



Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

06.11.2019

Araş.Gör.Dr. Aydan DAĞDAŞ



Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Servis Olgu Sunumu

06.11.2019

Araş. Gör. Dr. Aydan DAĞDAŞ

5 yaşında kız hasta;

- **Yakınması:** topallama
- **Hikayesi:** 1 hafta önce sol ayağında topallama şikayeti başlayan hasta; sol ayağında ve bacağında morluk, ağrı şikayeti olmamış. idrar-gaita kaçıрма şikayeti olmamış. 3 hafta önce idrar yolu enfeksiyonu geçirme hikayesi mevcut. 10 gün önce sol omuz üzerine düşme hikayesi mevcut. Halsizlik, kilo verme gibi semptomları bulunmamakta

- **Özgeçmiş:** 2900 g, 37 GH'de, sezaryen ile doğum. Kullandığı ilaç, alerji öyküsü, ameliyat öyküsü ve bilinen herhangi bir hastalığı yok.
- 9 aylıkken idrar yolu enfeksiyonu sebebiyle 4 gün servis yatışı mevcut.
- **Soygeçmiş:**
 - Anne: 31 yaş, sağ sağlıklı
 - Baba: 30 yaş, sağ sağlıklı
 - 1.çocuk: 7.5 yaş, kız, sağ sağlıklı
 - 2.çocuk: Hastamız

Fizik Muayene

Ateş: 36,4 C

Boy: 104 cm (10-25p)

SPO2: 98

VA: 16 kg (10-25 p)

TA: 90/60 mmHg

KTA: 88/dk

- Genel durum: İyi, huzursuzluğu mevcut.
- Deri: Turgoru :doğal. KDZ<2 sn. Solukluk, morarma yok.
- KVS: S1+S2 doğal. Ek ses ve üfürüm duyulmadı.
- Karın: Rahat, defans yok rebound yok, hepatosplenomegali yok.

Nörolojik Muayene

-Üst Ekstremité: bilateral kas gücü 5/5

***Tendon Refleksleri:** Sağ patella refleksi :pozitif

-Alt Ekstremité: Bilateral M.quadriceps kas gücü 5/5

Sol patella refleksi : kayıp

Bilateral Harmstring kas gücü:5/5

Sağ aşil refleksi: pozitif

Bilateral Ayak Flexörlerinin kas gücü:5/5

Sol aşil refleksi:kayıp

Sağ ayak extensör kas gücü:5/5

***postür:** postür bozukluğu yok

Sol ayak extensör kas gücü:1/5

***stepaj** yürüyüşü mevcut. Denge kaybı yok.

*Sağ-sol ekstremité arasında kalınlık farkı yok.

*Ense sertliği yok,Kernig-Brudzinski yok.

*Bilateral alt ve üst ekstremitelerde duyu kaybı yok.

*Her iki ekstremitede patolojik refleksi yok

Laboratuvar Bulguları

Hematoloji

Test Adı	Sonuç	Diğer
Sedimentasyon	16	
Hemogram		
WBC	6,2	
NEU	2,6	
NEU %	42,1	
LYM	2,7	
LYM %	44,2	
MONO	0,5	
MONO %	7,4	
EOS	0,3	
EOS %	5,6	
BASO	0,0	
BASO %	0,7	
NRBC	0,63	
NR/W	10,2	
RBC	4,84	
HGB	12,0	
HCT	35,8	
MCV	73,9	
MCH	24,7	
MCHC	33,4	
PLT	299	
MPV	8,2	
RDW	15,6	
RDW-SD	40,7	

Biyokimya

Test Adı	Sonuç	Diğer
MDRD (GFR Hesaplama)	406,94	
eGFR (CKD-EPI Pediatrik)	275	
Açlık Kan Şekeri (AKŞ)	86,9	
Ürea	21,47	
BUN (Kan üre azotu)	10	
Kreatinin	0,28	
AST (SGOT)	31,7	
ALT (SGPT)	12,5	
ALP (Alkalen Fosfataz)	170	
LDH	252	
Protein, Total	73,41	
Albumin	42,19	
Sodyum (Na)	138,4	
Potasyum (K)	4,43	
Globulin	31,22	
Klor (Cl)	104,7	
Düzeltilmiş Sodyum	138,2	
Kalsiyum	10,0	
Magnezyum (Mg)	1,9	
Fosfor (P)	4,42	
Ürik asit	3,78	
Düzeltilmiş Kalsiyum	9,82	
CRP	11,12	

Laboratuvar Bulguları

Bos tetkiki:

Mikroprotein: 27.5 mg/dl (15-45)

Glukoz: 38.4 mg/dl

Eş zamanlı kan şekeri: 86 mg/dl

Hücre Sayımı: 11 eritrosit, 2 lökosit

Patolojik bulgular;

CRP yüksekliği

Düşük ayak

Stepaj yürüyüşü

Nörolojik muayenede sol alt ekstremitte bulguları

Ön tanılar?
Ek tetkik?



