

15. ÇOCUK ACİL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-POSTER BİLDİRİLER-

POSTER BİLDİRİLER

15. ÇOCUK ACİL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-POSTER BİLDİRİLER-

P-001

YENİDOĞAN VE PEDIATRİK HASTA GRUBUNDA ACİL MÜDAHALE UYGULAMALARI İÇİN ÇOCUK BOY KİLO ÖLÇERLİ MÜDAHALE BANDI KULLANIMI

Sibel Kibar Dağlı¹, Uğur Durmaz¹, Derya Bayırlı Turan¹, Serap Baş¹, Yıldırım Özel¹

¹ Yeni Yüzyıl Üniversitesi Gaziosmanpaşa Hastanesi Acil Servis İstanbul

Giriş : Nisan 2017 Joint Commission International Akreditasyon denetiminde neonatal ve pediatrik hasta grubu acil müdahale uygulamalarında süreçlerin geliştirilmesi önerisinde bulunulmuştur. Yurtiçi ve yurt dışı uygulamalar araştırılmış ve Broselow Pediatrik Emergency Tape (Çocuk boy-kilo ölçerli müdahale bandı) kullanımı uygun bulunmuştur. Hastanemizde ayakta ve yatan çocuk hastalara müdahale süresini kısaltmak. Etkin /doğru ilaç dozu ve tıbbi malzemelerin uygun ölçülerde kullanılmasını sağlamak. Sağlık Profesyonellerinin tanıya göre hızlı/ doğru müdahalesinin sağlanması. Hasta güvenliği hedeflerinin sağlanması.

Gereç-Yöntem : Broselow Pediatrik Emergency Tape (Çocuk bot-kilo ölçerli müdahale bandı) ve özel tasarım olarak yaptırılmış acil müdahale çantası hazırlanmıştır. Bu band algoritma ve 9 renk modülü içermektedir. Bu modüllerin tanımları boy ve kiloya göre değişir. Çocuğun vücut ağırlığı biliniyorsa doğrudan vücut ağırlığı modülüne gidilebilir. Çocuğun ağırlığı bilinmiyorsa renk modülü bölgesini belirlemek için bandı çocuğun yanına koyarak boyu ölçülür ve müdahale modülü belirlenebilir. Çocuk aşırı kilolu ise bir modül yukarı kullanılabilir. Bandı oluşturan renk modüller şunlardır; Gri, pembe, kırmızı, mor, sarı, beyaz, mavi, turuncu, yeşil olmak üzere 9 renkli modüldür. Banda uygun çocuk acil müdahale çantası oluşturulmuştur. Renk modüllerinde resüsitasyon ekipmanları çantanın içerisine yerleştirilmiştir. Uygun renk ve kiloya gelen müdahale ekipmanları çantanın içerisinden alınarak kullanılmaktadır.

Bulgular : Ayaktan ve yatan çocuk hastalarımız için acil müdahale uygun yöntem seçilmiş ve uygulamaya alınmıştır. Çocuk acil müdahale durumunda hızlı, doğru, pratik yöntem hasta güvenliği hedefleri doğrultusunda sağlamıştır.

Sonuç : Uygulamanın çalışan ve hasta güvenliği kapsamında olduğu pratik ve doğru zamanda kısa sürede müdahale edildiği görülmüştür.

Anahtar kelimeler : Broselow Pediatrik Emergency Tape

P-002

HERPES SİMPLEX ENSEFALİTİ

Arif Ortanca¹, Halise Çıkman¹, Seda Altın¹, Dilara Çakmakoğlu¹, Fatih Mehmet Azık¹

¹ Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD, Muğla

Giriş ve Amaç : Giriş: Herpes Simplex ensefaliti, çocuklarda sporadik ensefalitlerin en sık görülen nedenlerinden biridir ve yüksek morbidite ve mortalite oranına sahiptir. Biz, hem beyin omirilik sıvısında (BOS) HSV DNA'nın PCR da saptanması hem de beyin MR da karakteristik lezyonların görülmesi nedeniyle tanı açısından altın standartları taşıyan vakayı sunmak istedik.

Yöntem : Olgu: 11 yaşında kız hasta 4 gün önce başlayan ateş, baş ağrısı, kusma ve ishal şikayeti ile yatırılarak takip edildiği dış merkezden baş ağrısı ve kusmasının devam etmesi üzerine ileri tetkik ve tedavi amacı ile tarafımıza gönderildi. Fizik muayenesinde; Ağırlık:30kg(10-25p), boy:135cm(10-25p), vücut ısısı:38,7c ss:28/dk kta:142/dk bilinç açık, halsiz- bitkin görünümde, meningeal iritasyon bulgusu yok, sistemik muayenesi doğaldı. Hastanın alınan laboratuvar tetkiklerinde patoloji saptanmadı. Hastaya viral enfeksiyon ön tanısı ile hidrasyonu sağlandı, kusma ve baş ağrısı takibi yapıldı. Takiplerinde yatışının 2.günü uykuya meyilli, hafif ense sertliği ve baş ağrılarının devam etmesi üzerine lomber ponksiyon planlandı. Göz dibi bakışında papil ödemi saptanmayan hastaya lomber ponksiyon denemesi yapıldı ve başarısız olundu. Bunun üzerine 30mg/kg/gün asiklovir, 100mg/kg/gün seftriakson ve 40mg/kg/gün vankomisin başlandı. Çekilen beyin MR ında Sağ serebral hemisferde temporal lobun medial ve lateral kısmında kortikal-subkortikal lokalizasyonlu sitotoksik ödem alanları (viral ensefalit?, epileptik skar ?) saptanması üzerine, hastanın ertesi gün yapılan LP sinde BOS protein:182,9mg/dl, glukoz:55mg/dl, klor:117,3mmol/L, BOS hücre sayımında wbc:694x10³/µL MN%:96,1 PMN%:3,9, HSV PCR(+) olarak saptandı. Hastanın Asiklovir dozu 40mg/kg/güne çıkıldı, seftriakson ve vankomisin tedavisi stoplandı. Uygunsuz ADH ve nefrotoksisite açısından takip edildi. Takiplerde genel durumunun giderek kötüleşmesi, sözel uyarılara yanıtının azalması, uykuya meyilinin artması, idrar inkontinansı ve yapılan nörolojik muayenesinde glaskow skalasının 10 olarak saptanması üzerine hasta çocuk yoğun bakım ve çocuk enfeksiyon uzmanı ihtiyacı ile ileri bir merkeze sevk edildi.

Tartışma ve Sonuç : Sonuç: Kranial MR ve BOS HSV DNA PCR sonucuna göre Herpes Simplex ensefaliti tanısı koyup, erken dönemde asiklovir tedavisi başlamamıza rağmen prognozun kötüye gidişini önleyemediğimizi vurgulamak istedik.

Anahtar kelimeler : asiklovir, herpes ensefaliti, MR, PCR

15. ÇOCUK ACİL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-POSTER BİLDİRİLER-

P-003

ÇOCUK ACİLDE TRAVMA HASTASININ KABULÜ VE İZLEMİNDE HEMŞİRENİN ROLÜ

Meltem Yılmaz Muslu¹

¹ Hacettepe Üniversite Hastanesi İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi Çocuk Acil Servisi Ankara

Giriş : Travma, çevresel etkenlerden enerji transferi sonucunda insanın doku ve organlarında oluşan hasardır. Çocuklarda mortaliteye neden olan travma mekanizmalarının başında trafik kazaları yer almaktadır. Ülkemizde 0-14 yaş arası çocukların, trafik kazaları sonucu hayatlarını kaybetme oranı %14,7 olarak bildirilmiştir. Travma ile acil servise başvuran hastalarda hızlı ve etkili acil müdahalenin yapılması travma kaynaklı yaralanma, kalıcı sekel ve ölümleri azaltmaktadır.

Materyal ve Metod : Olgu sunumu yapılmıştır.

Bulgular : Önceden bilinen bir hastalığı olmayan 14 yaşındaki kız hasta 14.06.2018 tarihinde araç içi trafik kazası ile çocuk acil servisine başvurmuştur. Hasta hızla travma yatağına alınmış ve nörolojik muayenesi yapılmıştır. Glasgow Koma Skalası skoru 15 olarak değerlendirilmiştir. Hastanın tamamıyla soyularak yapılan fizik muayenesinde ekstremitelerinde hassasiyet saptanmıştır. Vital bulgu tabibinde hipotermisi saptanan hastanın blanketle ısıtılması sağlanmıştır. Genel vücut travmasına yönelik olarak hasta, abdomen ultrasonografi, akciğer, pelvis, vertebra ve ekstremitelerine ve bilgisayarlı tomografiye gönderilmiştir. Kan ve idrar tetkikleri yapılmıştır. Hastanın yüzünde ve ekstremitelerinde bulunan açık yaraları pansuman yapılarak kapatılmıştır. Hastanın kanama takibi yapılmıştır. Tetanoz profilaksisi amacıyla tetanoz aşısı yapılmıştır. Hastanın oral alımı durdurularak intravenöz sıvı desteği uygulanmıştır. Tetkiklerinde pelvis kırığı saptanan hasta mutlak yatak istirahatine alınmıştır. Ağrısına yönelik intravenöz analjezik uygulanmıştır. Aldığı çıkardığı izlemi yapılan hastanın spontan idrar yapamadığı saptanmış ve üretra yaralanması ekarte edilerek foley sonda takılmıştır. Hastanın hemşirelik bakım planında kanama riski, akut ağrı, düşme riski, enfeksiyon riski, hipotermi, korku ve deri bütünlüğünde bozulma sorunları ele alınmış ve sorunlara yönelik hemşirelik girişimleri uygulanmıştır. Hastanın genel fiziksel durumu düzeldiğinde, ağrı ve korku nedeniyle ajite olan çocuğun aile ile görüşmesi sağlanmıştır. Akut Travma nedeniyle anksiyete yaşadığı gözlenen aileye hastanın genel durumu ve işlemler hakkında doktorlar tarafından bilgilendirme yapılmıştır. Görüşme ve bilgilendirme sonrası hasta ve ailenin sakinleştiği gözlenmiştir. Acil müdahalesi tamamlandıktan sonra hasta izleminin devamı için çocuk cerrahisi servisine devredilmiştir.

Sonuç : Çocuk acil servisine travma nedeniyle kabul edilen hastanın kabulü, izlemi ve bakımında hemşirenin; erken, hızlı ve doğru müdahale, acil bakım, normalden sapan bulguları tespit etme ve bildirme, hastanın kurum içi güvenli transferi, hasta ve aileye psikolojik destek sağlama ve bilgilendirme gibi önemli rol ve sorumlulukları bulunmaktadır.

Anahtar kelimeler : Çocuk, Hemşirelik, Travma

P-004

KARDİYOPULMONER RESUSİTASYONDA HEMŞİRENİN ROLÜ VE SORUMLULUKLARI

Özge Altıparmak¹

¹ Hacettepe Üniversitesi İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi, Çocuk Acil Servisi, Ankara

Giriş : Kardiyopulmoner Resusitasyon (KPR); herhangi bir nedene bağlı olarak solunum ve dolaşımı durmuş hastanın havayolu açıklığının, solunum ve dolaşımının devam ettirilmesidir. KPR erken, hızlı ve etkili yapıldığında mortalite ve morbiditeyi azaltan kritik bir uygulamadır. Başarılı bir KPR multidisipliner yaklaşım ve etkin bir ekip çalışması gerektirmekte ve hemşirenin bu ekipte önemli rol ve sorumlulukları bulunmaktadır.

Materyal ve Metod : Olgu sunumu yapılmıştır.

Bulgular : Olgu : 12.08.2017 tarihinde önceden bilinen bir hastalığı olmayan 2 yaşındaki erkek hastanın, yüksekten düşme sonucu oluşan kardiyak arrest nedeniyle Çocuk Acil Servisine getirileceği ambulans ekibi tarafından bildirildi. KPR için kullanılacak gerekli ekipmanlar ve ilaçlar hazır duruma getirildi. Kardiyak arrest durumunda teslim alınan hasta travma tahtasıyla arrest yatağına alındı. Kalp masajına başlanarak endotrakeal entübasyon yapıldı. Kalp masajı devam ederken balon maske ile ventilasyona başlandı. Hastanın damar yolu açıldı ve her üç dakikada bir intravenöz adrenalin uygulandı. Hasta monitörize edildi. Vital bulguları ve oksijen saturasyonu ölçüldü. Kan tetkikleri alındı. Hastaya nazogastrik sonda takılarak serbest drenaja alındı. Hemorajik mide içeriği geldiği görüldü. Kan volümünü desteklemek için intravenöz serum fizyolojik uygulandı. Hastanın kan sayımında hemoglobin değeri 4,7 gr/dl olması nedeniyle eritrosit süspansiyonu uygulandı. Kan basıncı ölçülemeyecek kadar düşük olan hastaya dopamin infüzyonu başlandı. Etkin ventilasyon sağlanamayan hastada pnömotoraks geliştiği için çocuk cerrahisi tarafından göğüs tüpü takıldı ve hemorajik vasıfta sıvı geldiği gözlemlendi. Gelen sıvı miktarı aralıklı olarak ölçülerek hekime bildirildi. Hastanın kan gazında bikarbonat değeri 5,2 mmol/l, ph değeri 6,9 olarak saptandığı için intravenöz bolus olarak serum fizyolojik içerisinde bikarbonat uygulandı. 45 dakika süren etkin KPR sonrası kalp tepe atımı 100 vuru/dakika olan hasta Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi'ne devredildi.

Sonuç : KPR' de hemşirenin; hekim gelene kadar temel ve ileri yaşam desteği uygulamalarını başlatma, kalp masajı, solunum desteği, acil ilaçları, tıbbi malzeme ve cihazları hazır durumda bulundurma, defibrilasyon, invaziv girişimler sırasında hemşirelik işlevlerini yerine getirme, monitörizasyon parametrelerini ve oksijen saturasyonunu izleme ve değerlendirme, kayıt, enfeksiyona yönelik koruyucu önlem alma, hekimle işbirliği sağlama ve koordinasyon, hasta ailesine psikolojik destek gibi önemli rol ve sorumlulukları bulunmaktadır.

Anahtar kelimeler : Acil müdahale, Hemşire, Kardiyopulmoner Resusitasyon

15. ÇOCUK ACİL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-POSTER BİLDİRİLER-

P-006

POST-OP TİROİDEKTOMİ SONRASI GEÇİCİ BİLATERAL VOKAL KORD PARALİZİSİ

Şahin Sincar¹, Emine Akkuzu¹, Gökhan Kalkan¹

¹ Gazi Üniversitesi Hastanesi, Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi, Ankara

Giriş : Rekürren larengeal sinirin etkilenmesine bağlı vokal kord paralizi tiroidektomi ameliyatının komplikasyonları arasında yer almaktadır. Tiroid ameliyatında, geçici vokal kord paralizi (VKP) riski (%2-5.1) kalıcı RLN hasarı riskinden (%0.6-1) daha yüksektir. Bununla birlikte, daha önce boyun bölgesine girişim geçirmiş hastalarda inatçı veya nüks hastalık nedeniyle yapılan tekrar girişimlerde RLN hasarı oranı %10.8'e kadar artan sıklıklarda görülebilir. Bu yazıda total tiroidektomi sonrası bilateral vokal kord paralizi gelişen olgu rapor edilmiştir.

Bulgular : Teyzesinde MEN-2 sendromunun bir komponenti olarak gelişen papiller tiroid karsinomu nedeniyle hastamızın yapılan tetkiklerinde de RET proto-onkogen mutasyonu saptanan 14 yaşındaki kız hastaya profilaktik tiroidektomi operasyonuna karar verilmiştir. Ameliyat sonrasında ekstübe edilen ancak ekstübasyon sonrası siyanoz gelişen ve tekrar entübe edilen hastada bilateral vokal kord paralizi saptanmıştır. RLN koruyucu cerrahi teknik kullanılması nedeniyle ön planda hastada ödeme bağlı geçici VKP düşünülmüştür. Hasta yoğun bakımda entübe halde 3 gün izlenmiştir. Bu esnada anti ödem tedavi açısından dexametazon ve furosemid kullanılmıştır. Daha sonra ameliyathane şartlarında ekstübe edilen ve video larengoskopi muayene edilen hastanın vokal kordlarının mobil olduğu görülmüştür.

Sonuç : Tiroidektomi ameliyatı doğrudan sinir hasarı olmadan bile RLN sinir iletiminde aksamalara yol açabilir. Bu açıdan Tiroid ameliyatlarında intraoperatif sinir monitörizasyonu kullanılmasının cerrahi tekniğe olumlu katkılarının olduğu bilinmektedir. VKP geliştiği takdirde yoğun anti ödem tedavisiyle birlikte zor havayolu ihtimaline hazırlıklı olunarak tekrar ekstübasyon denenmelidir.

Anahtar kelimeler : Paralizi, Tiroidektomi, Vokal Kord

P-007

VENLAFAKSİN İNTOKSİKASYONUNA BAĞLI STATUS EPİLEPTİCUS

Nihal Akçay¹, Ülkem Koçoğlu Barlas¹, Mey Talip Petmezci¹, Güner Özçelik¹, Esra Şevketoğlu¹

¹ Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bakırköy Dr Sadi Konuk Sağlık Uygulama Araştırma Merkezi, Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi, İstanbul

Giriş : Venlafaksin yapısal olarak yeni bir antidepressandır ve aynı zamanda trisiklik olmayan serotonin ve norepinefrin gerilimi engelleyicilerinin ilkidir. Venlafaksin'in birçok klinik çalışmada etkili bir antidepressan olduğu gösterilmiştir. Venlafaksin aşırı doz alımından sonra halüsinasyon, ajitasyon ve nöbetler en yaygın santral sinir sistemi etkileridir. Yazımızda venlafaksin aşırı doz alımı sonrasında status epileptikus ve uzun QTc gelişen bir olgu sunularak, ortaya çıkabilecek yan etkilerin tedavisine dikkat çekilmesi amaçlanmıştır.

Olgu : On dört yaşında kız hasta 22 adet 150 mg venlafaksin aldıktan dört saat sonra yoğun bakım ünitemize kabul edildi. Öyküsünde ilaç alımından bir saat sonra başvurduğu merkezde mide yıkama işlemi yapılarak aktif kömür verildiği, müşaadede takip edilirken jeneralize tonik klonik nöbet geçirdiği, midazolam 0,1 mg/kg intravenöz yapıldıktan sonra durduğu ve hastanın nöbetlerinin tekrarlaması üzerine tarafımıza sevk edildiği öğrenildi. Olgunun ünitemizdeki ilk fizik muayenesinde genel durumu orta, bilinç uykuya meyilli, Glasgow koma ölçeği 15 (G: 4, S: 5, M: 6), kan basıncı 102/78 (98) mmHg, kalp tepe atımı 140 atım/dk, vücut ısısı 36,5 °C, respiratuar sayısı 24/dk, olduğu gözlemlendi. Pupilleri dilate ve ışık refleksi mevcuttu. Diğer sistem muayeneleri doğaldı. Hastanın ilk elektrokardiografik incelemesinde QTc:0.48 olması üzerine propranolol başlandı. Hastanın laboratuvar tetkiklerinde; hemoglobin 10,5 g/dL, lökosit 11640/mm³, üre 20 mg/dL, kreatinin 0,53 mg/dL, glikoz 77 mg/dL, sodyum: 136 mmol/L, potasyum: 3,75 mmol/L, klor: 103 mmol/L, kalsiyum 9,8 mg/dl, protrombin zamanı 12,1 s, INR 1,02, aktive parsiyel tromboplastin zamanı 22,1 sn, Troponin I 2 pg/mL, CK-MB: 0,8 ng/ml, proBNP 112 ng/L idi. Kan gazında pH: 7,39, pCO₂: 38,7 mmHg, laktat: 1,4 mmol/L, bikarbonat: 23,1 mmol/L, olduğu saptandı. İdameden %5 dekstroz %0,45 NaCl konsantrasyonunda sıvı başlandı. Hastanın yatışının birinci saatinde jeneralize tonik klonik nöbeti oldu midazolam intravenöz yolla yapılarak durduruldu. Levatirasetam 30 mg/kg olacak şekilde yüklendi. Hastanın sık tekrarlayan jeneralize tonik klonik nöbetleri olması nedeniyle tiyopental ile sedatize edilerek entübe edildi. Hastaya antikonvülzan ve sedasyon olarak tiyopental infüzyonu devam edilirken anlajezi fentanil infüzyonuyla sağlandı. Hastanın sedasyon düzeyi sürekli bi-spektral index (BİS) monitorizasyonu ile BİS değeri %20 – 40 arasında tutulacak şekilde takip edildi. Hastaya lipit emülsiyon tedavisi (1gr/kg %20 lik lipit 1 saatte yüklendikten sonra 1gr/kg/gün infüzyon) başlandı. Lipid infüzyonu devam eden hastanın oluşan lipid-ilaç komplekslerini hızlı eliminasyon amaçlı plamzaferes yapıldı. Ekokardiyografik incelemesi normal bulundu. Elektroensefalografi(EEG) münitizasyonu yapıldı. Üç kere plazma değişim işlemi uygulandı. Epileptik aktivitesi gözlenmeyen hastanın pentotal infüzyonu sonlandırıldı. Yatışının dördüncü gününde spontan solunumu ve uyanıklığı yeterli olan hasta ekstübe edildi. Sonrasında epileptik aktivite gözlenmeyen hastanın lipit infüzyonu tedavisine ara verildi. Bulanık görme şikayeti gelişme üzerine göz bölümüne konsülte edildi. Venlafaksin midriyatik etkisine bağlı olabileceği düşünüldü ve takip planlandı. Beş gün yoğun bakım ünitesinde gözlenen hasta çocuk psikiyatrisi takibine alınarak taburcu edildi.

Sonuç : Sonuç olarak venlafaksine bağlı zehirlenmelerde ortaya çıkan hayatı tehdit eden yan etkilerin tedavi edilmesinde lipit emülsiyon tedavisinin yardımcı olabileceği kanaatindeyiz.

Anahtar kelimeler : status epilepticus, venlafaksin zehirlenmesi,

15. ÇOCUK ACİL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-POSTER BİLDİRİLER-

P-008

SEREBELLAR ENFARKT İLE İLİŞKİLİ SOL ATRİYAL MİKSOMA

Şahin Sincar¹, Emine Akkuzu¹, Gökhan Kalkan¹

¹ Gazi Üniversitesi Hastanesi, Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi, Ankara

Giriş : İnme çocukluk çağına nadir görülmekle birlikte mortalite ve morbidite riski açısından önemli bir klinik durumdur. Kalp kökenli beyin embolisi tüm beyin infarktlerinin 1/6 ila 1/4'ünden sorumludur ve genç hastalarda daha fazla ortaya çıkmaktadır. Aterosklerozdan sonra en sık beyin enfarktı sebebidir. Miksoma kalbin en sık görülen primer tümörü olmakla beraber kalp kökenli embolilerin oldukça nadir bir nedenidir. Bu bildiride diplopi ve ataksi başvuru bulgularıyla ortaya çıkan sol atriyal miksoma olgusu sunulmuştur.

Gereç-Yöntem : On altı yaşında kız hasta 4 gün önce çift görme, ataksik yürüyüş, bulantı, kusma, baş dönmesi şikâyetiyle başvurduğu dış merkezde muhtemel emboli odağına yönelik yapılan tetkiklerinde sol atriumda kitle saptanması üzerine tarafımıza yönlendirildi. Fizik muayenesinde bilinç açık, koopere, sol gözde içe bakış kısıtlılığı saptandı. Hastaya çekilen kranyal MRG'de serebellar kortekste enfarkt alanları saptandı. Rutin transtorasik ekokardiyografide ise sol atrium içinde mitral kapağa yakın yerleşimli 36x22 mm çapında lobüle kitle imajı, EF %66 olarak saptandı. Bunun üzerine yapılan toraks anjio BT'de benzer bulgulara ulaşıldı. Acil olarak operasyona alınan hastada sol atriumdaki kitle başarılı şekilde eksize edildi. Histopatolojik inceleme ile miksoma tanısı doğrulandı. Operasyonu sonrası dönemi komplikasyonsuz seyreden hasta 2 gün sonra servise devredildi.

Sonuç : Miksoma kalbin en sık görülen birincil tümörü olup genellikle bulgu vermemesine rağmen bazen bilinç bozukluğu, çift görme, ataksi, kısmi felç, ani ölüm, mitral darlığı semptomları ile kaşımıza çıkabilir. Özellikle genç yaşta ortaya çıkan serebro vasküler olay kliniğinde cerrahi tedavi imkânı olan atrial miksoma ayırıcı tanıda düşünülmelidir.

Anahtar kelimeler : Ataksi, diplopi, enfarkt, miksoma

P-009

NADİR GÖRÜLEN BRONŞ BASISI NEDENİ: HAFİF PULMONER HİPERTANSİYON

Şahin Sincar¹, Emine Akkuzu¹, Gökhan Kalkan¹

¹ Gazi Üniversitesi Hastanesi, Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi, Ankara

Giriş : Atriyal septal defekt (ASD) ve ventriküler septal defekt (VSD) en sık görülen konjenital kalp anomalileridir. PAH yaygın olarak ASD, VSD, patent duktus arteriosus gibi konjenital kalp hastalıkları ile ilişkilidir. Bronşlar anatomik olarak pulmoner arterle yakın ilişki içindedir. Dolayısıyla bu gibi durumlarda bronş basısına bağlı hayatı tehdit edici bulgular ortaya çıkabilir. Pulmoner arterlerin bronşlara bası yapması akciğerlerin tamamen veya kısmi olarak kapanmasına neden olur. Burada tekrarlayan başarısız ekstübasyon nedeni olarak sol akciğer total atelettazisi ile tanı koyulan pulmoner arter basısına bağlı bronş basısı olan ve 6 aylık kız hasta sunulmuştur.

Gereç-Yöntem : Altı aylık ASD ve VSD ile takipli kız hasta 1 ay önce, yaklaşık 1 haftadır, günde 3-4 kez olan kusma şikâyetiyle mahallinde devlet hastanesine başvurmuş. Dış merkez yatışının 3. gününde solunum yetmezliği tanısıyla çocuk yoğun bakıma alınmış ve entübe edilerek konvansiyonel mekanik ventilatörde izlenmiş. Bir aylık yoğun bakım yatışı sırasında 4 kez ekstübasyon denenmiş ve ekstübasyondan 8-10 saat sonra solunum yetmezliği tablosunda tekrar entübe edilmiş. Ekstübasyonu tolere edemeyen hasta 112 aracılığıyla çocuk yoğun bakım ünitemize devralındı. Bizde de mükerrer ekstübasyon denemelerinde de aynı sol total atelettazi gelişmesi nedeniyle hastaya muhtemel bronş basısına yönelik kontrastlı toraks bilgisayarlı tomografisi (BT) ve BT anjiyografi çekildi. BT'de sol ana bronşa karına sonrası sağ pulmoner arter basısı mevcuttu. Hasta kabulünün 14. gününde operasyona alındı. Operasyonda ASD ve VSD kapatıldı, sağ pulmoner arter aortanın ön tarafına alınarak ana pulmoner artere anastomoz edildi. Ameliyat sonrası PAAG'de sol akciğerin tamamen açıldığı görüldü. Ameliyat sonrası 3.günde çekilen kontrol kontrastlı toraks BT anjiyografisinde sol ana bronşta eski incelemede izlenen pulmoner arter bronş basısı bu incelemede izlenmedi ve hasta ameliyat sonrası 7. günde ekstübe edildi.

Bulgular : Ekstübe edilememe nedeni olarak lokalize tekrarlayan atelettazi vakalarında bronş kompresyonu ilk hatırlanması gereken etiyolojik faktörlerden birisidir. Konjenital kalp hastalığı olan hastalarda bronş basısı tespit edildiği takdirde vasküler anomaliler açısından ayrıntılı değerlendirme yapılmalıdır.

Anahtar kelimeler : ASD, Atelettazi, Bronş basısı, VSD

P-010

KARDİOVERSİYONA DİRENÇLİ DEKOMPANSE SUPRAVENTRİKÜLER TAŞİKARDİ OLGUSU

Şahin Sincar¹, Emine Akkuzu¹, Gökhan Kalkan¹

¹ Gazi Üniversitesi Hastanesi, Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi, Ankara

Giriş : Supraventriküler taşikardi çocukluk çağı ve yenidoğan dönemi dahil olmak üzere pediatrik çağda en sık karşılaşılan kardiak aritmidir. Sıklığı günümüzde bütün çocukluk yaşlarında 1: 100, yenidoğan döneminde 1: 200-250 sıklıkta tanımlanmaktadır. Taşiaritmiler içinde en sık görüleni atrioventriküler re-entry nedeni ile ortaya çıkan supraventriküler taşikardidir. Sıklıkla hemodinaminin bozulmadığı fakat yüksek kalp hızı nedeniyle dekompanse olma riski açısından önemli bir ritmi bozukluğudur. Burada 3 günlük halsizlik şikâyetiyle başvuran dekompanzasyon aşamasında tanı alan 75 günlük bebek olgusu sunulmuştur.

15. ÇOCUK ACIL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-POSTER BİLDİRİLER-

Gereç-Yöntem : Yetmiş beş günlük erkek bebek 3 gündür halsizlik, huzursuzluk yakınması ile başvurduğu dış merkezden kalp atım hızı yüksekliği nedeniyle çocuk acil polikliniğimize yönlendirilmiş. Prenatal öyküsü normal olan bebeğin vücut ağırlığı 5000 gr, aksiller ısı 36.8°C, solunumu yüzeysel nabızları sayılamayacak kadar hızlıydı. Tüm vücutta yaygın kutisi mevcut, kapiller geri dolumu >4 sn. bilinç bulanık saptandı. Oksijen saturasyonu %98, tansiyon 85/65 mmHg ve kalp atımı 320 atım/dk idi. Tam kan sayımı, CRP ve kan biyokimyası normal sınırlardaydı. Monitörize edilen hastanın elektrokardiografisi SVT ile uyumluydu. Periferik dolaşım bozukluğu saptanan hastaya 10 cc/kg sf yükleme yapıldı. PAAG'si normaldi. Hastaya adenozin 100 µg/kg IV bolus olarak uygulandı. Kalp tepe atımı 200 atım/dk'ya düştü. Ancak taşikardisinin devam etmesi üzerine adenozin dozu 250 µg/kg'a çıkıldı. Yanıt alınmadı. Bunun üzerine hastaya 0,5 j/kg ve 1 J/kg'dan olmak üzere 2 defa kardiyoversiyon yapıldı ancak yine yanıt alınmadı. Bunun üzerine hastaya amiodaron 5mg/kg'dan 1 saatte yükleme dozu verildi ancak hala yanıt alınamayınca ikinci defa yükleme yapılarak ardından 10 mcg/kg/dk infüzyona geçildi. İnfüzyonun 30. dakikasında kalp tepe atımı 155 atım/dk'ya düştü. Hastaya bu arada 1,5 mg/kg/g'den propranolol başlandı. Ekokardiyografisi çekildi ve sinüs ritminde olduğu görüldü. Yirmi dört saatlik infüzyondan sonra amiodaron infüzyonu sonlandırılarak, amiodaron 2x5mg/kg/doz oral başlandı. Supraventriküler taşikardi çocukluk çağı ve yenidoğan döneminde en sık karşılaşılan kardiyak aritmidir. İnfantlarda taşikardi, huzursuzluk, emme bozukluğu, taşipne ve kalp yetersizliği ile ortaya çıkabilir. Supraventriküler taşikardinin tedavisinde ilk tercih edilecek yöntemin yüze buz uygulaması olduğu bu uygulamaya yanıt alınmadığında tercih edilecek ilacın adenozin olması önerilmektedir. Devam tedavisinde tercih edilen amiodaron kompleks bir klas III antiaritmik ilaçtır. Elektrofizyolojik aktivitesi aksiyon potansiyelinin süresini uzatma ve refrakter periyodun etkisini arttırmaktır. Medikal tedaviye yanıtız SVT veya hemodinamik bozukluk durumunda 0,5 j/kg'den başlayarak senkronize kardiyoversiyon yapılması önerilmektedir. Dirençli SVT'lerde ise flecainid ve sotolol'un seçilebileceği bildirilmektedir.

Sonuç : İnfantlarda akut atak tedavisinde seçilecek yöntem ve ilaçlarla ilgili olarak tek bir tedavi şekli henüz yoktur. Bununla birlikte SVT ataklar şeklinde seyredabilmekte ve tedaviye dirençli olabilmektedir. Bu nedenle tedavide kullanılan farklı ilaçlar servislerde hazır bulundurulmalı ve vakalar mümkünse yoğun bakım şartlarında pediatrik kardiyologlar ile birlikte multidisipliner bir yaklaşımla izlenmelidir.

Anahtar kelimeler : Adenozin, amiodaron, supraventriküler taşikardi

P-011 YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE PEDIATRİK KOLŞİSİN ZEHİRLENMELERİNDE ETKİN AKTİF KÖMÜR TEDAVİSİNİN ÖNEMİ: OLGU SUNUMU

Şahin Sincar¹, Emine Akkuzu¹, Gökhan Kalkan¹

¹ Gazi Üniversitesi, Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi, Ankara

Giriş : Kolşisin esas olarak gut ve FMF hastalığında kullanılmakla birlikte, son zamanlarda amiloidoz, behçet hastalığı, skleroderma ve sarkoidoz gibi hastalıklarda da kullanılan bir alkaloid olup tıp dünyasında 150 yılı aşkın bir süredir bilinmektedir. Kolşisin intoksikasyonları nadir görülür ve genellikle suisit amaçlıdır. Ancak birçok organı etkileyebilmesi, hayatı tehdit edici semptomlara neden olabilmesi ve buna bağlı olarak morbiditesi ve mortalitesinin yüksek olması nedeniyle önemlidir.

Olgu : Ailevi akdeniz ateşi tanısı ile izlenen 14 yaşındaki kız çocuk suisit amacı ile 58 adet (0.5 mg) kolşisin tablet (0.7 mg/kg) almış ve yaklaşık altı saat sonra ailesi tarafından bulantı ve kusma şikayeti ile çocuk acil servise getirildi. Hastanın genel durumu iyi, bilinci açık, GKS'i 15 idi. Hastanın tansiyonu 100/65 mmHg, nabız 95/dakika ve ateş 36.9°C olarak ölçüldü. Laboratuvar tetkiklerinde (hemogram, biyokimya, kan gazı, kardiyak enzimler, beta hcg, diğer toksikoloji paneli) patoloji saptanmadı. Nazogastrik sonda takılarak gastrik lavaj yapıldı. Hastaya antioksidan özelliğinden faydalanılarak N-asetil sistein infüzyonu başlandı ve 5 gün boyunca devam edildi. Aktif kömürün ilk dozu uygulandı. Ancak aktif kömürü kustuğu ve bilinç durumu açık olduğu için aspirasyon riski nedeniyle hasta entübe edilerek 24 saat sedatize izlendi ve aktif kömür 6 saatte bir nazogastrik yoldan verildi, sonrasında hasta extübe edildi. Hastanın yatışının 3.gününde trombosit sayısı 65000/µL, d-dimer :11,9 olarak ölçüldü ancak lökopeni yada anemi olmadı. Yatışının 5.gününde laboratuvar değerleri düzeldi. Genel durumu düzelen, vital bulguları ve hemodinamik parametreleri stabil seyreden hasta yatışının 6.gününde servise devredildi.

Sonuç : Kolşisin intoksikasyonunda ölüm vakaları genellikle ilk 72 saat içinde kardiyak aritmiler ve solunum yetmezliği sonucu olmaktadır. Bu nedenle kolşisin intoksikasyonlarının yoğun bakım ünitelerinde takip edilmeleri, kardiyak ve solunum desteği için hazırlıklı olunması gerekmektedir. Gastrik dekontaminasyon işlemleri hızla yapılmalıdır. Bu tür tedavi etkinliği bilinen az sayıda yöntemin olduğu, fatal dozun alındığı, antidot tedavilerinin olmadığı yada sağlanamadığı durumlarda, enterogastrik-enterohepatik dolaşımı olan ve dağılım hacmi küçük olan toksik maddelerin absorpsiyonunu engellediğinden, mekanizmasından en etkin şekilde yararlanabilmek için aktif kömür gerekirse hasta entübe edilerek nazogastrik yol ile verilmelidir. Anemi, lökopeni ve trombositopeniyi tespit edebilmek için günlük kan sayımı yapılması; lökopeni nedeniyle septik şok, anemi ve trombositopeniyeye bağlı kanama riski arttığı için korunma ve tedaviye her an hazırlıklı olunması gerektiği kanısındayız.

Anahtar kelimeler : Aktif kömür, İntoksikasyon, kolşisin, pediatrik.

15. ÇOCUK ACİL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-POSTER BİLDİRİLER-

P-012

FEOKROMASİTOMALI ADÖLESAN BİR OLGU SUNUMU

Şahin Sincar¹, Emine Akkuzu¹, Gökhan Kalkan¹

¹ Gazi Üniversitesi, Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi, Ankara

Giriş : Feokromositoma katekolamin salgılayan nöroendokrin bir tümördür. Genellikle adrenal medullaya yerleşir. Hipertansiyonun nadir nedenlerinden biridir. Baş ağrısı ve kusma şikayetiyle başvuru takibinde hipertansiyon saptanan ve feokromositoma tanısı alan bir adölesan olgu sunulmuştur.

Olgu : Öncesinde bilinen bir hastalığı olmayan 15 yaşındaki kız hastanın, 2 aydır her gün olan günde 1-2 kez yediklerini içerir vassıta kusma ve 1-2 günde bir olan enseden başlayıp başın her tarafına yayılan 1-2 saat devam edip kendiliğinden geçen baş ağrısı şikayetlerinin geçmemesi üzerine dış merkeze başvurmuş. Yapılan tetkiklerinde Kr.MR'ında posterior fossada serebellit ile uyumlu görünüm, dekompanse hidrosefali, leptomeningeal kontrastlanma, tonsiller herniasyon; hastanın izleminde saptanan tansiyon yüksekliliği nedeniyle bakılan batın usg'sinde sağ sürrenal lojda 66x42 mm boyutunda solid lezyon saptanması üzerine tarafımıza sevki yapıldı. Hasta çocuk yoğun bakım ünitesine alındı. Fizik muayenesinde genel durumu iyi, bilinci açık-koopere, gks:15, egzoftalmus mevcut, TA:170/60 mmhg, nörolojik ve diğer sistem muayeneleri doğaldı. Hastanın tansiyon değerlerinin 180/100 mmhg civarında seyretmesi üzerine dış merkezde başlanan kalsiyum kanal blokörü ve ACE inhibitörünün dozları artırılarak idame edildi, karvedilol (alfa1, beta1 ve beta2 adrenerjik reseptör blokörü) eklendi. Bakılan kanlarında sodyum: 131 mmol/l, potasyum: 4,84 mmol/l, üre azotu:21 mg/dl, kreatinin: 0,65 mg/dl, glukoz: 134 mg/dl, ürik asit: 1,15 mg/dl, albumin: 3,11 g/dl, kalsiyum: 8,52 mg/dl, magnezyum: 2,17 mg/dl, fosfor: 4,00 mg/dl, total bilirubin: 0,26 mg/dl, direkt bilirubin: 0,07 mg/dl, ast: 55 u/l, alt: 95 u/l, alp : 66 u/l, ggt: 55 u/l, ldh: 312 u/l, klor: 98 mmol/l, wbc:19000 (%20 nötrofil), hgb:12,0 g/dl, plt: 367000, kan gazında ph:7,508 pco2:36,3 mmhg , beecf:- 5,4 mmol/l hco3:29,5 mmol/l, lac:1,0 mmol/l inr:1,06, fibrinojen:555 mg/dl, d-dimer:0,94 µg/ml, aptt:24,3 sn, crp:32,1 mg/l olarak görüldü. Hastanın Kr.BT'sinde bilateral serebellar tonsiller foramen magnumdan hafif herniyedir, 3. ve her iki lateral ventriküller belirgin, Toraks BT: normal, Abdomen BT'sinde sağ sürrenal glandda 76x53x68 mm boyutlarında lobüle kontürlü kontrast tutulumu gösteren kitle, vena cava inferior içerisinde de trombüsle uyumlu dolum defekti, Kr.Mr'ında optik sinir çevresinde bos miktarı artmış, serebellar vermiste ve serebellar folialarda patolojik sinyal değişiklikleri, serebellar tonsiller foramen magnumdan yaklaşık 5 mm herniye olduğu BOS akım MR'ında 3.ve her iki lateral ventriküller dilate, periventriküler beyaz cevherde bos geçişi ile uyumlu sinyal değişiklikleri, serebellar tonsiller hafif herniye olarak saptandı. Hasta mevcut dış merkez tetkikleri nedeniyle nöroşirürji, ç.onkoloji, ç.enfeksiyon, ç.endokrinoloji ve ç. nöroloji bölümüne danışıldı. Hastanın taşikardisinin mevcut olup sistolik tansiyon değerlerinin 170-180 mmhg civarında seyretmesi üzerine hastaya esmolol infüzyonu, enfeksiyon dışlanmadığından ampisilin, asiklovir, seftriakson başlandı. Viral marker paneli, ıg'ler, lyme ve brucella testleri, ppd testi, normal olarak sonuçlandı.Hastaya lomber ponksiyon yapılamadığından ve serebellit, ensefalit ekarte edilemediğinden çocuk nöroloji önerisiyle 400 mg/kg/gün'den 5 gün olmak üzere ivig tedavisi verildi. Anti ödem dozundan dek-sametazon başlandı. Hastadan ayırıcı tanı açısından yirmidört saatlik idrardan metanefrin ve normetanefrin ve kandanda homovanilik asit, vanil mandelik asit, metanefrin, normetanefrin, antitrombin 3, protein c,s ve trombofili paneli, beta-hcg ve görüldü. Bunlardan metanefrinde 10 kat kadar anlamlı bir artış saptandı. Öykü, laboratuvar, görüntüleme ve klinik durumuyla değerlendirilen hastada ön planda feokromositoma düşünülerek odak teyidi ve metastazlar açısından dota tate sintigrafisi yapıldı. Görüntüleme sonucunda sağ sürrenal lojda 5,5x5 cm boyutunda patolojik artmış Ga-68 dota tate tutulumu, diğer tüm vücut bölgelerinde ve kemik yapılarında ise normal fizyolojik dağılımın mevcut olduğu görüldü. Hastanın tedavisine doksazosin eklendi. EKO'sunda hipertrofik değişiklikler saptadı. Göz hastalıkları tarafından değerlendirildi, kronik hipertansiyonla uyumlu retina değişiklikleri, sağda totale yakın görme kaybı, retina dekolmanı, ileri düzeyde papil ödem saptandı. Hastaya trombüsüne yönelik clexan tedavisi başlandı. Hastanın izleminde tansiyon değerlerinin yüksek devam etmesine üzerine esmolol reseptör direnci düşünülerek nitroglicerinin infüzyonu 1 mcg/kg/dk hızında başlandı. Esmolol infüzyonu azaltılarak kesildi. Hastaya kontrol beyin BT çekildi, önceki beyin BT ile arasında belirgin fark saptanmadı, minimal herniasyonun devam ettiği görüldü. İzleminde herpes ensefalitinden uzaklaşdığı için asiklovir 6.gününde, dexametazon tedavisi 7.gününde azaltılarak kesildi. İzleminde taşikardilerinin gelişmesi üzerine alfa blokajın etkisiyle beta reseptör aktivasyonunun ön plana çıktığı düşünülerek nitroglicerinin kesilerek tekrar esmolol başlandı. BOS akım MR nöroşirürji tarafından değerlendirildi, lateral ventrikül etrafındaki hiperintens lezyonların hipertansif ensefalopatiye sekonder lezyonlar yada diğer patolojilere sekonder lezyonlar olabileceği düşünülürdü. Hastanın feokromositoma'ya yönelik operasyonu sırasında genel anestezi altında evd kateteri yardımıyla ventrikül içinden bos örneklemesi planlandı. Hastanın tansiyon regülasyonu yapılarak esmolol tedavisi kesildi ve oral antihipertansiflerle operasyon planlaması yapılmak üzere yatışının 2. haftasında servise devredildi.

Sonuç : Feokromositoma hipertansiyonun nadir ve tedavi edilebilir sebeplerinden biri olduğu için özellikle adrenal kitle saptanan hastalarda öncelikli olarak düşünülmelidir.

Anahtar kelimeler : Feokromositoma, herniasyon , hipertansiyon

P-013

METFORMİN İNTOKSİKASYONUNA BAĞLI GELİŞEN AĞIR LAKTİK ASİDOZLU OLGU SUNUMU

Şahin Sincar¹, Emine Akkuzu¹, Gökhan Kalkan¹

¹ Gazi Üniversitesi, Çocuk Yoğun Bakım; Ankara

Giriş : Metformin biguanid grubu oral bir antidiyabetik ilaç olup öglisemi sağlamaktadır. Biguanid grubu ajanların akut ve kronik kullanımında öngörülen majör toksik etkileri ağır laktik asidozdur ve bu klinik durum ölümcül seyredebilmektedir. Burada tarafımıza suisid amaçlı metformin zehirlenmesi ile yönlendirilen ağır laktik asidozlu bir ergen olgu sunulmuştur.

Gereç-Yöntem : İl dışından suisid amaçlı 50 adet 500 mg metformin oral tablet almış 15 yaşında kız hasta başvurduğu ilçe devlet

15. ÇOCUK ACİL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-POSTER BİLDİRİLER-

hastanesinde gastrik lavaj yapıp aktif kömür verilerek tarafımıza yönlendirildi. Hastanın fizik muayenesinde genel durumu orta-kötü, bilinci açık, sözlü uyarana anlamlı yanıt var, uykuya meyilli, VA:70 kg (>97p), ateş: 36,5 TA:140/80 mmhg, ss:40/dak, KTA: 98/dak, satO2:%98 , kardiyovasküler ve solunum sistem muayeneleri doğal. Batın rahat rebound defans yoktu. Hastanın laboratuvar tetkiklerinde wbc:73540 e3/ul (%80 nötrofil) hgb:16 g/dl plt:636000 e3/ul üre:16,3 mg/dl cre:1,9 mg/dl na:137 mmol/l k:4 mmol/l p:11,9 mg/dl mg:2,4 mg/dl ast:38 u/l alt:26 u/l ca:10,6 mg/dl üa:7,7 mg/dl inr:1,4 aptt:69 fib:437 ddimer:0,7 tit: ph:5,5 dan:1005 ph:7,02 hco3:6,5 be:-26 laktat:20 olan hastaya 8 saatte 10 yükseltici sodyum bikarbonat defisiti başlandı. Hastanın periferik yaymasında toksik granülasyon saptandı, atipi görülmedi, lökomoid reaksiyon olarak değerlendirildi. Saatlik kan şekeri kontrolü yapıldı, takipte hiç hipoglisemi saptanmadı. İlk kan şekerinin 310 saptanması üzerine insülin başlandı ve izleminde kademeli olarak kesildi. Hastaya juguler hemodiyaliz katateri takılarak sürekli venö-venöz hemodiyalizasyon (cvvhdf) tedavisi uygulandı. Laktik asidozdan dolayı diyalizat hızı yüksek tutuldu. Hemodiyaliz başlangıcında hastanın kan basıncının düşük seyretmesi üzerine dopamin başlandı. Hemodiyaliz sırasında laktat düzeyleri kademeli olarak 15-10,6-8,2- 3,6-1,2 ye kadar geriledi. 12 saat sonra hemodiyaliz işlemi sonlandırıldı. Yatışının 24. saatine oral beslenmeye başlandı ve 4.gününde bakılan tetkiklerinde wbc:9620 hgb:11,4 plt:256000 laktat:1 oral beslenen , vital bulguları stabil ve tüm sistem muayeneleri normal olan hasta servise devredildi.

Sonuç : Laktik asidoz metformin zehirlenmesinin tanımlanmış ölümcül bir komplikasyonudur. Günümüzde obezite ve tip 2 diyabetli olgular nedeniyle metformin kullanımı artmakta ve dolayısıyla bu ilacın yan etkileri konusunda özellikle çocuk hekimlerinin daha bilinçli olması gerekmektedir. Tedavinin temelleri erken tanı, laktik asidozun düzeltilmesi, kardiyovasküler sistem desteğidir. Ciddi asidozu gelişen olgularda bikarbonat tedavisinin etkili olmadığını, erken hemodiyaliz veya hemodiyaliz girişiminin hayat kurtarıcı olduğunu vurgulamak istiyoruz.

Anahtar kelimeler : Hemodiyaliz, laktik asidoz, metformin

P-014 TEDAVİYE DİRENÇLİ BİR DİSTONİ OLGUSU

Şahin Sincar¹ , Emine Akkuzu¹ , Gökhan Kalkan¹

¹ Gazi Üniversitesi, Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi, Ankara

Giriş : Distoni aynı kas gruplarının belli bir paternde kasılmaları ile oluşur, kasılmaların daima bir yönü vardır ve etkilediği vücut bölgesini bükücü niteliktedir. Genellikle kasılmalar uzun sürelidir ve hareketin pik noktasında postür oluşturur, bu durum agonist ve antagonistlerin kontraksiyonu sonucudur. Dakikalar-saatler boyunca sürdüğünde distonik postürden, haftalarca veya daha uzun sürdüğünde ise sabit distonik kontraktürlerden bahsedilir. Değişik toplumlarda yapılan epidemiyolojik çalışmaların farklı sonuçlar vermesi nedeniyle, primer distoni grubunda prevalans değerlerinin jeneralize distoni için 0.2-5/100000 ve fokal distoni için 3-29.5/100000 arasında değiştiği söylenebilir. Distoni tedavisinde geniş bir medikal tedavi yelpazesi olmasına rağmen bazı olgularda bu klasik yaklaşımlarla belirgin yanıt alınamayabilir. Bu yazıda çeşitli medikal tedavilere yanıtız ve ancak invaziv bir yöntem olan baklofen pompasıyla kontrol altına alınan dirençli bir jeneralize distoni olgusu sunuldu. Bu olgu sunumunun amacı dirençli distoni olgularında medikal ve invaziv şekilde çeşitli tedavi alternatiflerini vurgulamaktır.

Gereç-Yöntem : Serebral palsy, jeneralize distoni tanılarıyla çocuk nöroloji polikliniğinden takipli olan on beş yaşında erkek hasta, acil polikliniğimize halsizlik, dalgınlık, uykuya meyil, bilinç bozukluğu bacak ve kollarda kasılma, seyirme şikayetleri ile getirildi. Aile tarafından hastanın kasılma ve seyimelerinin yıllardır mevcut olduğu ancak şiddetinin son haftalarda belirgin arttığı ifade edildi. Hastanın çocuk acil polikliniğinde bakılan değerlerinde BUN:81 mg/dl cre:3,4 mg/dl olması üzerine ensefalopatisi, akut böbrek yetmezliği, şiddetli distoni ön tanılarıyla yoğun bakıma alındı. Hastanın fizik muayenesinde cp görünümünde, biparezik, genel durumu orta-kötü, letarjik durumda GKS:6 Sağ bacak, baş, boyun ve kollarda yüksek amplitüdü distonik hareketleri mevcuttu. TA:150/80 mmhg, KTA:145/R. Işık refleksi:++ , pupiller izokorik. Laboratuvar tetkiklerinde: Hb:15,3 g/dl, Hct:%60, BUN:85 mg/dl, kreatinin:3,61 mg/dl, ürik asit:14,6 mg/dl, Ca:5,75 mg/dl, P:10,7 mg/dl, CPK: 691500 ü/l, AST:5378 ü/l, ALT:1672 ü/l, LDH:23284 ü/l, T.Bil:0.5 mg/dl, D.Bil:0.1 mg/dl, Na:126 mEq/l, K:5,3 mEq/l, Cl:99 mEq/l, kan gazında PH:7.28 PCO2:27.7 PO2:25.9 BE:-12.5 LAC:1.9 HCO3:14, koagülasyon panelinde INR:1,9 aPTT:27,7 D-Dimer:4,38 olarak saptandı. İlaç intoksikasyonu amacıyla çalışılan toksikoloji paneli negatif olarak sonuçlandı. Hastaya bikarbonat defisiti, 4000 cc/m2 artrılmış mayı, allopürinol, seftriakson, n-asetil sistein başlandı. Olası beyin ödemi açısından beyin BT çekildi, normal saptandı. Hastaya 2 saatlik hemodiyaliz yapıldı. Hemodiyaliz sonrası hastanın GKS 13'e yükseldi, bilinci açıldı ve bakılan CK'nın 241200'e gerilediği görüldü. Hastada distoninin neden olduğu rabdomiyolize bağlı akut böbrek yetmezliği düşünülerek 4 defa daha 1000 cc'den sf yüklendi. Hasta yatışının 20.günüden itibaren günlük 2000-3000 cc civarında idrar çıkarmaya başladı ve 15. günde ck 150 ü/l'ye kadar geriledi. Hastanın distonileri için yatışında kademeli olarak başlanan midazolam, fentanil, remifentanil infüzyon şeklinde yüksek sedasyon dozlarında verilmesine rağmen belirgin gerileme saptanmadı. Bu nedenle tedavisine lorazepam (oral), lioresal (oral), L-Dopa (oral), diazepam (oral), dexmetomidin (iv), kloralhidrat (oral), propofol (iv) en üst dozda eklenmesine rağmen yine de hastanın şiddetli distonilerinde belirgin gerileme olmadı. Distonilerinin daha da şiddetlenmesi nedeniyle havayolunu koruyamayabileceği öngörülerek hasta 13. günde elektif olarak entübe edildi. Hastaya fizik tedavi bölümü tarafından distoninin en yoğun olduğu servikal kaslarına iki hafta arayla botulinum toksini uygulaması yapılmasına rağmen belirgin faydası görülmedi. Hastaya baklofen pompası takılması planlandı. Ancak işlemin prosedürlerinin zaman alacağı öngörülerek pompa tedarik edilene kadar intratekal baklofen uygulaması yapılması kararlaştırıldı. Entübasyonun 4.gününde hastaya distonileri için beyin cerrahisi tarafından 1. kürde 100 mcg olmak üzere , her kürde %10-20 artırılarak günün toplam 6 defa intratekal baklofen uygulaması yapılarak 250 mcg'a çıkıldı. Daha sonra hastaya ameliyathane şartlarında sol pelvik bölgeye baklofen pompası implante edildi ve günlük baklofen dozu 1 hafta içerisinde 1000 mcg'a çıkıldı. Otuz gün içinde klinik ve tüm biyokimyasal tetkikleri normale dönen hasta çocuk servisine devredildi.

Sonuç : Klasik medikal tedaviye cevapsız distoni gibi hareket bozuklukları ile başvuran hastalarda baklofen pompasının iyi bir alternatif olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar kelimeler : Baklofen pompası, Distoni, Hemodiyaliz, Rabdomiyoliz

15. ÇOCUK ACIL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-POSTER BİLDİRİLER-

P-015

AKCİĞER TÜBERKÜLOZLU ÇOCUK HASTALARDA NADİR BİR KOMPLİKASYON: TÜBERKÜLOZ PERİTONİT

Bahri Elmas¹, Mehmet Cemal Dönmez¹, Mustafa Büyükavcı²

¹ Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Pediatri Anabilim Dalı, Sakarya

² Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Pediatri Anabilim Dalı, Pediatrik Hematoloji Bilim Dalı, Sakarya

Giriş : Tüberküloz peritonit, tüm akciğer tüberkülozlu olguların %0.1-3.5'inde meydana gelmekte ve akciğer dışı tüberküloz olgularının %4-10'unu oluşturmaktadır. Başvuru şikayetlerinin çeşitliliği, hastalığın belirtilerinin silik olması ve tanısal metodlardaki sınırlılıklar nedeniyle tanı konulmasında güçlükler yaşanmaktadır. Şüphede halinde, kültürler alınarak erken ampirik tedavi seçeneğinin akılda tutulması, mortalite ve morbiditeyi azaltmada önemlidir. Bu bildiride periton tüberkülozu tanısı konulan bir vaka nadir görülmesi nedeni ile sunularak ayırıcı tanıların tartışılması amaçlanmıştır.

Olgu : 17 yaşında kız hasta, karın ağrısı, karında şişlik, kabızlık ve gece terlemesi şikayetleri ile başvurdu. Şikayetlerinin 3 haftadır devam ettiği, aşılarının tam yapıldığı, ailede tüberküloz tanılı veya şüpheli hasta bulunmadığı öğrenildi. Fizik muayenede halsiz görünümü, akciğer sesleri normal, batında hafif distansiyon mevcut idi. Hb 11.1 g/dL, lökosit sayısı 10.5 K/μL, PLT 414 K/μL, hs-CRP 108 mg/L, sedimentasyon 23mm/saat, karaciğer ve börek fonksiyon testleri normal bulundu. PPD 18mm ölçüldü. Exuda vasfındaki assit sıvısı mikroskopik incelemede bol lenfosit, ADA 31.5-33.6 U/L(N:0-30 U/L), serum assit albümin gradiyenti 0.32, ARB boyamada basil negatif, tüberküloz PCR incelemesi negatif, tüberküloz kültüründe üreme saptanmadı. PA akciğer grafisi normal, batin ultrasonografi-sinde sağ overde solid lezyon, batin MR incelemesinde her iki overde folikül kistleri ve pelviste yaygın sıvı, toraks CT incelemesinde bazallerde belirgin fibrozis ve ateletaksi izlendi. Toraks CT bulguları atipik enfeksiyonla uyumlu bulundu, tüberküloz lehine değerlendirilmedi. Batin laparoskopik incelemede visseral ve parietal peritonda yaygın tüberkülomlar, peritonda kalınlaşma ve adezyonlar, periton biyopsisinde kazeifiye granülatöz inflamasyon saptandı. İzoniyazid, rifampisin, pirazinamid ve etambutol'dan oluşan dördümlü antitüberküloz tedavi başlanması sonrasında genel durumu düzeldi ve assiti azaldı. Onbeşinci günde ileus gelişen hasta çocuk gastroenteroloji kliniği bulunan ileri bir merkeze sevk edildi.

Sonuç : Çocukluk çağında sık başvuru nedenlerinden birisi olan karın ağrısının ayırıcı tanısında, maligniteler dahil bir çok tabloyu taklit edebilen ve erken tanı ve tedavi ile mortalite ve morbiditesi önemli ölçüde azaltılabilen periton tüberkülozu da düşünülmalıdır.

