



Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Onkoloji Bilim Dalı
Olgu Sunumu

23 Şubat 2017 Perşembe

Ar. Gör. Dr. Abdullah Yahya Heybeci
Yandal Ar. Gör. Uzm. Dr. Saime Tuncer
Prof. Dr. Funda Çorapçıoğlu





Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Çocuk Onkoloji Bilim Dalı Olgu Sunumu

23 şubat 2017

Arş. Gör. Dr. Abdullah Yahya HEYBECİ

Uzm. Dr. Saime TUNCER

Prof. Dr. Funda ÇORAPÇIOĞLU

- *MEHMET YAĞIZ DİKMEN*
7 yaşında erkek hasta

Şikayet: Boyunda şişlik

Ağız kenarında kayma

Tek kaşını yukarı kaldıramama

Öyküsü

- 3 gün önce sağ kulak önünde ve sağ çene altında şişlik gelişen hasta,
- 3 günün sonunda ağız kenarında gülerken sola kayma ve sağ kaşını kaldıramama şikayeti gelişmesi üzerine hastanemizin çocuk acil servisine getirildi.

- Özgeçmiş: özellik yok

- Soygeçmiş:

Anne: 33 yaş. Yüksek okul mezunu. Hasta kayıt personeli. Sağ, sağlıklı.

Baba: 33 yaş. Yüksek okul mezunu. Hasta kayıt personeli. Sağ, sağlıklı.

Anne- baba arasında akrabalık yok.

1. **çocuk:** hastamız.

2. **çocuk:** 11 aylık kız. Sağ, sağlıklı

FİZİK MUAYENE

Ateş: 36,7 °C

Nabız: 85 atm/dk

KB: 110/70 mmHg

SS: 24/dk

Genel durum: İyi, bilinç açık, oryante, koopere.

Cilt: Turgor, tonus doğal. Ödem, siyanoz yok.

Baş-Boyun: Saç ve saçlı deri doğal, kafa yapısı simetrik.

Sağ ön servikalde 4x3 cm çaplı, yumuşak kıvamda, hareketli, ağrısız LAP paketi

Sol ön servikalde 2x1 cm çaplı, yumuşak kıvamlı, hareketli, ağrısız LAP paketi

Sağ kulak önü bölgede 1x1 cm boyutlu, yumuşak kıvamlı, hareketli, ağrısız lenf nodu

- **KBB:** Orofarenks, tonsiller doğal.
- **Gözler:** Bilateral IR doğal, pupiller izokorik, göz hareketleri normal. Konjonktiva ve skleralar doğal.
- **SS:** Solunum sesleri doğal; ral, ronküs yok.
- **KVS:** S1,S2 doğal. Ek ses, üfürüm yok.

- **GİS:** Karın rahat. Defans, rebound yok. Hepatomegali yok. Traube kapalı , dalak kot altında 1 cm ele gelmekte
- **GÜS:** Haricen erkek. Testisler bilateral normal boyutta,skrotumda.
- **NMS:** Bilinç açık. Ense sertliği yok. Patolojik refleks yok. Kas gücü muayenesi doğal. Sağ kaşını kaldıramama, dişlerini gösterirken ağız kenarında sola kayma

LABORATUVAR

BK: 11.558mm ³	Üre: 21 mg/dL	AST: 30 U/L
Nöt: 5.677 mm ³	Krea: 0.43 mg/dL	ALT: 19 U/L
Hb: 11.9 mm ³	Ürik asit: 3.4 mg/dL	Tot.Bil: 0.34
Plt: 147.000 mm ³	Glukoz: 76 mg/dL	D.Bil: 0.13
	Na: 136 mEq/L	Prot.: 6.6 g/dL
	Ca: 9.8 mEq/L	Alb: 4.5 g/dL
	K: 4.53 mEq/L	LDH: 377 U/L
	Cl:100mEq/L	CRP: 0,63 mg/dL
	İnorg. P: 4.7 mEq/L	ESR: 2mm/h

Öntanırlarınız??

TAKİP VE TEDAVİ

- Çocuk acile başvurudan bir gün sonra hasta tarafımıza LAP ve periferik fasiyal paralizi nedeniyle danışıldı.
- Bu bulgularla
 1. Lenfoma(MSS lezyonu veya tutulumu)
 2. Solid Tümör (RMS)
 3. Enfeksiyon (EBV)

TAKİP ve TEDAVİ

- Hasta çocuk onkoloji servisine ileri tetkik ve tedavi amacıyla yatırıldı.
- Çocuk onkoloji servisinde yapılan fizik muayenesinde LAP ve splenomegaliye ek olarak eksudatif tonsillit ve akciğer bazallerinde bilateral ince ral mevcuttu. Hastanın aynı zamanda ateşi başlamıştı.

