

## Rotavirüs enteriti nedeniyle yatırılan bir olguda juvenil pilositik astrositom

Vefik ARICA<sup>1</sup>, Hanifi BAYARO ULLARI<sup>2</sup>, Murat TUTANÇ<sup>1</sup>, Seçil Gunher ARICA<sup>3</sup>, Fatmagül BA ARSLAN<sup>1</sup>, Tayip Mehmet ARSLAN<sup>4</sup>, Yeliz BEYO LU<sup>2</sup>

### ÖZET

Juvenil pilositik astrositom, ço unlukla çocukluk döneminde ve genç eri kinlerde görülür. Pilositik astrositom infratentoryal yerle imlidirler. Ancak ilk bir ya ta bulgu vermeyebilir ve tanı koymak zorla abilir. Yava büyür ve malign transformasyon göstermezler. Ancak çocuklarda ani ölümlere neden olmaktadır. Erken te his ve cerrahi tedavi önemlidir. Bizim olgumuz 10 aylık bebek, rotavirüs enteriti nedeniyle hastaneye yatırıldı. yi bir öykü ve dikkatli fizik muayene sonrasında pilositik astrositom tanısı konuldu. Çocukluk döneminde muayenede mutlaka nörolojik muayene dikkatli bir ekilde yapılmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** juvenil pilositik astrositom, infratentoryal, nörolojik muayene

### Hospitalized because of rotavirus enteritis in a patient juvenile pilocytic astrocytoma

#### ABSTRACT

Juvenile pilocytic astrocytoma, usually occurs in childhood and young adults. Pilocytic astrocytoma, infratentorial settles. However, in first age may not be findings and the difficult to diagnose. Grow slowly and do not show malignant transformation. However, causes sudden death in children. Early diagnosis and surgical treatment is important. Our case is 10 months old baby was hospitalized because of rotavirus enteritis. After a good history and careful neurological examination, was diagnosed with pilocytic astrocytoma. Examination of childhood neurological examination must be done carefully.

**Key words:** juvenile pilocytic astrocytoma, infratentorial, neurological examination

### G R

Çocuklarda yeterli bir öykü alımı ve dikkatli bir fizik muayenenin önemi tartışılmazdır. Bu olgu çocuklarda dikkatli ve yeterli bir nörolojik muayenenin ne kadar önemli oldu unu vurgulamak amacıyla sunulmu tur. Çocukluk döneminde infratentoryal yerle imli tümörlerin oranı %60-70'dir (1). nfratentoryal yerle imli tümörlerden olan pilositik astrositom, dü ük gradeli astrositomlar arasındadır. Ço unlukla ilk iki dekadda olmak üzere çocuklarda ve genç eri kinlerde görülür (2). Merkezi sinir sisteminin (MSS) pek çok bölgesinde görülebilir. En sık görüldü ü lokalizasyonlar; optik sinirler, optik kiazma-hipotalamus, talamus-bazal ganglia, serebellum, beyinsapı, serebral hemisferler, daha nadiren de medulla spinalis olabilir (1, 2). Nöroradyolojik olarak sınırları belirgin ve genellikle kontrast tutan bir kitle olarak görülür. Kistik özellik göstermesi tanıyı kolayla tırır (3, 4). Yava büyür, bazen stabilize olabilir hatta gerileyebilir. Malign transformasyon göstermez. Bu tip tümörlerin belirti ve bulguları primer olarak intrakranyal basınç artı na, sekonder olarak serebellar nükleusların ve beyin sapının lokal basısına ba lıdır. Ayrıca beyin omurilik sıvısının dolanım yollarında tıkanıklık yaparak hidrosefaliye neden olabilir ve hidrosefaliye ait bulgu ve semptomlar ile hasta ba vurabilir. Bizim 10 aylık erkek olgu rotavirüs enteriti nedeniyle servisimize yatırıldı ancak iyi bir öykü ve dikkatli bir nörolojik muayene sonrasında serebral yerle imli pilositik astrositom olgusunu sunmayı amaçladık.

