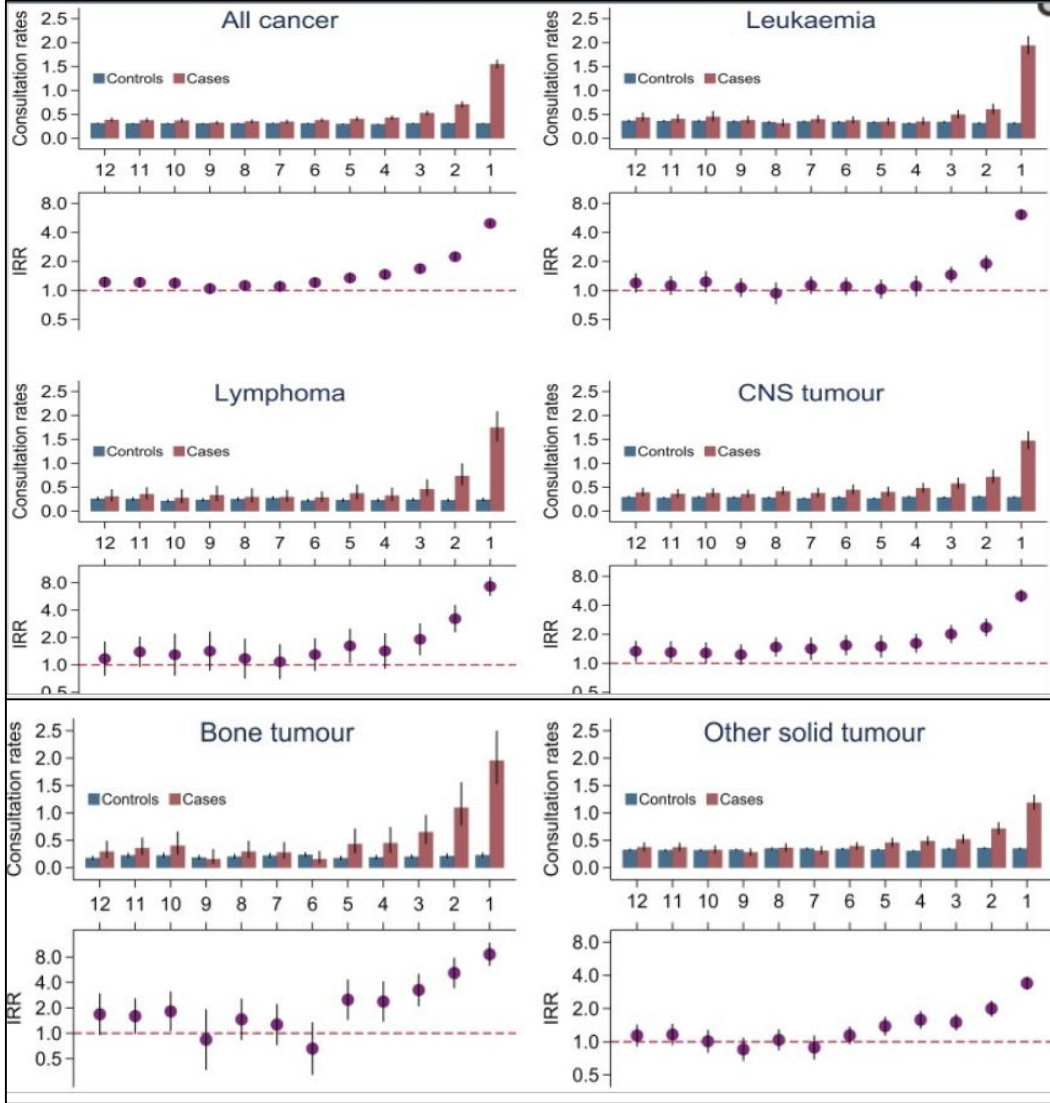
Beyin Cerrahisi: %55.6

Diğer cerrahi branşlar: %80

Ailenin ilk yakınmadan sonra hekime ulaşma süresi daha kısa, hekimin tanıya ulaşma süresi daha geç bulunmuştur

ÇOCUKLARDA KANSER TANISINDAN ÖNCEKİ YIL SAĞLIK HİZMETİNE BAŞVURU

- Danimarka-(2002-2008) Ülke çapında kayıt çalışması
- **Kanser tanısı almış 1,278 hasta (<16 yaş)**
- **12,780 sağlıklı kontrol**
- Bir yıl boyunca birinci basamak sağlık hizmetine başvuru sayıları (gündüz ve acil) ve tetkikler
- Başvuru:
- Kanser grubu %93'ü 1 yılda, **%82'si** son 3 ayda
- Kontrol grubunun %79'u 1 yılda, **%45'i** son 3 ayda



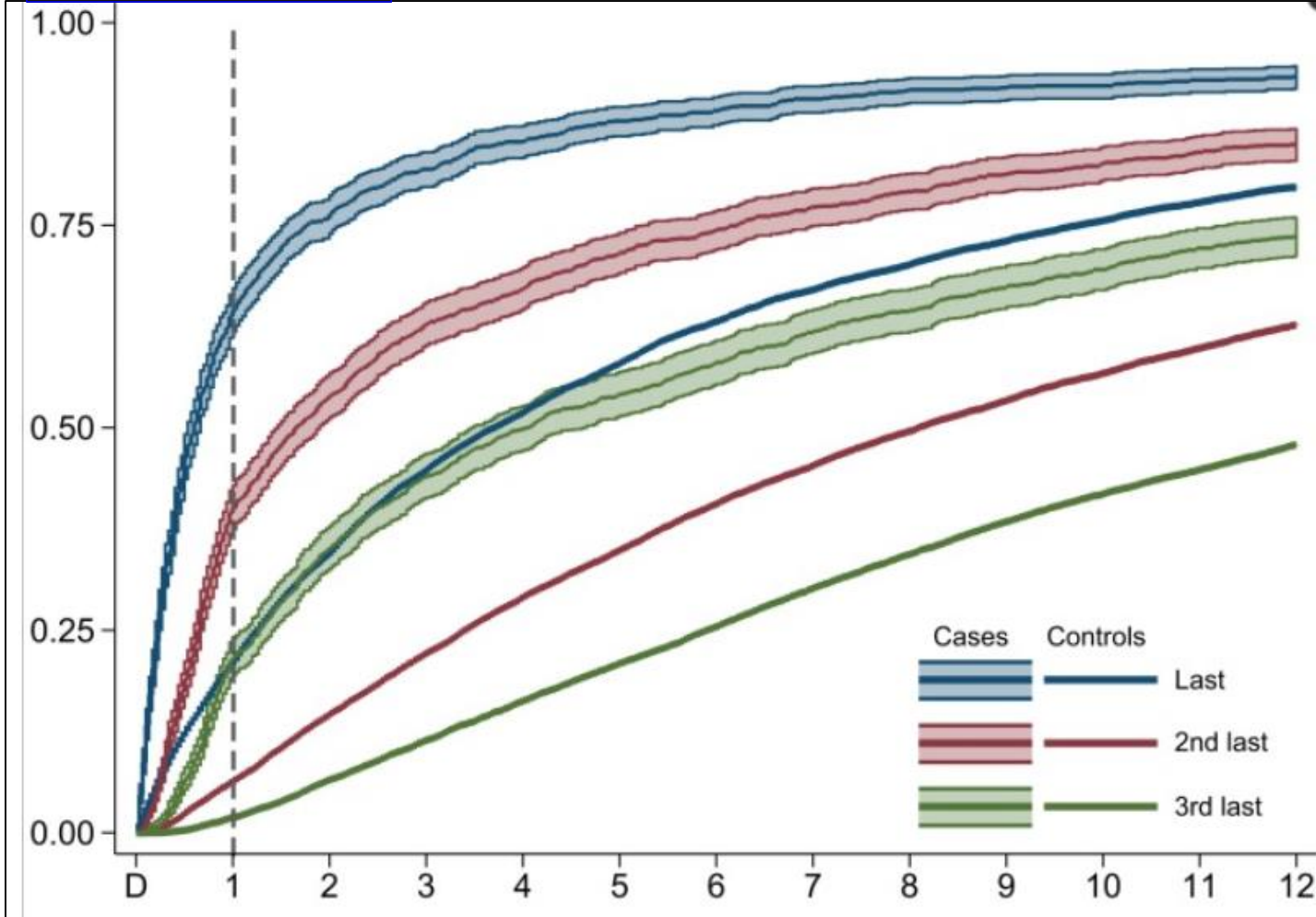
- **Lenfoma, kemik tümörleri ve solid tümörlerde son 6 ayda konsültasyon sayısı kontrol grubundan yüksek**
- **SSS tümörlerinde 12 ay boyunca başvuru sayısı en yüksek**
- **Son 4-5 ayda acil servise başvurularda artma**

KANSER TANISINDAN ÖNCEKİ 3 AYDA DOKTORA BAŞVURU SAYISI (≥4)

Tanı	Kanser (%)	Kontrol (%)	Olasılık
Tüm kanserler	30.6	6.1	5.1
Lösemi	36.4	6.3	5.8
SSS	33.3	3.7	9.0
Kemik tümörü	43.1	3.1	14.0
Diğer solid tümörler	24.1	7.2	3.4

Kanser tanısı alan çocukların sağlıkla gruba oranla 3 kat daha fazla hekime başvurmuş oldukları ve son 3 ayda bu sayının 4 vizitten fazla olduğu görülmüştür

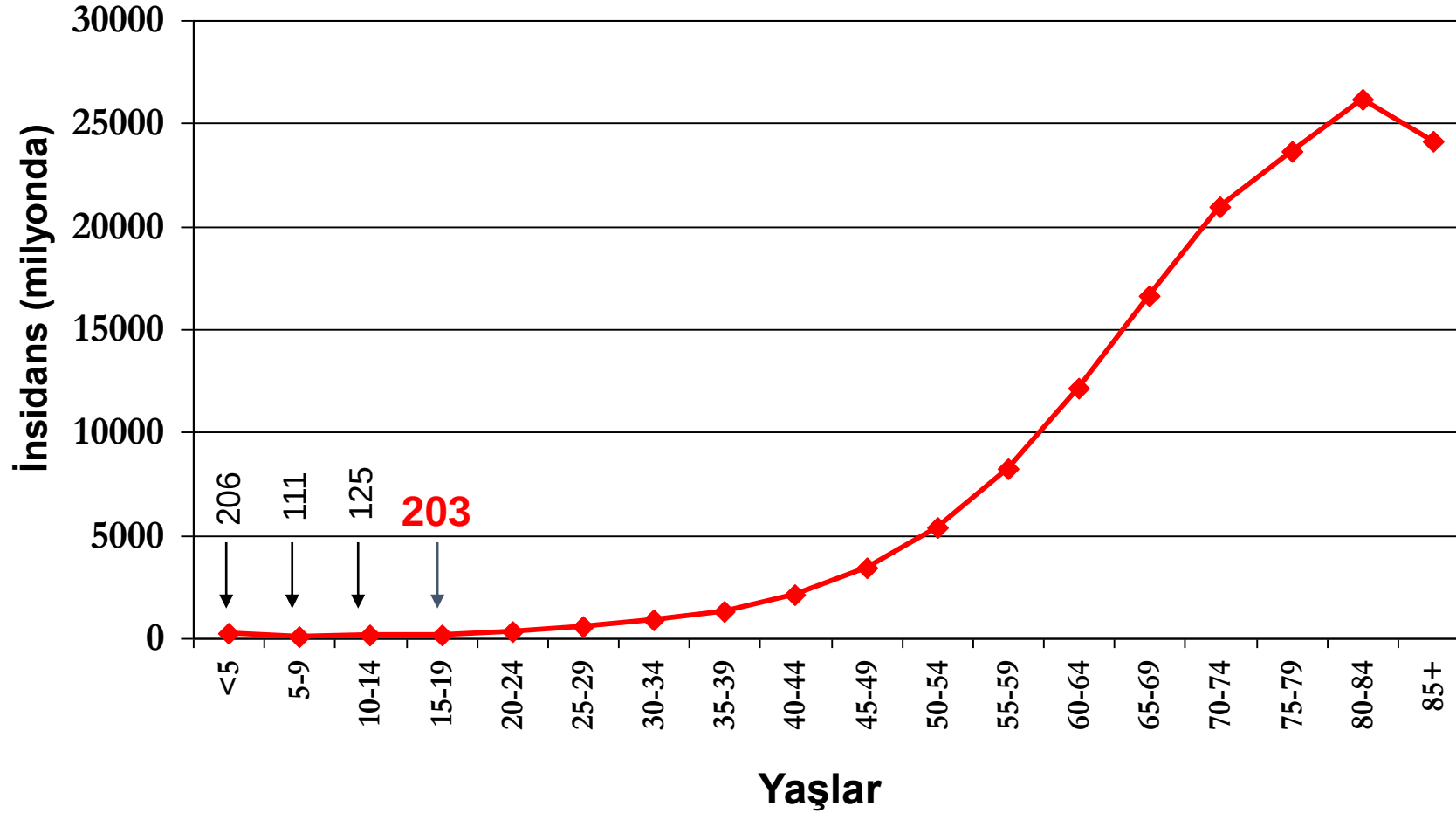
Hasta %64
Kontrol %21



Çocukluk çağı kanserlerinde tanıdan önceki yıl pratisyen hekime başvuru oranları

Ahrensberg. PLoS One. 2013; 8(3): e59098

YAŞLARA GÖRE KANSER İNSİDANSI



Kaynak: Cancer epidemiology in adolescent and young adults 15-29 years of ages,
NCI, US. SEER 1975-2000

