



Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Servisi
Olgu Sunumu
23.08.2022

Araş. Gör. Dr. Aytac Malikzade



Olgu

- 6.5 aylık, erkek hasta
- Yakınması:
 - Kafada ve boyunda şişlik



Olgu

- **Hikayesi:**

- Başvurusundan 2.5 ay önce kafasında 2 cm büyüklüğünde şişlik fark edilmiş.
- 1 hafta içinde boyutlarında artış olduğu görülmüş.

- **Kan sayımı:**

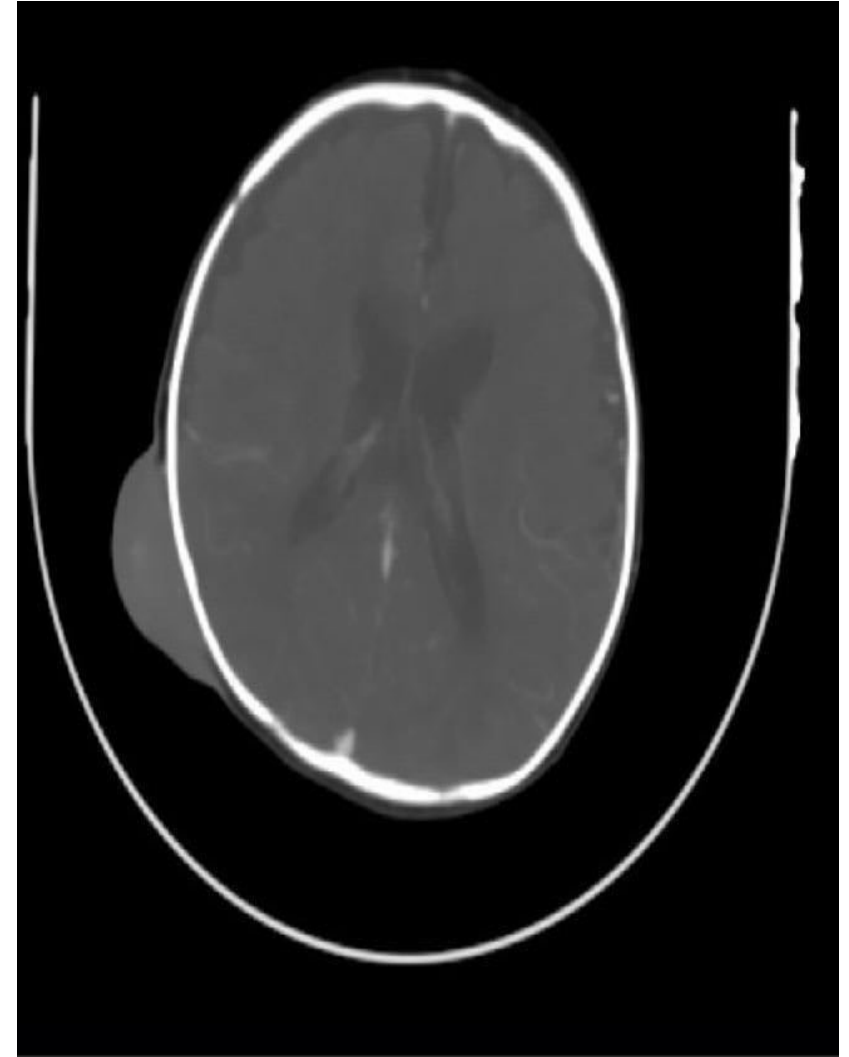
- Lökosit: 8870 μL
- Nötrofil: 900 μL
- Lenfosit: 6870 μL
- Hb: 10,9 gr /dL
- MCV: 74,7 fL
- PLT: 281.000 /mm³
- Takip önerilmiş.

Olgu

- 1 ay sonra çekilen Yüzeyel USG'de
 - Sağ temporal bölgede 27x8 mm solid lezyon,
 - Sağ oksipital bölgede 11x6 mm ve 8x 6 mm boyutunda LAP saptanmış.
- Çocuk Cerrahi'ye yönlendirilmiş.

Olgu

- **Beyin BT'de**
 - Sağ parietookspital bölgede skalpte lokalize 50 x18 mm yumuşak doku dansitesinde lezyon,
 - Sağ oksipital aşağı seviyede 15 mm skalpte lokalize izo-hipodens kitle,
 - Sağ servikal zincirde yer yer paket yapmış en büyüğü 37 mm ölçülen solid kitleler izlenmiş.
- **Batın USG:** Normal olarak değerlendirilmiş.



Olgu

- Beyin BT sonucu ile Beyin Cerrahi'ye, oradan da Plastik Cerrahi'ye yönlendirilmiş.
- Beyin MR istenmiş.
- Kitleleri büyüyen hasta dış merkezde Çocuk İmmunoloji'ye başvurmuş.
- Kan sayımında lökositoz ve trombositopenisi olan hasta Çocuk Hematoloji'ye yönlendirilmiş.