- Hastadan EBV ve CMV serolojisi,periferik yayma, kan tetkikleri çalışıldı.
- **Karın MR:** Dalak boyutları artmıştır (134 mm). Konturları muntazamdır. Parankim intensitesi homojendir.

TAKİP ve TEDAVİ

- **Kranial-Difüzyon MR:** Pansinüzit, parankimal patoloji saptanmadı.
- **Boyun MR:** Bilateral submandibuler juguler ve servikal alanda sağda konglomere görünümde en büyüğü sağda 4 cm çapa ulaşan solda yaklaşık 2 cm çapında ölçülen multiple LAP lar izlenmektedir.Histopatolojik tanı önerilir.
- **Toraks BT:** Bilateral aksillada solda daha fazla sayıda olmak üzere en büyükleri solda 13 mm, sağda 9 mm çapa ulaşan multiple lenf nodları izlenmekte olup, sol aksilladakiler LAP açısından kuşkulu bulunmuştur. Subkarinal alanda 11 mm, bilateral hiler 5-6 mm çaplı lenf nodları izlenmektedir

TAKİP ve TEDAVİ

- Hastanın eksudatif tonsilliti, ince rali ve ateşi olması nedeniyle;
- bakteri nedenli pnömoni varlığı da dışlanamadığından,
- ampisilin sulbaktam tedavisi başlandı.

TAKİP VE TEDAVİ

- Yapılan EBV VCA IgM + CMV IgM +133.5
- EBV VCA IgG + CMV IgG +4.83
- Periferik Yaymasında:
yaygın Downey hücresi mevcuttu.



- Yapılan EBV VCA IgM CMV IgM
- EBV VCA IgG CMV IgG
- Periferik Yaymasında:yaygın Downey hücresi mevcuttu.

TAKİP ve TEDAVİ

- Ön planda EBV enfeksiyonu düşündüğümüz hastada
 1. LAP
 2. Splenomegali
 3. EBV serolojik testlerinin pozitifliği
 4. Periferik yaymasında Downey hücreleri
- Periferik fasyal paraliziği nasıl açıklayabiliriz??

Neurological Complications of Acute and Persistent Epstein-Barr Virus Infection in Paediatric Patients

Journal of Medical Virology 68:253–263 (2002)

Martin Häusler,^{1*} Vincent Thomas Ramaekers,¹ Martin Doenges,² Klaus Schweizer,³ Klaus Ritter,⁴ and Lars Schaade⁴

TABLE I. Serologic Data and PCR Findings From Peripheral Blood*

Patient number	Patient age (year)	Diagnosis	ELISA at diagnosis		IFA/ACIF at diagnosis				PCR	
			IgG-anti-EBV	IgM-anti-EBV	IgG-anti-VCA	IgM-anti-VCA	IgG-anti-EBNA	IgG-anti-EA	At diagnosis	During follow-up
1	2	Cerebellitis	SC	Positive	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	Positive	Negative
2	15	Hypoglossal palsy	SC	Positive	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	Positive	Negative
3	11	Metamorphopsia	Positive	Negative	≥1:320	1:10	1:80	1:40	Positive	Negative
4	4	Metamorphopsia	Positive	Negative	1:128	Negative	≥1:40	1:40	Positive	Negative
5	8	Metamorphopsia	Positive	Negative	≥1:320	1:20	≥1:320	1:80	Negative	Negative
6	10	Facial palsy	Positive	Negative	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	Positive	Negative
7	0.5	Macrocephaly	Positive	Negative	1:2560	Negative	1:10	1:80	Positive	Negative
8	5	Encephalitis	Positive	Negative	1:2560	Negative	1:320	1:160	Negative	Negative
9	15	Encephalitis	Positive	Negative	Positive ^a	n.d.	Positive ^a	Positive ^a	Positive	Negative
10	12	Lymphoma, cranial neuritis	Positive	Negative	>1:2560	Negative	1:160	≥1:1280	Positive	Persistent
Negative					<1:10	<1:10	<1:10	≤1:40		

*n.d., not done; SC, seroconversion; IFA, indirect immunofluorescence assay; ACIF, anti-complement immunofluorescence assay.

^aImmunoblot.

Format: Abstract ▾

Send to ▾

Schweiz Med Wochenschr Suppl. 2000;116:87S-89S.**[EBV infection as etiology of otomastoiditis with peripheral facial paralysis in the child].**

[Article in German]

Schaller P¹, Arnoux A, Laeng R, Stähelin J, Podvinec M.