- **Çocukluk çağı kanserleri her organ veya sisteme ait bulgular verebilir**
- **0-18 y arasında her yaşta görülür**
- **Bu nedenle yalnızca birinci basamakta değil, tüm uzmanlık alanlarındaki hekimlere başvurular mümkündür**
- **Özellikle yetişkin hasta görmeye alışık hekimler için pediatrik tümörler daha nadir hastalıklardır**

YAŞ GRUPLARI

- Yenidoğan döneminde nöroblastom, teratomlar, akut lösemiler, rabdomyosarkom ve infantil fibrosarkom görülebilir
- İlk beş yaşta akut lösemiler ve nöroblastom, nefroblastom, hepatoblastom, retinoblastom gibi embriyonal tümörler, beyin tümörleri sık gözlenir. Yaşla birlikte lenfomalar, beyin tümörleri ve germ hücreli tümörlerin oranı artar
- Ergen ve genç yetişkinlerde lenfomalar, yumuşak doku sarkomları, kemik tümörleri, gonadal tümörler ve epitelyal tümörler daha fazladır

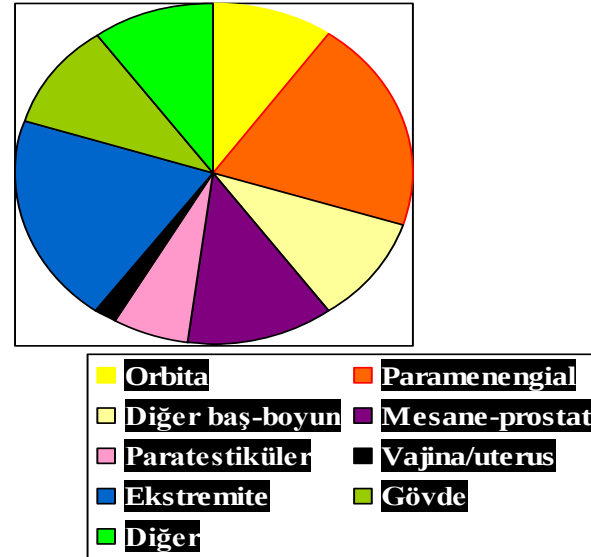
- Yaşamın ilk yıllarında embriyonal kökenli tümörler fazladır (NBL,RBL,WT,HBL)
- Okul çocuklarında lenfomalar, kemik tümörleri artarken ergenlerde erişkin karsinomları da görülmeye başlar

ERİŞKİN KANSER SEMPTOMLARI ÇOCUKLARDA ÇOK NADİRDİR

- **Ses kısıklığı**
- **Yutma güçlüğü**
- **Kronik öksürük**
- **Memede kitle**
- **İyileşmeyen yara**
- **İşeme güçlüğü**
- **Rektal kanama**
- **Barsak alışkanlığında değişme**

ÇOCUKLUK ÇAĞI KANSERLERİNİN FARKLARI

- Çocuklarda organ tümörlerinden çok doku tümörleri gözlenir
- Örneğin rabdomyosarkom farklı bölgelerde gelişerek birbirinden tamamen farklı bulgulara yol açar



- Baş-boyun %40
- Genitoüriner %20
- Ekstremit %20
- Gövde %20
- Diğer %10

- **Değerlendirmenin ilk basamağı iyi öykü ve tam fizik muayenedir**
- **Erişkin kanser semptomlar çocuklarda görülmez**
- **En sık gözlenen belirtiler arasında ateş, karın şişliği, karın ağrısı, lenfadenopati, baş ağrısı, kemik ağrısı dikkati çeker**
- **Pek çok hastalıkla karışır**
- **Sistemlerin gözden geçirilmesi çok önemli**

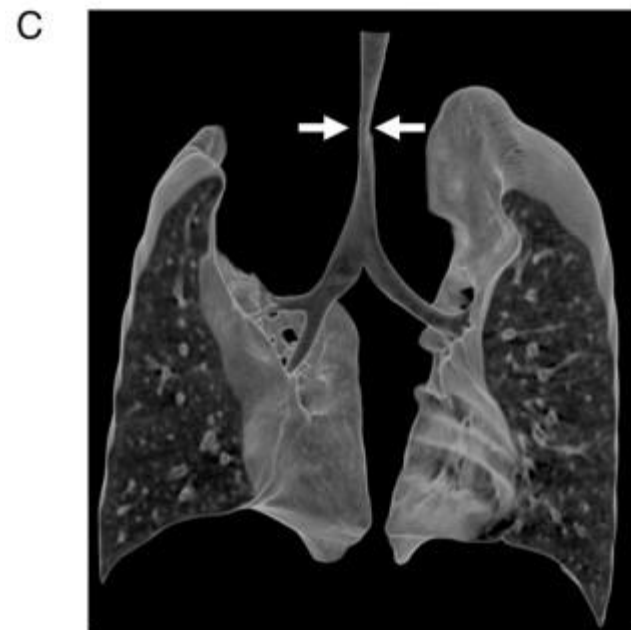
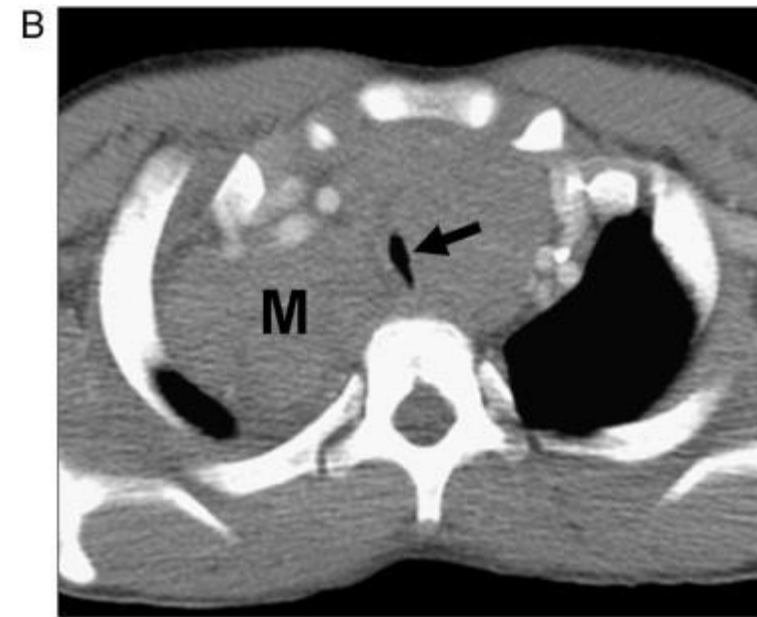
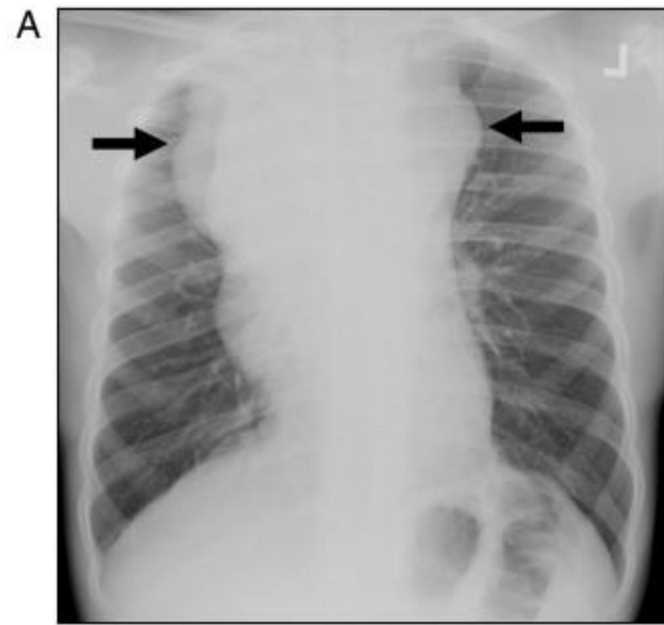
KANSERLİ ÇOCUKTA SEMPTOM VE BULGULAR

- **TÜMÖRE ÖZGÜL DEĞİLDİR**
- **ÖZELLİKLE ERKEN DÖNEMDE DİĞER ÇOCUK HASTALIKLARI İLE KARIŞIR**
- **PEDİATRİK ONKOLOG AÇISINDAN BİRÇOK SEMPTOM “KUŞKULU” İKEN PRATİSYEN HEKİM İÇİN TERSİ DOĞRUDUR**

SEMPTOMLAR- LOKAL BULGULAR

- **Kansere eşlik eden yakınma ve bulgular çeşitli faktöre bağlıdır**
- **Tümörün başlangıç yeri ve tümör tipi birçok yakınmayı belirler**
- **Çoğu kez öncelikle, büyümekte olan kitleye ait belirtiler fark edilir**
- **Lokal bulgu dışarıdan gözlenen bir kitle, şişlik veya lenfadenopati olabilir**
- **Anatomik komşuluğu olan yapılara ait bası bulguları (kafa içi basınç artışı sendromu, medulla spinalise bası, vena kava süperior sendromu gibi) görülebilir**

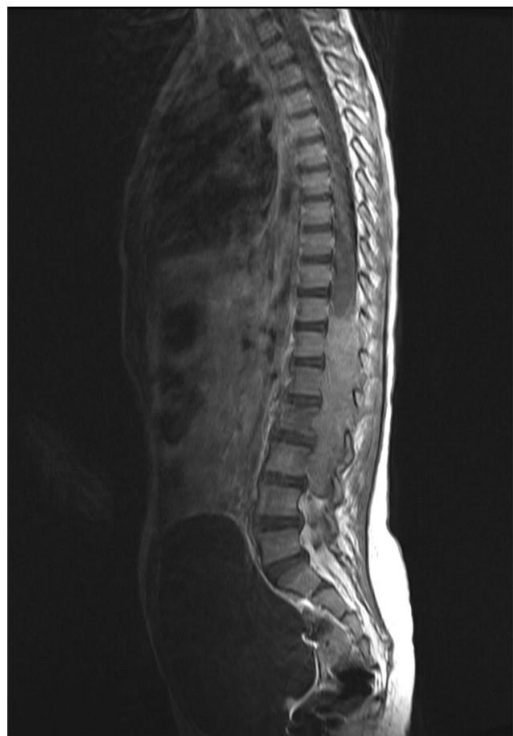




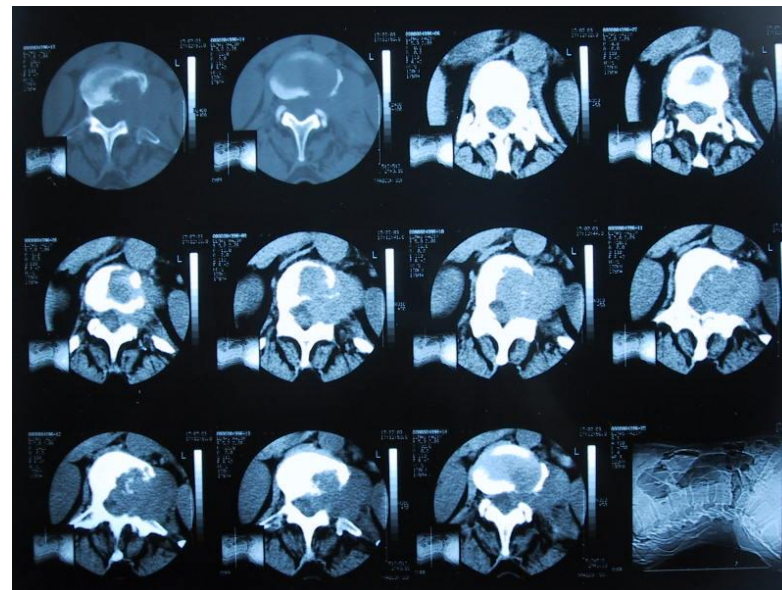
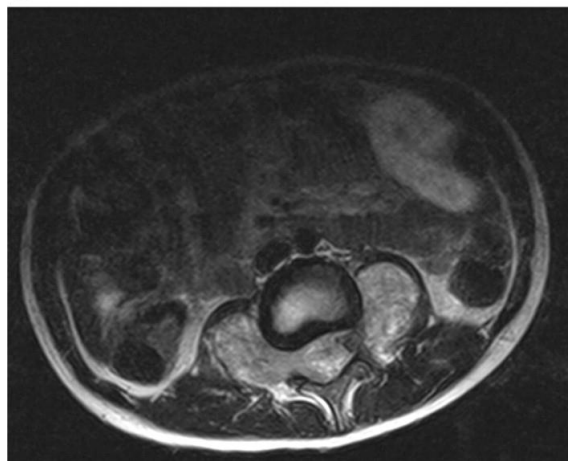
METASTAZLAR

