



Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
Anabilim Dalı

Onkoloji Bilim Dalı
Olgu Sunumu

10 Ocak 2017 Salı

İnt. Dr. Betül Merve Yaralı
Ar. Gör. Dr. Abdullah Yahya Heybeci
Prof. Dr. Funda Çorapçıoğlu





Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Çocuk Onkoloji Bilim Dalı Olgu Sunumu

10 Ocak 2017

İnt. Dr. Betül Merve YARALI

Arş. Gör. Dr. Abdullah Yahya HEYBECİ

Prof. Dr. Funda Çorapcıoğlu

- *HAKAN HALİLOĞLU*
8 yaşında erkek hasta

Şikayet : Boyunda kitle

Karın ağrısı

Kilo kaybı

Öyküsü

- Boyunda kitle,karın ağrısı ve kilo kaybı şikayetiyle 2,5 ay önce dış merkeze başvurmuşlar.
- Boyun USG'sinde sol servikal bölgede 42 mm ölçülen yapışık, sert kıvamda konglomere LAP kitlesi saptanmış.
- Karın USG'sinde pankreas başı düzeyinde KC ve mide arasında 53x96 mm boyutlarında heterojen yapıda kitle ve solda jejunum veya ileum kökenli, en kalın yerinde 14 mm ölçülen uzun segment duvar kalınlaşması tespit edilmesi üzerine dış merkezden tarafımıza yönlendirildi.

- Özgeçmiş: özellik yok

- Soygeçmiş:

Anne: 28 yaş. İlkokul 1 terk. Ev hanımı. Sağ, sağlıklı.

Baba: 32 yaş. İlkokul mezunu. Serbest meslek. Sağ, sağlıklı.

Anne- baba arasında akrabalık yok.

1. çocuk: hastamız.

2. çocuk: 8 yaş, erkek; sağ, sağlıklı.

3. çocuk: 4 ay, erkek; sağ, sağlıklı.

FİZİK MUAYENE

Ateş: 36.7 °C

Nabız:85 atm/dk

TA: 100/60 mmHg

SS:26 /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.

Sol anterior servikalden posteriora doğru uzanan 7x8 cm çaplı sert kıvamda, hareketsiz, ağrısız LAP pakesi

KBB: Orofarenks, tonsiller doğal.

Gözler: Bilateral IR doğal, pupiller izokorik, göz hareketleri normal. Konjonktiva ve skleralar doğal.

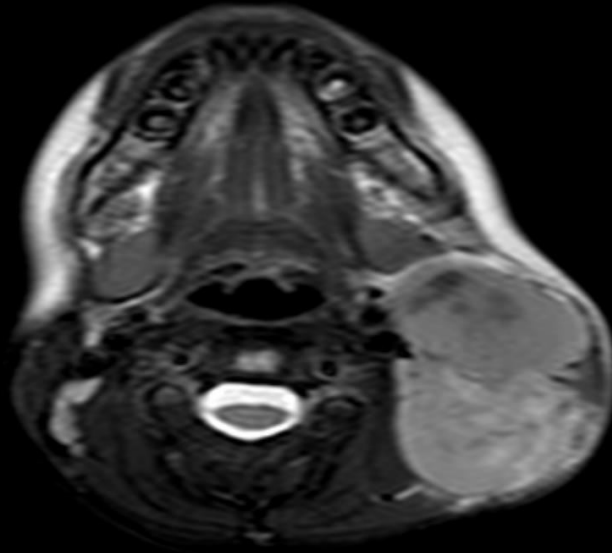
- **SS:** Solunum sesleri doğal; ral, ronküs yok.
- **KVS:** S1,S2 doğal. Ek ses, üfürüm yok.
- **GİS:** Batında derin palpasyonla yaygın hassasiyet mevcut. Solda dalakla sınırları ayırt edilebilen şüpheli, ağrısız kitle. Defans, rebound yok. Hepatosplenomegali yok.
- **GÜS:** Haricen erkek. Testisler bilateral normal boyutta,skrotumda.
- **NMS:** Bilinç açık. Ense sertliği yok. Patolojik refleks yok. Kas gücü muayenesi doğal.