Anahtar kelimeler : Karın Ağrısı, Peritonit, Tüberküloz

P-016

HEMŞİRELİK TANI VE GİRİŞİMLERİ İLE EL AYAK AĞIZ HASTALIĞI: BİR OLGU SUNUMU

Aylin Arıkan¹, Figen Işık Esenay²

¹ Dr. Sami Ulus Çocuk Hastanesi, Çocuk Acil Servisi, Ankara

² Ankara Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Ankara

Giriş : Çocukluk çağında görülen enfeksiyonlar içerisinde, virüslerin neden olduğu ateşli döküntülü hastalıklar yaygın olarak görülmektedir (Alter et al,2015). Bu hastalıkların bazıları kızamık, suçiçeği, kızamıkçık gibi iyi bilinen ve aşıları olan hastalıklar iken, bir kısmı da henüz hakkında çok fazla bilgi ve deneyimin olmadığı, az görülen, aşısı olmayan ve zaman zaman salgınlar yapabilen hastalıklardır. Bu hastalıklardan biri olan El Ayak Ağız Hastalığı (EAAH), bulunulan coğrafik bölge ve mevsimlere göre değişen oranlarda salgınlara yol açabilen, genellikle bebekleri ve beş yaş altı çocukları etkileyen viral bir hastalıktır (Guerra & Waseem,2017). Ülkemizde nadiren görülen bu hastalık, son yıllarda artan uluslararası hareketlilik nedeniyle çocuk acil servislerinde sık görülmekte, çocuk servislerinde bakım ve tedavileri sürdürülmektedir (Uğraş ve ark, 2014). Bu hastalığın ve hemşirelik bakımının bilinmesi, enfeksiyonun yayılmasının önlenmesi ve kaliteli hasta bakımının sürdürülmesi açısından önemlidir.

Olgu : 3 yaşında erkek hastanın 4 gün önce başlayan yüksek ateş ve boğaz ağrısı şikayeti varmış. Hastaneye başvurmadan 2 gün önce el ve ayaklarında döküntüler oluşmaya başlamış ve akşama doğru bütün vücuduna yayılmış. Beslenmede güçlük çeken, ateşi yüksek seyreden ve halsizleşen hasta halüsinasyonlar görmeye başlamış. "Küçük bir yılan gördüm, bugün bana kimse dokunmasın" demiş. Durumundan endişelenen annesi Acil servisine başvurmuştur. Hastanın yapılan fizik muayenesinde ateş: 38,2°C, nabız: 105/dk, TA:108/65 mmHg solunum: 28/dk kan şekeri: 84 satürasyon:97% olarak ölçülmüştür. Hastanın ağız içi; kuru, kızarıklık, yanak içi ve dil de veziküller, orofarinks, tonsilleri; hiperemik, hipertrofik, sert damakta enantemler görülmüştür. Her iki elin parmaklarının iç yüzeyinde ve her iki ayağın tabanında basmakla solan yaygın makülopapüler döküntü mevcuttu. Diğer sistemlere bakıldığında; kulak zarı; bilateral hiperemik, solunum sistemi; ral, ronküs, retrasyon yok, kardiyovasküler sistem; S1 S2 ritmik üfürüm yok, kapiller geri dolum < 2sn, batin; doğal, hassasiyet, defans, rebound yok, cilt; kuru, genitouriner sistem; doğal, gluteal bölgesinde makülopapüler döküntüler, sinir sistemi; kerning ve brudzinski yok ancak bilinç değişikliği, halüsinasyon görme nedeniyle Ensefalopati açısından LP yapılması planlanmış, hastaya EAAH tanısı konularak aileye hastalık hakkında bilgi verilmiş ve yatışı yapılmıştır. Hastaya tanı, semptomlar ve bireysel özellikleri dikkate alınarak hemşirelik bakımı planlanmış ve uygulanmıştır. Takip süresince bilinç değişikliği olmayan, kan ve boğaz kültüründe üreme olmayan, vitalleri stabil hale getirilen hasta taburcu edilmiştir.

Sonuç : El ayak ağız hastalığı, toplumumuzda hakkında yeterince bilgi sahibi olunmayan, ancak görülme sıklığı artan ve oldukça bulaşıcı bir hastalıktır. Kesin bir tedavisi ve aşılama programı olmayan bu hastalığa uygun tedavi ve bakım sağlanmadığı takdirde solunum güçlüğü, pulmoner ödem, hemoraji, paralizisi, miyokardit, menenjit, ensefalit gibi birçok komplikasyonla karşılaşılabilir (Zhou et al 2012). Dolayısıyla bu hastalık ile ilgili farkındalığın artırılması ve hemşirelik bakım prosedürün oluşturulması gerekmektedir.

Anahtar kelimeler : El-ayak-ağız hastalığı, hemşirelik tanısı, hemşirelik bakımı

15. ÇOCUK ACİL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-POSTER BİLDİRİLER-

P-017

AKUT DİSTONİK REAKSİYON İLE BAŞVURAN ÇOCUK OLGU

Aslı Kıbrıs¹, Büşra Çetin Ayas¹, Cansu Demiröz Baş¹

¹ Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Kliniği, İstanbul

Giriş : Distoni yineleyici, istem dışı, güçlü kas kasılmaları ve postür bozukluğu ile karakterizedir. Akut distonik reaksiyon, özellikle yüz boyun ve sırt kaslarında kontraksiyonlar, opistotonus, tortikolis, okulojirik kriz, dizartri ve trismus ile kendini gösterir. Nadiren laringospazm ile yaşamı tehdit edebilir. Acil bir durumdur ve hemen tedavi edilmelidir. Tanı, bulguların ani başlaması, hızlı ilerleme göstermesi ve ilaç kullanım öyküsünün sorgulanması ile konulur. İlaçlara bağlı olarak gelişen akut distoni en sık karşılaşılan tiptir. Çok sayıda ilaç tedavi dozunda akut distonik reaksiyonlara neden olabilir. En sık antipsikotik ve antiemetik ilaçlara bağlı gelişmektedir. Antiemetik ilaçlardan da en fazla akut distonik reaksiyona yol açan Metoklopramid'dir. Metoklopramid, santral ve periferik etkisi olan selektif dopamin reseptör antagonisti (DR-2) prokinetik ajan olup, antiemetik olarak sık kullanılan bir ilaçtır. En önemli yan etkileri, acil tedavi gerektiren tardif diskinezi, Parkinsonizm, akatizi, malign nöroleptik sendrom ve akut distonik reaksiyon gibi ekstrapiramidal semptomların varlığıdır. Metoklopramid ile akut distonik reaksiyon dopamin reseptör antagonizmasına bağlı olarak gelişir. Metoklopramid ile tedavi edilenlerin %0,5-1'inde akut distonik reaksiyon gelişebilmektedir. Akut distonik reaksiyon ilacın alımından 24-72 saat sonra ortaya çıkabildiği gibi saatler içinde de görülebilir. Metoklopramid dozu ile birlikte akut distoni sıklığı artsa da tedavi dozunda bile görülebilmektedir. Ayrıca tekrarlayan dozlarda birikici etkisinin olduğu da bildirilmiştir. Ateşli ve dehidrate çocuklarda ise düşük dozlarda bile reaksiyon ortaya çıkabilmektedir. Ayrıca hastalar tetanoz, menenjit, ensefalit, hipokalsemi, hipomagnezemi, nöbet, histeri, akrep ve böcek sokması gibi yanlış tanılarda alabilirler. Bu yazımızda, akut distonik reaksiyon ile başvuran ve öyküsünde taşıt tutması nedeniyle yüksek doz metoklopramid verildiği öğrenilen bir olgu sunulmuştur.

Olgu : Sekiz yıl 6 ay yaşında kız hasta konuşamama, kollarda, bacaklarda, yüzde, boyunda, ağız çevresinde, çenede kasılı kalma ve gözlerde yukarı kayma şikayeti ile çocuk acil servisimize başvurdu. Hastanın öyküsünde on saat önce okul gezisine gideceği için taşıt tutması nedeniyle annesi tarafında metpamid 10 mg tablet (bu yaş grubunda metoklopramid için önerilen doz 3x2,5 mg'dır) verildiği öğrenildi. Özgeçmişinde mental ve motor gelişimi yaşına uygundu. Soygeçmişinde ailede bilinen önemli bir hastalık yoktu. Fizik muayenesinde genel durumu orta, huzursuz, gözler yukarı kaymış (okulojirik kriz), tüm vücutta tonus artışı vardı. Boyunda ve çenede kasılma (trismus) mevcuttu. Bilinci açık fakat konuşamıyordu. Tartısı 25 kg, vücut ısısı 36,5 C, kan basıncı 103/75 mmHg, nabız 118/dakika, solunum sayısı 20/dakika, SPO2 %97 olarak ölçüldü. Pupiller izokorik ışık refleksleri pozitifdi. Göz dibi incelemesi normaldi. Kas tonusu artmış (opistotonus postürü), derin tendon refleksleri canlı, her iki tarafta babinski pozitifdi. Diğer sistem muayeneleri olağandı. Laboratuvar incelemesinde tam kan sayımı, kan gazı (methemoglobin), biyokimyasal değerler ve idrar incelemesi normaldi. EKG de sinüs taşikardisi vardı. Olgumuzda akut distonik reaksiyonun metoklopramid bağlı olduğu düşünüldü. Parenteral sıvı tedavisine başlandı. İntravenöz difenhidramin tedavisi sonrası bulguları kaybolan hasta 24 saatlik gözlem sonrası şifa ile taburcu edildi.

Sonuç : Akut distonik reaksiyonla başvuran çocuk olgularda mutlaka ilaç öyküsü sorgulanmalı ve metoklopramid akılda bulundurulmalıdır.

Anahtar kelimeler : akut distonik reaksiyon, çocuk, metoklopramid.

P-018

KOLŞİSİN İNTOKSU PEDIATRİK HASTANIN ÇOCUK YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDEKİ HEMŞİRELİK BAKIMI

Dilek Emniyetli¹, Burcu Başçı¹, Nagihan Eyi¹,

¹ Sarıyer Hamidiye Etfal EAH, Çocuk Yoğun Bakım, İstanbul

Giriş : Kolşisin insanların yüzyıllar boyunca bitkilerden elde ederek kullandığı bir ilaçtır. Kolşisinin mutlak endike olduğu tek hastalık Ailevi Akdeniz Ateşi (AAA) hastalığıdır. İlacın terapötik dozuyla toksik dozu birbirine çok yakındır. Bu çalışmada, kolşisin intoksikasyonlu bir pediatrik olgunun çocuk yoğun bakım ünitesindeki izlem ve hemşirelik NANDA tanılarına göre bakım sürecinin vurgulanması amaçlanmıştır.

15. ÇOCUK ACİL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-POSTER BİLDİRİLER-

bakım planı

HEMŞİRELİK TANISI	HEDEF	PLANLAMA	UYGULAMA	DEĞERLENDİRME
Bulantı ve kusmaya bağlı sıvı volüm eksikliği riski	Hastada sıvı volüm eksikliği belirti ve bulgularının gözlenmemesi.	-Hastanın bulantı ve kusması yakından izlenecek. -Order edilen antiemetik tedavi uygulanacak ve nanfarmokolojik yöntemlerle tedavi desteklenecek. -Hastanın alacağı sıvı kusma miktarı kaydedilerek düzenlenecek. -Deri turgoru kontrol edilip kaydedilecek. -Aldığı-çıkardığı takipi yapıpılıp kaydedilecek.	-Hastanın bulantı ve kusması yakından izlendi. -Order edilen antiemetik tedavi uygulandı ve nanfarmokolojik yöntemlerle tedavi desteklendi. -Hastanın mayisi düzenlendi ve kusma miktarı kaydedilerek buna göre ayarlandı. -Deri turgoru kontrol edilip kaydedildi. -AÇT yapıldı ve dosyasına kaydedildi.	-Hastada sıvı volüm eksikliği belirti ve bulguları gözlenmedi.

Santral venöz katater, diyaliz katateri ve idrar sondası bulunmasına bağlı enfeksiyon riski	Hastada enfeksiyon belirti ve bulgularının gözlenmemesi.	-Hasta enfeksiyon belirti ve bulguları açısından takip edilecek(ateş durumu, katater giriş yerleri, idrar durumu...). -Katater pansumanları aseptik tekniklere dikkat edilerek yapılacak. -Hastaya yapılan her müdahaleden sonra eller yıkanak ve her işlem için eldiven değiştirilmesine dikkat edilecek. -Diyaliz, plazmaferez işlemi sırasında yapılan katater müdahaleleri steril teknikler kullanılarak gerçekleştirilecek. -CVP kataterlerinden gönderilen infüzyonların setleri CDC protokollerine göre belirtilen sürelerde değiştirilecek ve uygun şekilde yıkanacak. -Hastanın idrar durumu da renk, görünüm, miktar açısından değerlendirilecek.	-Hasta enfeksiyon belirti ve bulguları açısından takip edildi. 24*1 ANT takibi alındı ve dosyasına kaydedildi. -Katater pansumanları aseptik tekniklere dikkat edilerek yapıldı. -Hastaya yapılan her müdahaleden sonra eller yıkandı ve her işlem için eldiven değiştirilmesine dikkat edildi. -Diyaliz, plazmaferez işlemi sırasında yapılan katater müdahaleleri steril teknikler kullanılarak gerçekleştirildi. -CVP kataterlerinden gönderilen infüzyonların setleri CDC protokollerine göre belirtilen sürelerde değiştirildi ve kaydedildi. - Hastanın idrar durumu da renk, görünüm, miktar açısından değerlendirildi.	Hastada ; tedavisinin dördüncü gününde ateş 38,9°C, nabız 170-180/dk bulguları gözlemlendi. Enfeksiyon belirti ve bulguları hastada gözlemlendi.
	Hastada enfeksiyon belirti ve bulgularının görülmesine neden olan etkenin ortadan kaldırılması ve enfeksiyon görülmemesi.	-Kan kültürü CVP katater, diyaliz katateri ve periferik venler kullanılarak ayrı ayrı alınacak ve idrar kültürü alınacak. -Hastanın antibiyotiği laboratuvar sonuçlarına göre değiştirilecek.	-Kan kültürü CVP katater, diyaliz katateri ve periferik venler kullanılarak ayrı ayrı alındı ve idrar kültürü alındı. - Sonuçlarına göre CVP kataterinde Gram (-) basil üremesi görüldüğü için CVP katateri çekildi ve antibiyotikleri değiştirildi.	Yapılan değişiklikler sonucunda hastanın ateşi kontrol altına alındı fakat enfeksiyon riski devam ediyor.

15. ÇOCUK ACIL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-POSTER BİLDİRİLER-

Hastaya diyaliz yapılmasına bağlı hipotansiyon riski	Hastada hipotansiyon gözlenmemesi.	-Hasta monitörden sık sık izlenecek ve hastaya göre monitör parametreleri ayarlanacak. -Hastadan diyaliz esnasında çekilecek UF'si mayisine göre ayarlanacak.	-Hasta monitörden sık sık izlendi ve hastaya göre monitör parametreleri ayarlandı. -Hastadan diyaliz esnasında çekilecek UF'si mayisine göre ayarlandı.	Hastada hipotansiyon gözlenmedi.
Bilinç durumunun değişkenliğine ve ajitasyonuna bağlı düşme riski	Hastanın düşmemesi.	-Hasta yaşına uygun yatakta yatırılacak. -Yatak kenarları işlem sonrası kaldırılıp sabitlenecek. -Hasta kendini yataktan atma eğilimindeyse uygun materyallerle yatak içi tespiti sağlanacak. -Hastayla konuşulup ajitasyon etkeni ortadan kaldırılmaya çalışılacak.	-Hasta yaşına uygun yatakta yatırıldı. -Yatak kenarları işlem sonrası kaldırılıp sabitlendi. -Hasta kendini yataktan atma eğiliminde olduğunda uygun materyaller kullanılarak yatak içi tespiti sağlandı ve hasta sakinleştirilmeye çalışıldı.	Hasta düşmedi.
Diyaliz yapılmasına bağlı sıvı volüm dengesizliği riski	Hastada sıvı volüm dengesizliği görülmemesi.	-Hastanın aldığı-çıkardığı takibi sağlanacak ve düzenli aralıklarla diyaliz UF'si ve idrar çıkışına bakılıp mayisi ayarlanacak. -Mayisi order edildiği şekilde gönderilecek. -Deri turgoru kontrol edilip deri hidrasyonu açısından değerlendirilecek.	-Hastanın aldığı-çıkardığı takibi sağlandı ve düzenli aralıklarla diyaliz UF'si ve idrar çıkışına bakılıp mayisi ayarlandı. -Mayisi order edildiği şekilde gönderildi. -Deri turgoru kontrol edilip deri hidrasyonu açısından değerlendirildi ve dosyasına kaydedildi.	Hastada sıvı volüm dengesizliği gözlenmedi.
İlaç toksitesine bağlı bulantı ve kusma	Hastanın bulantı ve kusmasının önlenmesi.	-Hastaya nazogastrik sonda takılacak. -Order edilen antiemetik tedavi uygulanacak. -Nanfarmokolojik yöntemlerle hastanın bulantısı giderilmeye çalışılacak. Bulantı ve kusmaya neden olabilecek etken belirlenecek. -Orderında bulunan aktif kömür tedavisi NG'den verilecek.	-Hastaya nazogastrik sonda takıldı ve abdomen rahatlatıldı. -Order edilen antiemetik tedavi uygulandı. -Nanfarmokolojik yöntemlerle hastanın bulantısı giderilmeye çalışıldı. -Orderında bulunan aktif kömür tedavisi NG'den verildi.böylece buna bağlı kusması engellendi.	Hastanın kusması engellendi.
Hastanede yatmasına ve bu süreçteki bilgi eksikliğine bağlı anksiyete	Hastanın anksiyetesi azaltılacak.	-Hastada anksiyeteye neden olabilecek etken belirlenecek ve bunu önlemeye yönelik düzenlemeler yapılacak. -Hastanın bilgi eksikliği giderilecek. -Ziyaret saatlerinde anne ve babasıyla vakit geçirmesi sağlanacak. -Hastaya yapılan işlemler, uygulanan tedavi süreci hakkında bilgiler verilir hemşirelik süreci hakkındaki soruları yanıtlandırılacak.	-Hastada anksiyeteye neden olabilecek etken belirlendi ve bunu önlemeye yönelik düzenlemeler yapıldı. -Hastanın bilgi eksikliği giderilmeye çalışıldı. -Ziyaret saatlerinde anne ve babasıyla vakit geçirmesi sağlandı. Genel durumu iyi olmaya başladığında annesinin yanında kalmasına müsaade edildi. -Hastaya yapılan işlemler, uygulanan tedavi süreci hakkında bilgiler verilir hemşirelik süreci hakkındaki soruları yanıtlandırıldı.	Hasta anksiyetesinin azaldığını ifade etti.

15. ÇOCUK ACIL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-POSTER BİLDİRİLER-

Beslenmede dengesizlik; gereksiniminden az beslenme	Hastanın beslenmesinin düzenlenmesi.	-Hasta genel durumu iyi olduğunda oral alıma başlanacak. -Oral alıma doktor orderına göre başlanacak ve oral sulu,yumuşak ve en son katı gıdaya başlanacak. -Hasta yeteri kadar oral alıma başladığında mayisi stoplatacak.	-Hastaya yatışını üçüncü günü oral beslenme dedendi fakat abdomendeki hassasiyet nedeniyle oral alım tekrardan kapatılıp mayisi eskisi gibi devam ettirildi.	Hastanın abdomendeki hassasiyetinden dolayı başlanan oral alımı tekrar stoplandı.
	Hastanın beslenmesinin sağlanması.	-Hastanın abdomeni gerginlik ve hassasiyet açısından değerlendirilecek ve ayakta batın grafisi çekilecek.	-Hastanın abdomeni kontrol edildi ve ayakta batın grafisi çekilip sonuçlar doğrultusunda oral alımı dördüncü gün tekrar denendi. -Hasta genel durumuna göre oral alıma sırasıyla sulu, yumuşak ve katı olacak şekilde başladı. -Oral alımı normal seviyeye geldiğinde mayisi stoplandı.	Hastanın beslenmeye başladı ve mayisi stoplandı.
Hastalık süreci ve hastanede yatmasına bağlı bilgi eksikliği	Hastanın bilgi eksikliğini ortadan kaldırılması.	-Hastanın bilgi eksikliğini nedenleri belirlenecek ve bu nedenler giderilmeye çalışılacak. -Hastaya yapılan işlemler, uygulanan tedavi süreci hakkında bilgiler verilip hemşirelik süreci hakkındaki soruları yanıtlanacaktır.	-Hastanın bilgi eksikliğini nedenleri belirlendi ve bu nedenler giderilmeye çalışıldı. -Hastaya yapılan işlemler, uygulanan tedavi süreci hakkında bilgiler verilip hemşirelik süreci hakkındaki soruları yanıtlanacaktır.	Hasta bilgi eksikliğini ortadan kaldırdığını ifade etti.

Hareket kısıtlılığı, güçsüzlük, algılama ya da bilişsel bozukluğa bağlı bireysel bakımda yetersizlik; öz bakım eksikliği	Hastanın öz bakım ihtiyaçlarının giderilmesi ve kendi katılımının sağlanması.	-Hastanın öz bakım ihtiyaçları belirlenecek. -Bu ihtiyaçlar doğrultusunda bakımları yapılacak ve bu bakımlarda hastanın katılımı da sağlanacak. -Ağız bakımı, göz bakımı perine ve ayak bakımı sık sık yapılacak. -Yatak banyosu yaptırılacak.	-Hastanın öz bakım ihtiyaçları belirlendi. -Bu ihtiyaçlar doğrultusunda bakımları ilk günlerde sadece hemşire odaklı yapıldı ve bu bakımlarda hastanın gene durumu iyiye gittiği zaman kendi katılımı da sağlandı. -Ağız bakımı, göz bakımı perine ve ayak bakımı sık sık yapıldı. -Yatak banyosu yatışının ertesi günü yapıldı.	Hastanın öz bakım ihtiyaçları kendi katılımıyla giderildi.
İnvaziv materyallerin varlığının oluşturabileceği enfeksiyona ya da idiyopatik nedenlere bağlı hipertermi	Hastada hipertermi gözlenmemesi.	-Hastanın ateşi 24*1 kontrol edilecek ve bulgular kaydedilecek. -Hipertermi belirtileri açısından hasta izlenecek.	-Hastanın ateşi 24*1 kontrol edildi ve bulgular kaydedildi. -Hipertermi belirtileri açısından hasta izlendi.	Hastada ; tedavisinin dördüncü gününde ateş 38,9°C, nabız 170-180/dk bulguları gözlemlendi.
	Hastanın hipertermisinin kontrol altına alınması	-Ateşi kontrol altına alınmaya çalışılacak. -Soğuk uygulama yapılacak. -Order edilen paracetamol tedavisi uygulanacak. -Taşikardi ve ateş takibi sıklaştırılacak. -Kan ve idrar kültürleri alınacak. Kültür sonucuna göre antibiyotikleri düzenlenecek.	-Ateşi kontrol altına alınmaya çalışıldı. ilk günlerde ateş yüksek seyretmeye devam etti antibiyotik değişikliği sonrası ateş kontrol altına alındı. -Enfeksiyon üremesi olan CVP katateri çekildi. -Soğuk uygulama yapıldı. -Order edilen paracetamol tedavisi uygulandı. -Taşikardi ve ateş takibi sıklaştırıldı. -Kan ve idrar kültürleri alındı. Kültür sonucuna göre antibiyotikleri düzenlenecek.	Hastanın hipertermisi kontrol altına alındı.

15. ÇOCUK ACİL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-POSTER BİLDİRİLER-

Hastaya invaziv işlemler yapılması ve diyaliz uygulanırken heparin kullanımına bağlı kanama riski	Hastada kanama belirti ve bulgularının gözlenmemesi.	-Hasta kanama belirti ve bulguları açısından izlenecek. -Diyaliz esnasında kullanılan heparin dozu koagülasyon durumuna göre ayarlanacak. Bunun için belirli aralıklarda hastadan koagülasyon gönderilecek. -Yapılan invaziv işlemlerde kanama tehlikesine karşı gerekli önlemler alınacak.	-Hasta kanama belirti ve bulguları açısından izlendi. -Diyaliz esnasında kullanılan heparin dozu koagülasyon durumuna göre ayarlandı. Bunun için belirli aralıklarda hastadan koagülasyon gönderildi. Diyaliz heparin dozu sürekli değiştirildi. -Yapılan invaziv işlemlerde kanama tehlikesine karşı gerekli önlemler alındı. Kanama ihtimaline karşın kan bankasında hazır kan bulunduruldu.	Hasta kanamadı.
Mental bozukluk ve uygulanan ilaçların yan etkilerine bağlı kendisine ve çevresine zarar verme riski	Hastanın kendisine ve çevresine zarar vermemesi.	-Hastanın mental durumu sürekli değerlendirilecek. -Çevresi güvenli hale getirilecek. -Etrafında kesici/delici alet ya da oral ilaç bulundurulmayacak.	-Hastanın mental durumu sürekli değerlendirildi. -Çevresi güvenli hale getirildi. -Etrafında kesici/delici alet ya da oral ilaç bulundurulmadı.	Hasta kendine zarar vermedi ilaçla suicid girişiminden dolayı kendine zarar verme riski devam ediyor.

Olgu : AAA tanılı ve takipli olan 15 yaşındaki A.İ. isimli kız hasta 30 adet 0,5 mg kolşisini kendi isteğiyle içmiş olarak bir devlet hastanesine başvurmuştur. Burada ranitidin ve aktif kömür verilen hasta 114 zehir danışmanın letal doz bildirimini üzerine 7 gün boyunca çocuk yoğun bakımda izlemi planlanarak yatışı yapılmıştır. Hasta monitörize edildi. Serbest oda havasında takip edilen hastanın satürasyon:99, kalp tepe atımı:72/dk, ateş:36.8?, tansiyon:110/65 saptandı. Bulantı ve kusması olan hastanın oral alımı kapatıldı. Santral venöz katater, geçici diyaliz katateri, idrar sondası ve NGS takıldı. Komplikasyon gözlenmedi. IV maisi ve tedavisi düzenlendi ve uygulandı. Hastanın genel durum arta, bilinç açık. Hastaya yatışının ilk günü TDP ile plazmaferez ve ardından hemodiyafiltrasyon uygulandı. 6 gün boyunca her gün TDP ile plazmaferez uygulanmaya devam etti. Yatışının üçüncü günü oral beslenme denendi ancak karın hassasiyeti nedeniyle vazgeçildi. Dördüncü gün tekrar oral alım denendi tolere etti. Yatışı süresince inotrop ve oksijen ihtiyacı olmadı. Dördüncü gün ateş:38.9? oldu. Tüm kültürleri alındı. 5. Gün santral venöz kataterden Gram negatif sinyal alındı ve katater çekildi (diyaliz katateri duruyor). Antibiyotigi değiştirildi.

Sonuç : Kolşisin zehirlenmesi sık görülmemekle birlikte, birçok organı etkileyebilmesi ve hayatı tehdit edici semptomlara neden olabilmesi nedeniyle önemlidir. Hastaya bütüncül bakımı gerektirir. Hastaya yoğun bakımda bulunduğu bu dönemde NANDA hemşirelik tanılarıyla sistematik ve bütüncül bakım sağlanarak hasta pediatri servisine transfer edilmiştir.

Anahtar kelimeler : NANDA, enfeksiyon, hemodiyafiltrasyon, santral venöz katater, plazmaexchange

15. ÇOCUK ACİL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-POSTER BİLDİRİLER-

P-019

CANDİDA ENDOKARDİTLİ BİR OLGU

Fulden Pay¹, Tanıl Kendirli², Merve Havan², Serhat Özcan², Ergin Çiftçi³, Zeynep Eyiletlen⁴, Ercan Tutar⁵

¹ Ankara Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ankara

² Ankara Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Çocuk Yoğun Bakım Bilim Dalı Ankara

³ Ankara Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Çocuk Enfeksiyon Bilim Dalı Ankara

⁴ Ankara Üniversitesi Kardiyovasküler Cerrahi Ana Bilim Dalı Ankara

⁵ Ankara Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Çocuk Kardiyoloji Bilim Dalı Ankara

Giriş : Fungal endokardit ciddi ve nadir görülen hayatı yüksek ölçüde tehdit eden mortalitesi ve morbiditesi yüksek enfeksiyondur. Fungal endokarditler çoğu vakada vejetasyonun anatomik yerleşimi ve boyutuna göre değişken bulgu verebilmektedir. En sık görülen etkenler Candida albicans, Candida parapsilosis, candida tropicalis gibi etkenlerdir. Uzun süreli antifungal tedavi ve erken dönemde cerrahi uygulamasının hayat kurtarıcı olduğu gösterilmiştir. Burada prematür bebekte triküspit kapakta candida vejetasyonu saptanan bir olgu sunulmuştur.

Gereç-Yöntem : 25 hafta, doğum ağırlığı 610 gr, prematürite nedeniyle dış merkezde yoğun bakım ünitesine kabul edilmiş. Hasta intrakranial kanama, prematür retinopatisi, bronkopulmoner displazi açısından takip ve tedavi edilmiş. Solunum sıkıntısı olan ve total parenteral nutrisyon desteği ihtiyacı olan hastaya katater takılmış. İzleminde sepsis tablosu olan hastanın alınan katater kültüründe candida albicans üremesi saptanmış. Yatışının 3. Ayında triküspit kapakta trombüs ön tanısı ile hastayı kabul ettik. Hastanın alınan kan kültüründe 29, saat Candida albicans üremesi saptandı. Ekokardiyografisinde Triküspit kapakta vejetasyon (18x10mm) saptandı. Candida endokarditi tanısıyla hastaya tedavi dozundan flukanazol ve mikofungin tedavisi başlandı. Yoğun bakım ünitesine kabulünden beş gün sonra sağ atriumdan kitle eksizyonu yapıldı. Hastanın patoloji sonucu fungal enfeksiyon ile uyumlu fibrin kitlesi olarak sonuçlandı. Operasyon sonrasında entübe izlenen hastanın takibinde solunum destek ihtiyacı kademeli olarak azaltıldı. Hastanın flukanazol tedavisi 33 güne, mikafungin tedavisi ise 47 güne tamamlandı. Eşlik eden ek sorunlar olarak; hastanın takibinde trakeal aspirat kültüründe acinetobacter baumannii üremesi oldu antifungal tedavisine ek olarak antibiyoterapisi düzenlendi. Takibinde kliniginde kötüleşme ve batında distansiyonu olması üzerine yapılan abdomen ultrasonunda asit saptanan hastaya parasentez işlemi yapıldı ve üreme saptanmadı, hastanın mevcut tablosu sağ kalp yetmezliği ile ilişkilendirildi. Yoğun bakım ihtiyacı olmayan hasta yatışının 60. Gününde kontrol tetkikleri yapılarak ve prematüriteye eşlik eden komorbid durumlarının da tedavisi düzenlenerek ilk başvurduğu hastaneye tekrar sevk edildi.

Bulgular : Fungal endokardit yüksek mortalite ve morbidite ile seyreden nadir görülen bir durumdur. Özellikle prematürite ve çok düşük doğum ağırlığı öyküsü olan, uzamış yoğun bakım yatışı ve kataterizasyon öyküsü olan hastalar risk altındadır. Bizim olgumuzda olduğu gibi mikafungin ve flukanazol tedavilerini kombine olarak kullanılabilir. Ayrıca candida endokarditinde cerrahi tedavi akılda tutulmalıdır.

Sonuç : Fungal endokardit yüksek mortalitesi olması nedeniyle yoğun bakımda uzun süreli yatış öyküsü ve kataterizasyon öyküsü olan hastalarda akla gelmelidir, tedavide çoklu antifungal tedavi kullanımı önerilmektedir.

Anahtar kelimeler : candida, endokardit, antifungal

P-020

İNFÜZYON POMPASINDAN HASTAYA DEĞİL, HASTADAN İNFÜZYON POMPASINA

Semra Çetinkaya¹, Songül Kotan¹, Halil Keskin¹,

¹ Atatürk Üniversitesi, Çocuk Yoğun Bakım Bilim Dalı, Erzurum

Giriş : Çocuk yoğun bakımlar, kritik hastalığı olan çocuk hastalara tedavi veren bilim dallarıdır. Bu süreçte hasta bakıcı, hemşire ve hekimin eğitimi, bilgisi ve becerisi önemli rol oynamaktadır. Hekim tarafından planlanan tedavinin etkin bir şekilde uygulanabilmesi ve hasta bakımının yapılması çocuk yoğun bakım hemşiresinin primer görevidir. Bazı tedavileri uygularken hemşirenin bilgi ve becerisini kullanarak daha etkin bir rol üstlenmesi şüphesiz tedavi başarısını artırmaktadır. Burada, yeni lösemi tanısı almış bir hasta için planlanan tedavide uyguladığımız alışıldık olmayan bir yöntemi, iyi uygulama örneği olarak sunmak istedik.

Gereç-Yöntem : Lösemi tanısı almış, 9500 gr ağırlığında, iki yaşındaki kız hastaya, kanda beyaz küre sayısı 198540/µL olduğu için lökoferez yapılması planmış, ancak lökoferez işlemi için uygun filtrenin temin edilemediği öğrenilmişti. Bunun üzerine çocuk yoğun bakım hekimi ve hematolog tarafından tam kan değişimi kararı alınmıştı. Bu işlem için hastaya order edilen kan ürünü infüzyon pompa seti ile verilecek, belirli aralıklarla da açılmış olan santral venöz yoldan o zaman dilimi boyunca verilmiş olan hacim kadar hastadan tam kan çekilecekti. Ancak bu yöntem sterilizasyon açısından riskli bir yöntemdi. Aynı zamanda uzun bir süre bir asistan hekimin hasta başında mesai harcamasını gerektirmekteydi. Kliniğimizde kullandığımız infüzyon pompa setleri sıvıyı torbadan hastaya çekecek şekilde tek yönlü çalışmaktaydı. Eğer setin torbadan sıvı çekecek kısmını hastaya bağlayabilirsek, hastayı torba gibi kullanarak, bir taraftan hastaya order edilen kan ürünü verilirken, diğer taraftan eş zamanlı olarak hastadan, verilen miktar kadar kan çekebileceğimizi düşündük. Bunun için steriliteye dikkat ederek, tek yönlü olarak çalışan pompa setinin torbaya takılan ucunu kestik. Bu uca damar yoluna takılabilecek aparatı sızdırmayacak şekilde bağladık. Hazırladığımız bu seti pompaya yerleştirdik. Yeni oluşturduğumuz hastadan kan çekecek ucu hastanın santral venöz kataterine bağladık. Setin normalde hastaya bağlanması gereken ucunu da enfekte atık kutusuna yönlendirdik. Planladığımız şekilde işlemi tamamladık. Hastada herhangi bir komplikasyon gelişmedi.

Sonuç : Çocuk yoğun bakımda hemşire olarak çalışmak, daha fazla özen, daha fazla bilgi, daha fazla beceri ve daha fazla özveri gerektirir. Kliniğimizde uyguladığımız bu yöntem sayesinde hastanın hemodinamisi stabil seyretmiş, sürekli santral katateri açıp kan aldıktan sonra yıkamanın oluşturacağı enfekte olma riski ortadan kaldırılmış, bu işlemi yapacak kişinin iş yükü de azaltılarak daha verimli çalışması sağlanmıştır. Yaptığımız bu uygulamanın ihtiyaç halinde güvenle kullanılabilir örnek bir uygulama olduğu kanaatindeyiz.

Anahtar kelimeler : kritik çocuk hasta, invaziv işlem, iyi uygulama

15. ÇOCUK ACİL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-POSTER BİLDİRİLER-

P-021

MENİNGOKOKSEMİDE YARA BAKIMININ ETKİNLİĞİ

Ufuk Yükselmiş¹

¹ Sbü Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eah, Çocuk Yoğun Bakım, İstanbul

Giriş : Neisseria meningitidis'in neden olduğu meningokokal hastalık tüm dünyada çocuk ve genç erişkinlerin önemli morbidite ve mortalite nedenlerinden biridir. Mortalite oranları %9'dan başlayıp meningokoksemi olgularında %40'a kadar çıkmaktadır. Mortalite riski yüksek olan çoklu organ tutulumlu olgular yoğun bakım disipliniyle ele alınmalı ve tedavi stratejileri belirlenmelidir. Bu olgu meningokoksemili septik şoklu bir çocukta terapötik plazma exchange tedavisine erken başlanması ve takibinde hiperbarik oksijen ve uygun yara ürünlerinin multidisipliner bir yaklaşımla doğru şekilde kullanıldığında mortalite ve morbiditeyi engellediğini dikkat çekmek için sunuldu.

Resim-1



Resim-2



15. ÇOCUK ACİL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-POSTER BİLDİRİLER-

Resim-3



Olgu : Altı yaşındaki erkek hasta ateş, baş ağrısı, yaygın purpura ve ekimotik lezyonları nedeniyle hastanemizin acil servisine başvurdu. Hemokültürü alındıktan sonra Meningokoksemi ön tanısı ile intravenöz seftriakson (100 mg/kg) ve sıvı yüklemesi yapıldıktan sonra hasta çocuk yoğun bakım ünitesine transfer edildi. Yoğun bakım ünitemizdeki ilk muayenesinde tüm vücudunda yaygın purpura ve ekimozları mevcuttu (Resim 1). Genel durumu kötü, pupilleri izokorik, ışık refleksi bilateral pozitif olan hastanın ense sertliği yoktu. Hastanın Glasgow koma skoru 8 idi. Oksijen saturasyonu rezervuarlı maske ile %96, taşipneik (38/dk), akciğer sesleri dinlemekle eşit ve doğaldı. Hipotansif (81/44 mmHg), taşikardik (152/dk) ve kapiller dolma zamanı uzun (4 sn) Kan gazında pH 7.26, pCO₂ 32.7 mmHg, bikarbonat 15mmol/L, laktat 5.6 mmol/L (0.4-2.2) saptandı. Total lökosit sayısı 39100/mm³ (%80 nötrofil, %10 bant, %5 lenfosit, %3 monosit, %2 bazofil), hemoglobin 8.8 g/dl, hematokrit %25 ve trombosit sayısı 31500/mm³ idi. Protrombin zaman 26.3 sn, aktive parsiyel tromboplastin zamanı 66.5 sn, INR 1.79 ,D dimer: 30000 µIU/L(80-500) ve fibrinojen 120 mg/dl ölçüldü. Serum glikozu, elektrolitleri, albumini doğal ,AST:169, ALT:61 böbrek fonksiyon testlerinden üre 104 mg/dl, kreatinin 2.4 mg/dl olarak saptandı. C reaktif protein 66.1 mg/dl (0.1-3), prokalsitonin>100 ng/ml (0-0.5) idi. Mevcut antibiyoterapisine devam edildi. K vit 10 mg (iv) uygulandı. Hastaya santral ven ve arter katateri yerleştirildi. Arter tansiyon takibine göre tekrarlayan sıvı yüklemesi ve sırasıyla dopamin, adrenalin infüzyonu başlandı. Septik şok tablosunda olan hasta entübe edilip mekanik ventilatöre bağlandı. Koagülasyon bozukluğu, trombositopeni ve ağır septik şok nedeniyle lomber ponksiyon (LP) yapılamadı. Hastaya meningokoksemiye bağlı trombositopeni-işkilili çoklu organ yetmezliği (TİÇÖY) ve dissemine intravasküler koagülasyon (DIC) nedeniyle hastaneye başvurusunun 5. saatinde taze donmuş plazma ile terapötik plazma exchange (TPE) başlandı. Yatışının 3.günde ağırlığının %10'unu geçtiği ,sepsisi ve üre:201, kreatin 3.2 mg/dl çıktığı için için sürekli venö-venöz hemodiyalizasyon (SVVHDF) başlanarak 24 saat devam edildi. Yatışının 3.günde inotropik desteği kesildi. Yatışının 4.günde ekstübe edildi. TPE işlemi günlük olarak trombosit değerleri >100.000 olana kadar devam edildi. TPE hergün yapılmak üzere toplam 5 kere yapıldı. TPE ve CVVHDF işlemlerinden sonra üre: 110mg/dl , kreatin: 1.45mg/dl , prokalsitonin:18' e geriledi. Hastanın bilinci açıldı. Mevcut antibiyoterapisi 10 güne tamamlandı. Öncesinde antibiyotik kullanma öyküsü olmayan hastanın başvuru esnasında gönderilen kan kültüründe N.meningitidis üremesi oldu . Eş zamanlı alınmış olan polimeraz zincir reaksiyonu (PCR) sonucunda tipilendirilme yapılamadı. Yatışının 10.günde mevcut ekimotik lezyonları ve derin yaraları için uygun pansuman örtüleri ile hiperbarik oksijen tedavisine başlandı. Hiperbarik oksijen tedavisi haftada 5 gün ve hergün 2 saat olmak üzere toplam 5 hafta boyunca devam etti. Yara bakım sürecinde; büllerin patladığı ilk aşamada Chlorhexidine Gauze Dressing yara örtüsü kullanıldı. Enfekte olmayan yoğun ve orta düzeyde akıntısı olan yaralarda granülasyon safhasında PermaFoam köpük yara örtüsü kullanıldı. Nem dengesini sağlama, eksudayı hapsedmek, nemlendirmek, sağlıklı doku ile yara dokusu arasındaki yüzey gerilimini azaltmak için PolyMem yara pedi kullanıldı. Ayrıca mikroorganizma ve hücre kalıntılarını içine hapsedme özelliği esas alınarak temizleme yapıldı. PolyMem ile kapatmadan önce Hyalogram toz (Doğal kollajen) kullanıldı. Enfekte, kötü kokulu yaralar için PolyMem Silver kullanıldı. Bu yara pedleri gümüş içeriğine sahip olup yara üzerinde antimikrobiyal koruma sağlama, iltihabı azaltma amaçlı kullanıldı (Resim 2). Bu süreçler devam ederken hastada yeni bir enfeksiyonla karşılaşılma ve antibiyotik ihtiyacı kalmadı. Hasta yatışının 60.günde önerilerle taburcu edildi.(resim-3)

Sonuç : Sonuç olarak meningokoksemi sıklıkla yoğun bakım ihtiyacı gösteren morbiditesi ve mortalitesi yüksek bir hastalıktır. Tedavi başlamadan önce kaybedilecek her saatin hayati önemi vardır. Hastalığa bağlı oluşan bu ekimotik lezyon ve yaralar eğer dikkatli bir şekilde takip edilmez ise sepsise ve ekstremitte amputasyonlarına yol açabilmektedir. Bu yüzden hastanın meningokoksik septik şoktan çıktıktan sonra yakın takibide çok önemlidir. Bu süreçte multidisipliner bir ekip tarafından yakın ve sıkı bir takiple, mortalite oranları ve oluşabilecek sekeller azaltılabilir böylelikle yüz güldürücü sonuçlar alınabilir

Anahtar kelimeler : meningokoksemi, hiperbarik oksijen, yara bakımı

15. ÇOCUK ACİL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-POSTER BİLDİRİLER-

P-022

PEDİATRİK KARDİYAK CERRAHİ SONRASI GELİŞEN SÜPERİOR VENA KAVA SENDROMUNUN BAŞARILI TRANSKATATER TEDAVİSİ

Serdar Epçaçan¹, Osman Yeşilbaş², Ahmet Çelebi³,

¹ T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Pediatrik Kardiyoloji Kliniği, Van

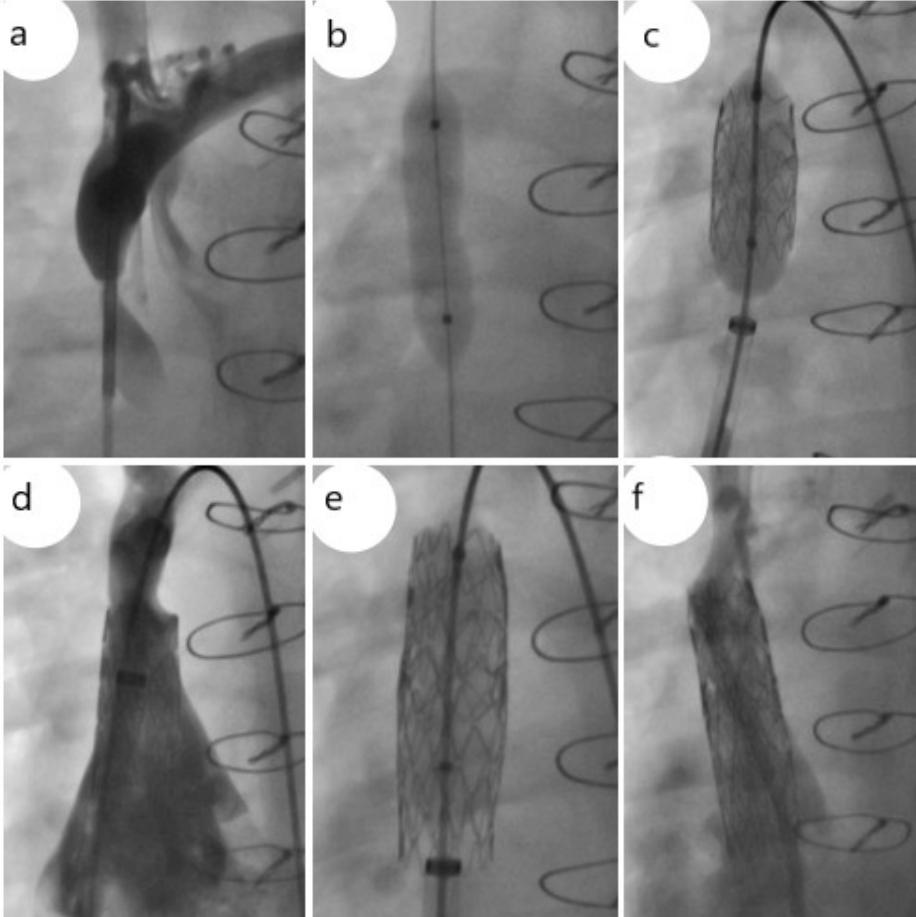
² T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Yoğun Bakım Kliniği, Van

³ T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dr.Siyami Ersek Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Pediatrik Kardiyoloji Kliniği, İstanbul

Giriş : Süperior vena kava sendromu (SVKS), ekstrasvasküler bası veya intravasküler patolojiler sonucu gelişen darlık nedeni ile SVK kan akımının engellenmesi ile vücudun üst yarısında şişlik, boyun venlerinde genişlik ve solunum sıkıntısı ile karakterizedir. Birçok malign ve benign neden sonucu oluşabilen bu sendrom tedavi edilmediğinde mortalite ve morbiditeye neden olabilir.

Olgu : 3 yaşında kız hasta solunum sıkıntısı nedeni ile başvurdu. Öyküsünden 6 ay önce high venozum tip atriyal septal defekt (ASD) ve parsiyel pulmoner venöz dönüş anomalisi nedeni ile ameliyat edildiği, ameliyattan sonra 6 aylık dönemde 5 kez solunum yolu enfeksiyonu nedeni ile hastanede yatarak tedavi aldığı öğrenildi. Fizik muayenesinde, solunum sıkıntısı, vücut üst yarısında önemli derecede ödem ve boyun venlerinde dolgunluk, sol sternal kenar boyunda 2/6 derece sistolik üfürüm saptandı. Diğer sistem muayeneleri doğaldı. Ekokardiyografik incelemede ASD yamasında reziduel şant izlenmedi. Superior vena kavanın sağ atriyum açılma noktasında belirgin türbülant renkli akım ve burada 20 mmHg basınç gradiyenti alındı. Kalp kateterizasyonu ve kavografi ile superior vena kavada belirgin darlık, azoygos veninde genişleme olduğu görüldü (Resim 1a) ve darlık öncesi superior vena kava basıncı 35 mmHg, sağ atriyum ortalama basıncı 6 mmHg ölçüldü. Darlık bölgesine 6 mm x 2.0 cm düşük basınçlı balon ile predilatasyon uygulandı edildi (Resim 1b). Ardından 21 mm kapsız stent, 12 mm x 3 cm yüksek basınçlı balon üzerine yüklenerek 9F uzun kılıf içerisinde darlık bölgesine implante edildi (Resim 1c). Superior kısımdan vena kavayı tam kavramaması nedeni ile (resim 1d) 17 mm uzunluğunda ikinci bir stent 9 mm x 3 cm yüksek basınçlı balon ile, teleskopik yöntemle superior kısmı kavrayacak şekilde stent içerisine yerleştirildi (Resim 1e) ve ardından her iki stent 12mm x 3.0 cm yüksek basınçlı balon ile dilate edildi. İşlem sonrası yapılan kontrol enjeksiyonda darlığın tamamen giderildiği (Resim 1f) ve SVK ile sağ atriyum arasında basınç gradiyenti olmadığı görüldü. İşlem sonrası klinik bulguları hızla düzelen hasta yatışının 3. gününde asetilsalisik asit tedavisi ile taburcu edildi. Girişim sonrası periodik ekoardiyografik incelemeler ile 1 yıldır sorunsuz izlenmekte.

Resim1



Olgunu kateter anjiyografi görüntüleri. a: SVK anjiyografi, b: Balon predilatasyon, c: ilk stent implantasyonu, d: kontrol anjiyografi, e: ikinci stent implantasyonu, f: final anjiyografi

Sonuç : SVKS'da olguların büyük bölümünde neden mediastenal tümöre bağlı bası iken nadiren travma, enfeksiyonlar, santral venöz

15. ÇOCUK ACİL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-POSTER BİLDİRİLER-

kateter veya kalp pili elektrodlarına bağlı trombozlar SVKS'na neden olabilir . Önceleri önemli bir oranını malign nedenlerin oluşturduğu SVKS, zaman içerisinde invaziv girişimlerin artması ile birlikte benign nedenlerin sıklığında da artış gözlenmiştir. Kalp ameliyatları sonrası SVKS, kompleks intrakardiyak cerrahi düzeltmelere ya da vena kava kanülasyonuna bağlı olarak gelişebilir ve hayatı tehdit edici olabilir. Kardiyopulmoner bypass sonrası sıklığı %1.1 olarak bildirilmiştir . Kompleks patolojilerin cerrahi düzeltmelerde gelişebildiği gibi, hastamızda da olduğu gibi SVK veya yakınına açılan pulmoner venöz dönüş anomalilerinin düzeltilmesi ya da özellikle küçük çocuklarda SVK kanülasyonuna bağlı olarak gelişebilir . Tedavisi cerrahi onarım veya endovaskuler girişimler olup zaman içerisinde endovaskuler işlemlerin yaygınlığı artmıştır. SVK'nın balon dilatasyonu ve yetersiz kaldığı durumlarda stent implantasyonu pediatrik hastalarda da uygulanabilen hayat kurtarıcı olabilen işlemlerdir.

Anahtar kelimeler : Çocuk, Superior vena kava sendromu, , Tedavi, Stent

P-023

PEDİATRİK MEKANİK VENTİLASYON PRATIĞİNDE PROPORŞIONAL ASİST VENTİLATION (PAV+) KULLANIMI

Ferhat Sarı¹ , Mustafa Çolak¹ , Hasan Ađın¹

¹Sađlık Bilimleri Üniversitesi Dr Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Yoğun Bakım, İzmir

Giriř : Çocuk yoğun bakımda mekanik ventilatöre bağlı hastalarda en iyi klinik sonucu almak için uygun tidal hacmin sečilmesi kritik öneme sahiptir. Yüksek tidal hacimler nedeni ile artmış basıncın akciğer hasarına neden olabildiği gibi, düşük tidal hacimler de ate-
lektotravmaya neden olabilmektedir. Bu nedenle daha doğal mekanik ventilasyon yöntemleri araştırmaları devam etmektedir. Orantılı yardımcı ventilasyon modu (PAV+) ile hasta eforunun sürekli olarak izlenip desteklenerek; klinisyene mekanik ventilatör yönetiminde destek olabileceği, hasta-mekanik ventilatör uyumu ile ajitasyonu ve sedasyon ihtiyacını azaltabileceği öngörülmektedir. Bu çalışmada çocuk yoğun bakımda üç olguda kullandığımız PAV+ modu tecrübelerimizi sunmayı amaçladık.

Gereç-Yöntem : Çalışma Dr Behçet Uz EAH çocuk yoğun bakım kliniğinde üç hasta ile yapıldı. Covidien Puritan Bennett 980 mekanik ventilatörlerinin sahip olduğu dahili PAV+ yazılımı ile, entübe hastalarda mekanik ventilatörden ayırma aşamasında spontan solunum desteği modu olarak kullanıldı. PAV+ yazılımı en az 25 kg ve 6 numara endotrakeal tüp çapı ile entübe hastalarda uygulanabilmektedir. Hastalarımızın ağırlığı en düşük 26 kg olup, 6 numara ETT ile entübe idi. Hastalar tedavileri süresince solunum desteği hacim kontrollü modda ventile edildi. Her üç hastada öncesinde Pressure Support (PS) modda weaning denendi ancak yeterli senkronizasyon sağlanamadığından, sedasyon artırılmak zorunda kalındı. Pressure support mod ile başarısız olunan hastalarda PAV+ ile weaning başarıya ulaşılmıştır. Hastaların vital bulguları ve klinik durumları yakın takip edildi.

Bulgular : Hastaların kan gazı ile end tidal karbondioksit değerleri benzer bulundu. PAV+ yüzde olarak destek ayarları sürekli takip edilerek gerekli değişiklikler yapıldı. Yalnızca birincil tanısı serebral palsi olan bir hastada sedasyon ihtiyacı olurken diğer iki hastada weaning aşamasında sedasyon kullanılmadı. Sedasyon almayan hastalarda ajitasyon gözlenmedi. Sedasyon takibi Ramsey skoru ile değerlendirildi. Her üç hasta da PAV+ modu ile başarılı bir şekilde extübe edildi.

olğularımız

İsim	Yaş (yıl)	Boy (cm)	Ağırlık (gerçek) (kg)	Ağırlık (ideal) Boya göre (kg)	Tanı	MV kalış günü/ tüp çapı	Weaning sırasında klinik	Weaning lab	Sedasyon	Extübasyon	PAV % başlangıç
Tülin Akdağ	11	144	33	37,8	ALL+sepsis	18 6	Ajitasyon (-), iyi tolere edildi.	Kan gazı N Endtidal N	Sedasyon ihtiyacı (-)	+ 6.gün	%65
Buse Alkan	14	148	26	54,8	Cp+pnömoni	20 6	Ajitasyon (+), sedasyon ihtiyacı +	Kan gazı N Endtidal N	Sedasyon ihtiyacı + Midazolam (0.1 mg/kg/sa inf) 3. gün kesildi.	+ 6. gün	%70
Seray Yılmaz	17	161	52	67,8	ALL+SEPSİS	12 6,5	Ajitasyon (-), iyi tolere edildi.	Kan gazı N Endtidal N	Sedasyon ihtiyacı (-)	+ 5. gün	%65

Sonuç : Basınç destekli modlarla karşılaştırıldığında, PAV+ ile hasta-MV uyumu artırılarak, hasta konforu sağlanabileceği görülmüştür. PAV+ ile senkronizasyon, sedasyon ihtiyacında azalma ve hatta hastanın MV' de daha kısasüre kalmasına yardımcı olabileceğini düşünölmektedir.

Anahtar Kelimeler: PAV+ (proportional asist ventilation), invaziv mekanik ventilasyon, çocuk yoğun bakım

15. ÇOCUK ACIL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-POSTER BİLDİRİLER-

P-024

MENİNGOKOKSEMİYE BAĞLI MYOKARDİT, ADRENAL KANAMA VE PURPURA FULMİNANS GELİŞEN HASTADA İMMÜNABSORBSİYON DENEYİMİMİZ

Nihal Akçay¹, Güner Özçelik¹, Ülkem Koçoğlu Barlas¹, Mey Talip Petmezci¹, Hasan Serdar Kıhtır¹, Esra Şevketoğlu¹

¹ Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bakırköy Dr Sadi Konuk Sağlık Uygulama Araştırma Merkezi, Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi, İstanbul

Giriş : Meningokok enfeksiyonları çocukluk çağında yüksek mortalite ve morbidite ile seyreden önemli bir sağlık sorunu olmaya devam etmektedir. Bu hastalıklarda hızlı tanı ve agresif tedavi yaşam kurtarıcı olmaktadır. Tedavinin ilk hedefi derhal antibiyotik tedavisinin başlatılmasının yanı sıra şok gibi meningokokkal enfeksiyon komplikasyonlarının geliştiği vakaları erken saptayarak uygun tedavinin başlatılması olmalıdır. Bu yazıda meningokok enfeksiyonunun çocukluk çağında ender görülen komplikasyonları sunulmaktadır.