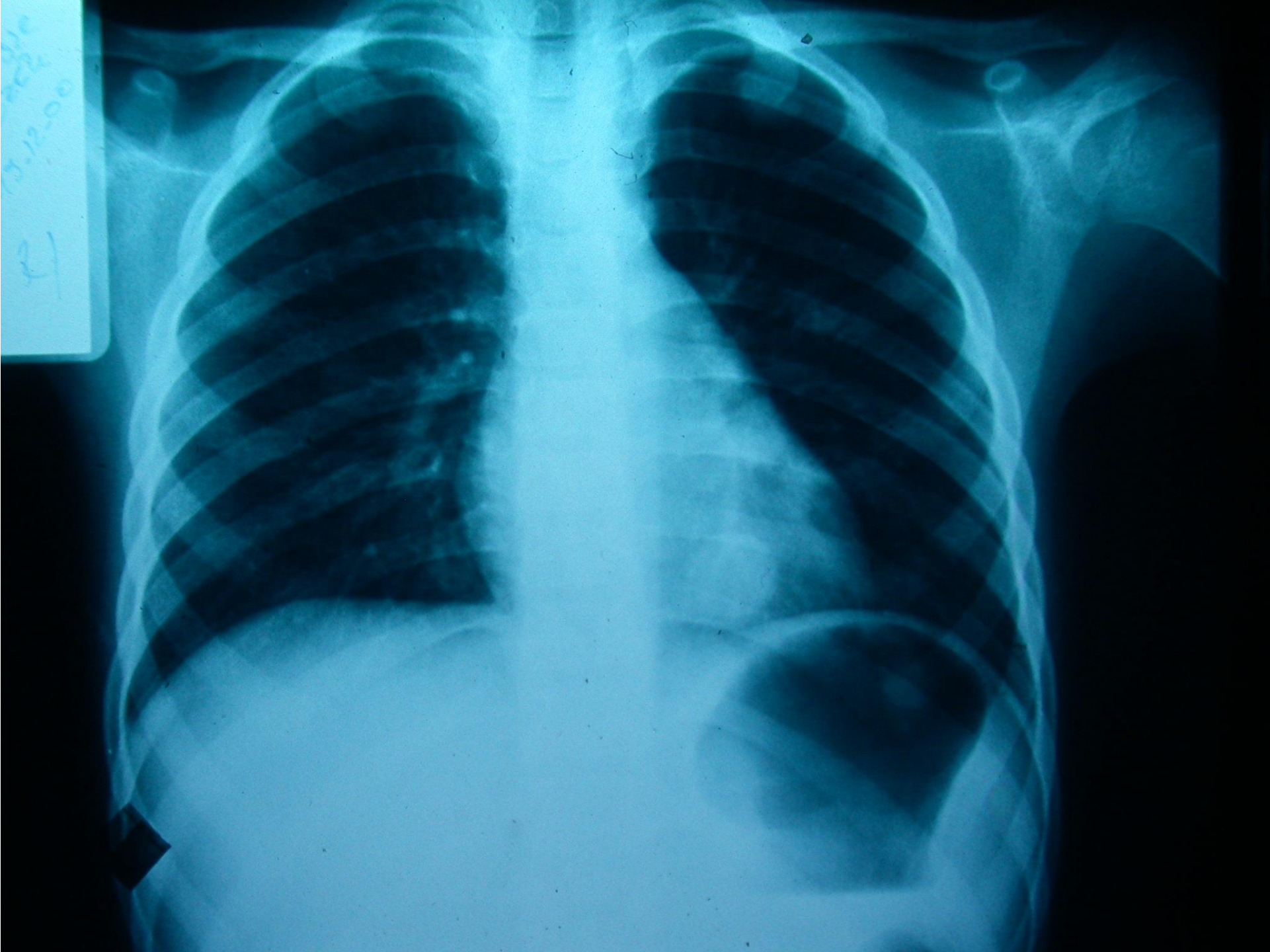
- Başlangıçtaki belirti ve bulgular silik, ilerlemiş hastalıkta ise tanı koydurucu niteliktedir
- Birincil tümörün varlığı farkedilmezken ortaya çıkan metastazlara bağlı
- Kemik ağrısı,
- Asit, plevral effüzyon,
- Ekzoftalmus,
- Kemik iliği tutulumu bulguları dikkat çekici olabilir

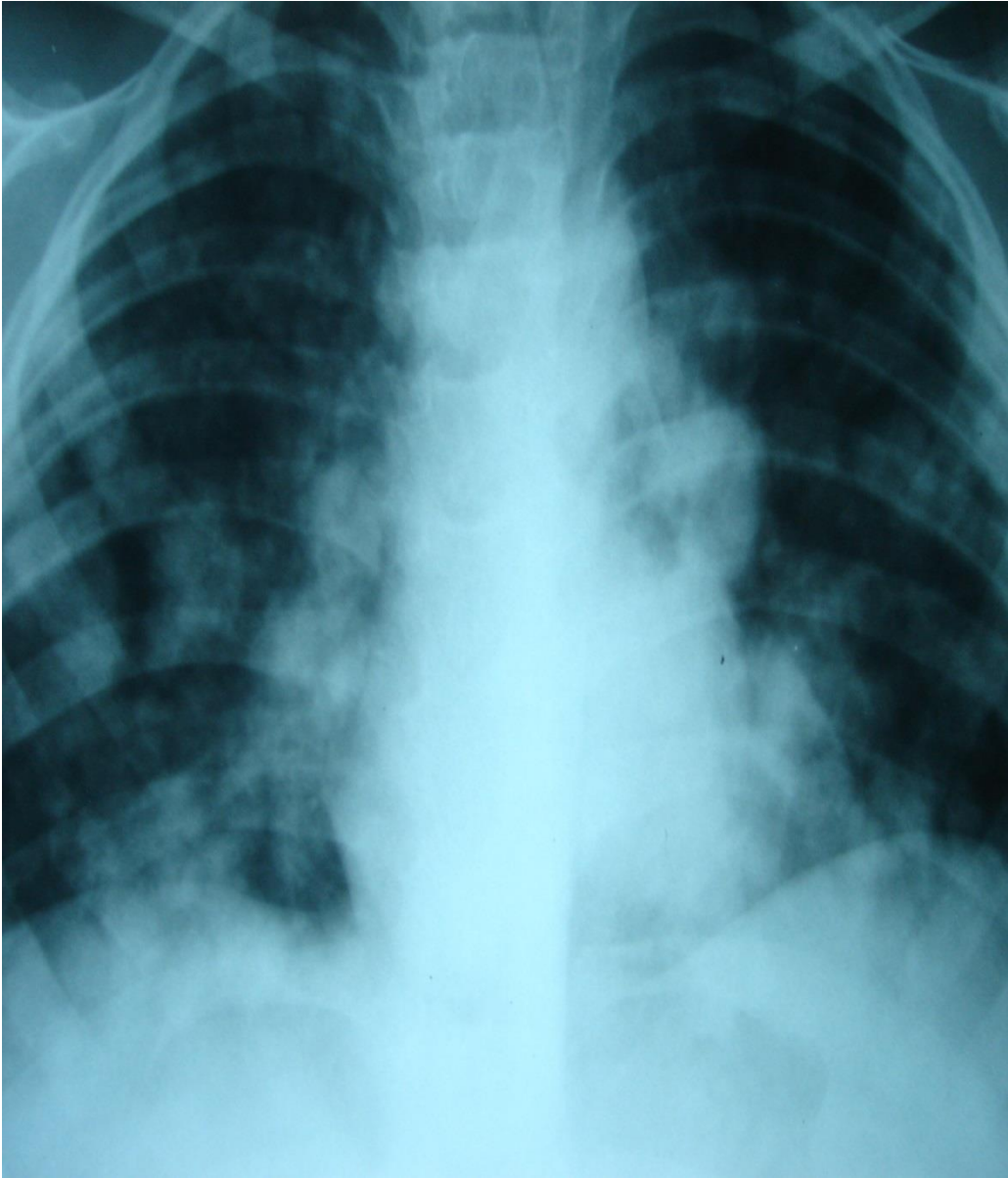
A

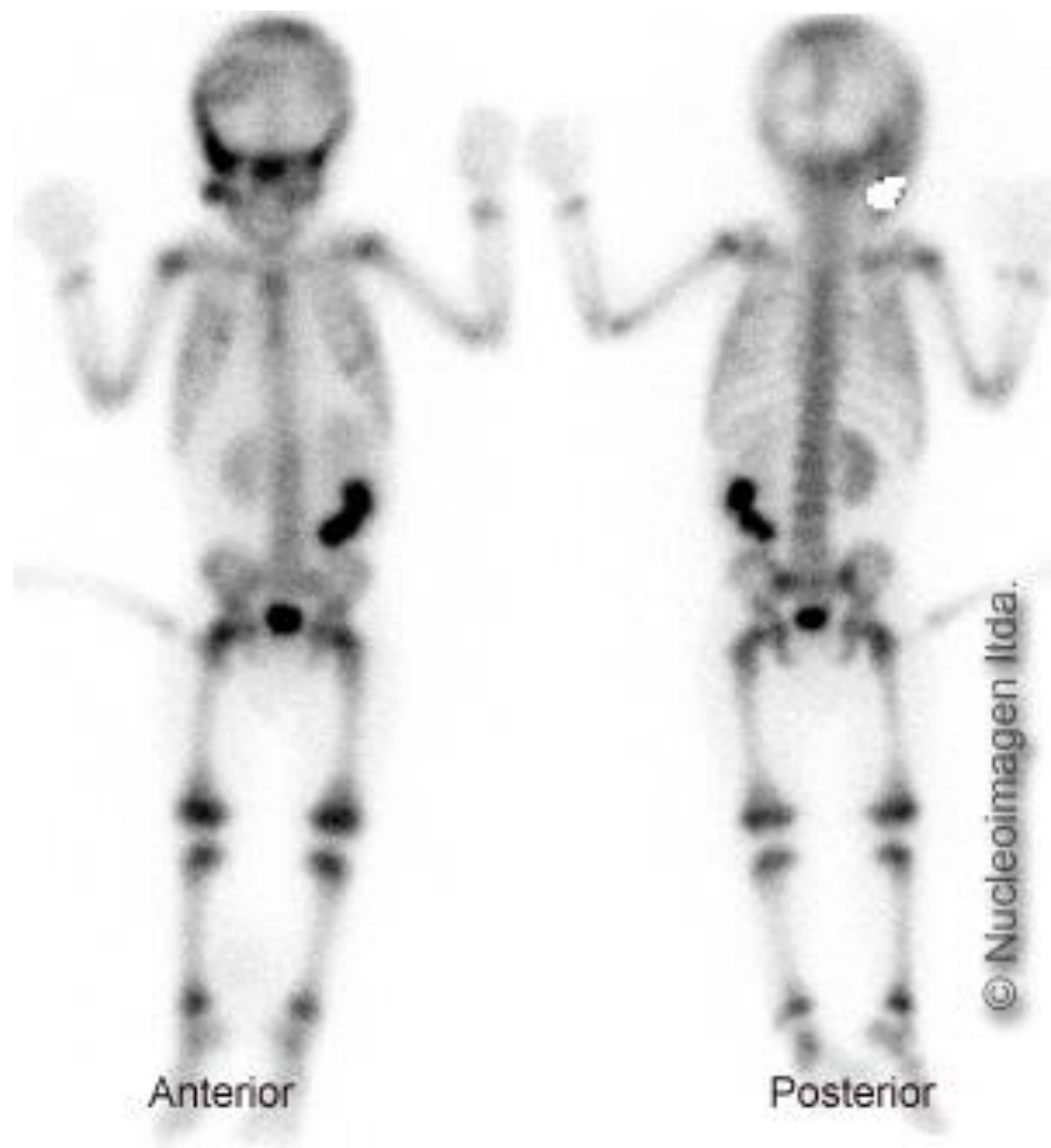


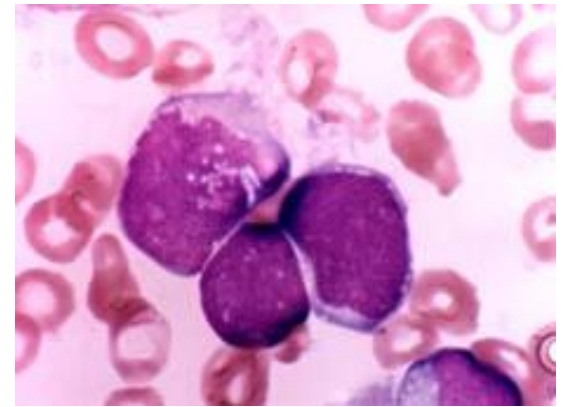
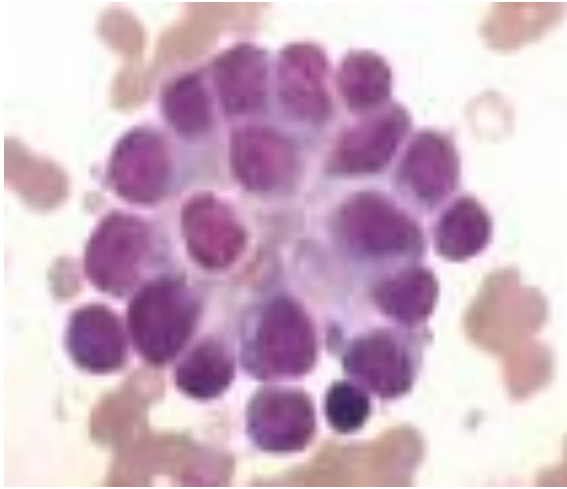
B