LABORATUVAR

BK: 5918 uL	Üre: 17 mg/dL	AST: 21 U/L
Nöt: 2942 uL	Krea: 0.37 mg/dL	ALT: 9 U/L
Hb: 11.37 uL	Ürik asit: 2.4 mg/dL	Tot.Bil: 0.23
Plt: 370.000 uL	Glukoz: 106 mg/dL	D.Bil: 0.08
	Na: 142.8 mEq/L	Prot.: 6.3 g/dL
	Ca: 9.2 mEq/L	Alb: 4.1 g/dL
	K: 4.16 mEq/L	LDH: 434 U/L
	Cl: 107 mEq/L	CRP: 0.1mg/dL
	İnorg.P: 4.4 mEq/L	ESR:74 mm/h

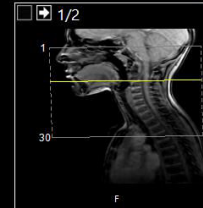
Kesit: 5 mm
Dist: 6 mm
TR: 5854
TE: 57,6
AC: 2

C: 1183,0, W: 2057,0
C=1183,0, W=2057,0 1/3



Coil: SENSE-NV-16
Pos: HFS
FoV: 220,000001907348 mm
Series: 701
Image no: 19
Toplam 30 görüntüden 12.
20.09.2016, 20:09:09

P



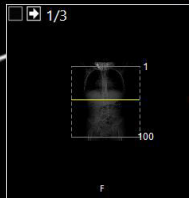
6

C: 40,0, W: 330,0
C=40,0, W=330,0 1/9



F: FC13
40 mA
120 kV
Image no: 48
Toplam 100 görüntüden 48.
20.09.2016, 17:01:55

P



3

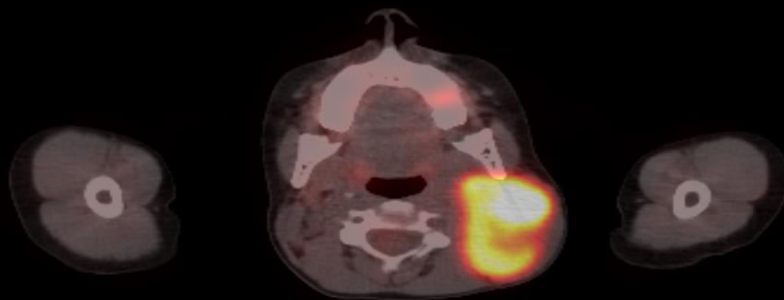
Axial Volume 2/Volume 1
Ex: 10103

Se: 6
I: 261.6
Im: 57

DFOV 50.0 cm

A 250

KOCAELI UNIVERSITESI
HAKAN HALILOGLU
M 8 1199017
DoB: Jan 08 2008
Ex: Sep 20 2016



L
0.52
0.52
0.52

50 % PET

3.3/

3.3mm /3.3sp

02:19:47 PM

20.09.2016, 14:19:47 M=26.00 kBq/ml

P 250

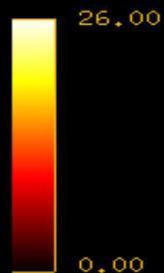
Axial Volume 2/Volume 1
Ex: 10103

Se: 6
I: 536.3
Im: 141

DFOV 50.0 cm

A 250

KOCAELI UNIVERSITESI
HAKAN HALILOGLU
M 8 1199017
DoB: Jan 08 2008
Ex: Sep 20 2016



50 % PET

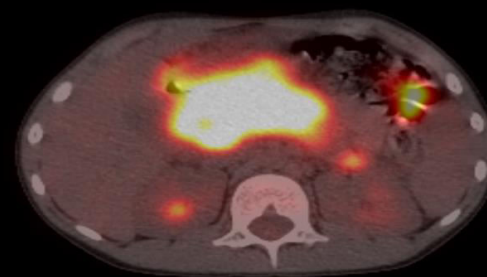
3.3/

3.3mm /3.3sp

02:19:47 PM

20.09.2016, 14:19:47 M=26.00 kBq/ml

P 250



60.0

-999999.0

03.10.16 tarihinde sonuçlanan biyopsi raporu;

- Sol servikal 8 cm çaplı kitleden yapılan biyopsi **Diffüz B Hücreli Lenfoma** olarak sonuçlandı.
- Yapılan immünohistokimyasal incelemede;
CD3 ile dağınık (+) pozitif boyanma izlendi.
CD20 ile diffüz (+) pozitif boyanma izlendi.
- Tümör yaygın çizgili kas invazyonu yapmaktadır.
- Nekroz izlenmektedir.