Olgu : On yaşında kız hasta, purpurik tarzda döküntü, bilinç bulanıklığı olması nedeniyle kliniğimize sevk edildi. Öyküsünden iki saat önce başlayan kusma, döküntü, ateş ve karın ağrısı şikayetiyle başvurduğu merkezde meningokoksemi öntanısıyla sıvı replasman tedavisi başlandığı ve seftriakson 50 mg/kg'dan uygulandığı, antibiyotik tedavisi devam ederken damaryolunun olduğu kolda el üstünden başlayıp kola doğru uzanan ekimotik lezyon oluştuğu öğrenildi. Olgunun izleminde tedaviye yanıt alınamaması, hipotansif seyretmesi ve sıvı replasman tedavisine rağmen hipotansiyonun daha da belirginleşmesi üzerine çocuk yoğun bakım ünitemize kabul edildi. Olgunun ünitemizdeki ilk fizik muayenesinde genel durumu kötü, bilinç kapalı, Glaskow koma ölçeği 7 (G: 2, S: 1, M: 4), kan basıncı 91/75 (82) mmHg, kalp tepe atımı 140 atım/dk, vücut ısısı 37,5 °C, respiratuvar sayısı 24/dk, olduğu gözlemlendi. Bacaklar ve gövdede bir çok sayıda peteşi ve purpura, sağ elden başlayıp omuza kadar ilerleyen ekimotik lezyon saptandı. Diğer sistem muayeneleri doğaldı. Hastanın mevcut durumu nedeniyle entübe edilerek mekanik ventilatörde izleme başlandı. Hastanın laboratuvar tetkiklerinde; hemoglobün 10,2 g/dL, lökosit 16990/mm³, trombosit 120 000/uL, üre 46 mg/dL, kreatinin 0,74 mg/dL, glikoz 176 mg/dL, sodyum:137 mmol/L, potasyum: 3,05 mmol/L, kalsiyum 8,2 mg/dl, protrombin zamanı 19,4 s, INR 1,64 aktive parsiyel tromboplastin zamanı 44,7 sn, fibrinojen 352 mg/dl, proBNP 23,500 ng/L idi. Kan gazında pH: 7,34, pCO₂: 45,7 mmHg, laktat: 4,5 mmol/L, bikarbonat: 23,8 mmol/L, olduğu saptandı. Hipotansif olması nedeniyle iki kez 20 cc/kg'dan izotonik yüklemesi yapıldı sonrasında 0,1 mcg/kg/dk adrenalın infüzyonu başlandı. K vitamini yapıldı. Santral venöz ve diyaliz kateteri takılıp, plazmaferez işlemine başlandı. Vankomisin 60 mg/kg/gün 4 dozda, seftiakson 100 mg/kg/gün 2 dozda başlandı. Alınan kontrol tetkiklerinde trombositlerinin 42.000/uL, INR'sinin 2 olduğu görüldü. Ekokardiyografik incelemesinde ejeksiyon fraksiyonun(EF) %15 saptanması üzerine milrinon 0.5 mcg/kg/dk başlandı ve PICCO münitörizasyonu yapıldı. Hastaya noradrenalin infüzyonu 0,1 mcg/kg/dk başlandı. Adrenalin ve noradrenalin infüzyonu 0.5 mcg/kg/dk'ya kadar çıkıldı. Hastanın inotrop ihtiyacının artması üzerine hidrokortizon şok dozunda başlandı. Anürik seyreden hastaya diyaliz başlandı ve eş zamanlı CytoSorb sitokin tutucu filtre kullanılmaya başlandı. CytoSorb kullanılmaya başlandıktan sonra hastanın inotrop ihtiyacında azalma başladı. Yirmidört saat süreli iki kez sitokin tutucu filtre kullanıldı ve hastanın inotrop ihtiyacında belirgin azalma oldu. Günlük plazmaferez işlemine devam edildi. Yatışının üçüncü gününde inotrop ihtiyacı kalmadı ve yapılan ekokardiyografide EF'sinin %40 olduğu görüldü. Yapılan batin ultrasonografisinde adrenal kanaması olduğu görüldü. Yatışının beşinci gününde trombositleri 100.000/uL olması üzerine plazmaferez işlemide sonlandırıldı ve ekstübe edildi. İdrar çıkışı 1 cc/kg/st'nin üzerine çıkması üzerine diyaliz işlemi sonlandırıldı. Hidrokortizon tedavisi kan basıncı takibine göre günlük azaltılarak idame doza kadar düşüldü. Yatışının on birinci gününde hasta tedavisinin takip ve devamı için çocuk servisimize devredildi.

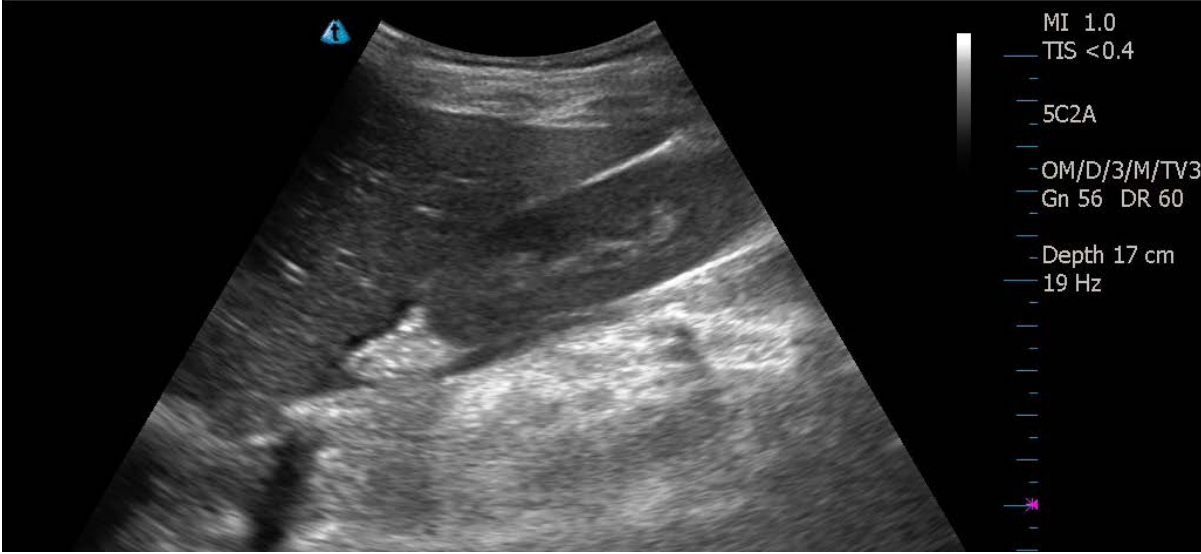


Resim 1. Peteşiel döküntü şikayeti ile başvuran hastanın takibinde gelişen purpura fulminans

15. ÇOCUK ACİL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-POSTER BİLDİRİLER-



Resim 2. Hastanın ultrasonografide tespit edilen adrenal kanama görüntüsü

Sonuç : Sonuç olarak meningokoksemi ciddi komplikasyonları olan bir hastalıktır, hızlı ve agresif müdahale ile mortalitenin azaltılabileceği kanaatindeyiz.

Anahtar kelimeler : adrenal kanama, Cyto Sorb, meningokoksemi, myokardit, purpura fulminans

P-025 ERGENLERDE ÖLÜME RAMAK KALAN İNTİHAR GİRİŞİMLERİ

Halise Akça¹, Can Demir Karacan¹,

¹ Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD, Çocuk Acil BD

Giriş : Ergenlik, insan gelişim dönemleri içinde toplumsal etkilerin birey için en fazla önem taşıdığı bir evredir; fiziksel büyüme, cinsel gelişme ve psikososyal olgunlaşmanın gerçekleştiği, çocukluktan erişkin hayata geçiş dönemidir. Bu dönemde bireysellik, aileden ayrışma, önemli sınavlar, duygusal ilişkilerin aşırı önemli olması, arkadaş ilişkileri, sosyal hayat ve sanal dünya gibi faktörler çok etkili olmaktadır. İntihar davranışı ruhsal bozukluklar ve belirtilerin varlığı, sosyal desteğin yetersiz oluşu ve sosyokültürel faktörlerden etkilenen karmaşık bir belirtidir. Kendine zarar verme davranışının ölümle sonuçlanmadığı duruma intihar girişimi denir. İntihar düşüncesi ve girişimi kızlarda, ölümle sonuçlanan intiharlar erkeklerde daha sıktır. En sık intihar girişimi aşırı ilaç alma şeklindedir. Türk İstatistik Kurumu'nun 2015 yılında yayınladığı raporda intihar sonucu ölümlerin en büyük kısmının 15-19 yaş aralığındaki gençlerde olduğu bildirilmiştir. Burada ölümcül intihar girişimleri nedeniyle ambulansla hastanemize getirilen ve sekelsiz taburcu edilen üç ergen olgu sunulmuştur.

Bulgular : Olgu sunumu 1: 14 yaş kız hasta asiya bağlı boyunda yumuşak doku ezilmesi nedeniyle hastanemize getirildi. Öyküsünden hastanın kendisini bahçedeki ağaca astığı öğrenildi. Annesinin fark etmesinden sonra ipin koptuğu, hastamızın o sırada nefes alamadığı ve annesi tarafından yaklaşık 10 dakika suni solunum yapıldığı belirtildi. 112 ekibi olay yerine ulaştığında hastanın oksijen saturasyonu 35, nabız 58/dk, tansiyon arteri 70/40 mmHg ve bilinci kapalıymış. Hastanemize gelişinde bilinç açık ancak iletişime kapalı, vital bulguları stabil, boyun hattı boyunca seyreden yaklaşık 2 cm genişliğinde abrazyon mevcut, sistem muayeneleri doğaldı. Hasta hipoksiye bağlı oluşabilecek komplikasyonlar açısından takip edildi. Laboratuvar tetkikleri ve kan gazları normal sınırlarda seyretti. Endoskopi ve boyun bilgisayarlı tomografisinde hava pasajının açık, vokal kordların hareketli olduğu görüldü. Psikiyatri bölümüne devredilen hastaya antidepresan ilaç başlandığı, genel durumunun iyi olduğu, aktif intihar düşüncesinin olmadığı öğrenildi. Olgu Sunumu 2: 16 yaş kız hasta kanlı dışkılama yakınmasıyla hastanemize getirildi. Öyküsünden hastanın yetiştirme yurdunda kaldığı, kanamanın yeni başladığı öğrenildi. Genel durumu orta, uykuya eğilimli, sistolik kan basıncı düşüklüğü dışında vital bulguları stabil olan hastanın her iki ön kol, sağ bacak ve gövdesinde eski kesilere ait izler mevcut, sistem muayeneleri doğaldı. Takipler sırasında hastanın menstruasyon döneminde olduğu öğrenildi, kanamanın buna ait olabileceği düşünüldü. Hastanın kabulünün 4. saatinde karın ağrısı ve kanlı kusması başladı. Yeniden yapılan görüşmede hasta son 3 gündür cam yuttuğunu ve sabah saatlerinde eroin aldığını itiraf etti. Bilinci düzelmeye başlayan hasta bu bilgiler ışığında madde alımı ve yabancı cisme bağlı gastrointestinal sistem kanaması tanılarıyla Çocuk Servisine yatırıldı. Acil serviste yapılan laboratuvar tetkikleri, batin grafisi ve ultrasonografisi normal olarak sonuçlandı. Hasta servise yatırıldıktan kısa bir süre sonra odasının banyosunda kanlar içinde baygın bulundu. Muayenesinde iç çamaşırının teli ile bileklerini kestiği görüldü. Kanama takibi yapıldıktan sonra hasta Çocuk Psikiyatri Servisine devredildi. Olgu Sunumu 3: 17 yaşında erkek hasta odasında bilinci kapalı şekilde bulunarak hastanemize getirildi. Ailesi tarafından bulunan boş kutulardan Sertralin (Lustral) 50 mg tabletten 50 adet, Klonazepam (Rivotril) 2 mg tabletten 30 adet ve Olanzapin (Rexapin) 2,5 mg tabletten 20 adet aldığı anlaşıldı. Genel durumu kötü, bilinci kapalı, Glasgow Koma Skalası 7, bilateral ışık reaksiyonu alınamıyor ve pupiller myotik, solunumu yüzeyel, ekstremitelerde rijidite mevcuttu. Takiplerde kan basıncının düştüğü, kalp hızının azaldığı görüldü. Endotrakeal entübasyon yapıp destek tedavi verilen hasta Yoğun Bakıma devredildi. Hastanın yatışının 2. gününde ekstübe edildiği, 1 haftalık takip sonrasında Çocuk Psikiyatri Bölümü takibi ile taburcu edildiği öğrenildi.

Sonuç : İntihar düşüncesi olan bir ergende bu girişime yönelik çok farklı nedenler gözlemlenebilir. İntihar girişimi bir kaçma, kurtulma

15. ÇOCUK ACİL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-POSTER BİLDİRİLER-

yöntemi gibi algılanabilir. Önemli bir halk sağlığı sorunu olan intihar girişimiyle ilgili etmenlerin belirlenmesi, yüksek riskli çocuk ve ergenlerin saptanarak koruyucu ruh sağlığı hizmetlerinin planlanabilmesi açısından önem taşımaktadır. Ramak kalan olaylar kötü sonuçların habercisidir, bu yüzden olay olmuş gibi dikkatle ele alınmalıdır.

Anahtar kelimeler : ergen, intihar, ölüm

P-026

MİKOFENOLAT MOFETİL TEDAVİSİNE BAĞLI GELİŞEN “PRES” OLGUSU

Gülhan Atakul ¹, Mustafa Çolak ¹, Gökhan Ceylan ¹, Utku Karaarslan ¹, Hasan Ağın ¹

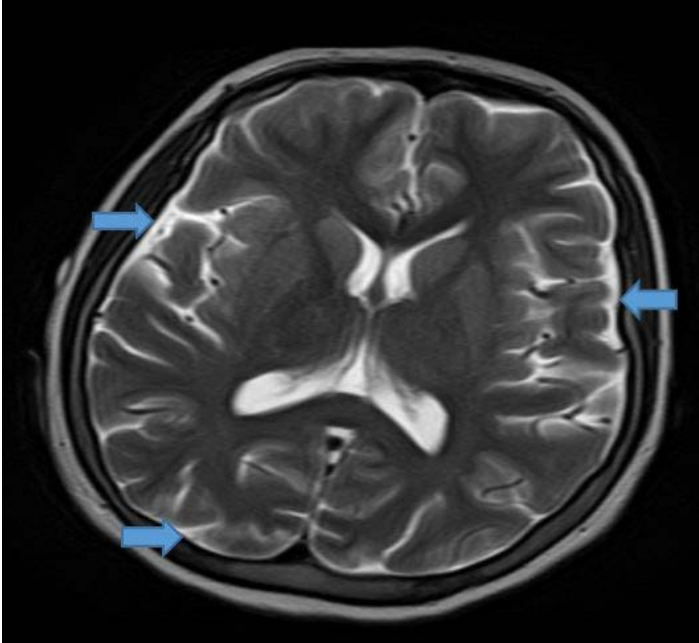
¹ Dr.Behçet Uz Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi

Giriş : Posterior reversible ensefalopati sendromu (PRES), çocuk yoğun bakım ünitelerine kabul edilen çocuklarda son on yılda bildirimini giderek artan ve klinik ve radyolojik bulguların bir arada görülmesi ile tanı konulan bir hastalıktır. Di-George sendromu tanısı olan hastamızda SLICC (Systemic Lupus International Collaborating Clinics) kriterlerine göre SLE (Sistemik Lupus Eritematozus) tanısı konuldu. Pulse metil prednizolon tedavisi ile klinik yanıt alınamayan hastada mikofenolat mofetil tedavisi sonrası gelişen PRES tanısı almış ve hasta tedavi edilmiştir. Hastamız mikofenolat kullanımına bağlı adölesan çağıdaki çocuklarda bildirilen ilk PRES olgusudur.

Gereç-Yöntem : Hastamızın aldığı tüm tedaviler takibi esnasında incelendi. İlaç kullanımıyla birlikte eş zamanlı başlayan hipertansiyon atakları ile birlikte laboratuvar değerleri, görüntüleme yöntemleri ve klinik bulgular değerlendirilerek hastanın PRES tanısı açısından değerlendirilmesi yapılarak tanısı konuldu.

Bulgular : Onyediy yaş kız hasta ani gelişen hipertansiyon, bilinç bulanıklığı ve jeneralize tonik-klonik konvulziyon ile çocuk yoğun bakım ünitemize yatırıldı. İmmünoloji bölümünde Di-George Sendromu ile birlikte immün yetmezlik tanısı ile takip edilen olgunun eşlik eden otoimmün hemolitik anemi, artrit, ciltte maküler ve ekimotik döküntü, akut renal yetmezlik tanıları da mevcuttu. Bu bulgular ile birlikte tetkik edilen hastaya servisimize yatışından 1 hafta önce Sistemik Lupus Eritematozus tanısı konulmuştu. Fizik muayenesinde bilinç konfuze, GKS (Glaskow koma skalası) puanı 12, ışık refleksi bilateral doğal ve pupiller izokorik olarak değerlendirildi. Yüz görünümü sendromik tipte olup, okuler hipertelorizm, bulböz tipte burun ucu ve düşük kulak mevcuttu. Sistem muayenelerinde solunum sayısı: 29/dk, dinlemekle ralleri vardı. Kardiyovasküler sistem muayenesinde kalp ritmik, üfürüm ve ek ses duyulmadı. Cilt bulgularında ise gövde ve ekstremitelerde yaklaşık 0,5-1 cm çapında maküler hiperemik lezyonları ve alt ekstremitelerde ön yüzde ekimotik lezyonları vardı. Diğer sistem muayeneleri normaldi. Vital bulgularında ateş: 36,8 C nabız: 90/dk tansiyon: 145/95 mmHg olarak ölçüldü. Bilinç durumu takip altına alınan ve monitörize olarak izlenen hastaya beyin MRG çekilmesi planlandı. Konvulziyonlarının olduğu ilk gün çekilen beyin MRG bulgularında ağırlıklı olarak posterior tutulum gösteren yüksek sinyalli alanlar tespit edildi ve PRES açısından anlamlı olarak yorumlandı (şekil-1). İki gün sonra çekilen beyin MRG, diffüzyon MRG ve MRG anjio görüntülemeleri yapıldı. Herhangi bir difüzyon kısıtlanması görülmeyen hastanın beyin vasküler sistem patolojisi saptanmadı. Beyin MRG bulgularında ise ilk çekilen MRG bulgularına göre posterior kortikal-subkortikal yerleşimli hiperintens lezyonlar boyutsal ve sayısal progresyon gösterdiği tespit edilerek nöroradyolojik tanı PRES olarak doğrulandı.

pres-mr bulgusu



Şekil 1. Her iki frontoparietal bölge kortikal alanda FLAİR VE T2A serilerde yüksek sinyalli, ağırlıklı olarak posterior tutulum gösteren yüksek sinyalli alanlar

Sonuç : Kardiyak yükü azaltmak ve de hipertansif değerleri kontrol altına almak için başlanmış olan enalapril 0,2 mg/kg/gün, furosemid 4 mg/kg/gün, spironolakton 1mg/kg/gün tedavilerine ve sendromunun hipokalsemi komponentine yönelik almakta olduğu kalsitriol, D vitamini tedavilerine devam edildi. Hipertansiyon nedeniyle çocuk nefroloji ile konsulte edilen hastanın bakılan kreatinin değerleri

15. ÇOCUK ACIL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-POSTER BİLDİRİLER-

1.7 mg/dl olması nedeniyle almakta olduğu enalapril tedavisi losartan 50 mg/gün ile değiştirildi. İzleminde nöbetleri tekrarlamayan hastanın tansiyon değerleri kademeli olarak 115/75 mmHg seviyelerine kadar geriledi. Bilinci açıldı, glaskow koma skoru 15'e yükseldi. Enteral beslenmesi açıldı. Almakta olduğu furosemid tedavisi kesildi. Hasta yoğun bakım ihtiyacı kalmaması üzerine tetkik ve tedavilerinin devamı için immünoloji servisine devredildi.

Anahtar kelimeler : mikofenolat mofetil, ensefalopati, hipertansiyon, vaskülit, SLE

P-027

KONVÜLZYONUN NADİR GÖRÜLEN SEBEBİ: NARGİLE

Halise Akça¹, Alperen Aydın², Başak Alan³, Can Demir Karacan¹

¹ Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD Çocuk Acil BD

² Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD Çocuk Yoğun Bakım BD

³ Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD

Giriş : Dünyada ve Türkiye'de en sık içilen tütün ürünü sigara olmasına rağmen, nargile içimi son yıllarda artma eğiliminde olan bir tütün ürünü olarak dikkat çekmektedir. Nargilenin yanlış olarak sigaradan daha az zararlıymış gibi düşünülmesi, daha ulaşılabilir oluşu, düşük fiyatı ve sosyal bir aktivite gibi değerlendiriliyor olması özellikle gençler arasında popülerliğinin hızla artmasına neden olmuştur. Nargile içiminde içe çekilen duman miktarı bir sigaradan içe çekilen duman miktarından çok yüksektir. Nargileden solunan duman, sigara dumanına göre, karbonmonoksit, ağır metaller, polisiklik aromatik hidrokarbonlar, uçucu aldehytler gibi bir çok toksik maddeyi önemli ölçüde daha fazla içermektedir. Nargile dumanındaki polisiklik hidrokarbonlar ve karbonmonoksit için nargile kömürünün dumanı da önemli bir kaynaktır. Burada nargile içimi sonrası karbonmonoksit zehirlenmesine bağlı konvülsiyon geçiren bir ergen hasta sunulmuştur.

Bulgular : On yedi yaşında erkek hasta konvülsiyon yakınmasıyla ambulansla Çocuk Acil Servisine getirildi. Hastanın yaklaşık dört saat nargile içtikten sonra başlayan baş ağrısı, halsizlik ve sonrasında 5 dakika süren gözlerini yukarı dikme, tüm vücutta kasılma yakınmaları olduğu öğrenildi. Ailesi tarafından daha önce konvülsiyon geçirmediği, 2 yıldır 0,5 paket/gün sigara içtiği belirtildi. Gelişinde genel durumu orta, bilinci açık, vital bulguları stabil ve sistem muayeneleri doğaldı. Monitörize takip edilen hastanın elektrokardiyografisi normal sinüs ritmindeydi. Laboratuvar tetkiklerinden karboksihemoglobin (COHb) düzeyi % 26,7, diğer tetkikleri normal sınırlardaydı. Geri solumasız rezervuarlı maske ile normobarik oksijen tedavisi başlanan hasta nörolojik yakınması olması ve COHb düzeyinin % 25 üzerinde olması nedeniyle hiperbarik oksijen tedavisine yönlendirildi.

Sonuç : Nargile sigara gibi bağımlılık yapıcı etkiye sahiptir ve sağlığa zararlıdır. Tütün sanayi tarafından sigara yasağı nargile ile delinmektedir. Toplum sağlığı için yürütülen mücadeleler içerisinde nargile aracılığıyla tütün kullanımı dikkatle ele alınmalıdır. Nargile kullanımının yaygınlaşmasını ve halk sağlığı sorunu haline gelmesini önlemek için gençlerin bu konuda bilgilendirilmesi gerekmektedir. Nargile kullanımı sonrasında gelişen karbonmonoksit zehirlenmesinin soba tütmesi veya doğal gaz kaynaklı olan karbonmonoksit zehirlenmesinden farkı yoktur. Nargile içimi sonrasında özgül olmayan bulgularla başvuran hastalarda karbonmonoksit zehirlenmesi akılda tutulmalıdır.

Anahtar kelimeler : karbonmonoksit, konvülsiyon, nargile

P-028

UNUTULAN HASTALIK; TETANOS

Aslı Cabiri¹, Güntülü Şık¹, Agageldi Annayev¹, Asuman Demirbuğa¹, Agop Çıtak¹,

¹ Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Yoğun Bakım BD, İstanbul

Giriş : Tetanos; ani gelişen, kontrol edilemeyen kas spazmları ile karakterize ve ölümlü sonuçlanabilen nörotoksin aracılı bir hastalıktır. Hastalığın etkeni olan Clostridium tetani (C. tetani); gram-pozitif, sporlu, kapsülsüz, zorunlu anaerob bir basildir. Bakterinin ürettiği ekzotoksin kasılmalarla sorumludur. Tetanos için mevcut laboratuvar testi yoktur, klinik belirtilere göre tanı konur. Bu yazıda tetanos tanısıyla yoğun bakıma yatırılan ve destek tedavisi sonrası taburcu edilen vakayı sunduk.

Olgu : Öncesinde sağlıklı 10 yaşında kız hasta yürümede bozukluk ve çenede kasılma şikayeti ile acil polikliniğine başvurdu. Öyküsünden aşılarının eksik olduğu ve 3 hafta önce ayağına çivi battığı öğrenildi. Muayenesinde bilinci açık, glaskow koma skoru 15'idi, yutma güçlüğü olan hastanın opistotonusu ve trismus mevcuttu. Solunum sesleri doğaldı, dispne ve taşipnesi yoktu. Vücut sıcaklığı 37.5 C, nabız 100/dk, solunum sayısı 20/dk, kan basıncı yaşa uygundu. Sol ayak tabanında çivi batmasına bağlı yara yeri vardı. Tetanos tanısı ile çocuk yoğun bakım ünitesine yatırıldı. Laboratuvar tetkiklerinde kreatin kinaz yüksekliği dışında özellik yoktu. Kristalize penisilin, metronidazol, sürekli intravenöz magnez-yum sülfat ve midazolam perfüzyonu başlandı, tetanos immunoglobulini uygulandı. İzleminde opisto-tonusu ve kasılmaları artan, solunum sıkıntısı gelişen hasta entübe edildi. Morfin, rokuronyum per-füzyonu ve enteral baklofen başlandı. Entübasyonun 14. gününde trakeostomi açıldı. Yatışının 20.günüden itibaren kasılmalarında azalma başladı. Kas gevşetici ve sedasyon tedavisi kademeli olarak azaltıldı. Yirmidokuzuncu günde mekanik ventilatörden ayrılan hasta trakeostomi kanülü ile oda havasında izlenmek üzere çocuk nöroloji servisine devredildi. Hastane yatışının 40. gününde trakeos-tomi kanülü çıkarıldı. Beslenmesi iyi olan ve kasılması tamamen kaybolan hasta 44. günde taburcu edildi. Taburculuk sonrası 1. ay kontrolüne nörolojik muayenesinin tamamen normal olduğu görüldü.

Sonuç : Tetanos, çoklu kas gruplarının progresif spazmı ile karakterize nörotoksin aracılı bir hastalıktır. Tanı tamamen klinik ile konulur, inkübasyon süresi 3 ila 21 gündür. İlk semptomu sıklıkla çene spazmıdır. Müdahale edilmez ise disfaji, laringospazm, solunum yolu

15. ÇOCUK ACİL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-POSTER BİLDİRİLER-

kaslarının spazmı, kardiyopulmoner arrest ve ölümle sonuçlanabilir. Özellikle uzamış entübasyon, uzun yoğun bakım yatış süresi ve uzamış en-tübasyona bağlı alt solunum yolu enfeksiyonları prognozu belirleyen faktörlerdir. Erken tanı ve yoğun bakım destek tedavisi ile mortalite ve morbidite azaltılabilir.

Anahtar kelimeler : tetanos, aşıllama

P-029

HERPES SİMPLEX VİRÜS-1 ENSEFALİTİ SONRASI GELİŞEN OTOİMMUN ENSEFALİT: OLGU SUNUMU

Elif Deliceo¹, Güntülü Şık¹, Asuman Demirbuğa¹, Agageldi Annayev¹, Agop Çıtak¹

¹ Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Yoğun Bakım BD, İstanbul

Giriş : Herpes Simplex Virüs-1(HSV-1) ensefaliti klinik olarak hızlı başlangıçlı ateş, baş ağrısı, bilinç değişiklikleri, nöbetler ve fokal nörolojik belirtiler ile karakterizedir. Otoimmün ensefalit ise, immün reaksiyon sonucu ortaya çıkan, davranış değişiklikleri, hareket bozuklukları, nöbet ve kognitif fonksiyonlarda bozulma ile kendini gösteren paraneoplastik, postenfeksiyöz veya immü-nolojik bir tablodur. Bu yazıda Herpes simpleks ensefaliti sonrası otoimmün ensefalit gelişen ol-guyu sunduk.

Olgu : Öncesinde sağlıklı 3 yaşında erkek hastaya 5 gün önce ateş şikayeti ile başvurduğu dış merkezde oral antibiyotik tedavisi başlanmış. İzleminde ateşi düşmeyen ve bilinç değişikliği gelişen hasta meningoensefalit ön tanısıyla Çocuk Yoğun Bakım ünitemize kabul edildi. Hastaya seftriakson ve asiklovir tedavisi başlandı. Beyin omurilik sıvısı (BOS) incelemesinde renk berrak, şeker ve proteini normaldi. Kontrastlı kraniyal MR'da her iki serebral hemisferde difüzyon kısıtlılığı, temporoparietal bölgede minimal hemorajik komponentler gözlemlendi. Gönderilen tetkiklerde HSV-1 DNA PCR pozitif saptandı, asiklovir tedavisi 21 güne tamamlandı. Kliniğinde düzelme saptanan hastanın yatışının 25.gününde bilinç değişikliği tekrarladı. Otomatizma ve istemsiz hareketlerinin başlaması üzerine BOS incelemesi tekrarlandı, otoimmün ensefalit olabileceği düşünülerek BOS otoantikorları gönderildi. HSV DNA PCR negatif, anti-GAD (glutamik asit dekarboksilaz antikoru) ve anti-NMDA (N-metil-D-aspartat) pozitif saptandı. Hastaya 3 gün 30 mg/kg/gün metilprednizolon tedavisi verildi, kliniğinde düzelme olmaması üzerine intravenöz immünglobülin (IVIG) 2 gr/kg verildi. Yanıt alınamadı, plazma değişimi yapıldı. Ancak mevcut tedaviye yanıt alınamaması ve nörolojik defisitinin ağırlaşması üzerine (uykuya eğilim, GKS 9, otomatizma, istemsiz hareketler, ajitasyon, deliryum) siklofosamid başlandı. Siklofosamid tedavisi sonrası nörolojik bulgularda gerileme oldu. İzleminde bilinci ve nörolojik muayenesi daha iyi (GKS 15, patolojik refleks yok, otomatizma yok) olan hasta taburcu edildi.

Sonuç : Herpes simpleks ensefalitinde anti-viral tedaviye rağmen klinik bulgularında relaps görülen hastaların yaklaşık %20'sinde otoimmün ensefalit geliştiği bildirilmiştir. Otoimmün ensefalitin özelliği ortalama 1-4 hafta içinde gelişen karakteristik orofasiyal diskinezi, koreoatetoz, bilinç değişikliği, konvülsiyon ve anti-viral tedaviye yanıtızlıktır. Bu dönemde BOS'ta HSV DNA PCR negatiftir. Tedavide ilk tercih steroid, IVIG, plazma değişimidir. Yanıtız ise rituximab, siklofosamid, mikofenolat mofetil ve bortezomib önerilmektedir.

Anahtar kelimeler : herpes simplex virüs, ensefalit, otoimmün ensefalit, anti-GAD, anti-NMDA

P-030

ACI ELMA YAĞININ YANLIŞ KULLANIMINA BAĞLI KONVÜLZİYON: OLGU SUNUMU

Aysu Özge Yönetci¹, Güntülü Şık¹, Asuman Demirbuğa¹, Agageldi Annayev¹, Agop Çıtak¹

¹ Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Yoğun Bakım BD, İstanbul

Giriş : Ada çayı olarak bilinen salvia officinalis, spazmolitik, antienflamatuar ve diüretik etkileri nedeniyle çeşitli klinik durumlarda kullanılmaktadır. Acı elma yağı, adaçayının yapraklı ve çiçekli dallarından su buharı distilasyonu ile elde edilen uçucu yağdır. Damla formunun infantil koliği giderdiği gerekçesiyle masaj yapılarak topikal kullanımı toplumda yaygındır. Yanlış uygulama sonucu oral alıma bağlı bilinç değişikliği ve konvülsiyon nadir de olsa bildirilmiştir. Biz oral yoldan ve bilinmeyen dozda acı elma yağı alımına bağlı konvülsiyon gelişen vakayı sunduk.

Olgu : İki aylık kız bebek acil polikliniğine huzursuzluk ve kasılma şikayetiyle başvurdu. Otuz yaşındaki anneden 40 haftada normal vajinal yolla doğan hastanın prenatal ve postnatal öz geçmişinde özellik yoktu. Başvurudan 4 saat önce, gaz sancısını önlemek amacıyla karın bölgesine masaj ile uygulanarak kullanılan acı elma yağının yanlışlıkla 1 tatlı kaşığı miktarında hastaya içirildiği öğrenildi. Fizik muayenede, vücut ısısı 36.8 °C, nabız 136 /dk, solunum sayısı 38/dk idi. Solunum ve kardiyovasküler sistem muayenesi doğaldı. Acil polikliniğinde jeneralize tonik klonik nöbet nedeniyle intravenöz midazolam yapılan hasta gözlem amaçlı çocuk yoğun bakım ünitemize yatırıldı. Laboratuvar incelemesinde, hemoglobin 13.2 gr/dL, lökosit sayısı 13400/mm³, trombosit sayısı 379 000/mm³ idi. Kan şekeri 112 mg/dL, sodyum 138 mEq/L, potasyum 4.1 mEq/L ve iyonize kalsiyum 1.21 mmol/L olarak saptandı. İzleminde muayenesi doğal olan ve nöbeti tekrarlamayan hasta taburcu edildi.

Sonuç : Bitkisel ilaçların yanlış veya toksik dozlarda kullanımı sonucu birçok komplikasyon ortaya çıkmaktadır. Ada çayının distilasyonu ile elde edilen acı elma yağının, thujone, kamfor ve sineol içerdiği, bu maddelerin epileptojenik özellik taşıdığı ve deneysel bir çalışmada diğer bitkisel ilaçlarla karşılaştırıldığında konvülsiyonla karakterli intoksikasyon tablolarına neden olduğu bildirilmiştir. Nedeni saptanamayan konvülsiyonlarda bitkisel ilaçlara bağlı akut veya kronik intoksikasyonun, etiolojiden sorumlu olabileceği göz önüne alınmalı, ada çayı ve bundan elde edilen yağların topikal preparatlarının oral yoldan yanlış kullanımına bağlı konvülsiyon gelişebileceği unutulmamalıdır.

Anahtar kelimeler : acı elma yağı, konvülsiyon, adaçayı

15. ÇOCUK ACİL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-POSTER BİLDİRİLER-

P-031

ANTI-GAD (GLUTAMİK ASİT DEKARBOKSİLİZ) İLİŞKİLİ OTOİMMÜN ENSEFALİT OLGUSU

Asuman Demirbuğa¹, Güntülü Şık¹, Agageldi Annayev¹, Agop Çıtak¹

¹ Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Yoğun Bakım BD, İstanbul

Giriş : Otoimmün ensefalit nöronal yüzey antijenlere karşı gelişen immün reaksiyon sonucu gelişen bir tablodur. Özellikle çocuklarda klinik bulgular çok değişken olup diğer nedenlerin dışlandığı akut veya subakut ortaya çıkan tedaviye dirençli nöbetler, davranış bozuklukları, hareket bozuklukları, mental durum değişiklikleri, tip 1 diyabet gibi diğer otoimmün hastalıkların eşlik ettiği durumlarda mutlaka ayırıcı tanıda düşünülmelidir. Burada antiepileptik tedavileri dirençli intravenöz immunglobulin (İVİG) ve plazma değişimi tedavisinden fayda gören anti-GAD ilişkili otoimmün ensefalit olgusunu sunduk.

Olgu : Sekiz yaşında öncesinde sağlıklı kız hasta ateş yüksekliği ve baş ağrısı şikayeti nedeni ile akut tonsillit tanısıyla antibiyotik tedavisi başlanmış. Uyku hali başlaması ve jeneralize tonik klonik karakterde nöbet geçirmesi üzerine çocuk yoğun bakım kliniğimize sevk edildi. Fizik muayenesinde; uykuya meyilli olup ense sertliği ve meningeal irritasyon bulgusu yoktu. Hastaya ensefalit ön tanısı ile seftriakson 100mg/kg/g, asiklovir 60mg/kg/g ve levetiresetam 40mg/kg/g başlandı. Tetkiklerinde biyokimya, hemogram, koagülasyon tetkikleri ve enfeksiyon göstergelerinde patolojik bulgu yoktu. Solunum viral patojenleri negatif olup periferik yaymasında atipi görülmedi. Kraniyal bilgisayarlı tomografisi ve manyetik rezonans (MR) görüntülemeleri normaldi. Beyin omurilik sıvısı (BOS) protein ve glukoz normal sınırlarda ve kültür steril sonuçlandı. BOS örneğinden çalışılan; herpes tip 1, varisella zoster virüs, parekovirüs, enterovirüs, meninkokok, pnömokok ve hemofilus influenza tip b PCR tetkikleri negatif saptandı. Hastanın klinik izleminde gözlerde ve ağızda istemsiz hareketler ile sağ ekstremitede fokal nöbetleri de gözlemlendi. Elektroensefalografi (EEG) de sol temporalde keskin diken dalga olan hastanın nöbetleri devam etmesi üzerine, levetiresetam dozu artırıldı, topiramet, fenitoin eklendi. Antiepileptik ilaçlardan fayda görmeyen ve otoimmün ensefalit düşünülen hastaya 0,4gr/kg/g İVİG ve pulse prednol 30mg/kg/g başlandı. Etiyoloji açısından bakılan tiroid antikorları, antinükleer antikor negatif, anti-HİV negatif, Hbv, Hcv, Ebv, rubella, kızamık antikorları negatifti. Doğumsal metabolik hastalık tarama testi negatif, wilson hastalığı açısından bakılan seruloplazmin düzeyi ve göz bulguları normaldi. Dörtlü antiepileptik, midazolam infüzyonu alan hastanın stereotipik hareketlerin de eşlik ettiği bilincin tamamen açık olduğu sağ bacak ve kolda belirgin kasılmaları devam etti. Hasta entübe edilerek pentotal başlandı. Yakın EEG monitorizasyonu ile izlendi ve kraniyal MR tekrarlandı. Kraniyospinal MR da sol temporal, mediyal ve hipokampal bölgede otoimmün ensefalitle uyumlu görünüm saptandı. Hastaya plazma değişimi 5 gün süreyle uygulandı. Plazma değişimi sonrası İVİG 2gr/kg/doza tamamlanacak şekilde 5 gün süreyle verildi. Bu arada ekstübe edilen hastanın nöbet sıklığında azalma olmakla birlikte el ve ağız stereotipik hareketler de giderek azaldı. BOS otoantikor sonuçlarında; NMDA negatif, Anti-yo, CASPR-2, VKGC antikor, NMDA negatif, AMPA1-2, VGCC, LGI-1, GABA-b reseptör antikor, anti-CV2 ve anti-Ma antikorları negatif, serum anti-GAD pozitif saptandı (21.9 IU/mL). Plazma değişiminden belirgin fayda gören ve anti-gad ilişkili otoimmün ensefalit tanısı alan hastanın metil-prednizolon 2 mg/kg/gün, 21 günde 1 İVİG ve antiepileptik ilaç tedavilerine devamı planlandı.

Sonuç : Otoimmünite ilişkili epilepsi tanımı giderek artmaktadır. Glutamik asit dekarboksilaz pankreas beta hücreleri ve santral sinir sistemi inhibitör nöronlarının presinaptik ucundan salınmaktadır. Gad antikor ilişkili otoimmün epilepsi nadir görülmekle birlikte ilaçlara hafif dirençli epilepsiden refrakter epilepsiye ve limbik ensefalite kadar geniş klinik spektrumda hastalar görülmektedir. Hastaların birçoğu birinci basamak tedaviler olan İVİG ve metil-prednizolona iyi yanıt vermektedir. Ancak bazı dirençli hastalarda bizim hastamızda olduğu gibi plazma değişiminden fayda görmektedir. Hastamız tedaviden fayda gördüğü için rituksimab ve siklofosamid gibi ikinci basamak immünsüpresif tedavilere ihtiyacı olmamıştır. Klinik bulgularla ön planda otoimmün ensefalit düşünülen hastalarda otoantikor sonuçları beklenmeden tedavi başlanmalı ve fayda görmediği düşünüldüğünde erkem dönemde immünsüpresif tedaviye başlanılmamalıdır.

Anahtar kelimeler : anti-GAD, otoimmün ensefalit

P-032

ÇOK NADİR İKİ DURUMUN BİRLİKTELİĞİ: EŞ ZAMANLI ÇİFT TARAFLI SPONTAN PNÖMOTORAKS VE KONJENİTAL KİSTİK ADENOİD MALFORMASYON

Çapan Konca², Mehmet Tekin¹, Okşan Cebeci Elmas¹

¹ Adıyaman Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Adıyaman

² Adıyaman Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı Çocuk Yoğun Bakım Bilim Dalı, Adıyaman

Giriş : Eş zamanlı çift taraflı spontan pnömotoraks (ÇESP), pnömotoraksın çok nadir bir tipidir. Bildirilen sınırlı sayıda vakada genellikle altta yatan bir akciğer hastalığı olduğu bildirilmiştir. Bu sınırlı sayıda pediatrik çalışmada, human bocavirus bronşioliti, Langerhans hücreli histiocytosis, ve mycoplasma pneumoniae enfeksiyonları ÇESP ile ilişkili bulunmuştur.

Olgu : Mevcut çalışmada, ÇESP ile başvuran konjenital kistik adenoid malformasyon saptanan ilginç ve nadir bir olgu tartışılmak istendi.

Anahtar kelimeler : Eş zamanlı çift taraflı spontan pnömotoraks, konjenital kistik adenoid malformasyon, çocuk

15. ÇOCUK ACİL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-POSTER BİLDİRİLER-

P-033

ATİPİK KLİNİK BULGULARLA BAŞVURAN YABANCI CİSİM ASPİRASYON OLGUSU

Çapan Konca², Mehmet Tekin¹, Muhammed Nebi Çalışkan¹,

¹ Adıyaman Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Adıyaman

² Adıyaman Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Çocuk Yoğun Bakım Bilim Dalı, Adıyaman

Giriş : Yabancı cisim aspirasyonu (YCA) nefes alma esnasında ağız veya burundan alınan bir cismin alt hava yollarına kaçmasıdır. YCA ani olarak başlayan solunum yolu tıkanıklarının en sık nedenidir. YCA ile başvuran çocukların büyük çoğunluğu 3 yaşından küçük olmakta ve bu yaş ölümlerinin yaklaşık %7'si YCA nedeni ile gerçekleşmektedir. Aspirasyon sonucu yabancı cisim en sık sağ ana bronşa yerleşir. YCA erken dönemde öksürük, ses kısıklığı, ani solunum sıkıntısı gibi bulgulara neden olurken, geç dönemde obstüriktif amfizem, atelektazi, akciğer apsesi, ampiyem, bronşektazi ve pnömotoraksa neden olabilir.

Olgu : Olgumuz yabancı cisim aspirasyonunun üzerinden bir hafta geçmesine rağmen ciddi solunum güçlüğü olmaması ve sol akciğerde total atelektazi saptanması nedeniyle sunulmak istendi.

Anahtar kelimeler : atipik, klinik, yabancı cisim aspirasyonu, çocuk

P-034

YAŞAMI TEHDİT ALTINDAKİ HİPERAMONEMİ VAKASINDA PERİTON DİYALİZİNİN ETKİNLİĞİ

Çapan Konca¹, Kader Bulut Yaşar¹,

¹ Adıyaman Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Adıyaman

² Adıyaman Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Çocuk Yoğun Bakım Bilim Dalı, Adıyaman

Giriş : Hiperamonyemi geri dönüşsüz nörotoksisite ve merkezi sinir sisteminde hücre nekrozuna neden olabilen ciddi bir tablodur. Progresif hiperamonyemi beyin ödemi, koma ve ölümlü sonuçlanır. Tanılı hastalarda, araya giren hastalık, diyete uyumsuzluk, tedaviye uyumsuzluk veya stres gibi nedenlerle hiperamonyemi atakları tetiklenebilmektedir. Hiperamonyemi tedavisi amonyağın direkt nörotoksik etkilerinden dolayı önemli bir tıbbi acildir. Tedavinin önemli bir parçası da acil durumlarda hızlıca diyaliz yapılmasıdır. Günümüzde sürekli renal replasman tedavilerinin (CRRT) yaygınlaşması ile diyalizde ilk tercih CRRT uygulanması olmaktadır.

Olgu : Bu çalışmada, yoğun bakım ünitesine derin komada getirilen, entübe, kan amonyak değeri 1673 µmol/L saptanan, CRRT cihazı başka bir hastaya bağlı olduğu için acil periton diyalizi ile başarılı bir şekilde tedavi edilen üre siklus defekti tanılı 2,5 aylık hasta periton diyalizinin etkinliğini vurgulamak amacıyla sunuldu.

Anahtar kelimeler : hiperamonyemi, periton diyalizi, süt çocuğu

P-035

Erken Başlanan Nusinersen Tedavisine Rağmen NIP Değeri Yükselmeyen Spinal Musküler Atrofi Vakası

Mehmet Çeleğen¹, Selman Kesici¹, Benan Bayrakci¹

¹ Hacettepe Üniversitesi İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi

Giriş : Spinal musküler atrofi (SMA) genellikle otozomal resesif geçişli olmakla beraber otozomal dominant ve X'e bağlı resesif kalıtılan spinal kord ön boynuzunda yer alan motor nöronların dejenerasyonu ile karakterize alt motor nöron lezyonuna yol açan bir nöromusküler hastalıktır (1). SMA ile ilgili genler 5q kromozomunda bulunur. Hastalık 5q13 kromozomundaki survival motor neuron'daki (SMN1) delesyon veya fonksiyon kaybına sebep olan mutasyonlar sonucu ortaya çıkar (2). Hastalığın başlama yaşına ve kliniğine göre sınıflandırılmış tipleri vardır: En ağır olan tipi SMA tip 1 infant döneminde başlayan ve en sık görülen tipidir. Bebek çok gevşektir, başını tutamaz, oturamaz ve mekanik solunum desteğine ihtiyaç duyacak kadar solunum güçlüğü bulunur. Bu hastalarda solunum yetmezliği ilk bir yılda gelişir ve devamlı solunum destek tedavisi başlanmazsa hastalar hayatlarını kaybederler. SMA hastalarında uygulanan antisense oligonükleotide (ASO) nusinersen tedavisinin hastaların kas fonksiyonlarında düzelmeye yaptığı görülmüştür. Nusinersen, SMN2'nin mRNA pre-mRNA'sını modifiye ederek tam uzunluktaki SMN proteininin artan üretimini destekleyen bir antisens oligonükleotid ilaçtır (5). Bu çalışmada SMA tip 1 tanısı olan iki aylıktan itibaren nusinersen tedavisi alan hastada trakeostominin nusinersen tedavisinden NIP değerini yükseltmede daha etkili olduğunu vurgulamayı amaçladık

Gereç-Yöntem : 7 aylık SMA tip 1 tanılı erkek hasta nefes alıp vermede zorluk şikâyetleri ile ailesi tarafından acil servise getirildi. Akciğer filminde sağ akciğerde total atelektazi saptandı. Pnömoniye bağlı solunum yetmezliği nedeniyle çocuk yoğun bakım ünitesine yatırılan hastaya nasal prong ile non-invasif mekanik ventilasyon desteğine başlandı. Non-invasif mekanik ventilasyon desteğine rağmen hipoksisi düzelmeyen ve respiratuar asidozu gelişen hasta entübe edilerek mekanik ventilatörde izlemeye alındı. Mekanik ventilatör, yoğun akciğer sekresyon temizliği ve antibiyotik tedavisi ile pnömoni tablosu düzelen hasta tekrarlayan spontan solunum testlerini geçemedi. Tedavi almamış olan SMA hastalarında ölçülen NIP değeri -15 cmH₂O altında saptanırken, hastamız entübe iken ölçülen NIP değerleri -10 cmH₂O değerinin üstüne çıkmaması üzerine hastaya trakeostomi açıldı. Trakeostomi sonrası ölçülen NIP değeri -20 cmH₂O ölçüldü. Hasta geceleri mekanik ventilatöre bağlanarak gündüzleri ise serbest akış oksijende izlenmesi planı ile aile eğitimi tamamlandıktan sonra taburcu edildi

Bulgular : SMA hastalığı 5q13 kromozomundaki survival motor neuron'daki (SMN1) delesyon veya fonksiyon kaybına sebep olan mu-

15. ÇOCUK ACIL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-POSTER BİLDİRİLER-

tasyonlar sonucu ortaya çıkar (2). SMN1 deki mutasyonlar motor nöronlardaki mRNA sentezinde rol oynayan ve apoptozisi engelleyen SMN1 proteininin eksikliğine yol açar (6,7). İnsanlar SMN1 genine ilaveten exon 7 de sitozin ve timin bazları değişimi sonucu oluşan homolog SMN2 genine sahiptir. SMN2 geni yaklaşık %10 ile %15 arasında fonksiyonel protein sentezi ile kısmi olarak SMN1 genini kompanse eder ve hastalığın ağırlığı SMN2 geninin 0 ile 8 arasında olan kopya sayısına göre değişir (8,9). Transgenic fare deneylerinde antisense oligonucleotide (ASO) nusinersen SMN transkriptini yaparak SMN protein seviyesini artırdığı ve hastalığın semptomlarını azalttığı görülmüştür. Nusinersen'in farmakolojik etki mekanizması; ekleme faktörlerini inhibe ederek SMN2'nin pre-RNA ekleme sürecini değiştirerek bloke etmesidir (10). Nusinersen'in SMA hastalarındaki solunum kaslarının fonksiyonlarındaki yapmış olduğu düzelmenin hastaların mekanik ventilatöre bağlı olmasını engelleyecek düzeyde olduğunu değerlendiren veri bulunmamaktadır. SMA hastalarında solunum kaslarının zayıflığı progresif solunum yetmezliğine yol açmaktadır. İnterkostal kaslar diyaframa göre daha fazla etkilenmekte ve bunun sonucunda da paradoksik bir solunum paterni ortaya çıkmakta ve klasik çan şeklindeki göğüs deformitesi gelişmektedir. SMA hastalarında solunum yetmezliği gelişmesinde rol alan diğer önemli bir durum da kas güçsüzlüğüne bağlı öksürük yetersizliği ve bozulmuş hava yolu temizliğidir. Solunum yetmezliği sonucu invazif mekanik ventilatöre bağlanan SMA hastaları genelde mekanik ventilatör ile uyumlu solunum paterni gösterirler ve ekstübasyonları genelde başarısızlıkla sonuçlanmaktadır. Yenidoğan döneminde SMA tip1 tanısı alan hastamız ikinci ayından itibaren nusinersen tedavisi almaya başlamış. Tedavi sonrası kısmen baş tutma fonksiyonu kazandığı gözlenmiştir. Bir defa tedavi alan hasta tedavinin ikinci ayında pnömoni olmuş ve sorası entübe olup mekanik ventilatörden ayırlanamamıştır. Mekanik ventilatörden ayırma süreçlerinde solunum kaslarının güçlerini değerlendirmek için pediatrik hasta grubunda çok sık kullanılmayan NIP ölçümü -10 cmH₂O gibi düşük bir değer saptandı. Hem sağlıklı hem de pulmoner ve nöromuskuler hastalığı olanlarda solunum kas kuvvetini değerlendirmek için kullanılan NIP basit kolay ve noninvasif prosedürler ile yapılabilen bir indekstir (11). NIP ayrıca ventilatör kapasitesini ve solunum yetmezliği geliştirme ihtimalini de gösterir (12). NIP hastanın mekanik ventilatörden ayrılmasında doğru değerlendirmeye de yardımcı olur (13). Tekrarlayan NIP ölçümleri ve spontan solunum testlerinde hastanın klinik olarak ekstübasyonu tolere etmemesi üzerine mekanik ventilatöre bağlanmasının 10. gününde trakeostomi kararı verildi. Nöromuskuler hastalarda NIP ölçümü hastalığın patofizyolojisini de göz önünde bulundurarak hastanın kronik solunum destek tedavisine ihtiyacı olup olmayacağına karar verilebilir. Trakeostomi ile hava yollarındaki direncin %50'sini oluşturan üst hava yollarındaki direnç by-pass edilmek suretiyle solunum iş yükü azaltılmaktadır (14). Trakeostomi kronik solunum yetmezliği olan hastaların mekanik ventilatör ile evlerine gitmesine de yardımcı olmaktadır (15). Merkezimizde yapılan bir çalışmada trakeostomi açılan çocukların %30'una ev tipi mekanik ventilatör reçete edilmesine rağmen %35'inde trakeostominin kendisi solunum yetmezliği için tedavi edici olmuştur. Aynı seride SMA nedeniyle trakeostomi açılan tüm hastaların ev tipi ventilatöre ihtiyacı olmuştur (15). Bu hastanın sadece geceleri mekanik ventilatöre ihtiyacının olması nusinersen tedavisinin klinik olarak belirgin olmasa da faydalı olduğunu düşündürebilir

Sonuç : Sonuç olarak; erken başlanmış olmasına rağmen nusinersen tedavisinin bu hastada negatif intratorasik basınç oluşturmak açısından yetersiz kaldığı görülmüştür. Trakeostomi, solunum iş yükünü düşürmesi nedeniyle negatif intratorasik basınç oluşturabilmesi açısından daha etkili olmuştur

Anahtar kelimeler : Trakeostomi, SMA, Nusinersen

P-036

ANİ GELİŞEN KIZARMA ATAKLARIYLA BAŞVURAN HASTADA NADİR BİR TANI: OLGU SUNUMU

Ayşe Gültekinçil¹,

¹ Başkent Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD, Çocuk Acil Bölümü, Ankara

Giriş : Yenidoğan ve süt çocukluğu döneminde deride ani renk değişiklikleri, epileptik nöbetlerden konjenital kalp hastalıklarına kadar pek çok farklı etkene bağlı olarak gelişebilir. Burada emme sırasında kızarma atakları ile Çocuk Acil Polikliniğine başvuran iki aylık bir erkek hasta sunulmuştur.

Gereç-Yöntem : İki aylık bir erkek hasta Çocuk Acil Polikliniğine emerken ani gelişen kızarma ve morarma şikayeti ile başvurdu. Hastanın kızarma ataklarının ilk defa hasta bir aylıkken görüldüğü, tüm vücudun kızardığı, hastanın halsizleştiği, hareketlerinin azaldığı, bu durumun yaklaşık 20-25 dakika sürüp kendiliğinden düzeldiği, ikinci ve üçüncü ataklarının da benzer nitelikte olduğu başvurudan önceki gün içerisinde 12 saat arayla meydana geldiği öğrenildi. Hastanın ilk atağı sırasında doğumdan itibaren olan karnının sol tarafındaki kahverengi leke üzerindeki kabarıklık görüldüğü ve bu kabarıklığın atak sırasında patladığı, atak sonrasında hastanın yatılarak izlendiği, Erode Bül, Epidermolizis Bülloza? tanısı ile sistemik antibiyotik tedavisi ve yara bakımı aldığı ve düzelen taburcu edildiği öğrenildi. Hastanın öz ve soy geçmişinde başka özellik saptanmadı. Fizik muayenesinde karında sol üst kadranda 7x5 cm kahverengi düzensiz kenarlı hafif deskuame ve üzerinde 1 mm bül olan lezyon saptandı, hastanın diğer sistemik muayenesi doğaldı.

15. ÇOCUK ACİL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-POSTER BİLDİRİLER-

Resim1



Bulgular : Tam kan sayımı, biyokimya değerleri normal aralıkta idi, elektrokardiografi ve ekokardiografisinde patolojik bulgu saptanmadı. Dermatoloji Bölümü'ne danışılan hastada Mastositoz düşünülerek punch biyopsi alındı, mikroskopik incelemede diffüz yayılım gösteren uniform mast hücre infiltrasyonu saptandı. Serum triptaz düzeyi ve periferik yayma değerlendirilmesi normal olarak sonuçlandı. Aileye beslenme konusunda bilgi verildi, antihistaminik tedavi başlandı ve takibe alındı.

Sonuç : Mastositoz mast hücrelerinin deri, kemik iliği, lenf nodları, dalak, gastrointestinal sistem gibi dokularda anormal proliferasyonu ile giden nadir bir neoplazmdir. Sistemik ve kutanöz formları mevcuttur, sistemik formda sitopeni, asit oluşumu, malabsorbsiyon, organomegali, osteoliz ve malign transformasyon gibi riskler mevcutken, bu riskler kutanöz formda oldukça azdır. Hastalardaki belirti ve bulgular daha çok dokulardaki ani mast hücre degranülasyonuna bağlı olarak gelişir, bunun sonucunda ani ortaya çıkan kızarma, bayılma, hipotansiyon, taşikardi, hırıltı, ishal görülebilir, ağır formlarda kardiovasküler kollaps ile sonuçlanabilir. Bu nedenle özellikle mast hücre degranülasyonunu tetikleyen ajanlar tespit edilmeli ve uzak durulmalıdır. Ani kızarma atakları ile gelen bebeklerde nadir de görüle mastositoz mutlaka ayırıcı tanıda akılda tutulmalı, hastalarda deri muayenesi ayrıntılı yapılmalıdır, şüpheli olgularda patolojik tanı konarak tedavi başlanması hayat kurtarıcı olacaktır.

Anahtar kelimeler : mastositoz, kızarma, flushing, nöbet, çocuk

P-037

HİDROKARBON ALIMI SONRASI KİMYASAL PNÖMONİ OLGUSU

Gülçin Nimet Özdemir¹, Muhterem DUYU¹, Büşra Özgünay¹, Merve Çetin¹, Ecem Ösken¹, Mehmet Baki Şenyürek¹, Nur Özkök¹, Seher Güneş¹, Rüveyde Kökten¹

¹ Göztepe Eğitim Araştırma Hastanesi Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi, İstanbul

² Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi

Giriş : Çocuklarda akut zehirlenme acil servislere başvurunun hâlâ önemli nedenidir ve sık görülen bir halk sağlığı sorunudur(1). Bu zehirlenmelerden hidrokarbon içerikli maddelerin yutulması öncelikle aspirasyon ve şimik pnömoniye yol açarak akciğer zedelenmesi ve sonraki komplikasyonları ile morbidite ve mortalite oluşturmaktadır (2). Burada hidrokarbon türevi içeren güneş yağının kaza ile içilmesi sonrasında solunum sıkıntısı gelişen bir olguyu literatür ışığında tartışıldı.