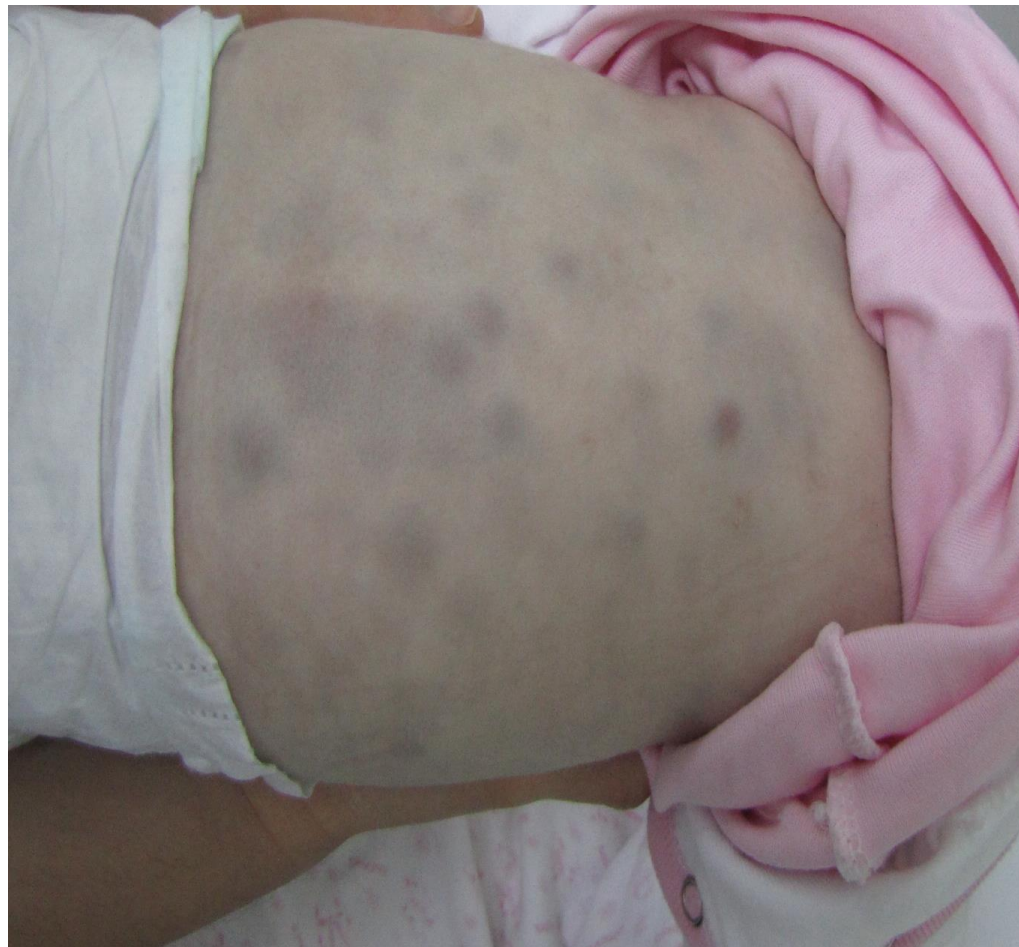




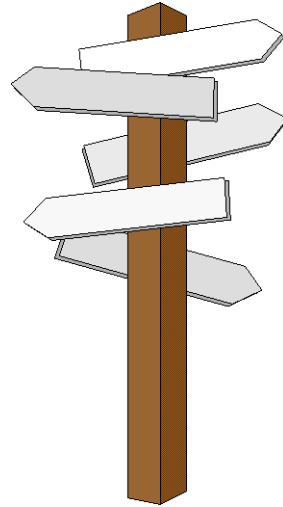








Sık görülen belirti/bulgular	%85
Alışılmadık bulgular	%15



BULGULAR

- Bütün organ ve sistemlere ait bulgu gözlenebilir
- Cilt
- Lenf düğümleri
- Baş-boyun
- Toraks
- Abdomen
- Ekstremiteler titizlikle değerlendirilmelidir
- Nörolojik, endokrin, hematolojik... bulgular söz konusudur

GENEL BELİRTİLER

- İleri evreli tümörlerde enfeksiyona bağlı olmayan ve yineleyen ateş yüksekliği, iştahsızlık, zayıflama gibi genel belirtiler vardır
- Hodgkin dışı lenfomalar, Hodgkin lenfoma, lösemi, nöroblastom ve Ewing sarkomunda sistemik belirtiler gözlenir
- Bu yakınma ve bulgular kanser türüne özgü değildir

ATEŞ

- Çocukların hekime başvurularının %30'u
- Acil başvurularının %50'si ateş nedeniyle olmaktadır
- Ateşin en sık nedeni enfeksiyonlardır ve çoğu viraldir
- Ondört günden uzun ve nedeni bulunamayan ateş kansere eşlik edebilir
- **Nedeni bilinemeyen ateşte kanser olguların %5-6'sında bildirilmiştir**

Gartner JC. Adv Pediatr Infect Dis 1992,/:1-24

- Gerçek ateş kabul etmek için 38°C 'den yüksek olmalı
- 18-24 aylık çocuklarda biraz daha yüksek sınırdan olma eğilimindedir
- Eşlik eden bulgular her zaman kanser anlamına gelmez (İştahsızlık, halsizlik, kemik ağrısı, iştahdan bağımsız kilo kaybı...)
- Kalp hızında ve kan basıncında artma hem ateşte hem de NBL ve feokromasitomada görülür
- Artmış solunum sayısı ve hafif stridor mediastinal kitleye işaret eder

İLERLEME HIZI

- Bulguların ilerleme hızı primer tanıya bağlıdır
- **Burkitt lenfoma, ikilenme hızı en yüksek kanserdir**
- Onkoloji merkezine ulaşan hastanın yakınma süresi 2-3 hafta kadardır
- Kemik sarkomlarında kesin tanı konması aylarca gecikebilir
- Yakınma ve bulguların hızlı artışı neoplastik hastalıkları destekler
Ancak bulguların uzun süredir varolması kanser tanısını ekarte ettirmez

YAŞ

- Küçük çocukların değerlendirilmesi güç olabilir
- Ayrıca ergenlerde bağımsız davranma eğilimi ve hastalıklar hakkında bilgi eksikliği nedeniyle, hasta yaşı dolaylı olarak tanıyı olumsuz etkileyebilir
- Ewing sarkomu ve osteosarkomda kas ve iskelet sistemine ait ağrı, şişlik, topallama gibi belirtiler fiziksel aktiviteye, minör travmalara bağlanarak asıl tanı gözden kaçabilir

TÜMÖR RİSKİ YÜKSEK HASTALIKLAR

- Bazı çocukluk çağı kanserlerinde, eşlik eden başka özellikler söz konusudur
- **Tümör riski yüksek hastalıklar** olarak tanımlanan hastalıklar, konjenital malformasyonlar ve sendromlar
- Kanser tanısından önce tanımlanmış olabilir
- **Bu çocuklar risk grubuna uygun aralıklarla değerlendirilmelidir**
- **Birçok hastada ise kanser tanısından sonra yüksek risk tanı almaktadır**

PEDİATRİK KANSERLER İÇİN YÜKSEK RİSK GRUPLARI

DURUM VEYA SENDROM	BAŞLICA KANSER TİPİ
Nörokütan Sendromlar • NF1 • Tüberoskleroz • Von Hippel Lindau Hastalığı	Optik gliom ve diğer gliomlar Beyin tümörleri Periferik sinir kılıfı tümörleri Sarkomlar, Lösemi, Wilms tümörü
İmmün yetmezlikler (Primer veya sekonder) • Wiskott-Aldrich Sendromu • Genel değişken tip immün yetmezlik • Ağır kombine immün yetmezlik	Hodgkin dışı lenfoma Lösemi
Gastrointestinal Sendromlar • Familial adenomatöz polipozis • Gardner Sendromu	Kolon ve diğer GİS kanserleri Hepatoblastom Medulloblastom
DNA tamir bozuklukları • Ataksi-telanjektazi • Fanconi anemisi • Bloom Sendromu	Lösemi, Miyelodisplazi Lenfoma Hepatoselüler karsinom Wilms tümörü Mide,kolon ve meme karsinomları
Kromozom anomalileri • Down Sendromu • Turner Sendromu	ALL, AML Gonadoblastom

Nörofibromatozis tip1

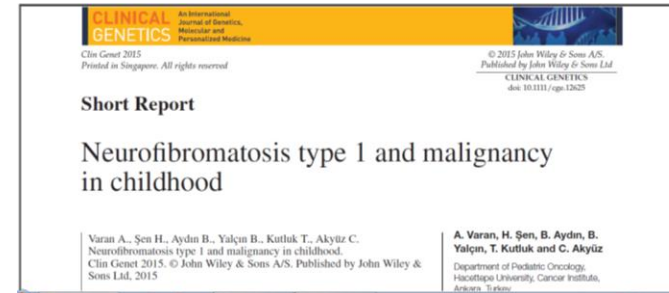


- Ciltte sütlü kahve lekeleri
- Aksiller ve inguinal çillenme
- İriste Lisch nodülleri
- Kemik displazisi
- Nörofibrom/
pleksiform nörofibrom
- Optik gliom
- Diğer tümörler
- Ot. Dominant geçiş

- NF1 tanılı **473** hasta (1975-2013)
- **%5** (n:26) nörofibrom ve optik gliom dışında malign tümör
- NF1 tanısında ortalama yaş 5.5 yıl, tümör sırasında 8 yaş

Histopatoloji:

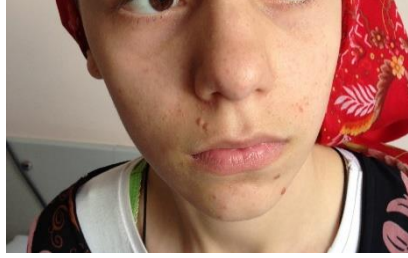
- Yumuşak doku tümörleri **12**
 - MPSKT:6
 - RMS: 5
 - Malign fibröz histiyositom:1
- Beyin tümörleri **11**
 - LGGlial tm:6
 - HGGlial tm:5
 - Medulloblastom:2
- Nöroblastom **2**
- Hodgkin dışı lenfoma **1**



- Kromozomal hastalıklarda kanser sıklığı yüksek
- Down sendromunda lösemi riski fazladır
- Turner Sendromunda gonadoblastom riski artar



Tüberoskleroz



Diskeratozis konjenita



- **Ataksi telanjiektazi**
- **İmmün yetmezlikler**
- **Bloom sendromu**
- **Kseroderma pigmentozum**
- **Başka bir kanserden iyileşenler**
- **Organ transplantasyon alıcıları**



PEDİATRİK KANSERLER İÇİN YÜKSEK RİSK GRUPLARI

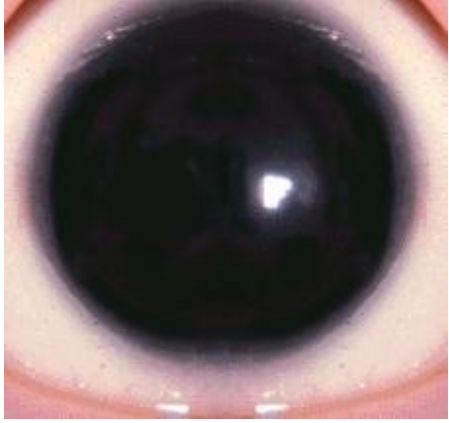
DURUM VEYA SENDROM	BAŞLICA KANSER TİPİ
Hemihipertrofi Beckwith-Wiedemann Sendromu	Wilms tümörü Hepatoblastom, Wilms tümörü, adrenokortikal karsinom
Denys-Drash Sendromu	Wilms tümörü
WAGR Sendromu	Wilms tümörü
Ksreoderma pigmentozum	Melanom Deri kanserleri
Li-Fraumeni Sendromu	Yumuşak doku sarkomları, beyin tümörleri, adrenal karsinom, kemik sarkomları
Ailesel retinoblastom	Retinoblastom, osteosarkom
Çocukluk çağı kanserlerinden iyileşenler Alkilleyici ajanlar, radyoterapi, kök hücre alıcıları	AML, beyin tümörü, Miyelodisplastik sendromlar, Hodgkin dışı lenfoma



- **Beckwith-Wiedemann Sendromu**
- **Aşırı büyüme**
- **Makroglossi**
- **Umbilikal herni**
- **Belirgin gözler**
- **Anormal kulak kepçesi**
- **Mikrosefali**
- **Hemihipertrofi**
- **Hipoglisemi**
- **Nöbet geçirme**
- **Tümör yatkınlığı**

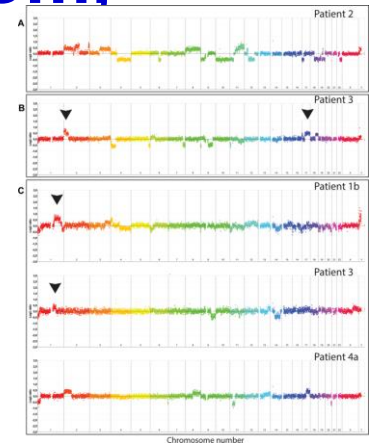
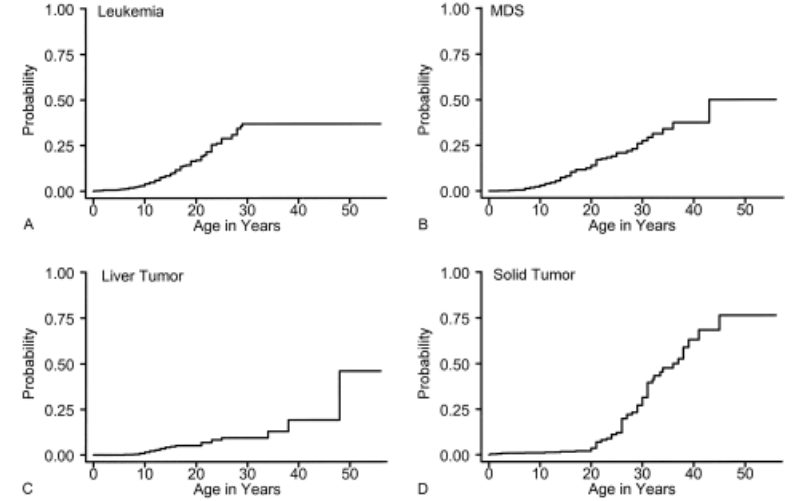


ANİRIDİ



FANCONI ANEMİSİ VE KANSER

- Fanconi anemisi:
- Lösemi n:115
- Miyelodisplastik sendrom:87
- Karaciğer tümörü:36
- Diğer solid tm:66 (Wilms tümörü, Rabdomiyosarkom, nöroblastom, beyin tümörü, oral karsinom)



