

Çocuklarda renal tümörler: 15 yıllık deneyim*

Didem BASKIN, Sema VURAL, Canan TANIK, Rejin KEBUDİ, Gülnur TOKUÇ, Nihat SEVER, Çetin KARADAĞ, Mehmet YALÇIN, Ali İhsan DOKUCU

Şişli Etfal E.A.Hastanesi Çocuk Cerrahisi Kliniği, Çocuk Onkolojisi ve Patoloji Klinikleri, İstanbul Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü, Kartal Devlet Hastanesi Çocuk Kliniği, İstanbul

Özet

Amaç: Bu çalışmada kliniğimizde 1989-2004 yılları arasında böbrek tümörü nedeniyle ameliyat edilen 44 hastanın retrospektif olarak değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Hastaların 17'si erkek, 27'si kızdı ve ortalama yaş 3.2 yıl olarak bulundu (2 gün-11 yaş). Tümör 22 hastada sağda, 17 hastada solda, 3 hastada ise her iki böbrekte idi. İki hastada ekstrarenal Wilms tümörü saptandı. Bir hastada bilateral aniridi, bir hastada West sendromu mevcuttu. Eşlik eden böbrek anomalisi hiçbir hastada saptanmadı.

Bulgular: Hastaların 6'sı evre 1, 7'si evre 2, 13'ü evre 3, 14'ü evre 4 ve 3'ü evre 5 olarak değerlendirildi. Otuz hastaya başlangıçta tümör rezeksiyonu, 13 hastaya laparotomi ve biyopsi yapıldı. Laparotomi yapılanların 7'sine kemoterapi verilebildi ve 5'ine 2-3 ay sonra kitle eksizeyonu yapıldı. Masif renal kiteli 1 hasta opere edilemeden solution yetmezliğinden kaybedildi. Serideki 3 hastada peroperatif, 3 hastada ise postoperatif komplikasyon gelişti. İki hasta postoperatif komplikasyon nedeniyle kaybedildi. Ulaşılabilen hastaların 14'üne NWTS protokolü, 1 hastaya ise ulusal Wilms protokolü uygulanmıştı. On bir hastaya radyoterapi uygulandı. Karaciğer metastazları olan bir hastada tedavi sırasında veno-oklüzif hastalık ortaya çıktı, spontan olarak geriledi. Histopatolojik olarak 25 hasta Wilms tümörü, 4 hasta mezoblastik nefroma, 5 hasta da berrak hücreli sarkom olarak rapor edildi, 8 hastanın patoloji raporlarına ulaşılamadı. Wilms tümörlerinin 1 tanesinde anaplazi olduğu belirtilmişti. Bir hastanın patolojisi küçük yuvarlak hücreli tümör olarak bildirildi. Üç ayrı merkezde radyoterapi ve kemoterapileri yapılan hastaların 22'si hakkında bilgiye ulaşıldı. Bunlardan 14 tanesi kaybedildi. Altı hastanın tedavisi tamamlanmıştır ve 1,5-8 yıldır tümörsüz izlenmektedirler, bunlardan biri hepatit C'lidir. Bir hasta tedavide ve tam remisyondadır.

Sonuç: Hastaların geç evrelerde getirilmesi ve tedavilerinin tek bir merkezde toplanamaması, izlemlerini ve prognozlarını kötü yönde etkilemiştir.

Anahtar kelimeler: Wilms tümörü, mezoblastik nefroma, berrak hücreli sarkom, veno-oklüzif hastalık

Summary

Renal neoplasms in children: experience in 15 years

Aim: We aimed to review 44 patients operated for renal neoplasms in our department between 1989 and 2004, retrospectively.

Material and Methods: Seventeen were boys and 27 were girls. Mean age was 3.2 years (range 2 days - 11 years). The mass was right sided in 22 patients, left sided in 17 patients, and bilateral in 3 patients. Extrarenal Wilms tumor was diagnosed in 2 cases. One patient had bilateral aniridia and another had West syndrome. There were no associated urinary malformations.

