



BÖLÜM 8

Çocukluk Çağı Gastrointestinal Sistem Tümörleri

Arzu GÜLSEREN¹

Lenfomalar

Malign lenfomalar tüm çocukluk çağı maligniteleri içinde en sık görülen üçüncü kanserdir (1). Lenfomanın bir alt tipi olan; Hodgkin dışı lenfoma (NHL) ise, çocuklarda gastrointestinal sistemin en sık görülen malignitesidir (1, 2). Son yıllarda insidansında artış bildirilmiştir. Midenin en sık tutulduğu erişkin hastalardan farklı olarak, pediatrik yaş grubunda en sık tutulan bölgeler ince ve kalın bağırsaklardır (1). Çocukluk çağındaki Burkitt lenfoma, ince bağırsağın en sık; kolonun ikinci en sık görülen tümörüdür (3). Mideden rektuma kadar tüm gastrointestinal sistemi tutabilmesine rağmen çoğunlukla terminal ileum ve ileoçekal alanda görülür. Çocuklarda izole gastrik lenfoma çok nadir görülmekle beraber genellikle Burkitt lenfoma tipindedir. Helikobakter pilori enfeksiyonu ile ilişkilendirilmiştir. Erişkinlerde, Helikobakter pilori enfeksiyonunun mukoza ile ilişkili lenfoma (MALTOMA) gelişimine neden olduğu ispat edilmesine rağmen, çocuklarda kanıtlanmamıştır (3).

Çocuklarda gastrointestinal sistemden köken alan NHL sıklıkla 5-15 yaş aralığında görülür (3). Erkek/kız oranı yaklaşık 7:1 olarak bildirilmektedir. En sık başvuru semptomu karın ağrısı (%81,4) olarak bildirilirken, bunu karında şişlik, kusma, kabızlık, ishal ve bağırsak tıkanıklığı izler. Primer nodal hastalığın yaygın olduğu yetişkinlerin aksine, çocuklarda tipik olarak yaygın ektranodal hastalık bulunur. Hastaların yaklaşık %50'sinde, olası bölgesel lenf nodu tutulumu ile gastrointestinal sisteme sınırlı tümör infiltratları vardır (1).

İdeal tedavi yaklaşımı tartışmalıdır (4, 5). Cerrahi rezeksiyona ek kemoterapi ve/veya radyoterapi uygulanabilir (4, 5). Cerrahi tedavi tam rezeksiyon ve bölgesel lenf nodu eksizyonunu içerir. Tedavide kullanılan kemoterapötik ajanlar sıklıkla siklofosamid, vinkristin, doksorubisin ve yüksek doz metotreksattır (4, 5). Lokalize hastalık için cerrahi rezeksiyon önerilir; ancak yaygın tutulum durumunda tedavi yaklaşımları büyük farklılıklar gösterir. Gastrointestinal NHL'lı çocukların yaklaşık

¹ Pediatrik Gastroenteroloji, Hepatoloji ve Beslenme Uzmanı, Kayseri Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, drarzugulseren@gmail.com

Son literatür, kardiya yerleşimli mide karsinomunun diğer bölgelerde yerleşenlere kıyasla farklı bir antite olabileceğini göstermiştir (18). Spesifik olarak, mide kardiyasında yer alan tümörlerde genel sağkalımın daha düşük olduğu bildirilmiştir.

Ayırıcı tanıda gastrointestinal stromal tümörler ve nadir de olsa hemanjiyom, lenfoma, skuamöz hücreli karsinom, leiomyom, leiomyosarkom, lipom ve teratomlar vardır (18).

Çocuklarda evreleme ve tedavi erişkin onkoloji deneyimine dayanmaktadır (18, 19). Son raporlar, gastrik adenokarsinomların neoadjuvan tedavisini desteklemektedir (19). Rezeksiyon sonrası alana uygulanan radyasyon tedavisi de genel sağkalımı iyileştirir. Tüm agresif müdahalelere rağmen, çocuklarda prognoz kötüdür ve rezeksiyondan sonra medyan sağkalım 5 aydır. Midenin daha da nadir tümörleri çocuklarda da tanımlanmıştır. Amin öncül alımı ve dekarboksilasyon tümörleri (APUDomalar), ekstrapankreatik gastrinomlar, vazoaktif intestinal polipeptit salgılayan tümörler, malign mezenkimal tümörler (schwannoma, rabdomyosarkom ve leiomyosarkom) çocuklarda vaka raporları olarak bildirilmiştir (18). Bu tümörlerle ilgili deneyim nadir olduğundan, hasta yönetimi ve tedavi prensipleri erişkin tedavi protokollerine benzerdir. Bu vakaların az olması sebebiyle prognozları ve sağkalımları hakkında sonuçlara varılması oldukça zordur.

