

## Göğüs Ağrısı Çocuklardaki Malign Tümörlerin İlk Semptomu Olabilir: İki Olgu Sunumu

### *Chest Pain may be the First Symptom of Malignant Tumors in Children: Report of Two Cases*

Alper Akın<sup>1</sup>, Meki Bilici<sup>1</sup>, Murat Söker<sup>2</sup>, Bedri Aldudak<sup>3</sup>, Fatih Meteroğlu<sup>4</sup>

#### ÖZET

Çocukluk çağı göğüs ağrısı nedenlerinin önemli bir bölümü idyopatik ya da kas iskelet sistemi kaynaklıdır. Kalp ve çevresinin malign tümörleri de göğüs ağrısı nedeni olabilmekte beraber malignitelerde klinik genellikle hızlı başlangıçlı ve birden fazla sistemik semptomu içerir. Göğüs ağrısının diğer bulgulardan önce tek semptom olarak ortaya çıkması olağan bir durum değildir. Biz burada ilk semptomun göğüs ağrısı olduğu ve daha sonra fibrosarkom ve lenfoma tanısı alan iki çocuk hasta sunuyoruz. Bu iki hasta nedeniyle göğüs ağrısı şikayetiyle başvuran çocuklarda etyolojide kalp ve çevresinin malign tümörlerinin de ayırıcı tanıda yer alması gerektiğini belirtmek istiyoruz.

**Anahtar kelimeler:** Göğüs ağrısı, fibrosarkom, lenfoma, çocuklar

#### ABSTRACT

The majority of chest pain in children is idiopathic or associated with locomotor system pathologies. Albeit cardiac and other thoracic malign tumors may cause chest pain, malignancies usually show rapid clinical onset and are presented with multiple systemic symptoms. It is not a usual finding for chest pain being the sole initial symptom. Herein, we report two children who were presented with chest pain as an initial symptom and diagnosed with fibrosarcoma and lymphoma afterwards. Therefore, we want to emphasize that cardiac and pericardial malignant tumors should be remembered in differential diagnosis of chest pain in children.

**Key words:** Chest pain, fibrosarcoma, lymphoma, children

#### GİRİŞ

Göğüs ağrısı, çocuk kardiyoloji polikliniklerine sık başvuru semptomlarından biridir. Önemli bir bölümü idyopatik ve tedavi edilebilir selim nedenlere bağlı olmasına rağmen nadiren ciddi patolojilere de bağlı olabilir [1]. Kalp çevresinin malign tümörleri oldukça nadir olmakla beraber göğüs ağrısı ayırıcı tanısı içinde yer alması gereken durumlardır. Olağandışı bir şekilde ilk semptomun göğüs ağrısı olduğu ve malign tümör saptanan iki çocuk vaka, çocukluk çağı göğüs ağrılarının ayırıcı tanısında malign tümörlere dikkat çekmek amacıyla sunulmaya değer görülmüştür.

#### OLGU 1

İki buçuk yaşında erkek hasta, üç hafta önce başlayan ve göğsün orta bölgesinde daha belirgin olan, efor ile ilişkisiz yaygın göğüs ağrısı yakınması nedeniyle doktora başvurmuştur. Bu şikayetten birkaç gün sonra gittikçe artan nefes darlığı şikayetinin de eklenmesi üzerine çocuk kardiyoloji polikliniğine yönlendirilmiştir. Fizik muayenesinde bitkin görünümdeydi ve solunum zorluğu mevcuttu. Solunum sayısı 37/dk, kalp atımı 128/dk, arteriyel kan basıncı 95/60 mmHg ölçüldü. Kardiyak muayenesinde ek ses ve üfürüm yoktu. Tam kan sayımında beyaz küre 4.4 K/ $\mu$ L, hemoglobin 9.9 g/dl, trombosit 433

<sup>1</sup> Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Pediatrik Kardiyoloji Bölümü, Diyarbakır, Türkiye

<sup>2</sup> Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Hematoloji-Onkoloji Bölümü, Diyarbakır, Türkiye

<sup>3</sup> Diyarbakır Kamu Hastaneleri Birliği, Pediatrik Kardiyoloji Bölümü, Diyarbakır, Türkiye

<sup>4</sup> Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Bölümü, Diyarbakır, Türkiye