Results: Six patients had stage 1, seven had stage 2, 13 had stage 3, 14 had stage 4 and 3 had stage 5 tumors. Tumor was resected in 30 patients and 13 had laparotomy with biopsy. Seven of these had chemotherapy and 5 had tumor resection 2-3 months later. An infant with a massive renal mass was lost due to respiratory distress before any treatment could be done. Three patients had operative and 3 had postoperative complications. Two of these died. Of the patients that could be followed, 14 received NWTS protocols and one had Turkish National Wilms Tumor Study protocol. Eleven patients had radiotherapy. Venooclusive disease occurred in one patient with liver metastases which later regressed spontaneously. Histopathologically 25 patients had Wilms' tumor, 4 had congenital mesoblastic nephroma and 5 had clear cell sarcoma. Eight pathology reports could not be found. One Wilms' tumor was anaplastic. One tumor was reported as small round cell tumor. The patients had radiotherapy and chemotherapy in 3 different centers. Twenty two of those had follow-up. Fourteen of them died. Six patients completed their treatment protocol and after 1.5-8 years they are still alive without disease. One of them has hepatitis C. One patient is still on treatment and in full remission.

Conclusion: The follow-up and prognosis of the patients in our series were adversely affected by late admission with a higher stage and not having treatment in a single hospital.

Key words: Wilms tumor, congenital mesoblastic nephroma, clear cell sarcoma, venoocclusive disease.

*XXII. Ulusal Çocuk Cerrahisi Kongresi'nde sunulmuştur, 8-11 Eylül 2004, Bursa
Adres: Dr. Didem Baskın, Pehlivanı Sok. 7/4 Mecidiyeköy-34934-İstanbul
Yayına kabul tarihi: 00.0.2006

Giriş

Çocukluk çağında görülen renal neoplazmlar genel-

likle kötücüdür. En sık görülen tümör, nefroblastomadır (Wilms tümörü). Önceleri böbreğin rabdoid ve berrak hücreli sarkomlarının Wilms tümörünün değişik tipleri olduğu düşünülmüşse de, bugün ayrı kavramlar olarak ele alınmakta ve tedavi edilmektedirler. Erişkinlerde sık görülen renal hücreli sarkom çocuklarda nadir olarak görülmektedir. Konjenital mezoblastik nefroma ise, bebek ve yenidoğanların iyicil bir böbrek tümörüdür.

Özellikle Wilms tümörü tedavisinin standardizasyonu, tedavi komplikasyonlarının belirlenmesi, sağ kalım oranının yükseltilmesi gibi amaçlarla 1969'da Ulusal Wilms Tümörü Çalışması (National Wilms' Tumor Study; NWTS), 1971'de Uluslararası Çocuk Onkolojisi Derneği (International Society of Pediatric Oncology; SIOP) ve ardından Birleşik Krallık Wilms Tümörü Çalışması (United Kingdom Wilms' Tumor Trial; UKW) gibi çalışma kurulları ortaya çıkmıştır (7). Bu kurullar olguları bir havuzda toplayarak ortak protokoller kullanmışlar ve tedavide önemli ilerlemeler kaydetmişlerdir. Kurulların tedavi protokollerinin birbirinden farklı olmasına rağmen, hastaların çalışmalara dahil edilmesi hem bireysel izlemlerinin daha iyi olmasını, hem de Wilms tümörüyle ilgili bilgilerimizin artmasını sağlamıştır.

Ülkemizde de 1998 yılında Ulusal Wilms Tümörü Çalışma Grubu oluşturulmuş ve hastalar ortak bir protokol ile izlenmeye başlanmışlardır. İzlem sırasında ortaya çıkabilecek sorunların daha iyi anlaşılabilmesi amacıyla, kliniğimizde izlenmiş olan renal tümörlü olgular retrospektif olarak değerlendirilmiştir.

Gereç ve Yöntem

Kliniğimizde tedavi edilen renal tümörlü olgular

dosya taraması yapılarak ve sevk edildikleri merkezlerden ikisine ulaşılarak retrospektif olarak değerlendirildiler. Hastalar 1998 yılından önce kliniğimizde cerrahi tedavileri yapıldıktan sonra, çocuk onkolojisi uzmanının bulunduğu ve radyoterapi veren İstanbul içindeki çeşitli merkezlere sevk edilmişlerdir. 1998 yılından sonra ise çocuk onkolojisi takipleri hastanemizde yürütülmüştür.