Görüntüleme teknikleri:

***29.10.2019 tarihinde çekin Beyin MRI:**

Normal olarak değerlendirildi, patoloji saptanmadı.

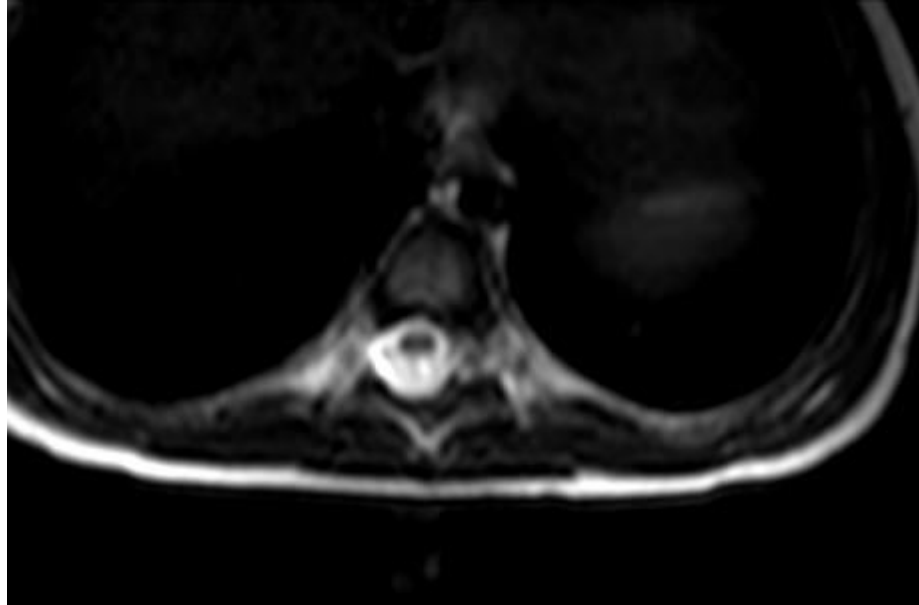
***29/10/2019 tarihinde çekilen EMG:**

Posterior tibial yanıt elde edilemedi. (Polinöropatinin erken bulgusu?)

Görüntüleme Teknikleri:

- **03/11/2019 tarihinde çekilen Spinal MRI:**
- L2 düzeyinde intradural yerleşimli kauda equina lokalizasyonunda 13 mm boyutlu T2 hiperintens kistik lezyon izlendi. Lezyon süperiorunda kord ödemli izlendi. İnferior düzeyde ise vasküler yapılara ait sinyal void alanları izlenmektedir.
- S2 düzeyine dek kord düzeyinde kontrast tutan T2 hiperintens, T1 hafif hiperintens lezyon izlendi. Öncelikle intradural kitleye sekonder değerlendirildi. Ayırıcı tanıda dural vasküler malformasyonlar yer almaktadır.