Özgeçmiş

- Özellik yok

Soygeçmiş

- Anne: 37 yaş, sağ, demir eksikliği anemisi
- Baba: 43 yaş, sağ, sağlıklı
- Anne ve baba arasında akrabalık yok.
- 1. çocuk: 12 yaş, erkek, sağ, sağlıklı
- 2. çocuk: 8 yaş, erkek, sağ, sağlıklı
- 3. çocuk: Hastamız

Fizik Muayene

- Tartı: 9.9 kg (>97 p)
- KB: 100/60 mmHg (95p: 101/52 mmHg)
- Boy: 73 cm (>97 p)
- NDS: 120
- SDS: 33

Fizik Muayene

- Genel durum iyi. Bilinci açık. Aktif, hareketli, çevreye ilgili.
- **Baş boyun:** Sağ temporal bölgede 7x4.5 cm boyutunda kitle. Sağ servikal bölgede 3,5x3 cm ve 2.5 x2 cm boyutlarında sert, ağrısız, immobil LAP mevcut.
- **Gastrointestinal sistem:** Hepatomegali yok. Dalak kot altında 3 cm ele geliyor. Traube kapalı.
- Diğer tüm sistem muayeneleri doğal olarak izlendi.

Laboratuvar

WBC: 43.410 μ L

NEU: 1230 μ L

Lenfosit: 36.310 μ L

Eozinofil: 20 /mm³

Monosit: 5670 /mm³

Hb: 8,1 gr/dL

MCV: 70,3 fL

PLT: 75.000 /mm³

Albumin: 41.7g/L

Na: 132.8 mmol/L

Total protein: 58.4 g/L

K: 4.93 mmol/L

Kreatinin: 0.56 mg/dL

Ca: 10.36 mg/dL

ALT: 46.2 U/L

P: 1.96mg/dL

AST: 5.2 U/L

Cl: 97 mmol/L

Ürik asit: 11.1 mg/dL

LDH: 1275

CRP: 14.8

Patolojik Bulgular

- Yaklaşık 2,5 aydır var olan kafada kitle
- Yaygın servikal lenfadenopati
- Splenomegali
- Lökositoz
- Trombositopeni

Ön tanılar?
Ek tetkik?

Kafada (Skalp) kitle

Benign Kitleler:

Cilt altı kanama
Enfeksiyon (apse, selülit, osteomyelit)
Subperiostal kanama
Fibroksantom
Hemanjiom
Epidermoid kist, Fibrom

Malign Kitleler:

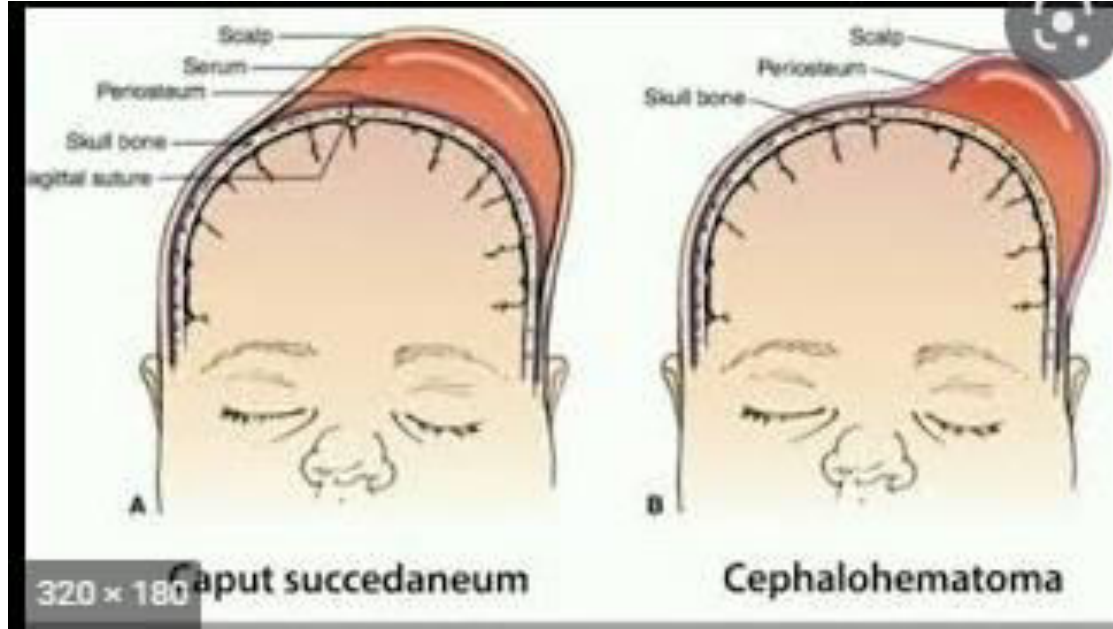
Nöroblastom
Histiyoitoz
Ewing tümörü
Rabdomyosarkom
Lösemi
Lenfoma
Granülositik sarkom



Dermoid kist: Sıklıkla orta hatta yerleşir. İyi huylu kistlerdir. Saç ve sebase glandlar gibi dermis elemanları içerir. USG, BT, MR ayırıcı tanıda yardımcıdır. Tedavisi cerrahi eksizyondur.