NON-HODGKİN LENFOMALAR (NHL)

Hodgkin dışı lenfomalar, immün sistem ve lenfoid dokudan köken alan malign tümörlerdir. İmmün sistemin ulaştığı her noktaya yayılma eğilimindedirler. Hızlı çoğalan ve saldırgan özellik taşıyan bu hastalık grubu, bu özelliklerinden dolayı tanıda yüksek tümör yükü ile karşımıza gelir.

- Hodgkin lenfomadan daha sık görülür. Erkeklerde üç kat daha fazladır.
- Sınıflaması şu şekildedir: 1) **Burkitt Lenfoma (%40)**
2) Lenfoblastik T hücreli NHL (%30)
3) Diffüz büyük B hücreli NHL (%20)
4) Anaplastik büyük hücreli NHL (%10)

Non-Hodgkin Lenfomalar

B hücreli lenfomalar

DSÖ sınıflamasında yüksek dereceli B hücreli lenfoma, Burkitt ve non-Burkitt lenfomalar

- Çocukluk çağı NHL'nin %40-50'si
- İmmünofenotip Ig M yüzey antijeni ekspresyonu, CD19, CD20 ekspresyonu
- c-myc onkogeni, **t(8;14)** (%75), **t(8;22)**, **t(2;8)**

Non-Hodgkin Lenfomalar

Klinik bulgular

- **Histolojik alt tip**
- **Primer tümör bölgesi**
- **Hastalığın yaygınlığına bağlı**
- **Tipik olarak ektranodal tutulum**
- **Büyüme hızı yüksek**
- **2/3'ü lokal ileri evre veya yaygın hastalık**
- **MSS ve kemik iliği tutulumu**

Non-Hodgkin Lenfomalar

Klinik bulgular (NHL infradiyafragmatik bölgeyi sever, en sık abdomen yerleşimli)

- **Sporadik Burkitt Lenfoma; abdomen primerli**
- **En sık ileoçekal bölge**
 - Karın ağrısı
 - Batında kitle/asid
 - Bulantı-kusma
 - İntestinal obstrüksiyon
 - İnvaginasyon
 - Kemik iliği tutulum sıklığı fazla

Dikkat: 1. Laparotomi sadece acil durumlarda yapılmalı

2. Tümör lizise dikkat

- **Endemik (Afrika tipi) Burkitt Lenfoma; çene yerleşimi tipik, orbita, paraspinal bölge**
 - **MSS tutulum sıklığı fazla**

Non-Hodgkin Lenfomada Evreleme (St. Jude)

- **Evre I:** Tek bir nodal veya ektranodal tutulum (mediasten veya karın hariç)
- **Evre II:** Diyafragmanın tek tarafına sınırlı hastalık (bölgesel yayılım) veya rezeke edilebilen sınırlı gastrointestinal kitle.
- **Evre III:** Diyafragmanın her iki tarafında hastalık veya mediastinal tutulum veya yaygın intraabdominal kitle.
- **Evre IV:** Merkez sinir sistemi veya kemik iliği tutulumu.

TANI: Hodgkin lenfomadan farklı olarak, tümör dokusunda (biyopsi, kemik iliği, BOS, plevral/perikardiyal/asit sıvısı)immünofenotiplendirme ve karyotip analizi ile konur.

Non-Hodgkin Lenfomalar

Genel tedavi prensipleri

- **Pediyatrik onkolojinin en yoğun protokolleri**
- **Hücresel alt grup önemli**
- **SSS yönelik tedavi (T hücre)**
- **Tedavi süresi histolojiye göre değişir (4 hafta-24 ay)**
- **Yoğun kemoterapi primer tedavi şekli**
- **Lokal tedavi yöntemleri aciller dışında yok (VKSS, üreterik obst)/ lokalize rezidüel kitle**
- **Laparotomi sadece tanısal, komplikasyonlarında cerrahi tedavi; intususepsiyon, perforasyon, kanama**

