

Çocukluk Çağı Akut İnfeksiyöz Lenfositozu

Müferret ERGÜVEN (*), Neslihan Ö. SAĞLAM (**), Yasemin KATIÖZ (**), Sevil ÖZÇAY (***)

SUMMARY

Acute Infectious Lymphocytosis in Childhood

Infectious lymphocytosis is characterized by mild complaints, vomiting, diarrhea, upper respiratory tract infection, abdominal pain, slight or absent fever, symptom of short duration. There is no enlargement of liver, spleen or lymph nodes white blood cell counts varying from 40.000 to 100.000/mm³, lymphocyte rate is % 70. There is no anemia or thrombocytopenia. This disease to be differentiated from acut leukemia, infectious mononucleosis and lymphocytosis accompanying certain infections, particularly pertusis. Prognosis is excellent and no treatment required. We aimed to emphasize with these cases that when lymphocytosis is found the differential diagnosis must include acut infectious lymphocytosis.

Key words: *Lymphocytosis, infectious lymphocytosis*

Anahtar kelimeler: *Lenfositoz, infeksiyöz lenfositoz*

İnfeksiyöz lenfositoz; baş ağrısı, kusma, ishal, karın ağrısı, üst solunum yolu infeksiyonu belirtileri gibi kısa süren semptomlarla kendini gösteren bir hastalıktır. Normal veya hafif yüksek ateş ile seyredabilen bu hastalığa özgü bir fizik muayene bulgusu yoktur. Karaciğer, dalak ve lenf nodlarında büyüme görülmez. Genellikle lenfositoz rutin kan sayımında saptanır. 40-100 bin arası lökosit sayısı, % 70'in üzerinde lenfosit oranı tespit edilir, lökositoz mutlak lenfositosa sekonderdir. Anemi ve trombositopeni yoktur. Etken; adenovirüs, coxacki A virüs olabilir. Tanı konurken özellikle akut lenfoblastik lösemi, infeksiyöz mononükleoz ve boğmaca ile ayırıcı tanı yapılmalıdır. Prognoz çok iyidir ve tedavi gerektirmez (1). Olgularımızı sunmamızdaki amaç; çocukluk döneminde lenfositosa sekonder lökositosa sebep olan hastalıklar arasında prognozu iyi olan, tedavi gerektirmeyen infeksiyöz lenfositoz hastalığının da çocuk hekimi tarafından ayırıcı tanıda düşünülmesi gerekliliğidir.

OLGULAR

Olgu 1: Bir hafta önce başlayan ishal, karın ağrısı, ateş, öksürük, hırıltı şikayetleri ile başvuran 3.5 yaşında kız hastanın öz ve soy geçmişinde bir özellik yoktu. Fizik muayenesinde; ateş; 37°C (R), nabız 120/dk (R), TA 90/50 mmHg, ağırlık ve boy 50. persantilde, genel durumu iyi şuur açık aktif. Ton-siller ve farinks hiperemik. Her iki hemitoraksta bilateral ekspiryumda uzama, yer yer ronkus, kaba raller, 1 cm hepatomegali tespit edildi. Splenomegali ve patolojik lenfadenomegali saptanmadı. Diğer sistem muayeneleri doğaldı. Laboratuvar incelemelerinde; tam idrar tahlili ve biyokimya normaldi. Tam kan sayımında; lökosit 61.100, Hb 11.9 g, Hct 34.9, MCV 75, trombosit 575.000, lenfosit oranı % 72 idi. Periferik yaymada; % 70 lenfosit, % 22 segment, % 4 çomak, % 3 eosinofil, % 1 monosit, trombosit bol ve kümeli, eritrositler normokrom-normositer bulundu, blast gözlenmedi. CRP negatif, sedimantasyon 40 mm/sa, PPD negatif, salmonella, brusella aglütinasyon testi ve monotest negatif; *Bordatella pertusis* IgM negatif, IgG pozitif; EBV viral kapsit antijeni IgM negatif, IgG pozitif tespit edildi. Kemik iliği ve akciğer grafiği normal sınırlarda idi.

Olgu 2: Beş gün önce başlayan öksürük, ateş, iştahsızlık, karın ağrısı, ishal şikayetleri ile başvuran 1.5 yaşında kız hastanın öz ve soy geçmişinde özellik yoktu. Fizik muayenede; ateş 38°C (R), nabız 100/dk (R), TA 80/50 mmHg, boy 25-50., ağırlık 25. persantilde. Genel durumu iyi, 3-4 adet çapları 1 cm'yi geçmeyen lenfadenomegali ve orofarinkste hafif hipermi mevcuttu. Hepatosplenomegali tespit edilmedi. Diğer sistem muayeneleri doğaldı. Laboratuvar bulguları; tam idrar tahlili ve biyokimyası normal. Tam kan sayımında; lökosit 52.000, Hb 12.3 g, Hct 38, MCV 77, trombosit 268.000. Periferik yayma; % 95 lenfosit, % 5 PNL, diğer bulguları doğal. CRP negatif, sedimentasyon 10 mm/sa. Monotest, kemik iliği ve akciğer grafisi normal sınırlarda idi.

Her iki olgumuzda semptomatik tedavi ve klinik bulgular ve lenfositosa sekonder lökositoz yapan diğer hastalıklar ekarte edilerek akut infeksiyöz lenfositoz tanısı kondu ve şifa ile taburcu edildi.