⊖ Author information

¹Klinik für Otorhinolaryngologie, Hals- und Gesichtschirurgie, Kantonsspital Aarau.**Abstract**

Case report on a 15-month-old girl with acute bilateral otomastoiditis with facial nerve palsy in the course of an EBV infection. Although the initial mononucleosis blood test was negative the diagnosis was established by the presence of blastic transformed lymphocytes with immunoreaction for the latent membrane protein of EBV, and the presence of EBV-mRNA in the majority of lymphocytes in the biopsy specimen. The occurrence of facial nerve palsy in the course of an EBV infection is relatively rare but well known. The present case involved a viral otomastoiditis with a typical course, which was complicated by facial nerve palsy after a few days of illness. A case of this kind has only once been described in an adult patient and has never been reported in a child.

PMID: 10780082

[PubMed - indexed for MEDLINE]



SPECIAL FEATURE

SECTION EDITOR: WALTER W. TUNNESSEN, JR, MD

Picture of the Month

Callum Wilson, MB, ChB; Cameron C. Grant, MB, ChB

A 16-MONTH-OLD boy presented with a 1-day history of right facial palsy (**Figure**). Physical examination results revealed marked cervical lymphadenopathy, large erythematous tonsils with an exudate, and bilateral otitis media.

Middle ear fluid obtained by tympanocentesis and a blood sample were sterile on culture. A throat swab yielded normal oral flora.

From Starship Children's Health (Dr Wilson) and the Department of Paediatrics (Dr Grant), School of Medicine, University of Auckland, Auckland, New Zealand.



Format: Abstract ▾

Send to ▾

Acta Paediatr Scand. 1985 Jul;74(4):629-32.**A 16-month-old boy with infectious mononucleosis, parotitis and Bell's palsy.**Andersson J, [Sterner G](#).**Abstract**

The case of a 16-month-old boy with infectious mononucleosis who developed bilateral parotitis and unilateral Bell's palsy is presented. The diagnosis was confirmed by the development of specific antibodies for various Epstein-Barr virus antigens typical of primary Epstein-Barr virus infection. Serological tests for other viruses were negative. The Bell's palsy subsided within three months, while the clinical signs of infectious mononucleosis and parotitis persisted for three weeks.

PMID: 2992226

[PubMed - indexed for MEDLINE]



Publication Types, MeSH Terms, Substances ▾

LinkOut - more resources ▴

MedicalBell's Palsy - Genetic Alliance

EBV Enfeksiyonu

- Dünya popülasyonunun % 95' i yetişkinlik dönemine kadar Epstein-Barr virüsüyle karşılaşmıştır.
- Tükürük ve boğaz salgıları ile yakın temas, kan ve kontamine eşyalarla bulaşmaktadır.
- Epidemiler yapmamaktadır.
- Sosyo-ekonomik düzeyi düşük toplumlarda prevalansı daha yüksektir.
- EBV enfeksiyonları genellikle çocukluk döneminde gelişip belirtisiz seyreder.
- **Klinik**
- Enkübasyon: Erişkinde 30-50 gün, çocukta 10-14 gündür.
Klasik klinik tablosu 3-5 günlük prodrom döneminden sonra gelişen ateş, halsizlik, boğaz ağrısı ve lenfadenopati şeklindedir.

- **Fizik Muayene Bulguları**

- Ateş (%90-95)
- lenfadenopati (%80-90)
- tonsillofarenjit (%80)
- splenomegali (%50)
- hepatomegali (%10-15)
- palatal peteşi (%25-60)
- sarılık (%5)
- döküntü (%0-15)
- periorbital ödem.

Döküntü: %3-19 arasında değişir. Sıklıkla gövde ve üst ekstremitelerde maküler, makülopapüler, peteşiel döküntüler olur..

Ampisilin/amoksisilin alımı sonrası, hastaların %90-100'ünde kaşıntılı, makülopapüler döküntü meydana gelir. Ayırıcı tanıda önemlidir.

- **Komplikasyonlar**

- **Hematolojik:** Trombositopeni, hemolitik anemi, aplastik anemi, agranülositoz, agammaglobulinemi, hemofagositik sendrom.

- **Respiratuvar:** Persistan öksürük, **pnömoni**, plevral efüzyon, hiler lenfadenopati

- **Kardiyak:** Göğüs ağrısı, myokardit ve perikardit gelişebilir.

- **Nörolojik:** EBV'nun neden olduğu enfeksiyöz mononükleozlu hastaların %1-5'inde MSS komplikasyonu gelişmektedir. Aseptik menenjit, ensafelit, transvers myelit, akut hemipleji, enfeksiyöz polinöropati, optik nevrit, **periferik nöropati**, Bu nörolojik komplikasyonlar klinik bulguların ortaya çıkmasından 2-3 hafta sonra başlar ve prognoz genellikle iyidir.

- **Dalak rüptürü:** Spontan veya minör travma ile oluşabilir.

Diğer EBV'nun Burkitt lenfoma ve nazofarenks karsinoma ile de ilişkisi saptanmıştır.