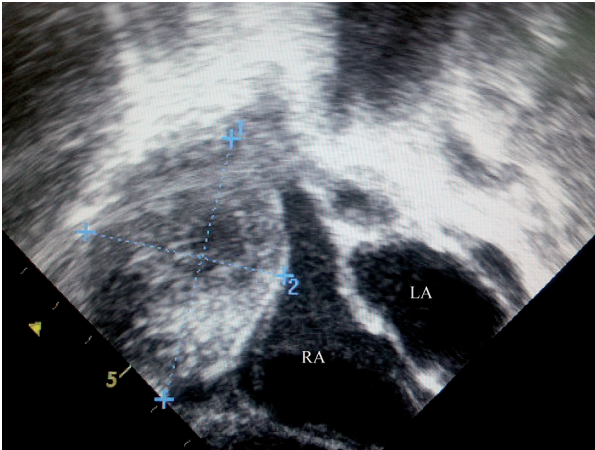
**Yazışma Adresi /Correspondence:** Alper Akın,

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Pediatrik Kardiyoloji Bölümü, Diyarbakır, Türkiye Email: alperakin1@hotmail.com

Geliş Tarihi / Received: 26.11.2015, Kabul Tarihi / Accepted: 17.02.2016

Copyright © Dicle Tıp Dergisi 2016, Her hakkı saklıdır / All rights reserved

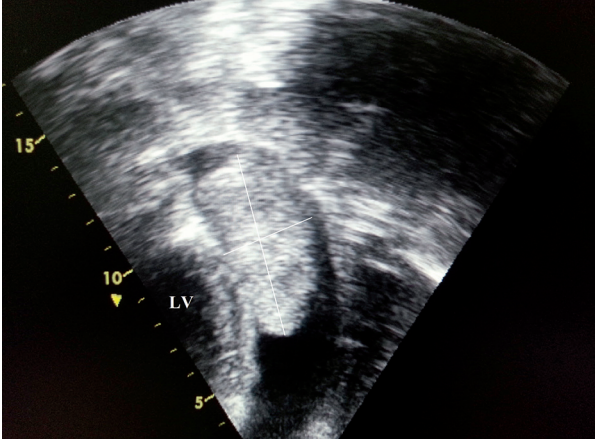
K/uL idi. Serum elektrolitleri, karaciğer ve böbrek fonksiyonları, troponin I ve CK-MB normal idi. Arka-ön akciğer grafisinde mediasteninin oldukça geniş olduğu görüldü. Elektrokardiyografi (EKG) sinüs ritminde idi, aritmi veya iske mi bulgusu izlenmedi. Transtorasik ekokardiyografik incelemede (EKO) subkostal pencerede sağ ventrikül komşuluğunda perikard sınırını bozmayan düzgün sınırlı, hiperekojen, 80 x 72 mm boyutlarında kitle izlendi (Resim 1). Sistolik fonksiyonlar normal sınırlardaydı. Göğüs bilgisayarlı tomografisinde ön mediasteni dolduran, trakeaya hafif basıya neden olan ve timik doku olduğu düşünülen 100 x 50 mm boyutlarında yumuşak doku lezyonu izlendi. Abdominal ultrasonografi normal olarak değerlendirildi. Hasta yoğun bakıma ünitesine yatırıldıktan üç gün sonra solunum sıkıntısının artması ve kardiyak arrest gelişmesi nedeniyle mekanik ventilatöre bağlandı. Genel durumun bozulması ve kitle boyutlarında büyüme nedeniyle aynı gün steroid ve siklofosfamid tedavisi başlandı. Üç gün sonra ekstübe edildi. Etyolojinin aydınlatılması amacıyla kitle ince iğne aspirasyon biyopsisi yapıldı. Biyopsi sonucu T hücreli lenfoblastik lenfoma ile uyumlu idi. Bunun üzerine çocuk hematoloji-onkoloji bölümü tarafından etyolojiye yönelik kemoterapi protokolü başlanarak klinik izleme alındı.



**Resim 1:** Birinci olgumuzun subkostal pencereden yapılan transtorasik ekokardiyografik incelemesinde sağ ventrikül komşuluğunda perikard sınırını bozmayan hiperekojen, düzgün sınırlı, 80 x 72 mm boyutlarında kitle izlenmektedir.