### OLGU

On aylık erkek hasta, acil ünitemize ishal, kusma, geli ememe, emmede zayıflama ve ate ikayetleri nedeniyle ailesi tarafından getirildi. Ailesinden alınan öykü derinle tirildi inde ise ishal 3 gündür mevcut, günde 5-6

<sup>1</sup> Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sa ılı ı ve Hastalıkları AD

<sup>2</sup> Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji AD

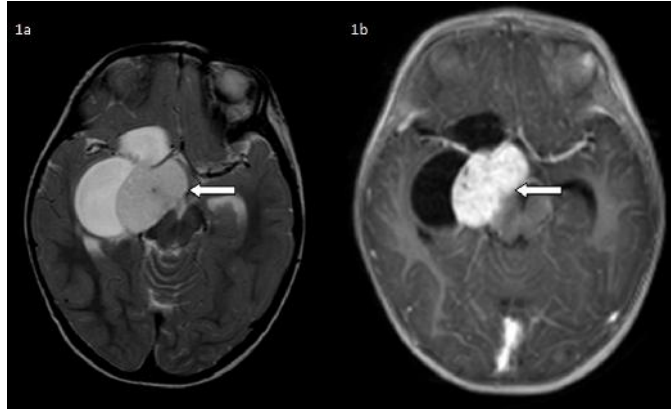
<sup>3</sup> Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği AD

<sup>4</sup> Hatay Defne Hastanesi, Çocuk Sa ılı ı ve Hastalıkları Klini i

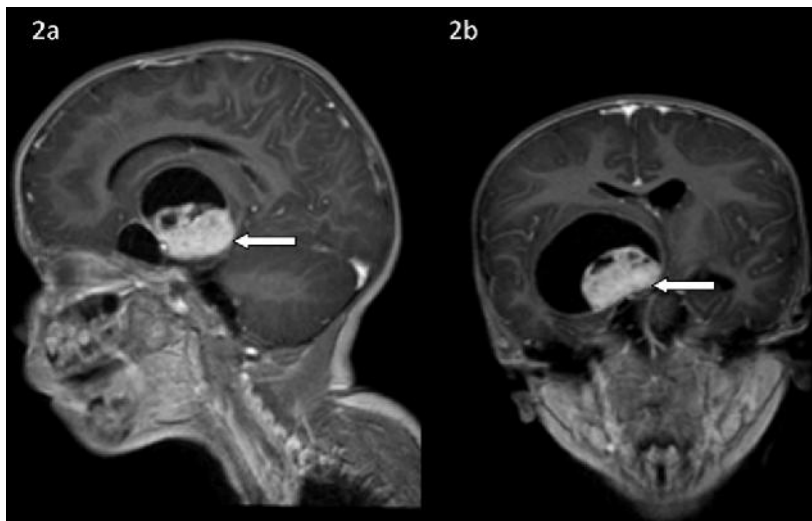
**Correspondence:** Dr. Vefik ARICA e-posta: vefikarica@hotmail.com

kez, bol, sulu, kötü kokulu; kusmanın 1 gün önce ve günde 3-4 kez, fı kırı tarzda oldu u; do du undan beri yeterli kilo alamadı ı ve geli emedi i; kusmalarının ba lamasından sonrada emmesinin azaldı ı ve zayıfladı mı; 2 gündür yüksek ate lerinin oldu unu ifade ediyor. Dikkatli bir fizik muayenede ise; soluk ve orta derecede dehidrate, oral alımı az, emmesi zayıflamı , ön fontanel gergin, bombe, i 3x3 cm açık, göz küreleri çökük, her iki gözde dikkatli incelendi inde içe do ru kayma ve göz kapaklarında minimal pitosiz, kardiyovasküler sistem dinlemekle 140/dk/ritmik (ta ikardik), üfürüm duyulmadı, akci er sesleri dinlemekle sesler kaba, karın derisi kuru ve dehidrate, organomegali yok, ba ırsak sesleri artmı , bez dermatiti mevcut idi. Patolojik nörolojik bulguları için aile daha önceden doktora götürmemi . Kilo: 6,1 kg (3.persantil altı), boy: 66 cm (10-25 persantil), ba çevresi: 48 cm (90. persantil) idi, destekle oturamıyor, ba ını tutamıyor idi.