Olgu : 2 yaşında erkek hasta evde güneş yağı içmesi sonrasında babası tarafından kusturulmaya çalışılmış ve sonrasında dış merkez acil servise başvurmuşlar. Hasta yakınından alınan öyküye göre yaklaşık 20 ml içtiği ifade edilmiş. Hastaya herhangi bir müdahalede bulunulmamış ve izleme alınmış. Hastanın acil servisteki takibinde kademeli olarak solunum sıkıntısının artması ve alınan kan gazı takibinde solunumsal asidozu gelişmesi üzerine çocuk yoğun bakım ünitemize kabul edildi. Hastanın özgeçmişinde ve soygeçmişinde özellik saptanmadı. Fizik muayenesinde vücut ağırlığı:9,5 kg (<3p), boy:85 cm (10-25p), baş çevresi:46 cm (<3p), nabız:144/dk, kan basıncı:90/54 mmHg, ateş:36,7°C solunum sayısı:40/dk, saturasyon:%98 (maske ile 2 lt/dk oksijen desteği ile) bilinci açık, ajite, koma skoru 15 idi. Solunum sistemi muayenesinde abdominal solunum, taşipneik ve her iki taraf solunum sesleri eşit patolojik solunum sesi yoktu. Diğer sistem muayenesinde özellik saptanmadı. Hastanın dış merkez tetkiklerinde Hb:11 g/dl WBC:20,940 / mm³, plt:402,000 / mm³, PNL: 3,950 / mm³ crp:<0,1 glukoz:139 mg/dl sodyum:140 mmol/L potasyum:3,4 mmol/L kalsiyum:9,6

15. ÇOCUK ACİL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-POSTER BİLDİRİLER-

mg/dl üre:25,68 mg/dl kreatinin:0,64 mg/dl ve kan gazında pH:7, 25 pCO₂:40 mmHg HCO₃:20,0 mmol/L PaO₂:90mmhg lac:0,5 saptanmış. Hastanın servisimize geliş kan gazında pH:7,28 pCO₂:44 PaO₂:100 HCO₃:19,9 mmol/L lac: 0,2 saptandı. Çekilen posterior-anterior akciğer grafisinde sol parakardiyak hafif infiltrasyon ve bilateral havalanma artışı dışında özellik yoktu(Resim 1). Hasta nazal kanül ile 3 lt./dk dan oksijen desteği, inhaler bronkodilatör, inhaler steroid , 1500cc/m² den iv hidrasyon ve midekoruyucu tedavi başlanarak izleme alındı. Hastanın ilaç alımının 15. saati yoğun bakım yatışının 8. Saatinde solunum işyükünde artma izlendi. Hastanın taşipnesinin artması üzerine nazal kanülle oksijen desteğinden oksijen maskesine solunum sıkıntısının devam etmesi üzerine geridönüşümlü maske ile oksijen desteğine başlandı. Hasta geridönüşümlü maske ile 10 lt/dk dan oksijen desteği almaktayken taşipnesi ve abdominal solunumu devam etti. Hastanın klinik tablosu solunum yetmezliği ile uyumlu olması üzerine hasta entübe edildi. Alınan kan gazında pH:7, 18 pCO₂:55,6 mmHg HCO₃:18 mmol/L PaO₂:121mmhg lac:0,5 .Entübasyon sonrası çekilen posterior-anterior akciğer grafisinde bilateral parakardiyak alanda infiltrasyon ve atelektatik alanlar izlendi. (Resim2) Mekanik ventilatör ayarı APV SIMV modda tidal volüm:130 peep:5 pip:25 ps: 15 fiO₂:%40 olarak düzenlendi. Hasta hidrocarbon türevi uçucu madde alımı sonrasında kliniği ve tetkikleriyle şimik pnömoni ile uyumlu düşünöldü. Inhale steroid, inhale bronkodilatör tedavisine iv steroid tedavisi eklendi. Hastanın tekrarlanan rutinlerinde crp nin 0,1 den 10,39 a yükselmesi ve ateşinin 48 saatten uzun sürmesi üzerine olabilecek sekonder bakteriyel enfeksiyon için trakeal aspirat kültürü alınarak antibiyotik tedavisi başlandı. Hastanın içtiği güneş yağı hidrokarbon içeren(likit parafin, siklopentasiloksan, etilheksil metoksisinamat) kozmetik üründü ve aspirasyon ile hastanın kliniği kimyasal pnömoniyeye ilerledi. Hastanın yatışının 48.saatinde kan gazında pH:7,30 pCO₂:45,8mmhg HCO₃:22,9 mmol/L PaO₂:61 mmHg FiO₂:%40 iken PaO₂/ FiO₂:150 saptandı. Hasta orta akut respiratuvar distres sendromu olarak değerlendirildi. Kan gazı değerlerine göre mekanik ventilatör parametreleri düznlendi.Olabilecek barotrauma ve aspirasyona bağlı diğer komplikasyon açısında sık takibi yapıldı.Takibinde posterior-anterior akciğer grafilinde atelektatik ve infiltratif alanlarda gerileme izlendi.(Resim 2,3)

Sonuç : Hidrokarbonlar; hidrojen ve karbon atomlarının meydana getirdiği, alifatik, aromatik ve halojenli yapıda olan organik bileşiklerdir. Hidrokarbon içeren ürünler pek çok ev ve iş ortamında bulunur. Hidrokarbon zehirlenmelerinde, farklı sınıftan karışımlara maruz kalındığı için kesin tanı koymak her zaman olası değildir . Kimyasal sınıf ve maruz kalınan yola göre belirtiler değişkendir . Tanı, öykü ve klinik bulgular dikkate alınarak konur(5). Alımlar GİS ve inhalasyon yolu ile olur(5,7) . Toksikite bulguları pulmoner, renal, kardiyak, hepatik, GİS, nörolojik, hematolojik ve dermal sistemlerin bir veya daha fazlasını içerebilir(7). Viskozite ve yüzey gerilimi aspirasyon potansiyelinin belirlenmesinde major rol oynar. Düşük viskoziteli ve yüksek yüzey gerilimi olan hidrokarbonlarda aspirasyon riski daha azdır. Aspirasyon alınan volüm ile ilişkili değildir. Rat deneylerinde 0.2 ml gibi az miktarların bile yavaşça intratrakeal olarak verildiğinde pnömoni yaptığı görölmüştür. Kimyasal pnömoni gastrointestinal sistem yoluyla alınan uçucu hidrokarbonun akciğere inhalasyonu ile oluşabilmektedir. Oral alımdan sonra kısa sürede öksürük ve tıkanma gibi bulgular ortaya çıkar. Bu bulguları birkaç saat içinde takipne, hisilti ve kimyasal pnömoni izleyebilir(4,6) . Olgumuzda oral alımın 4. Saatinde taşipne 14. saatinde solunum yetmezliği ve kimyasal pnömoni göröldü. Solunum sistemi belirtileri olan hastalarda akciğer grafisinde bileşiğin alınmasından 30 dk. sonra kimyasal pnömoni bulguları görölebilir. Belirti olmayan hastada bu süre iki saat ile 24 saat arasında olabilir ve solunum bulguları olmadığında dahi hemen taburcu edilmeyip en az 48 saat gözlenmelidir. İkincil bakteriyel enfeksiyon ve solunum komplikasyonlarına bağlı mortalite ve morbidite gelişebilir(2,8) . Hidrokarbon türevi alımlarda kusturmak ve içim sonrası aktif kömür ve mide lavajı kontrendikedir. Bu uygulamalar yüksek aspirasyon riskinden dolayı pulmoner komplikasyonları arttırdığından önerilmemektedir (2,5,9) .Hastamız toksik ajanı içtikten sonra yakınları tarafından kusturulmaya çalışılmıştır. Bu konuda ailelerin ve acil servislerdeki sağlık personelinin bilgi artırımına gereksinim duyulmaktadır. Nebulize oksijen pulmoner aspirasyonda yararlıdır. Bronkospazm varlığında β₂-agonistler faydalıdır ve fibrozis gelişimini azaltan budesonid tedavisi önerilmektedir. Ateş ve akut faz reaktan yüksekliği ilk 48 saat izlenebilir bizim olgumuzda 48 saati geçen izlenmesi üzerine sekonder pulmoner enfeksiyon açısından antibiyotik tedavisi başlanmıştır. PEEP ve CPAP bazen gerekebilir, ancak pnömosel ve pnömotoraks açısından dikkatli olunmalıdır. Literatürde ARDS gelişen hastada surfaktan uygulaması, takipne ve solunum sıkıntısı olan hastalara budesonid ve nitrik oksid tedavisi ile başarılı olan raporlar mevcuttur. Bu olgumuzda ev kazası sonucu zehirlenen ve akciğer bulguları toksik ajanların oral yolla alımından sonra ortaya çıkmıştır ve klinik tablosu ARDS ile sonuçlanmıştır.

Bulgu:

RESİM 1



İLK GELİŞ PAAC

15. ÇOCUK ACİL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-POSTER BİLDİRİLER-

RESİM

2



2. GÜN PAAC PaO₂/ FiO₂:150 FiO₂:%50

RESİM

3



6. GÜN PAAC PaO₂/ FiO₂:220 FiO₂:%45

Sonuç : Çocukluk çağı zehirlenmelerinin büyük oranda alınacak tedbirlerle önlenilebilir olduğunu görmekteyiz. Bunun için alınacak tedbirler için aile bireylerinin, bu tür maddelerin çocukların kolayca ulaşabilecekleri yerlerde ve asla su kaplarının içerisinde bulundurulmaması konusunda bilinçlendirilmesi, alımları durumunda ise uygulanacak tedavi için sağlık personeli eğitilmelidir.

Anahtar kelimeler : aspirasyon , akut respiratuvar distres sendromu , hidrokarbon , kimyasal pnömoni , solunum yetmezliği ,

P-038

SCN5A MUTASYONUNA BAĞLI DİLATE KARDİYOMİYOPATİ OLGUSU

Mehmet Çeleğen¹ , Selman Kesici¹ , İlker Ertuğrul² , Ahmet Aydın³ , Demet Demirkol⁴ , Benan Bayrakci¹

¹ Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi

² Hacettepe Üniversitesi İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi Çocuk Kardiyoloji Bölümü

³ Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Kalp Damar Ve Göğüs Cerrahisi Bölümü

⁴ İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Çocuk Yoğun Bakım Bilim Dalı

Giriş : Kalbin kontraktile fonksiyonu ve iskelet matriksi gibi yapısal proteinlerini kodlayan birçok gendeki mutasyonlar dilate kardiyomiyopati (DKMP) ile ilişkilidir (1). SCN5A geninde olan mutasyonlarda sodyum kanal fonksiyonları bozularak elektriksel uyarılma

15. ÇOCUK ACIL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-POSTER BİLDİRİLER-

bozulurken ritim problemleri ve DKMP gelişebilir (2). Biz de aritmi ve DKMP etyolojisi nedeniyle araştırılan, izlemde tam atrioventriküler (AV) blok gelişmesi nedeniyle önce geçici internal pacemaker daha sonra kardiak resekronizasyon tedavisi uygulanan, SCN5A mutasyonu saptanan hastayı sunduk.

Olgu : Altı aylık erkek hasta, 15 günlük iken emme ve morarma şikayeti ile başvurduğu merkezde dolaşım bozukluğu ve metabolik asidozu olması nedeniyle entübe edilip sepsis ön tanısıyla ampisilin gentamisin başlanıyor. Ekokardiyografik incelemede ejeksiyon fraksiyonu (EF):%42 olması ve kasılmasının iyi olmaması nedeniyle dopamin ve milrinon başlandığı öğrenildi. Taşikardisi ve kardiyomegalisi saptanan hasta metabolik hastalık, kardiyomyopati ön tanılarıyla İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Neonatoloji bölümüne sevk ediliyor. Burada yapılan Ekokardiyografisinde; Kalp boşlukları solda daha belirgin olmak üzere geniş saptanmış ve EF ventriküllerin paradoksal hareketleri nedeniyle değerlendirilememiş. Taşikardisi olan ve telekardiyografisinde kardiyomegalisi olan hastanın elektrokardiyografisinde (EKG) kalp hızı 220/dk p dalgalarının yer yer görülmediği, QRS geniş olduğu, sol dal bloğunun eşlik ettiği atipik supraventriküler (SVT) olarak değerlendirilen aritmisi saptanmış. Aritmi zemininde gelişmiş dilate kardiyomyopati olarak değerlendirilir, önce adenosin ardından amiodaron infüzyonu başlandığı bradikardisinin olması nedeniyle kesildiği öğrenildi. Hipotansiyonu ve dolaşım bozukluğu nedeniyle milrinona devam edildiği kademeli olarak azaltılmaya çalışıldığı ancak dolaşım bozukluğunun gelişmesi nedeniyle kesilemediği öğrenildi. Metabolik hastalıklar açısından; Tandem MS, idrar ve kan organik asitleri selenyum çinko tetkikleri normal saptanmış ve tüm ekzon sekanslama (WES) analizi gönderilmiş. İzlemde bacaklarda kasılma şeklinde nöbeti olması üzerine 20 mg/kg fenobarbital yüklenerek idameye geçilmiş. Yapılan kraniyal ultrasonografi (USG); bazal ganglionlarda ekojenite artışı, kraniyal bilgisayarlı tomografi (BT); her iki lateral ventrikülde hemoraji alanı, kraniyal manyetik rezonanslı görüntüleme (MRG); bilateral kaudatalamik alanda ve ventrikül içerisinde seviye veren kanama lehine değerlendirilen hiperintens görünüm saptanmış. Yağ asidi oksidasyon defekti ya da mitokondriyal hastalık ön tanıları düşünülerek mitokondriyal destek tedavisi başlanmış (selenyum, biotin, vitamin b50 kompleks, alfa lipoik asit, karnitin, koenzim Q.). Diyeti protein ve orta zincirli yağ asitlerinden zengin olacak şekilde anne sütü, F mama ve MCT ile tekrar düzenlenmiş. Ekstübasyon denemelerini tolere edemeyen hasta aritmeye sekonder kardiyomegali gelişmiş olduğu düşünülerek elektrofizyolojik çalışmalar yapılması için Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi-ne sevk ediliyor. Geliş fizik muayenesinde tansiyon:95/55mmhg, nabız:180/dk, ateşi:36 C°, solunum sayısı:35/dk. Sistem muayeneleri olağan saptanmış. Öz geçmiş ve soy geçmişinde belirgin özellik saptanmadı. Hastanın tam kan sayımında; HGB:8,7gr/dl, WBC:13,7/mm3, PLT:207000/mm3. Kan gazında Ph:7,46mmHg, PCO2:36,9mmHg, HCO3:26,8mmol/L, laktat: 1,2mmol/L olup karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri ile elektrolitleri normal bulundu hastanın BNP'si: 2999,8pg/ml. EKO'sunda; Sol kalp boşlukları geniş, septum hareketleri paradoks, EF:%33 olarak değerlendiriliyor. Holter; Hız bağımlı sol dal bloğu, nadir supraventriküler ekstrasistoller saptanıyor. TEEPS(Transözefageal elektrofizyolojik çalışma);Ekstrastimulus sonrası kısa süreli atriyal taşikardi atakları izleniyor. EKG'sinde atriyal taşikardisi olan EKO da EF:%33 paradoksik kasılması olan hastaya propranolol başlandı; Ritmi düzelirse takip, düzelmez ise ablasyon planı yapıldı. Takiplerinde taşikardileri ve bradikardileri izlenen hastanın takiplerinde tam AV blok gelişti ve yatak başı geçici internal pacemaker takıldı. Kalp yetmezliği ve aritmisi olan hasta kalp damar cerrahisi tarafından kardiak resekronizasyon tedavisi (CRT) uygulandı. CRT sonrası inotropi azaltılarak kesildi. Ekstübe edilip izlemde ek problemi olmayan hasta taburcu edildi. Hastanın gönderilmiş olan WES analizinde de SCN5A mutasyonu saptandı.

Sonuç : SCN5A geni, kardiak sodyum kanalının iyon iletken ykr7-alt birimini kodlar (3). Bu ise aksiyon potansiyelinin başlayıp devam etmesinden sorumludur. Böylece kalbin kasılmasını ve elektriksel iletilin kalp boyunca iletimini belirler. SCN5A da olan işlev kazançlı mutasyonlar daha fazla sodyumun kalp kasına girmesine neden olup uzun QT sendromuna yol açabilir (4,5). SCN5A da olan işlev kaybına sebep olan mutasyonlar ise Brugada sendromuna neden olur (6). Her iki mutasyonun birlikte olduğu durumlarda ise dilate kardiyomyopatiye neden olabilir. CRT aygıtları kalbin koordine olmayan elektriksel aktivitesi sonucunda ventriküler segmentlerin farklı zamanlarda kontrakte olması olarak tanımlanan ventriküler dissenkronizasyon durumunda meydana gelen kalp yetmezliğinde kullanılabilir(7). Ventriküler dissenkronizasyon sonucunda sol ventrikülün doluşu ve kontraktilesi azalmaktadır. Bu durumda hemodinamik bozulma ve kalp yetmezliği semptomlarında artma görülmektedir. Ventriküler resenkronizasyonu sağlamak için uygulanan biventriküler pacemaker tedavisinde sağ atriyuma, sağ ventrikül apeksine ve sol ventrikül epikardiyal yüzeyine (koroner sinüs yoluyla retrograd olarak veya cerrahi olarak) yerleştirilen 3 adet "lead" yardımı ile intraventriküler ve interventriküler kontraksiyon bozukluğu düzeltilerek ejeksiyon fraksiyonu ve kardiak output artırılmaktadır.

Sonuç : Sonuç olarak; SCN5A mutasyonunda ritim bozuklukları, ritim bozukluklarına bağlı DKMP gelişebilir. Tedavisinde ventriküler senkronizasyonu sağlayarak kardiak atım volümünü artıran CRT tedavileri uygulanabilir.

Anahtar kelimeler : SCN5A mutasyonu, Kardiak resenkronizasyon tedavisi

P-039

EKSTRAKORPÖREAL KARDİYOPULMONER RESÜSİTASYON VE 2.5 SAAT RESÜSİTASYON SONRASI HAYATTA KALAN KARDİYAK ARREST OLGUSU: OLGU SUNUMU

Dilek Altun ¹, Ahmet Arnaz ²

¹ Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi SHMY, Anesteziyoloji ve Reanimasyon BD, İstanbul

² Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi Tıp Fakültesi. Kalp ve Damar Cerrahisi AD, İstanbul

Giriş : Giriş: Ekstrakorporeal kardiopulmoner resüsitasyon (KPR), konvansiyonel KPRa yanıtız olgularda hızla uygulandığında gerekli kardiak-solunumsal desteği sağlamada başarılı bir yöntemdir. Ekstrakorporeal (EKPR) yeniden canlandırma esnasında venöarteryel kanülasyonla uygulanan hızlı bir resüsitasyon yöntemi olup uygun şartlarda, doğru, zamanında uygulandığında arrest sonrası mortaliteyi azaltmaktadır. Burada, konjenital kalp ameliyatı sonrasında ani gelişen kardiak arrest nedeniyle 2,5 saatlik başarılı bir resüsitasyon sonrasında EKMO'ya bağlanan, herhangi bir nörolojik defisit olmadan başarılı bir şekilde tedavi edilen olgu sunulmuştur.

Olgu : 1 yaşında 9 kg kız hasta complet AVSD+pulmoner stenoz tanılarıyla ameliyata alındı. Başarılı geçen tam düzeltme+pulmoner stenoz giderilmesi ameliyatından sonra orotrakeal entübe olarak kalp damar cerrahisi yoğun bakım servisimize alınan hastaya

15. ÇOCUK ACİL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-POSTER BİLDİRİLER-

morfin+midazolamla sedayon başlandı. Ameliyattan 12 saat sonra yapılan kontrol ekokardiyografisi normal olup hemodinamisi stabil, kan gazı ve diğer laboratuvar parametreleri normal, spontan solunumu yeterli olan hastada ekstübasyon planlandı. Ancak ani, sebebi belirlenemeyen bir şekilde gelişen bradikardi, hipotansiyon, kardiyak arrest nedeniyle KPR yapılmaya başlandı. Yanıt alınamayan hastanın EKMO desteğine alınması planlandı. Acil şartlarda hastaya veno-arteriyel (VA) EKMO desteği (18 French kanül sağ atriyum, 10 French kanül aorta), 150 dakika kesintisiz yapılan KPR sonrasında başlatıldı. Eş zamanlı periton diyalizi yapılmaya başlandı. İşlem sonrasında hasta sternum açık olarak kalp damar cerrahisi yoğun bakım ünitemize alındı. EKMO sırasında hedef koagülasyon için heparin yapıldı, aktive koagülasyon zamanı 140-180 arasında tutulmaya çalışıldı. EKMO'ya bağlı herhangi bir komplikasyon gözlenmedi. EKMO 5. gününde destek azaltımı ile EKMO'dan başarılı bir şekilde ayrılan hastanın, genel durumu stabil, nörolojik olarak intakttı. Sternum açık olan hastanın sternumu EKMO desteğinin sonlandırılmasından 3 gün sonra kapatıldı. Taklipleri sırasında enfeksiyon geçekilen kranial BT'si normaldi. Yatışının 21. gününde trakeostomi açıldı. 47. günde mekanik ventilatör desteğinden ayrıldı, 55. günde servise çıkarıldı, 64. günde taburcu edildi (Figür I).

Yöntem:



Başarılı bir EKPR sonrasında hastamız

Sonuç : Bulgular Konjenital kalp cerrahisi sonrasında ani, nedeni belirlenemeyen bir şekilde gelişen kardiyak arrest sonrasında, EKPR uygulaması, herhangi bir nörolojik defisit yaratmadan hastanın stabilizasyonunu sağlamıştır. Gündüz saatlerinde gerçekleşmiş olması, tüm ekibin (anesteziyolojist, pediatrik kalp damar cerrahisi, perfüzyonist, pediatrik kardiyolog, ameliyathane hemşiresi) hastane içinde hazır olması, zamanında doğru, hızlı, zamanında yapılan EKPR için uygun zemin yaratmıştır.

Sonuç : EKPR desteği arrest durumunda hem kardiyak hem de solunumu geçici olarak destekleyen bir yöntemdir. Bu yöntemin uygulanması hızlı karar ve kanülasyonla ve kanülasyon sırasında süratle hazırlanacak devre kurulumu ile mümkün olur. Hastane KPRlarda, e-KPR sağkalım oranını arttırmakla birlikte nörolojik sekel oranını da azaltmaktadır.

Anahtar kelimeler : Konjenital Kalp Cerrahisi, kardiyak arrest, kardiyopulmoner resüsitasyon (CPR), ekstrakorporeal membran oksijenizasyonu (ECMO)

P-040

TEDAVİYE DİRENÇLİ SOL VENTRİKÜLER SİSTOLİK DİSFONKSİYON GELİŞEN BİR AKREP SOKMASI VAKASINDA LEVOSİMDAN TEDAVİSİ

Ahmet Yöntem¹, Rıza Dinçer Yıldızdaş¹, Özden Özgür Horoz¹, Nagehan Aslan¹, Merve Mısırlıoğlu¹, Hayri Levent Yılmaz², Sevcan Erdem³

¹ Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Yoğun Bakım, Adana

² Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Acil Bd, Adana

³ Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Kardiyoloji Bd, Adana

Giriş : Akrep sokma vakaları dünya üzerinde ılıman iklim görülen kırsal ve sahil yerleşimin yoğun olduğu ülkelerde sık olarak görül-

15. ÇOCUK ACIL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-POSTER BİLDİRİLER-

mektedir [1]. Ülkemizde *Androctonus crassicauda* ve *Leiurus abdullahbayrami*, Güney ve Güneydoğu Anadolu bölgelerinde en sık görülen akrep türleridir[2]. Akrebin türü, akrebin yaşı, büyüklüğü, beslenme durumu, sokulma sayısı, enjekte edilen venom miktarı, iğnenin batış derinliği, venomun yapısı, ısırılma yeri, kurbanın yaşı, kurbanın sağlığı, venoma göre kurbanın ağırlığı ve etkili tedaviye klinik semptomların ağırlığını belirler. Birçok akrep sokması zararsız ve lokal bulgularla seyretmekle birlikte bazı vakalarda sistemik, nörotoksik ve kardiyotoksik bulgularla seyredebilir. En sık görülen kardiyolojik komplikasyonlar myokardit, pulmoner ödem ve şoktur.

Olgu : 3 yaş 7 aylık kız hasta dış merkezden çocuk acil servisine yaklaşık 2 saat önce 6 boğumlu sarı akrebin (*Leiurus abdullahbayrami* türü) sol diz altı iç yüzünden sokması nedeniyle getirildi. İlk fizik muayenesinde Glasgow koma skalası skoru 11 (G3M5V3), letarjik, arteriyel kan basıncı 60/30 mmHg, kalp hızı 127, solunum hızı 40/dakika, vücut sıcaklığı 36,4°C ve oda havasında oksijen saturasyonu %98'di. Ekstremiteleri soğuk ve soluk olan hastanın kapiller geri dolum süresi 4 saniye ölçüldü. Sokma bölgesinde şişlik ve hiperemi olan hastada istemsiz kas hareketleri, huzursuzluk, kusma, terleme ve hipersalivasyon mevcuttu. Akrep sokmasının ardından 1 saat içinde dış merkeze başvuran hastaya tetanoz aşısı ile birlikte sokma bölgesine yarım vial ve kas içine yarım vial olacak şekilde akrep antiserumu uygulandı. Acil servisimize başvuru anında sistemik bulguları olması ve dış merkezde antiserum uygun yolla verilmemiş olması nedeniyle hastaya 1 vial akrep antiserumu intravenöz yolla uygulandı. Kardiyak tutulumu olan hastaya dobutamin (10 µg/kg/dakika) ve dopamin (10 µg/kg/dakika) ve doksazosin başlandı. Hastanın yoğun bakım yatışının ilk 24 saat içinde CK-MB ve troponin-I düzeylerinde artış görüldü. Yatışının 2. gününde solunum sayısında artış, şuurunda kötüleşme, akciğer görüntülemesinde yaygın akciğer ödemi (Şekil-1), EF'de %36'ya düşüş, tansiyon ve saturasyon düşüklüğü olan hasta entübe edildi. Hipotansiyonu ve kapiller geri dolum zamanı yaklaşık 3 saniye olan hastanın almakta olduğu inotrop tedavilerine adrenalin (0.05 µg/kg/dakika) ve milrinon (0.3 µg/kg/dakika) eklendi ve ikinci kez akrep antiserumu uygulandı. Yatışının 3. gününde mevcut tedaviye rağmen kliniği daha da kötüleşen ve EF'si %33'e düşen hastanın almakta olduğu milrinon kesilerek levosimendan (6 µg/kg yükleme ve 0.05 µg/kg/dakika idame) başlandı. Levosimendan 48 saat devam edildi. Hastanın klinik tablosu günden güne toparlandı, dopamini kesildi ve yatışının 6. gün ekstübe edildi. Yatışının 12. gününde troponin-I düzeyi normal seviyelere gelen hastanın kontrol yapılan EKO değerlendirmesinde EF %72 (Tablo-1) saptanması üzerine taburcu edildi.

Tablo1

	Troponin-I (ng/mL)	Ejeksiyon Fraksiyonu	VIS
Başvuru	0,26		
3. Saat	1,67	52	20
6. Saat	3,06	-	20
2. gün*	3,28	36	32
3. gün**	1,45	33	50
4. gün	1,28	56	40
5. gün	1,19	59	15
7. gün	0,39	66	1
12. gün	0,03	72	-

Bulgu:



PULMONER ÖDEM

Sonuç : Kardiyak etkilenmesi olan hastalar yoğun bakım şartlarında monitörize edilerek yakın takip edilmeli ve destek tedavilerinin uygulanması gerekmektedir. Bu hastalara dobutamin, dopamin ve adrenalin gibi inotropoların erken başlanması hastalara fayda sağlayacaktır. Ancak bazı olgularda standart inotropik ajanlar kardiyak fonksiyonların sağlanmasında yeterli olmazken tedaviye başka ajanların eklenmesi gerekebilir. Levosimendan kalp atım hızını ve myokardın oksijen tüketimini arttırmadan kardiyak debiyi artırıyor olması nedeniyle katekolaminlere alternatif olarak kullanılabilir. Levosimendanın myokardiyal hasarlanma, kardiyak debide azalma, taşikardi ve sistolik fonksiyon yetersizliğine sebep olan durumlarda kullanılabileceği bildirilmiştir. Literatürde akrep sokması vakasında levosimendan kullanımı daha önce bildirilmemiştir. Sonuç olarak, akrep sokması sonrası sistemik bulgu gelişen hastalara akrep antiserum

15. ÇOCUK ACİL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-POSTER BİLDİRİLER-

en kısa sürede uygun yol ile verilmelidir. Levosimendan kullanımı konusunda daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulsa da, akrep sokması sonrasında tedaviye dirençli kardiyak disfonksiyonu olan hastalarda levosimendanın etkili bir şekilde kullanılabileceğini düşünmekteyiz.

Anahtar kelimeler : AKREP SOKMASI, KARDİAK SİSTOLİK FONKSİYON BOZUKLUĞU, LEVOSİMANDAN

P-041

ADENOVİRÜS MENİNGOENSEFALİTİ

Merve Çetin¹, Muhterem Duyu¹, Büşra Özgünay¹, Mehmet Baki Şenyürek¹, Gülçin Nimet Özdemir¹, Melda Ekici¹, Ecem Ösken¹, Özlem Bozkurt¹, Burçin Türkmen¹, Nazım Fırat¹, Aylin Canbolat Ayhan², Mine Usta Aslan³, Ayşenur Buz³

¹ Medeniyet Üniversitesi S.B. Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Yoğun Bakım Servisi, İstanbul

² Medeniyet Üniversitesi S.B. Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Hematoloji Bilim Dalı, İstanbul

³ Medeniyet Üniversitesi S.B. Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Pediatrik Radyoloji Bilim Dalı, İstanbul

Giriş : Adenovirus enfeksiyonları çocukluk çağında oldukça sık görülür ve çok çeşitli klinik tablolarla kendini gösterir. En sık gastrointestinal sistem ve respiratuar sistemde akut enfeksiyon oluşturmalarına rağmen oftalmik, renal, kutanöz, nörolojik ve kardiovasküler sistemde de hastalık tablosu ile karşımıza çıkabilir. Bu olgumuzda daha önceden sağlıklı olan, Febril Status sonrası Adenovirüs Meningoensefaliti saptadığımız 1 aylık erkek olgu sunulmuştur.

Olgu : 1 aylık bilinen hastalık öyküsü ve akraba evliliği olmayan erkek hasta 38 derece ateşin eşlik ettiği, 15 dakikadan fazla süren, sağ kol ve sağ bacakta tonik klonik tarzda fokal nöbet aktivitesi nedeniyle dış merkeze başvurmuş. Hastaya Status Epileptikus ön tanısıyla önce nazal Midazolam uygulanmış, sonrasında da 15 mg/kg'dan Fenobarbital, nöbet aktivitesi devam etmesi üzerine de 10mg/kg'dan Fenitoin yüklenmiş. Nöbet aktivitesi devam eden hastaya Midazolam infüzyonu 0.1mg/kg/sa'ten başlanarak hasta entübe edilmiş. Takibinde nöbet aktivitesinin devam etmesi nedeniyle 0.2 mg/kg/sa hızına çıkılmış, nöbeti sonlanmış. Santral Sinir Sistemi enfeksiyonuna yönelik Ampisilin 400mg/kg/g, Sefotaksim 200mg/kg/g ve Asiklovir 1500mg/m² dozlarından tedavileri başlanarak tarafımıza sevk edilen hasta gelişinde Glaskow Koma Skalası: Göz açma (E):3 Motor yanıt (M):5 Sözel yanıt(V):Entübe şeklinde, Işık Refleksi bilateral alınıyor, pupilleri izokorik , kapiller dolun zamanı 2 saniyenin altında, kardiyak nabızı: 140/dk , saturasyon: %100 , arteryel tansiyon: 87/59mmHg, dakika solunum sayısı:30, vücut sıcaklığı: 36.7 derece idi. Fizik muayenesinde bir özellik yoktu. Ön fontanel çöktü. Gelişindeki tetkiklerinde Beyaz küresi: 7600 /mm³, Hemogloblin: 8.9 g/dl, Hematokrit: %26, Trombosit: 220.000/mm³, Nötrofil: %68.3, Lenfosit: %21.9, Glukoz: 169 mg/dl, Üre: 13 mg/gl, Kreatinin: 0.39 mg/dl, AST: 20 U/L, ALT: 11 U/L, Sodyum: 133 meq/l, Kalsiyum: 9.2 mg/gl, INR: 1.07, Aptt: 33.6 sn, TİT'de dansite: 1016 Ph: 7 lökosit: 11 lökosit esteraz: negatif, CRP: 0.1 mg/dl ve Prokalsitonin:0,32 idi. Fenitoin tedavisine idame şeklinde devam edildi. Kranial ve Diffüzyon MR'ında leptomeningeal aralıkta hafif kontrastlanma artışı, sol internal kapsül posterior bacağına fokal şüpheli difüzyon kısıtlanması mevcut olup Meningoensefalit tablosu ile uyumlu olarak yorumlandı (Resim 1). EEG'de epileptiform aktiviteye rastlanmadı. BOS hücre sayımında lökosit: 20/mm³(PNL ağırlıklı), eritrosit: 96/mm³, BOS biyokimyasında protein yüksek, glukoz düşük saptandı (protein: 143g/dl, glukoz: 37mg/dl, Na: 135mEq/L, K: 3.1mEq/L, Cl: 121mEq/L, LDH: 47U/L). BOS'ta bakteriyel kültüründe üreme saptanmadı. Hastanın yatışının 2.gününde Viral Menenjit PCR tetkikinde Adenovirüs üremesi saptanması üzerine Asiklovir tedavisine devam edilerek 1gr/kg'dan 2 gün boyunca IVG tedavisi verildi. Yatışının 3.gününde, sedoanaljezi altında takip edilirken, sağ kolda fokal nöbeti tekrarlayan hastaya Levatiresetam 30 mg/kg/gün yüklendi, nöbet aktivitesi sonlandı. Fenobarbital 5mg/kg/g ve Levatirasetam 30 mg/kg/g idame tedavisine devam edildi. İzleyen günlerde nöbeti tekrarlamayan olgunun kademeli olarak sedasyonu kesildi. Hasta yatışının 5.gününde ekstübe edildi. Takibinde nörolojik bir defisiti olmayan ancak uykuya eğilimi olan olgunun emme refleksi de zayıftı. Yatışının 14.gününde çekilen Kontrol Kranial MR'da leptomeningeal aralıkta hafif artmış kontrast tutulumunun devam ettiği, superior sagittal sinüs distal kesiminden itibaren her iki transvers sinüste trombüse ait görünümünün olduğu görüldü (Resim 2). Hematolojinin de görüşü alınarak tromboza yatkınlık açısından tetkikleri gönderilerek (Faktör 8, D-dimer, Koagülasyon, Fibrinojen, Homosistein, Hemoglobin Elektroferez, Protein C, Protein S, Antitrombin III, Trombofil Paneli, Faktör Xa, Lipoprotein a) hastaya 12 saat arayla 50 IU/kg dozdan Düşük Molekül Ağırlıklı Heparin tedavisi başlandı. Tromboza yönelik tetkiklerinde Protein C %50(%70-130) ile düşük saptadı. Yatışından itibaren ateşsiz seyreden hastanın BOS Kültürü negatif olması nedeniyle Ampisilin tedavisi kesildi. Asiklovir tedavisinin 11.gününde BOS tetkiki tekrarlandı. Adenoviral PCR örneği gönderildi. Kontrol BOS tetkikinde Adenovirüs PCR analizi negatif olarak sonuçlandı. Antiviral tedavisi 17. gününde kesildi. Hastanın takibinde emme refleksinin düzelmesi üzerine oral beslenmeye başlandı. Hasta, yoğun bakım ihtiyacı kalmaması üzerine yatışının 8.gününde Çocuk Hematoloji Servisine devredildi.

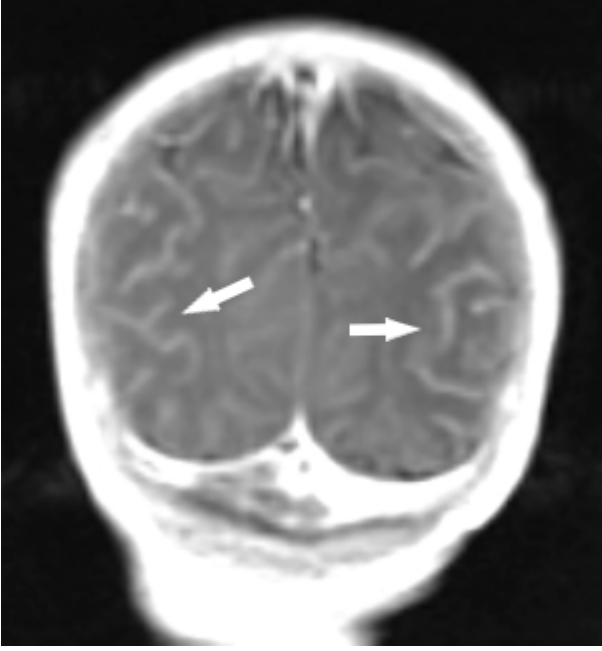
15. ÇOCUK ACİL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-POSTER BİLDİRİLER-

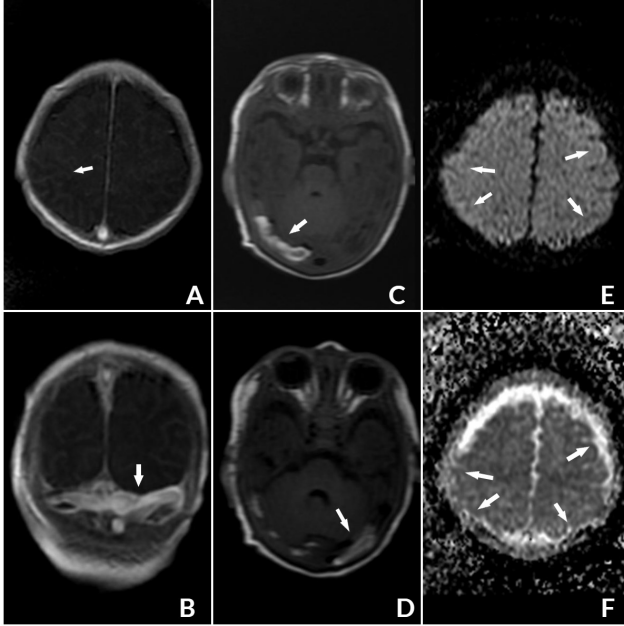
Bulgu:

Resim 1:



Leptomeningeal Alanda Kontrastlanma Artışı

Resim 2:



A(postkontrast aksiyel) ve B(postkontrast koronal) görüntülerinde leptomeningeal kontrastlanma. C ve D(T1 ağırlıklı aksiyel) görüntülerinde her iki transvers sinüste trombüse ait görünümüler.E (Difüzyon ağırlıklı seri) ve F görüntülerinde(ADC haritası) silik kortikal difüzyon kısıtlanmaları.

Sonuç : Çocuklarda pnömokok ve son olarak da meningokok konjüge aşuların kullanılmaya başlanmasıyla bakteriyel menenjit daha az görülmektedir. Günümüzde aseptik menenjit etkenleri daha sık gözükmeyle birlikte en önemli etken olarak virüsler karşımıza çıkmaktadır. Enteroviruslar özellikle en sık aseptik menenjit etkeni olup yaz aylarında Meningoensefalite neden olurlar(1). Halen menenjit, çocukluk çağının önemli bir hastalık ve ölüm nedenidir. En yüksek risk altındaki 6-12 ay arasındaki süt çocukları olup, bildirilen olguların %90'ını 1 ay ile 5 yaş arasındaki çocuklar oluşturmaktadır(2). Adenovirüs de viral menenjit etkeni olarak karşımıza çıkabilmektedir. Adenoviruslar ile primer enfeksiyon genellikle hayatın ilk birkaç yılında ortaya çıkar ve popülasyonun çoğu yaşamın ilk 10 yılı sonunda bir ya da daha fazla Adenovirus serotipi ile karşılaşmış olur. Bu nedenle Adenovirus enfeksiyonuna bağlı hastalık en çok çocukluk döneminde görülmektedir. Solunum sistemi enfeksiyonuna sebep olan Adenoviruslar kişiden kişiye inhalasyon yoluyla yayılır. Epidemik keratokonjonktivit, kontamine oftalmolojik aletler ve yüzme havuzlarından bulaşır. Enterik tip Adenoviruslar ise fekal-oral yolla geçerler. Erken çocukluk döneminde tüm ateşli hastalıkların %10'undan fazlası Adenoviruslara bağlıdır. İnfantlarda tüm enfeksiyöz hastalıkların %5'ini, 2-4 yaşta ise %3'ünü Adenoviruslar oluşturur. Adenovirus enfeksiyonu insidansı yaş ve serotipe göre

15. ÇOCUK ACIL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-POSTER BİLDİRİLER-

değişir, cinsiyet ile ilişkisi yoktur. Çocukluğun her döneminde görülmele beraber en sık 3 yaşın altında karşılaşılr. İlk enfeksiyonun %90'ı 2 yaşın altında görülür. Asemptomatik enfeksiyon oldukça sıktır. Enfeksiyon insidansında özellikle geç kış dönemi, ilkbahar ve erken yaz aylarında diğer aylara göre hafif artma olduğu bildirilmekle beraber, genellikle mevsimsel değişiklik göstermediği tespit edilmiştir. Oluşturduğu klinik tablolar ateşli Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu, Viral Pnömoni ve Bronşiolit, Faringo Konjonktival Ateş, Epidemik Keratokonjonktivit, Adenovirus Gastroenteriti, Hemorajik Sistit, İnvaginasyon, Santral Sinir Sistemi Enfeksiyonu, seyrek olarak da Perikardit, Reye sendromu, İnterstisyel Nefrit, Rubella benzeri bir hastalığa da sebep olabilir. Bu vakamızda Adenovirüse bağlı Santral Sinir Sistemi Enfeksiyonu saptandı. Adenoviruslara bağlı Ensefalit ve Meningoensefalit sporadik olarak görülür. Kesin tanı virüsün doku kültürlerinde izolasyonu ya da hastalığın seyri sırasında Adenovirus antikollarının tespiti ile yapılır. ELİSA, immun elektroforez gibi tekniklerle grup spesifik antiserum kullanılarak Adenovirus tespiti yapılabilmektedir. Adenovirüsün en az 51 seropiti tanımlanmıştır(3). Nazofarenjit ve tonsillit yaygın olarak 1, 2, 3, 5 ve 7 serotipi ile ilişkilidir. Faringo Konjonktival Ateş genellikle 2, 3, 4 ve 7 serotiplerinden kaynaklanır. Pnömoni genellikle 3, 7 ve 21 serotiplerinden kaynaklanır. Akut Gastroenterit yaygın olarak serotip 40 ve 41'den kaynaklanır. Akut Hemorajik Sistite 7, 11 ve 21 serotipi neden olur(4). Ensefalit ve Meningoensefalite en sık tip 7 sorumlu tutulmakla beraber 1,6 ve 12'de sebep olabilir(3). Adenovirüse ait Meningoensefalit çok nadir rastlanır. Kökeni daha çok Hematolojik-Onkolojik hastalardır. Nadir de olsa sağlıklı infantlarda görülebilir. Tedavide Asiklovir kullanılır ve özellikle immünyetmezlikli çocuklarda Sidofovir ön plandadır(5). Bizim hastamızda da Asiklovir tedavisine yanıt alınmıştır ve tedavi sonrasında Adenovirüs tekrar üretilmemiştir.

Sonuç : Adenovirüs enfeksiyonları pediatrik popülasyonda Gastroenteritten Meningoensefalite kadar değişen tablolarla karşımıza çıkabileğini vurgulamak için bu vakayı sunduk.

Anahtar kelimeler : Adenovirüs, Meningoensefalit, Konvülsiyon, Viral Ensefalit, Asiklovir

P-042

TOTAL PARENTERAL BESLENME İLE İLİŞKİLİ WERNICKE ENSEFALOPATİSİ : BİR ÇOCUK OLGU

Gökçen Özçifçi¹, Ümüt Altuğ¹, Mehmet Yan², Fatih Durak¹, Özgür Öztekin³, Ayşe Berna Anıl⁴

¹ SBÜ İzmir Tepecik EAH Çocuk Yoğun Bakım Kliniği

² SBÜ İzmir Tepecik EAH Çocuk Kliniği

³ SBÜ İzmir Tepecik EAH Radyoloji Kliniği

⁴ İzmir KÇÜTF Çocuk Yoğun Bakım Bilim Dalı

Giriş : Wernicke ensefalopatisi ilk kez 1881 yılında Carl Wernicke tarafından tanımlanmış olan tiamin (vitamin B1) eksikliği nedeniyle gelişen akut bir nöropsikiyatrik sendromdur. Wernicke ensefalopatisinin (WE) klasik triadı ensefalopati, okülomotor disfonksiyon ve ataksidir. Sıklıkla alkolizmle ilişkili iken çocukluk çağında uzamış açlık, ağır malnutrisyon, Crohn gibi gastrointestinal hastalıklar, maligniteler ve uzun süreli yetersiz vitamin desteği yapılan parenteral beslenme durumlarında bildirilen olgular bulunmaktadır. Bu bildiride ileus operasyonu sonrası yeterli vitamin desteği verilmeden uzun süreli parenteral beslenme sonucu Wernicke ensefalopatisi gelişen 17 yaşında bir olgu nadir görülmesi nedeniyle sunulmuştur.

Olgu : 3 yaşında alt üriner sistemde taş nedeniyle pyeloplasti operasyonu öyküsü olan 17 yaşında erkek olgu çocuk cerrahiden brid ileus nedeniyle opere edildi. İzleminin 19. gününde fekaloid görünümde gelenleri nedeniyle yeniden opere edildi ve 40 cm'lik iskemik jejunum dokusu rezeke edildi. Operasyon sonrası hastaya total parenteral beslenme desteği (Clinomel® solüsyonu) başlandı. Olgunun 2. operasyon sonrası 18. gününde çift görme, baş ağrısı ve titreme şikayetlerinin başlaması ve sonrasında bilinç bulanıklığı gelişmesi üzerine acil kranial BT çekildi ve normal saptandı. Uzun süredir oral beslenmesi olmayan hastanın bakılan B12 vitamini 129 pg/mL saptandı. Hastaya B12 vitamini desteği 1 mg kas içi uygulandı. Bilinç bozukluğu olan hasta takibi açısından çocuk yoğun bakım servisine devralındı. Olgunun fizik muayenesinde genel durumu kötü, bilinç konfü, Glasgow koma skoru (GKS):9, kalp tepe atımı:130/dk, solunum sayısı:28/dk, kan basıncı:112/74 mmHg, vücut sıcaklığı:37,1°C, SpO2:%94 idi. Her iki gözde nistagmus, dışa bakış kısıtlılığı, ataksi mevcuttu. Alt ekstremitte kas gücü 3/5, üst ekstremitte kas gücü 5/5, derin tendon refleksleri normoaktifti. Hastanın takipnesi olması nedeniyle yüksek akışlı nazal kanülle oksijen tedavisi ile solunum desteği verildi. Hastanın bakılan tetkiklerinde kan gazında pH:7,42 pCO2:30,7 mmHg HCO3:21,9 mmol/L laktat:4,7 mmol/L, çekilen akciğer grafisi normaldi. Hastaya çekilen kranial manyetik rezonans görüntüleme 4. ventriküle komşu beyin sapı posteriorunda, ponsta, periakuaduktal alanda, hipotalamus ve mamiller cisim düzeyinde, 3. ventrikül çevresinde, talamusun postero medial kısmında T2 flair imajlarda yüksek sinyalli olarak izlenen ve diffüzyon kısıtlaması gösteren Wernicke Ensefalopatisi'ni destekleyen bulgular gözlemlendi. Tiamin düzeyi:19,4 mcg/L (normal düzeyi:25-75 mcg/L) saptandı. Hastaya WE tedavi protokolü olarak 2 gün günde 3 doz 200 mg, sonraki 5 günde tek doz 250 mg tiamin intravenöz ve daha sonra günde tek doz 250 mg tiamin oral devam edildi. Hastanın ilk doz intravenöz tiamin desteği sonrası taşikardi ve takipnesinde gerileme, laktat değerinde hızlı düşme ve bilinçte dramatik düzelleme izlendi. Yoğun bakım yatışının 11.gününde GKS:15 bilinç açık, sadece alt ekstremitde kas güçsüzlüğü ile servise nakil verildi. 18 gün servis izleminden sonra nörolojik olarak sekelsiz taburcu edildi.

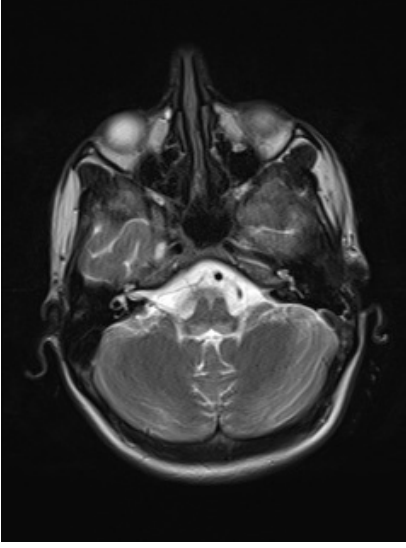
15. ÇOCUK ACİL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-POSTER BİLDİRİLER-

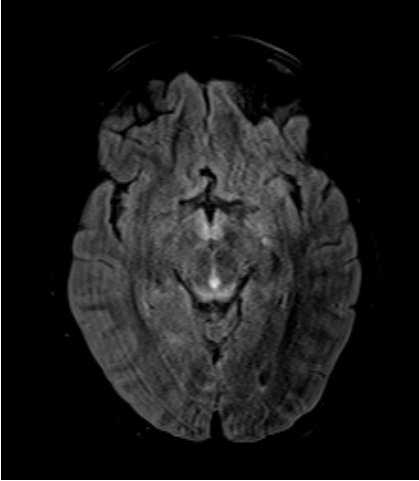
Bulgu:

Kranial MR görüntüleme



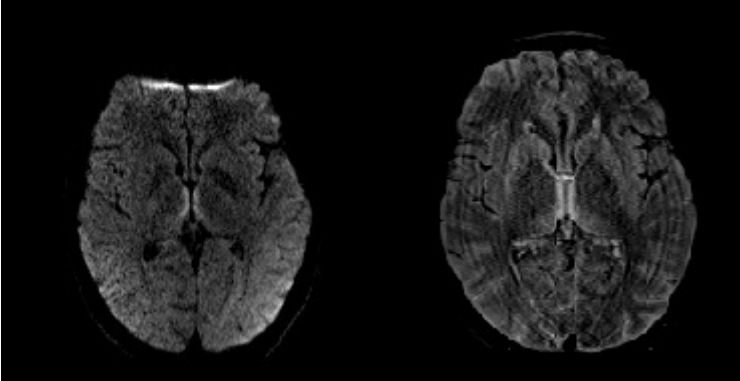
Beyin sapı düzeyinde, medulla oblongata posteriorunda yüksek yoğunluklu sinyal değişiklikleri

Kranial MR görüntüleme



Periakvaduktal alan, hipotalamus, mamiller cisimde yüksek yoğunluklu sinyal değişiklikleri

Kranial MR görüntüleme



Talamusların posteromediali ile 3.ventrikül çevresinde yüksek yoğunluklu sinyal değişiklikleri

Sonuç : WE çocukluk çağında nadir görülen bir durum olup uzun süreli oral beslenemeyen hastalarda oftalmopleji, ensefalopati ve ataksi gelişiminde akılda tutulmalıdır. Erken tanı ve tedavi ile nörolojik sekel gelişimi engellenebilmektedir.

Anahtar kelimeler : Wernicke ensefalopatisi, Tiamin eksikliği, Parenteral beslenme, Çocuk

15. ÇOCUK ACIL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-POSTER BİLDİRİLER-

P-043

NON-SFEROSİTİK HEMOLİTİK ANEMİ TANILI HASTADA DEFERASİROX KULLANIMINA BAĞLI GELİŞEN AKUT METABOLİK ASİDOZ

Alper Divarçı¹, Ayşe Filiz Yetimakman², Eylem Kıral²,

¹ Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Şanlıurfa

² Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Yoğun Bakım Bilim Dalı, Şanlıurfa

Giriş : Dokularda demir birikimi β -talasemili hastalarda, miyelodisplastik sendromda, orak hücreli anemide ve diğer anemilerde uzun süreli transfüzyon tedavisi sonucunda gelişebilen bir komplikasyondur. Bu hastalarda demir şelasyonu tedavisi mortaliteyi ve morbiditeyi önemli oranda azaltmaktadır. Deferasiroks 2010 yılından itibaren vücutta demir birikiminin tedavisinde günde bir kez kullanılan, etkisi deferopirona benzeyen; fakat hastalar tarafından daha iyi tolere edilen bir ilaçtır. Buna rağmen enfeksiyona yatkınlık, böbrek yetmezliği, hepatit ve sitopeni gibi fatal de seyredilebilen yan etkilerinin olduğu bildirilmiştir. Olgu sunumumuzda non-sferositik hemolitik anemi tanısı ile izlenen ve β -talasemi taşıyıcılığı olan 6 yaş erkek hastada gelişen dirençli metabolik asidoz tablosu sunulmaktadır.

Bulgular : Bir yaşında β -talasemi taşıyıcısı olan ve non-sferositik hemolitik anemi tanısı bulunan; aralıklarla kan transfüzyonu yapılan 6 yaşında Suriye asıllı erkek hasta yaklaşık 1 haftadan beri devam eden solunum sıkıntısı, halsizlik ishalin eşlik etmediği karın ağrısı ve kusma şikayeti ile muayeneye getirildi. Hastanın öyküsünde aralıklı kan transfüzyonu aldığı; daha önce başlanan demir şelasyon tedavisinin yetersiz olması ve ölçülen ferritin düzeyinin 2372ng/mL saptanması nedeni ile yaklaşık üç yıldır deferasiroks kullandığı da öğreniliyor. Hastanın diğer toksik madde maruziyeti açısından anlamlı bir öyküsü yoktu, gönderilen alkol düzeyi normaldi; mevcut semptomları başka toksidromlara uymamaktaydı. Tedavi dozu başlangıçta 20mg/kg/gün olarak düzenlenen hastanın ilaç dozunun sonrasında 40mg/kg/gün olacak şekilde herhangi bir yan etki gözlenmeden artırıldığı ve bir yıldır mevcut yüksek dozunda ilaç kullandığı saptandı. Ancak şelasyon tedavisinin dozu ve devamı için hematoloji kliniği takiplerinin düzenli olmadığı öğrenildi. Hasta yoğun bakım ünitesine alındıktan sonra hiperkloremik metabolik asidoz tedavisi için hidrasyonu planlandı ve 1mmol/kg ve 3mmol/kg olacak şekilde iki kez sodyum bikarbonat desteği verildi. Deferasiroks tedavisi kesilen hastaya takibinde dirençli metabolik asidozun devam etmesi nedeni ile diyaliz kateteri takılıp bir kez hemodiyaliz yapıldı. İşlem öncesinde koagülasyon bozukluğu olmasından dolayı taze donmuş plazma tedavisi ile desteklendi. Diyaliz sonunda kan gazı değerlerinde metabolik asidozunun düzeldiği gözlemlendi. Bilinci açılan ve metabolik asidozu tekrarlamayan hasta üç gün takip sonrasında genel klinik durumu iyi olması nedeniyle takip ve tedavisinin düzenlenmesi için çocuk hematoloji bölümüne devredildi.

Sonuç : Kronik transfüzyon tedavisinin vücutta demir birikimine neden olduğu bilinmektedir; bu hastalarda gerekli ise tedavi için demir şelatörü kullanılmaktadır. Deferoksamin intravenöz ya da subkutan kullanılan demir şelatörü iken; deferasiroks oral kullanılan ve çok merkezli çalışmalarda farmakokinetik olarak yararı gösterilen demir şelatörüdür. Yan etkilerinde karın ağrısı, mide bulantısı, kusma, ishal, sırt ağrısı ve cilt döküntüleri bildirilmekle beraber; akut böbrek yetmezliği, sitopeniler, karaciğer yetmezliği, ateş, ürtiker ve hipersensitivite reaksiyonları da görülebilmektedir. Hastamızda deferasiroks tedavisi alırken gelişen halsizlik, yorgunluk, karın ağrısı, kusma ve hiperkloremik metabolik asidoz tablosu saptandı; karaciğer fonksiyon bozukluğu gelişti. Enfeksiyon ve sepsis açısından tetkiklerinde anormal bulgu saptanmayan hastaya ampirik olarak seftriakson tedavisi başlandı. Hastada görülen ateş, böbrek bulguları, hematolojik bozukluklar ve diğer patolojik bulgular hipersensitivite reaksiyonlarında görülebilen bulgulardır. Naranjo ilaç reaksiyon skalası kullanıldığında hastada gözlenen hiperkloremik metabolik asidoz ve deferasiroks tedavisi muhtemel ilişkili saptandı; deferasiroks tedavisi kesildikten sonra hastanın halsizlik, karın ağrısı semptomları ve hiperkloremik metabolik asidoz gibi genel patolojik bulgularının tamamen düzeldiği gözlemlendi. Olgumuzda deferasiroks tedavisi alırken gelişen hiperkloremik metabolik asidoz ve karaciğer disfonksiyonuna dikkat çekilmekle birlikte; tam iyileşme gözlenmiş olup, bu tür olgularda asit-baz dengesizliği ölümcül olabilmektedir ve komplikasyonsuz iyileşme için diyaliz ihtiyacı açısından hastanın yakın takibi gereklidir.

Anahtar kelimeler : Hemolitik anemi, şelasyon, deferasiroks, metabolik asidoz, diyaliz

P-044

SIK BİR HASTALIĞIN NADİR BİR KOMPLİKASYONU: AKUT MASTOİDİT ve SUBPERİOSTAL ABSE

Ayşe Gültekinçil¹

¹ Başkent Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD, Çocuk Acil Bölümü, Ankara

Giriş : Akut otitis media çocukluk çağının en sık karşılaşılan enfeksiyöz hastalıklarından biridir, 3 yaş altı çocukların yarısından fazlasının en az bir kez akut otitis media atağı geçirdiği görülmüştür. Tedavide antimikrobiyallerin yeri olmakla birlikte hastalıkta viral etkenlerin de rol alması ve sıklıkla spontan rezölüsyon görülmesi nedeni ile Amerikan Pediatri Akademisi tarafından özellikle iki yaş üstü ve tek taraflı otitis media düşünülen hastalara antibiyotiksiz gözlem seçeneğinin sunulması önerilmiştir, ancak antibiyotik kullanmayan veya uygun antibiyotik kullanmayan hastalarda süperatif komplikasyon riski artmaktadır. Burada kulak arkasında şişlik nedeni ile Çocuk Acil Polikliniğine başvuran ve akut mastoidit ve subperiostal abse tanısı alan bir olgumuz sunulmuştur.

