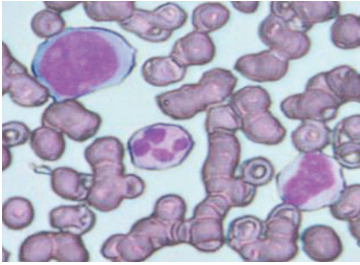
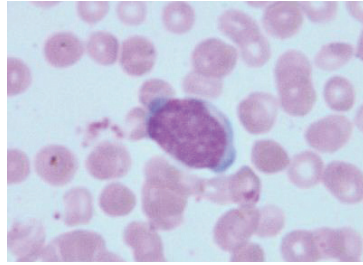


Lenfadenopati ve kilo kaybı ile başvuran yedi yaşında erkek hastanın periferik kan yaymasında mavi sitoplazmalı, nukleoluslu hücreler

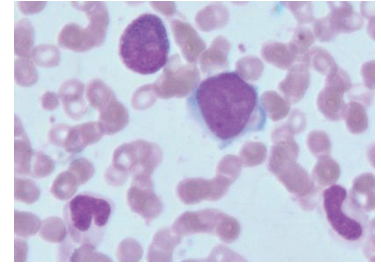
Çisem AKSU, Neslihan BARANOĞLU HİM, Taner ADIGÜZEL, Ahmet KOÇ



Şekil 1. Sol üstte nukleoluslu, geniş mavi sitoplazmalı mononükleer hücre



Şekil 2. Ortada mononükleer atipik hücre



Şekil 3. Mavi sitoplazmalı, sitoplazmik uzantıları olan mononükleer atipik hücre

Yedi yaşında erkek hasta, iki hafta önce ortaya çıkan sağ kulak altında şişlik, kilo kaybı ve halsizlik şikayeti ile hastanemize başvurdu. Anamnezinden hastanın iştahsız olduğu ve iki hafta içinde toplam dört kilogram ağırlık kaybı olduğu öğrenildi. Özgeçmiş ve soygeçmişinde özellik yoktu.

Fizik muayenesinde genel durumu orta, vücut ısısı 38.1°C, cilt rengi soluk, orofarenksi hiperemik, sağ ön servikal zincirde 2x2 cm boyutunda ağrısız, hareketli,

yumuşak kıvamlı lenfadenopati (LAP) tespit edildi. Diğer sistem muayenelerinde patolojik bulgu saptanmadı.

Dış merkezde yapılan ilk tetkiklerinde kan sayımında Hb 12.1 g/dl, beyaz küre sayısı 11200/mm³, trombosit sayısı 293000/mm³, periferik kan yaymasında % 58 oranında lenfosit görülmüş olup, LDH: 744 U/L idi. Servikal bölgeye yönelik yüzeysel doku ultrasonografi (USG) incelemesinde sol servikal ve submandibular bölgede en büyüğü 23x15 mm çaplı LAP mevcuttu. Batın USG raporunda karaciğer 109 mm, dalak 85 mm ve mezenterik alanda en büyüğü 13x4 mm boyutlu çok sayıda iyi karakterli lenf nodu izlendiği kaydedilmişti. Hastanemizde yapılan kan sayımında Hb 12.6 g/dl, beyaz küre sayısı 6400/mm³, trombosit sayısı 350000/mm³, periferik kan yaymasında %58 lenfosit, % 22 polimorfonükleer lökosit, % 8 monosit, %2 bant, % 2 normoblast, % 1 eozinofil ve % 7 oranında mavi sitoplazmalı, çekirdeklerinde 2-3 adet nukleolus olan ve bazılarında sitoplazmik uzantılar bulunan büyük mononükleer hücreler görüldü (Şekil 1, 2, 3). LDH: 701 U/L, ürik asit: 3 mg/dL idi. Hastanın diğer biyokimyasal parametreleri normal aralıklarda idi.

Çisem Aksu (✉), Neslihan Baranoğlu Him, Taner Adıgüzel
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Tıp Fakültesi, Marmara
Üniversitesi İstanbul, Türkiye
e-mail: drcisemaksu@hotmail.com

Ahmet Koç
Çocuk Hematoloji ve Onkoloji Bilim Dalı, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
Anabilim Dalı, Tıp Fakültesi, Marmara Ünivesitesi, İstanbul, Türkiye

Gönderilme/Submitted: 03.08.2013 Kabul/Accepted: 23.10.2013

Tanınız nedir?