Görüntüleme Teknikleri



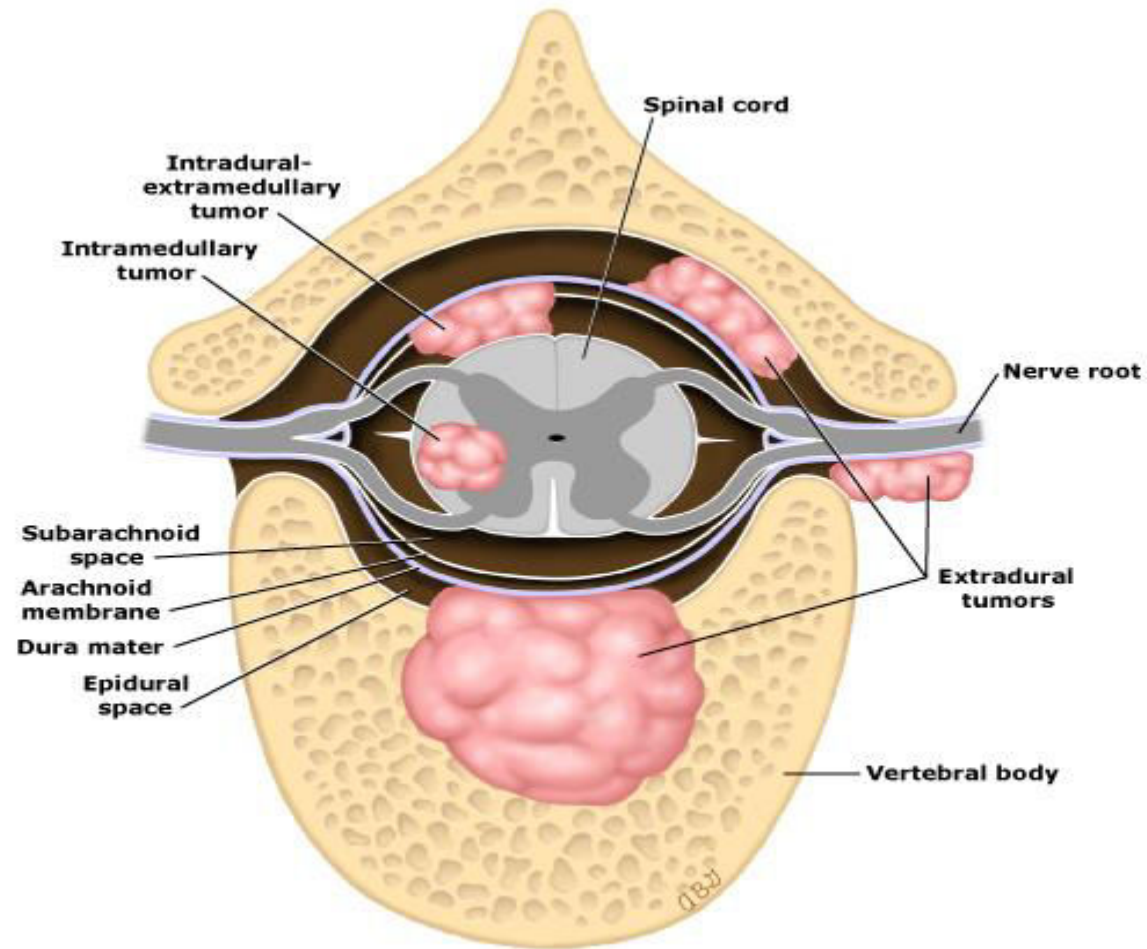
Spinal Kord Basıları

- **Medulla Spinalisin Anatomisi :**
- Medulla spinalis medulla oblongatanın alt ucundan başlar. Alt ucu erişkinlerde birinci lomber vertebra,yenidoğanlarda ise üçüncü lomber vertebra hizasında sonlanır.
- Anatomik bir anomali yoksa tüm yaşlarda L4-L5 ve L5-S1 aralığı lomber ponksiyon yapmak için güvenilir bir aralıktır.
- L1 den S2 ye kadar olan vertebra düzeylerinin içinde kauda equina adı verilen bölümler yer alır. Bunlar lumbo-sakral radikslerdir.

Spinal Kord Basıları

- Spinal Kord Tümörleri
- Spinal kord tümörleri spinal korda yapışık veya iç kısmında olabilir.
- İntraaksiyel kabul edilirler ve primer veya metastatik olabilir.
- Primer olanlar santral sinir sistemi tümörlerinin %2-4lük kısmını kapsarlar. 3te 1'i intramedüller kompartmandadır.
- Anatomik lokasyonuna göre 3 gruba ayrılırlar:

Spinal Kord Basıları



Spinal Kord Basıları

- **Spinal Kord Tümörleri**
- **Intramedüller tümörler:** spinal kordun direkt içinde oluşurlar. Çoğu intramedüller tümörler genellikle ependimoma ya da astrositomadır. Metastazlar da görüntüleme yöntemlerinin gelişmesiyle daha fazla tanı almaya başlamıştır.
- **Intradural-ekstramedüller tümörler:** duranın içinde oluşan ancak spinal kordun dışında oluşan tümörlerdir. Bu grupta en sık görülen menengiomlar ve sinir kılıfı tümörleridir.
- **Extradural tümörler:** genellikle metastatik tümörlerdir ve sıklıkla vertebra gövdesinde oluşurlar

Spinal Kord Basıları

- **Semptomlar:** ister içeriden ister dışardan oluşmuş bir tümör olsun sıklıkla nöral dokuyu harap ederek lokal veya distal bölgelerde etkilerini gösterirler.
- En sık lokal etkisi gece uyandıran sırt ağrısıdır(olguların %80 'inde). Sırt ağrısı çocuklarda başka nedenle nadirdir, acilen araştırılmalıdır.
- Lezyonun distalinde inen ve çıkan yollarla ilgili semptomlar oluşabilir.Kas güçsüzlüğü ön plandadır. Distalde his kaybı, sfinkter disfonksiyonu ve yürüme bozuklukları görülebilir. Nörolojik bulgular önce tek taraflı başlasa da bilaterel nörolojik bulgulara ilerleyebilir.