Olgu : On dört aylık kız hasta Çocuk Acil Polikliniğine sağ kulak arkasında o gün başlayan şişlik ve kızarıklık şikayeti ile başvurdu. Hastanın 10 gün önce ateş ve hzurusuzluk şikayeti ile başvurduğu dış merkezde üç gün intramusküler antibiyotik tedavisi aldığı, sonrasında ateşsiz izlendiği öğrenildi. Hastanın öz ve soy geçmişinde herhangi bir özellik yoktu. Fizik muayenesinde sağ kulağı öne doğru iten fluktuasyon veren 3x4 cm kızarıklık ve şişlik saptandı (Resim1). Hemogramında Trom:930000/ μ L, saptandı, CRP(-) biyokimyası normaldi. Temporal BT'sinde sağ mastoid hücrelerde ve orta kulak kavitesinde havalanma kaybı saptandı (Resim2). Hasta abse drenajı ve ventilasyon tüpü uygulaması sonrası Sefotaksim, Vankomisin ve Metronidazol tedavilerini almak üzere yatırıldı, 10 günlük tedavi sonrası tamamen düzelerek oral antibiyotik ile taburcu edildi.

Sonuç : Akut mastoidit, akut otitis medianın en sık karşılaşılan intrakranial komplikasyonudur. Özellikle üç yaşından küçük has-

15. ÇOCUK ACIL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-POSTER BİLDİRİLER-

talarda sık görülür, görülme insidansında son yıllarda artış olduğu bildirilmiştir, bunda özellikle antibiyotik kullanımındaki azalmanın etkili olduğu düşünülmüştür. Tanı klinikdir, pinnanın itilmesi, retroauriküler hassasiyet, kızarıklık, şişlik veya dış kulak yolunda abse kriterlerinden en az ikisinin olması tanı koydurucudur, tanı BT veya MR ile desteklenir. Tedavide mastoidektomi önerilmekle birlikte, seçilmiş vakalarda antimikrobiyal tedavi ile miringotomi ve abse drenajı ile izlem de uygulanabilir, hastamızda da bu tedavi uygulanmış ve olumlu sonuç alınmıştır. Akut otitis media uygun tedavi edilmediği durumlarda intrakranial komplikasyonlarla sonuçlanabilmektedir, en sık görülen komplikasyon akut mastodittir. Çocuk Acil hekimleri kulak arkasında şişlik ve ağrı şikayeti ile başvuran hastalarda bu komplikasyonu ayırıcı tanıda düşünmeli ve uygun tetkik ve tedaviyi planlamalıdır.

Bulgu

Resim 1



Sağ kulak arkasında şişlik ve kızarıklık

Resim 2



Sağ mastoid hücrelerde havalanma kaybı

Anahtar kelimeler : akut otitis media, akut mastoidit, subperiostal abse, antibiyotik, çocuk

15. ÇOCUK ACIL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-POSTER BİLDİRİLER-

P-045

NUSİNERSEN TEDAVİSİNİN BİR KOMPLİKASYONU OLARAK TROMBOSİTOZ

Nagehan Aslan¹, Yasemin Çoban¹, Dinçer Yıldızdaş¹, Özden Özgür Horoz¹, Neslihan Özcan²

¹ Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Yoğun Bakım Bilim Dalı, Adana

² Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Nöroloji Bilim Dalı, Adana

Giriş : Spinal kaslar atrofisi (SMA) SMN1 genindeki homozigot delesiyon ve SMN protein eksikliğine bağlı oluşan ve proksimal kaslarda ilerleyici tarzda güçsüzlük ve atrofi ile karakterize, nöromusküler bir hastalıktır. Nusinersen (SPINRAZA-Biogen; Cambridge, MA, USA), SMA Tip 1 için Aralık 2016'da, Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi'nden onay almış yeni nesil intratekal tedavi yöntemidir. Antisens bir oligonükleotid olan nusinersen etkisini SMN protein üretimini artırmak suretiyle gösterir. Henüz etki ve yan etkileri tam olarak bilinmemektedir. Biz burada, oldukça yeni ve kısıtlı kullanımı olan nusinersen tedavisi ile trombositoz gelişen bir vakayı literatüre katkı sağlayacağını düşünerek sunduk.

Gereç-Yöntem : Spinal Muskuler Atrofi Tip 1 tanısı ile takipli beş aylık erkek hasta 2. doz nusinersen tedavisi almak için çocuk yoğun bakım ünitemize yatırıldı. Tedavinin ilk dozu 2 hafta önce uygulanmıştı. Fizik muayenesi ve vital bulguları normaldi. İntratekal tedavi öncesi tetkiklerinde tam kan sayımında Hb:13 gr/dL, WBC:12,7x 103/µL, trombosit:1283x103/µL, MCV:79,2 fL, RDW:%12 saptandı. Koagülasyon parametreleri, böbrek ve karaciğer fonksiyonları ve serum elektrolitleri normal aralıkta idi. İkinci kez tekrarlanan tam kan sayımında trombosit:1124x103/µL olarak sonuçlandı. Öncesinde bilinen trombositoz öyküsü olmayan hastanın iki hafta önce nusinersen ilk doz uygulamasından 6 saat sonraki trombosit değeri 413 x103/µL idi. Kusma, ishal gibi trombositoza neden olacak bir dehidratasyon nedeni veya fizik muayenede dehidratasyon bulgusu, bakteriyel veya viral enfeksiyon bulguları yoktu. Tetkiklerinde serum demir:38 µg/dL, demir bağlama kapasitesi:305 µg/dL ve ferritin:42 ng/mL idi ve normal aralıkta idi. Periferik yaymada hipokromi, mikrositoz veya hemoliz bulgusu yoktu. Antiagregan dozda aspirin tedavisi başlanıp, nusinersen tedavisine aspirin tedavisi eşliğinde devam edildi ve başka bir komplikasyon gelişmedi. Trombosit değerleri takibinde kademeli olarak azaldı ve aspirin tedavisi kesildi.

Bulgular : Spinal kaslar atrofisi, omurilikte ve beyin sapında alfa motor nöron dejenerasyonundan kaynaklanan özellikle bulbar ve solunum kaslarını tutan kas güçsüzlüğü ile karakterize otozomal resesif bir hastalıktır. Genellikle SMN1 geninin homozigot delesiyonundan kaynaklanır ve SMN protein eksikliğine neden olur. Nusinersen, SMN2 geninin pre-messenger RNA birleştirmesini düzenler ve böylece SMN proteininin üretimini artırır. İlaç 12 mg dozunda intratekal olarak uygulanır ve başlangıçta 4 doz yükleme yapılması tavsiye edilir. Nusinersen, beyin omurilik sıvısından sistemik dolaşıma geçer. İlacın yan etkilerini araştırmak için ENDEAR (CS3B), CS3A, CHERISH ve NURTURE gibi büyük klinik çalışmalar yürütülmüştür. Sık bilinen yan etkiler arasında ateş, baş ağrısı, sırt ağrısı, kusma, proteinüri, trombositopeni, alt solunum yolu enfeksiyonu, atelektazi, idrar yolu enfeksiyonu sayılabilir. CS3A çalışmasında ilginç olarak 3 vakada hiponatremi bildirilmiştir. CS3B çalışma grubunda 56 hastanın 6'sında (%11) ılımlı bir trombositopeni saptanmıştır. Hiçbir hastada trombosit değeri 50.000 altına düşmemiş ve herhangi bir destek yapılmasına ihtiyaç olmamıştır. Trombositoz klinik pratikte en sık sekonder trombositoz olarak karşımıza çıkar ve genellikle benign, geçici bir durumdur. Etiyolojisinde sistemik inflamasyon, kanama, travma, postsplenektomi, yanık, major cerrahi girişimler, demir eksikliği anemisi, ilaçlar sayılabilir. Bildiğimiz kadarıyla hastamız nusinersen tedavisi ile trombositoz gelişen ilk SMA hastasıdır. Yaptığımız PubMed tabanlı bir literatür taramasında biz Spinraza tedavisi ile ilişkili trombositoz bildirimine rastlamadık. Bizim hastamızda trombositoz ilk doz nusinersen uygulamasından sonra tespit edilmiş, başka bir etyoloji ile açıklanamamış ve aspirin ile tedavi edilmiştir. Sonuç olarak etkinliği ve yan etkileri henüz gizemini koruyan nusinersen'in trombositoz yapıcı etkisinin olabileceği akıldaki tutulmalıdır. Uygulama öncesi ve sonrası tam kan sayımı yapılması tromboz gibi hayati komplikasyonların önlenmesi açısından önem taşımaktadır.

Anahtar kelimeler : Nusinersen, spinal kaslar atrofisi, trombositoz

P-046

NUSİNERSEN TEDAVİSİNİN BİR KOMPLİKASYONU OLARAK HİPONATREMİ

Yasemin Çoban¹, Nagehan Aslan¹, Dinçer Yıldızdaş¹, Özden Özgür Horoz¹, Gülen Gül Mert²

¹ Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Yoğun Bakım Bilim Dalı, Adana

² Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Nöroloji Bilim Dalı, Adana

Giriş : Nusinersen (SPINRAZA-Biogen; Cambridge, MA, USA), SMA Tip 1 için Aralık 2016'da, Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi'nden onay almış yeni nesil intratekal tedavi yöntemidir. Etkisini SMN protein üretimini artırmak suretiyle gösterir. Henüz etki ve yan etkileri tam olarak bilinmemektedir. Biz burada, oldukça yeni ve kısıtlı kullanımı olan nusinersen'in uygulanması sonucu ortaya çıkan uygunsuz ADH sendromuna bağlı hiponatremi gelişen vakayı literatüre katkı sağlayacağını düşünerek sunduk.

Olgu : Spinal Muskuler Atrofi Tip 1 tanısı ile takipli beş aylık erkek hasta 2. doz nusinersen tedavisi almak için çocuk yoğun bakım ünitemize yatırıldı. Tedavinin ilk dozu 2 hafta önce uygulanmıştı. Fizik muayenesi ve vital bulguları normaldi. İntratekal tedavi öncesi tetkiklerinde tam kan sayımı, koagülasyon parametreleri, böbrek ve karaciğer fonksiyonları ve sodyum dışındaki serum elektrolitleri normal aralıkta idi. Hastanın 2 kez tekrarlanan serum örneğinde sodyum değeri 110 mmol/L olarak saptandı. Hastanın öncesinde bilinen hiponatremi öyküsü veya kusma, ishal gibi bu hiponatremiyi açıklayacak bir şikayeti yoktu. Nazogastrik tüpten sadece anne sütü ile besleniyordu. Son 1 ayda 500 gram tartı artışı mevcuttu. Fizik muayenede dehidratasyon bulgusu veya ödem yoktu. Tetkiklerinde lipid profili, kan şekeri normal aralıkta, BUN: 3,38 mg/dL, kreatin: 0,04 mg/dL, ürik asit: 2,4 mg/dL, sodyum: 110 mmol/L, potasyum: 4,2 mmol/L, idrar dansitesi: 1.002 idi. Tiroid fonksiyon testleri ve kortizol, ACTH değerleri normal aralıktaydı. Düşük serum osmolaritesi:260 mOsm/L, artmış idrar osmolaritesi:110 mOsm/L, artmış idrar sodyumu:30 mEq/L ve düşük serum ürik asit:1,5 mg/dL değerleri ile hastada uygunsuz ADH sendromu düşünüldü. Antidiüretik hormon düzeyi bakılmadı. Hastaya, 10 açık kapatıcı sodyum tedavisi verildi ve mayisi kısıtlandı. Daha sonra anne sütüne geçilen hastanın sodyum değerlerinin hala düşük olması nedeniyle tedaviye sofra

15. ÇOCUK ACIL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-POSTER BİLDİRİLER-

tuzu eklendi. Yatışının 5. günü 132 mmol/L sodyum değeri ile taburcu edilen hastanın nusinersen tedavisine nazogastrik tüpten beslenmesine eklenen sofraya tuzu eşliğinde devam edildi.

Sonuç : Spinal musküler atrofi, omurilikte ve beyin sapında alfa motor nöron dejenerasyonundan kaynaklanan kas güçsüzlüğü ile karakterize otozomal resesif bir hastalıktır. Genellikle SMN1 geninin homozigot delesyonundan kaynaklanır ve SMN protein eksikliğine neden olur. Nusinersen, antisens oligonükleotiddir. İlaç, SMN2 geninin pre-messenger RNA birleştirmesini düzenler ve böylece SMN proteininin üretimini artırır. İlacın yan etkilerini araştırmak için ENDEAR, CS3A, CHERISH ve NURTURE gibi büyük klinik çalışmalar yürütülmüştür. Sık bilinen yan etkiler arasında ateş, baş ağrısı, sırt ağrısı, kusma, proteinüri, trombositopeni, alt solunum yolu enfeksiyonu, atelektazi, idrar yolu enfeksiyonu sayılabilir. CS3A çalışmasında hiponatremi bildirilen 3 vaka mevcuttur. Bunlardan ilki 4 aylık, SMA Tip 2 tanılı, tedaviden 89 gün sonra hiponatremi tespit edilen hasta 14 ay boyunca sofraya tuzu desteği ile izlenen bir hasta idi. Diğer vaka tedavinin 184. gününde bir hiponatremi saptanan 2 aylık bir çocuğu ancak hiponatreminin ilaca bağlı olduğu düşünülmemiş ve bronşiyolit, levetirasetam ve yüksek ateşle ilişkilendirilmişti. Üçüncü hasta tedavinin 190. gününde hiponatremi saptanan 7 aylık bir bebektir. Hastada kilo kaybı olduğu ve pnömöni tanısı aldığı için; hiponatremi, nusinersen tedavisi ile ilişkili olarak kaydedilmedi. Sonuçta nusinersenle tetiklenen hiponatremi tek bir vakada saptanmış ve mekanizması tam olarak belirlenememiştir. Bizim hastamızda hiponatremi ilk doz nusinersen uygulamasından sonra tespit edilmiş ve diyetle sofraya tuzu eklenmesi ile tedavi edilmişti. Sonuç olarak etkinliği ve yan etkileri henüz gizemini koruyan Nusinersen'in hiponatremi yapıcı etkisinin olabileceği akılda tutulmalıdır. Uygulama öncesi ve sonrası bakılacak sodyum düzeyi konvülsiyon gibi hayati hiponatremi komplikasyonlarının önlenmesi açısından önem taşımaktadır.

Anahtar kelimeler : hiponatremi, nusinersen, spinal musküler atrofi,

P-047

CİDDİ BÖBREK HASARLANMASI İLE SEYREDEN VE UZUN SÜRELİ RENAL REPLASMAN TEDAVİSİ GEREKEN METFORMİN ZEHİRLENMESİ: ADÖLESAN OLGU

Ahmet Yöntem¹, Nagehan Aslan¹, Dinçer Yıldızdaş¹, Özden Özgür Horoz¹, Aysun Karabay Bayazit²

¹ Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Yoğun Bakım Bilim Dalı, Adana

² Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Nefroloji Bilim Dalı, Adana

Giriş : Metformin zehirlenmesinde erken tanı ve agresif tedavi yaklaşımları morbidite ve mortaliteyi ciddi oranda azaltabilmektedir. Sürekli renal replasman tedavisi (SRRT), renal fonksiyonları destekleyip, elektrolit anormalliklerini ve ciddi metabolik asidozu düzeltiyor olması nedeni ile metformin zehirlenmelerinde kullanılan etkili bir ekstrakorporeal tedavi yöntemidir. Literatürde çocuk yaş grubunda bildirilen metformin ilişkili intoksikasyon vakaları nadirdir. Burada yüksek doz metformin alımı nedeniyle ciddi laktik asidoz ve akut böbrek hasarlanması gelişen ve uzun süreli renal replasman tedavisi uygulanan bir çocuk hastayı sunarak, literatür bilgileri ışığında tartışılması amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem : On altı yaşında erkek hasta, intihar amacıyla 41 gram (0,6 gr/kg) metformin alımının 3. saatinde hastanemiz çocuk acil servisine başvurdu. Fizik muayenesinde; genel durumu orta, bilinci uykuya meyilli (GKS:12), vücut sıcaklığı: 36,0 °C, nabız: 114/dakika, kan basıncı: 108/58 mm/Hg idi. Diğer sistemik muayenesi normaldi. Mide lavajı yapıldı. Tetkiklerinde glukoz:39 mg/dL, BUN:13,4 mg/dL, kreatinin:1,31 mg/dL idi. Koagülasyon tetkikleri ve elektrolitleri normal, kan gazında pH:7.33, pCO₂: 35.5 mmHg, HCO₃: 18.5 mmol/L, BE: -6.1 mmol/L, laktat: 2.9 mmol/L idi. Hipoglisemi nedeniyle %10 dekstroz puşelenip, mikts mayi infüzyonu ile normoglisemi sağlandı. Hastanın kan gazında laktat değerinin 10,7 mmol/L'ye kadar yükselmesi nedeniyle yatışının 4. saatinde SRRT uygulanmaya başlandı. Tetkiklerinde BUN: 16.2 mg/dL, kreatinin: 2.43 mg/dL ve kan gazında pH:7.24, pCO₂:29.7 mmHg, HCO₃:13.9 mmol/L, BE:-13.7 mmol/L, laktat:12 mmol/L idi. Hastanın laktat değerleri kademeli azalıp, SRRT'nin 24. saatinde 1.2 mmol/L'ye kadar geriledi. Ancak izlemde hastanın anürisi gelişti. Yatışın 12. saatindeki tetkiklerinde BUN:41,5 mg/dL, kreatin:6,9 mg/dL idi. Takiplerinde kreatinin değerleri 14,6 mg/dL'e kadar yükseldi. Toplam 4 kere aralıklı hemodiyaliz uygulanan hastanın, yatışının 12. gününde idrar çıkışı başladı hasta hemodiyalizin 15. günü diyaliz programından çıkarıldı. Kreatinin seviyeleri giderek azalan hasta yatışının 20. gününde tetkiklerinde BUN:25,4 mg/dL, kreatin:1,4 mg/dL iken taburcu edildi.

Bulgular : Metformin yüksek doz alımında tedavi yaklaşımı olarak önce ilacın uzaklaştırılması, yakın vital bulgu takibi, alkalinizasyon, zorlu diürez ve hemodiyafiltrasyon (SRRT veya aralıklı hemodiyaliz) uygulanabilir. Tip 2 diabetes mellitus genellikle erişkinlerde görüldüğü için literatürde çocuk hastalarda bildirilen MALA ve böbrek hasarlanması vakaları sınırlı sayıdadır. Bildiğimiz kadarı ile bizim hastamız bildirilen akut yüksek doz metformin alan pediatrik vakalar içinde en yüksek kreatin değeri olan vaka dır ve ciddi akut renal hasar gelişmesi yönü ile dikkat çekmektedir. Hastamızda 4. saatte ciddi laktik asidoz için SRRT başlanmıştı. Erken ve etkin hemodiyafiltrasyon ile laktat düzeyleri gerileyen ancak takibinde anürik hale gelen vakada aralıklı hemodiyaliz uygulanarak böbrek fonksiyonlarında düzelmeye görülmüştür. Sonuç olarak metformin zehirlenmesinin laktik asidozun yanı sıra ciddi böbrek hasarlanması da yapabileceği ve uzayan renal replasman tedavisine ihtiyaç duyulabileceği mutlaka akılda tutulmalıdır.

Anahtar kelimeler : akut renal hasar, çocuk, laktik asidoz, metformin intoksikasyonu

15. ÇOCUK ACIL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-POSTER BİLDİRİLER-

P-048

ENDOTRAKEAL ENTÜBASYONUN NADİR BİR KOMPLİKASYONU OLARAK TRAKEAL RÜPTÜR

Merve Mısırlıoğlu¹, Nagehan Aslan¹, Dinçer Yıldızdaş¹, Özden Özgür Horoz¹, Önder Özden²

¹ Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Yoğun Bakım Bilim Dalı, Adana

² Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Cerrahisi Ana Bilim Dalı, Adana

Giriş : Endotrakeal entübasyona bağlı nadir ama hayati komplikasyonlardan biri trakeabronşial yaralanmalardır. Literatürde nadir de olsa pediatrik yaş grubunda endotrakeal entübasyonla ilişkili trakeal rüptür olguları mevcuttur. Biz burada, yabancı cisim aspirasyonuna bağlı solunum sıkıntısı ile başvurduğu sağlık merkezinde entübasyon girişimi sonrası iatrojenik trakeal rüptür gelişen bir olguyu literatür eşliğinde tartışarak bu hayati komplikasyona dikkat çekmek istedik.

Olgu : Yabancı cisim aspirasyonu öyküsü ile dış merkeze götürülen 10 aylık kız hasta, entübe edilip, bronkoskopi yapılması için hastanemize sevk edildi. Çocuk acil servisteki ilk değerlendirilmesinde hastanın takipne, retraksiyon, taşikardi ve yaygın cilt altı amfizemi mevcuttu. Postero-anterior akciğer (PA-AC) grafisinde pnömomediastinum ve cilt altı amfizem saptandı (Resim-1). Çocuk cerrahisi tarafından yabancı cisim çıkarılması için rijid bronkoskopi yapıldı. Sağ ana bronştan fıstık parçası çıkarıldı ve vokal kordların distalinden başlayıp karınaya kadar uzanan yaklaşık 4 cm'lik trakeal rüptür olduğu görüldü (Resim-2). Sağ torakotomi yapıp primer sütürasyon ile trakeal rüptür onarıldı. Hasta operasyon sonrası entübe olarak çocuk yoğun bakım ünitesine devralındı. Detaylı öyküde; 1 gün önce fıstık yerken aniden morarması olan ancak hastaneye götürülmeyen hastanın yaklaşık 12 saat sonra geçmeyen öksürük, nefes alamama, morarma şikayetleri ile dış merkez acil servise götürüldüğü, hipoksi nedeni ile endotrakeal entübasyon planlandığı ancak kafli endotrakeal tüp ve stile kullanılarak ve tekrarlayan entübasyon girişimleri uygulanarak zor entübe edilebildiği öğrenildi. Trakeal onarım sonrası mukozal iyileşme ve epitelizasyon sağlanana kadar entübe takip edilmesi planlanan hastaya sedasyon, analjezi ve kas gevşetici başlanıp mekanik ventilatörde takibe alındı. Mediastinite yönelik ampirik vankomisin ve meropenem antibiyoterapileri başlandı. Postoperatif 5. günde sedasyonları kesilen hasta ekstübe edildi.

Sonuç : Trakeal rüptür, künt travmaya bağlı veya iatrojenik olarak görülebilen, acil tanı ve tedavi gerektiren, tedavi edilmediği takdirde neden olacağı hava kaçağı sendromları ile mortal seyredilebilen bir durumdur. İatrojenik trakeal rüptür nedenleri arasında, toraks cerrahisi ve endotrakeal girişimler sayılabilir. Yeterli deneyime sahip olmayan uygulayıcı ile tekrarlayan başarısız entübasyon denemeleri, endotrakeal tüpün kaf balonunun indirilmeden girişim uygulanması veya balonun uygulama sonrası aşırı şişirilmesi ve entübasyonda stile kullanımı bu komplikasyonun görülme riskini artırmaktadır. Entübasyona bağlı trakeal yaralanmaların engellenmesi için uygun pozisyonda, uygun boyutta blade ve endotrakeal tüp ile hızlı ardışık entübasyon basamaklarına uygun sedasyon, analjezi ve gerekli durumlarda kas gevşetici uygulanarak endotrakeal entübasyon yapılmalıdır. İşlem esnasında larinksin görülebilmesi, tekrarlayan, başarısız ve stile kullanılarak yapılan entübasyon girişimleri hava yolu travması riskini arttırmaktadır. Stile kullanımına bağlı gelişebilecek olumsuz durumların azaltılabilmesi için endotrakeal tüp içine yerleştirilen stilenin ucunun tüpten dışarıya çıkmayacak şekilde uygun pozisyonda ayarlanması, endotrakeal tüp vokal kordları geçtikten sonra stilenin çıkarılması gerekmektedir. Bizim vakamızda da tekrarlayan entübasyon girişimleri, stile kullanımı, endotrakeal tüp kafının aniden fazla şişirilmesinin trakeal rüptüre neden olduğu düşünülmektedir. Sonuç olarak; endotrakeal entübasyon sonrasında hastanın kliniğinde düzelme olmaması, cilt altı amfizem, pnömomediastinum, pnömotoraks gelişmesi durumlarında trakeabronşial yaralanmalar mutlak akılda tutulmalıdır. Tecrübeli ekip ve uygun ekipman ile hızlı ardışık entübasyon basamaklarının uygulanmasının, entübasyon sonrası gelişebilecek komplikasyonları azaltmak açısından oldukça önemli olduğunu düşünmekteyiz.

Resim 1



Operasyon öncesi PA-AC grafisinde cilt altı amfizem ve pnömomediastinum

15. ÇOCUK ACİL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-POSTER BİLDİRİLER-

Resim 2



Trakeal rüptürün rijid bronkoskopi görüntüsü

Anahtar kelimeler : çocuk, endotrakeal entübasyon, trakeal rüptür

P-049

KRANİOFARENJİOMA'YA SEKONDER GELİŞEN DİYABETES İNSİPIDUS VE SEREBRAL TUZ KAYBI

Merve Çetin¹, Muhterem Duyu¹, Büşra Özgünay¹, Mehmet Baki Şenyürek¹, Gülçin Nimet Özdemir¹, Melda Ekici¹, Ecem Ösken¹, Elif Bayrak¹, Handegül Kandemir¹, Elif Akar¹, Mine Usta Aslan², Ayşenur Buz²

¹ İstanbul Medeniyet Ün. Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Yoğun Bakım Servisi, İstanbul

² İstanbul Medeniyet Ün. Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Pediatrik Radyoloji Bilim Dalı, İstanbul

Giriş : Kraniofarenjiomlar ağırlıklı olarak 5-10 yaş arası çocuklarda gözlenen, hipofiz bezinin büyük olasılıkla Rathke kesesi epitelinden köken alan, kistik, epitelyal, MSS'nin benign nöroepitelyal tümörleridir. Kraniofaringiomalar çocuklarda en sık rastlanan supraselüler tümörlerdendir. Bu tümörlerin yavaş büyümesinden dolayı semptomatik olmadan önce oldukça büyük bir kitle haline gelirler. Tümör kitlesi ve büyüme yönüne bağlı olarak kraniofaringiomalar hipotalamus, hipofiz sapı, optik sinirler, kiazma ve arteria karotis internaları etkileyebilirler. Bu olgumuzda da Kraniofarenjioma'ya bağlı gelişen görme kaybı ve hormonal komplikasyonları olan 5,5 yaşında bir kız hasta anlatılmıştır.

Olgu : 5,5 yaşında kız hasta, yaklaşık 1,5 yıl önce uzak görmeye bozulma şikayeti başlamış. Göz doktoruna başvurmuş, gözlük reçete edilmiş. Görme bozukluğu gözlük ile gerilemeyen hastanın 6 ay önce görme bozukluğu ilerlemeye başlamış. Şikayetlerine baş ağrısı eşlik etmeye başlayan hasta 2 ay önce idrar kaçırma şikayeti de olması ve total görme kaybı gelişmesi üzerine göz doktoruna tekrar başvurmuş. İntrakranial kitleden şüphelenilerek Kranial MR görüntülemesi istenen hastanın MR'ında büyük boyutlu kitle görülmesi ve Kraniofarenjioma olarak değerlendirilmesi üzerine Beyin Cerrahisi tarafından opere edilmiş. Postop poliüri ve taşikardisi olması üzerine Diyabetes İnsipidus ön tanısıyla hasta tarafımıza sevk edildi. Hasta bize geldiğinde Glaskow Koma Skalası: Göz açma (E):4 Motor yanıt (M):6 Sözel yanıt(V):5 şeklindeydi. Işık refleksi bilateral zayıf alınıyordu. Hasta görmüyordu. Pupilleri anizokorikti. Sol göz sağa göre midriyatikti. Operasyonu yapan Beyin Cerrahisi doktorları tarafından hastanın ışık refleksinin zayıf alınması ve anizokorisi, operasyon sırasında 3.kranial sinir bölgesine yapılan girişime bağlandı. Ekstra Ventriküler Drenaj kateteri mevcuttu. Nöroprotektif olarak Nootropil ve profilaktik olarak Sefazolin tedavisi başlandı. Hastanın bizdeki takiplerinde de poliürisi oldu. Saatlik idrar çıkışı 5ml/kg'ın üzerinde olması ve hipernatremisi olması üzerine (Biyokimyada Sodyum:164) idrar sodyumu ve idrar dansitesi çalışıldı. İdrar Sodyum:121mEq/L (artmış) ve idrar dansitesi:1009 gelmesi üzerine Diyabetes İnsipidus tanısı düşünülerek hastaya intravenöz Desmopressin uygulandı. Saatlik idrar çıkışında %50'den fazla azalma görüldü. Kan sodyum değerinde kademeli düşüş saptandı. Takiplerinde poliürisi ve hipernatremisi olduğunda 60mcg Desmopressin sublingual tablet verildi. Poliüri ve hipernatremisi geriledi. Hastanın dirençli ateşleri oldu. Antipiretik tedaviye rağmen gerilemedi. BOS'un berrak olması, BOS'ta hücre görülmemesi, hemogramda lökositozda artış olmaması ve başka ateş odağı saptanamaması nedeniyle intrakranial operasyona bağlı santral ateş olarak değerlendirildi. Hipofizer hormon yetmezliği açısından ACTH, FSH, LH, TSH, ADH, Kortizol gönderildi. Sonuçları ile Endokrinolojiye konsülte edildi. TSH: 0,6 uIU/ml (0,66-4,75uIU/ml) sT4: 0,75ng/dl (0,84-1,47ng/dl) olup Santral Hipotiroidi ile uyumlu olarak değerlendirildi ve 50mcg Euthyrox tablet başlandı.Kortizol: 10 ug/dl (10 normal) ACTH: 12,9 ug/dl (>10 normal) olması üzerine ACTH stimülasyon testi uygulan-

15. ÇOCUK ACİL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-POSTER BİLDİRİLER-

di. Test öncesi alınan Kortizol: 9,9ug/dl, 1 mcg ACTH verildikten 30dk sonra gönderilen Kortizol: 26,1ug/dl olarak geldi. Kortizol yanıtı olması nedeniyle Adrenal Yetmezlik düşünülmedi. Hastanın takibinde hiponatremisi gelişti. Biyokimyada Sodyum: 130mEq/L olarak geldi. Poliürisi de devam eden hastadan spot idrar Na gönderildi. İdrar sodyumu yüksek (Na:288mEq/L) saptandı. Serebral Tuz Kaybı düşünülerek Hipertonik Salin infüzyonu başlandı. Biyokimyada sodyum değeri yükselme eğilimine girdi. Serebral Tuz kaybı olan ve Adrenal Yetmeliği olmayan hastaya Endokrinolojinin önerisiyle 2x0,1mg Fludrokortizon başlandı. Takiplerinde poliüri ve beraberinde hipernatremi tablosu tekrar etmesi üzerine Desmopressin tb verildi. Takiplerinde poliüri ve hipernatremisi gerileyen hastanın oral alımı da olması üzerine Çocuk Endokrinoloji servisine devredildi. Endokrinoloji servisinde de poliürisinin devam etmediği öğrenildi.

Sonuç : Kraniofarenjiyomlar ağırlıklı olarak 5-10 yaş arası çocuklarda gözlenen, hipofiz bezinin büyük olasılıkla Rathke kesesi epitelinden köken alan, genellikle sellar/suprasellar bölgeye yerleşen, kistik, epitelyal, MSS'nin benign nöroepitelyal nadir tümörleridir. Çocukluk çağı tümörlerinin % 6-13'ünü oluşturlar(1). Kraniofaringiomal çocuklarda en sık rastlanan suprasellar tümörlerdendir. Bu tümörlerin yavaş büyümesinden dolayı semptomatik olmadan önce oldukça büyük bir kitle haline gelirler. Tümör kitlesi ve büyüme yönüne bağlı olarak kraniofaringiomal hipotalamus, hipofiz sapı, optik sinirler ve kiazma, arteria karotis interna'ları etkileyebilirler. Yerleşim yerleri itibari ile genellikle endokrin disfonksiyonlar ve görme bozuklukları ile prezente olurlar. Kraniofaringiomal hastaların başvuru şikayetleri incelendiğinde en sık bulguların; baş ağrısı, görmede bozulma, kısmi veya tam pituitar disfonksiyon, obezite ve diabetes insipidus (DI) olduğu saptanmıştır(1). Primer lezyona bağlı olarak artan intrakraniyal basınç ve buna bağlı baş ağrısı, bulantı ve kusma görülebilir. Optik kiazma veya diğer optik aparatlara bası sonrası gelişen görme keskinliği ve/veya görme alanı kaybı sık görülen semptomlardır. Endokrin disfonksiyonlar ise %80-90 oranında görülmektedir(1). Ayrıca görsel veya kokusal halüsinasyonlar, nöbet, %6 oranında monopleji ve hemipleji ve %12 oranında yürüme dengesizliği bildirilen diğer bulgulardır. Yüksek hayatta kalma oranlarına rağmen (Son serilerde% 87-95), sekel nedeniyle uzun süreli sağ kalanlarda yaşam kalitesi sıklıkla düşmüştür(2). Kraniofaringiomada tanı klinik bulguları olan hastalarda radyolojik görüntüleme yöntemleri ile konmaktadır. Bilgisayarlı Tomografi (BT), Manyetik Rezonans görüntüleme (MRG) ve Serebral Anjiyografi kullanılan başlıca tetkiklerdir. BT kraniofaringiomalın yaklaşık %90'ında bulunan kalsifikasyonu göstermede ve ayrıca paranazal sinüs ve sellar anatomiye göstermede daha üstündür. MRG ise tümörün topografik ve yapısal özelliklerini, invazyonunu ve vital dokularla olan ilişkisini göstermede üstündür. Klinik bulgular olarak görme bozukluğu %62-%84 ve endokrin defisitler %80-90 arasında yüksek oranda görülmektedir. Endokrin defisitler sıklıkla hipotalamo-hipofizer aksları etkiler ve %75 oranda büyüme hormonu sekresyonu bozar. Gonadotropinler % 40, ACTH ve TSH %25 oranında etkilenir. Tanı anında hastaların %40-%87'sinde en az bir hormonal dengesizlik mevcuttur ve %17-%27'sinde Diyabetes İnsipidus gelişimi bildirilmiştir(3). Büyüme hormonu eksikliği tanı anında Kraniofaringiomalı hastaların %26-%75'inde tanımlanmıştır. Endokrin rahatsızlıkları normalde kalıcıdır ve dikkatli bir şekilde replase edilmelidir. Genel olarak 5 yıllık hayatta kalma oranı %80'dir ve hipotalamik disfonksiyon, nöropsikolojik durumda değişme gibi belirgin morbidite ile birlikte seyreder (4). Bebeklerde ve küçük çocuklarda tam rezeksiyona rağmen yüksek nüks oranları mevcuttur. Tam olmayan rezeksiyon sonrasında, rezidüel tümör hastaların % 71-90'ında progresyon gösterir. Bizim hastamızın postop Kranial MR'ında da 5 cmlik rezidü kitlenin kaldığı görülmüştü. Diyabetes İnsipidus, bizim olgumuzda da olduğu gibi Kraniofaringiomalı hastalarda görülen hormonal dengesizliklerden biridir. Kraniofarenjioması olan vakaların % 10-20'inde şiddetli, % 35'inde ise kısmi Diyabetes İnsipidus rapor edilmiştir. Cerrahiye takiben üç fazlı bir durum gözlenir. İlk evre cerrahiden hemen sonra DI gelişir ve birkaç gün sürebilir. İkinci evrede bunu ani bir antidiürez atağı izler. Bu 2-14 gün sürebilir ve hasarlı arka hipofizden depo ADH salgınmasına bağlıdır. Dikkat edilmezse hiponatremiye yol açar. Üçüncü evrede de Nörohipofizdeki kalıcı hasara bağlı kalıcı DI gelişir. Bizim olgumuzda da Diyabetes İnsipidusun bu evreleri görülmüş ve müdahale edilmiştir. Kraniofaringioma operasyonu sonrası çoklu hormonal bozukluk gelişebilir. Hastalarda %87-%95 gibi yüksek sağkalım oranlarına rağmen son zamanlarda, uzun vadede hayatta kalanlarda yaşam kalitesi düşmektedir. Operasyon sonrası dönemde çoklu hormon bozuklukları ve iyon dengesizlikleri gözlenebilmektedir. Bu yüzden hastaların post op dönemde yakından izlenmeleri önerilmektedir. Hastaların uzun dönem takiplerinde hormon eksiklikleri yönünden takipleri yapılmalı ve gerekli replasmanlar sağlanmalıdır.

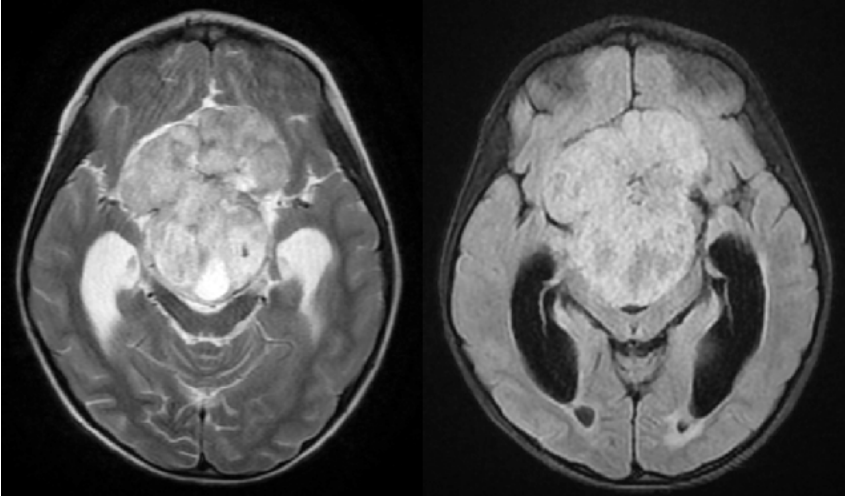
Sonuç : Kraniofaringioma operasyonu sonrası çoklu hormonal bozukluk gelişebilir. Hastalarda %87-%95 gibi yüksek sağkalım oranlarına rağmen son zamanlarda, uzun vadede hayatta kalanlarda yaşam kalitesi düşmektedir. Operasyon sonrası dönemde çoklu hormon bozuklukları ve iyon dengesizlikleri gözlenebilmektedir. Bu yüzden hastaların post op dönemde yakından izlenmeleri önerilmektedir. Hastaların uzun dönem takiplerinde hormon eksiklikleri yönünden takipleri yapılmalı ve gerekli replasmanlar sağlanmalıdır. KAYNAKÇA 1. Yıldırım AE, Karaoglu D, Belen AD: Kraniofaringioma ve Endoskopik Endonazal Tedavisi, Ankara, Türk Nöroşir Derg 2014;24(3):47-51 2. Müller HL: Craniopharyngioma, Germany, Handbook of Clinical Neurology, 2014;124(3) 3. Daubenbüchel AMM, Müller HL: Neuroendocrine Disorders in Pediatric Craniopharyngioma Patients, Germany, Netherlands, J. Clin. Med. 2015, 4, 389-413 4. Garnett MR, Puget S, Grill J, Sainte-Rose C: Craniopharyngioma, Orphanet Journal of Rare Diseases 2007; 2:18

15. ÇOCUK ACİL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

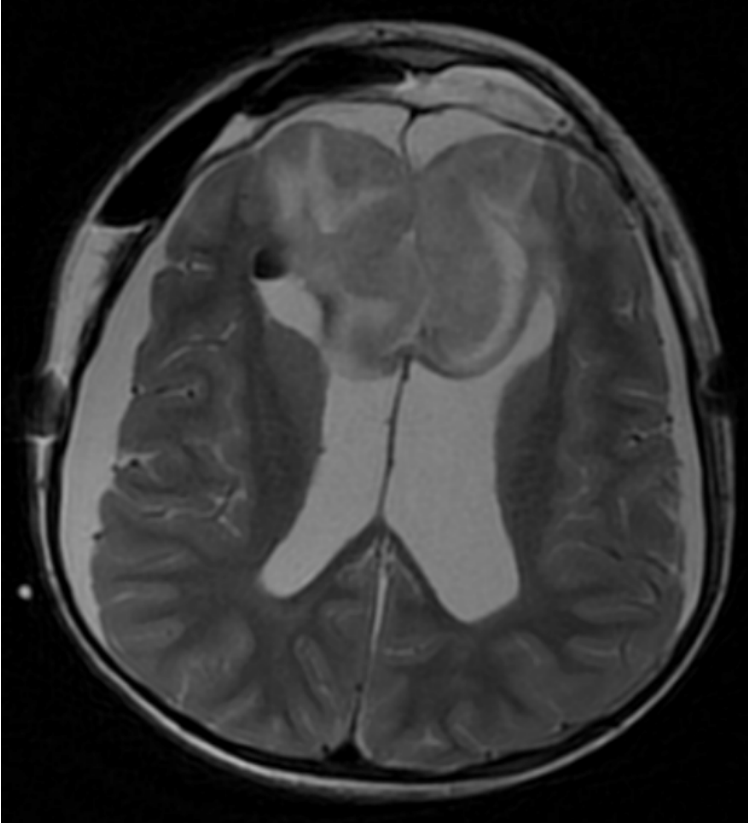
-POSTER BİLDİRİLER-

Resim 1:



Preop MR görüntüsü

Resim 2:



Postop MR görüntüsü

Anahtar kelimeler : Kraniofarengioma, Diabetes İnsipidus, Serebral Tuz Kaybı, Desmopressin, Poliüri, Hipernatremi

15. ÇOCUK ACIL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-POSTER BİLDİRİLER-

P-050

ÇOCUK ACIL OLGULARDA YATAK BAŞI ULTRASONOGRAFİ KULLANIMI

Işıl Yurdaışık¹,

¹ İstinye Üniversitesi Medicalpark Hastanesi, Radyoloji, İstanbul

Giriş : Yatak başı ultrasonografi (USG) hem klinisyenler hem de hastalar için güvenli, kolay ulaşılabilen, hızlı sonuç alınan ve taşınması kolay bir görüntüleme yöntemidir. Yatak başı acil USG, dünyada 30 yıldan fazla bir süredir çok çeşitli klinik tablolar için kullanılmaktadır. Yetişkinlerde acil USG abdominal aortik anevrizma, ilk trimester gebelik komplikasyonları ve künt abdominal travma gibi çeşitli durumlarda rutin olarak kullanılmaktadır. Çocuk acil olgularında ise bu yöntemin kullanımı nispeten yenidir. Bu teknikle ilerlemeler sağlandıkça ve pediatrik acil uzmanlarının bu konudaki deneyimi arttıkça bu yöntemin çocuk hastalarda kullanımının da artması beklenmektedir. Bu çalışmanın amacı pediatrik acil tıpta yatak başı ultrasonografinin (USG) kullanımıyla ilgili güncel literatürü değerlendirmek ve yöntemin potansiyel pediatrik uygulamalarını açıklamaktır.

Gereç-Yöntem : Google Scholar ve PubMed arama motorları kullanılarak "pediatrik yatak başı USG", "acil pediatrik olgularda USG" ve "yatak başı USG'de gelişmeler" terimleri ile literatür taraması yapılmıştır. Pediatrik hasta grubu dışındaki hasta grupları üzerine yapılmış olan çalışmalar değerlendirmeye alınmamıştır. Bulunan çalışmalar incelenerek, pediatrik yatak başı USG kullanımının geldiği nokta ve gelecekteki potansiyel uygulama alanları değerlendirilmiştir.

Bulgular : Genel olarak pediatrik yatak başı USG'nin daha çok acil servislerde kullanıldığı saptanmıştır. Bununla birlikte USG'nin kullanım alanları her geçen gün hızla artmaktadır. Literatür incelendiğinde yatak başı USG ile ilgili olarak, yöntemin geliştirilmesi ile birlikte sınırlamalarının azaltılması ve uygulayıcı klinisyenlerin konu ile ilgili eğitimlerinin önemi ön plana çıkmaktadır. Amerika Radyoloji Koleji 2010 yılında USG'nin 14 yaş altı çocuklar ve gebe kadınlarda ilk basamak görüntüleme yöntemi olarak kullanılması gerektiğini bildirmiştir. Literatür taramasında pediatrik yatak başı USG'nin kullanım alanları abdominal ağrının apandisit bulguları açısından değerlendirilmesi, abdominal travma odaklı değerlendirme, safra kanalları, mesane hacmi, göz, kalp ve inferior vena cava, intusepsiyon, akciğer, kas iskelet patolojisi, kırıklar, eklemler, tendonlar, pilorik stenoz, yumuşak dokular ve idrar kanalının değerlendirilmesi, arteriyel katater yerleştirilmesi, yumuşak doku apselerinin drenajı, bölgesel anestezi ve vasküler giriş gibi çok geniş bir yelpazeyi içermektedir. Rabiner JE ve ark., tarafından yapılan çalışmada 17 klinisyen, 69 çocuk hastada yatak başı USG ile şüpheli kafatası kırıklarına %97 spesifisite ile kesin tanı koyabilmiştir. Bu klinisyenlerin tamamı çocuklarda yatak başı ultrasonu konusunda eğitim almıştır. ABD'de yapılan bir çalışmada, 44 pediatrik hastada acil doktorları tarafından bakılan yatak başı USG, bilgisayarlı tomografi, radyoloji bölümü tarafından yapılan ultrasonografi veya baryum enema gibi diagnostik testlerin sonuçlarıyla karşılaştırılmış ve yatak başı USG'nin intusepsiyon tanısı koymadaki sensitivitesi %100, spesifisitesi %97 olarak bulunmuştur. McCormick ve ark., tarafından yapılan bir çalışmada, bilgisayarlı tomografi (BT) ile intrakraniyal hemoraji (ICH) tanısı konulan infatlarda bir acil doktoru tarafından yatak başı kraniyal ultrason çekilmiş ve video klipleri kaydedilmiştir. Daha sonra sonuçlar çalışmaya kör ve USG konusunda eğitilmiş iki acil doktoru tarafından değerlendirilmiştir. Yatak başı USG'nin çocuk hastalarda ICH'yi saptamada %100'lük sensitivite ve spesifisiteye sahip olduğu saptanmıştır. Pediatrik acillerde yatak başı USG kullanımı konusunda bulgu birikimi her geçen gün artmakta ve bu yöntem yeni gelişmelerle daha çok kullanım alanı bulmaktadır.

Sonuç : Güvenilir, hızlı sonuç alınan, taşınması kolay ve pratik bir yöntem olan yatak başı USG tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de en yaygın olarak acil servislerde kullanılmaktadır. Yöntemin güvenilir olması ve uygulama kolaylığı, pediatrik hastalarda kullanma sıklığını artırmaktadır. Günlük klinik pratikte giderek daha fazla kullanılmakta olan yatak başı USG yöntemindeki hızlı gelişmeler, bu konuda klinisyenlerin güncellenmiş eğitim almalarının önemini göstermektedir. Pediatrik acil olgularda yatak başı USG kullanımı ile ilgili olarak özellikle ülkemizde geniş ölçekli olgu kontrollü çalışmalara gereksinim olduğunu düşünmekteyim.

Anahtar kelimeler : çocuk acil, pediatri, usg, yatak başı

P-051

UYUŞTURUCU MADDE KULLANIMINA BAĞLI İKİ ZEHİRLENME OLGUSU

Ebru Azapağası¹, Hüseyin Adil Öner¹, Güldeniz Öner¹, Emre Güngör¹, Selman Kesici²

¹ Dr. Sami Ulus Kadın Doğum Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi

² Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi

Giriş : Günümüzde gençler tarafından uyuşturucu madde kullanımları artmış olup, buna bağlı olarak ortaya çıkan zehirlenme bulgularına ciddi şekilde rastlanmaktadır. Bu zehirlenmeler bazen ölüme kadar yol açan sonuçlara neden olabilmektedir. Burada stimülan maddelerden extazi ve opioid içeren madde kullanımına bağlı olarak yoğun bakım ünitesine yatırılan 2 olgu fizik muayene bulguları, klinik bulgular ve sonuçları ile tartışılmıştır

Gereç-Yöntem : Olgu 1: Daha önceden bilinen bir rahatsızlığı olmayan 12 yaşındaki erkek hastanın, teyzesi tarafından hareketlerinde anormallikler fark edilmiş. Buna konuşma bozukluğu ve yürüme bozukluğu da eşlik edince aile hastanemiz çocuk acil polikliniğine başvurdu. Hastanın öyküsünden bulantı, kusma ve ishalinin olmadığı, bilinç değişikliği tarifledikleri, ateş, nöbet ve benzer yakınmalarının olmadığı öğrenildi. Fizik Muayene bulgularında; genel durumu orta olan hastanın, taşikardisi vardı. Cilt hiperemik ve ağzı kuruydu. Pupiller midriyatikti ve bilateral ışık refleksi alınıyordu. Bağırsak sesleri azalmıştı, serebellar testler bozuktu ve ataksik yürüyordu. Engelleyemediği stereotipik hareket bozukluğu mevcuttu. GKS 15 idi. EKG ve laboratuvar bulgularında anormallik izlenmeyen hastanın öyküsü derinleştirildiğinde extazi benzeri merdiven altı bir psikostimülan ilaç kullandığı öğrenildi. Hasta 24 saat boyunca yoğun bakım ünitesinde izlendi. Bu izlemi sırasında ek bulgu görülmeyen hastanın 24 saat sonra istemsiz ve tekrarlayıcı hareketlerinde belirgin azalma oldu. Ancak yalama hareketleri ortaya çıktı. 48 saat sonra tamamen bulguları düzelen hasta yoğun bakım ünitesinden taburcu edildi. Olgu 2: Bilinen bir hastalığı olmayan 15 yaşındaki erkek hasta, babası tarafından yatakta mor bir şekilde bulunmuş. Solunumu

15. ÇOCUK ACIL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-POSTER BİLDİRİLER-

zayıf olan ve kalp atımları aile tarafından yetersiz değerlendirilen hastaya babası tarafından suni solunum ve kalp masajı yapılmış. Aile çocuğu kendi imkanları ile hastanemiz çocuk acil polikliniğine getirmiş. Öyküsünden hastanın ateş, ishal, kusma ve enfeksiyon düşündüren herhangi bir bulgusunun olmadığı öğrenildi. Hastanın çocuk acildeki muayenesi sırasında kalp hızı 60/dk, TA 70/40 mmHg, Oksijenli satürasyonu 40 olarak bulundu. Cilt dolaşımı bozuk olan hastanın kutis marmaratusları vardı. Pupiler bilateral miyotik olan ve GSK u 7 saptanan hasta hızla entübe edilerek yoğun bakım ünitesine alındı. Laboratuvar tetkiklerinde karaciğer testlerinin ve koagülasyon parametrelerinin bozuk olduğu görüldü. Santral yol konularak inotropoları başlanan hastanın durumu stabilize olduktan sonra çekilen kraniyal görüntülemesi normal olarak bulundu. Evin sobalı olduğu ancak sobanın çocuğun odasında olmadığı öğrenildi. Karbon monoksit zehirlenmesi açısından bakılan karboksi Hb düzeyi 1.5 idi. Evde durumu kötüleşen ve hastaneye kaldırılan başka kimse yoktu. Aile ilaç ya da madde kullanma öyküsü vermedi. Ancak pupillerin miyotik olması ve kardiyak arrest öyküsü nedeniyle uyuşturucu madde kullanımı ekarte edilemedi ve amateme idrar örneği gönderildi. İdrar tetkikinde çok yüksek oranda opiad saptanan hastanın öyküsü derinleştirildiğinde anne ve babanın uyuşturucu madde satıcısı olduğu öğrenildi. Hasta yoğun bakım yatışının 12. saatinde kendine gelerek extübe oldu AST ve ALT değerleri izlemde 4000/3200 olan hastaya NAC infüzyonu başlandı. İnfüzyona 3 gün devam edildi. Sosyal nedenlerle hastanın izlemi yoğun bakımda yapıldı ve hasta servise devir edilmeden direk yoğun bakım ünitesinden taburcu edildi.

Bulgular : Psikostimülan ilaç ve opiad içeren uyuşturucu madde zehirlenmesi ile gelen bu iki olgu, özellikle pupillerin miyotik ve midriyatik olması açısından dikkat çekici idi. İstemsiz hareketler , yerinde duramama ve midriyazis klinisyenleri özellikle psikostimülan türü ilaçlarla zehirlenmelere karşı uyarmalıdır. Ailelerin öykü vermediği göz önünde bulundurulmalı ve özellikle pupil değişikliği ile başvuran ve daha önceden sağlıklı olduğu bilinen hastalarda bu maddelerin kullanımı mutlaka göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar kelimeler : miyozis, midriyazis, psikostimülan madde, stereotipik hareketler, uyuşturucu, zehirlenme

P-052

KARDİYOJENİK ŞOK NADİR NEDENİ: ALCAPA SENDROMU

Mutlu UYSAL YAZICI¹ , Ebru AZAPAĞASI¹ , Mehmet TAŞAR² , Sercan TAK²

¹ Ankara Dr. Sami Ulus Çocuk Hastanesi Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi

² Ankara Dr. Sami Ulus Çocuk Hastanesi Çocuk Kalp Damar Cerrahisi

Giriş : ALCAPA sendromu, sol koroner arterin pulmoner arterden orijin aldığı çok nadir görülen bir sendromdur. Genellikle ilk altı ayda klinik bulgu verir. Konjestif kalp yetmezliği, myokard infarktüsü ve ani ölüme yol açabilir. Kollateral dolaşımı iyi olan hastalar daha geç tanı alırlar. Sol koroner arterden pulmoner arter içine retrograd akım olmaktadır. Bu nedenle koroner çalma oluşur, sol ve sağ ventrikül sağ koroner arter ile beslendiğinden myokardiyal perfüzyon bozukluğu oluşur ve subendokardiyal iskemiler görülür. (1) Sol-sağ şant nedeniyle myokardiyal iskemi, kardiyomegali ve kalp yetmezliği görülür. İskemiye bağlı huzursuzluk, beslenememe, taşikardi, takipne, mitral yetmezliğe bağlı apekte pansistolik üfürüm duyulabilir. Tanı almayan çocuklar erken infantil dönemde kalp yetmezliğine bağlı ölürlür. (2) Bu vakada 2 aylık, beslenirken morarma şikayeti ile şok tablosunda acile başvuran ve ALCAPA tanısı koyulup opere edilen ve taburcu ettiğimiz bir hasta anlatılmaktadır

Olgu : 30 yaşındaki annenin G2Y2 39 hafta C/S ile 2700 gr doğmuş. Prenatal Takipli gebelik ve bilinen bir hastalığı yokmuş. Evde anne sütü ile besleniyormuş. 2 aylık, kız hasta beslendikten sonra kusma ve morarma şikayetleri ile acil servisimize başvurdu. Acilde kapiller dolum zamanı uzamış, hipotansif ve hipoksik olması üzerine SF yüklemesi yapıldı, sıvı tedavisi düzenlenip, entübe edildi , ve inotrop tedavisi başlanarak çocuk yoğun bakım ünitesi'ne alındı. Entübasyon sırasında mama içeriği gelen hastada mama aspirasyonu olabileceği düşünüldü. Fizik muayenesinde 3/6 pansistolik üfürüm, 2 cm karaciğer büyüklüğü, takipne ve taşikardisi vardı. Paac 'de hastanın aspirasyon değil de kardiyomegalisi fark edildi. Hastada septik şok yanında kardiyojenik şok eşlik ettiği düşünüldü ve ekokardiyografi istendi. Adrenalin infüzyonu ve izlemde dopamin infüzyonu başlandı, tansiyon normal aralıkta seyretti. EKO'da sistolik ve diastolik fonksiyonlarının belirgin azaldığı dilate kardiyomiopati görüldü. EF: %32 saptandı. Hastanın aldığı inotrop dozları artırılarak milrinon tedavisi eklendi. kardiyak enzimler ,ekg ve akut faz reaktanları gönderildi. Myokardit açısından 400 mg/kg 5 gün ıvıg Tedavisi verildi. Hastanın izleminde şok tablosu düzeldi, tansiyonu normal, beslenmesi yeterli, kültürlerinde üreme olmadı fakat eko kontrolünde kasılmasının yine EF: %35 olarak görüldü ve levosimendan tedavisi verildi. Bu tedaviler sonrasında kardiyoloji ile hasta tekrar değerlendirildi ve etyoloji açısından anjiyografi yapılması planladı. Anjiyografisinde endokardiyal fibroelastozis ve ALCAPA sendromu olduğu (Aort kökünden çıkan sol koroner arterin olmadığı, sağ koroner arterin yerinden çıktığı ve geniş olduğu, kontrast maddenin genişlemiş sağ koroner yoluyla retrograd olarak sol koroner artere geçtiği ve sol koroner arterin de pulmoner artere bağlanarak pulmoner arter yatağına geçtiği saptandı. Kalpte fibrozis olduğundan levosimendan ile kasılma fonksiyonlarında düzelme olmadı. Hasta hemen ALCAPA için düzeltme ameliyatına alındı. Hastaya Takeuchi operasyonu uygulandı. Ameliyat sonrası izlemde hastanın mixt venöz oksijen saturasyonu, laktat ve tansiyon izleminine göre inotropolar kademeli azaltıldı. Adrenalin 0,1, milrinon 0,7 ve dobutamin 7 alırken hasta planlı bir şekilde ekstübe edildi. Ekstübasyon sonrası aralıklı eko kontrolü yapıldı Ef: %55 e yükseldi. En son yapılan eko'da ef:60 olunca hastanın almakta olduğu inotropoları kademeli olarak kesildi. Hasta ekstübe genel durumu iyi olarak servisten taburcu edildi.

Sonuç : Koroner arter anomalileri oldukça nadir görülür. Kollateral dolaşım varsa daha ileri yaşta tanı alan vakalar mevcuttur. Kardiyojenik şok tablosunda gelen ve inotrop tedavisine yanıt alınamayan hastalarda mutlaka anjiyografi yapılarak koroner vasküler anomali olup olmadığı mutlaka gösterilmelidir. Referanslar: 1) Misdiagnosed anomalous left coronary artery from the pulmonary artery as endocardial fibroelastosis in infancy: A case series. Ma F, Zhou K, Shi X, Wang X, Zhang Y, Li Y, Hua Y, Wang C. Medicine (Baltimore). 2017 Jun;96(24):e7199. doi: 10.1097/2) Outcomes from anomalous origin of the left coronary artery from the pulmonary artery repair: Long-term complications in relation to residual myocardial abnormalities. Kanoh M, Inai K, Shinohara T, Tomimatsu H, Nakanishi T J Cardiol. 2017 Nov;70(5):498-503. doi: 10.1016/j.jjcc.2017.03.008.