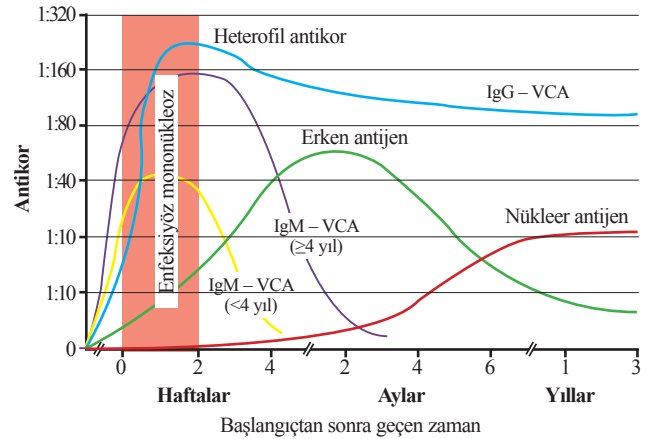
Tanı: Enfeksiyöz mononükleoz (EBV enfeksiyonu)

Lenfadenopati, kilo kaybı ve halsizlik şikayeti ile başvuran hastamızın viral seroloji sonucu Epstein-Barr virüsü (EBV) viral kapsid antijen (VCA) IgM ve IgG pozitif bulundu. Hastanın periferik yaymasındaki atipik görümlü, mavi sitoplazmalı hücrelerin enfeksiyöz mononükleoz (EM) tablosunda rastlanan, Epstein-Barr Virüsü (EBV) için tipik olan Downey hücreleri olduğu görüldü. On gün sonra kontrole çağrılan hastanın sağ ön servikal zincirdeki LAP'ı 0,5x 0,5 cm'e gerilemişti. Ateşi olmayan ve genel durumu düzelmiş olan hastanın oral beslenmesinin arttığı öğrenildi. Kontrol kan sayımı ve periferik yayması yapıldı. Kan sayımı nötrofil ağırlıklı olan hastanın periferik yaymasında % 65 polimorfonükleer lökosit ve % 35 lenfosit görüldü, atipik görümlü hücre yoktu. İzleme alınan hastanın takip eden süreçte kilo alımı oldu, semptomları tekrarlamadı ve aralıklı bakılan kan sayımlarında patolojik bulgu saptanmadı.

EM adolösan ve genç erişkinlerde görülen, ateş, LAP, farenjit ve halsizlik ile karakterize klinik bir tablodur ve sıklıkla EBV ile ilişkilidir [1]. Epstein-Barr Virüsü (Human Herpes Virüs-4) tükürük ve boğaz salgıları ile bulaşan, gama herpes grubundan çift sarmallı bir DNA virüsüdür. Farinks epiteli ve B lenfositleri enfekte eden virüs, B lenfositlerde yapılan EBV ilişkili antijenler yolu ile T lenfositlerde yanıt oluşmasına neden olur [2,3]. EBV'ye karşı seropozitiflik birçok toplumda %90-95 olarak bildirilmektedir [2,4]. Amerika Birleşik Devletleri ve İngiltere'de EBV serokonversiyonunun toplumda %50 oranında beş yaşından önce oluştuğu; düşük sosyo-ekonomik düzey, kötü hijyen ve kalabalık yaşam koşullarının yaşamın ilk yılında EBV antikor sıklığını arttırdığı belirtilmektedir. Türkiye'de ise erişkinlerin % 80'inin EBV'ye karşı seropozitif olduğu bildirilmektedir [4].

EBV ilişkili enfeksiyonlar çocukluk çağında genellikle asemptomatik seyreder. En sık klinik tablo olan EM'da inkubasyon süresi 10-14 gündür. En sık başvuru şikayetleri ateş, halsizlik ve kas ağrılarıdır [4]. Olguların yarısından fazlasında fizik muayenede LAP, farenjit ve ateş tespit edilir [5]. Ateş 39.5 °C'ye dereceye kadar yükselebilir ve sıklıkla bir hafta içinde kendiliğinden geriler. Lenfadenopati yaklaşık 1-4 cm boyutunda ağrısız, hareketli, yumuşak karakterdedir. Sırasıyla en sık servikal, aksiller, inguinal, epitrokleer, popliteal, mediastinal ve mezenterik lenf nodu tutulumu görülür. Tonsillofarenjitte hiperemik, hipertrofik ve eksudatif tonsiller görülür, üzerleri gri-beyaz renkli membran ile kaplıdır. Bu tablo 7-10 gün sürer ve semptomatik tedavi ile iyileşir. Yaklaşık % 50 olguda splenomegali görülebilir. Daha nadir olan bulgular ise hepatomegali, karaciğer enzim yüksekliği, döküntü ve periorbital ödemdir [2].