Non-Hodgkin Lenfomalar

Genel tedavi prensipleri

- Lenfoblastik lenfoma; uzun süreli, az yoğun KT, ileri evrelerde SSS profilaksisi
- **B hücreli lenfomalar; kısa süreli çok yoğun KT**
- Anaplastik “large cell” lenfoma; B hücreli lenfoma tedavileri
- Siklofosfamid, metotreksat, Ara-C, vinkristin, adriamisin, prednisolon
- 5 yıllık yaşam oranı; %70-80
- Uzun dönemde sekeller; reproduktif fonksiyon bozukluğu, kardiyotoksisite, sekonder malignansiler

KLİNİK İZLEM

- Non-Hodgkin lenfoma düşünülen hastaya tümör lizis tedavisi başlandı.
- Hastaya Diffüz B hücreli lenfoma tanısı konulduktan sonra VORPHASE (dexametazon+siklofosfamid) kemoterapisi başlandı.
- 11.10.16 tarihinde NHL-BFM protokolüne uygun olarak AA kemoterapisi başlandı.

- AA kemoterapisi sonrası çekilen karın BT'de:
(18.11.16) karın BT: Çekum, çıkan kolon ve transvers kolonda ödemli görünüm ve duvar kalınlığında artış. Enfeksiyöz ve inflamatuvar süreçlerle uyumlu olarak değerlendirildi.

Mezenter orta hatta nekrotik özellikte lenfadenopati.

27.10.2016 tarihli BT ile karşılaştırıldığında lenfadenopati boyutlarında azalma izlenmektedir.

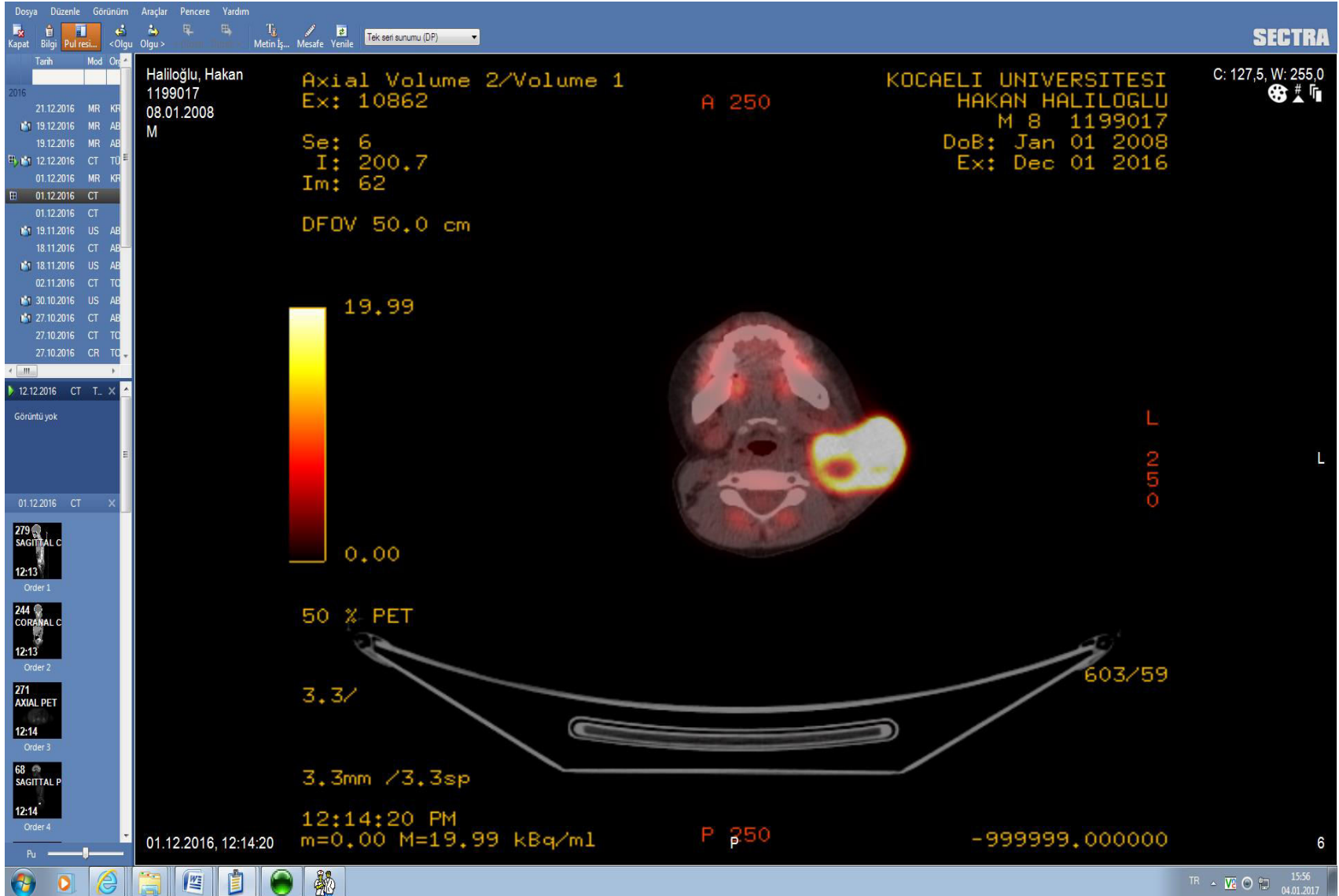
- 10.11.16'da BB protokolüne başlandı.
- BB kemoterapisi sırasında boynundaki kitleden akıntısı oldu.
- Akıntıdan örnekleme yapıldı, hastaya ampisilin sulbaktam başlandı.
- Boyun sürüntüsünden alınan kültürde üreme saptanmadı. İmprint örneğinde az sayıda lenfoblast, çok sayıda PMNL saptandı.