Anahtar kelimeler : alcapa sendromu, kardiyojenik şok, kardiyomiopati

15. ÇOCUK ACİL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-POSTER BİLDİRİLER-

P-053

H1N1 İLİŞKİLİ AKUT NEKROTİZAN ENSEFALOPATİ: OLGU SUNUMU

Ebru Azapağası¹, Selman Kesici⁴, Yüksel Kavas Yıldız², Özge Kucur⁴, Ayşe Aksoy⁴

¹ Dr. Sami Ulus Çocuk Hastanesi, Çocuk Yoğun Bakım, Ankara

² Dr. Sami Ulus Çocuk Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Ankara

⁴ Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı Hastalıkları, Çocuk yoğun bakım, Ankara

⁴ Dr Sami Ulus Çocuk Hastanesi, Çocuk Nöroloji Anabilim dalı, Ankara

Giriş : Akut nekrotizan ensefalopati (ANEC) nadir görülen bir klinikoradyolojik bozukluktur. Bilateral talamus, serebral periventriküler beyaz cevher, internal kapsül, putamen ve serebral medullanın simetrik tutulumu ile karakterizedir. Etiyolojide viral ajanlar suçlanmıştır. Mortalite %30 civarındadır. Mortalitenin en yüksek olduğu viral ajan ise influenzadır (H1N1). Yaşayanların yalnızca %10 u sekelsiz düzeldi. Biz bu olgu sunumunda H1N1 e bağlı ANEC tanısı konulan ve pulse steroid, IVIG ve plazma değişimi ile uygun bir şekilde tedavi edilip sekelle taburcu edilen, 1.5 yıl sonraki klinik izleminde ise belirgin düzelmesi olup yürüeyen ve konuşabilen 4 yaşındaki bir kız olguyu tanımladık. H1N1 e sekonder ANEC tanısı ile izlenip uzun dönem klinik seyirde bariz düzelme gözlenen bu vaka literatürün nadir bir olgusudur.

Gereç-Yöntem : OLGU SUNUMU: 4 yaşındaki kız hasta 1 haftadır olan öksürük yakınması ve 3 – 4 gündür olan ateş şikayeti ile hastaneye başvurmuş. Ateşi düştükten sonra genel durumu toparlayan hasta, hastane başvurusundan kısa süre önce gözlerinin görmediğini söylemiş. Ardından duymadığını belirten hastanın bir süre sonra bilinci kapanmış. Hastaneye başvurdularında bilinç konfü, pupiller midriyatik, DTR ler canlı, babinski bilateral pozitif olarak saptanmış. Tam kan sayımı ve laboratuvarı normal bulunan hasta ensefalit? ön tanısı ile ileri tetkik ve tedavi amaçlı hastanemize sevk edildi. Öyküsünden , daha önceden bilinen bir hastalığının olmadığı, hiç nöbet geçirmediği, ilaç kullanmadığı, şüpheli bir zehirlenme ya da dışarıdan yemek yeme öyküsünün olmadığı öğrenildi. Hastanın kusma, ishal ve döküntüsü yoktu. Aşılı tam olan hastanın gelişim basamakları yaşıtları ile uyumlu idi. Başvuru sırasında genel durumu kötü ve bilinç konfü idi. Vital bulgularında ve sistem bulgularında özellik yoktu. Nörolojik muayenesinde; çevreyle ilgisi kısıtlı idi, anlamlı kelimesi yoktu , ağırlı uyararı lokalize ediyordu. Pupiller midriyatik, IR +/-, zayıf , yüzde asimetri yoktu, öğürme refleksi mevcuttu. Gözler yukarı deviye, DTR ler bilateral canlı, Babinski bilateral +/- idi. Desebre postür, üst ve alt ekstremitelerde hipe-rekstansiyon pozisyonunda, kas tonusu artmıştı. (Figür 1-Figür 2) Kan gazı ve tam kan sayımında özellik yoktu. Biyokimya parametrelerinden AST/ALT dışındaki değerleri normaldi. (104/68U/L) Amonyak düzeyi normaldi. Hasta yoğun bakıma yatırıldı. İdameden sıvı, seftriakson, oseltamir ve asiklovir tedavileri başlandı . Tüm kültürleri alındı, viral solunum yolu paneli gönderildi. Görüntüleme ve ardından LP yapılması planlandı Kraniyal Tomografide ; her iki serebellar hemisferde, sağda putamen distali, solda kaudat nükleus ve her iki talamusta, solda daha belirgin olmak üzere her iki sentrum semiovalede sınırları belirsiz, belirgin kontrast tutulumu göstermeyen hipodens alanlar izlendi. (Figür 3) LP de tomada hücre görülmedi. BOS proteini 53 mg/dl (15-40) , BOS şekeri 83 gr/dl olarak saptandı. BOS viral ve bakteriyel PCR ı ve kültürü gönderildi. BOS oligoklonal bant gönderildi. Hastaya acil olarak MRI planlandı. Kraniyal MRI da; Her iki serebral hemisferde, ponsta median longitudinal fasikülüslerde, her iki talamusta, sağda daha belirgin her iki putamen posterior kesimlerinde, sağ globus pallidus, sol kaudat nükleusta, sentrum semiovale düzleminden vertekse kadar solda daha yaygın olmak üzere bilateral simetrik subkortikal ödem ile uyumlu sinyal artışı, difüzyon kısıtlanması ve İVKM sonrasında çevresel kontrast tutulumu saptandı. (Figür 4-Figür 5) Hastaya yatışı ile aynı gün 30 mg/kg dan pulse steroid tedavisi başlandı. ANEC prognozu kötü seyirli bir hastalık olduğu için hastaya yatışının ertesi günü plazma değişimi tedavisi ile birlikte IVIG tedavisi de uygulandı . Hastaya 5 kez plazma değişimi , 5 doz IVIG tedavisi uygulandı. Pulse steroid tedavisine 5 gün devam edildi, ardından 2 mg/kg/gün 4 doz ile tedavi sürdürüldü. BOS kültüründe ve kan kültüründe üremesi olmadı. RANBP2 mutasyonu negatif olarak saptandı. Hasta yoğun bakım yatışının 16. gününde servise devir edildi. Servise çıkarılırken nörolojik muayenesinde spontan göz açıklığı vardı, ağrıyı lokalize ediyordu, ağılıyordu, GSK: 10 idi. Kelimesi ve anlamlı hareketi yoktu. (Figür 6) Aktif nöbet geçirmeyen hasta oral besleniyordu. Fizik tedavi programında idi. 2 mg/kg/gün steroid, levatresetam, kas gevşetici olarak baklofen ve benzodiazepin tedavileri alıyordu. Hastanın servis yatışının 31. gününde anne kelimesini söyleyebildiği , göz teması kurduğu ve gülebildiği görüldü. Fizik tedavi programına alınarak taburcu edilen hasta aynı zamanda özel eğitim programına yönlendirildi. Hasta taburcu olduktan sonraki 3. ay kontrolünde oturabiliyordu, baş kontrolü vardı, söylenen kelimeleri tekrarlayabiliyordu. 6. ay kontrolünde destekle yürüeyen hasta sağ elini kullanarak besinleri ağzına götürabiliyordu. 1. yıl kontrolünde desteksiz yürüeyebiliyordu ve kelimeleri uzatarak da olsa konuşabiliyordu. 1.5 yıl sonunda hasta her iki elini kullanarak yemeğini yiyebiliyordu, konuşması bazen kelimeleri söylerken takılması dışında iyi idi, kendi işini görebilen hastanın desteksiz hızla yürürken arada sendelemesi dışında yürümesinde problem yoktu.

Bulgular: TARTIŞMA: ANEC prognozu kötü, mortalitesi yüksek ve yaşayanlarda sekelsiz taburculuk oranının düşük olduğu bir hastalıktır. Literatürde H1N1 bağlı ANEC olgularının mortalitesi diğerlerine göre daha yüksek olarak bildirilmiştir. Tedavi tartışmalıdır. Steroid, IVIG ve hipotermi uygulanan tedavi yöntemleridir. Biz hastamıza IVIG, steroid ve plazma değişimi tedavilerini birlikte uyguladık. Plazma değişimi sonrası IVIG, IVIG den 24 saat sonra tekrar plazma değişimi yaparak 5 doz IVIG ve 5 kez plazma değişimi tedavisini tamamladık. Bu olgu literatürün yaşayan ve uzun dönem izleminde nörolojisinde belirgin düzelme görülen nadir olgularından birisidir. Bu hastada uygulanan tedavi yönteminin hastanın prognozunu ve uzun dönem izleminde klinik düzelmesini belirlemede önemli bir faktör olduğu düşünülmektedir.

15. ÇOCUK ACİL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

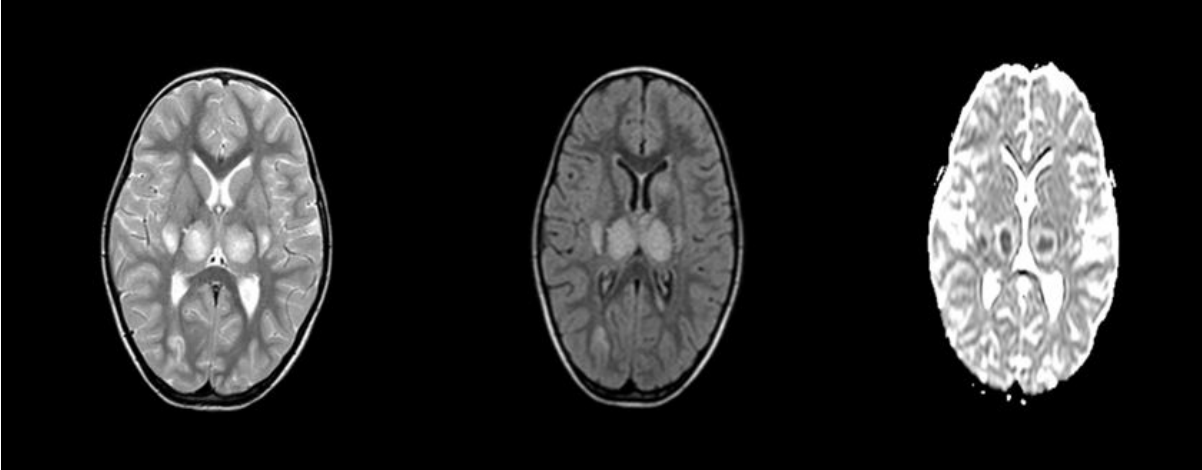
-POSTER BİLDİRİLER-

Görüntüleme



Kraniyal BT

Görüntüleme



Kraniyal MRI

Nörolojik muayene



Hastanın nörolojik muayene bulguları ve babinski pozitifliği

Anahtar kelimeler : H1N1, akut nekrotizan ensefalopati, IVIG, Plazma değişimi , steroid

15. ÇOCUK ACİL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-POSTER BİLDİRİLER-

P-054

AKUT İNFANTİLHEMOROJİK ÖDEM: BİR OLGU SUNUMU

Gülideniz Öner¹, Ebru Azapaçası², Hüseyin Adil Öner¹, Semanur Özdel³, Selman Kesici⁴

¹ Dr.Sami Ulus Çocuk Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim dalı, Ankara

² Dr.Sami Ulus Çocuk Hastanesi, Çocuk Yoğun Bakım, Ankara

³ Dr.Sami Ulus Çocuk Hastanesi, Çocuk Romatoloji Anabilim dalı, Ankara

⁴ Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi, Çocuk Yoğun Bakım Anabilim dalı, Ankara

Giriş : Akut infantil hemorajik ödem (AİHÖ), klinikte büyük purpurik döküntüler, ateş ve ödem triadı ile karakterize derinin lökositoklastikvaskülitidir. Meningokoksemi ve purpura fulminans gibi hayatı tehdit eden döküntülerle karışabilir. Burada akut infantil hemorajik ödem tanısı alan bir olgu sunulmuştur.

Gereç-Yöntem : 13 aylık Suriyeli erkek hasta, hastanemize yatırılmadan iki gün önce kulağında şişlik, kızarıklık bu şikayetlerden bir gün sonra yüzünde ve bacaklarında kırmızı, mor renkli ve kaşıntısız döküntüler nedeniyle hastaneye başvurmuş. Alınan tetkiklerinde hemogloblin : 4.4g/dl saptanınca eritrosit süspansiyonu transfüzyonu planlanan ve meningokoksemi düşünülen hasta ileri tetkik ve tedavi amacıyla hastanemize yönlendirildi. Hastanın ateşi evde ölçülmemiş. Hastanede ölçülen en yüksek değer 38.5 bulunmuş. İshal ve kusması olmamış. Burun akıntısı, burun tıkanıklığı ve öksürük yakınması 3-4 gündür olan hastanın. aşıları yaptırılmamış. 13 aylık olmasına rağmen sadece anne sütü ve mama ile besleniyordu. Soygeçmişinde özellik yoktu. Geliş fizik muayenesinde; genel durumu orta, ajite, huzursuz, bilinç açık, çevreyle ilgili, glaskow koma skoru:15, vücut ağırlığı: 10 kg (25-50 p), burun tıkalı ve koyu renkli sekresyon vardı. Akciğer sesleri kaba, ral ronküs yok ve kardiyak üfürüm yoktu. Karaciğer kot altından 2 cm ele geliyordu. Ağız içinde ve yumuşak damakta hemorajik lezyonlar, her iki kulak kepçesini tamamen kaplayan yaygın ödem ve ekimoz, her iki yanağında, her iki kalça üst bölümünde, üst ekstremitelerde farklı boyutlarda, basmakla solmayan yuvarlak, ortaları koyu, kenarları açık renkli, hemorajik, ekimotik, purpurik lezyonlar vardı. Gövde de lezyon yoktu. Göz kapakları ödemliydi. Alınan laboratuvar tetkik sonuçlarında; Hb: 4.4 g/dl, ferritin: 3.8ng/ml idi. Periferik yaymada eritrosiler hipokrom ve mikrositerdi ve atipik hücre yoktu. Kan gazı ve diğer tetkikleri normaldi Hasta yoğun bakıma yatırıldı. İdame sıvı ve antibiyotik olarak seftriakson tedavisi başlandı. Eritrosit transfüzyonu planlandı. LP yapıldı. Sonuçları normal bulundu. BOS, kan kültürü ve idrar kültüründe üreme olmadı. BOS viral ve bakteriyel PCR negatifti. Hastaya klinik ve laboratuvar bulguları ile akut infantil hemorajik ödem tanısı konuldu. 2 mg/kg/gün iv steroid başlandı. Yatışının 4. gününde cilt döküntülerinde artış izlendi ancak klinik olarak kötüleşmesi olmadı. Genel durumu ve aktivitesi iyi olan hasta yoğun bakım ünitesi yatışının 4. Gününde servise devredildi.

Bulgular : Ateş, purpurik döküntü ve ödem ile gelen hastaların ayırıcı tanısında hayatı tehdit eden meningokoksemi, purpura fulminans gibi ciddi hastalıklar yanında 4-24 ay yaş aralığında benign seyirli, kendiliğinden düzelen ve seyrek görülen tablolarından biri olan AİHÖ de akılda tutulması gerekmektedir.

Yüzde döküntü



Her iki yanakta, farklı boyutlarda basmakla solmayan yuvarlak, ortaları koyu, kenarları açık renkli, hemorajik, ekimotik, purpurik lezyonlar, her iki kulak kepçesini tamamen kaplayan yaygın ödem ve ekimoz

15. ÇOCUK ACIL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-POSTER BİLDİRİLER-

Gövdede döküntü



Her iki uyluk proksimalinde ve üst ekstremitelerde farklı boyutlarda, basmakla solmayan yuvarlak, ortaları koyu, kenarları açık renkli, hemorajik, ekimotik, purpurik lezyonlar

Anahtar kelimeler : Akut infantil hemorajik ödem, döküntü, steroid

P-055

MEKKEK DİVERTİKÜLÜNÜN NEDEN OLDUĞU VOLVULUSA BAĞLI SEPTİK ŞOK GELİŞEN NADİR BİR PEDIATRİK OLGU

Ebru Azapağası¹ , Selman Kesici⁴ , Beytullah Yağız² , Emre Güngör³ , Sıla İspir Karalar² , Derya Erdoğan²

¹ Dr.Sami Ulus Kadın Doğum Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi, Çocuk Yoğun Bakım, Ankara

² Dr.Sami Ulus Kadın Doğum Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi, Çocuk Cerrahisi, Ankara

³ Dr. Sami Ulus Kadın Doğum Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi, çocuk sağlığı ve hastalıkları, Ankara

⁴ Hacettepe Üninersitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Çocuk Yoğun Bakım, Ankara

Giriş : Giriş: Mekkel Divertikülü (MD) ; omfolomezenterik ductus kalıntısıdır ve gastrointestinal sistemin yaygın bir konjenital anomalisidir. İleoçekal valvde 10-12 cm uzunluğunda ve 30-60 cm genişliğindedir. En sık görülen komplikasyon ülserasyon ve kanama problemidir ve tüm komplikasyonların %20-30 undan sorumludur 2 yaşın altındaki erkek çocuklarda sıktır ve ağrısız hemotekezya ile ortaya çıkar MD bağlı intestinal obstrüksiyon yetişkin hastalarda, karın ağrısı ve kusma ile ortaya çıkar. Ancak çocuklarda MD ne bağlı intestinal obstrüksiyon ve volvulus 2 yaş üzerinde çok çok nadir görülen bir komplikasyondur Çocuklarda MD bağlı ortaya çıkan yalnızca birkaç volvulus vakası tanımlanmıştır. Trombosit ilişkili çoklu organ yetmezliği (TAMOF),trombositopeni, çoklu organ yetmezliği ve LDH yüksekliği ile karakterize mortalitesi yüksek bir durumdur. Enfeksiyon, TAMOF gelişmesinde ciddi bir risk faktörüdür. Plazma Exchange uygulamasının TAMOF hastalarında etkili bir tedavi yöntemi olduğu belirtilmektedir. Biz bu yazıda, 7 yaşında mekkel divertikülüne bağlı volvulus gelişen ve bu nedenle septik şoka girerek hastanemize kardiyak arrest olarak kabul edilen bir pediatrik olguyu tanımladık. Saatler içinde operasyona alınan hastanın nekroze bağırsakları çıkarılarak segmental enterektomi ve primer anastomoz yapıldı. Postop 1 . günde ortaya çıkan trombositopeni ilişkili çoklu organ yetmezliği plazma exchange ile başarılı bir şekilde tedavi edildi . Olgu sekelsiz bir şekilde taburcu edildi. Bu vaka literatürde mekkel divertikülüne bağlı gelişen ilk pediatrik septik şok olgusudur.

Gereç-Yöntem : Olgu Sunumu: Hasta kusma, karın ağrısı ve bilinç değişikliği yakınmaları ile 12 saat boyunca izlendiği hastaneden genel durumunun düzelmemesi üzerine tarafımıza sevk edildi. Hastanın öyküsünden bir gece önceden başlayan kusma şikayetinin sabaha kadar sürdüğü, karın ağrısının olduğu , ishal ve ateşinin olmadığı, başvurduğu hastanede hastaya antibiyotik olarak Seftriakson başlandığı, karın ağrısı nedeniyle abdominal BT çekildiği ve çekilen BTde hava sıvı seviyelerinin ve intraabdominal serbest sıvısının olduğu (Figür 1) ve hastanın hastaneye yatışından 6 saat sonra bilincinin kötüleştiği ve ensefalopatik hale geldiği öğrenildi. Hasta hastanemiz yoğun bakıma ünitesine kabul edildiğinde genel durumu kötüydü. Bilinci kapalıydı. Maske ile oksijen alıyordu. Solunumu yüzeyel ve takipneikti. Ateşi 36.5 C, Nb: 175/dk O2lisatürasyonu 88 olan hastanın tansiyonları alınamadı. Hastanın abdominal muayenesinde batin sert ve distandü idi. Entübe edilen hasta bu sırada kardiyak arrest oldu. Hastaya 6 dakika kadar kardiyak masaj yapıldı. 2 kez adrenalin puşesi sonrası dönen hastaya 150 ml/kg dan sıvı defisiti verildi. Antibiyotik olarak mero-penem ve metronidazol tedavileri başlandı. Adrenalin, dopamin ve noradrenalin infüzyonları başlandı ve tansiyon düzeyine göre inotropları titre edildi. Hastanın tam kan sayımında BK: 3350 g/L Plt: 304000 g/L Hb: 11.3 g/dl idi. Biyokimya değerlerinde; KŞ:34 mg/dL BUN: 29 mg/dl Kr: 1.47 mg/dL Ca:6.8 mg/dL P:5.9 mg/dLAlb: 2.1 g/dL idi.Sedim 38 mm/saat, CRP düzeyi 125 mg/dl idi. Kan gazında metabolik asidozu vardı.PT:19.7 sn INR:1.66 PTT:34 sn Fibrinojen: 208 g/L (238-498) D-Dimer: > 5986 ng/ml idi.Karnı distandü ve cilt rengi kötü olan hastanın ölçülen abdominal basıncı 14 bulundu. Karın içi diren yerleştirilerek abdominal basınç biraz düşürüldü. Hasta acil şartlarda operasyona alındı. Hastanın operasyonu sırasında; mekkel divertikülü ve mekkel divertikülüne bağlı bant tespit edildi. Hastada ince bağırsak obstrüksiyonuna bağlı olarak volvulus, volvulusa sekonder bağırsak nekrozu olduğu belirlendi. Cerrahi operasyon ile nekroze olan 150 cm ileum, 5-10 cm çekum ve appendisk çıkarıldı.(Figure 2) Proksimalde kalan 220 cm ince bağırsak ile jejunum-kolik anastomoz yapıldı. Operasyon sonrası genel durumu kötü, entübe ve sedatize olarak izleme alınan hastaya inotrop olarak adrenalin, noradrenalin ve dopamin tedavilerine devam edildi .Operasyondan bir gün sonra bakılan AST/ALT değerleri 3723/1609, PTT/PT/INR değerleri 40.1/30.1/3, D-Dimer 15770, Fibrinojen 391, trombosit düzeyi 66000/15000, WBC 1500, ANS 800 , BUN/Kr değerleri 69/4.29 LDH 2000 olarak saptanan hastaya TAMOF tanısıyla plazma exchange başlandı. İdrar çıkışları sınırdan olan ve volüm yükü ortaya çıkan hastaya, operasyonun ikinci gününde CVVHDF başlandı. Hastaya postop 3. Günde TPN başlandı .İnotroplara 5 gün devam edildi. 7 kez plazma değişimi uygulanan hastaya, 7 gün CVVHD uygulandı. Hastanın postop 7. gün bakılan trombosit değerleri, AST/ALT düzeyi, BUN/Kr değerleri, PT/PTT/INR düzeyi normal olarak bulundu. 7. günde CVVHDF sonlandırıldıktan sonra hastaya furocemid inf başlandı. 13 gün furosemid infüzyonuna devam edildi.Operasyonun 16.

15. ÇOCUK ACİL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

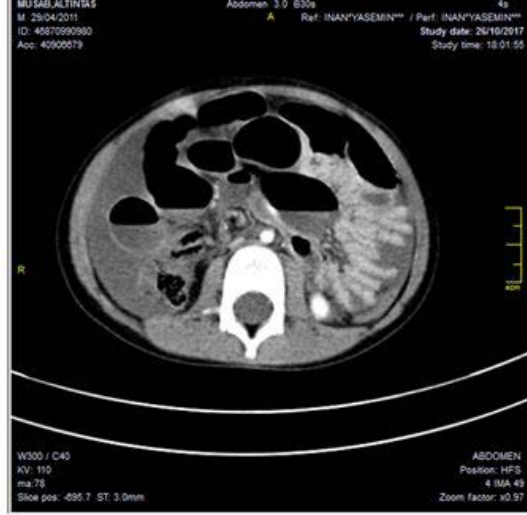
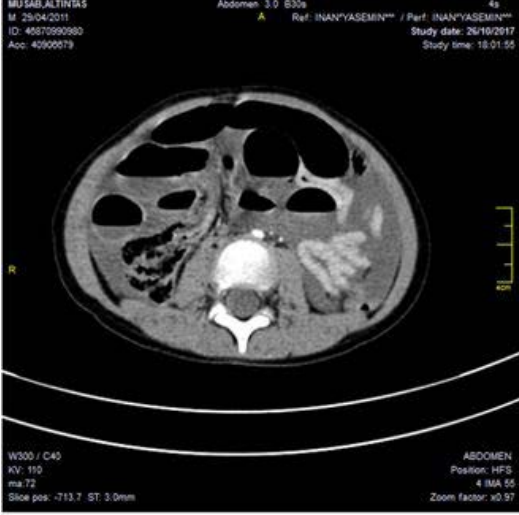
18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-POSTER BİLDİRİLER-

gününde hasta extübe edildi. Hastanın oral beslenmesi yatışının 12. gününde açıldı ve 14. gününde fullenteral beslenmeye geçildi. Hasta yoğun bakım yatışının 24. gününde servise devredildi. Hastane başvurusunun 30. Gününde sekelsiz olarak taburcu edildi.

Bulgular : Sonuç ve Tartışma : MD asemptomatik seyreden bir konjenital anomali olmasına rağmen, komplikasyonları geliştiğinde cerrahi tedavide geç kalırsa ve medikal tedavisi uygun yapılmazsa ciddi mortalite ve morbidite sebebidir.

Görüntüleme



Abdominal BT: Hava sıvı seviyeleri

Nekroze bağırsaklar



Operasyonda çıkarılan nekroze bağırsaklar

Anahtar kelimeler : Meccel divertikülü, volvulus, septik şok, TAMOF, plazma değişimi

15. ÇOCUK ACİL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-POSTER BİLDİRİLER-

P-056

SLE İLİŞKİLİ BİR LUPUS ANTİKOAGÜLAN HİPOPROTROMBİNEMİ SENDROMU: OLGU SUNUMU

Ebru Azapağası¹, Selman Kesici⁴, Burçe Orman², Semanur Özdel³, Mehmet Bülbül³,

¹ Dr. Sami Ulus Kadın Doğum Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi, Çocuk Yoğun Bakım, Ankara

² Dr. Sami Ulus Kadın Doğum Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları, Ankara

³ Dr. Sami Ulus Kadın Doğum Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi, Çocuk Romatoloji Anabilim dalı, Ankara

⁴ Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Çocuk Yoğun Bakım, Ankara

Giriş : GİRİŞ: Lupus Antikoagülan Hipoprotrombinemi Sendromu nadir görülen bir klinik bozukluktur. Kazanılmış faktör 2 eksikliği ve lupus antikoagülan pozitifliği ile karakterizedir. Hafif mukokütanöz kanamalardan hayatı tehdit eden gastrointestinal ve pulmoner kanamalara kadar gidebilir. Sıklıkla Sistemik Lupus Eritematozis'e (SLE) eşlik etmekle birlikte Adeno virüs gibi viral enfeksiyonlar ve ilaca bağlı olarak da ortaya çıkabilir. Biz bu yazıda durdurulamayan menstrüel kanamaları nedeniyle şoka giren ve yoğun bakıma yatırılarak araştırıldığı sırada önce Sistemik Lupus Eritematozis (SLE), ardından Lupus Antikoagülan Hipoprotrombinemi Sendromu tanısı konulan ve steroid tedavisi ile uygun bir şekilde tedavi edilen bir adolosan olguyu sunduk.

Gereç-Yöntem : OLGU SUNUMU: Daha önceden bilinen bir hastalığı olmayan 16 yaşındaki kız hasta, şiddetli adet kanaması, ekimoz ve makroskobik hematüri nedeniyle hastanemiz çocuk yoğun bakım ünitesine başka bir merkezden sevk edildi. Hastanın öyküsünden 3 hafta önce şiddetli menstrüel kanamalarının olduğu ve bu sırada Hb düzeyinin 6 gr/dl ye kadar düştüğü, başvurduğu hastanede eritrosit süspansiyonu ve taze donmuş plazma (TDP) desteği yapıldıktan sonra eve gönderildiği ancak kanamalarının hiç azalmadığı ve zaman içinde kanamalara idrarda hematüri ve kolda ekimozlarında eşlik ettiği öğrenildi. Hastanın ateşi, ishal ve kusma öyküsü yoktu. Özgeçmişinden 5 yıldır adet gördüğü, adetlerinin daha önceleri düzenli olduğu ve kanama miktarının normal olduğu, küçükken tonsillektomi operasyonu geçirdiği operasyon sonrasında kanama probleminin olmadığı öğrenildi. Hasta hastanemiz yoğun bakım ünitesine kabul edildiğinde genel durumu orta, halsiz ve düşük görünümde idi. Geri solumasız rezervuarlı maske ile oksijen alıyordu. Ajite ve takipneikti. VI: 36.5 Nb: 80/dk TA: 100/80 mmHg SS: 30 /dk SpO2: 95 (O2li) O2'siz SpO2:75-80 Obes görünümdeki hastanın yüzünde bilateral yaklaşık 3x3 cm çapında soluk renkli lezyon, her iki kolunda bilateral yaygın ekimozlar vardı. (Figür 1- Figür 2) Hasta yoğun bakım ünitesine kabul edildiğinde; beyaz küre sayısı (WBC) 5,600 gr/L (normal aralık, 4,000–10,000), trombosit sayısı 167,000 gr/L (normal aralık, 150,000–400,000), ve hemoglobin düzeyi 8 g/dL (normal aralık, 11,8–14,8) idi. Periferik yaymada şistositler, ekinositler ve mikrositer eritrositler vardı. Koagülasyon parametrelerinden PT 42 sn INR 4.1 idi. PTT sonuçlandırılmadı. Fibrinojen 330 g/L (238-498) D-Dimer: < 190 ng/ml idi. Trombin zamanı 13.5 sn (normal) bulundu. Faktör ,V,VII, X düzeyleri sırayla 80.6 %, 82.0 %, ve 78.7 % ile normal sınırlardayken , factor II düzeyi 5.9 % olarak belirgin oranda düşük saptandı.(70-130). Diğer faktör düzeylerinde belirgin bir anormallik izlenmedi. Direk combs testi negatifti. Serolojik testlerden anti-HCV, HBsAg, ve anti-HBs negatifti. CMV IgM-G negatif ,EBV IgM-G negatif, Mycoplasma pnömonia IgM-G negatif olarak saptandı. Solunum yolu viral paneli negatifti. Kan Kültürü ve İdrar Kültüründe üreme olmadı. Otoimmün tetkiklerden, C4 6.17mg/dL (17 - 40 mg/dL), C3 23.6mg/dL (60 -140mg/dL) düşük idi. ANA: 3.56 (pozitif) Anti Ds Dna:>300 (pozitif) Lupus Antikoagülanı 178 (pozitif) Anti-Sm antikor ve Antihiston antikor pozitif idi. Antikardiyolipin Ig M, Antikardiyolipin Ig G , Antiribozomal P protein , Anti-Jo1, Anti sentromer antikor, Anti-Scl 70, Anti-SSB , Anti SSA , Anti-Sm/RNP , Anti beta-2 glikoprotein 1 Ig M ve Anti beta 2 glikoprotein 1 Ig G antikorları ise negatif olarak saptandı. Hastanın izlemde kreatinin düzeyleri 1.2 mg/dl, kan üre nitrojen düzeyi 33 mg/dL yükseldi. Agresif yapılan taze donmuş plazma ve eritrosit süspansiyonlarına rağmen hastanın kanamaları kontrol edilemedi. Hastaya öykü, fizik muayene ve laboratuvar tetkikleri sonucunda SLE tanısı konuldu. Lupus antikoagülan pozitifliği , faktör 2 düzeyindeki düşüklük ve hematüri ve hemorajinin eşlik ettiği kanama bozukluğu nedeniyle Lupus Antikoagülan Hipoprotrombinemi Sendromu tanısı alan hastanın bu bozukluğu SLE ye sekonder olarak değerlendirildi.. Hastaya yüksek doz steroid tedavisi başlandı (methylprednisolone 1000 mg) ve 3 gün verildi. Ardından 60 mg prednisolon ve hidrokortikoidin tedavileri ile devam edildi. Tedavinin 3. Gününde hastanın menorajisi belirgin derecede geriledi, hematürisi düzeldi ve oksijen ihtiyacı kalmadı. Tam kan sayımında Hb 12.6 g/dL, WBC 6850 cells/mm³, trombosit sayısı 153,000 cells/mm³ idi. 6 gün sonra PT, PTT ve INR düzeyleri normale geldi, böbrek fonksiyon testleri düzeldi ve yeni bir kanama epizodu görülmedi. Hasta yoğun bakım yatışının 6. Gününde pediatrik romatoloji bölümüne devredildi. Tanı konulduktan 20 gün sonra böbrek biyopsisi class IV lupus nefriti olarak sonuçlandı. (membranoproliferatif glomerulonefrit). Hasta halen romatoloji polikliniği tarafından ayaktan takip edilmektedir.

Bulgular : TARTIŞMA: Daha önceden bilinen bir kanama öyküsü olmayan bir hastanın hafif düzeyden orta-ağır düzeye kadar kanama yakınmasının olması, bu durumu açıklayacak aile öyküsünün olmaması, PT-PTT değerlerinde uzama, Lupus Antikoagülan pozitifliği , Faktör 2 düzeyinde düşüklük, trombin zamanı, fibrinojen düzeyi ve trombosit sayısının normal olması Lupus Antikoagülan Hipoprotrombinemi Sendromunu düşündürülmelidir. Tedavide birinci seçenek steroiddir. Bizim hastamızda bu sendrom SLE ile birlikte görülmüştür. Ancak ilaçlar ve adenoviral enfeksiyonlar gibi farklı nedenlerinde bu sendroma eşlik edebileceği akılda tutulmalıdır. Anahtar Kelimeler: Sistemik Lupus Eritematozis, Lupus Antikoagülan Hipoprotrombinemi Sendromu, Adolosan, Kanama

15. ÇOCUK ACİL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-POSTER BİLDİRİLER-

Muayene bulgusu



Malar raş

Muayene bulgusu



Ekstremiterde ekimotik görüntü

Anahtar kelimeler : Sistemik Lupus Eritematozis, Lupus Antikoagülan Hipoprotrombinemi Sendromu, Adelosan, Kanama

P-057

YENİDOĞAN TARAMA TESTİ YAPILMAMIŞ MORTAL BİOTİNİDAZ EKSİKLİĞİ

Alper Divarçı¹, Eylem Kıral¹, Ayşe Filiz Yetimakman¹

¹ Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Yoğun Bakım Bilim Dalı, Şanlıurfa

Giriş : Biotinidaz eksikliği, otozomal resesif kalıtılan doğumsal metabolik hastalıktır. Biotin, insanlarda dört farklı karboksilaz enziminin (propionil Coa karboksilaz, metilkrotonil Coa karboksilaz, asetil CoA karboksilaz, pirüvat karboksilaz) esansiyel kofaktörüdür. Eksikliği, organik asit metabolizması ve glukoneogenez basamaklarında bozukluğa sebep olan ve mortal seyrebilen multiple karboksilaz enzim defektine yol açmaktadır. Tedavi edilmeyen olgularda konvülsif şikayetler, hipotoni, beslenme bozuklukları, büyüme geriliği, görme bozuklukları, işitme kaybı, ataksi, alopesi ve ciltte döküntü gibi nörolojik ve dermatolojik bulgular görülebilmektedir. Burada konvülsiyon, sepsis nedeniyle yatırılan, ex olduktan sonra biyotidinaz eksikliği tanısı alan olgu sunulmuştur.

Olgu : Bilinen bir hastalığı olmayan 11 aylık F.C. isimli hasta konvülsiyon ve genel durum bozukluğu nedeniyle çocuk yoğun bakım servisimize yatırıldı. Öyküsünden hastaneye başvurusundan iki gün önce solunum güçlüğüne başladığı, son birkaç haftadır beslenme bozukluğunun olduğu, annesini takip etmediği ve tepki vermediği, Suriyeli ailenin üçüncü çocuğu olup evde doğduğu ve yenidoğan taramalarının yapılmadığı; doğduğundan beri hipotonik olduğu öğrenildi. Fizik muayenesinde ateş 38.5 °C, kalp tepe atımı 170/dakika, kan basıncı 60/30 mmHg, Cilt soluk, ödemli, tüm vücutta soyulma ve hiperpigmentasyon ile karakterize dökün-

15. ÇOCUK ACIL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-POSTER BİLDİRİLER-

tüleri, karaciğer 3 cm palpable olup, bilinç kapalı, ağırlı uyarana yanıtı zayıf ve spontan solunumu yeterli olmayan hasta entübe edilerek mekanik ventilatörde SIMV-PS modda izlendi. Laboratuvar tetkiklerinde Hb 6 g/dL trombosit 18.000 /mm³ beyaz küre .../mm³ CRP 181 mg/L(0-5) prokalsitonin 92 ng/ml, kan gazı incelemesinde pH 6.5 pCO₂ 18, HCO₃ 1.6, laktat 25.9, ALT 178 U/L AST 377 U/L Albumin 1.36 g/dL Na 128 mmol/L K 3.16mmol/L Amonyak 83(...) saptandı. Septik şokta olan hastaya dopamin ve adrenalin infüzyonu, trombosit süspansiyonu, eritrosit süspansiyonu ve albumin desteği verildi. Ampirik sefotaksim başlandı. Kontrol kan gazı metabolik asidoz ile uyumlu olan hastaya sıvı ve sodyum bikarbonat desteği sağlandı. Metabolik hastalık etyolojisi açısından hastadan tarama tetkikleri gönderildi. Yatışının 6.saatinde kardiyak arrest gelişen hasta kaybedildi. Metabolik testlerinde "Biyotidiaz aktivitesi" 1,1nmol/ml/dk (4,2-12,8) olan hasta biyotidiaz eksikliği tanısı aldı. Aile hastalık hakkında genetik danışmanlık verildi.

Sonuç : Serum biotidiaz eksikliği, enzim aktivitesinin %10' dan daha az olmasına göre ağır biotidiaz eksikliği ve %10-30'u arasında olmasına göre kısmi biotidiaz eksikliği olarak sınıflandırılmaktadır. Ağır biotidiaz eksikliği ilk 10 yaşta klinik bulgu veren erken dönem ve adölesan dönemde klinik bulgu veren geç dönem hastalık olarak ikiye ayrılmaktadır. Laboratuvar bulgularında laktik asidoz, organik asidüri ve hiperamonyemi saptanmaktadır. Takipsiz ve taramaları yapılmamış, metabolik asidoz ile başvuran hastalarda; hipotoni, beslenme bozukluğu ve çevreye ilgisinin azalması halinde sepsis bulguları da varsa biyotidiaz eksikliği düşünülmeli ve tanıya yönelik organik asit ve enzim tarama testleri gönderilmelidir. Tedavisi olan Biotidiaz eksikliği tanısının tarama testleriyle erken dönemde konması sensörinöral işitme kaybı ve optik atrofi gibi geri dönüşü olmayan bulguların ortaya çıkmasını önleyebilir.



hastanın cilt döküntüleri

Anahtar kelimeler : biotidiaz, tarama testi, suriye

15. ÇOCUK ACIL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-POSTER BİLDİRİLER-

P-058

AKUT İNFANTİL HEMORAJİK ÖDEM: BİR OLGU SUNUMU

Halise Akça¹, Can Demir Karacan¹

¹ Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD Çocuk Acil BD, Ankara

Giriş : Akut infantil hemorajik ödem, süt çocukluğu döneminde görülebilen ve ateş, ödem ve purpurik deri döküntüleri ile karakterize derinin akut lökositoklastik vaskülitidir. Hastalığın etiolojisi kesin olmamakla beraber, enfeksiyonlar, immünizasyon ya da ilaçlar sorumlu olabilmektedir. Spesifik tedavisi bulunmamaktadır. Özellikle meningokoksemi, septisemi, purpura fulminans, Henoch-Schönlein purpurası ve diğer döküntülü hastalıklarla ayırıcı tanısı yapılmalıdır. Hastalığın başlangıcı oldukça gürültülü bir seyir izlemesine karşın, klinik gidiş benign karakterde olup kısa sürede tamamen iyileşmektedir. Burada, ateş ve döküntü yakınmasıyla gelip akut infantil hemorajik ödem tanısı alan bir çocuk olgu sunulmuştur.

Olgu : Bir yaşında kız hasta yüksek ateş ve döküntü yakınmalarıyla Çocuk Acil Servisine getirildi. Öyküsünden ateşin 5 gündür devam ettiği, döküntülerin 1 gün önce başlayıp hızla yayıldığı öğrenildi. Genel durumu orta, bilinci açık, vücut sıcaklığı 38,8 °C, nabız 128/dk, sO₂ 96 ve kan basıncı 108/68 mmHg idi. Diş eti ve damakta peteşiler, her iki kulak kepçesinde ödem, ekimoz ve sağ kulak kepçesi üzerinde 0,5 cm'lik bül, yanaklar, bacaklar ve ayak tabanlarında farklı boyutlarda, çok sayıda, basmakla solmayan purpura ve ekimozlar, sol ayak parmaklarından başlayıp ayak bileği lateral yüzüne doğru yayılan ekimotik alan, sağ el 2. parmak ve sol ayak bileğinde şişlik, kızarıklık, ısı artışı ve hassasiyet mevcut, sistem muayeneleri doğaldı (Resim 1-6). Laboratuvar tetkiklerinden tam kan sayımında beyaz küre sayısı 17250 /mL, hemoglobin 7 g/dL, trombosit sayısı 320000 /mL, serumdan bakılan CRP 22,1 (0-5), sodyum 133 mmol/L, AST 71 U/L, ALT 83 U/L, PT 14,8 sn, APTT 25,6 sn, INR 1,36, kan gazında pH 7,41, laktat 1,6 mmol/L ve idrar tahlili normaldi. Tüm batin ultrasonografisi ve Ekokardiyografisi normal olarak raporlandı. İlk gelişindeki öykü ve bulgularla meningokok enfeksiyonu olabileceği düşünülen hastaya 100 mg/kg dozunda parenteral seftriakson tedavisi uygulandı. Ancak hastanın detaylı muayenesi sonrasında infantil hemorajik ödem olabileceği düşünülerek Çocuk Romatoloji Bölümüne devredildi. Hastanın detaylı tetkikleri sonucunda nihai tanısının bizim ön tanımımızla benzer şekilde infantil hemorajik ödem olarak belirtildiği öğrenildi.

Sonuç : Çocukluk çağıının selim seyirli ve kendiliğinden düzelen tablolarından biri olan akut infantil hemorajik ödemin ölümcül sonuçlara yol açabilen diğer döküntülü hastalıklarla kolaylıkla karışabileceği ve farklı tanıları konulabileceği vurgulanmak istenmektedir.

Bulgu

Resim 1



Yanaklar ve sol kulak kepçesinin görünümü

15. ÇOCUK ACİL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-POSTER BİLDİRİLER-

Resim 2



Sağ kulak kepçesinin görünümü

Resim 3



Ayakların görünümü

Anahtar kelimeler : ateş, çocuk, döküntü

15. ÇOCUK ACİL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-POSTER BİLDİRİLER-

P-059

PRİMER HİPEROKSALÜRİ TANISI ALAN SÜT ÇOCUĞU OLGUSU

Mutlu Uysal Yazıcı¹, Ebru Azapağası¹, Selman Kesici², Evrim Kargın Çakıcı³, Asburçe Olgaç⁴

¹ Ankara Dr. Sami Ulus Çocuk Hastanesi Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi

² Ankara Hacettepe Üniversitesi İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi

³ Ankara Dr. Sami Ulus Çocuk Hastanesi Çocuk Nefroloji Bilim Dalı

⁴ Ankara Dr. Sami Ulus Çocuk Hastanesi Çocuk Metabolizma Bilim Dalı

Giriş : Primer hiperoksalüri tip 1(PH1) 'de gliksilatı glisine çeviren hepatik peroksizomal bir enzim olan alanin gliksilat aminotransferaz (AGT) enzim aktivitesi azalır ya da yoktur.AGT proteini 2q36-37 kromozomda olan AGTX geni tarafından kodlanmaktadır. 150'den fazla mutasyon tanımlanmıştır. Bu mutasyonların bir çoğu tek bir aileye spesifik mutasyonlardır. PH1 prevalansı milyonda 1-3 arası iken, Türkiye'de yapılan bir çalışmada son dönem böbrek yetmezliği etyolojisinde PH1 oranı %2.7 olarak bulunmuştur.(1) Heterojen bir hastalık, OR geçişli, farklı klinik ve belirtiler görülmekle beraber ilk etkilenen organ böbreklerdir. Böbrek yetmezliğinin nedeni kalsiyum oksalat depozitleridir. Akraba evliliği, aile öyküsü ve 1 yaş altı bebek olması risk faktörleridir. Hastalığın tanısı idrarla yüksek oksalat atılımı,belirgin artmış plazma oksalat konsantrasyonu, dokularda kalsiyum oksalat kristallerinin gösterilmesi, karaciğerde peroksizomal AGT aktivitesinin düşüklüğünün gösterilmesi ile konur. Tedavide destek tedavisi, diyaliz yöntemleri ve pridoksin verilirken kesin tedavi karaciğer ve böbrek transplantasyonu beraber yapılmasıdır. İzole renal transplantasyon total enzim eksikliğinde hemen daima hızlı rekürrens ve greft zedelenmesi ile sonuçlanır.Bu nedenle kombine karaciğer/böbrek transplantasyonu yapılmalıdır.

Gereç-Yöntem : Daha öncesinden sağlıklı olan 10 aylık erkek hastanın öksürük, burun akıntısı ve nefes darlığı şikayetleri başlamış. Çocuk acile başvurusunda bilinç değişikliği ve asidotik solunumu mevcutmuş. Acil laboratuvar tetkiklerinde kan gazında pH: 6.9, Hco3:5 CO2 : 12 laktat: 15 olarak saptanıp solunum yüzeyleşen hasta entübe edilip çocuk yoğun bakım ünitesine kabul edildi. İzlemde idrar çıkışı olmayan BUN:120 Cr: 11 olan hastaya CVVHDF tedavisi başlandı. Hastanın prenatal öyküsünde 36 yaş anenin G2Y2 olarak sezeryanla (mükerrer)3600gr dünyaya geldiği, kilo kaybı, sarılık, emmeme ve pnömoni nedeniyle 20 gün yenidoğan yoğun bakımda tedavi edildiği, anne ve baba arasında birinci derece kuzen evliliği olduğu öğrenildi. Hastanın metabolik asidozu, hipoalbuminemi ve laktat yüksekliği dirençli seyredince metabolik hastalık, protein kaybettiren enteropati ve mitokondriyal hastalık ön tanıları düşünüldü.Orali kapatılıp TPN başlandı. CVVHDF tedavisi ile asidozu düzelen, pnömonisi gerileyen hasta ekstübe edilerek HFNC alındı. Kronik böbrek yetmezliği nedeniyle hastanın uzun dönem renal replasman tedavisi için periton diyalizi açıldı. CVVHDF sonlandırıldı. Göz muayenesinde oksalat kristalleri saptanan hastada primer hiperoksalüri tanısı düşünüldü.İKAA, Tandem MS , immunglobulinler ve lipid profili gönderildi.Kan kültüründe MRSE üredi meropenem ve linezolid tedavileri başlandı. Ekokardiyografi: kalbin sistolik ve diastolik kasılma fonksiyonları : normal Abdominal ve renal USG: her iki böbrek parankim ekojenitesi grade 3 artmış, korteks ve medulla ayrımı yapılamıyor.Her iki böbrek medullasında medüller nefrokalsinozis görüldü. yatışının 20. gününde tanısız tetkilerinde metabolik hastalık saptanmayan ve kronik böbrek yetmezliği olan hastaya böbrek biyopsisi yapıldı ve primer oksalozis tanısı koyuldu. İzlemde perifer ve kateter kültüründe candida üremesi saptandı tedavisine caspofungin eklendi, hasta tekrar entübe edildi. Hipotansiyonu gelişti adrenalin ve dopamin tedavileri verildi.Pansitopenisi gelişti eritrosit, trombosit ve plazma destekleri verildi. Hastanın genel durum bozukluğu mantar sepsisi ve hipotansiyonu devam etti, inotrop tedavileri artırıldı, vorikonazol tedaviye eklendi fakat hasta arrest oldu yatışının 35. gününde mantar sepsisinden ex oldu.

Bulgular :

Sonuç : Çocukluk çağında nefrokalsinozis ya da nefrolitiazis saptanan olgularda hiperoksalüri mutlaka düşünülmeli, erken ve doğru tanı için ileri analizler ve genetik çalışma planlanmalıdır Belirti ve bulguları ile hastalığın erken dönemlerinde olan hastalara kesin tanı ile tedavinin erken başlanabilmesi ve Son dönem böbrek yetmezliği gelişmeden hastalara nakil planlanması önemlidir. Ailesinde böbrek taşı ya da diyalize giren hastalar hele ki akraba evliliği varsa mutlaka ayırıcı tanıda primer hiperoksalüri akılda tutulmalıdır.

Anahtar kelimeler : oksalozis, süt çocuğu, primer hiperoksalüri

P-060

ANTI- N-METİL-D-ASPARTAT RESEPTÖR (NMDAR) ENSEFALİT TANISI ALAN OLGU SUNUMU :

Mutlu UYSAL YAZICI¹, Ebru AZAPAĞASI¹, Selman KESİCİ², Ülkühan ÖZTOPRAK³, Erhan AKSOY³

¹ Ankara Dr. Sami Ulus Çocuk Hastanesi Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi

² Ankara Hacettepe Üniversitesi İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi

³ Ankara Dr SAMİ ULUS Çocuk Hastanesi Çocuk Nöroloji Bilim Dalı

Giriş : Anti- N-Metil-D-Aspartat Reseptör (NMDAR) Ensefaliti; çocuklarda otoimmün , nöbet, hareket bozukluğu , psikolojik değişiklikler , uyku değişikliği ve konuşma bozukluğu ile seyreden nadir görülen bir ensefalit çeşididir(1).Akut veya subakut başlangıçlı extrapiramidal, psikiyatrik ve epileptik semptomlarla görülebilir. Çocuklarda otoimmün ensefalitin sık görülen nedenlerinden biridir.%45-50 oranında görülür(2). BOS ve serumda saptanan Anti-NMDA reseptörlerine karşı gelişen antikorların saptanması ile tanı koyulur.EEG ve kraniyal görüntülemeye spesifik özellik yoktur.Erken tanı koyulması ve spesifik tedavi prognozu doğrudan etkilediğinden önem arz etmektedir. Bu çalışmamızda limbik ensefalit öntanısıyla gönderilen Anti- N-Metil-D-Aspartat Reseptör (NMDAR) Ensefaliti tanısı alıp Rituximab ile başarılı bir şekilde tedavi edilen 8 yaşında bir erkek hasta anlatılmaktadır.

Gereç-Yöntem : Daha öncesinden mental motor gelişimi normal olan 8 yaşında erkek hasta; konuşmasında bozulma,ağızda kayma ve yalanma yutkunma şikayetleri başlamış.ateşi olmamış. günde beş kez olan kusma,dilde dolanma,yalanma yutkunma şeklinde anlamsız hareketler ve ellerinde kasılma başlamış. Konuşması yavaş,konuşurken yeni kelimeler üretiyor,yönergeleri yapamıyor-

15. ÇOCUK ACIL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-POSTER BİLDİRİLER-

muş.Yemek yerken salyası akıyor, yiyecekleri yutamıyormuş. ortama ve duruma uygun davranmıyormuş.Son fizik muayenesinde ateş: 36.8C O2 sat: 98 kalp hızı: 100 atım/dk TA: 110/70 mmHg GKS: 12 kendi kendine konuşuyor,havada birşeyleri tutmaya çalışıyor,yavaş ve anlamsız konuşuyor, karşılıklı iletişimi sürdürüyordu, diğer sistem muayeneleri doğal. öz ve soygeçmişinde özellik yok. Gelişim basamakları yaşlıları ile uyumlu ilkökul 2. sınıfa geçmiş. Hastada ayırıcı tanıda ensefalit, ilaç intoksikasyonu ve stroke ön tanıları düşünülmedi. Hastanın fizik muayenesinde toksidrom bulguları yoktu ve aile ile detaylı konuşulduğunda ilaç alım öyküsü olmadığı öğrenildi. Hastanın CBC'de Hb:10,6 gr/dl BK: 21.200 Trombosit:258.00 kan biyokimyası normaldi. Kraniyal görüntüleme çekilerek lomber ponksiyon yapıldı.BOS protein 22.9 mg/dL, BOS glukoza: 58 (eş zamanlı kan şekeri: 83 mg/dl) BOS laktat: 17.7 mg/dl antikardiyolipin ve antifosfolipid antikorları : Negatif BOS mikroskopik incelemesinde hücre görülmedi. Kraniyal MRG : Sağ temporal lobda axiyal kesitlerde belirgin ödem görülmekle beraber bulgular ensefaliti desteklemektedir. BOS enteroviral ve herpes serolojisi: Negatif limbik ensefalit açısından otoantikör düzeyleri gönderilerek 30 mg/kg pulse steroid, 400 mg/kg/gün IVIG, Seftriakson ve Asiklovir ve beyin ödemi için %3 hipertonic salin tedavileri başlandı. EEG'de: sağda daha belirgin olmak üzere bilateral temporalde yavaşlama görüldü. Levotiresetam tedavisi başlandı. Kraniyal MRG ve Difüzyon MRG incelemesi: normal olarak saptandı. Troid fonksiyon testleri,troid otoantikörleri, ANA, AntiDsDNA normal saptandı. BOS'da limbik ensefalit panel sonucunda NMDA antikoru 1/1000 pozitif saptandı. Hastanın kliniğinde belirgin düzelme olmayınca albumin ile 1.5 hacimle plazma exchange tedavisine başlandı.Toplamda 7 seans plazma değişimi yapıldı. IVIG ,yüksek doz steroid tedavisi verildi.Paraneoplastik sendrom açısından hasta araştırıldı pozitif birşey saptanamadı. Hastanın izleminde 30 sn süreli dudaklarda sola çekme,el ve ayaklarda atım tarzında nöbeti oldu hastanın aldığı levotiresetam dozu artırıldı ve valproik asit tedaviye eklendi. NMDA ensefaliti tanısıyla izlenen, IVIG tedavisi tekrarlanmasına rağmen hastanın kliniğinde iyileşme olmaması üzerine ikinci basamak tedavi olarak rituksimab tedavisi başlandı.1 mg/kg/gün levadopa başlandı. Rituksimab üçüncü doz tedavisinden sonra hastanın konuşması düzeldi, nöbeti olmadı, psikolojik semptomları geriledi. Hasta yatışının 27. gününde genel durumu iyi ve tamamen normale gelerek taburcu oldu. Altı ay sonra nöroloji poliklinik kontrolüne geldiğinde genel durumu iyi olarak okul yaşantısına devam ettiği öğrenildi.

Bulgular : Daha öncesinden sağlıklı olan ve nörolojik bozulma ile gelen hastalarda intoksikasyonlar yanında ensefalitler de önemli bir yer tutmaktadır. Otoimmün ensefalitler'den NMDA ensefaliti nadir görülmekle birlikte tanısı kolay ve spesifik tedaviye hızlı cevap vermektedir. Özellikle uyku değişikliği, davranış değişikliği ve konuşma bozukluğu da eşlik eden ensefalitlerde NMDA ensefaliti düşünülmeli ve BOS 'dan antikör bakılmalıdır. Daha öncesinden sağlıklı olan ve nörolojik bozulma ile gelen hastalarda intoksikasyonlar yanında ensefalitler de önemli bir yer tutmaktadır. Otoimmün ensefalitler'den NMDA ensefaliti nadir görülmekle birlikte tanısı kolay ve spesifik tedaviye hızlı cevap vermektedir. Özellikle uyku değişikliği, davranış değişikliği ve konuşma bozukluğu da eşlik eden ensefalitlerde NMDA ensefaliti düşünülmeli ve BOS 'dan antikör bakılmalıdır. Referanslar: 1) Anti-NMDA Encephalitis in a 13-year-old Female: A 24 month clinical follow-up 2)Florance NR, Davis RL, Lam C, Szperka C, Zhou L, Ahmad S, et all. NMDAR encephalitis in children and adolescents. Ann Neurol 2009;66 (1):11-8

Anahtar kelimeler : NMDA ensefaliti, nöbet, insomnia

P-062

DİRENÇLİ STATUS EPİLEPTİKUS TABLOSUYLA TAKİP EDİLEN OLGUDA NADİR ETİYOLOJİ: ATEŞİN TETİKLEDİĞİ EPİLEPTİK SENDROM (FİRES)

Büşra Özgünay¹ , Muhterem Duyu¹ , Elif Yüksel Karatoprak¹ , Merve Çetin¹ , Gülçin Nimet Özdemir¹ , Ecem Ösken¹ , Mehmet Baki Şenyürek¹ , Bekir Kesgin¹ , Melike Böleken Aras¹ , Elifcan Çınar¹

¹ Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi

Giriş : Çocuk acil servis başvurularının %1.5'ini nöbetler oluşturmaktadır. Bu hastaların %6-7'si ise status epileptikus tablosunda gelir . Status epileptikus 30 dakikadan uzun süren tek nöbet veya arada bilincin tam olarak normale dönmediği iki ya da daha fazla nöbetin peş peşe tekrarladığı durum olarak tanımlanır.Genellikle 5 dakikadan uzun süren nöbetlerin kendiliğinden durmadığı ve devam ettiği süre boyunca tedaviye dirençli olduğu bilinmektedir,bu yüzden 5 dakika üzerindeki nöbetler status epileptikus olarak tanımlanmaktadır.NORSE-New onset refractory status epilepticus (Yeni Başlangıçlı Refrakter status Epileptikus), sağlıklı bir kişinin aniden uzun süreli nöbet veya nöbet kümesine sahip olduğu yaşamı tehdit eden bir durumdur.Neden başlangıçta tespit edilemez ve standart antiepileptikler ile kontrol edilemez. NORSE her yaşta insanı etkileyebilir, ancak genç yetişkinlerde ve çocuklarda daha yaygındır.Nöbet başlangıcından 24 saat ile 2 hafta öncesine kadar ateşin eşlik ettiği olgular Febril Enfeksiyon ile ilişkili Epilepsi Sendromu (FİRES) olarak adlandırılan NORSE alt tipi olarak sınıflandırılmaktadır. Bu kişilerde nöbetler zamanla daha uzun ya da sık görülür, günler, haftalar veya aylar sürebilir.Bu olguda status epileptikus öntanısıyla takip edilmekte olan hastanın izleminde çoklu antiepileptiklere dirençli nöbetlerinin olduğu sürecin anlatılması ve dirençli nöbetler ile seyreden hastalarda nadir görülen bu sendromun ayırıcı tanıda düşünülmesi gerektiği amaçlanmıştır.