## OLGU 2

On altı yaşında erkek hasta, bir aydır devam eden ve efor ile ilişkisiz, sıkıştırıcı tarzda, nefes almakla artan sol göğüs ağrısı nedeniyle hastaneye başvurmuştur. Başvurduğu merkezde göğüs ağrısının artması ve progresif dispne gelişmesi nedeniyle yapılan EKO'da perikardiyal efüzyon ve perikardiyal aralıkta kitle izlenmiştir. Bunun üzerine bölümümüze sevk edilen hastanın genel durumu orta, halsiz, ajite görünümde ve solunum zorluğu mevcuttu. Solunum sayısı 26/dk, kalp atımı 96/dk, arteriyel kan basıncı 120/75 mmHg idi. Tam kan sayımında beyaz küre 12.1 K/ $\mu$ L, hemoglobün 10.8 g/dl, trombosit 337 K/uL; serum elektrolitleri, karaciğer ve böbrek fonksiyonları, troponin I ve CK-MB normal idi. Arka-ön akciğer grafisinde çadır kalp görünümü mevcuttu. EKG sinüs ritminde idi, aritmi veya iske mi bulgusu izlenmedi. EKO'da sol ventrikül, apeks ve sağ ventrikül komşuluğunda diyastoldeki çapı 40 mm olan perikardiyal efüzyon izlendi. Sol ventrikül komşuluğundaki perikardiyal aralıkta 6 x 6 cm boyutlarında düzgün sınırlı, hiperekojen kitle izlendi (Resim 2). Göğüs bilgisayarlı tomografi incelemesinde subkarinal düzeyde posteriyordan başlayarak solda perikardiyal ve plevral aralığa uzanan ve sol akciğer ile sınırı net seçilemeyen, içinde heterojen hiperdens komponentler (kanamaya ait) bulunan, 14 x 6 cm boyutlarında düzensiz sınırlı kitle izlendi. Kitle nedeniyle kalp ve mediastinel yapılarda ve her iki ana bronşta öne doğru itilme olduğu; sol superior pulmoner venin kitle tarafından belirgin olarak basıya uğratılmış olduğu ve sol akciğerde kompresif atelaktazi geliştiği izlendi. Kitlenin malign görünümde olması ve çevre yapılara bası nedeniyle göğüs cerrahisi tarafından rezeksiyon amacıyla operasyon kararı alındı. Ancak videotorakoskopi ile yapılan mini torakotomi sırasında kitlenin akciğer, mediastinel yapılar ve perikarda invaze olduğunun anlaşılması nedeniyle kitle eksizyonu yapılamadı; kitle çevresindeki hematoma boşaltıldı. Patolojik inceleme fibrosarkom ile uyumlu idi. İşlem sonrası klinik izlemde kemoterapi planlanan hasta tedaviyi kabul etmeyerek taburcu oldu.



**Resim 2:** İkinci olgumuzun transtorasik ekokardiyografik incelemesinde perikardiyal efüzyon ve sol ventrikül komşuluğundaki perikardiyal aralıkta 6 x 6 cm boyutlarında hiperekojen, düzgün sınırlı kitle izlenmektedir.

## TARTIŞMA

Göğüs ağrısı, adolesan dönemde daha fazla olmak üzere çocukluk çağına çocuk kardiyoloji polikliniklerine en sık başvuru semptomlarından biridir. Nedenleri ve sıklığı çeşitli çalışmalarda farklılık göstermekle birlikte yaklaşık yarısı idiyopatik ya da nedeni bilinmeyen göğüs ağrısıdır. Diğerleri sıklıkla kas iskelet sistemi (%13-45), solunum sistemi (%6-12.5), psikojenik (%9), travma (%3-9), gastrointestinal sistem (%2-7) ve kardiyak kaynaklı (%4-6)'dır [1]. Kalp çevresi yapıların malign tümörleri de göğüs ağrısı nedeni olabilmektedir. Ancak nadir olmaları; göğüs ağrısının tek başına değil de genellikle daha akut ve acil diğer semptomlara eşlik etmesi ve ilk semptomun göğüs ağrısı olup diğer semptomların daha sonra gelişmesinin olağan olmaması nedeniyle çoğu çalışmada malign tümörler etyolojide ayrı bir başlık altında sınıflandırılmamıştır.

Non-Hodgkin Lenfoma (NHL) çocuklardaki malignitelerin yaklaşık %6'sıdır ve %15-45'inde ön ve orta mediastende olmak üzere mediastinal kitle bildirilmiştir. Mediastinal kitle gelişenlerin de %50'si T hücrelidir [2]. Çocuklarda T hücreli lenfomanın kemoterapi ile tedavi sonrası 5 yıllık sağkalımının %80-90 olduğu bildirilmiştir [3]. Başlıca semptomlar dispne, öksürük, baş ağrısı, bulantı ve göğüs ağrısıdır [2]. Ancak göğüs ağrısının ilk semptom olması olağandışıdır. Huang L [2] ve arkadaşlarının rekürens gelişen lösemi ve lenfomalı vakaları