Spinal Kord Basıları

- **Değerlendirme:**
- Ayrıntılı bir nörolojik muayene yapılmalıdır. Ekstremitte kuvveti,refleksler ve tonus değerlendirilmelidir.Sfinkter tonusu bakılmalıdır.
- Sırt ağrısı olup nörolojik muayenesi normal olan çocuklarda MRG 24 saat içinde çekilmelidir.Hareket edemeyenlerde ise acilen görüntüleme yapılmalıdır.
- Patolojik nörolojik bulguları olan çocukta tüm medulla spinalisin MRG si gereklidir. MRG çekilemiyorsa BT myelografi yapılmalıdır.
- Düz grafiler çocuklarda mevcut patolojilerin ancak üçte birini saptayabildiğinden düz grafi çekmenin pek önemi yoktur.

Spinal Kord Basıları

- **Değerlendirme:**
- Subaraknoid hastalığın ve meningeal löseminin ya da karsinomatozisin tanısında BOS laboratuvar çalışmaları gereklidir. Tam spinal blok olan hastalarda BOS proteini artmıştır, fakat parsiyel tıkanmalarda protein normal olabilir.

Spinal Kord Basıları

- **Tedavi:**
- Öyküsünde ilerleyici medulla spinalis basısı olan ve fizik muayenede disfonksiyon saptanan hastalarda ödemi azaltmak için **deksametazon** 1-2 mg/kg/gün yükleme dozu olarak (maksimum doz 10 mg) verilir ve takiben 1.5 mg/kg/gün altı saatte bir dörde bölünmüş olarak verilir. Steroid nörolojik semptomları azaltabilir.
- Kanserli hastalarda sırt ağrısı varsa medulla spinalis basısı olasılığı düşünülür ve fonksiyon kaybı olmayan hastalarda düşük doz tedavi(her 6 saatte bir 0.25-0.5 mg/kg p.o.) yeterlidir.

Spinal Kord Basıları

- **Tedavi:**
- Medulla spinalise bası yapan bir kitle tanımlanırsa acil cerrahi dekompresyon, radyoterapi ve kemoterapi arasında tedavi seçimi yapılmalıdır. Bu kararı etkileyen faktörler:
- Histolojik tanının elde edilebilme olanağı
- Spesifik tümör tipinin RT ve KT ye beklenen cevabı
- Nörolojik defisit derecesi
- Nörolojik defisit ilerleme hızı

Spinal Kord Basıları

- **Tedavi:**
- Histolojik tanı yoksa ya da tanı diğer yöntemlerle hızla konulamayacaksa genellikle acil cerrahi gerekir.
- Eğer radyoterapiye hassas bir tümöre bağlı bası varsa steroide ek olarak radyoterapi verilir.
- Kemosensitif tümörlerde (lösemi, lenfoma, nöroblastom) ise ilk tedavi olarak kemoterapi kullanılır. Kemoterapi primer ve metastatik kanserin hemen kontrolünü sağlar. Kemoterapinin bu hastalarda medulla spinalis basısını kaldırmakta cerrahi ve radyoterapi kadar etkili olduğunu gösteren çalışmalar vardır.

Spinal Kord Basıları

- Medulla spinalis basısı ile gelen hastaların prognozu tanı sırasındaki nörolojik bulgulara bağlıdır. Tedavi başladığında hareket edebilen hastalar genellikle bu özelliklerini korurlar. Ancak başlangıçta hareket edemeyen erişkin hastalarda genellikle değişim olmamakta ise de çocukların yarısı tekrar yürüyebilmektedir.

Kaynaklar

1. Albano EA, Ablin AR Oncologic emergencies.
In:Ablin AR(e.d.)
2. Carmody RF, Yang PJ Seeley GW et al.Spinal cord compression due to metastatic disease
3. Nicolin G. Emergencies and their management
4. Plantaz D, Rubbie H, Michon J, et al. The treatment of neuroblastoma with intraspinal extension with chemotherapy followed by removal of residual disease.
5. Rheingold SR, Lange BJ. Oncologic emergencies

TEŞEKKÜRLER....