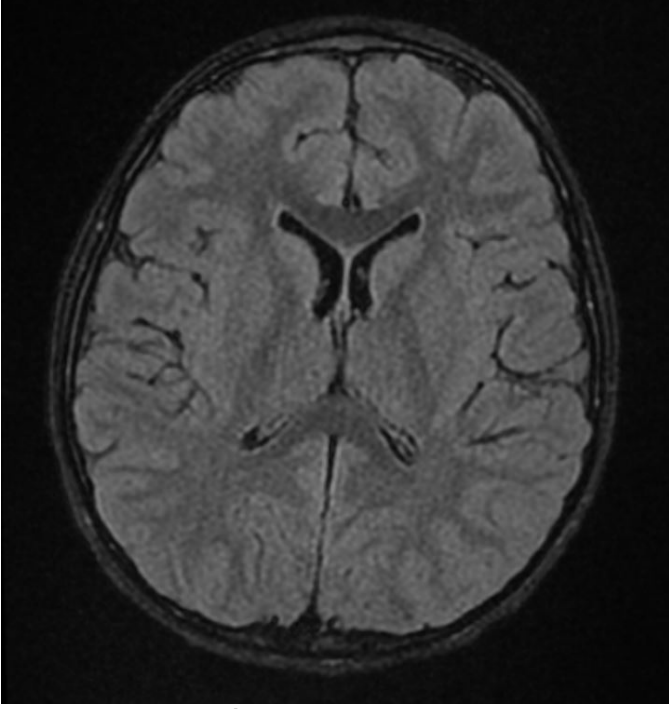
Bulgular : Bilinen hastalığı olmayan, 1.derece yakınlarında konvülsiyon öyküsü bulunmayan 10 yaşında erkek hasta ateş ve öksürük şikayetiyle dış merkeze başvurmuş ,tonsillit tanısıyla oral antibiyotik başlanmış. Ateşi düşen ,4 gün boyunca ateşi olmayan hastanın 4.günde evde baş sağa deviyeye, sağ kolda tonik klonik tarzda nöbet aktivitesi olmuş. Nöbeti 15 dakikadan fazla süren hastaya, midazolam uygulanması sonrası nöbeti durmuş. Takibinde 2 kez jeneralize tonik klonik nöbet aktivitesi olması üzerine iv midazolam ve ke-tamin uygulanmış, levatirasetam 30 mg/kg/g yüklenmiş. Glaskow Koma Skoru (GKS) düşmesi üzerine entübe edilmiş. Nöbet aktivitesi devam etmesi üzerine midazolam ve fentanil infüzyonu başlanan hasta tarafımıza status epileptikus tanısıyla sevk edildi. Gelişinde GKS:E1M4VE(sedoanaljezi altında), IR+/, pupiller izokorik ve myotikti. Saturasyonu %100, KTA:147/dk TA:141/87mmHg, KDZ

15. ÇOCUK ACİL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

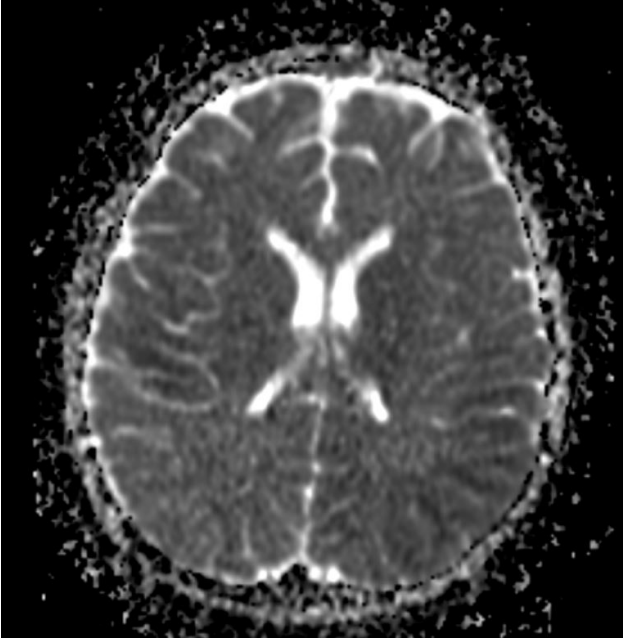
-POSTER BİLDİRİLER-

RESİM 1



KONTRASTLI KRANİYAL MRI

RESİM 2



KRANİYAL DİFÜZYON MRI

Sonuç : Ateşli Enfeksiyonla İlişkili Epilepsi Sendromu (Febrile infection-related epilepsy syndrome – FİRES), öncesinde sağlıklı çocuklarda birkaç günlük ateşli enfeksiyonu takiben oluşan nöbetlerle karakterizedir. Üç faz şeklinde görülür ;öncesinde sağlıklı çocuklarda basit bir ateşli enfeksiyonu ilebaşlangıç evresi, birkaç gün sonra fokal başlayıp sıklıkla refrakter status epileptikusa hızla dönüşen akut dönem ve son olarak ilaca dirençli epilepsi ve nöropsikolojik bozukluğun olduğu kronik bir faz şeklindedir. Semptomlar daha çok 3-15 yaş arası çocuklarda görülür. Status epileptikusun standart tedavisine cevap vermez ve diğer antiepileptikler ile ek tedavi gerektirir ve / veya nöbetlerin kontrol altına alınması için tıbbi olarak koma durumu oluşturulması gerekir,olgumuzda da bu şekilde olmuştur.Nöbetlerde baş deviasyonu gibi fokal başlangıç ve otonom bulgular olabilir. Ağızda ve ekstremitelerde operküler bölgenin tutulumunu işaret eden klonik nöbetler olabilir. Nöbetler, gün içinde onlarca defa tekrarlayabildikleri gibi çoğunlukla tedaviye dirençlidir ve status epileptikus tablosunu yoğun bakım şartlarında, genel anestetiklerle (propofol,barbitürat) takip etmek gerekir.BOS'ta mm3 'te 2–100 arası hücre görülebilmesine rağmen hastaların %75'inde pleositoz görülmez ,olgumuzda da bosta hücre saptanmadı. Klinik başlangıcından itibaren birkaç hafta ya da ay içinde nöbetler azalır ve bilinç normale dönmeye başlar. Nöbetler eski sıklığında olmasa da devam etme eğilimindedir. Kognitif olarak yürütücü işlevler, epizodik hafıza ve konuşma etkilenir. Genel anestezi faydalı olabilir fakat kognitif olarak negatif prognostik etkindir. En dirençli olgularda 1–2 ay süren dirençli nöbetler sonrasında ölüm görülebilir. Haftalar veya aylar içinde nöbetler kontrol altına alındıkça, hastaların şuuru açılır fakat kognitif yıkım

15. ÇOCUK ACIL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-POSTER BİLDİRİLER-

kalıcıdır. Akut fazdaki hastalarda nöbeti durdurmak için en etkili tedavinin burst supresyon koması yaratan barbiturat dozları vermek olduğu bazı serilerde bildirilmiştir. Kranial MR erken dönemde mesial temporal yapılar da şişme, T2 sinyal artışı ; geç dönemde bilateral mesial temporal atrofi olduğu bildirilmiştir. Ancak olguların yarısında MR normalde olabilir , bizim olgumuzda da bu şekildedir. PET de geç dönemde orbitofrontal ve temporoparietal bölgelerde hipometabolizma görülebilmektedir. Ketojenik diyet ,cannabinoid kullanımı, elektrokonvulsif tedavi (EKT) geç dönemde de hastaların yaklaşık yarısında etkinliği kanıtlanmış tedavi seçeneklerindedir. Olgumuzda barbiturat koması sonrası lidokain ile nöbet aktiviteleri kontrol altına alınmıştır. Lidokainin çoklu antiepileptik kullanımına dirençli status epileptikus olgularında kullanılabileceği belirtilmiştir. Kanadada 2015 yılında yapılan bir çalışmada 2 ile 8 arasında antiepileptik tedavi alan 235 refrakter status epileptikus pediatrik hastada lidokain bolus şeklinde tek başına, yada bolus ve infüzyon tedavisi şeklinde kombinasyon olarak kullanmıştır. Genel olarak, nöbetlerin% 60.0'ı lidokaine tam yanıtla yada nöbetlerin yüzde 50 sinde azalma şeklinde yanıt vermiştir. Olgumuzdada lidokain bolus sonrası infüzyona geçilmesiyle nöbet aktiviteleri kontrol altına alınabilmiştir . Sonuc olarak ateşin eşlik ettiği tedaviye dirençli status epilepticus vakalarında FİRES akılda tutulmalıdır.

Anahtar kelimeler : status epileptikus , febril konvülsiyon , ateş , barbiturat , lidokain

P-063

TAZE HAŞHAŞ BİTKİSİ TÜKETİMİ SONRASI MORTAL SEYREDEN OPIOİD İNTOKSİKASYONU

Gürkan Bozan¹ , Hasan Bora Ulukapı¹ , Ener Çağrı Dinleyici¹

¹ Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Eskişehir

Giriş : Haşhaş ülkemizde ve dünyada sıkça kullanılan ve önemli ekonomik özelliklere sahip bir endüstri bitkisidir. Papaver somniferum subsp. anatolicum var. nigrum (kör haşhaş) en sık tarımı yapılan varyantıdır. İçerisinde 35'in üzerinde alkaloid çeşidi bulunur. 1 En fazla miktarda bulunanları morfin, kodein, tebain, noskabin ve papaverindir. Afyondaki alkaloidlerin miktarları hasat zamanına göre değişmektedir. Afyondaki fenantren grubu alkaloidler (morfin, kodein, tebain) şiddetli bağımlılık yapma özelliğine sahiptir. Opioid intoksikasyonunda bradikardi, koma, gastrointestinal sistem motilitesinde azalma, baskılanmış mental durum, solunum baskılanması, hipotansiyon, hipotermi, miyozis görülürken yoksunluğu durumunda ajitasyon, ishal, diaforez, hipertansiyon, kramp, midriyazis, piloereksiyon, taşikardi, takipne, kusma, esneme görülür. Nalokson 1960'lardan itibaren opioid zehirlenmelerinde spesifik antidot olarak kullanılıyor olsa da önerilen dozlar ve uygulama yolları çeşitli kaynaklarda halen farklılık göstermektedir. Burada mortal seyirli bir opioid intoksikasyonu olgusu anlatılacaktır.

Olgu : Ailesi Afyon'da haşhaş tarlasında tarım işçiliği yapan 4 yaşında kız hasta yaklaşık 12 saat önce olduğu ifade edilen ham haşhaş bitkisi tüketimi sonrası sabah uyandırılmadığı için acil servise getirildi. Bilinci kapalı Glasgow Koma Skoru (GKS) 3 olan, solunumun yüzeysel olan ve kasılmaları olan hasta Yoğun Bakım Servisinde takibe alındı. Genel durumu kötü olan hastanın taşikardisi ve hipertansiyonu mevcuttu. Nörolojik muayenede bilinç kapalı, ağrılı uyarana yanıtı yok, derin tendon refleksleri hiperaktif idi. PRISM skoru 20, beklenen ölüm oranı %29,8 olarak hesaplandı. Serum opioid düzeyi 1196 ng/mL saptanan hastaya 0,1 mg/kg/doz intravenöz (IV) nalokson uygulandı. Sonrasında bilinci açıldı, GKS 7 saptandı. Nazogastrik sonda takılarak mide lavajı yapıldı. Bol miktarda haşhaş tohumu geldiği gözlemlendi. Mide aspiratının temiz geldiği görüldü. Dek mide lavajına devam edildi. Opioid intoksikasyonunun yanında organofosfat zehirlenmesi eşlik edebileceğinden hasta yıkandı. Kan gazı incelemesinde laktat 4,5 mmol/L Serum kreatinin kinaz (CK) 2263 IU/L saptanan hastada rabdomyolize yönelik 3000 ml/m²/gün alkalize mayi başlandı. Kontrol CK düzeyi 9194 IU/L saptanan hastanın laboratuvar değerleri, völüm yükü ve idrar çıkarımı göz önünde bulundurularak rabdomyolize bağlı böbrek hasarını önlemek amacıyla sağ juguler vene takılan hemodiyaliz kateteriyle 2 seans hemodiyaliz yapıldı. Trononin T 0,262 ng/mL, miyogloblin 886 ng/mL, kütle CK-MB 254 ng/mL yüksek izlenen hastaya 100 mg/kg/gün IV N-asetil sistein infüzyonu başlandı. Takibinin 10. saatinde ani solunum depresyonu gelişen hasta entübe edilerek SIMV basınç kontrol modda solutulmaya başlandı. Entübasyon sonrası çekilen PA akciğer grafisinde sağ akciğer üst zonda infiltrasyon izlenmesi üzerine Sefotaksim ve Teikoplanin antibiyoterapisi başlandı. Bilinci tekrar kapanan hastanın GKS 3 saptandı. Hastaya 0,0025 mg/kg/saat IV nalokson infüzyonu başlandı. Hipotansif seyreden hastaya 5 mcg/kg/dk IV dopamin infüzyonu başlandı. Kademeli olarak dozu artırıldı, dobutamin ve adrenalin eklendi. Ancak Nalokson infüzyonu sırasında sonradan hipertansif izlenen hastanın inotrop tedavisi azaltılarak kesildi. Hidrasyonu 2000 ml/m²/güne azaltıldı. Takibinin ikinci gününde serum opiat düzeyi < 70 ng/mL izlenmesi nedeniyle nalokson infüzyonu kademeli olarak azaltılarak kesildi. İdrar çıkarımı 9.6 ml/kg/saat olan ve serum sodyum (Na) düzeyi 169 mEq/L izlenen hastanın idrar Na, serum ve idrar osmolaritesi çalışıldı. Hastada diyabetes insipidus düşünülerek 0,3 mcg/kg/gün IV desmopressin asetat başlandı. Bilateral ışık refleksi alınamayan, pupilleri sabit dilate olan, spontan solunumu olmayan, beyin sapı refleksleri alınamayan hastanın kranial bilgisayarlı tomografisinde her iki hemikraniyumda intrakraniyal sulkus ve fissürlerde ödematöz silinme ve Lateral ventriküller silik gözlemlendi. Özellikle bilateral infratentorial alanda her iki serebellar hemisferde belirgin hipodens dansite değişikliği mevcut olarak değerlendirildi ve beyin ödemiyle uyumlu bulgular saptandı. 1 mg/kg/gün IV deksametazon tedavisi başlandı. Solunum depresyonunun nalokson infüzyonu sonrası gerileyeceği düşünülerek 2 gün IV hidrasyonla izlenen hastaya, takiplerinde beyin sapı reflekslerinin alınamaması ve nörolojik bulguların kötüye progresyonu sebebiyle ekstübasyon ve yakın zamanda enteral beslenme sağlanamayacağı düşünülerek total parenteral nutrisyon (TPN) başlandı. Takibinin altıncı gününde mekanik ventilatörde entübe basınç destekli modda izlenmeye devam eden ve beslenmeye başlanan hastada rezidü saptanması ve rezidü içeriğinde haşhaş tohumu izlenmesi üzerine mide lavajı tekrarlandı. Bol miktarda haşhaş tohumu geldiği izlendi. Kontrol serum opiat düzeyi 78 ng/mL saptandı. Günlük olarak mide lavajı yapıldı. Takibinde GKS 3 izlenen hastada near-infrared spektroskopisi (NIRS) ve ambulatuvar elektroensefalogram (EEG) takibi yapıldı. NIRS %56-60 arası seyretti. EEG de ise beyin elektriksel aktivitesinin önemli dercede azalmış olduğu görüldü. Permisif hiperkapni sağlandı. Beyin ödemi progresyonu değerlendirmesi amacıyla çekilen kontrol kranial BT sözel yorumunda ödem hala devam ettiği öğrenildi. Mannitol tedavisi başlandı. D-dimer >34 ng/mL saptanan, protrombin zamanı ve fibrinojen düzeyi normal olan hastanın yaygın damar içi pıhtılaşma skoru 5 hesaplandı ve taze donmuş plazma tedavisi başlandı. Takiplerinde 3 gün boyunca gayta çıkışı izlenmeyen hastaya lavman yapıldı. Takibinin 8. gününde gaytasında halen yoğun miktarda haşhaş tohumu izleniyordu. İzleminin 12. gününde hastanın genel durumda kötüleşme ve akciğerde bilateral krepitan raller duyulması ve lökositozu gelişmesi (WBC 17200 /mm³, ANS: 12600 /mm³) üzerine mevcut antibiyoterapisi kesilerek kaspofungin, meropenem ve linezolid tedavileri başlandı. PA akciğer grafisinde yaygın yeni infiltras-

15. ÇOCUK ACIL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-POSTER BİLDİRİLER-

yon alanları izlendi. Trombosit sayısı 28000/mm³ izlenen hastaya 10 ml/kg aferez trombosit süspansiyonu verildi. Takibinde furosemid, kaptopril ve amlodipin tedavilerine dirençli hipertansif izlenen hastaya 50 mcg/kg/dk IV esmolol infüzyonu başlandı. İzlemede hipotansif izlenen hastanın esmolol infüzyonu kademeli olarak azaltılarak kesildi. İzleminin 12. gününde hipotansif seyreden ve elektrokardiyogramda (EKG) yaygın ST depresyonu saptanan hastaya dopamin, dobutamin ve adrenalin infüzyonları başlandı. Kontrol serum opioid düzeyi 20 ng/dL idi. İzlemede tüp içine kanaması gelişen ve sonrasında kardiyak arrest olan hastaya kardiyopulmoner resüstasyon (KPR) başlandı. 35 ve 45 dakika olmak üzere iki kez KPR uygulanan hasta eksitus kabul edildi. Hastanın kullandığı ham haşhaş bitkisi aileden istendi ailenin getirdiği haşhaş bitkileri (Sapı, çiçek ve tohum kısımları ile birlikte) Anadolu Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Farmositik Toksikoloji departmanı tarafından analiz edildi. Bu bitkide baş ve sap kısmında çok yüksek oranda(daha önce rastlamadıkları düzeyde) Morfin, Kodein, Asetildihidrokodein, Papaverin ve Atropin alkaloidleri saptandı .

Sonuç : Opioid intoksikasyonu gelişmiş ülkelerde genellikle narkotik ajanların uyuşturucu amaçlı veya özkiyim amaçlı kullanımı sonucu oluşmakta ve bu durumlarda alınan ajanların içeriği ve dozları sıklıkla saptanabilmektedir. Bizim ülkemizde ise sosyokültürel olarak düşük bölgelerde bu tür maddeler içeren bitkilerin (Pat pat otu gibi) aileler veya çocuklar tarafından çiğ olarak keyif verici olarak tüketilmesi maalesef sık rastlanılan durumlardır. Hastamızın ailesi Afyon ilinde Haşhaş tarlasında çalışan tarım işçileridir. Ailenin diğer bireyleri de zaman zaman çiğ olarak Haşhaş tükettiklerini ifade etmiştir. Hastanın kullandığı ifade edilen bitkinin analizinde içeriğinde bulunan 5 farklı opioid daha önce çalışıldığı laboratuarda görülmemiş oranda yüksek saptandı. Ancak ne yazık ki bu sonuçları hastayı kaybettikten sonra elde edebildik. Dolayısıyla çiğ tüketilen bu tür bitkilere bağlı intoksikasyonlarda etkenin içeriği ve dozajı tam bilinemediği için takip ve tedavide zorluklar yaşanmaktadır. Aynı zamanda Nalokson dozu üzerinde bir fikir birliği oluşturulmuş değildir, kaynaklar arasında 13 kata kadar varan doz farklılıkları bulunmaktadır. Bu vaka özelinde 114 Zehir Danışma Hattından nalokson IV infüzyonu için pediatrik doz hakkında herhangi bir bilgi alınmamıştır. Doz seçimine yönelik algoritmalar üretilmesi için çalışmalar sürmekle beraber tedavi sürecindeki komplikasyonlar bu algoritmaların yürütülmesini kısıtlamaktadır. Yoksunluk geliştirmeden renarkotizasyonu önlemek için zorluk, bizim hasta yönetimimizde de karşılaştığımız Nalokson yan etkisi olarak hipertansiyon, Opioidlerin yağ dokusundan redistribüsyonu, gastrointestinal sistem motilite bozukluğu nedeniyle opioidin uzaklaştırılmasındaki güçlük ve sıklıkla ortaya çıkan Rabdomyoliz bunlardan bazılarıdır. Bizim hastamız kronik olarak opioide maruz kaldığından nalokson infüzyon dozu artırılması gerekiyordu fakat hipertansif seyretmesi nedeniyle sınırlı kalındı. Sonrasında opioid düzeyi normale dönmesine rağmen bilinç geri dönmedi. Goldfrank'in çalışmasında uzun süreli opioid antagonizmasına ihtiyaç duyulan hastalarda titrasyon sürecinde plazma opioid düzeyi sonlanım noktası olarak alınmış fakat şişman hastalarda opioidin yağ dokusundan redistribüsyonunun unutulmaması gerektiğinden bahsedilmiştir. Bizim hastamız obez değil fakat opioide sekonder GIS motilite bozukluğu olması nedeniyle lavman ile gayta çıkışı izlenmesine ve günlük mide lavajına rağmen KPR yapılırken halen mide içeriğinde haşhaş tohumu izlendi. Literatürde haşhaş tohumu tüketimi nedeniyle gelişen bağırsak obstürksiyonu sonrası kaybedilen bir olgu sunumu olmakla birlikte hastamızda motilite azalması ve tekrarlayan mide lavajları sırasında bol miktarda haşhaş tohumu izlenmekle beraber gayta çıkışı izlenmesi nedeniyle bu durumla karşılaşılmadı. Hastanın gastrointestinal sisteminden haşhaş tohumu uzaklaştırma amacıyla rektal lavman ve gastrik lavaj dışında total gastrik dekontaminasyon yöntemleri uygulanmadı çünkü motilitenin azaldığı durumlarda bu yöntemin kanıta dayalı olarak fayda sağladığı gösterilmemişti. Hastamızda hipernatremi ve diyabetes insipidus gözlemlendi fakat literatürde hiponatremi ve diyabetes insipidus olan bir olgu saptanmış. Rabdomyoliz opioid intoksikasyonunda sık görülen bir komplikasyon olup 9 hastamızda da izlenmiştir. Alkalize mayi ile hidrasyon ve hemodiyaliz sonrası hastamızda olumlu yanıt alınmıştır. Opioid intoksikasyonu sadece opioid bağımlılarında görülmemektedir. Haşhaş bitkisinin veya tohumunun ham şekilde veya çay olarak tüketilmesi de intoksikasyona yol açabilmektedir. Opioid intoksikasyonu tedavisinde opioidin ilaç olarak veya bitkiden direkt olarak alınması klinikte birçok farklılığı beraberinde getirmektedir. Nalokson tedavisindeki belirsizlikler ve karşılaşılan yan etkilerle mücadelenin yanı sıra intoksikasyona birçok komplikasyon eşlik edebilmektedir. Opioidlerin solumun depresyonu, bilinç değişikliği etkilerinin yanı sıra gastrointestinal sistem motilitesi bozukluğu, rabdomyoliz gibi diğer etkilerinin de klinik yönetimde gözardı edilmemesi ve araştırılması gerekmektedir. Opioid intoksikasyonunun mortal seyredebileceği unutmamalıdır.

Sonuç : Opioid intoksikasyonu sadece opioid bağımlılarında görülmemektedir. Haşhaş bitkisinin veya tohumunun ham şekilde veya çay olarak tüketilmesi de intoksikasyona yol açabilmektedir. Opioid intoksikasyonu tedavisinde opioidin ilaç olarak veya bitkiden direkt olarak alınması klinikte birçok farklılığı beraberinde getirmektedir. Nalokson tedavisindeki belirsizlikler ve karşılaşılan yan etkilerle mücadelenin yanı sıra intoksikasyona birçok komplikasyon eşlik edebilmektedir. Opioidlerin solumun depresyonu, bilinç değişikliği etkilerinin yanı sıra gastrointestinal sistem motilitesi bozukluğu, rabdomyoliz gibi diğer etkilerinin de klinik yönetimde gözardı edilmemesi ve araştırılması gerekmektedir. Opioid intoksikasyonunun mortal seyredebileceği unutmamalıdır.

Anahtar kelimeler : Opioid intoksikasyonu, Papaver somniferum, Nalokson

P-064

MAVİ BALINA İNTERNET OYUNUNDAN ÖLÜME GİDEN YOL

Mutlu Uysal Yazıcı¹ , Zeynelabidin Öztürk¹ , Mehmet Çeleğen¹ , Benan Bayrakçı¹

¹ Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi

Giriş : Adolesanlar; bilgisayar başında ve sosyal medyada okul derslerinden çok daha fazla zaman geçirmektedirler. Bu nedenle adolesanların bilgisayar ortamında oyunlardaki karakterlerden veya verilen komutlardan etkilenmeye daha açık olduğu ve bu oyunlardaki karakterleri psikolojik bir profil olarak görebildikleri belirtilmiştir (1). Ergenlerde depresyona yatkınlık artmakta ve sosyal çevrelerinden uzaklaşmaktadır. Bu durum, ergenlik çağındaki bireyleri Blue whale gibi şiddet içeren oyunların kurbanı haline getirmektedir (2). Mavi balina (Blue Whale) oyunu son yıllarda gençler arasında yaygın olarak oynanmaya başlanmıştır. Bu oyun self mutilation dan suicide kadar 50 stepten oluşmaktadır (1). Mavi balina oyunu ilk kez 2015 yılında Rusya'da 15 yaşındaki bir erkek çocuğun apartmanın üstüne çıkarak intihar etmesiyle gündeme gelmiştir. Sonra 14 yaşındaki bir kızın trenin önüne atlayıp öldüğü bildirilmiştir. Bu ölümlü intihar vakaları mavi balina oyunu ile ilişkilendirilmiştir. Şu ana kadar yaklaşık 130 adolesanın mavi balina oyunu nedeniyle öldüğü iddia edilmiştir (3). Bu oyunla ilişkili intihar vakalarıyla ilgili İngiltere, Fransa ve Romanya alarmı geçmiş durumdadır. Türkiye'de ilk kez Almanya'da yaşayan 15 yaş bir Türk erkek çocuğun intiharı ile ülkemizde farkındalık oluşmuştur. Türkiye'deki ulusal haber ajansının

15. ÇOCUK ACIL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-POSTER BİLDİRİLER-

belirttiğine göre Ordu, Ankara olmak üzere Türkiye'de toplam 142 gencin mavi balina oyunu ile ilişkili intihar vakası görüldüğü iddia edilmiştir (4). Oyunun resmi bir internet adresi ve yasal satışının olmadığı, Rus chat sayfalarında oyuna girmek isteyen kişilere yönetici tarafından adres gönderildiği belirtiliyor. Bu internet adresine giren kişilerin bilgisayarlarına virüs sokularak tüm kişisel bilgilerine ulaşıldığı, bundan sonra da şantaj yoluyla 'oyuncu'dan verilen tüm talimatların yerine getirilmesinin istendiği ifade ediliyor. Oyun yöneticisi oyuncudan, bu görevlerin yapıldığının ispat edilmesini istemekte ve bu nedenle bilgisayar kamerası kullanılmaktadır (5). Oyunun ilk adımı sivri bir cisim ile eline ya da koluna F57 ya da çizmesi bunun fotoğrafını çekerek kanıtlanması istenmektedir. Bu görevi takip eden kendine iğne batırma, koluna jilette balina resmi çizme, yüksek çatıya çıkma gibi kişinin kendine zarar vermesine dayanan, şiddet içeren 50 görevden oluşmaktadır. Otuzuncu ve 49.uncu görevler arasında oyuncunun sabah 4.20 AM'de gönderilen korku videosu ve müzikleri dinlemesi istenmektedir. Verilen bu görevlerin sonunda 50. görevde oyunun yöneticileri tarafınca belirlenen bir tarih ve saatte oyuncunun kendini asarak ya da yüksek bir yerden atlayarak canına kıymasıyla oyun son bulmaktadır(6). Farkındalık oluşturmak ve Blue Whale oyununa karşı mücadeleyi etkin kılmak amacıyla Çocuk yoğun bakım ünitesinde takip ettiğimiz suicide vakası anlatılacaktır.

Olgu : Aslen Azerbaycanlı olan 15 yaşında lise öğrencisi kız hasta intihar girişimi sonucu bilinç kaybıyla hastanemiz acil servisine getirilmişti. Hastanın yakınlarından alınan hikayesinde; 18 Eylül 2017 tarihinde okuldan geldikten sonra annesini arayıp ne zaman eve geleceğini öğrenmiş ve mutfak doğalgaz borusuna müzik kulaklığıyla kendini asmış olduğu öğrenildi. Hastanın kendini asmadan önce tabletini video çekimini ayarlayıp, ası anını canlı video ile arkadaşlarına ve tüm sosyal medyaya izletmiş olduğu tesbit edilmiştir. Bu asma anı görüntülerini izleyen okul arkadaşlarının hastamızın ailesine ulaşılmış ve hastamızın asılı ve siyanotik şekilde bulunduğu belirtilmektedir. 112 acil servis eşliğinde resüsitasyon yapılarak hastanemize getirilen hasta, yaklaşık 1 saatten fazla süren cardiopulmonary resusitasyon sonrası çocuk yoğun bakım ünitemize entübe şekilde kabul edilmiştir. Geliş fizik muayenesinde Glaskow koma skalası (GCS) 3'tü ve kan basıncı sistolik 70 mm hg, diastolik 30 mm hg idi. Sıvı ve inotrop tedavileri başlandı. Beyin ödemeine yönelik hipertonic (%3 NaCl) salin verildi. Boynunda ası izi ve sol kolunda jilette çizilmiş yara izi mevcuttu. İzlemede iki dakika süren generalize tonik klonik nöbeti oldu. Fenitoin ve levotiresetam tedavisi başlandı. Olası travma açısından çekilen boyun toraks üst alt abdominal tomografilerinde patoloji saptanmadı. Asılmaya bağlı olarak trakeal hasarlanma açısından kulak burun boğaz muayenesi yapıldı ve trakeal perforasyon yoktu. Muayenesinde ve radyolojisinde pnömotoraks saptanmadı. Electro encephalography' sinde zemin aktivitesi yavaşlamış olarak bulundu. Anti-epileptik tedavileri kesildi. İzlemede beyin sapı refleksleri ve spontan solunumu da olmayan hastaya kraniyal MRG çekildi ve her iki serebral hemisferde kortikal, subkortikal düzeyde yaygın hipoksik etkilenme bilateral bazal ganglionlarda ve her iki talamusta hipoksik etkilenme ile uyumlu sinyal değişiklikleri saptandı. Servikal, torakal, lomber spinal MRG normal sınırlardaydı. Hastanın takibinde GCS: 3 ve beyin sapı refleksleri alınamadı. Nörolojik muayenesi beyin ölümü ile uyumlu saptandı. APNE testi yapıldı ve spontan solunumun olmadığı görüldü. Kraniyal CT anjiyografi ile beyin kan akımı görülmeyi ve hastaya beyin ölümü tanısı koyuldu. Aileye beyin ölümü deklare edildi ve hastanın ailesi organ donasyonu olmayı kabul etmedi. Hasta yatışının 18.gününde exitus gelişti.

Sonuç : Hastanın ailesiyle tekrar konuştuğumuzda ilk kez bir yıl önce sol koluna jilette balina resmi çizdiği doktora götürüldüğü fakat mavi balina oyunu oynadığını anlamadıklarını belirttiler. Son 1 yılda annesinin sabaha karşı 04 -.04.30 gibi uyanık odasında müzik dinlerken ya da video izlerken yakaladığını belirtmişti. Mavi balina oyunu görevlerine baktığımızda 4:20 AM kalkıp korku videoları izlemek, hastamızın bu oyunun görev basamaklarını geçtiğine dair bulgu olduğu düşünülmektedir. Hastamızın son zamanlarda arkadaşlarına hep yakın zamanda öleceğim ve kurtulup bu sıkıntılardan tekrar doğacağını söylüyormuş. Bu noktada uzman psikiyatrist yardımı alınmamış. Hastanın babası yurt dışında çalıştığı için kızını yakın takip edememiş ve mavi balina oyunu oynadığını anlayamamışlar. Hastanın ailesiyle mavi balina oyunu adımlarını kız için sorduğumuzda onlar da geriye dönüp baktıklarında evet bu oyunu ve steplerini oynadığını düşündüklerini belirttiler. 2015 yılında Rusya' da başlayan oyunun kurbanları arasında daha ileri yaşlarda bireylerde bulunduğu bildirilmiştir (7). Erken ergenlik döneminde kişiler yabancılaşmalarına neden olacak şekilde ailesini, arkadaşlarını ve yaşam biçimini reddederler. Ergenlik dönemine girişte karşılaşılan başlıca sorunlardan biri de arkadaş veya aileden uzaklaşma ya da yeni bir arkadaş grubuna girme isteği, şiddet veya isyan ifade eden davranışlar ya da kişilik değişikliği olabilmektedir. İntihar düşüncesi veya ölümle ilgili konulara aşırı ilgi de bu dönemin önemli sorunlarından biridir. Gençler için yaşamın anlamı henüz oluşmamıştır ve bu anlam henüz anne baba veya sevgilinin kendilerine verdiği değerle eş tutulmaktadır (8).Ergenlik döneminde depresyona ve intihara yatkınlık artmaktadır. Türkiye sağlık araştırması 2014 yılı verilerine 15 yaş üstü bireylerin %11 inde depresyon tesbit edildiği bildirilmiştir (9).İntihar çoğunlukla arkadaşlarınınca dışlanma, damgalanma ve itibar kaybı ya da anne ve/veya babayı cezalandırma amacı taşımaktadır. Ergenler bu dönemdeki farklı arayışlarını sosyal medya ortamında devam ettirebilmektedirler. Ergenlik dönemindeki birey, eğer herhangi bir gruba ait değilse ya da arkadaş ilişkisi kurmada sorun yaşıyorsa, yaşantısının bu bölümünde kendini en rahat ifade edebileceği, kimsenin onun gerçek kimliğini bilmediği bir sanal dünyada, istediğini yapma eğilimi içine giriyor. Bu tür oyunlar sayesinde varlığını göstermeye ve değerli olma duygusunu tatmin etmeye çalışmaktadırlar (10).Sosyal medyada ergenlerin ulaştığı ve partneri olduğu gruplar, şiddet içerikli oyunlar bu arayışlara cevap verici niteliği bulunmaktadır (11). Başka bir çalışmada ise aksiyon içeren video oyunu oynayan ergenlerin lethal self-harm davranışının ve intihar eğiliminin daha fazla olduğu gösterilmiştir (12). Ergenlik döneminde karşılaşılan bu sorunlar, ergenlerin depresif ruh hali, kendi sosyal ortamlarından uzaklaşmaları sonucu bu noktada blue whale gibi şiddet içerikli challenge oyunlarına daha çok ergenlerin ilgi duyması ve buradaki şiddetli içerikli talimatları yerine getirmesi anlaşılmaktadır. Bu noktada ebeynlere çok iş düşmektedir. Bu konuda en önemli profesyonel öneriler Unicef tarafınca ilan edilmiştir. Blue Whale oyunun dünya çapında gençler arasında intihar vakalarıyla ilişkilendirilmesinin ardından, Hindistan Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF), Mavi Balina oyunundan çocukların nasıl korunacağına yönelik tavsiyeler yayımladı. Bu tavsiyeleri özetlemek gerekirse; Blue whale oyunu hakkında doğru bilgiye sahip olup çocukların bilgilendirilmesi gerekmektedir. İnternet erişim siteleri mutlaka kontrol altında tutulmalı, sakıncalı yazılım programları kullanılmalıdır ve ergenlere internet erişimi ailenin ortak kullanım alanlarında sağlamak gerekmektedir. İnternetteki yeni akımlar hakkında ebeeynlerin haberdar olması çok önemlidir. Ebeeynler çocuklarına uygun bir rol model olmalıdır. Aileler çocuklarının davranışlarını yakından gözlemlemedirler. Ruh halinde değişiklik, iletişimde azalma, çalışma isteksizliği ve notlarda düşüş gibi beklenmedik değişimler konusunda tetikte olunması önerilmektedir. Eğer bu tür değişimler fark edilirse, ergenlerin internet üzerindeki faaliyetlerini yakından izlenmeli, okul yetkilileriyle konuşulmalı ya da bir psikoloğa danışılmalıdır. Eğer çocuğunuzun Mavi Balina oyununu oynadığını fark ederseniz, hemen bütün elektronik aletlerden internete erişimini kesilmesi şiddetle tavsiye edilmiştir (13). Mavi Balina oyunu sanal dünya ile evlerimize kadar giren ölümcül bir gerçektir. Bu ve bunun gibi tehlikelerin farkında olup toplumdaki çocuk ve ergenleri koruma noktasında aileleri gerekli uyarılar yapılmalı ve önlemler alınmalıdır.

Anahtar kelimeler : mavi balina oyunu, suicide, adolesan

15. ÇOCUK ACİL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-POSTER BİLDİRİLER-

P-065

AKUT GİS KANAMASININ NADİR BİR NEDENİ: KATASTROFİK ANTİFOSFOLİPİD ANTİKOR SENDROMU

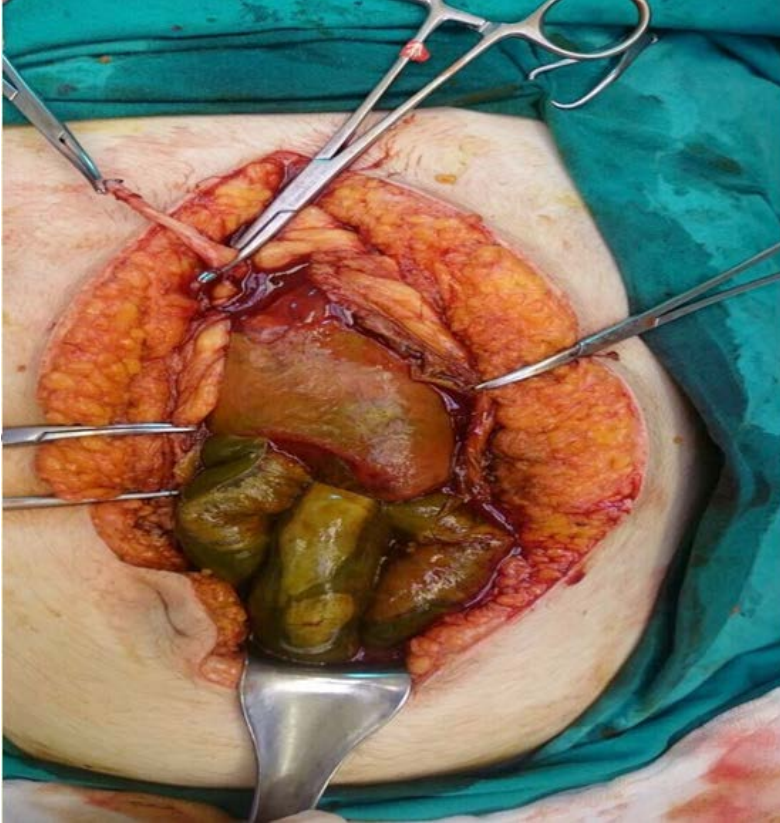
Leyla Telhan¹, Ceren Sultan Altay¹, Mahmut Çelebi¹, Yöntem Yaman¹, Gökhan Baysoy¹, Murat Elli¹

¹ Medipol Üniversitesi Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

Giriş : Antifosfolipid antikor sendromu (AFS), tekrarlayan arteriyel ve/veya venöz trombozlar, başka nedenlerle açıklanamayan fetal kayıplar (tekrarlayan abortus ve/veya olu doğum), trombositopeni, livedo retikularis, kardiyak ve nörolojik semptomlar ile karakterize, serumda antifosfolipid antikor (AFA) varlığı ile giden bir sendromdur. Antifosfolipid antikorlar genç sağlıklı bireylerde de %1-5 oranında saptanabilir. "Katastrofik AFS" çok sayıda organda akut damar tıkanıklığı ve multipl organ yetmezliği ile ağır seyreden ve çoğu zaman mortalite ile sonlanan, nadir görülen diğer bir AFS formudur.

Olgu : 17 yaşında kız hasta, karın ağrısı ve abondan kanlı kusma şikayeti ile başvurduğu dış merkezde hemorajik şok tedavisi uygulanarak ve Sangstaken Blakemore tüpü takılarak tarafımıza yönlendirildi. İlk yapılan değerlendirmede bilinç açık, koopere, dispneik, taşipneik, taşikardik ve normotansifti. Batın distandü, oldukça hassastı ve barsak sesleri alınmıyordu. Solunum sıkıntısının derinleşmesi ve desatüre olması üzerine entübe edildi. Doppler USG'sinde portal vende ve vena cava inferiorda trombüs saptanması üzerine düşük molekül ağırlıklı heparin tedavisi başlandı. Parasentez yapılarak, hemorajik ve fekaloid materyalin gelmesi üzerine drenaja alındı. AFA, ANA ve Anti-Ro antikorlarının da pozitif gelmesi üzerine katastrofik AFS düşünülerek hastaya plazmaferез ve Rituximab tedavisi başlandı. Hastaya 2 kez laparotomi yapıldı ve batında Treitz ligamanı seviyesinden rektuma kadar intestinal sistemde nekroz saptanarak rezeksiyon yapıldı. Birbirine anastomoz edilecek sağlam dokular olmaması sebebiyle sadece drenaj kateteri yerleştirilerek kapatıldı. Çoklu antibiyoterapi ve total parenteral beslenme uygulanması sonrası hasta bilinci açık, spontan solunumda, TPN ile beslenir şekilde bir başka üniversite hastanesinin organ nakli ünitesine intestinal transplantasyon yapılması amacıyla sevk edildi.

27. gün Laparotomi



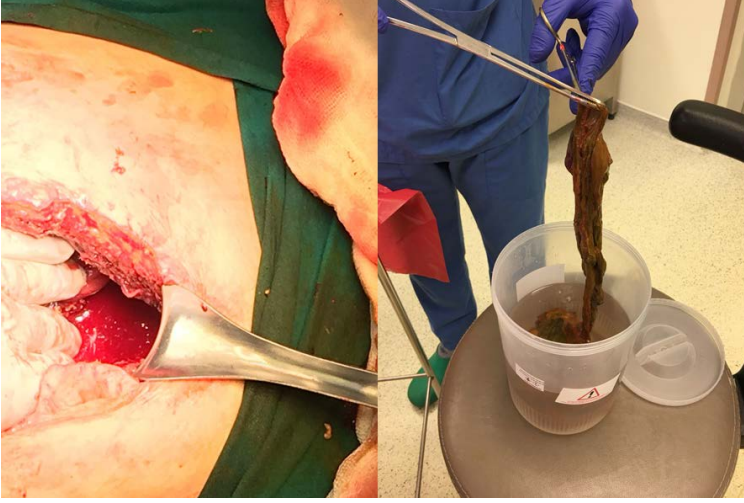
Yapılan eksploratif laparotomide tüm ince barsakların nekrotik olduğu görüldü. Nekrozun kendi kendini sınırlamasının, rezeksiyona göre viabl doku bırakması açısından daha üstün olduğu düşünülerek, batın içerisine drenler yerleştirilerek kapatıldı.

15. ÇOCUK ACİL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-POSTER BİLDİRİLER-

45. gün Laparotomi



Yeniden yapılan eksplorasyonda nekrotik barsak segmentleri aspire edildi. Batın içerisinde sadece Treitz ta barsak ağzı görüldü. Batın arka tarafındaki barsak segmenti ile stoma oluşturulma imkanı yoktu. Tüm ince ve kalın bağırsak segmentlerinin kaybolduğu görüldü. Pelvis içerisinde rektuma ait alanda dahi barsak mukozası görülmedi. Batın içerisine drenler yerleştirilerek kapatıldı.

Sonuç : Katastrofik AFS'li hastalar, tutulum yerine göre farklı semptomlarla karşımıza çıkabilir. Tanıda gecikme mortalite riskini arttırmaktadır. GIS kanama bunların içinde nadir karşılaşılan bir durum olup etiyojisi belli olmayan GIS kanamalı hastalarda bu tanı da akla gelmelidir.

Anahtar kelimeler : antifosfolipid antikor sendromu, gis kanama, portal ven trombozu

P-066

MALİGN PERTUSSİS TANILI HASTADA HEMŞİRE BAKIM PLANI

Sinem Kalyoncu¹, Ebru Kaltar¹, Havvagül Göksu¹, Süleyman Bayraktar¹

¹ Haseki Eğitim Araştırma Hastanesi Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi, İstanbul

Giriş : Malign pertussis, ciddi solunum yetmezliği, şiddetli lökositoz ve pulmoner hipertansiyon ile birlikte, çocuklar için hayati önem taşıyan oldukça bulaşıcı bir solunum sistemi enfeksiyonudur. 6 ayın altındaki bebekler ve küçük çocuklarda ağır seyredip hastaneye yatış ve mortaliteye neden olabilmektedir.

Olgu : 33 haftalık C/S doğum ikiz eşi 4 aylık süt çocuğu öksürük nöbetleri, uyku hali, beslenememe, kusma, hırıltılı solunum, morarma şikayetleri ile hastanemize başvurmuş ve ÇYBÜ'ye yatışı yapılmıştır. Aile bireylerinden alınan anamneze göre bu tablonun 10 gündür devam ettiği, babanın grip enfeksiyonu geçirdiği öğrenilmiştir. Hastanın klinik tablosunda boğulur tarzda öksürük ve oksijen saturasyonun % 85'e kadar indiği, siyanozun eşlik ettiği apne nöbetleri gözlemlenmiştir. Yatış laboratuvar tetkiklerinde WBC(101.86 K/mm³), CRP(33.3mg / L) değerleri öğrenilmiştir. Hastanın malign pertussis olabileceği düşünülmüştür. Hastadan alınan kültür sonucunun pozitif çıkması üzerine kesin tanı konulmuştur.

Boğmacalı Hasta



Boğmacalı Hastada Öksürük Nöbetleri

15. ÇOCUK ACİL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-POSTER BİLDİRİLER-

Boğmacalı Hasta



Boğmacalı Hastada Öksürük Nöbetleri

Sonuç : -Hastanemizin enfeksiyon kontrol hemşiresine vaka bildirimini yapıldı. -Uygun izolasyon önlemleri alınıp maske-eldiven kullanımı ve sık el yıkamaya özen gösterildi.Hastanın öksürük nöbetlerini önlemek amacıyla sessiz sakin ve loş bir ortam yaratılıp, uyarılar en aza indirildi. -Hastanın kilosu ve yaşına uygun olarak sedasyon önlemleri alınıp uygulandı. -Öksürük nöbetlerinde solunum sıkıntısının önüne geçmek için yüksek akışlı nazal kanül ile solunum desteği sağlanarak 10 gün bu şekilde takip edildi. -Multi organ yetmezliği tablosunun oluşabilme ihtimaline karşı yakın vital bulgu takibi yapıldı. -Hastaya uygulanan invaziv girişimlerin her hangi bir enfeksiyona yol açmaması için steril uygulamalara dikkat edildi. -Ünitemizde görev yapmakta olan hemşireler ile birlikte bakım personeli dahil profilaksi ve aşılama eğitimi verildi. -Yüksek seyreden lökosit değerlerini normal sınırlarına ulaştırmak için exchange uygulaması yapıldı, uygulama sonrası WBC(51.490 K/mm³) düştü -.Hastadan VSP gönderilip, Halk Sağlığı'na bildirim yapıldı bununla birlikte boğmaca kültürü ve PCR gönderildi. -Uygun antibiyotik tedavisi 8 güne kadar tamamlanıp stoplandı.Yatışının 10.gününde maske ile oksijen tedavisine geçildi ve ölçülü bir şekilde beslenmeye başladı. -Bu süre zarfında toplam 20 gün ünitemizde yatışı olan hastaya uygun ve donanımlı bir hemşirelik bakımı verilerek kötüye giden genel durumu düzeltilip taburculuğu sağlandı.

Sonuç : - Hastanemizin enfeksiyon kontrol hemşiresine vaka bildirimini yapıldı. - Uygun izolasyon önlemleri alınıp maske-eldiven kullanımı ve sık el yıkamaya özen gösterildi. - Hastanın öksürük nöbetlerini önlemek amacıyla sessiz sakin ve loş bir ortam yaratılıp, uyarılar en aza indirildi. - Hastanın kilosu ve yaşına uygun olarak sedasyon önlemleri alınıp uygulandı. - Öksürük nöbetlerinde solunum sıkıntısının önüne geçmek için yüksek akışlı nazal kanül ile solunum desteği sağlanarak 10 gün bu şekilde takip edildi. - Multi organ yetmezliği tablosunun oluşabilme ihtimaline karşı yakın vital bulgu takibi yapıldı - Hastaya uygulanan invaziv girişimlerin her hangi bir enfeksiyona yol açmaması için steril uygulamalara dikkat edildi. - Ünitemizde görev yapmakta olan hemşireler ile birlikte bakım personeli dahil profilaksi ve aşılama eğitimi verildi. - Yüksek seyreden lökosit değerlerini normal sınırlarına ulaştırmak için exchange uygulaması yapıldı, uygulama sonrası WBC(51.490 K/mm³) düştü. - Hastadan VSP gönderilip, Halk Sağlığı'na bildirim yapıldı bununla birlikte boğmaca kültürü ve PCR gönderildi. - Uygun antibiyotik tedavisi 8 güne kadar tamamlanıp stoplandı. - Yatışının 10.gününde maske ile oksijen tedavisine geçildi ve ölçülü bir şekilde beslenmeye başladı. - Bu süre zarfında toplam 20 gün ünitemizde yatışı olan hastaya uygun ve donanımlı bir hemşirelik bakımı verilerek kötüye giden genel durumu düzeltilip taburculuğu sağlandı.

Anahtar kelimeler : enfeksiyon, izolasyon önlemleri, malign pertussis

P-067

DİFFÜZ AKSONAL HASAR VE ATLANTOAKSİYEL ROTATUAR SUBLUKSASYONU OLAN HASTADA SAĞ HEMİPAREZİ VE SAĞ HEMİDİAFRAM PARALİZİSİ

Muhterem Duyu¹ , Mine Aslan² , Mehmet Baki Şenyürek³ , Bilge Sandal³ , Selin Yıldız³ , Büşra Özgünay³ , Merve Çetin³ , Meryem Nihal Yersel¹ , Senanur Yavuz¹ , Kamer Baz¹

¹ İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Yoğun Bakım Bilim Dalı, İstanbul

² İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

³ İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

Giriş : Diffüz aksonal hasar (DAI), ciddi kafa travmalarında görülen en sık primer nöron hasarlarından biridir. Dengesiz rotasyon, deselerasyon ya da akselerasyon kuvvetlerinin beyin parankimine etki etmesiyle aksonların gerilmesi ve hasarlanması ile beyaz cevherin zarar görmesi sonucunda oluşur (1). Manyetik rezonans görüntüleme (MRI), bilgisayarlı tomografiye (BT) göre diffüz aksonal hasarı saptamada daha sensitif bir yöntemdir. Ağır DAI, tipik olarak intrakraniyal basınç artışı olmadan derin koma şeklinde presente olurken, sıklıkla kötü prognoza sahiptir (2). Atlantoaksiyal rotatuar sublüksasyonu (AARS) ise, çocuklarda servikal omurga hasarlarından en sık görülenlerinden biridir. C1'in C2 üzerinde rotatuar sublüksasyonu ile dens etkilenen tarafa doğru çekilir (3,4). Diyafram paralizisi ise travma, sistemik hastalık ya da nörolojik problemler sonrasında hemiyafraamların kontrolünün kaybedilmesiyle görülür. Tek ya da bilateral tutulumla, altta yatan hastalığa veya paralizinin ortaya çıkış süresine bağlı olarak semptomlarda değişiklik görülür (5). Sağ ve sol frenik sinir, C3-C5'ten köken alarak hem duyu hem motor fonksiyonu yerine getirerek diyaframı innerve eder (6). Servikal sinir travması

15. ÇOCUK ACİL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-POSTER BİLDİRİLER-

hemidiyafram paralizine neden olmakla beraber en sık sebebi kardiyak operasyon sonrası frenik sinir hasarıdır (7). Bu olguda araç dışı trafik kazası sonrası travmatik beyin hasarı gelişen, sağ serebellar pedinkülde diffüz aksonal hasara bağlı sağ hemiparezi olan, aynı zamanda atlantoaksiyel subluksasyon ile ilişkili spinal kord yaralanmasına bağlı gelişen hemidiyafram paralizi sunulmuştur.

Olgu : 5,5 yaşında erkek hasta, araç dışı trafik kazası sebebiyle 112 tarafından entübe edilerek dış merkeze getirilmiş ve aynı merkezin çocuk yoğun bakım servisinde takip edilmiş. Gelişinde bilinci kapalı, pupiller izokorik, ışık refleksi bilateral normal alınan hastanın Glasgow Koma Skoru (GKS): Göz açma (E): E3, Motor yanıt (M): M4, Verbal yanıt (V): Ventübe olarak değerlendirilmiş. Ağrılı uyaran ile sağ üst ve alt ekstremitelerde fleksör yanıtın olmadığı görülmüş. Hastanın dış merkezde çekilen beyin BT'sinde sağ serebellar hemisferde beyin sapına yakın lokalizasyonda orta hat sağında lineer hiperdens alan izlenmiş. Spinal BT tetkiki normal saptanmış. Yatışının 3.gününde bilinç skorunun düzelmesi üzerine mekanik ventilatör desteğinden ayrılan hastanın, takipnesi ve oksijene ihtiyacında artış, sağ hemitoraksın sol tarafa göre daha az hareket ettiği görülmüş. Sol ekstremitelerde kas gücü 5/5, sağ ekstremitelerde kas gücü 1/5 olarak değerlendirilmiş. Yatışının 4.gününde solunum yetmezliği gelişmesi nedeni ile tekrar entübe edilmiş. Beyin BT tetkikinde bir değişiklik saptanmamış. Hastanın ilerleyen izlem günlerinde 2 defa daha başarısız ekstübasyon girişimi olması üzerine dış merkez yatışının 9. gününde hastanemiz yoğun bakımına sevk edildi. Yoğun bakımımıza gelişinde entübe, GKS:E4,M6,Ventübe, pupiller izokorik ve ışık refleksi bilateral izokorik ve miyotikti. Sağ hemiparezi mevcuttu. Akciğer grafisinde sağ üst lob ateletazisi vardı. Çekilen beyin MRI tetkikinde, sağ superior serebellar pedinkülde 4,7x9 mm boyutlu hemorajik diffüz aksonal hasar ile uyumlu görünüm (Resim 1,2,3); korpus kallosum gövde kesimi posterior yerleşimli büyüğü 2 mm boyutlu, T2 ağırlıklı sekansta hiperintens, gradient ekoda hipointens diffüz aksonal hasar ile uyumlu görünüm; sağ frontal lob derin beyaz cevherde gradient ekoda hipointens 3 mm boyutlu diffüz aksonal hasar ile uyumlu görünüm izlendi. Akciğer grafisi normal olmasına rağmen spontan solunum denemelerinde toraksın sağ yarısı daha az hareket eden olguda diyafram paralizi düşünülerek floroskopik inceleme yapıldı. Sağ diyafram hareketlerinin minimal olduğu görüldü (Resim 4). Servikospinal MRI tetkikinde Sağ atlantookspital eklem aralığının mesafesi ve densin sağ sınırı ile atlas arası mesafe artmış, dens sola deviyeye. 3 boyutlu servikal BT'sinde C1 vertebra sağ lateral artiküler proses üzerinden rotasyon göstermekte, atlantodental mesafe artmış, tip 2 atlantoaksiyel rotatuar subluksasyon ile uyumlu görüldü (Resim 5 ve 6). Beyin cerrahi boyunluk kullanmaya devam etmesini ve 15 gün sonra poliklinik kontrolüne çağrılmasını önerdi. Posttravma 22.günde artık sağ hemitoraksın solunuma daha iyi katılmasının görülmesi üzerine sağ hemidiyafram paralizine yönelik yapılan floroskopik inceleme tekrarlandı. Sağ hemidiyaframın neredeyse sol hemidiyafram kadar solunuma katıldığı gözlemlendi. Hasta posttravma 23. günde ekstübasyon sonrası spontan solunumda başarılı bir şekilde izlendi. Sonraki günlerde sağ ekstremitelerde kas gücünde kademeli artış gözlemlendi. Posttravma 25.günde sağ üst ekstremitelerde kas gücü 1/5 olmakla beraber sağ el parmaklarında gözle görülür hareket olan, sağ alt ekstremitelerde kas gücü 2/5, sol üst ve alt ekstremitelerinde kas gücü 5/5 olan, fizik tedavi egzersizleri yatışı sırasında başlanan ve devam ettirilen, sağ hemitoraks başlangıca göre daha iyi havalandırılan oda havasında desteksiz kendiliğinden soluyan olgu taburcu edildi. Ayaktan izleme geçilen hastanın posttravma 44.günde desteksiz birkaç adım yürüyebildiği, sağ ekstremitelerde kas gücünün 3/5 düzeyine ulaştığı görüldü.

Sonuç : Diffüz aksonal hasar, ağır beyin travması sonrası en sık görülen durumlardan biridir (8). İntraaksiyel travmatik lezyonların da yaklaşık yarısını temsil eder. Tipik olarak beyaz cevherde, genel olarak da gri-beyaz cevher birleşkesinde multiple, bilateral, küçük, fokal lezyonlardır. Lezyonlar 3 karakteristik konumda konumlanmıştır: corpus kallosum, beyin sapı (özellikle dorsolateral bölgesi ve serebellar pedinkül), lobar beyaz cevher (frontal ve temporal) (9). Hastamızın beyin görüntülemesindeki lezyonları diffüz aksonal hasarın karakteristik lezyonlarıyla uyumludur. Superior serebellar pedinkül, serebellumun ana efferent yoludur. İpsilateral kol ve bacak hareketlerinin koordinasyonunda majör rol alır (10). Hastamızın sağ hemiparezisine katkıda bulunan bir bulgudur. İpsilateral hemidiyafram paralizileri, genellikle kardiyak operasyon sonrası ya da toraks içi tümör gibi frenik sinir hasarı ile ilişkili görülmekle birlikte, olgumuzda olduğu gibi penetran bir göğüs travması olmadan da nadiren görülebilmektedir (11). Tip 2 atlantoaksiyel rotatuar subluksasyon görülen hastanın her ne kadar spinal MRI ve BT görüntülemelerinde spinal kord hasarı görülmese de ilişkili olduğu düşünülen spinal kord hasarının sağ hemidiyafram paralizine yol açtığı düşünülmektedir. Sonuç olarak, yüksek şiddetli travma sonrası gelişen beyin hasarlarında, diffüz aksonal hasar göz önünde bulundurulmalı, eşlik eden komorbiditeler iyi değerlendirilmeli, bu süreçte destekleyici tedaviler iyi yönetilmelidir.