Sonuçlar

Kliniğimizde 1989-2004 yılları arasında toplam 44 hastaya böbrek tümörü nedeniyle cerrahi girişim uygulandı (Tablo 1). Hastaların 17'si erkek, 27'si kızdı ve yaşları 2 gün ile 11 yaş arasında değişmekteydi. Ortalama başvuru yaşı 3,2'di. Tümör 22 hastada sağda, 17 hastada solda, 3 hastada ise her iki böbrekte idi. İki hastada ekstrarenal Wilms tümörü saptandı. Sol dev renal kitlesi dokuz aylık bir erkek hasta cerrahi girişim yapılmadan solunum yetmezliğinden kaybedildi.

Wilms tümörü:

Hastaların 34 tanesi Wilms tümörü tanısıyla izlendi. Yaşları 2 gün ile 10 yaş arasında değişmekteydi. Dokuz hasta 1 yaş ya da altındaydı (% 25). Kalan 24 hastanın yaş ortalaması 4,36 yaş idi. Hastaların 22'si kız, 12'si erkekti. Tümörlerin yerleşim yeri; hastaların 17'sinde sağda, 12'sinde solda, 3 hastada ise bilateral idi. İki hastada ekstrarenal Wilms tümörü saptandı. Bir hastada bilateral aniridi, bir hastada West sendromu mevcuttu. Eşlik eden böbrek anomalisi hiçbir hastada saptanmadı. Hastaların 2'si evre 1, 5'i evre 2, 11'i evre 3, 13'ü evre 4 ve 3'ü evre 5 olarak değerlendirildiler (Tablo 2).

Yirmi iki hastaya başlangıçta tümör rezeksiyonu, 12

Tablo 1. Böbrek tümörlü 44 hastanın dağılım özellikleri.

Tümör	Sayı	Ort. yaş	K/E	Tedavisi bitmiş	Kaybedildiği bilinen	Halen tedavide	Ulaşılamayan
Wilms	34	3.4 yaş	22/12	5	12	0	17(4)**
KMN	4	1.2 ay	2/2	1	0	0	3
BHS	5	4.8 yaş	3/2	1	1	1	2
toplam	44*	3.2 yaş	27/17*	7(%16)	14*(%32)	1(%2)	22(%50)

*bir erkek hasta opere edilemeden ex. **parantez içindekiler tedaviyi yarım bırakmışlardır.

KMN: Konjenital mezoblastik nefroma

BHS: Berrak hücreli sarkom

Tablo 2. 43 böbrek tümörlü hastanın evrelere göre dağılım ve mortalitesi*:

Evre	Wilms tümörü	KMN	BHS	Mortalite
1	2	4		1/6 (% 17)
2	5		2	2/7 (% 12)
3	11		2	3/11 (% 27)
4	13		1	7/14 (% 50)
5	3			1/3 (% 33)
Toplam	34	4	5	14/44 (% 32)**

*Prognozu bilinmeyen hastalar da dahil edilmiştir.

**1 hasta evre saptanamadan ex olmuştur.

Tablo 3. Böbrek tümörlü hastalarda yapılan operasyonlar.

Tümör	Primer Nefrektomi	Laparotomi+biyopsi ya da sadece iğne biyopsisi	KT sonrası nefrektomi
Wilms	22	12	4(1)
KMN	4		
BHS	4	1	

KMN: konjenital mezoblastik nefroma

BHS: berrak hücreli sarkom

Tablo 4. Serimizde cerrahi uygulanan 43 hastada görülen ameliyat komplikasyonları.

Komplikasyon	Hasta sayısı	Evre
Vena kava inferior'da yırtık	3 (% 7)	3
Pankreasaralanması	1 (% 2)	5
Kanama	1(% 2)	4
Adhezif intestinal obstrüksiyon	1(% 2)	3
Barsak perforasyonu	1(%2)	1

hastaya laparotomi ve biyopsi ya da iğne biyopsisi yapıldı (Tablo 3). Altı hastaya biyopsi sonrası kemoterapi uygulandı ve bunların 4'üne kemoterapi sonrası cerrahi girişimle kitle eksizyonu, bilateral Wilms tümörlü 1 hastaya bilateral tümörektomi yapıldı.