Malric A. Pediatr Blood Cancer. 2015 Mar;62(3):463-70

Cancer 2003; 97:425-440, 3 DOI: 10.1002/cncr.11046

YAKINMA VE BULGULAR STANDART DEĞİLDİR

- **İLERLEYİCİ YAKINMA ve BULGULAR**
- **ONKOLOJİK ACİL DURUMLAR**
- **RASTLANTISAL**
- **Radyolojik incelemede kitle görülen, semptomu olmayan çocuklar**
- **Özellikle antenatal ultrasonografide görüntülenen kitleler (yenidoğan)**

ÇOCUKLUK ÇAĞI KANSERLERİ VE BAŞLICA BELİRTİLERİ

KANSER	BAŞLICA KLİNİK BULGULARI
Akut lösemiler	Solukluk, halsizlik,uzamış ateş, sık enfeksiyon, peteşi,ekimoz, gingiva kanaması LAP, hepatosplenomegali, kemik ağrısı, huzursuzluk, nörolojik bulgu
Lenfomalar	Lenfadenopati, ateş veya B semptomları, solukluk, karında kitle, karın ağrısı, hepatosplenomegali, kusma, invajinasyon,konstipasyon, solunum bulguları, proptozis, kraniyal sinir tutulumu, paranazal sinüs bulguları, kemik ağrısı, kord basısı
Santral sinir sistemi tümörleri	Baş ağrısı, bulantı ve kusma, ataksi, görme bozukluğu, kraniyal sinir bulguları , motor ve duysal kayıplar, nöbet, gelişme geriliği, okul başarısında düşme, kişilik değişikliği, baş çevresinde artış, fontanel kabarıklığı
Nöroblastoma	Palpabl kitle (Karın, boyun,pelvis), iştahsızlık, ateş, solukluk, huzursuzluk, kemik ağrısı, basıp yürüyememe, huzursuzluk ve ağlama, büyüme geriliği, kord basısı, göz bulguları (periorbital ekimoz, proptozis, heterokromi, Horner Sendromu, opsoklonus-miyoklonus), subkütan nodüller, intestinal ve pelvik bası bulguları, ishal,hipertansiyon
Yumuşak doku sarkomları	Palpabl kitle ve bası bulguları, LAP, proptozis, vajinal kanama, hematüri, kulak ağrısı ve akıntı

ÇOCUKLUK ÇAĞI KANSERLERİ VE BAŞLICA BELİRTİLERİ

KANSER	BAŞLICA KLİNİK BULGULARI
Böbrek tümörleri	Karında kitle, karın ağrısı, hematüri, kusma, hipertansiyon, ateş
Germ hücreli tümörler	Karında,skorumda kitle, konstipasyon, enürezis, erken puberte, solunum sıkıntısı, nörolojik bulgular
Osteosarkom	Lokalize kemik ağrısı, şişlik veya deformite, patolojik kırık
Ewing sarkomu	Kemik ağrısı, palpe edilen kitle, uzamış ateş, halsizlik, kilo kaybı, mesane veya spinal kord basısı, kemik iliği tutulumuna ait bulgular
Retinoblastom	Lökokori, şaşılık, görme kaybı
Hepatik tümörler	Karın şişliği, karında kitle
Nazofarenks karsinomu	Burun tıkanıklığı, genizden konuşma, LAP, epistaksis,başağrısı, trismus, kraniyal sinir bulguları
Çeşitli epitelyal tm	Kitlenin yerine göre tiroid, mesane, cilt, gastrointestinal kanal bulguları, melanom
Histiyositozlar	Döküntü, yumuşak doku şişliği, kemik ağrısı, LAP, ateş, hepatosplenomegali, kronik kulak akıntısı, diabetes insipidus, proptozis

AKUT LÖSEMİDE BELİRTİLER

- Solukluk, halsizlik, Hb'de ani düşüş
- Ciltte peteşiler ve ekimoz
- Kanamalar (Epistaksis, mukozalar)
- Yüksek ateş
- Karın şişliği, karaciğer-dalak büyümesi
- Lenf düğümlerinde büyüme
- Kemik ağrısı



LENFOMALARDA BELİRTİLER

- Lenf düğümlerinde büyüme
- Karın şişliği
- İnvaziyasyon
- Öksürük, göğüs ağrısı
- Solunum sıkıntısı
- Ateş
- Kemik ağrısı
- Nörolojik bulgular
- HDL -Onkolojik acillerin en sık nedenidir

ÇOCUKTA LAP NEDENLERİ

Kanser

- Lösemi
- Lenfoma
- Solid tümör metastazları
 - Nöroblastom (Horner Sendromu)
 - Nazofarenks karsinomu (Trismus, nazal konjesyon,östaki disfonksiyonu)
 - Rabdomiyosarkom
 - Tiroid karsinomu

LENFADENOPATİ

- **5 yaşından küçük ve genel durumu iyi çocukların %44'ünde, hastalıkla başvuran çocukların %65'inde LAP**

Hertzog LW. Clin Pediatr (Phila) 1983;22:485–7

- **Üçüncü basamakta biyopsi yapılmış hastaların %73'ünde reaktif LAP tanımlanmıştır**
- **Malign sonuç %27**

Soldes O. J Pediatr Surg 1999;34:1448.

- **Birinci basamakta LAP'nin malign olma riski düşüktür**
- **Supraklaviküler yerleşim, sert ve fiks LAP, mediastinal bulgular kanser açısından yüksek riske sahiptir**

LENF DÜĞÜMLERİ

1-Palpe edilebilen (Yüzeysel)

- Suboksipital
- Submandibuler
- Submental
- Servikal (Alt/orta/üst)
 - Anterior
 - Posterior
- Supraklaviküler
- Aksiller
- Antekübital
- İnguinal
- Popliteal

2-Diğer

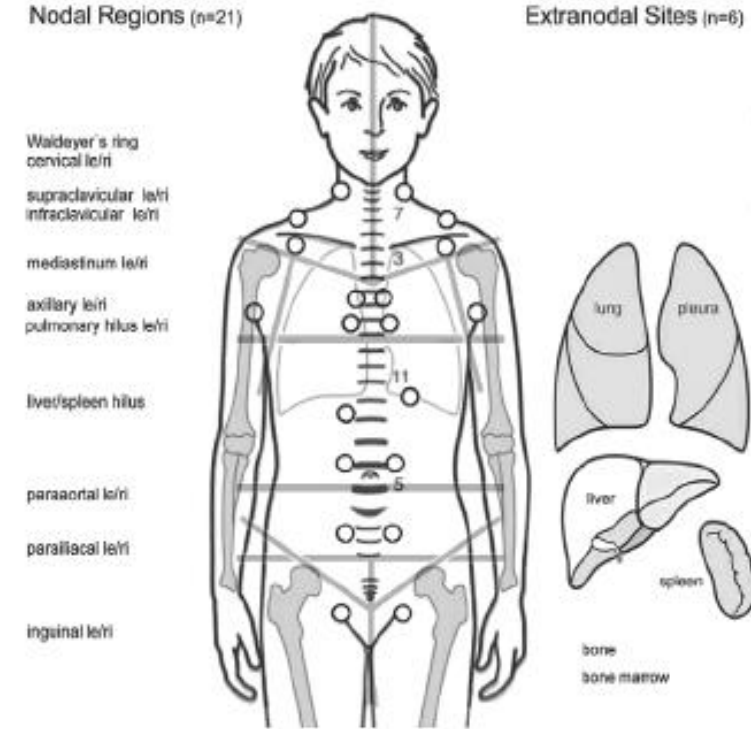


FIGURE 1. Scheme of evaluated lymph node regions and organs.

LAP ve BİYOPSİ ENDİKASYONLARI

- Anormal radyolojik bulgu
- Anormal hemogram
- Supraklaviküler yerleşim
- Hızlı büyümeye devam etmesi
- Yanıtsız ve 6 hf'yı aşmış
- Yapısal semptomların eşlik ettiği

LAP VE KANSER

- *Lösemi
- *Hodgkin Lenfoma
- *Hodgkin dışı lenfoma
- *Nöroblastoma
- *Rabdomyosarkom
- *Nazofarenks karsinom
- *Langerhans hücreli histiyositoz
- *Primitif nöroektodermal tümör
- *Kemik sarkomları
- *Retinoblastom

- **Süre (6 haftadan uzun olması)**
- **Lateralite**
- **Ateş**
- **Öksürük**
- **Splenomegali**
- **Duyarlılık benign ve malign durumları ayırt ettirmez**
- **Boyut ve yerleşim önemlidir**

- **Kanser için risk faktörleri**

- **Büyük yaş** (p = 0.002)
- **Supraklaviküler LAP** (p = 0.001)
- **Yaygın LAP** (p = 0.003)
- **LAP > 3cm** (p = 0.003)
- **Hepatosplenomegali** (p = 0.004)
- **Mediastinal LAP** (p < 0.001)
- **Yüksek LDH düzeyi** (p < 0.001)

Yarış N, et al. 2006

- **Supraklaviküler LAP (n:330) %55 iiAB malign**

Ellison et al. 1999

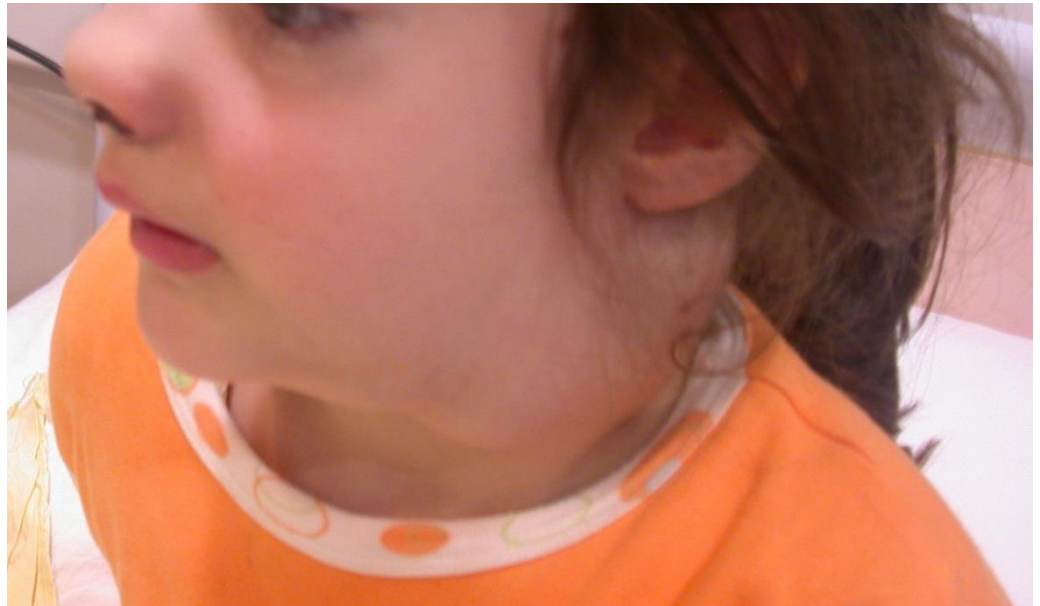
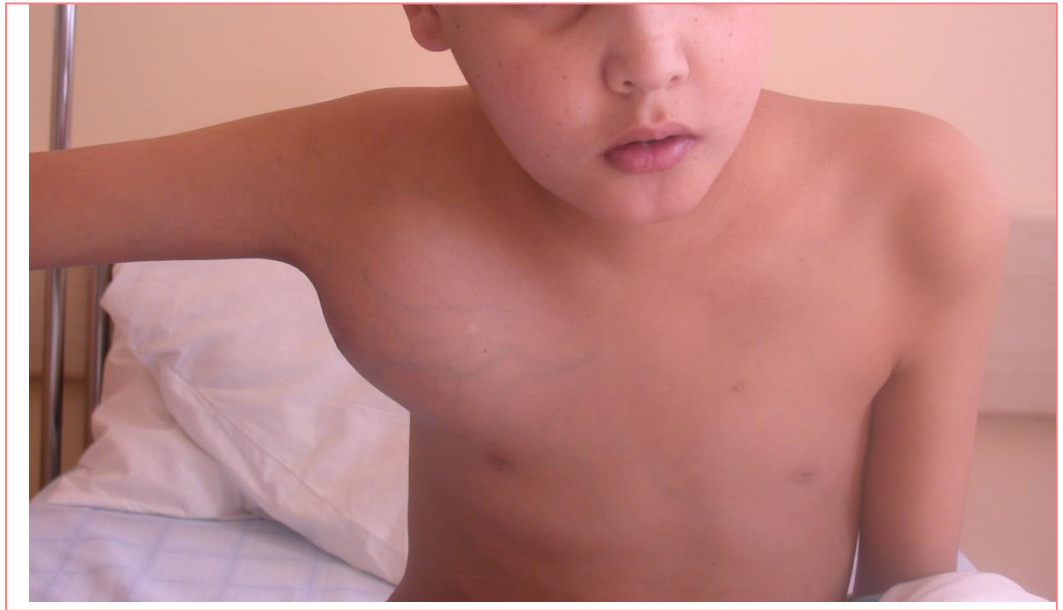
SONUÇ

- LAP saptanan çocuklarda sadece öykü ve fizik inceleme yönlendiricidir
- Minimal laboratuvar ve radyolojik inceleme çoğu kez yeterlidir
- En sık reaktif LAP görülmektedir
- Akut LAP'de antibiyotik vererek 2 hafta içinde çocuk tekrar değerlendirilir