EM tanısı klinik, hematolojik ve serolojik bulgular ile konulur. Erken dönemde lökopeni veya normal lökosit sayısı saptanabilir ancak yaygın olarak görülen bulgu



Şekil 4. EBV antikor ve antijenlerinin zamana göre dağılımı [8].

lenfosit hakimiyetinde lökositozdur [2,4]. Periferik yaymada %30'a varan oranda virosit ya da Downey hücresi adı verilen atipik lenfositler görülebilir. Bu hücreler uyarılmış sitotoksik T lenfositlerdir; olgun lenfositlerden daha büyük, sitoplazmaları daha geniş, çekirdekleri lobüle görünümündedir [2]. Tanıda kullanılan serolojik testler EBV antijenlerine karşı oluşan antikorları içerir. Virüsün major antijenleri EBV nükleer antijen (nuclear antigen (EBNA)), erken antijen (early antigen (EA)), viral kapsid antijeni (viral capsid antigen (VCA)), membran antijeni (membrane antigen (MA)). VCA'ya karşı oluşan IgM antikorları akut enfeksiyonun göstergesi olup ilk hafta içinde görülürler. Anti VCA IgG ise semptomların başlangıcından 4-7 gün sonra oluşur ve ömür boyu kalır [6,8]. Anti EA antikorları viral replikasyon ile ilişkilidir, akut enfeksiyonda % 70-80 oranında saptanır. EBNA'ya karşı oluşan antikorlar ise erken dönemde ortaya çıkmasına rağmen geç dönemde kanda saptanabilirler (Şekil 4) [8]. EM kendi kendini sınırlar, akut dönemde destek tedavi olarak yatak istirahati, antipiretik ve analjezik kullanımı yeterlidir. Antiviral ilaçların klinik yararı saptanamamıştır [2].

Bizim olgumuzda başvuru şikayetleri ve fizik muayene bulguları dikkate alındığında ayırıcı tanıda enfeksiyonlar, maligniteler ve romatolojik hastalıklar ön planda düşünüldü. Ateş, halsizlik, lenfadenopati, kilo kaybı gibi bulgular her üç grupta da görülebilen özgünlüğü olmayan bulgulardır [7]. Olgumuzda periferik yaymadaki atipik hücrelere viral seroloji sonuçları alınana kadar malignite şüphesi ile yaklaşıldı. EBV VCA IgM pozitifliği saptanıp, semptomatik tedavi ile izlem süresince kliniğin gerilediğinin görülmesi enfeksiyon dışı diğer olası hastalıklardan uzaklaştırdı. Kontrol muayenelerinde LAP ölçümleri, kan sayımı ve periferik yaymaların tekrarlanarak şüpheli atipik hücrelerin kaybolduğunun görülmesi çocuk hasta takibinde yakın izlemin önemini bir kez daha hatırlattı.

Kaynaklar

1. Bravender T. Epstein-Barr virus, cytomegalovirus, and infectious mononucleosis. *Adolesc Med State Art Rev* 2010; 21: 251-64.
2. Vardar F. EBV. *Güncel Pediatri* 2008; 6: 62-5.
3. Wada T, Muraoka M, Yokoyama T, Toma T, Kanegane H, Yachie A. Cytokine profiles in children with primary Epstein-Barr virus infection. *Pediatr Blood Can* 2013. doi: 10.1002/pbc.24480.
4. Kılıç A, Yıldız İ, Beka H ve ark. Çocuklarda farklı klinik tablolarında enfeksiyöz mononükleoz: 369 olgunun geriye dönük incelenmesi. *Türk Ped Arş* 2012; 47: 189-92.
5. Akarsu S, Demiroğlu M, Erensoy A ve ark. Enfeksiyöz mononükleozda klinik ve laboratuvar bulguları. *Çocuk Enf Derg* 2008; 2: 55-7.
6. Fidan I, Yüksel S, İmir T. Değişik yaş gruplarında Epstein-Barr virus antikorlarının araştırılması. *İnfeksiyon Dergisi* 2005; 19: 453-6.
7. Türkkkan E, Berrak S G, Canpolat C, Ergüven M, Abacıoğlu U, Fedakar A. A Rare Primary Pulmonary Tumor in Children: rhabdomyosarcoma. *Marmara Med J* 2010; 23: 56-9.
8. Jenson B H. Epstein-Barr Virus. In: Kliegman M R, editor. *Nelson Textbook of Pediatrics*. 19th ed. Philadelphia: Elsevier, 2011: 1110-14.