Serideki 3 hastada peroperatif, 3 hastada ise postoperatif komplikasyon gelişti (Tablo 4). Peroperatif komplikasyon olarak, 3 hastada vena kava inferiorunda yırtık meydana geldi ve hepsi primer olarak onarıldılar. Bir hasta kanama nedeniyle yapılan transfüzyon komplikasyonu sonucunda postoperatif 1. gün kaybedildi. Başka merkezde nefroüretrektomi yapılmış bilateral Wilms tümörlü hasta, pankreas zedelenmesi nedeniyle kliniğimizde opere edildi ve pankreatikojejunostomi ve duodenum onarımı yapıldı, ancak bu hasta sepsis nedeniyle kaybedildi. Bir hastada yapışıklıklara bağlı barsak tıkanıklığı oluştu, ancak destek tedavisiyle iyileşme sağlandı.

Tablo 5. Serimizdeki renal tümörlerde mortalite nedenleri.

Mortalite nedeni	Hasta sayısı	%	Evre
Tedaviye yanıt yok	5[1]*	14	E3(1), E4(4), E4[1]
Kemoterapi komplikasyonu	2	4.5	E2(2)
Tedavi reddi	2	4.5	E1(1), E4(1)
Cerrahi komplikasyon	2	4.5	E4(1), E5(1)
Trafik kazası	1	2	E3(1)
Cerrahi uygulanmadan solunum yetmezliğinden	1	2	?(1)
Toplam	14	32	E1(1), E2(2), E3(2), E4(7), E5(1), E?(1)

*Köşeli parantez içindeki berrak hücreli sarkoma ait, yuvarlak parantez içindekiler Wilms tümörüne ait hasta sayılarıdır.

Serideki Wilms tümörlü hastaların 25 tanesinin dosyasında patoloji raporu bulundu. Wilms tümörlerinin sadece 1 tanesinde anaplazi olduğu belirtilmişti. Bir hastanın patolojisi küçük yuvarlak hücreli tümör olarak belirtilmişti. Evre 4 olan bu hasta, postoperatif erken dönemde kaybedilen hastamızdır.

Otuz dört hastanın ancak 17 tanesi ile ilgili bilgiye ulaşılabildi (% 50). Ulaşılabilen hastaların 12'sine NWTs protokolü, 1 hastaya ise ulusal Wilms protokolü uygulanmıştı. Dokuz hastaya radyoterapi uygulandı. Karaciğer metastazları olan bir hastada tedavi sırasında veno-oklüzif hastalık ortaya çıktı, spontan olarak geriledi. Ancak bu hasta, ilerleyen hastalık nedeniyle kaybedildi.

Cerrahi komplikasyon nedeniyle kaybedilen 2 hastadan başka, 5 hasta hastalığın ilerlemesi nedeniyle, 2 hasta kemoterapi komplikasyonuna bağlı, 2 hasta tedavi reddi nedeniyle ve 1 tanesi ise trafik kazası nedeniyle kaybedildiler (toplam 12 hasta, Tablo 5). Hastalığı ilerleyen olgulardan biri evre 3, diğerleri evre 4 hastalardı, bu çocuklar kemoterapiye başladıktan sonra 3-7 ay içinde kaybedilmişlerdir. Evre 1 tümörü olan ve tümörü tamamıyla çıkarılan bir yaşında bir hasta, kanser olduğu gerekçesiyle tedaviyi kabul etmeyerek evine götürüldü ve iki yıl sonra büyük olasılıkla nükse bağlı solunum yetmezliğinden kaybedildiği öğrenildi. Dört hasta tedaviyi yarım bıraktı ve izlemenden çıktı. Beş hastanın tedavisi tamamlandı ve halen 1.5, 2, 6, 7 ve 8'inci yıllarında izleniyorlar. Bunlardan 6'ncı yılında olan hasta, aynı zamanda hepatit C nedeniyle izlenmedi.