TARTIŞMA

Nonspesifik şikayetlerle gelen hastalarımızda mutlak lenfositosa sekonder lökositoz tespit edildiğinden tanı

konurken bu kan tablosuna yol açabilecek akit lenfoblastik lösemi (ALL), boğmaca, infeksiyöz mononükleoz ve infeksiyöz lenfositoz gözönüne alındı. Her iki olguda genel durumun iyi olması, organomegali ve patolojik lenfadenomegali saptanmaması, periferik yaymada blast görülmemesi ve kemik iliğinin normal olması ile (ALL)'den uzaklaşıldı. Her iki olguda klinik olarak gece artan kentöz öksürüğün olmaması, birinci olguda *Bordatella pertusis* IgM'nın negatif bulunması nedeniyle boğmaca düşünülmedi. Her iki olguda organomegali ve patolojik lenfadenomegali olmaması, mono testin negatif bulunması ile infeksiyöz mononükleoz ekarte edildi. Bunların yanısıra, her iki hastamız semptomatik tedavi ile hem klinik hem de laboratuvar olarak düzelme gösterdi, lenfositoz zamanla kayboldu. Hastalarımızın şikayetleri, klinik ve laboratuvar bulgularının akut infeksiyöz lenfositoz ile uyumlu olması ve bu yaş grubunda etken olabilen viral infeksiyonların sık görülmesi tanıyı koymamızı sağladı.

Akut infeksiyöz lenfositoz; 1941'de Amerika'lı Smith tarafından tanımlanmıştır. Gisell, 1947'de Avrupa'da ilk olgusunu yayınlamıştır. Önceleri bazı muellifler tarafından infeksiyon sırasında oluşan lökomoid reaksiyon olarak tanımlanmıştır. Ancak, sonradan bir hastalık olduğu kabul edilmiştir (2,3). Nadir görülen, selim seyirli bir hastalıktır. Bebeklerde, oyun çocuğu ve on yaşına kadar olan okul çocuklarında görülür. Epidemik ve endemik olarak ortaya çıkabilir.

Hastalığın etkenleri, adenovirüs, enterovirüs, coxacki A virüs olabilir (3). Genellikle bulaşıcıdır ve damlacık yolu ile bulaşır. Devamlı başışıklık bırakır.

Başlangıçta üst solunum yolunun hafif kataral belirtileri ve orta derecede ateş ile seyredir. En sık gastrointestinal sistem bulguları; ishal, bulantı, tenezmdir. Karaciğer, dalak ve lenf nodlarında büyüme görülmez. Hastaların bir kısmında iştahsızlık, yorgunluk gibi şikayetler de bulunabilir. Bazen geçici skarlatiniform veya

morbiliform ekzantem oluşabilir. Hafif menenjitik, ensefalitik belirtiler olabilir. Bazı hastalar apandisit şüphesi ile doktora götürülürler (4,5).

Genellikle lenfositoz rutin kan sayımında saptanır. 40-100 bin arası lökosit sayısı, % 70'in üzerinde lenfosit oranı tespit edilir. Anemi ve trombositopeni yoktur. Kemik iliği incelemesi normaldir (1). Abertotto ve ark.'nın yayınladığı bir akut infeksiyöz lenfositozlu olguda, T Helper hücrelerinde artış olduğu gösterilmiştir (7).

Genellikle lenfositoz nedenleri çeşitlidir. Bunlar 4 ay 4 yaş arasında fizyolojik, akut infeksiyonlar, infeksiyöz mononükleoz, infeksiyöz lenfositoz, CMV infeksiyonları, viral ekzantemler, boğmaca, bruselloz, tifo, paratifo, toksoplazmozis, infeksiyöz hepatitler, kronik infeksiyonlar; sfiliz, endokrin hastalıklar; tirostikoz, adrenal yetersizlik, maligniteler, akut lenfoblastik lösemi, lenfosarkoma hücreli lösemi, ilaç duyarlılığı, difenilhidantoin, paraminosalisilik asit, olarak gruplandırılabilir (6). Akut infeksiyöz lenfositoz tanısı konurken bu nedenler ile ayırıcı tanı yapılmalıdır.

Bu iki olguyla, çocukluk çağında lenfositoz yapan nedenleri tekrar gözden geçirmek ve ayırıcı tanıda infeksiyöz lenfositozu da düşünmemiz gerektiğini vurgulamak amaçlandı.

KAYNAKLAR

1. Lankowsky P: Disorder of white blood cells. In: Pediatric Hematology-Oncology, 1980.
2. Fanconi G, Wallgren A: "Lehrbuch der Paediatric" Auflage, Schwabe Co. Verlag-Basel Stuttgart, 1972. Keller-Wiskott, "Lehrbuch der Kinderheilkunde", 4. Auflage, Georg Thime Verlag, Stuttgart, 1977.
3. Keller-Wiskott: "Lehrbuch der Kinderheilkunde", 4. Auflage, Georg Thime Verlag, Stuttgart, 1977.
4. Koçoğlu V: "Lymphocytosis infectiosaacuta" Kinderarztliche Praxis 3:105-108, 1968.
5. Sosyal S, Gürson S, Neyzi O: Çocuk sağlığı ve hastalıkları. 1976.
6. Bertotto A, et al: Acute infectious lymphocytosis: phenotype of the proliferating cell. Acta Paediatr Scand 74(4):633-5, 1985..