- Aile hekimi veya pratisyen hekime gelen LAP'li hastaların yaklaşık %10'u uzman hekime ulaşıyor
- Onkologlara ve Hematologlara %3-5'i ulaşıyor
- Biyopsi gerekenler %2-3
- Kansere çıkanlar %1.2









ÇOCUKLUK ÇAĞI TÜMÖRLERİNE EŞLİK EDEN ENDOKRİN SEMPTOMLAR

Semptom	Eşlik eden onkolojik tanı
Diabetes insipidus	Kraniyofarinjioma, Germinoma, Langerhans hücreli histiyositoz Suprasellar tümörler
Büyümenin duraklaması	Kraniyofarinjioma Germinoma Hipofiz veya hipotalamusta tümör
Erken puberte	Adrenal tümörler SSS tümörleri β -hCG salgılayan germ hücreli tümörler, RMS, Hepatoblastom
Geç puberte	Pitüiter tümörler

PEDİATRİK KANSERLERLE BİRLİKTE GÖRÜLEN PARANEOPLASTİK SEMPTOM VE SENDROMLAR

PARANEOPLASTİK SEMPTOM VE SENDROMLAR	ÖZELLİK	EŞLİK EDEN KANSER
Aşırı katekolamin salınımı	Terleme, hipertansiyon, çarpıntı, solukluk veya ani kızarıklık atakları	Nöroblastom
Hiperkalsemi	-	Lösemi, NHL, Ewing sarkomu, Rabdomiyosarkom, Nöroblastom
Hipertansiyon, eritrositoz, edinsel von Willebrand hastalığı	-	Wilms tümörü
Dirençli sulu diyare	Vazoaktif intestinal peptidlerin aşırı salınımı	Nöroblastom
Opsoklonus-miyoklonus sendromu	Ani ve hızlı göz hareketleri ve sık, istemsiz, düzensiz kasılma hareketleri	Nöroblastom
Osteoporoz	-	Hepatoblastom
Romatolojik semptomlar	Kas iskelet ağrıları, ateş, halsizlik, artrit, zayıflama, hepatomegali, sırt ağrısı	Lösemi, nöroblastom, lenfoma, Ewing sarkomu, SSS tümörleri

NADİR BULGULAR

- Çocukluk çağı kanserlerinde en sık saptanan belirti ve bulgular, sık görülen çocukluk çağı hastalıkları ile benzeşir
- Onkolojik hastalıkların %10-15 kadarında nadir veya alışılmadık bulgular söz konusudur
- Afazi, nazolali, hallüsinasyonlar, elektrolit bozuklukları, hipertansiyon, puberte sapmaları kanser bulgusu olabilir

TANI AŞAMALARI

- Çok iyi öykü alınması ve **tam fizik inceleme** gereklidir
- Öyküde soygeçmişin sorgulanması ve ailesel kanser yükünün araştırılması yararlıdır
- Kanser tanısı alan hastaların çoğunda ilk başvuru sırasında genel durum iyidir
- Fizik muayenede nörolojik değerlendirme, göz dibi bakılması, atlanmamalıdır
- Santral sinir sistemi tümörlerinde olguların %95'inde fizik muayenede anormal nörolojik bulgu vardır

LABORATUVAR VERİLERİ

- Tam kan sayımı, periferik yayma, akciğer grafisi, direkt radyogramlar ve ultrasonografi öncelikli tetkiklerdir
- Alfa-fetoprotein, beta-hCG, katekolamin metabolitleri, laktat dehidrogenaz klinik ayırıcı tanıda yararlıdır
- **Kanser tanısı koymak veya kanseri dışlamak için tümör belirteçleri ile rastgele kontrolün yararı yoktur**
- Nörolojik bulgusu olanlarda, büyüme duraklaması, kaşeksi, puberte prekoks, nörofibromatozis varlığında kraniyal MR öncelikle planlanmalıdır

- **BÜTÜN LABORATUAR DESTEĞİNE VE RADYOLOJİK GÖRÜNTÜLEME YÖNTEMLERİNE RAĞMEN HALEN HEKİMİN KLİNİK DEĞERLENDİRMESİ KRİTİK ÖNEM TAŞIR**
- **TANI GECİKMESİNİ ÖNLEYEN FAKTÖR İSE AYIRICI TANIDA KANSERİN DÜŞÜNÜLMESİDİR**

KANSER BULGULARI

- **Başlangıç bulguları kansere özgül değildir**
- **Kusma, ateş, karın ağrısı, baş ağrısı, lenfadenomegali gibi sık görülen yakınma ve bulgular pek çok nedenle gelişebilir**

NASIL BİR YOL İZLENMELİ

- **Kuşkulu, açıklanamayan veya düzelmeyen belirtiler olduğunda hasta kontrole çağrılmalıdır**
- **Her başvuruda yeniden dikkatle muayene yapılmalıdır**
- **Bulgulara göre ileri tetkik planlanması veya onkoloji konsültasyonu istenmesi önemlidir**
- **Tümör riski yüksek hastalıklar uygun aralıklarla izlenmelidir**

KARINDA KİTLE

- **Birçok belirti daha az ciddi hastalıklara eşlik ettiği halde karında kitle palpe edilmesi önemli bir bulgudur**
- **Birçok solid tümör ve lenfomalar karında kitleye neden olur**
- **Bazı kitleler iyi huylu olsa da başlangıçta tümü ileri tetkik gerektirir**
- **Kitle rutin muayenede saptanabileceği gibi aile fark etmiş olabilir**
- **Karında kitlenin ayırıcı tanısında hastanın yaşı çok önemlidir**
- **Çoğu abdominal kitle ilk 5 yaşta görülür**
- **Yaklaşık 1000 canlı doğumda bir abdominal kitle gözlenmektedir**



ABDOMİNAL KİTLELER

Yenidoğan

NBL, Teratom, Sarkom

Süt çocuğu

NBL, Wilms

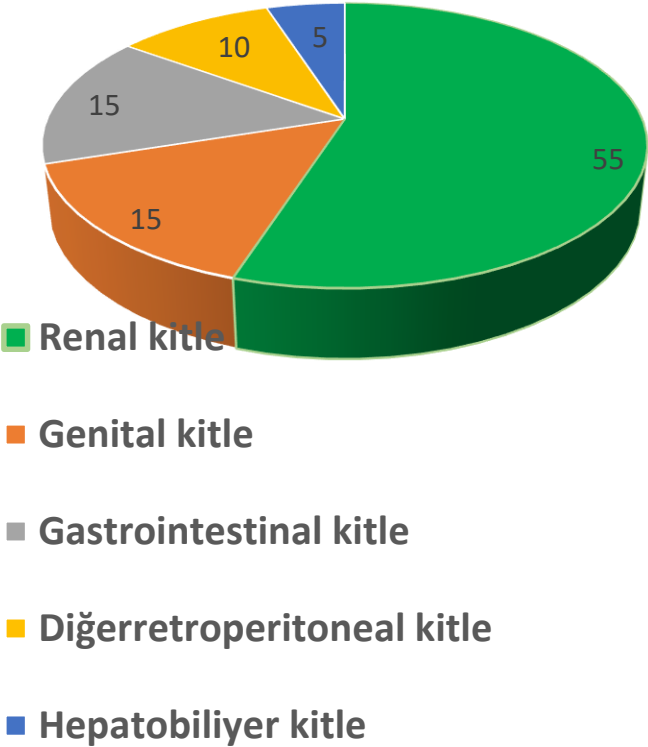
Büyük çocuk

Lösemi, Lenfoma

- **Renal** **Wilms, diğer malign, benign**
- **Sempatik S.** **NBL, GNBL, Adrenokortikal**
- **Lenfoma**
- **Karaciğer** **Benign, malign**
- **Over** **Disgerminom, Teratom**
- **Emb. Sarkom**

Renal kitle	Hidronefroz Multikistik displastik böbrek Polikistik böbrek hastalığı Mezoblastik nefroma Renal ektopi Renal ven trombozu Nefroblastomatozis Wilms tümörü	55
Genital kitle	Hidrometrokolpos Over kistleri	15
Gastrointestinal kitle	Duplikasyon Volvulus Komplikasyonlu mekonyum ileusu Mezenterik-omental kist Atrezinin proksimalinde yalancı kist	15
Böbrek dışı retroperitoneal kitle	Adrenal kanama Nöroblastom Teratomlar	10
Hepatosplenobiliyer kitle	Hemanjioendotelyoma Hepatoblastom Hepatik kist Splenik hematoma Koledok kisti Hidropik safra kesesi	5

NEONATAL ABDOMİNAL KİTLELER



- **Bir yaşından büyüklerde intraabdominal kitle daha kötü prognoz demektir**
- **En sık NBL ve WT saptanır**
- **Diğer olası tanılar lenfoma, lösemi, hepatoblastom, over tümörleri ve sarkomlardır**
- **İlk 2 yaşta NBL ve HBL büyük çocuklarda diğer tanılar önceliklidir**

KARINDA KİTLEDE ÖYKÜDEN İPUÇLARI

Nöroblastomada paraneoplastik sendrom eşlik edebilir:

- **Vazoaktif intestinal polipeptidlere bağlı sulu diyare ve karın şişliği**
- **Aşırı katekolamin salınımı ile hipertansiyon, terleme, taşikardi, baş ağrısı, palpitasyon, yüzde kızarıklık**
- **Opsoklonus-miyoklonus-serebellar ataksi sendromu**







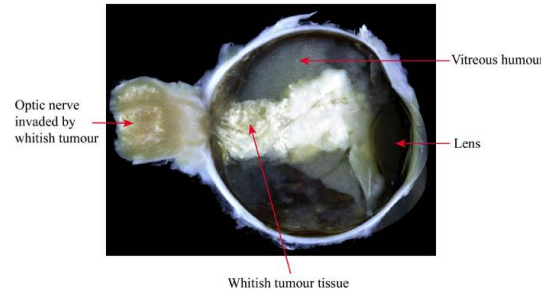


RETİNOBLASTOMADA YAKINMALAR

- Beyaz pupilla (Kedi gözü,lökokori)
- Göz bebeğinde farklı renk parıltısı
- Şaşılık, gözde kayma
- Arayıcı nistagmus



A cross section of the eyeball-retinoblastoma



Beyin tümörleri en sık görülen solid tümörlerdir

Birçok hasta tanıdan aylar önce bulgu vermektedir

İngiltere’de beyin tümörlü çocuklar ilk yakınmadan median 2.5-3.5 ay sonra tanı almaktadır

Bu süre Kuzey Amerika ve İsviçre’ye göre 3 kat uzundur

Sağkalanların %60’ında nörolojik kayıplar, bilişsel yetersizlik, kalıcı görme bozukluğu ve endokrinopatiler vardır

BEYİN TÜMÖRLERİNDE PREDİSPOZAN FAKTÖRLER

- Çocuklarda beyin tümörü riski yüksek ise daha erken konsültasyon ve görüntüleme önerilir:

- ▶ Nörofibromatozis tip 1 ve 2

- ▶ Tüberosklerozis

- ▶ Önceden SSS ışınlaması yapılanlar

- ▶ Hastada veya ailesinde lösemi, sarkom, beyin tümörü veya annede erken başlangıçlı meme karsinomu varsa

- ▶ Diğer ailesel genetik sendromlar (Gorlin Sendromu gibi)

BAŞAĞRISI ve ÖYKÜ

- Süresi
- Sıklığı
- Ağırlığı
- Günün hangi saatinde olduğu
- Niteliği
- Yerleşimi
- Ağrının yayılımı
- Aile öyküsü (Özellikle migren) sorgulanmalı

Baş ağrısı	Beyin tm
Düşük risk	%0.01
Orta risk:	%0.4
Yüksek risk	%4

Medina L. Pediatrics 2001;108;255-63

SEVK

- **Beyin tümörlerinin tanısı görüntüleme ile sağlanır**
- **Bu nedenle görüntülemenin endikasyonları ve uygun bekleme süresi belirlenmelidir**
- **Hekimler ve beyin tümörlü çocukların ebeveyni analize katkıda bulunmuştur**
- **Hangi belirti ve bulguların beyin tümörü için daha özgül olduğu sorusuna yanıt aranmıştır**
- **Böylece kanıta dayalı kılavuzlar ile hekimler desteklenmiştir**
 - ▶ **Birinci basamaktaki hekim, beyin tümöründen kuvvetle şüphe ediyorsa ikinci basamağa aynı gün sevk etmelidir**
 - ▶ **Intrakraniyal kitle ayırıcı tanısı için sevk edilen çocuk 2 hafta içinde konsülte edilmelidir**

GÖRÜNTÜLEME

- ▶ Beyin tümörü kuşkusu düşük düzeyde ise kraniyal MR 4 hafta içinde önerilir
- ▶ MRG yapılamıyorsa kontrastlı BT önerilir
- ▶ SSS BT ve MRG sonuçları deneyimli bir uzman tarafından rapor edilmelidir
- ▶ Sedasyon veya anestezi gereken çocuklarda görüntüleme 1 haftadan uzun sürede olmamalıdır
- ▶ GERİ BİLDİRİM-1 hafta içinde hasta ailesine sonuç bildirilmeli

BAŞLANGIÇ BELİRTİ VE BULGULARI

Tek tek veya birlikte çocuklarda beyin tümörü için uyarıcı bulgular:

- ▶ **Başağrısı**
- ▶ **Bulantı ve/veya kusma**
- ▶ **Görme ile ilişkili semptom ve bulgular**
 - ▷ Görme keskinliğinde azalma
 - ▷ Görme alanında kayıplar
 - ▷ Anormal göz hareketleri
 - ▷ Anormal funduskopi
- ▶ **Motor semptom ve bulgular**
 - ▷ Fokal motor kayıplar Abnormal gait
 - ▷ Koordinasyon bozukluğu
 - ▷ Denge bozukluğu
- ▶ **Büyüme geriliği**
- ▶ **Erken, gecikmiş veya duraklamış puberte**
- ▶ **Davranış değişikliği**
- ▶ **Diabetes insipidus**
- ▶ **Nöbetler**(<http://www.nice.org.uk/CG020>)
- ▶ **Bilinç değişikliği** (<http://www.rcpch.ac.uk/Research/CE/Guidelines-frontpage/Guideline-Appraisals-by-Topic/RCPCH-Summary-and-Appraisals-Emergency-Medicine>

DEĞERLENDİR

- ▷Görme ve göz dibi
- ▷Motor sistem
- ▷Boy ve ağırlık
- ▷İki yaşından küçüklerde baş çevresi
- ▷Puberte bulguları

- ▶ Semptomların sıklığında dalgalanma olması beyin tümörünü dışlatmaz
- ▶ Bulgular çocuğun yaşına göre değişir
- ▶ Normal nörolojik bulgular beyin tümörü olmadığını göstermez

BAŞAĞRISI

- ▶ **Persistan başağrısı** (4 haftadan uzun süreli)
- ▶ **Gündüz veya gece herhangi bir saatte olan ağrı**
- ▶ Küçük çocuklarda (<4 yaş) veya iletişim güçlüğü olanlarda **davranışlar** incelenmeli (Örn.Başın öne ve arkaya doğru hareket etmesi)
- ▶ **Migren veya gerilim başağrısı olan çocukta ağrının nitelik değiştirmesi**

SSS görüntülemesi(En geç 4 haftada) gerekenler:

- ▶ **Çocuğu uykudan uyandıran dirençli ağrı**
- ▶ **Uyanırken olan dirençli ağrı**
- ▶ **Küçük çocukta dirençli ağrı**
- ▶ **Ağrı ile beraber konfüzyon ve oryantasyon bozukluğu**

Tanı gecikmesi:

- ▶ Ağrı karakter değiştirdiğinde yeniden değerlendirme olmaması

BULANTI VE KUSMA

- ▶ İki haftadan uzun süren dirençli bulantı ve kusma
- ▶ Sabahları kusarak uyanan çocuklarda en geç 4 haftada SSS görüntülemesi önerilir
- **Tanı gecikmesi:**
 - ▶ Enfeksiyon düşündüren bulgu yokken kusmanın enfeksiyonla açıklanması tanıyı geciktirmektedir

GÖRME BULGULARI

▣ **Dirençli görme problemi (iki haftadan uzun süreli)**

▷ **Pupil cevabı**

▷ **Görme netliği**

▷ **Okul çocuklarında görme alanı**

▷ **Göz hareketleri (Arayıcı nistagmus)**

▷ **Optik disk görünümü**

Tam görme muayenesi yapılamıyorsa çocuk sevk edilmelidir

MOTOR SEMPTOM VE BULGULAR

- ▶ Çocukta iki haftayı geçen süredir motor kayıp olması
- ▶ Beyin tümörleri motor becerilerin değişmesine veya kazanılmış becerilerin kaybına neden olabilir
 - El veya ayak tercihinin değişmesi
 - Bildiği bilgisayar oyununu başaramama
- Motor sistem aşağıdaki gözlemleri kapsamalıdır:
 - ▷ Süt çocukları otururken veya emeklerken
 - ▷ Yürürken ve koşarken
 - ▷ Koordinasyon (Topuk ve parmak uçlarında yürüme)
 - ▷ Küçük cisimleri tutabilme
 - ▷ Okul çocuklarında el yazısı gözlenmelidir

- **En geç 4 haftada SSS görüntülenmesi gerekenler:**

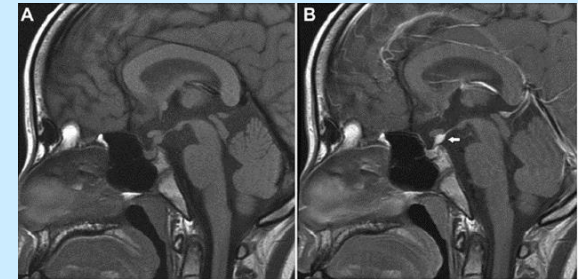
- ▶ **Motor becerilerde gerileme**
- ▶ Fokal motor güçsüzlük
- ▶ **Anormal yürüyüş veya koordinasyon bozukluğu**
- ▶ Bell paralizisinde 4 haftada düzelme yoksa
- ▶ **Yutma güçlüğü (lokal neden yok)**

- **Tanı gecikmesinin nedenleri:**

- ▶ Denge bozukluğunun orta veya iç kulak problemine bağlanması
- ▶ Yutma güçlüğünün tekrarlayan akciğer enfeksiyonunda karışıklık yaratması

BÜYÜME VE GELİŞME

- Aşağıdakilerden ikisi saptandığında beyin tümörü düşünülmelidir:
 - ▷ **Büyüme geriliği**
 - ▷ **Puberte gecikmesi veya duraklaması**
 - ▷ **Birlikte poliüri ve polidipsi/veya enürezis nokturna varsa**
- Erken sevk edilmeli
- **Tanı gecikmesinin nedenleri:**
 - ▶ Eşlik eden bulgular olmadığı halde büyüme geriliği ve kusmanın gastrointestinal hastalığa bağlanması
 - ▶ DI ve puberte bozukluklarının farkedilmemesi

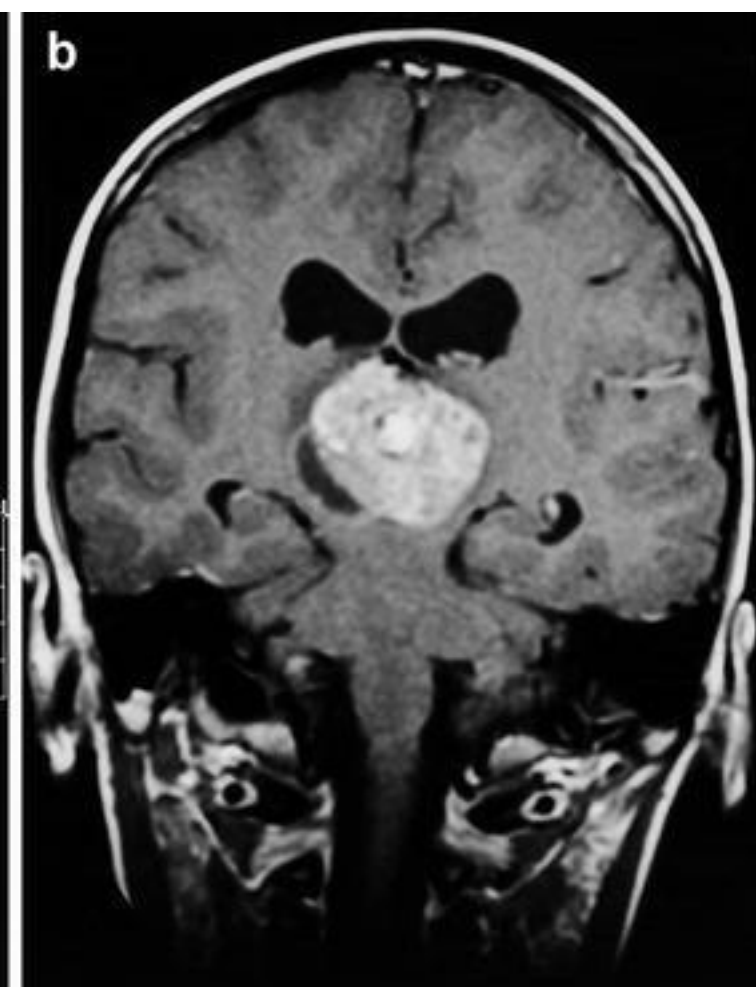
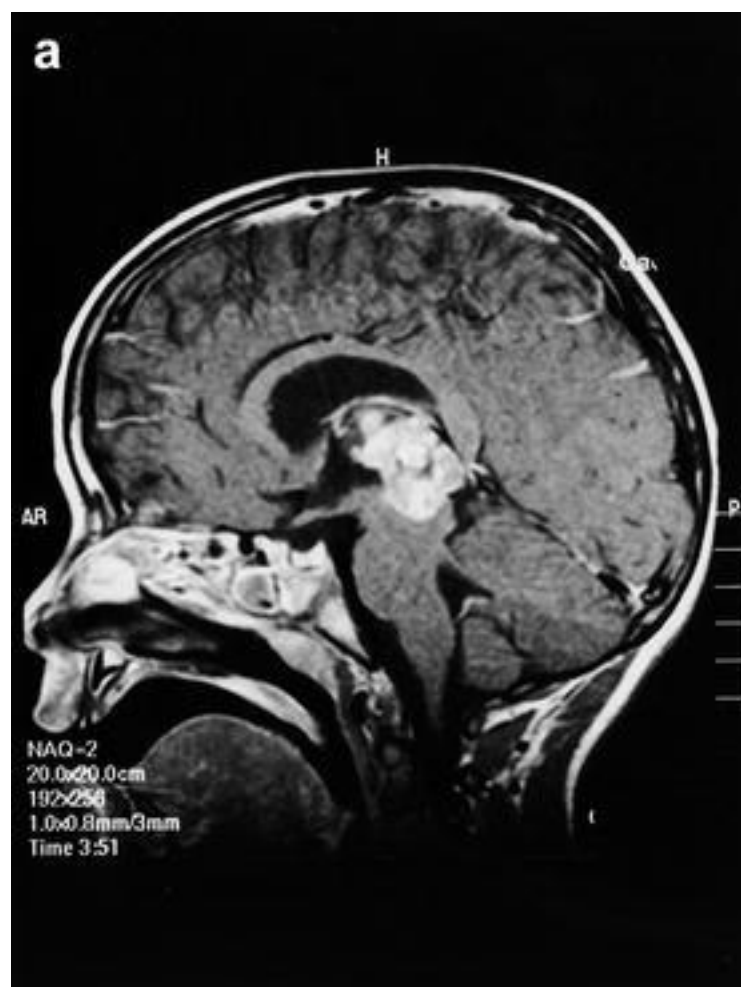


Eşlik eden semptomlar önemli

- **Kilo kaybı**
- **Görme bozukluğu**
- **Nörolojik bulgu**
- **Kusma**
- **«The Childhood Brain Tumor Consortium» verilerine göre (n:3291)**
- **İlk başvuruda %62 kronik baş ağrısı**
- **Supratentoriyal tümörlerin %58'inde**
- **İnfratentorial tümörlerin %70'inde ilk başvuruda baş ağrısı mevcut**
- **Kusma, bulantı, papilödem,derin tenton reflekslerinin azalması var**

DAVRANIŞ DEĞİŞİKLİĞİ

- ▶ **Beyin tümörlerinde en sık letarji görülür**
- ▶ **Çocuk normal koşullar altında aktif olması beklenen ortamda değerlendirilmelidir**

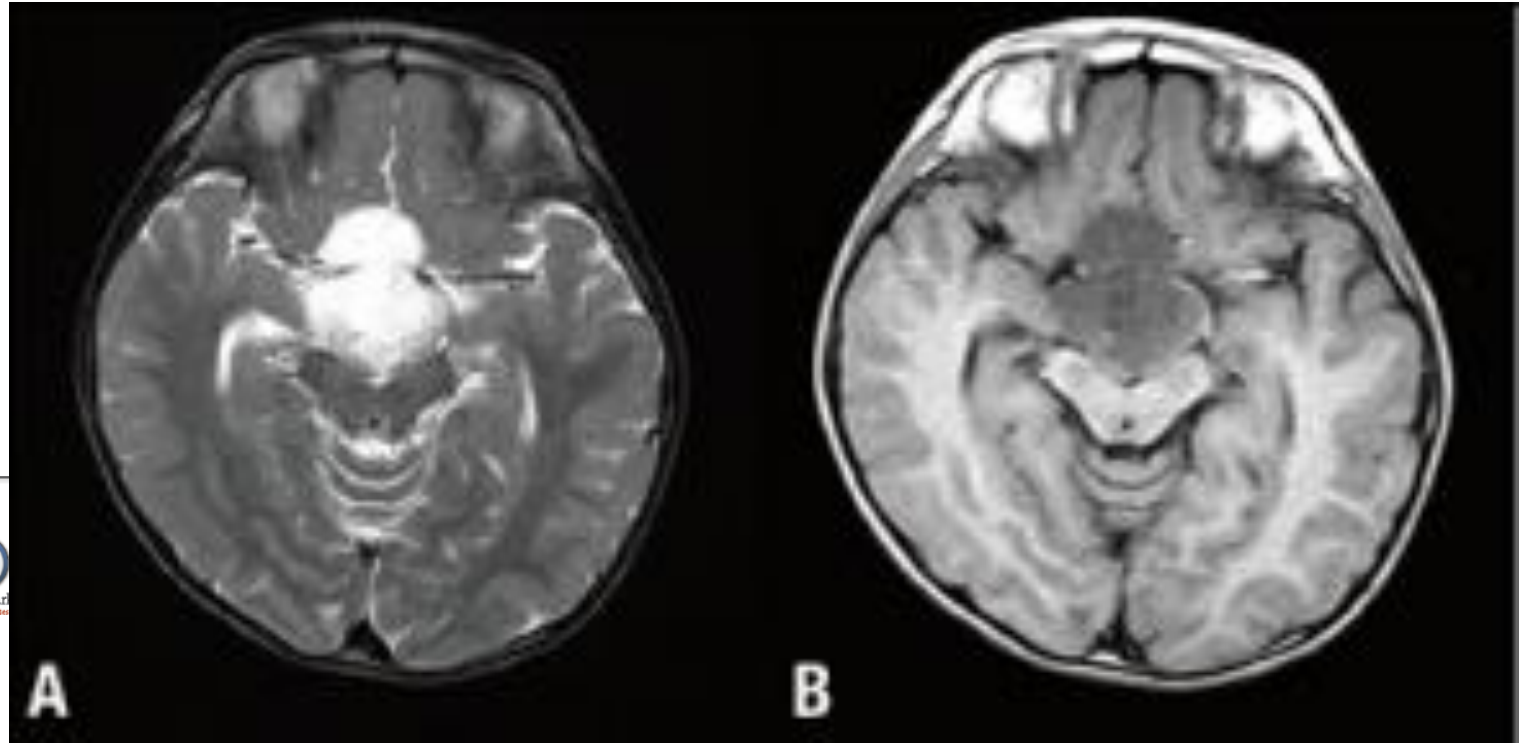


Original article

Korean J Pediatr 2015;58(1):28-32

<http://dx.doi.org/10.3345/kjp.2015.58.1.28>

pISSN 1738-1061 • eISSN 2092-7258



Diencephalic syndrome: a frequently neglected cause of failure to thrive in infants