İnflamatuar Psödötümörler

Plazma hücreli granülomlar ve inflamatuvar miyofibroblastik tümörler olarak da adlandırılan bu tümörler, iğsi hücreler, miyofibroblastlar, plazma hücreleri ve histiyositlerden oluşur (2). En sık akciğerde bulunur ancak hemen hemen her organ sisteminde rapor edilmiştir. Gastrointestinal sistemde ortaya

çıkması nadirdir ve çoğunluğu mideyi tutar. Şu ana kadar bildirilen çocuk vakaların çoğu kızdır (3). Karın ağrısı bu hastalarda en sık görülen semptomdur. Ayrıca disfaji, intestinal obstrüksiyon ve demir eksikliği anemisi ile de karşımıza çıkabilirler. Tam cerrahi rezeksiyon tercih edilen tedavidir. Nüks oranları %18-40 arasında bildirilmekte ve ekstrapulmoner lezyonlarda daha sık görülmektedir (2). Genel mortalite oranı %5 ve malign transformasyon oranı %7 olarak rapor edilmiştir (3).

Kaynaklar

1. Bandyopadhyay R, Sinha SK, Chatterjee U, et al. Primary pediatric gastrointestinal lymphoma. *Indian J Med Paediatr Oncol.* 2011;32(2):92-95.
2. Reulen R, Wong K, Bright C, et al. Risk of digestive cancers in a cohort of 69 460 5-year survivors of childhood cancer in Europe: The PanCareSurFup study. *Gut.* 2021;70:1520-1528.
3. Ladd AP, Grosfeld J. Gastrointestinal tumors in children and adolescents. *Semin Pediatr Surg.* 2006;15:37-47.
4. PDQ Pediatric Treatment Editorial Board (2021). Childhood Hodgkin Lymphoma Treatment (PDQ): Health Professional Version. (30/09/2021 tarihinde <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK65726/> adresinden ulaşılmıştır)
5. PDQ Pediatric Treatment Editorial Board (2021). Childhood Non-Hodgkin Lymphoma Treatment (PDQ): Health Professional Version. (12/11/2021 tarihinde <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK65738/> adresinden ulaşılmıştır).
6. Mathey MD, Pennella CL, Zubizarreta P. Colorectal carcinoma in children and adolescents. *Arch Argent Pediatr.* 2021;119(5):e487-e498.
7. Ahn CH, Kim SC. Two case reports, Colorectal adenocarcinoma in children. *Medicine.* 2017;96:46:e8074.
8. Poles GC, Clark DE, Mayo SW, et al. Colorectal carcinoma in pediatric patients: A comparison with adult tumors, treatment and outcomes from the National Cancer Database. *J Pediatr Surg.* (2015).
9. Ray D, Morimoto M. Malrotation of the Intestine in Adult and Colorectal Cancer. *Indian J Surg.* 2015;77(6):525-531.
10. Vásquez L, Oscanoa M, Maza I, et al. Colorectal cancer in children: report of three cases. *Rev Gastroenterol Peru.* 2014;34(3):243-246.
11. Neves G, Chapchap P, Sredni S, et al. Childhood carcinoma tumors: description of a case series in a Brazilian cancer center. *Sao Paulo Med J.* 2006;124(1):21-25.
12. Pavan H, Rihl MF, de Freitas S. Mesenteric Leiomyoma in Infancy. *J Indian Assoc Pediatr Surg.* 2017;22(3):173-175.

13. Benesch M, Wardelmann E, Ferrari A, et al. Gastrointestinal stromal tumors (GIST) in children and adolescents: A comprehensive review of the current literature. *Pediatr Blood Cancer*. 2009;15;53(7):1171-1179.
14. PDQ Pediatric Treatment Editorial Board (2021). Childhood Gastrointestinal Stromal Tumors Treatment (PDQ): Health Professional Version. (06/10/2021 tarihinde <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK549106/> adresinden ulaşılmıştır).
15. Srivastava PK, Jaiman R, Gangopadhyay A, et al. Gastric teratoma presented as gastric outlet obstruction and melena; report of rare case. *Indian J Surg*. 2017;79(1):64-66.
16. Subbiah V, Varadhachary G, Herzog C, et al. Gastric Adenocarcinoma in Children and Adolescents. *Pediatr Blood Cancer*. 2011;57:524-527.
17. Tessler R, Dellinger M, Richards M, et al. Pediatric gastric adenocarcinoma: A National Cancer Data Base review. *J Pediatr Surg*. 2019;54(5):1029-1034.
18. Okuda M, Nomura K, Kato M, et al. Gastric cancer in children and adolescents in Japan. *Pediatr Int*. 2019;61(1):80-86.
19. Curtisc J, Burnsa RC, Wang L, et al. Primary gastric tumors of infancy and childhood: 54-year experience at a single institution. *J Pediatr Surg*. 2008;43:1487-1493.