Mezoblastik nefroma:

Dört hastada mezoblastik nefroma görüldü. Yaşları 5 gün ile 2 ay arasında değişmekteydi (ort :???). Hastaların 2'si kız, 2'si erkekti. Tümörlerin bir solda, diğerleri sağdaydı. Hepsi evre 1 olarak değerlendirildiler. Tüm olgulara nefroüretrektomi yapıldı. Bir hastada post-operatif komplikasyon gelişti. Bu hasta, kolon perforasyonu ve yapışıklıklar nedeniyle iki kez daha ameliyat edildi. İki hastanın tümörü atipik sellüler mezoblastik nefroma, diğer ikisinin ise mezoblastik nefroma olarak bildirildi. Hastalar 7-30 gün içinde taburcu edildiler. Hiçbirine kemoterapi verilmedi. Telefon ile 1 hastaya ulaşıldı. Hasta post-operatif 7'inci yılındadır ve sorunu yoktur.

Berrak hücreli sarkom:

Beş hastada berrak hücreli sarkom görüldü. Yaşları 8 ay-11 yıl arasında değişmekteydi (ort. 4.8 yaş). Hastaların 3'ü kız, 2'si erkekti. Tümörlerin ikisi sağda, 3'ü soldaydı. İki hastada evre 2, ikisinde evre 3 ve 1

hastada evre 4 tümör mevcuttu (Tablo 6). Bir hastaya preoperatif iğne biyopsisi sonrası nefroüretrektomi, 3 hastaya doğrudan nefroüretrektomi yapıldı. Evre 4 olan hastadan sadece laparotomi ile biyopsi alındı. Hastalarda postoperatif komplikasyon gelişmedi. Hastalar ortalama 7 gün içinde taburcu edildiler. Bir hasta tedavisini tamamladı ve 2 yıl önce tam remisyonda olarak kontrolüne geldi. Bir hastanın tedavisi devam ediyor ve tam remisyonda. Her iki hasta da radyoterapi ve kemoterapi aldılar. Evre 4 olan ve biyopsi alınan hasta, kemoterapiye yanıt vermedi ve 2 ay sonra kaybedildi. İki hasta hakkında ise bilgiye ulaşılamadı.

Serideki toplam 44 hastanın 22'sinin (% 50) prognozu hakkında bilgi sahibiyiz. Bunlardan 14 tanesi (tüm seri için % 32) çeşitli nedenlerle kaybedilmişlerdir (Tablo 5). Mezoblastik nefromalı hastalardan birine ulaşılabilmıştır ve halen sağlıklıdır. Wilms tümörlü 5 hasta ve berrak hücreli sarkomu olan 1 hasta tedavilerini tamamlamışlardır, 1 berrak hücreli

Tablo 6. Berrak hücreli sarkomu olan 5 hastanın tedavisi ve takibi.

Hasta no	Yaş	Cins	Evre	Pre-op tedavi	Cerrahi	Post-op Tedavi protokolü	Relaps	Tüm yaşam süresi	Sonuç
1	5 yaş	K	3		NÜ	NWTS		5 ay	Tam remisyon, KT devam ediyor
2	3 yaş	E	2		NÜ	NWTS		3 yıl	Tedavi bitmiş, 2 yıl önce tam remisyon
3	11 yaş	E	4	cosmogen+ vincristine. Sonra 5-FU+ interferon 2 kür	biyopsi			2 ay	Tedaviye cevap yok, exitus
4	8 ay	K	3		NÜ		Lokal, eksizyon yapılmış		
5	4 yaş	K	2		NÜ				

NÜ: nefroüretrektomi

KT: kemoterapi

NWTS: National Wilms Tumor Study Group III protokolü

Tablo 7. Ülkemizde 1987-2004 yılları arasında bildirilen böbrek tümörü serileri.

Seri	Renal tümörler	Zaman aralığı	Vaka sayısı	Kız/erkek
Erkurt ve ark [4]	Wilms	1987-1994	28	15/13
Yıldız ve ark. [10]	Wilms	1978-1996	106	45/61
Aksoy ve ark. [1]	BHS, rabdoid	1989-1993	7	1/6
Baskın ve ark.	Wilms, KMN, BHS	1989-2004	44	27/17

sarkomlu hastanın tedavisi ise devam etmektedir.