Epidermoid (Sebase kist): Sebase bezlerin tıkanması veya cilt foliküllerinin iltihaplanmasıyla ortaya çıkar. İyi huylu kistlerdir. Kemik fasyasına yapışık ve hareketlidirler. Tedavisi cerrahi eksizyondur.



Kaput suksadenum:

Doğumdan hemen sonra deri altında oluşur, birkaç günde kaybolur. Saçlı derinin diffüz ödematoz şişliğidir. Sütürleri geçer. Yüze yayılabilir, kulakları öne itebilir. Genelde kırık olmaz. Morumsu renk değişikliği yapar.

Sefal hematom:

Doğumdan hemen sonra ya da doğumu izleyen birkaç saat içinde oluşur. Kraniyum ile periost arasındaki damarların rüptüre olması sonucu oluşan subperiostal kanamadır. Olguların %5-20'sinde kraniyal kemikte kırık olabilir.

Yenidoğanda görülür.
Ancak travmaya bağlı da görülebilir.

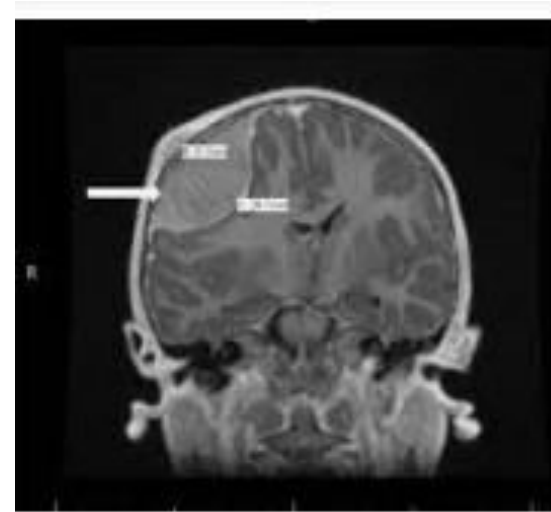
Granülositik sarkom (Myeloid sarkom):

- AML ile eşzamanlı olarak veya nüksetme sırasında izole bir ekstramedüler lösemik tümör olarak ortaya çıkan nadir bir hastalıktır.
- AML'ye benzer şekilde myeloid blastlardan oluşur.
- Sık tutulum yerleri; deri, lenf düğümleri, GIS, kemik, yumuşak doku, testis, peritondur.
-
- Tanı; kemik iliği biyopsisi ile konur.

Histiyositoz



Nüks nöroblastom



Kafa ve boyunda kitle ile gelen hastaya yaklaşımda;

- Ayrıntılı öykü ve sistemik muayene ayırıcı tanının en önemli aşamalarıdır.
- Tetkikler öykü ve muayene bulgularına göre seçilir. Reaktif LAP düşünülüyorsa hemen tetkik istenmemeli, hasta izleme alınmalıdır.
- Birinci basamakta temel tetkikler yapılmalı. En önce tam kan sayımı ve periferik yayma istenmelidir.
- Apse veya doğumsal lezyon düşünüldüğünde kitleye yönelik; sistemik hastalık şüphesinde ise batın USG istenebilir.
- Ayırıcı tanıda BT, MR istenebilir.

Laboratuvar

Periferik yayma

- % 72 blast
- %20 lenfosit
- %4 monosit
- %2 PNL
- %1 band

BOS

- Aselüler

Kemik İliği Aspirasyonu

- Normosellüler kemik iliği
- Megakayosit görülmedi
- Monotipi gösteren kemik iliği
- %97 dar sitoplazmalı L1 tipi blast
- %1 eritroblast
- %1 normoblast
- %1 promyelosit