inceledikleri bir çalışmada T hücreli NHL tanılı 39 çocuk hastanın 6'sında mediastinal kitle şeklinde rekürens izlenmiş ve bunlardan birinde lenfoma rekürensini ilk semptomunun göğüs ağrısı olduğu bildirilmiştir. Bu çalışma rekürens gelişen vakaları incelemekle beraber, hastamızda olduğu gibi mediastinal kitleye neden olan T hücreli lenfomaların ilk semptomunun göğüs ağrısı olabileceğini göstermektedir. Hansen ABO [3] ve arkadaşları göğüs travmasından 10 gün sonra yaygın göğüs ağrısı ile başvuran 16 yaşındaki bir çocukta plevral efüzyon saptadığını ve hastaya T hücreli lenfoma tanısı konulduğunu bildirmişlerdir. Gerek bu hastalar gerekse birinci olgumuz, mediastinal lenfomaların başlangıç semptomunun göğüs ağrısı olabileceğini; bu nedenle göğüs ağrısı ayırıcı tanısında mediastinal kitlelerin de yer alması gerektiğini göstermektedir. Hastalarımızda olduğu gibi göğüs ağrısından kısa süre sonra daha ağır sistemik semptomlar da gelişebilmekle beraber; henüz diğer sistemik semptomlar gelişmeden önce de akciğer grafisinin kitleye ait bulguları gösterebileceği, bu nedenle göğüs ağrısı etyolojisinin aydınlatılmasında daha invazif tetkiklerden önce akciğer grafisi veya telegrafinin ihmal edilmemesi gerektiğini belirtmek istiyoruz.

Çocuklarda primer fibrosarkom en sık ekstremitelerin distal kısımlarında görülmektedir [4]. Primer bronkopulmoner veya mediastinal fibrosarkom ise oldukça nadirdir ve sıklıkla olgu sunumları şeklinde bildirilmiştir. Başlıca semptomlar siyanoz, hışıltılı solunum, dispne, göğüs ağrısı, öksürük ve hemoptizi olup, bu hastalarda klinik genellikle akut başlangıçlıdır ve dispne ön plandadır [4,5]. Bu nedenle hastaların sadece göğüs ağrısı ile başvurması beklenen bir durum değildir. Literatürde ilk semptomun göğüs ağrısı olduğu akciğer-mediastinal kaynaklı fibrosarkom olgusuna rastlamadık; ancak uzun süre astım tanısıyla izlendikten sonra sağ göğüste ani başlayan ağrı ve dispne sonrası primer bronkopulmoner fibrosarkom tanısı alan 12 yaşında bir olgu bildirilmiştir [4]. Bu hastalarda prognoz genellikle iyi olmakla beraber polipoid kitle halinde büyüyen bazı tiplerinde mortalitenin yüksek olduğu bildirilmiştir [5]. Cerrahi, kemoterapi ve radyoterapi kullanımı ile uzun süreli yaşam %78 olarak bildirilmiştir [2].

Sonuç olarak, çocukluk çağı göğüs ağrısı nedenleri içinde malign nedenlerin sıklığı oldukça az

olmakla birlikte iki olgumuzda olduğu gibi bu hastalarda ilk semptom göğüs ağrısı olabilir. Bu nedenle göğüs ağrısı ile başvuran çocuklarda kalp çevresi yapıların malign tümörleri de akılda tutulmalıdır. Hastalarımızın akciğer grafisi ve EKO bulgularından dolayı göğüs ağrısının ayırıcı tanısında iyi bir öykü ve fizik muayene sonrası çekilecek akciğer grafisinin önemli olduğunu; EKO incelemesinde kalp çevresi yapıların dikkatli değerlendirilmesinin kardiyak dışı nedenlerin tanısına katkıda bulunabileceğini belirtmek istiyoruz.

**Çıkar Çatışması Beyanı:** Yazarlar çıkar çatışması olmadığını bildirmişlerdir.

**Finansal Destek:** Bu çalışma için herhangi bir finansal destek alınmamıştır.

## KAYNAKLAR

1. Driscoll DJ. Chest pain in children and adolescents. In: Allen HD, Driscoll DJ, Shaddy RE, Feltes TF, eds. Moss and Adam' heart Disease in Infants, Children, and Adolescents. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 2008:1444-1446.
2. Huang L, Lequin M, Pieters P, Eibrink VDH. The clinical value of follow-up examinations in childhood T-cell acute lymphoblastic leukemia and T-cell non-Hodgkin lymphoma. *Pediatr Blood Cancer* 2007;48:468-472.
3. Hansen ABO, Brorson S. Unexpected finding of T-cell lymphoma in a previously healthy 16-year-old patient after a thorax trauma: a case report. *J Med Case Rep* 2014;8:371.
4. Skarin A. Unusual pulmonary lesions. *J Clin Oncol* 2002;20:2745-2751.
5. Hancock BJ, Lorenzo M, Youssef S, et al. Childhood primary pulmonary neoplasms. *J Pediatr Surg* 1993;28:1133-1136.