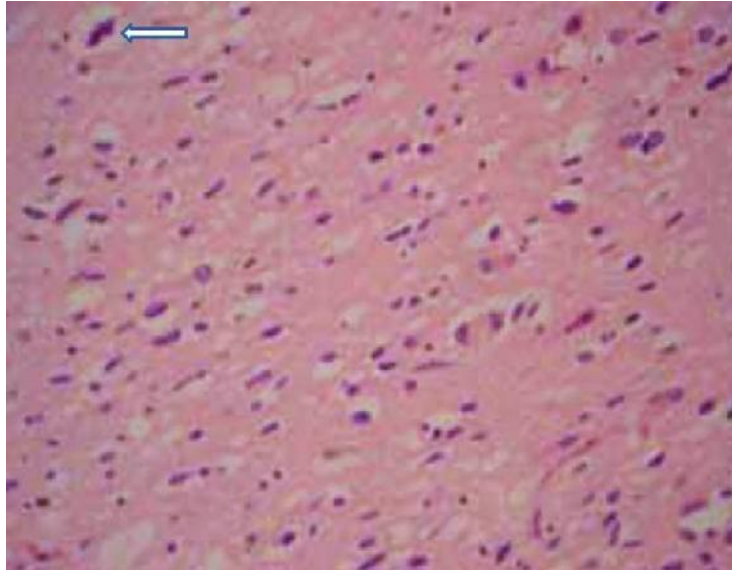
Damar yolu açılarak yükleme dozunda mai verilerek kan sayımı, biyokimya, tiroid hormon düzeyleri, kan kültürü, idrar tetkiki, idrar kültürü, gaita tetkiki ve gaitada viral tetkik, gaita kültürü, idrar ve kan amino asitleri, kan gazı istendi. Kan tetkiklerde patolojik olarak elektrolit eksikli i saptandı. Dı kı incelemesinde bir özellik saptanmayan hastanın dı kı direk bakısında lökosit ve eritrosit görülmedi ve dı kı kültüründe patojen bakteri üremedi. Enzim immünoassay (E A) yöntemiyle dı kıda rotavirüs antijeni pozitif saptandı. Elektrolit açığı yerine konularak sıvı açığı düzenlendi, antipiretik uygulandı. Tedavinin 2. gününde genel durumu düzelerek emmesi düzeldi, anne sütü almaya ba ladı, kusma ve ate i olmadı ancak ishal sayısı 4 kere/gün idi. Nörolojik muayene patolojileri için kontrastlı kranial MRI istendi. Serebral yerle imli kistik ve solid komponentleri olan, kontrast madde ile solid kompanenti yo un boyanan, çevre beyin parenkimine belirgin bası yapan kitle saptandı ( ekil 1, ekil 2).



**ekil 1 a-b:** 1a. T2 a ırlıklı aksiel, 1b. Kontrastlı T1 a ırlıklı aksiel kesitlerde; kistik ve solid komponentleri olan, kontrast madde ile solid kompanenti yo un boyanan (ok), çevre beyin parenkimine belirgin bası yapan pilositik astrositom.



**ekil 2 a-b:** Kontrastlı T1 a ırlıklı koronal ve sagittal kesitler. Kistik ve solid komponenti olan ve solid komponenti belirgin kontrast madde tutan, çevre yapılarla belirgin basıya ve orta hat yapılarında ifte neden olan pilositik astrositom.



**ekil 3:** Piloitik astrositoma (HE X 200), multinükleer dev hücreler (ok)

Beyin cerrahisi konsültasyonu istenen hastanın servisimizdeki tedavisi bittikten sonra beyin cerrahisi kliniğine yatırıldı ve intrakranial kitle subtotal çıkarılarak opere edildi ve patolojiye gönderildi. Patoloji raporu pilositik astrositom ( ekil 3) gelen hasta, ameliyat sonrası 2 gün yoğun bakım ünitesinde izlendikten sonra servise alındı ve 12 gün sonra taburcu edilerek kontrole çağırıldı.

Bu olgumuz çocuklarda dikkatli bir nörolojik muayenenin gerekliliği ve yatırımlarımızın rotavirüs enteriti olsa bile iyi bir öykü alımı ve dikkatlice yapılan nörolojik muayene sonucunda serebral pilositik astrositom tanısı koyduğumuz için sunmaya değer bulduk.

## TARTI MA

Pilositik astrositom, pleomorfik ksantoastrositom ve gangliogliom supratentoryal kistik neoplazilerin ayırıcı tanısında yer alan ve genellikle mural nodülle karakterize kistik tümörlerdir. Pediatrik olgularda en sık serebellum yerleşimli pilositik astrositom görülmektedir (5). Optik sinir, kiazma, hipotalamus ve 3. ventrikülün pilositik astrositomu çocuklarda sık görülmektedir. intrasellar veya intrakranial uzanımlı büyük kitleler nadirdir. Bizim olgumuz 10 aylık olmasına rağmen intraserebral yerleşimli büyük bir kitle görünümünde olması nedeniyle nadir görülmektedir.