Ahlee Kim, MD¹, Jin Soo Moon, MD¹, Hye Ran Yang, MD^{1,2}, Ju Young Chang, MD^{1,3}, Jae Sung Ko, MD¹, Jeong Kee Seo, MD¹

¹Department of Pediatrics, Seoul National University College of Medicine, Seoul, ²Department of Pediatrics, Seoul National University Bundang Hospital, Seongnam,

³Department of Pediatrics, Seoul National University Boramae Medical center, Seoul, Korea

Purpose: Diencephalic syndrome is an uncommon cause of failure to thrive in early childhood that is associated with central nervous system neoplasms in the hypothalamic-optic chiasmatic region. It is characterized by complex signs and symptoms related to hypothalamic dysfunction; such nonspecific clinical features may delay diagnosis of the brain tumor. In this study, we analyzed a series of cases in order to define characteristic features of diencephalic syndrome.

Methods: We performed a retrospective study of 8 patients with diencephalic syndrome (age, 5–38

Corresponding author: Jeong Kee Seo, MD
Department of Pediatrics, Seoul National University
Hospital, 101 Daehak-ro, Jongno-gu, Seoul 110-
744, Korea
Tel: +82-2-2072-3627
Fax: +82-2-2072-3917
E-mail: jkseo@snu.ac.kr

SSS tümörü olan çocuklarda yaşa göre KIBAS bulguları

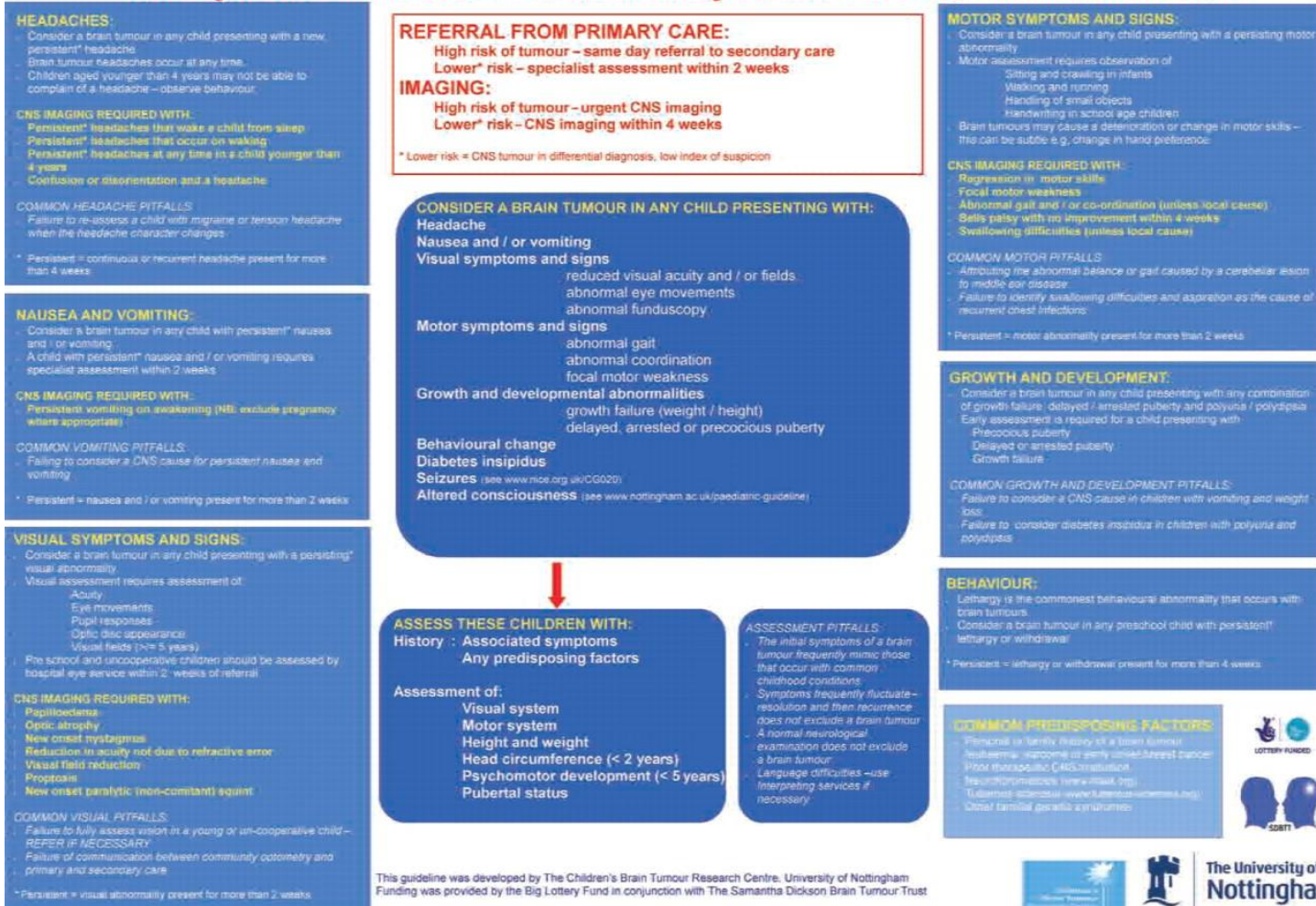
Süt Çocukları	Büyük Çocuklar
Baş çevresinde artış	Tekrarlayan baş ağrısı
Sütürlerde açılma	Bulantı ve kusma
Fontanel kabarıklığı	Papil ödemi
Beceri kaybı, gerileme	Okul başarısında düşüş
Huzursuzluk	Kişilik değişikliği
Kilo kaybı	Kilo kaybı , anoreksi
Anoreksi	Halsizlik

Tümör yerleşimine göre yakınmalar

Tümör yerleşimi	Yakınma / Bulgu
Beyin korteksi	Baş ağrısı, nöbet, hemiparezi, klonus, hiperrefleksi, duyu kaybı, konuşma bozukluğu, kişilik değişikliği
Arka fossa	Bulantı-kusma, baş ağrısı, ataksi, koordinasyon bozukluğu, papilödem, anormal göz hareketleri
Beyin sapı	Kranial sinir bulgusu, ataksi, koordinasyon bozukluğu, nistagmus, fokal motor kayıp, KİBAS
Spinal kord	Radiküler ağrı, güçsüzlük, mesane ve barsak kontrolünün kaybı
Optik yol	Görme bozukluğu, proptosis, nistagmus,
Hipotalamus	Endokrin bozukluk, diabetes insipidus, büyüme geriliği

Guideline summary.

The Diagnosis of Brain Tumours in Children and Young Adults: A Guideline for Healthcare Professionals



Sophie Wilne et al. Arch Dis Child 2010;95:534-539

TORAKAL KİTLELER

Asemptomatik

Bası bulguları (Solunum güçlüğü, stridor, VCSS v.b)

Ön mediasten

Lenfoma

Teratoma

Lipom

timik kitle

Anjiom

tiroid

Orta mediasten

Lenfoma

Abdominal tm

Bronkojenik kist

Morgagni herni

Metastatik/infeksöz LAP

Perikard kisti

Özefageal lezyon

Arka mediasten

NBL, GNBL

Nörofibrom

Feo.

Meningosel

Nörilemoma

Ganglionörom

Enterojenik kist

ES, Lenfoma, RMS

KEMİK AĞRISI

- Kanser bulguları arasında göreceli olarak daha az sıklıkta
- Ancak **osteosarkomda %79** ve **Ewing sarkomunda %89 (+)** tanımlanmış
- Lösemide%27-33, bunların %44'ünde radyolojik bulgu var
- Nöroblastom

KEMİK VE YUMUŞAK DOKU TÜMÖRLERİ

- Şişlik
- Ağrı
- Topallama
- Kilo kaybı
- Minör travma öyküsü



DAHA AZ GÖRÜLEN BULGULAR

- **Hipertansiyon** (Renal, adrenal,NBL)
- **Cushing Sendromu** (Adrenokortikal)
- **Elektrolit bozukluğu** (Hipotalamik tm)
- **Hallüsinasyon** (SSS)
- **Afazi**
- **Nazolali** (Nazofarenks Ca,RMS)
- **Maskülinizasyon/Feminizasyon** (GHT)

- **C**ontinued, unexplained weight loss
- **H**eadaches with vomiting in the morning
- **I**ncreased swelling or persistent pain in bones or joints, sometimes accompanied by limping
- **L**ump or mass in abdomen, neck, or elsewhere
- **D**evelopment of a whitish appearance in the pupil of the eye or sudden changes in vision
- **R**ecurrent fevers not caused by infections
- **E**xcessive bruising or bleeding (often sudden)
- **N**oticeable paleness or prolonged tiredness

- Devam eden açıklanamayan kilo kaybı
- Baş ağrısı ve sabah kusmaları
- Kemik ve eklemlerde şişlik veya ağrı, topallama
- Karın, boyun veya başka yerde şişlik , kitle, LAP
- Beyaz pupilla, ani görme kaybı
- Enfeksiyona bağlı olmayan yineleyen ateş
- Aşırı morartı, ani kanama
- Belirgin solukluk ve yorgunluk

SIK KANSERLERDE ERKEN TANI İÇİN GENEL ÖNERİLER

KLİNİK ÖNERİLER	KANIT DÜZEYİ
Açıklanamayan dirençli ateş, tekrarlayan veya dirençli enfeksiyon Halsizlik, solukluk, kanama Hepatosplenomegali Lenfadenopati birlikteliğinde tam kan sayımı ve periferik yayma önerilir	C
LAP (> 2cm, 4-6 haftadır mevcut) ile birlikte ateş, gece terlemesi, kilo kaybı,organomegali varsa tam kan sayımı, periferik yayma, eritrosit sedimentasyon hızı, akciğer grafisi	C
Beyin tümörü düşündüren baş ağrısında nörolojik muayene ve nörogörüntüleme	C
Hepatosplenomegali, karında kitle şüphesi, ağrı, kusma varsa abdominal ultrasonografi	C
Dirençli kemik ağrısı var, uykudan uyandırıyor, şişlik var veya anti-inflamatuvar ilaçlara yanıt yok ise iki yönlü grafi, tam kan sayımı, periferik yayma, CRP	C
Beş yaşından küçük çocuklarda dirençli sırt ağrısı varsa tam kan sayımı, periferik yayma, CRP, vertebra grafisi	C
Palpe edilebilen, ağrısız yumuşak doku kitlesi özellikle 2cm'den büyükse ultrasonografi veya MR	C

- **Birçok aile kanser tanısı için çocuğun genel durumunun bozulması gerektiğine inanmaktadır**
- **Anne-babanın eğitim düzeyi düşük veya yoksulluk varsa tanı gecikmesi daha fazla olmaktadır**
- **Bu çocuklarda konsültasyon öncelikle sağlanmalıdır**

1. Her zaman çocuğu **muayene edin**,
2. Herhangi bir anormal bulgu bulamasanız bile, bunu ebeveyne söyleyin ve yakınma sürerse **yeniden incelemek istediğinizi belirtin**,
3. **Annenin söylediklerini her zaman dikkate alın ve ciddiyetle dinleyin** Anneler çocuklarında neyin yanlış gittiğini ya da hastalığı bilemeseler de bir şeylerin yolunda olmadığını bilirler,

**4.Ailenin ve yaşadığınız bölgenin özelliklerini
unutmayın uzaktan gelen hastada önlem alın**

5. Diğer hekimler ile konsülte edin

Yeni bir göz bizim atladığımız bulguyu yakalayabilir



12. Uludağ Pediatri Kış Kongresi



13 - 16 Mart 2016, Grand Yazıcı Otel - ULUDAĞ



Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Başkan
Prof. Dr. Nihat SAPAN

Başkan Yardımcısı
Prof. Dr. Tanju ÖZKAN

Kongre Sekreteri
Prof. Dr. Osman DÖNMEZ

Organizasyon
Burkan Kongre & Organizasyon
Çekirge Cd. No:51/C
16050 Çekirge - BURSA
Tel.: 444 9 443 Faks: 0224 233 80 00
e-posta: kongre@burkan.com
www.burkan.com

Kongre Sekreteryası
Prof. Dr. Osman DÖNMEZ
Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Görükle - BURSA
Tel.: 0224 295 04 43 - 44 Faks: 0224 442 81 43 e-posta: adonmez@uludag.edu.tr

www.uludagpediatri.org