KLİNİK İZLEM

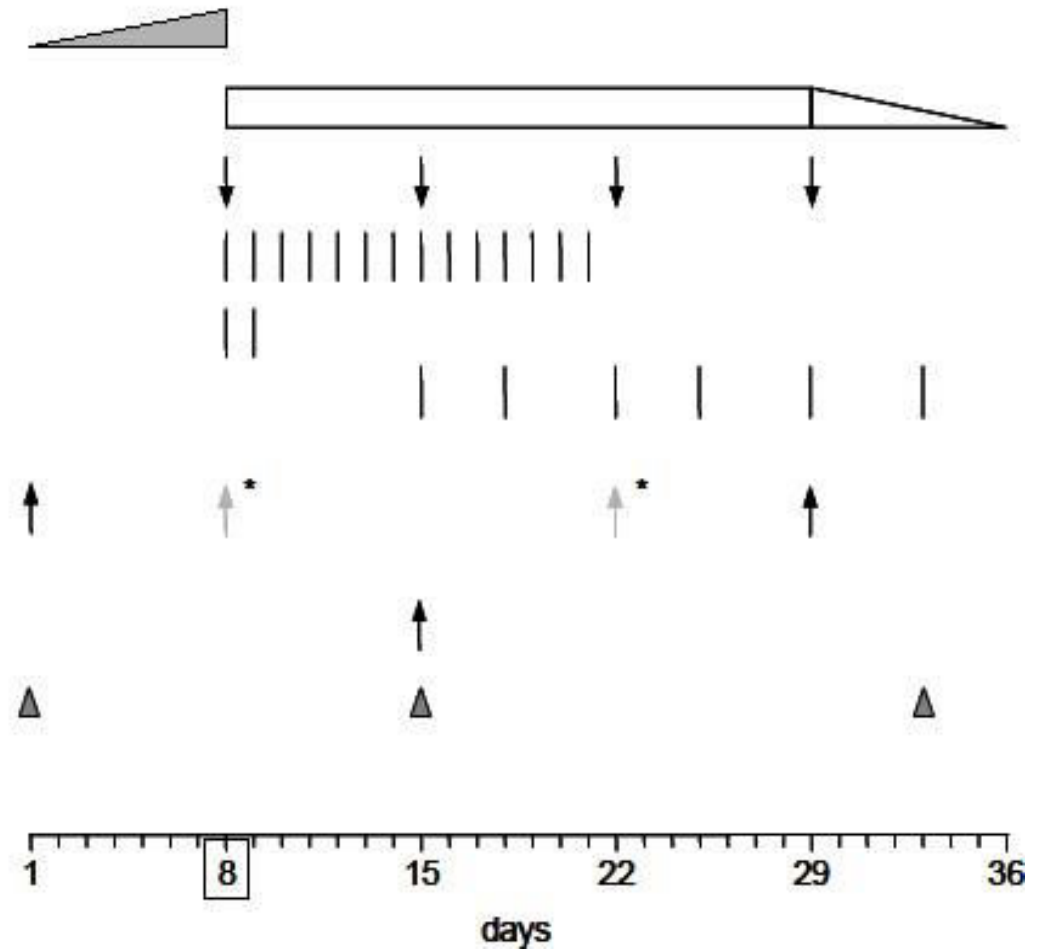
- Infant ALL tanısıyla hastamız Çocuk Hematoloji Servisi'ne yatırıldı.
- Tümör Lizis Sendromu için profilaksi başlandı.
- Hidrasyon tedavisi 3.000 ml/m²/gün 1/2 SF + 40 mEq/L NaHCO₃ olarak düzenlendi.
- Allopurinol 10 mg/kg/gün dozunda başlandı.
- Enfeksiyon profilaksisi başlandı.
- Ağız bakımı başlandı.
- TMP-SMX profilaksi dozunda başlandı.
- Trombosit süspansiyonu ve Eritrosit süspansiyonu verildi.

Prednisolon tedavisi başlandı.

INDUCTION

PRED	PO/IV 60 mg/m ² /day
DEXA	PO/IV 6 mg/m ² /day
VCR	IV push 1.5 mg/m ² /dose
ARA-C	IV 30min 75 mg/m ² /dose
DNR	IV 1hr 30 mg/m ² /dose
L-ASP (E.coli Asparaginase MEDAC)	IV 1hr 10000 U/m ² /dose
MTX/PRED	ITH acc. to age
*Only in case of initial CNS involvement.	
ARA-C/PRED	ITH acc. to age
BMP	

8 PRED-response





7 günlük tedavi sonrası



Tedavinin 20. gününde

**Fotoğraf kullanımı için hastanın ailesinden
bilgilendirilmiş onam alınmıştır.*

Kazanımlar

- Her çocuk öncelikle bir çocuk hekimi tarafından değerlendirilmelidir.
- Kafada kitle ile başvuran bir hastada iyi bir öykü ve tam sistemik muayeneden sonra öncelikle hemogram ve periferik yayma değerlendirilmelidir.
- Hasta cerrahiden önce hematoloji ya da onkoloji hekimi tarafından değerlendirilmelidir.
- Kan sayımı ve periferik yayma normal olsa da kemik iliği aspirasyonu tanı için MR, BT gibi görüntüleme yöntemlerinden daha çabuk tanı koymamızı sağlar.

TEŞEKKÜRLER 😊