

DOI: 10.4274/tpa.46.502

Trombositozu olan bir yaşında erkek çocuk A one-year-old boy with thrombocytosis

Murat Kılınc, Mine Özdiil, Gül Nihal Özdemir*, Tiraje Celkan*

İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

*İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Hematoloji Bilim Dalı, İstanbul, Türkiye

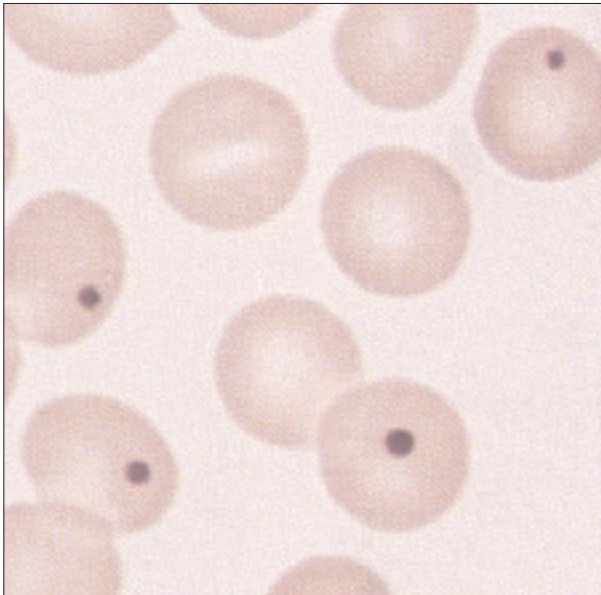
Olgu

On üç aylık erkek hasta sık tekrarlayan bronşiyolit atakları nedeniyle reaktif hava yolu hastalığı tanısı alarak beşinci kez hastanede yatırılarak tedavi altına alındı. Öyküsünde aralarında üçüncü derece akrabalık olan sağlıklı anne ve babanın çocuğu olduğu, özgeçmişinde doğum öncesi sağ böbrek atrofisi tanısı olup, doğum sonrası dokuz günlükken anal atrezi ve üreterosel nedeniyle ameliyat olduğu öğrenildi. Fizik muayenede boy 80 cm (50-75. persantil), ağırlık 11,5 kg (75. persantil) idi. kan basıncı 100/55 mmHg, kalp atım sayısı 110/dak, solunum sayısı 44/dak, ateş 37,5°C idi. Akciğerlerde dinlemekle hışıltı duyuluyordu ve hasta solunum sıkıntısı içindeydi. İnterkostal ve suprasternal çekilmeleri vardı. Sağ elde yedi, her iki alt ekstremitede altı parmak vardı. Diğer sistem muayeneleri normaldi.

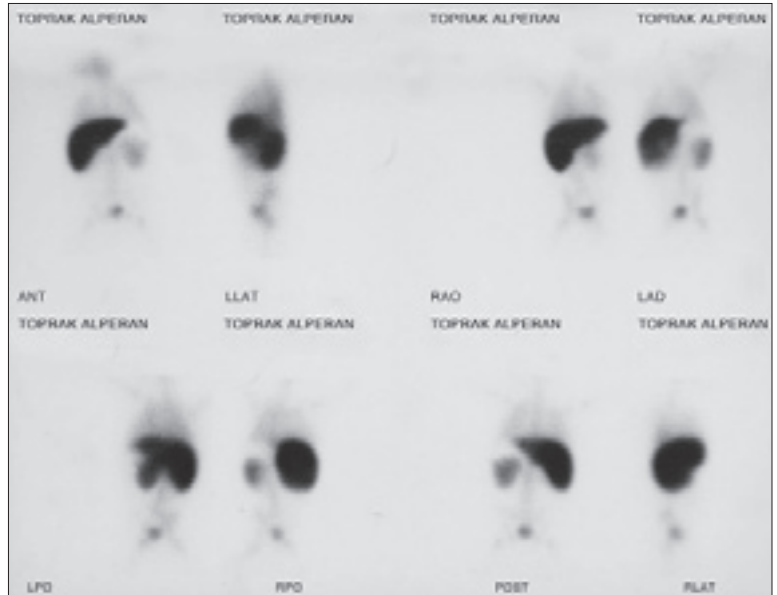
Arka-ön akciğer grafisinde iki taraflı havalanma artışı, kostalarda düzleşme, kalp çevresinde çok miktarda tutulum saptandı. Laboratuvar tetkiklerinde hemoglobin 11,6 g/dL, hematokrit %33,7, trombosit 901 000/mm³, lökosit 23 400/mm³ idi. Periferik kan yaymasında %90 nötrofil üstünlüğü vardı. C-reaktif protein 51 mg/L idi. Tekrarlanan trombosit sayıları sırasıyla 949 000/mm³ ve 643 000/mm³ olarak saptandı.

Bronşiyoliti düzelen hastanın trombositozunun devam etmesi üzerine yeni tetkikler istendi (Resim 1,2).

Bronşiyoliti düzelen hastanın trombositozunun devam etmesi üzerine yeni tetkikler istendi (Resim 1,2).