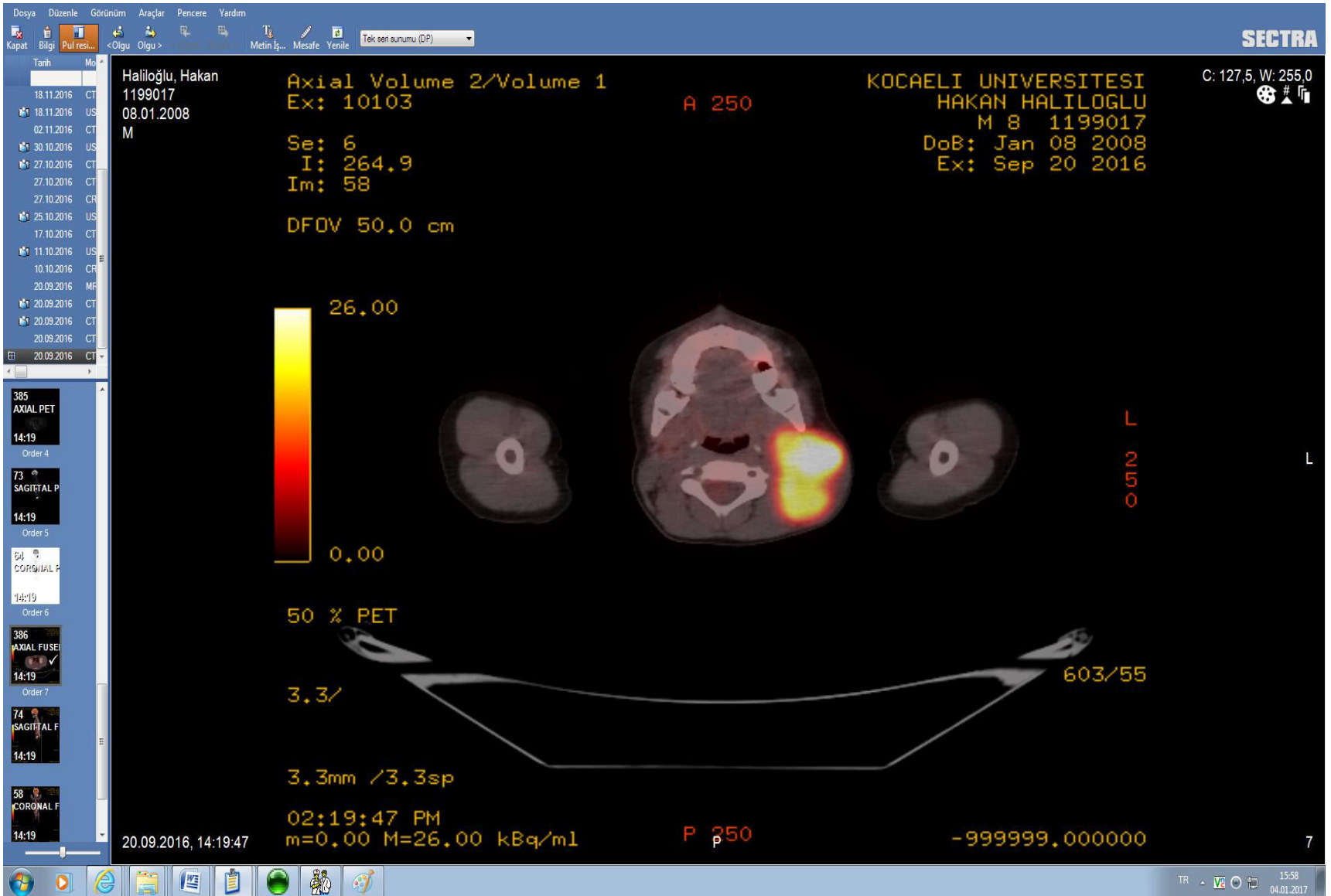
- Bu süreçte boyundaki kitlede büyüme ve akıntısı olan hastaya takip amacıyla interim PET planlandı.
- PET görüntülemesinde;
Sol servikal veya juguler alanı dolduran LAP pakesinin boyutu ve SUVu 20.09 tarihine göre hafif artmıştır. Abdomino-pelvik kitle izlenmedi.