Tartışma

Çocukluk çağıının böbrek kitleleri nadir görülür ve genellikle kötü huyludurlar. Ancak, tedaviye cevapları genellikle çok iyidir. Yaşam oranları evre 1 tümörlerde % 90'ların üzerine çıkmaktadır (8). Renal tümörlerin tedavisi bir ekip işidir ve temel olarak tıpine ve evresine göre cerrahi, kemoterapi ve radyoterapi gerektirir. Ancak serimize bakıldığında, hastaların % 32'sinin kaybedildiği görülmüştür. Büyük bir oranın da prognozu bilinmemektedir.

Serimizdeki mortalite nedenlerinden biri cerrahidir. NWTs grubunun 2001'de bildirdiği cerrahi komplikasyon oranı % 12.7'dir (9). Serimizdeki oran % 16 (n=7) ve mortalite % 4.5 (n=2) olarak bulunmuştur. Bunlardan biri, ilk operasyonu kliniğimiz dışında yapılan ve oradaki operasyon komplikasyonu nedeniyle kliniğimize yatırılıp opere edilen hastadır. Yedi komplikasyondan 6'sı peroperatif ya da erken postoperatif komplikasyondur. Serideki tümörler büyük oranda başlangıçta total olarak çıkarılmıştır. Büyük tümörlerin preoperatif kemoterapiyle küçültüldükten sonra çıkarılmaya çalışılması operatif komplikasyonlarımızı azaltabilirdi. Preoperatif kemoterapi alan olgularda ameliyat komplikasyonlarının daha az oranda görüldüğü bildirilmiştir (5).

Diğer bir mortalite nedeni hastalığın ileri evrede karşımıza çıkmasıdır. Serimizdeki tümörlerin evrelerine bakıldığında, en fazla evre 3 ve 4 tümör görülmektedir. Bunun nedeni, hastanemizin hizmet verdiği kesimin, çocukları iyice hasta olmadan onları doktora götürme alışkanlıklarının olmayışdır. Cerrahpaşa serisinde görülen evre ve mortalite farkı bu tezi desteklemektedir (11). Serilerinde, evre 2 hastalar en fazla sayıdadır ve bizimkinin aksine erkek çocuk oranı daha yüksektir. Serimizde tedavisi reddedilen iki hastanın da kız olması anlamlıdır. Ayrıca kanserin tedavi edilemez bir hastalık olduğu inancı, tedaviye devamı etkilemektedir. Hastaların geç evrelerde başvurmaları tedaviye yanıtlarını da güçleştirmekte ve kanser tedavisinin olmadığına dair genel inancı pekiştirmektedir. Evre 2 Wilms tümörü olan 1 yaşındaki hastamızın ailesi, tümör total çıkarıldığı halde, çocuklarının kanser olduğu ve zaten öleceği düşüncesiyle cerrahi servisten taburcu olduktan

sonra eve gitmişler ve iki yıl sonra çocuk solunum yetmezliğinden kaybedilmiştir. Ancak yaşayan 5 hastaya bakıldığında sadece biri evre 1, diğerleri evre 3 (1), evre 4 (2) ve evre 5 (1) hastalardır. Ailelerin tedaviye bağlılığı büyük oranda sonuçları etkiliyor gibi görünmektedir.

Hastalarımızın iyi izlenememiş olması diğer bir sorundur. 1998 Yılına kadar hastanemizde çocuk onkolojisi uzmanının bulunmaması, birçok hastanın şehirdeki diğer hastanelere sevk edilmesine neden olmuştur. Yazı hazırlanırken, bazı hastaların cerrahi nedenlerle, sevk edildikleri hastaneden merkezimize konsültasyona gönderildikleri, ancak bize ulaşmadıkları anlaşılmıştır. Onkolojik tedaviyi verecek ekibin tamamının aynı hastanede olmamasının mortaliteyi arttırdığı bugün iyi bilinen bir gerçektir (3). Hastalarımızdan biri, başka şehirden tedavisi için gelirken yolda trafik kazası geçirerek kaybedilmiştir. Cerrahpaşa ekibinin Wilms tümörü mortalitesinin son yıllarda % 30.8'den % 8'e düşmesi, tek merkezde ekip çalışması yapılabilmesine bağlanmıştır (11). İstanbul şehri içinde yer değiştirmelerin çok sık olması nedeniyle, zaman içinde hastaların adres ve telefonları da değiştiğinden, istense de bu hastalara ulaşmak mümkün olmamaktadır. Ülkemizdeki tüm insanların sağlık konusunda bir veri tabanına kaydedilmeleri ve numaralandırılmaları, bu tür bilgi eksikliklerinin önüne geçecektir. Sosyal hizmet uzmanlarının da hasta izleminde kullanılması gerekir.