Resim 1. Periferik yayma



Resim 2. Karın sintigrafisi

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Dr. Tiraje Celkan, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Hematoloji-Onkoloji Bilim Dalı Fatih, İstanbul, Türkiye E-posta: okurmesut@yahoo.com **Geliş Tarihi/Received:** 24.02.2011 **Kabul Tarihi/Accepted:** 31.03.2011

Türk Pediatri Arşivi Dergisi, Galenos Yayınevi tarafından basılmıştır. / Turkish Archives of Pediatrics, published by Galenos Publishing

Tanı-Aspleni

Periferik kan yaymasında eritrositler içinde Howell-Jolly cisimcikleri saptandı (Resim 1). Dalak varlığı açısından istenen karın ultrasonografisinde dalak, lojunda izlenmedi. 6mCi TC - 99m perteknetat ile yapılan selektif dalak sintigrafisinde dalak saptanamadı (Resim 2).

Tartışma

Çocuklarda trombositoz başlıca iki nedenle görülür; çeşitli nedenlere bağlı reaktif trombositoz ve esansiyel trombositoz (1). Esansiyel trombositoz çocuklarda oldukça nadirdir ve trombositoz varlığında öncelikle ikincil nedenler akla gelmelidir. Aspleni, hiposplenizm, akut kan kaybı, enfeksiyonlar, demir eksikliği anemisi, kronik enflamatuar hastalıklar ve maliniteler (ör. Hodgkin lenfoma, nöroblastoma gibi) en sık trombositoz nedenleridir (2). Ayırıcı tanıda hikaye ve fizik muayene önemlidir.

Dalak vücutta en büyük lenfoid organ olup mikrofiltrasyon, bağışıklık, hematopoez ve hemostaz olmak üzere dört önemli işleve sahiptir. Normalde trombositlerin 1/3'ü dalakta depolanır. Dalağın en önemli işlevlerinden biri eritrositlerin süzülmesidir. Eritrosit içinde madde varlığında bu eritrosit bölümü koparılıp işlevlerini kaybetmemiş eritrosit dolaşıma geri verilir ve eğer temizleme işlemi sonrasında işlevlerini yerine getiremeyecekse eritrosit dolaşımdan tamamen temizlenir. Dalak işlevini yerine getiremediğinde, eritrositlerin süzülmemesine bağlı olarak, içinde artık olan eritrositlerin dolaşımda olmasına Howell-Jolly cisimcikleri denilir (3,4).

Aspleni doğuştan ya da edinsel dalak yokluğudur. Doğuştan dalak anomalileri özellikle kalp anomalisi gibi diğer

organ anomalileri ile birlikte ya da tek başına olabilmektedir (Ivemark sendromu) (5). Tek başına aspleni genellikle ciddi, fülminan ve ölümcül bir enfeksiyon sonrasında tanılandırılır (6). Dalak yokluğunda Streptococcus pneumonia, Hemophilus influenza ve Neisseria meningitis gibi kapsüllü bakterilere karşı fülminan enfeksiyon riski artar. Bazen eritrositlerin içindeki enklüzyon cisimcikleri aspleninin tek kanıtı olabilir. Nedeniz trombositozda da akla aspleni gelmelidir. Dalak yokluğunda ayrıca nötrofil, lökositoz ve hafif retikülositöz görülür. Tanıda öykü ve periferik yayma basit ama çok önemli yer tutar.

Bu olguda sık enfeksiyon geçiren hastalarda öykü ve periferik yaymanın basit ve önemli bir unsur olduğunu vurgulamak istedik.

Kaynaklar

1. Demirören K, Çalışkan Ü, Keser M. Çocukluk çağında esansiyel trombositoz: olgu bildirisi. Türk Ped Arş 2002; 37: 160-3.
2. Çomak E, Örmeci AR, Kırbıyık S, Eren E, Çetin H. Alt solunum yolu enfeksiyonu olan çocuklarda sekonder trombositoz. Türkiye Klinikleri J Pediatr 2005; 14: 62-5.
3. Ware RE. Autoimmune hemolytic anemia. In: Nathan DG, Orkin SH, Ginsburg D, Look AT, et al (eds). Hematology of infancy and childhood. 7th ed. Philadelphia: Saunders, 2009; 617.
4. Ahmed SA, Zengeya S, Kini U, Pollard AJ. Familial isolated congenital asplenia: case report and literature review. Eur J Pediatr 2010; 169: 315-8.
5. Noack F, Sayk F, Ressel A, Berg C, Gembruch U, Reusche E. Ivemark syndrome with agenesis of the corpus callosum: a case report with a review of the literature. Prenat Diagn 2002; 22: 1011-5.
6. Gilbert B, Menetrey C, Belin V, Brosset P, de Lumley L, Fisher A. Familial isolated congenital asplenia: a rare, frequently hereditary dominant condition, often detected too late as a cause of overwhelming pneumococcal sepsis. Report of a new case and review of 31 others. Eur J Pediatr 2002; 161: 368-72.