ÖN TANILARINIZ NELERDİR?

PET- 01.12.16 (boyun)



PET- 20.09.16 (boyun)



PET- 01.12.16 (karın)

SECTRA

Dosya Düzenle Görünüm Araçlar Pencere Yardım

Kapat Bilgi Pul resi... <Olgu Olgu> Metin İş... Mesafe Yenile Tek seri sunumu (DP)

Haliloğlu, Hakan Axial Volume 2/Volume 1 KOCAELI UNIVERSITESI C: 127,5, W: 255,0
1199017 Ex: 10862 A 250 HAKAN HALILOGLU
08.01.2008 Se: 6 M 8 1199017
M I: 485.2 DoB: Jan 01 2008
Im: 149 Ex: Dec 01 2016
DFOV 50.0 cm

19.99
0.00
50 % PET
3.3/
3.3mm /3.3sp
12:14:20 PM
01.12.2016, 12:14:20=0.00 M=19.99 kBq/ml P p50 -999999.000000 6

2/9 SAGITTAL CT 12:13
244 CORANAL CT 12:13
271 AXIAL PET 12:14

04:07 09.01.2017

- Hasta bu sonuçlarla pediatri tümör kurulunda (PTK) tartışıldı.
- Kitlenin avasküler nekrotik tümör dokusu ya da apse içeren enfekte tümöral yapı olabileceği düşünüldü ve boyun ultrasonu yapıldı.
- Boyun USG'sinde apse saptanmadığı, kitlenin solid kıvamlı, nekrotik bir yapıya sahip olduğu belirtildi.
- Bunun üzerine hastaya CC kemoterapisi başlandı.

- CC kemoterapisi sonrasında akıntısı yeniden başlayan ve kitlesi büyümeye devam eden hasta tekrar PTK'da tartışıldı.
- NHL tedavi prosedürlerinde cerrahi eksizyon yer almamasına rağmen, avasküler olduğu düşünülen kitlenin kemoterapötiklere ve antibiyotiklere yanıt vermemesi ve büyümeye devam etmesi sebebiyle plastik cerrahi anabilim dalı ile görüşülerek eksizyonu planlandı.

- Hasta 30.12.16'da opere edildi.
- Kitle çıkarıldı (geniş eksizyon)
- Sol bacak lateralinden boynuna flep yapıldı.
- Boynundan alınan parçadan patoloji ve mikrobiyolojiye örnekler gönderildi.
- Mikrobiyolojik kültürlerde üreme olmadı.
- Patolojik materyalin %50'sinin tümöral, %50 nekrotik özellikte olduğu belirtildi
- Hastanın izlemi sürüyor.



Olgudan öğrendiklerimiz

- Çocukluk çağında büyük ve proliferasyon hızı yüksek olan tümör kitleleri KT'ye hızlı yanıt vererek özellikle merkezlerinde nekroza gider.
- Nekroza giden avasküler kitlelerde damar içine verilen tedaviler kitleye ulaşamadığından bu bölgede tedavi başarısız kalır.
- Avasküler canlı/ölü tümöral kitle enfeksiyonlar (apseleşme) için odaktır.
- Bu olgularda NHL tedavisinde cerrahi çıkarım gerekebilir.