İzlemleri sırasında dört hasta tedaviden vazgeçmiştir. Kanser tedavisine olan inancsızlığın yanında, hasta ailelerinin ilaç temininde yaşadığı mali güçlükler de tedavi terkinde kolaylaştırmaktadır. Sosyal güvencesi olan hastalardan sadece Sosyal Sigortalar Kurumuna bağlı olan hastaların kemoterapötik ilaçları sorun çıkmadan sağlanabilmektedir. Diğer hastalar ilaçlarını temin etmekte parasal sorunlarla karşılaşmaktadırlar.

Ülkemizden yayınlanan renal kitlelerle ilgili yazılara bakıldığında, çoğunun olgu sunumu ya da küçük seriler olduğu görülecektir (2,6). Büyük ve uzun süre izlenen serilere ait fazla yayın yoktur (Tablo 7) (1,4,11). Sağlık Bakanlığının internette yayınladığı verileri içinde yılda kaç renal tümöre rastlandığını bilmekteyiz (12). Hastaların ortak izlenebileceği bir veri ağı bulunmamaktadır. Bu nedenle, bütün merkezler-

de bir izlem sorunu olduğu düşünülmüştür. Serilerin ortaya konması, hekim olarak eksikliklerimizi değerlendirmemize katkıda bulunacaktır. Hastaların daha iyi izlenmeleri ve tedavi hizmetlerinden eşit oranda yararlanmaları sağlanmadıkça ulusal protokollerin sonuçlarını değerlendirmekte hata payı yüksek olacaktır kanısındayız.

Kaynaklar

1. Aksoy F, Baliç A, Dervişoğlu S ve ark. Böbreğin berrak hücreli ve rabdoid tümörleri: 7 olgunun retrospektif analizi. *Pediyatrik Cerrahi Dergisi* 9:345-349; 1995
2. Büyükpamukçu M, Kutluk T, Büyükpamukçu N ve ark. Renal tumor with pseudohermaphroditism and glomerular disease. *Acta Oncol* 31(7):745-748; 1992
3. Consentino CM, Raffensperger JG, Luck SR ve ark. A 25-year experience with renal tumors of childhood. *J Pediatr Surg* 28:1350-1355; 1993
4. Erkurt E, Antmen B, Tanyeli A ve ark. NWTS-3 protokolü ile tedavi edilen Wilms' tümörlü olguların değerlendirilmesi. *Çukurova Üniv. Tıp Fak. Derg* 23(4), 1998

5. Godzinski J, Tournade MF, deKraker J ve ark. Rarity of surgical complications after postchemotherapy nephrectomy for nephroblastoma. Experience of the International Society of Pediatric Oncology. *Eur J Pediatr Surg* 8:83-86; 1998
6. Guler E, Emir S, Kutluk T ve ark. Urticaria pigmentosa associated with Wilms tumor. *Pediatr Dermatol* 18(4):313-5; 2001
7. Othersen Jr HB, Hebra A, Tagge EP. Nephroblastoma and other renal tumors in The surgery of childhood tumors. Ed.ler Carachi R, Azmy AF, Grosfeld JL. London, Sydney, Auckland. Arnold, sayfa 124-139, 1999
8. Pritchard-Jones K. Controversies and advances in the management of Wilms' tumor. *Arch Dis Child* 87:241-244; 2002
9. Ritchey MI, Shamberger RC, Haase G et al. Surgical complications after primary nephrectomy for Wilms' tumor. Report from the National Wilms' Tumor Study Group. *J Am Coll Surg* 192:63-68, 2001
10. Shamberger RC. Pediatric Renal Tumors. *Seminars in Surgical Oncology* 16:105-120; 1999
11. Yıldız İ, Yüksel L, Özkan A ve ark. Multidisciplinary approach to Wilms' tumor: 18 years of experience. *Jpn J Clin Oncol* 30(1)17-20, 2000
12. www.saglik.gov.tr