Juvenil pilositik astrositomalar hayatın ilk 2 yılında ve genç erişkinlerde daha sıktır. Juvenil pilositik astrositomların büyük bir çoğunluğu %80-85 oranında serebellar astrositom olarak görülmektedir (5). Intrakranial basınç artımları olarak baş ağrısı, bulantı, kusma, irritabilite, ataksi, görme bozuklukları gibi semptomlarla bize başvurabilirler (6). Ancak

bizim olgumuz yaşı küçük olması nedeniyle bu semptomlarla bize gelmedi, dehidratasyon nedeniyle rotavirüs enteriti tanısıyla yatırılan bebek dikkatli bir inceleme sonucu teşhis koyabildik. Tabii ki süt çocuğu olması nedeniyle burada ailenin bilgi ve ilgisi çok önemlidir. Bazen tutamayan, destekle bile oturmayan, gözde içe kayma ve hafifte olsa pitoziz görülmesi ailenin dikkatini çekmemekte ve bu nedenlerle doktora gitmemektedir. Zaten bebekte bez dermatiti olması ve kilo alımının yetersiz olması ailenin ilgisiz olduğunu göstermektedir. Belki de rotavirüs enteriti nedeniyle doktora başvurmasa ve dikkatli, yeterli nörolojik muayene ve öykü alınmasa bu tanı konulamazdı ve ani bir şekilde çocuğu kaybedebilirdik. Piloitik astrositomda erken teşhis ve tedavi değerli hastalıklarda olduğu gibi çok önemlidir.

Bu tip tümörlerin nedeni bilinmemekte olup malign transformasyona geçme nadirdir (7). Her 2 cinsiyet için risk eşittir. Bizim olgumuz erkek cinsiyette idi. Piko görülmeye yaşı 5-14 yaş arası ve optik sinir gliomu ekinde başvurular en sıktır. Juvenil pilositik astrositoma diğer astrositomlardan daha iyi prognoza ve yavaş büyüme özelliğine sahiptir (8, 9). Cerrahi eksizyondan sonra 10 yıllık hayatta kalma oranı %90'lar seviyesindedir (1).

Intrakranial tümörde ani gelişen ölüm oranı yapılan otopsielerde %0.17 ile %0.54 oranında olduğu tespit edilmesine rağmen çocuklarda ve özellikle süt çocuklarında bu oran daha yüksektir (9, 10). Ellison ve arkadaşları teşhis edilmeyen juvenil pilositik astrositoma nedeniyle ani ölüm gerçekleşen 2 olguyu yayınlamışlardır (10). Bu nedenle özellikle süt çocuğu döneminde erken tanı için ailelerin bilinçli

ve dikkatli olmaları ve çocuklarının gelişimini ve sürecini iyi izlemelidirler. Juvenil pilositik astrositomda belirtiler genellikle 11 aya kadar semptomsuz seyredebileceği unutulmamalıdır. Bu nedenle 1 yaşına kadar mutlaka her muayenede iyi bir öykü ve dikkatli bir nörolojik muayenede yapılmalıdır (8, 11).

#### KAYNAKLAR

- 1- Nelson JS, Parisi JE, Schochet SS. Principles and practice of neuropathology. Mosby, 1993; 123-124.
- 2- Barker DJP, Weller RO, Garfield JS. Epidemiology of primary tumors of the brain and spinal cord: a regional survey in Southern England. J Neurol Neurosurg Psychiatry, 1976; 39: 290-296.
- 3- Clark GB, Henry JM, McKeever PE. Cerebral pilocytic astrocytoma. Cancer, 1985; 56: 1128.
- 4- Garica DM et al. Astrocytomas of the cerebellum in children. J Neurosurg, 1989; 71: 661-64.
- 5- Lo S, Kish KK. Juvenile Pilocytic Astrocytoma in <http://www.emedicine.com/radio/topic367.htm>
- 6- Schittenhelm J, Psaras T. Glioblastoma with granular cell astrocytoma features: a case report and literature review. Clin Neuropathol. 2010 Sep-Oct; 29(5):323-9.
- 7- Tomlinson FH. Atypia and malignancy in pilocytic astrocytoma of the cerebellum: a clinicopathologic and flow cytometric study. J Neuropathol Exp Neurol, 1992; 51: 331.
- 8- Mesiwala AH, Avellino AM, Roberts TS, Ellenbogen RG. Spontaneous cerebellar hemorrhage due to juvenile pilocytic astrocytoma: case report and review of the literature. Pediatr Neurosurg, 2001; 34(5): 235-8.
- 9- Abrahams NA, Prayson RA. The role of histopathologic examination of intracranial blood clots removed for hemorrhage of unknown etiology: a clinical pathologic analysis of 31 cases. Am Diagn Pathol 2000; 4(6): 361-6.
- 10- Ellison D, Love S, Chinnelli L, Harding BN, Lowe J, Vinters HV eds. Astrocytic Neoplasms. In Neuropathology, 2nd ed. London, Mosby; 2004; 623-640.
- 11- Robbins SL, Kumar V. Basic Pathology. WB Saunders CO, 1987; 741-744.