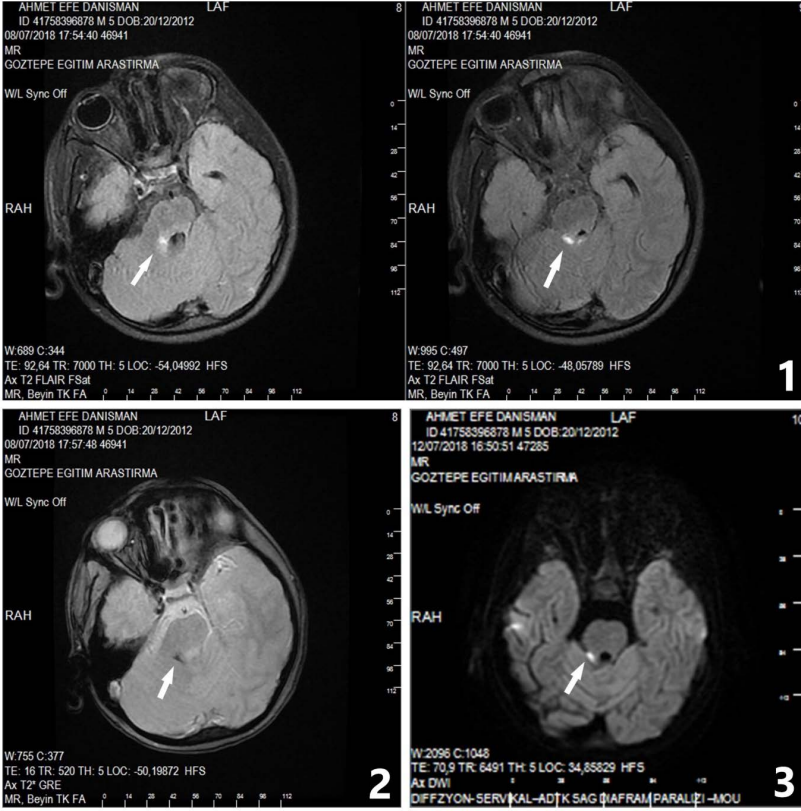
15. ÇOCUK ACİL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-POSTER BİLDİRİLER-

Bulgu

Resim 1,2,3



Resim 1; T2 FLAIR sağ serebellar pedinkülda 4,7x9 mm boyutlu hemorajik diffüz aksonal hasar ile uyumlu intensite artışı. **Resim 2;** Gradient ekoda sağ serebellar pedinkülda 4,7x9 mm boyutlu hemorajik diffüz aksonal hasar ile uyumlu hipointensite. **Resim 3;** Diffüzyon ağırlıklı görüntülemelerde sağ serebellar pedinkülda 4,7x9 mm boyutlu hemorajik diffüz aksonal hasar ile uyumlu diffüzyon kısıtlanması.

Resim 4



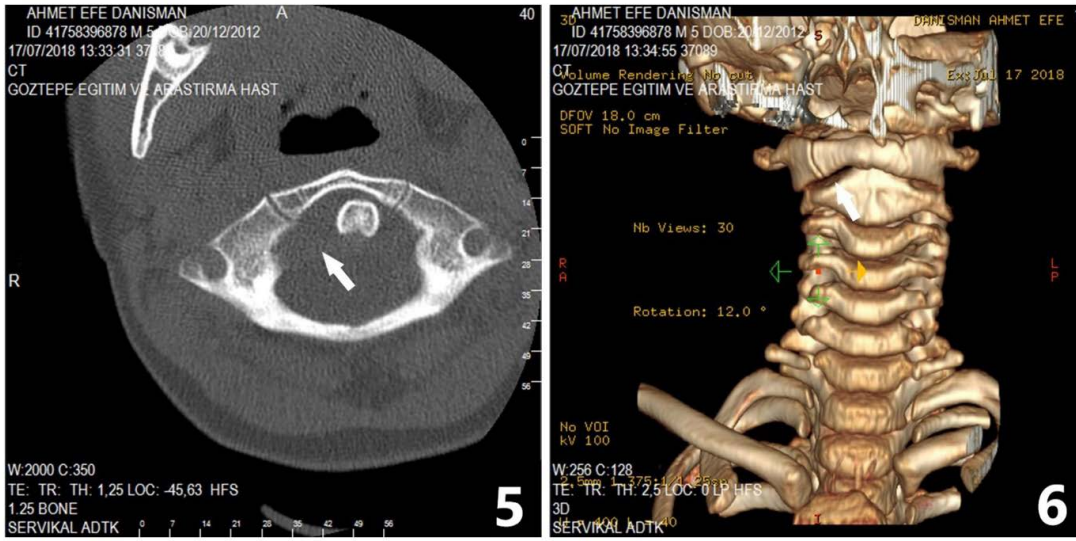
Floroskopik incelemede sağ hemidiyafram paralizisi

15. ÇOCUK ACİL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-POSTER BİLDİRİLER-

Resim 5,6



Resim 5; Aksiyel BT de AARS. Resim 6; Üç boyutlu BT de AARS.

Anahtar kelimeler : diffüz aksonal hasar, atlantoaksiyal sublüksasyon, hemiparezi, diyafram paralizisi

P-068

TEKRARLAYAN ŞİDDETLİ RABDOMİYOLİZİN İHMAL EDİLEN NEDENİ, LPIN1 GEN DEFEKTİ: TÜRKİYE'DEN İLK VAKA

Sevgi Topal¹, Melis Demir Köse², Hasan Ağin¹

¹ Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dr. Behçet Uz Çocuk Hastanesi, Çocuk Yoğun Bakım Bölümü, İzmir

² Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dr. Behçet Uz Çocuk Hastanesi, Çocuk Metabolizma Bölümü, İzmir

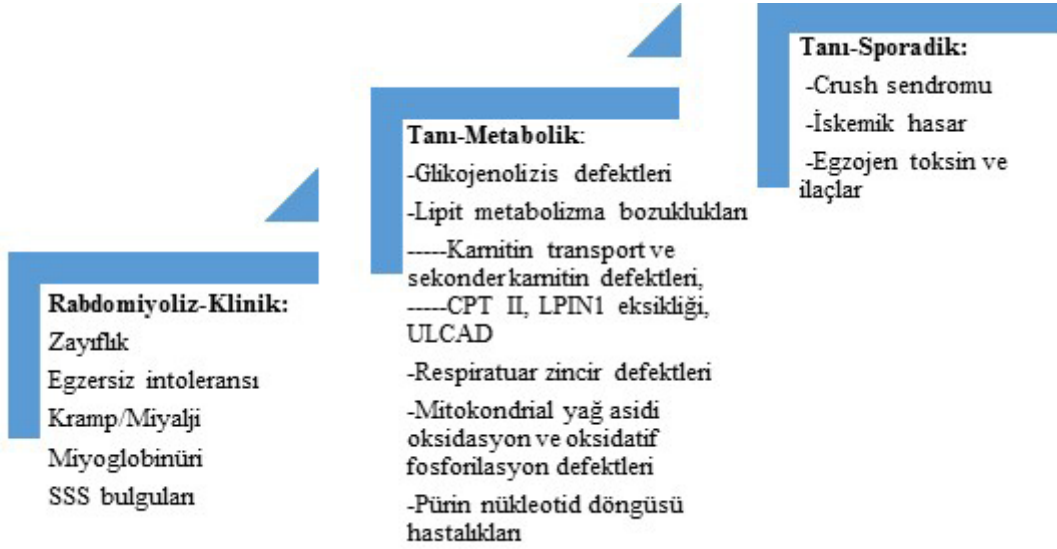
Giriş : Rabdomiyolizi tetikleyen olaylar; travma, egzersiz, kas hipoksisi, genetik defektler, enfeksiyonlar, vücut ısısındaki değişiklikler, metabolik ve elektrolit bozuklukları, ilaçlar ve toksinlerdir. Rabdomiyoliz ile iskelet kası hasarına bağlı çeşitli mediatörler ve hücre içeriği dolaşıma karışır [1]. Miyoglobülinin en duyarlı dolaylı ölçümü, serumdaki kreatin kinaz (CK) aktivitesinin saptanmasıdır. Diğer daha az spesifik kas enzimleri; aldolaz, laktat dehidrogenaz (LDH), alanin aminotransferaz (ALT) veya aspartat transaminaz (AST) da rabdomiyolizde artar. Hiperkalemi, hiperfosfatemi ve hipokalsemiye yol açabilir. Şiddetli rabdomiyoliz hızlı ve masif miyoglobin atılımı ve hipotansiyon nedeniyle oligüri ve böbrek yetmezliğine neden olabilir. Şiddetliyse hipotansiyon ve şok ile sonuçlanabilir. Hiperkalemi kardiyak aritmeye sebep olabilir. Kaslardan tromboplastin salınmasıyla beraber intravasküler koagülasyona neden olabilir. Kardiyak arrest gibi ciddi klinik bulgulara kadar ilerleyebilir. Doğru tedavi zamanında uygulanmazsa hayati risk oluşturabilir [1,2]. Rabdomiyoliz atağı ile başvuran hastalarda; özellikle pediatrik hasta grubunda doğumsal metabolik hastalıkların dışlanmasına yönelik birinci aşamada kan şekeri, amonyak, laktat, idrar ve kan miyoglobin, kan karnitin, açlıkarnitin profilleri, idrar organik asit analizi, plazma aminoasitleri, homosistein, idrar keton ve kan keton düzeyleri hemen yapılmalıdır (Şekil 1). Bu tetkiklerle etiyolojik neden belirlenemeyen olgularda ileri incelemeler için elektromiyografi ve sonrasında glikojen birikimi, histolojik değişiklikler, mitokondriyal sitopati ve kas glikojenozlarına yönelik enzimatik analiz ve kasa spesifik mitokondriyal kalıtmı hastalıkların tanısında mitokondriyal DNA analizi için iskelet kası biyopsisi yapılması gerekebilir. Tüm bu araştırmalara rağmen en az yarısında sebep bulunamadığı görülmüştür [2,3]. LPIN1 geni mutasyonları, şiddetli tekrarlayan rabdomiyoliz nedeni olarak tanımlanmış ve daha sonra pediatrik hastalarda tespit edilebilen nedenlerden biri olarak kabul edilmiştir [4]. LPIN1 gen defektleri otozomal resesif kalıtım modeline sahiptir. Biallelik mutasyonları şiddetli, tekrarlayan, mortalitesi yüksek rabdomiyoliz ataklarına neden olur [3]. Rabdomiyolize neden olduğu bilinen diğer metabolik miyopatilerle karşılaştırıldığında literatürde çok az sayıda vaka olmakla birlikte yapılan çalışmalar tahmin edilenden daha sık vaka olabileceğini göstermektedir [4]. Lipin 1 eksikliğinin fizyopatolojisi çok iyi bilinmemektedir ve prognozu kötüdür. Hastaların çoğu rabdomiyoliz atağı sırasında kaybedilmektedir [4,5]. Lipin 1 proteini en bol miktarda adipositler ve iskelet kasında bulunur. İkili rolü vardır. Sitoplazmada fosfatidat fosfataz 1 (PAP 1) gibi davranır. Fosfatidik asidi diaçilgliserole dönüştürür. Bu da hem trigliseritler hem de fosfolipitlerin prekürsürüdür [6,7]. Lipin 1 enerji yollarında rol alan genlerin ekspresyonunu düzenleyen transkripsiyon faktörleriyle etkileşerek transkripsiyonel bir koaktivatör olarak da işlev görür [8,9]. LPIN1 eksikliğinde gelişen rabdomiyolizin tüm bu fonksiyonlardaki aksaklıklardan kaynaklanabileceği düşünülmektedir ancak patogenezinin aydınlatılması için ileri çalışmalara ihtiyaç vardır. Tedavide hidrasyon, alkalinizasyon, elektrolit dengesi sağlanması önemlidir, gerekli ise antibiyotik tedavisi ve allopürinol verilebilir. Ciddi metabolik dengesizlik ve miyoglobülinüriye bağlı ciddi renal disfonksiyon gelişirse diyaliz gerekebilir [1,2,6]. Biz bu makalede, akut rabdomiyoliz atağıyla başvuran ve literatürde şimdiye kadar tanımlanmış en yüksek CK düzeyi olan bir olgudan bahsettik. Olgumuza literatürde daha önce tanımlanmamış homozigot missense mutasyon ile LPIN1 eksikliği tanısı koyduk. Hastamızı etkin yoğun bakım tedavi yaklaşımı ile şiddetli rabdomiyoliz atağından başarılı bir şekilde çıkardık.

15. ÇOCUK ACIL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-POSTER BİLDİRİLER-

Şekil 1



Şekil 1: Rabdomiyoliz kliniği ve ayırıcı tanıda yer alan başlıca metabolik ve sporadik nedenler. (SSS: santral sinir sistemi, CPT II: karnitin palmitoil transferaz II, ULCAD: çok uzun zincirli açıl-CoA dehidrogenaz eksikliği)

Olgu : Yirmialtı aylık kız olgu, 2-3 gündür olan beslenmede azalma ve 1 gün önce başlayan uykuya meyil yakınmasıyla hastanemiz acil servisine başvurmuş. Gelişinde GKS (Glasgow Koma Skoru) 8, kan basıncı 98/58(65) mmHg, kalp tepe atımı 160/dk idi. Acil servis izleminde idrar renginde aniden koyulaşma olduğu görüldü (Şekil 2). Hastanın acil servise gelişinde bakılan CK:10529 IU/L AST:229 IU/L, ALT:53 IU/L iken 4 saat sonra bakılan CK:40850 IU/L, AST:1590 IU/L, ALT:310 IU/L'ye yükseldi. Biyokimyasal parametrelerinde hızlı yükselme olan ve bilinç durumunda giderek kötüleşme olan hasta akut rabdomiyoliz düşünülerek çocuk yoğun bakım servisine nakledildi. Hastanın diğer biyokimyasal parametreleri ve kan gazı normaldi. Hastanın anne ve babası arasında 1.derece kuzen evliliği mevcuttu. Hastanın öncesinde nöromotor gelişimi olağandı ve ailede tanımlanmış rabdomiyoliz öyküsü yoktu. Yüksek glukoz içerikli 3000 cc/m2 mayi, idrar alkalinizasyonu ve diüretik tedavileri başlandı. Hastanın bilinç bozukluğu olduğundan ve GKS düşük olduğundan entübe edildi ve mekanik ventilatör ile izlenmeye başladı. Hastanın göz dibi bakışı ve ekokardiyografisi normal olarak değerlendirildi. Çekilen kraniyal tomografisi ve elektroensefalografisi olağandı. Hastadan doğumsal metabolik hastalıklar açısından spot kan karnitin, açıl karnitin analizi, idrar organik asitleri, idrar ve kan keton düzeyi, idrar ve kan miyoglobin düzeyi, plazma aminoasit düzeyi, homosistein düzeyi gönderildi ve ileri genetik incelemeler için kan ayrıldı. Alınan kontrol CK düzeyi 170000 IU/L saptanan hastaya yatışının 5. saatinde devamlı veno-venöz hemodiyafiltrasyon (CVVHDF) kan akım hızı 5 cc/kg/dk, diyalizat ve replasman hızı 2000 cc/m2/saat, ultrafiltrasyon hızı 70 cc/saat olacak şekilde başlandı. Hemodiyafiltrasyon yapılan ilk 4 gün boyunca CK değerlerindeki yükselme devam etti. Bakılan CK:943452 IU/L, AST:9599 IU/L, ALT:2616 IU/L düzeyine kadar yükseldikten sonra CVVHDF tedavisinin 5. gününde azalmaya başladı. Hemodiyafiltrasyon tedavisi 9. gününde CK:26467 IU/L düzeylerine kadar düşmesi üzerine kesildi (Grafik 1). Yatışının 6. gününde çekilen kraniyal MRG (manyetik rezonans görüntüleme) her iki serebral hemisfer ve kortikal sulkuslarda ılımlı belirginleşme-nörodejeneratif hastalık ile uyumlu olarak değerlendirildi. Diffüzyon MRG ise olağandı. Hastanın izleminde idrar çıkışında azalma, tartı alımı ve sıvı yükü gelişti. Bakılan BUN (kan üre nitrojen) 113 mg/dL, kreatinin 1,8 mg/dL'e kadar yükseldi. Hastanın mevcut durumu rabdomiyolize bağlı gelişen non-oligürik akut böbrek hasarı olarak değerlendirildi. Almakta olduğu diüretik tedavisine devam edildi ve sıvı yönetimi açısından kan akım hızı 5 cc/kg/dk, diyalizat ve replasman hızı 2000 cc/m2/saat, ultrafiltrasyon hızı 50 cc/saat olacak şekilde aralıklı veno-venöz hemodiyafiltrasyon uygulandı. Yatışının 12. gününde akciğer grafisi ve kan gazı olağan olan, mekanik ventilatörde basınç ihtiyacı çok azalan (PIP-pik inspiratuar basınç: 15-17 cmH₂O, PEEP-pozitif ekspiryum sonu basınç: 5 cmH₂O) hasta ekstübe edildi ve 5 gün noninvaziv mekanik ventilasyon (NIMV) desteği ile izlendi. Hastanın amonyak, laktat, kan karnitin- açıl karnitin analizi, idrar organik asit analizi, homosistein, plazma aminoasit düzeyleri normal olarak saptandı. Kan keton düzeyi normaldi. Gelişinde ve izlem sırasında hiç hipoglisemi saptanmadı. olarak saptandı. LPIN1 eksikliği açısından genetik analiz yapılması için CVVHDF öncesi alınmış olan kan örneği çalışıldı. Yapılan analiz sonucunda homozigot [c.1696G>C p.(Asp566His)] varyantı saptandı. Söz konusu varyant daha önce tanımlanmamış olmakla birlikte SIFT, Mutation taster gibi analiz programları ile değerlendirildiğinde hastalık yapıcı, patojenik olarak değerlendirilmiştir. Anne ve baba segregasyon analizleri devam etmektedir. Hastanın yatışının 27. gününde 1 haftadır diyaliz ihtiyacı olmayan hastanın bakılan kan kalsiyum düzeyleri 18,8 mg/dL'e kadar çıkmıştır. Hastada rabdomiyolizin geç evresinde gelişen akut tübüler nekrozun poliüri döneminde meydana gelen hiperkalsemi düşünüldü. Çok yüksek kalsiyum düzeyi saptanması üzerine aralıklı 2 gün düşük kalsiyumlu diyalizat ile aralıklı hemodiyaliz uygulandı. Hastanın kalsiyum düzeyi normal sınırlara döndü. Yatışının 32. gününde, hastanın solunum sıkıntısında aniden artış oldu ve akut respiratuar distress sendromu (ARDS) tanısı koyuldu. Hasta reentübe edilerek mekanik ventilatör ile izlenmeye başladı. Enfeksiyon kriterlerinde artış olan hastanın piperasilin-tazobaktam tedavisi meropenem ile değiştirildi. Hastanın yüksek PEEP ve PIP ihtiyacı mevcuttu. PEEP düzeyi 14 cmH₂O'ya çıkarılmasına rağmen desatüre (SPO₂:%70) olması nedeniyle hastaya 30 ppm inhale nitrik oksit tedavisi başlandı. Nitrik oksit tedavisi, akciğer açma manevraları ve ARDS'ye özgü mekanik ventilatör stratejileri ile izlenen hastada 3 gün içerisinde olumlu yanıt alınarak kan gazı ve akciğer grafisinde düzelme gözlemlendi. Nitrik oksit tedavisi kademeli olarak azaltılarak kesildi ve mekanik ventilatörde PEEP ve PIP ihtiyacı da zamanla azaldı. Hasta yatışının 39. gününde ekstübe edildi. İzlemede ek problemi olmayan, oral beslenebilen, CK düzeylerinde tekrar yükselme olmayan hastanın ailesine dikkat edilmesi gereken konular anlatılarak ve kontrole çağrılarak eksterne edildi. İlk rabdomiyoliz atağının üzerinden 5 ay zaman geçmiş olup, hasta halen sağlıklı olarak poliklinik kontrollerine gelmektedir ve tekrar rabdomiyoliz atağı gözlenmemiştir.

15. ÇOCUK ACİL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-POSTER BİLDİRİLER-

Sonuç : Tartışma: Çoğunlukla ateş yüksekliği ve egzersiz ile tetiklenen rekürren miyoglobüni ile karakterize metabolik miyopatilerin büyük bir bölümü glikojen depo hastalıkları, yağ asidi oksidasyon defektleri, karnitin metabolizma bozuklukları ve miyopatik mitokondriyal sitopatilerden oluşmaktadır. Her üçü de kasta enerji açığına neden olmaktadır. Metabolik miyopatileri ayırtmada noktasında ayırıcı tanı çok önemlidir. Sık görülen metabolik miyopatilere yönelik yapılan 1.basamak spesifik metabolik tetkiklerde (laktat, amonyak, kan gazı, kan karnitin- açıl karnitin analizi, plazma aminoasitleri, homosistein) patoloji saptanmaması halinde kas biyopsisi bir seçenektir. Özellikle kas miyofosforilaz aktivitesi ve glikojen birikimi kas glikojenozları açısından tanıya yönelik spesifik bilgi verebilir. Ek olarak, oksidatif fosforilasyon zincir komplekslerine yönelik boyama ve kantitatif enzimatik analizler tekli veya kombine oksidatif fosforilasyon zincir eksikliklerine yönelik fikir verebilir. Ancak son derece genetik heterojen olan bu grupta kas biyopsisinin tanı koyduruculuğu oldukça kısıtlıdır. Miyoglobüni olaya çok yakın zamanda kas biyopsisi yapıldığında akut kas yıkımı, spesifik olmayan dejenerasyon ve kas liflerinin yenilenmesini gösterir. Kas biyopsisi, rabdomyoliz epizotundan sonra yapılırsa yararlı olabilir. Moleküler genetik tetkikler hastalığın genetik temelini bulmak için giderek artan oranda kullanılmaktadır [2,9,10]. Olgumuz da şiddetli rabdomyoliz nedeniyle başvurdu ve genetik analiz sonucunda LPIN1 eksikliği tanısı kondu. LPIN1 gen defektleri, çoklukla çağındaki ciddi rabdomyolizlerin, önemi giderek daha çok anlaşılan bir nedeni olarak karşımıza çıkmaktadır. Literatürdeki olgular incelendiğinde; ilk rabdomyoliz atağının, çoğunda ateşli hastalık sırasında ortaya çıktığı görülmektedir. Olgumuzda da ilk rabdomyoliz atağı ateş yüksekliği sonrasında meydana gelmiştir. Lipin 1 proteinini kodlayan LPIN1 geni, adiposit farklılaşması ve lipid metabolizmasında kritik rol oynar. Lipin 1, trigliserit ve fosfolipit biyosentezinde anahtar rol oynayan fosfatidat fosfataz karakterindedir. Öne sürüldüğü gibi lipin 1 ilişkili rabdomyoliz, fosfolipit dengesizliklerin neden olduğu lizofosfatidat birikimi ve fosfolipit dengesizliğine bağlı membranların yeniden biçimlenmesinden kaynaklanabilir [3,10]. Ayrıca LPIN1 mutasyonlarından kaynaklanan düşük trigliserit sentez oranı, yağ asidi oksidasyon kusuruna yol açabilir. Rabdomyoliz atakları PAP aktivitesi eksikliğine bağlı çeşitli fonksiyonel bozuklukların birlikteliğinden kaynaklanabilir. Ancak bu yollardaki değişikliklerin hastalığa nasıl katılacağını belirlemek için daha ileri çalışmalara ihtiyaç vardır. LPIN1 defekti, tekrarlayan rabdomyolizin mortalitesi çok yüksek bir nedendir. Literatürde az sayıda vaka olmakla birlikte bunun önemli bir nedeninin Lipin 1 eksikliğinin akla gelmemesinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Michot ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada; rabdomyolize neden olduğu bilinen metabolik miyopatilerin tamamı ekarte edildikten sonra halen etioloji belirlenememiş olan 29 miyoglobüni vakasının %59'unda biallelik LPIN1 mutasyonu bulunmuş. Dahası, aynı çalışmada LPIN1 gen defektine yönelik tarama yapılması gerektiren yaygın bir intragenik delesyon gözlemlenmiş ve bu nedenle özellikle ateşli dönemde, viral enfeksiyon sırasında tetiklenen rabdomyoliz atağına giren hastalarda söz konusu patojenik varyantın taranması önerilmiştir. Lipin 1'in oynadığı çoklu roller nedeniyle tek başına veya birlikte rabdomyolize yol açan çeşitli mekanizmalar düşünülebilir. Ayrıca adipoz doku ve karaciğerde yağ asidi oksidasyonunu uyardığından enerji metabolizma defektinden şüphelenilmektedir [4,8]. Bazı olgularda ragged-red fiberler tespit edilmesi LPIN1 mutasyonunun enerji metabolizma defektine de yol açtığını düşündürmektedir. LPIN1 defekti transkripsiyon faktörlerinden peroksizom proliferatör-activated reseptör gama (PPAR γ) ve CCAAT/enhancer-binding protein-ykrk7'da defekte yol açmaktadır [10,11,12]. Ataklar arasında hastaların %85'i normal günlük yaşam aktivitelerine devam etmektedir. Bu olguların fizik muayeneleri normal olup, CK düzeyleri normal veya bazen hafif yüksek (700 IU/L'e kadar) saptanmaktadır. Altı tane yeni mutasyon olmak üzere toplam 13 farklı mutasyon tespit edilmiştir. Genellikle direkt veya çerçeve kayması ile oluşan premature stop kodon veya büyük intragenik delesyon olduğu görülmüştür. Sadece C-LIP domainde 1 tane missense mutasyon (p.Arg725His) saptanmıştır. Ürdün'deki 2 ailede C-LIP bölgesinde yeni bir patojenik missense mutasyonu olan Gly799Arg tanımlanmıştır. Arg388X, LPIN1'i katalitik ve transkripsiyonel aktivitelere sahip olmayan bir parçaya böler. Bu ciddi fonksiyon kaybı, hastada erken başlangıçlı ve sık görülen epizotlarla erken yaşta mortaliteye yol açar [8,11,12,13]. Bugüne kadar Arap hastalarda en çok saptanan mutasyon Arg388X'tir. Varsayılan kurucu mutasyon C2295-866-2410-30 del ise Avrupalılarda en yaygın olanıdır [3,4,11]. Şiddetli rabdomyolizi olan 4 ailede 1'i yeni olmak üzere 3 farklı mutasyon saptanmıştır. Vakamızda, gönderdiğimiz genetik analiz sonucunda LPIN1 geninde daha önce literatürde tanımlanmamış homozigot missense mutasyonu olduğu görüldü. LPIN1 geninde mutasyon saptanmış olan hastalardan en yüksek CK düzeyleri olan (CK:296000 IU/L olan c2174 G>A -Arg725His, CK:200000 IU/L olan C1162 C>T, Arg388X ve CK:142000 IU/L olan c2395 G>C Gly799Arg) olanlar izlemde ex olmuştur. Bakılan tüm hastalarda LPIN1 deki alta yatan mutasyonun homozigot olduğu ve 4 ailede de mendelian kalıtım varlığı doğrulanmıştır [11,14]. Olgumuz, bugüne kadar tanımlanmış olan vakalar arasında en yüksek CK düzeyine sahiptir. Ayırıcı tanı açısından diğer metabolik miyopati nedenleri irdelendiğinde, metabolik miyopatiler oldukça uzun bir liste olarak karşımıza çıkmaktadır. Birinci basamak metabolik tetkikler ilk aşamada yol göstericidir. Ancak atak anında örnek alınmadığı takdirde özellikle yağ asidi oksidasyon defektleri ve karnitin metabolizma bozukluklarında yol gösterici olmayabilir. Bu nedenle atak anında çok hızlı bir şekilde özellikle ekstrakorporal işlemler başlamadan örneklemeler alınmalı ve doğumsal metabolik hastalıklar açısından iyi bir değerlendirme yapılmalıdır. Hastanın amonyak düzeylerinin normal olması, idrar ketonunun pozitif, kan ketonunun normal olması nedeniyle yağ asidi oksidasyon defektlerinden uzaklaşmıştır. Spot kan karnitin ve açıl karnitin analizinin normal saptanması nedeniyle CPTII eksikliğinden uzaklaşmıştır. Ayırıcı tanıda önemli bir yer tutan mitokondriyal miyopatilerin bir kısmı nöromotor gerilik ve miyopatik bulgularla seyretmektedir. Ancak hastamızın önceki geçmişinde buna dair bulgu yoktur. Ek olarak laktat/piruvat düzeylerinin normal olarak saptanması nedeniyle mitokondriyal miyopatiler ayırıcı tanıda öncelikli sıradan çıkarılmıştır. Metabolik miyopatilerin tüm nedenlerinin ekarte edilmesi oldukça uzun zaman almaktadır; bu nedenle tanının doğruluğu, hızlı tanı konulması gereken durumlarda tanısız tetkiklerin kaliteli bir şekilde değerlendirilmesine bağlıdır. Hastamızda yoğun bakıma yatışının hemen ardından ilk bakılan metabolik testleri ve CK düzeylerinin yüksekliği gözönünde bulundurularak LPIN1 gen defekti ön tanı olarak ele alınmıştır [3,4]. LPIN1 gen defekti, tekrarlayan rabdomyolizin infantlarda önemli bir nedendir. Literatürdeki bazı çalışmalarda yağ asidi oksidasyon defektleri ve karnitin metabolizma bozukluklarından sonra en sık saptanan etiyolojik neden olduğu öne sürülmüştür. Akut böbrek yetmezliği ve kardiyak aritmi en kritik klinik komplikasyonlardır ve genellikle yüksek mortalite oranları ile ilişkilidir [4,11,12]. Ancak literatürdeki yüksek mortalitenin, çoğunlukla hastaların renal replasman tedavisi şansı bulmadan rabdomyoliz nedeniyle akut böbrek yetmezliği geliştirmesine bağlı olduğu düşünülmektedir. Bu noktada; LPIN1 gen defektinin günümüzde spesifik tedavi olmamakla birlikte kötü prognozunun bilinmesi hızlı müdahale açısından yol gösterici olacaktır. Bu nedenle; miyoglobüni ve şiddetli rabdomyolizin moleküler genetik tanısına öncelik vermenin ve ağırlı-invaziv kas biyopsileri ihtiyacını ikinci planda düşünmenin faydalı olacağını göstermektedir. Biz bu yazımızda; ateşli dönemde şiddetli rabdomyoliz atağı ile başvuran bir olguda, acil metabolik tanısız süreç neticesinde diğer metabolik miyopatileri ekarte ederek LPIN1 gen defekti düşündüğümüz ve buna yönelik moleküler genetik inceleme sonucunda novel LPIN1 gen defekti saptadığımız bir hastanın tanısız ve klinik yönetim sürecini paylaştık. Saptadığımız varyant daha önce literatürde saptanmamış bir varyanttır. Bildiğimiz kadarıyla olgumuz literatürde görülmüş en yüksek CK düzeylerine sahiptir ve ülkemizde tanımlanmış olan ilk olgudur. Sonuç: Özellikle ateşli dönemde şiddetli rabdomyoliz atağı ile başvuran çocuk hastalarda kas glikojenozları, yağ asidi oksidasyon defektleri ve mitokondriyal miyopatilere yönelik 1.basamak testlerin normal gelmesi halinde LPIN1 gen defekti akla gelmelidir. Metabolik miyopatilerin LPIN1 gen defekti dışındaki genetik nedenlerinin tamamen dışlanması oldukça uzun zaman alabilmektedir. Bu nedenle, doğumsal metabolik hastalıklara yönelik testlerin doğru, kaliteli ve hızlı

15. ÇOCUK ACIL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

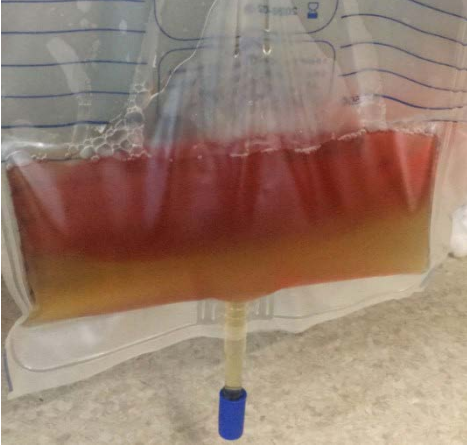
18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-POSTER BİLDİRİLER-

bir şekilde değerlendirilmesi ayırıcı tanıda hızlı ilerlenmesini sağlayacaktır. Spesifik testlerin tamamen normal olduğu olgularda belli bir ön tanıya ulaşılamaması halinde metabolik miyopatilerin tamamını içeren hedeflenmiş yeni nesil dizi analizi panelleri ya da tüm ekson sekanslama çalışılması tanının hızlandırılmasını sağlayacaktır. Tanının hızlandırılmasının önemi kadar bu hastaların gelişmiş yoğun bakım koşullarında izlenmesi ve rabdomiyoliz sırasında deneyimli bir yoğun bakım ekibi tarafından izlenmesinin mortaliteyi azaltacağı düşünülmektedir.

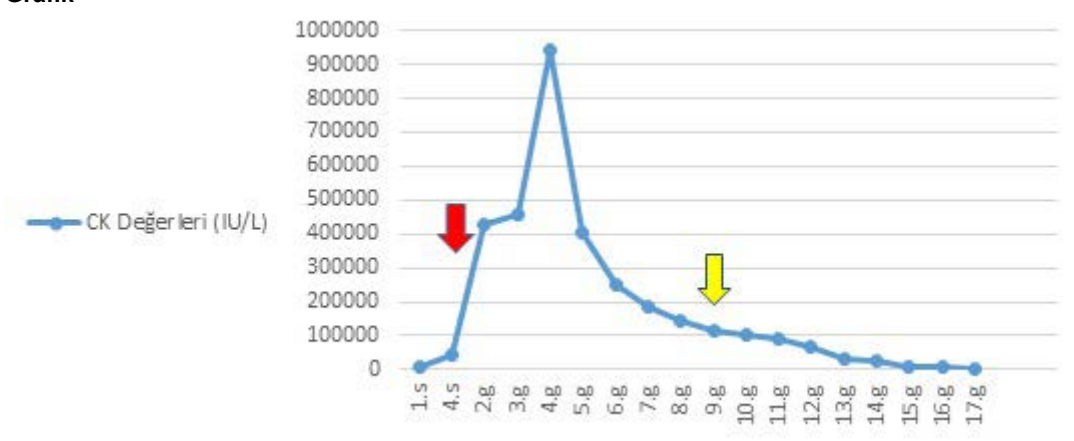
Yöntem

Şekil 2



Şekil 2: Hastanın idrar renginde 4 saat içerisinde meydana gelen değişim

Grafik



Grafik 1: Hastanın bakılan CK (kreatin kinaz) değerlerinin zamanla değişimi (s:saat, g:gün) > hemodiyafiltrasyon başlanma zamanı > hemodiyafiltrasyon sonlandırılma zamanı

Anahtar kelimeler : hemodiyafiltrasyon, kreatin kinaz, LPIN1 mutasyonu, rabdomiyoliz

P-069

HAYATI TEHDİT EDİCİ BİR KATETER KOMPLİKASYONU

Emine Akkuzu¹, Şahin Sincar¹, Merve Berber², Alp Kazancıoğlu², Abdullah Özer³, Erkan İriz³, Gökhan Kalkan¹

¹ Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Yoğun Bakım Bilim Dalı, Ankara

² Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Ankara

³ Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kalp ve Damar Cerrahisi Ana Bilim Dalı, Ankara

Giriş : Giriş Santral venöz kateterler (SVK) acil servislere ve yoğun bakım ünitelerinde, kritik hastaların tedavisinde yaygın olarak kullanılmaktadır. En sık kullanılan bölgeler internal juguler, subklaviyan ve femoral venlerdir. Yeni bir çalışmada kateter yerleştirilmesinde mekanik komplikasyon oranı %1 olarak bildirilmiştir (1). Kateter yerleştirilmesi ile ilişkili mekanik komplikasyonlar esas olarak anatomik bölgeye, ultrasonografi kullanımına ve operatörün deneyimine bağlıdır. Burada kateter yerleştirilmesi sonrası hayati tehdit edici bir mekanik komplikasyon ile hastanemize başvuran 16 aylık erkek hasta sunulmuştur.

Olgu : Olgu İntestinal atrezi nedeniyle çoklu kez operasyon öyküsü olan takvim yaşı 19 ay düzeltilmiş yaşı 16 ay olan erkek hasta, başvurudan 10 gün önce kolostomi kapatılma operasyonu olmuş. Taburcu olduğu akşam huzursuzluk ve göğüs ön duvarında şişlik fark edilmesi üzerine hastanemiz çocuk acil servisine başvurdu. Gelişinde vital bulguları hafif takipne dışında normaldi. Fizik muayenesinde

15. ÇOCUK ACİL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

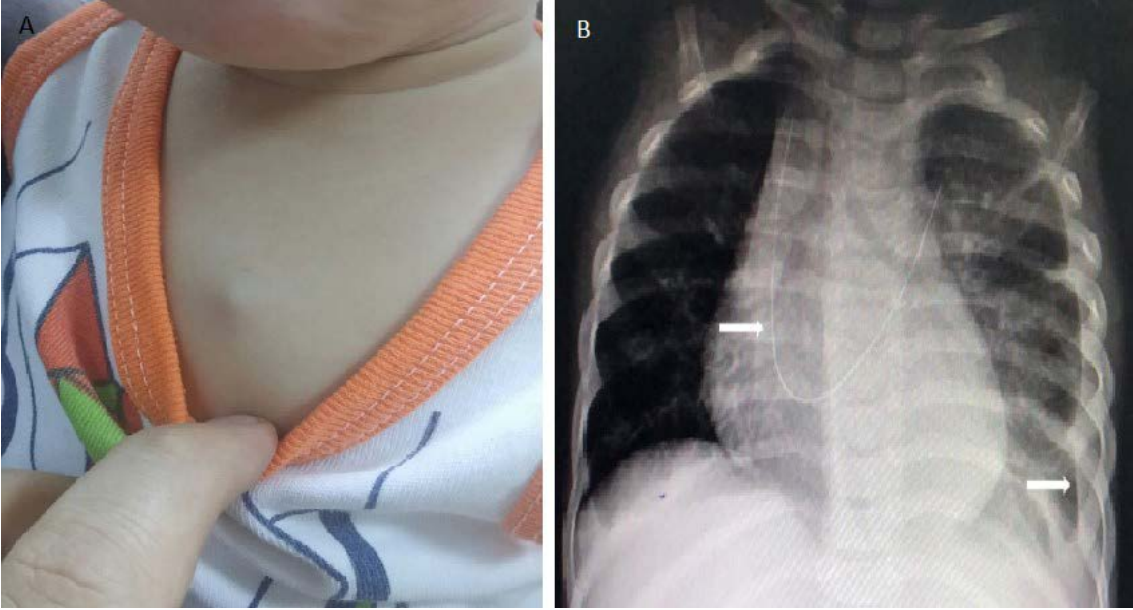
-POSTER BİLDİRİLER-

sol akciğerde solunum seslerinde azalma, göğüs ön duvarında sağda 2-3. interkostal aralıkta ele gelen 1 cm çapında şişlik (Şekil 1-A) ve batında operasyon skarı dışında patoloji saptanmadı. Çekilen postero-anterior akciğer grafisinde sağda havalanma artışı, solda plevral efüzyon, mediastende orta hattı geçen yabancı cisim saptandı (Şekil 1-B). Bilgisayarlı toraks tomografisinde sol hemitoraks anterior duvarından toraks içerisine girerek kalp üzerinde seyreden ve üst mediastende sağ paratrakeal alanda sonlanan yüksek dansiteli oluşum, sol hemitoraksta plevral efüzyon izlendi. Yapılan ekokardiyografisinde sağ ventrikülden ventrikül duvarını delerek toraks ön duvarına uzanım gösteren yabancı cisim görüldü. Aileden alınan öyküde operasyonda sağ femoralden SVK takıldığı öğrenildi ancak ilgili hekime ulaşılmadı. Yabancı cismin unutulmuş kateter klavuz teli olduğu düşünüldü. Hasta kalp ve damar cerrahisi tarafından opere edildi ve yabancı cisim torakotomi yapılarak komplikasyonsuz çıkarıldı ve cismin kateter klavuz teli olduğu görüldü. Takibinde entübe olarak çocuk yoğun bakıma kabul edilen hasta aynı gün ekstübe edildi. Üçüncü günde çocuk sağlığı ve hastalıkları servisine devredildi.

Sonuç : Tartışma Santral venöz kateterler deneyimli bir operatör tarafından uygun teknikler kullanılarak takılmalıdır. Seldinger yöntemi kullanılarak yapılan işlemlerde klavuz tel üzerinden kateter geçirilirken kateterin arka ucundan tel tutulmadan kateterin damar içinde ilerletilmemesi gerekir. Aksi durumda klavuz tel damar içine gidebilir ve mortalite, morbidite nedeni olabilir. Bu vakada olduğu gibi önlenbilir mekanik komplikasyonlar açısından daha dikkatli olmak gerekir.

Bulgu

Şekil 1 A-B



Postero-Anterior Akciğer Grafisi: A. İnterkostal aralıkta ele gelen 1 cm çapında şişlik. B. Solda plevral efüzyon ve opak yabancı cisim materyali (Oklar)

Anahtar kelimeler : Klavuz tel, Mekanik komplikasyon, Santral venöz kateter

15. ÇOCUK ACİL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-POSTER BİLDİRİLER-

P-070

TRAVMA SONRASI KİST HİDATİK RUPTÜRÜ: OLGU SUNUMU

Ayşe Gültekinçil¹

¹ Başkent Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD, Çocuk Acil Bölümü, Ankara

Giriş : Travma çocuklarda en sık gelişen morbidite ve mortalite sebeplerinden biridir. Batın travmalarının tüm travmalar içerisindeki oranı %10 olsa da önemli morbidite ve mortalite sebebi olabilir. Çocuklarda künt travmalarda özellikle solid organ yaralanmalarına sık rastlanır, hastaların altta yatan hastalığın olması durumunda ise klinik tablo komplike seyredebilir Burada travma sonrası acil servise başvuran ve hidatik kist ruptürü saptanan bir vakamız sunulmuştur.

Gereç-Yöntem : On dört yaşında kız hasta akşam saatlerinde kardeşinin karnına tekme atması sonrası karın ağrısı şikayeti ile başvurdu. Hastanın evde kusmalarının ve baş dönmesinin olduğu öğrenildi. Hastanın Çocuk Acil Polikliniğine başvurusunda vital bulguları normal sınırlarda idi, fizik muayenesinde, batında yaygın hassasiyet saptandı, diğer sistem muayeneleri normal sınırlarda idi. Hemogramında BK: 29660/µL, biyokimyasında ALT:152 U/L AST:63 U/L Kreatinin: 1.85 mg/dL, BUN:21 mg/dL olarak saptandı. Batın US'de karaciğer sol lobda 9x3 cm evre 3 kist hidatiğe ait görünüm saptanması üzerine hastaya çekilen Abdomen BT'de sol lob medial ve lateral segmentinde 113x79x59 mm ruptüre olmuş kist hidatik ve sağ lob anterior ve posterior segmentte 129x98x91 mm kist hidatik saptandı(Resim1). Çocuk Yoğun Bakım Ünitesine yatırılan hastanın izleminde bir kez yaygın ürtiker, taşikardi ve solunum zorluğu gelişti, intramusküler adrenalin, inhaler salbutamol ve intravenöz prednisolon alan hastanın şikayetleri düzeldi. Albendazol tedavisi başlanan ve perikistektomi yapılan hasta bir haftalık izlem sonrası medikal tedavisine ayaktan devam etmek üzere taburcu edildi.

Bulgular : Kist Hidatik, *Echinococcus granulosus* larvalarının bulaşı sonucu ortaya çıkan, sıklıkla karaciğer ve akciğere yerleşen kronik latent bir hastalıktır. Hastalığın belirti ve bulguları kistin yerleşim yerine bağlı olarak değişiklik gösterir, asemptomatik seyredebileceği gibi, karın ağrısı, kusma, sarılık, kilo kaybı, öksürük, hemoptizi gibi kronik non spesifik bulgular verebileceği gibi kistin ruptürüne bağlı akut bulgularla da ortaya çıkabilir. Akut kist ruptüründe en sık görülen klinik tablo peritonittir, özellikle kist enfekteyse veya safra kaçağı da varsa peritonit daha hızlı gelişir, hastamızda da hastaneye başvuru sırasında Akut Peritonit tablosu mevcuttur. Aynı zamanda kist ruptürüne bağlı olarak allerjik reaksiyon gelişebilir, anafilaksi ve anafilaktik şok tablosu görülebilir, hastamızın da izleminde anafilaksi gelişmiş, uygun şekilde tedavi edilmiştir. Travma sonrası karın ağrısı, akut karın bulguları ve allerjik bulguları olan hastalarda ülkemizde sık görülen Kist Hidatike bağlı kist ruptürü mutlaka akılda tutulmalı, uygun şekilde tetkik ve tedavi edilmelidir.

Sonuç : Travma sonrası karın ağrısı, akut karın bulguları ve allerjik bulguları olan hastalarda ülkemizde sık görülen Kist Hidatike bağlı kist ruptürü mutlaka akılda tutulmalı, uygun şekilde tetkik ve tedavi edilmelidir.

Anahtar kelimeler : abdominal, travma, kist hidatik, ruptür, çocuk

P-071

HAYATI TEHTİD ETMEYEN ZEHİRLENMEDEN AĞIR AKCİĞER HASARINA

Eylem Kırıl¹, Ayşe Filiz Yetimakman¹

¹ Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Yoğun Bakım, Şanlıurfa

Giriş : Akut zehirlenmelerde koruyucu hava yolu reflekslerinin kaybı nedeniyle akciğer aspirasyonu görülebilir. Aspire edilen aktif kömür hava yolu obstrüksiyonu nedeniyle solunum sıkıntısı yaratabilir. Biz de akut zehirlenme nedeniyle acil serviste nazogastrik yolu ile aktif kömür verilen, kusma sonrası aktif kömür aspirasyonuna bağlı PARDS gelişen olgumuzu sunacağız.

Olgu : İki adet beta bloker için 4 yaşında erkek hasta takip amaçlı yoğun bakım ünitemize alındıktan sonra takipneik olup oksijen saturasyonu %85-90 arasında seyreden, nazal yüksek akışlı oksijen tedavisinden fayda görmeyen hasta entübe edilerek mekanik ventilatöre bağlandı. Ağır PARDS gelişen hastada yüksek PEEP(max 17 mmHG), düşük tidal volüm stratejisi uygulandı. Entübasyon sırasında trakeanın aktif kömür ile boyalı olduğu görüldü. Trakeal aspirasyonunda yoğun aktif kömür gelenlerinin olması üzerine hastaya yatışının ikinci günü bronkoskopi yapıldı. Küçük bronşlara kadar kömür partiküllerinin ulaştığı ve ödemli olduğu görüldü. Toplamda 4 kez bronkoskopi yapılan hasta on iki gün mekanik ventilatörde entübe olarak izlendi. Extübe edildikten sonra istemsiz myoklonik jerk, tremor ve konvülsiyon geçiren hastanın cranial MR ve EEG tetkiklerinde özellik saptanmadı, yoksunluk sendromu olarak kabul edildi. Yoğun bakım yatışının 20. Gününde maske ile oksijen ihtiyacı olan hasta servise devredildi. İki ay sonraki kontrolünde hala öksürmekle kömür partiküllerinin görüldüğü, toraks CT incelemesinde her iki akciğerde mm lik çok sayıda buzlu cam görünümü, peribronşial kalınlaşma izlendi.

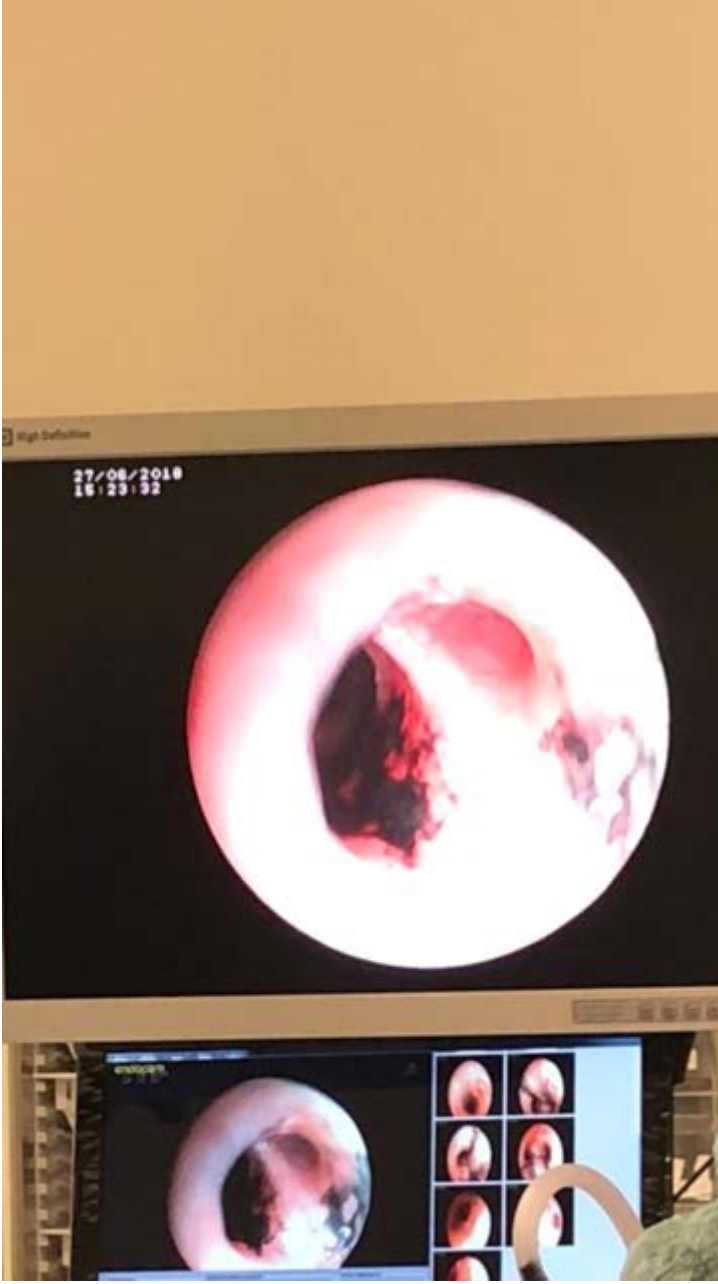
Sonuç : Erken akciğer parankimi değişiklikleri ve ARDS aktive kömürünün aspirasyonundan sonra, hızlı bir şekilde tedavi edici bronkoalveoler lavaj yapıldığında bile geliştiğini gösteren yayınlar mevcuttur. Olası aspirasyonla ilişkili geniş morbidite (obstrüktif larenjit, bronş tıkanıklığı, bronkospazm, ARDS) göz önüne alındığında ve potansiyel olarak toksik ilaç (lar) ın yutulduğu dikkate alındığında, aktif kömürün gerçekten uygulanma gerekliliği olup olmadığına dikkat çekmek istedik.

15. ÇOCUK ACİL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

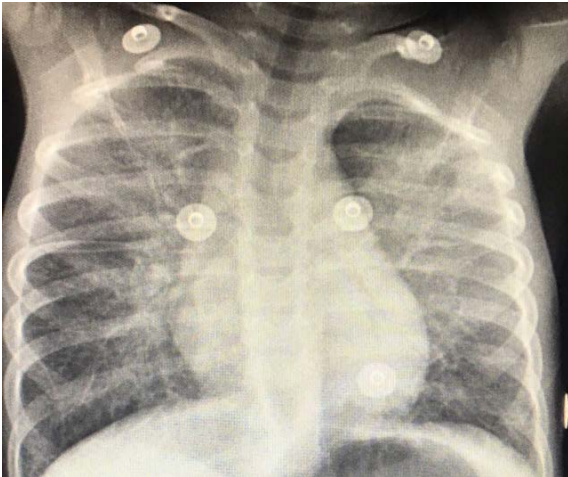
18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-POSTER BİLDİRİLER-

Bulgu



akciğer grafisi, bronkoskopi görüntüleri, tomografisi



akciğer grafisi

15. ÇOCUK ACIL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-POSTER BİLDİRİLER-



tomografi görüntüsü

Anahtar kelimeler : Aktif kömür, PARDS

P-072

DATURA STRAMONIUM ZEHİRLENMESİ: İKİ OLGU SUNUMU

Gamze Gökulu¹ , Sevcan Bilen¹ , Nagehan Aslan² , Özden Özgür Horoz² , Hayri Levent Yılmaz¹ ,

¹ Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Acil Bilim Dalı, Adana

² Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Yoğun Bakım Bilim Dalı, Adana

Giriş : Ülkemizde yaygın olarak bulunan, halk arasında Şeytan elması, Boru çiçeği olarak bilinen Datura Stramonium isimli bitki; astım, bronşit, egzema tedavilerinde bitkisel ilaç olarak kullanılmaktadır. Ancak yapısında ciddi antikolinergik zehirlenmelere neden olan maddeler içerir. Deneyimlediğimiz iki olgumuzu paylaşarak Datura Stramonium bitkisine dikkat çekmeyi amaçladık.

Olgu : OLGU 1 Üç yaşında kız olgu, başvurudan bir saat önce şeytan elması isimli bitkinin tohumlarından yeme yakınması ile hastanemizin çocuk acil polikliniğine getirildi. Babasının aktardan almış olduğu tohumların poşetini çocuğun elinde bulan ve 5 tanesini ağzından çıkaran annesi, sonrasında çocuğun hırçınlaştığını, yüzünün kızardığını söyledi. Olgu ajiteydi, sürekli ağlıyor ve sakinleştirilemiyordu. Muayenesinde yüzü pletorik görünümde, deri ve dil kuru, bağırsak sesleri azalmıştı. Her iki pupil midriyatikti (4 mm). Mide lavajı yapılan olguya aktif kömür uygulandı. İzleminde mevcut bulguları geriledi. OLGU 2 Beş yaşında erkek olgu, anlamsız hareketler yapma ve konuşma bozukluğu yakınması ile acil polikliniğimize getirildi. Olaydan yaklaşık yarım saat öncesinde parkta bilmedikleri bir bitkinin meyvesini yediği öğrenildi. Geldiğinde hasta ajite idi. El ve ayaklarda istemsiz hareketler ve anlamsız konuşmaları mevcuttu. Muayenede ağız mukozasının belirgin kuru, pupillerinin midriyatik olduğu (5 mm) saptandı. Çekilen bilgisayarlı beyin tomografisinde özellik saptanmadı. Aile tarafından getirilen bitki değerlendirildiğinde Datura Stramonium zehirlenmesi tanısı koyuldu. Mide yıkaması işlemi ve aktif kömür uygulandı. Çocuk yoğun bakım birimine yatırıldı.

Sonuç : Datura Stramonium yaklaşık 20-100 cm boyunda, 7-14 dallı, siyah tohumlar içeren yeşil meyveleri ve güzel kokulu beyaz boru şeklinde çiçekleri olan bir bitkidir. Tüm parçaları içerdikleri atropin, hyosiyamin ve skopolaminden dolayı zehirleyicidir. Midriazis, kuru- kızarmış deri, halüsinasyonlar, ajitasyon, hipertermi, idrar retansiyonu, bağırsak motilitesinde azalma, taşikardi ve konvülsiyonlar şeklinde antikolinergik sendroma sebep olabilir. Belirti ve bulgulara yönelik tedaviye yanıt vermeyen dirençli olgularda (disritmi, koma, dirençli konvülsiyonlar, belirgin hipertansiyon, kontrol altına alınamayan hipertermi) fizostigmin kullanılabilir. Acil polikliniğine açıklanamayan antikolinergik belirti ve bulgularla getirilen her hastada bu tür bir zehirlenme düşünülmeli ve sorgulanmalıdır. Toplum bu konuda eğitilmeli, 'bitkisel' veya 'organik' kelimelerinin 'zararsız' anlamına gelmediği konusunda bilinçlendirilmelidir.

Anahtar kelimeler : Zehirlenme, Datura Stramonium, Antikolinergik sendrom

15. ÇOCUK ACIL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-POSTER BİLDİRİLER-

P-073

NADİR GÖRÜLEN BİR OLGU: EŞEK ISIRIĞI

Gamze Gökulu¹, Sevcan Bilen¹, Sibel Öz², Gülsüm Sönmez³, Derya Alabaz³, Hayri Levent Yılmaz¹

¹ Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Acil Bilim Dalı, Adana

² Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Adana

³ Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı, Adana

Giriş : Hayvan ısırıkları, hafif yaralanmalardan doku kaybı ve şekil bozukluğu, ciddi damar ve sinir hasarlanmaları, kırıklar, yara yeri enfeksiyon ve ölüme kadar gidebilen değişik klinik tablolara neden olabilmektedir. En sık ısırık yaralanmasına neden olan hayvanlar köpekler, kediler ve kemirgenlerdir. Çocuklarda eşek ısırıkları oldukça nadirdir. Bu olgu sunumunda nadir görülen eşek ısırığı ve ona bağlı komplikasyon gelişen bir hastanın tartışılması amaçlandı.

Olgu : Kırsal alanda yaşayan on yaşındaki kız olgu eşek ısırığı yakınması ile hastanemizin çocuk acil polikliniğine getirildi. Olgunun evlerinin önünde oynarken komşularının eşeği tarafından baş bölgesinden ısırıldığı öğrenildi. Bir dış merkez hastaneye götürülen olguya ilk müdahalesi, kuduz ve tetanoz aşısı orada yapıldıktan sonra hastanemize gönderilmiş. Yaşamsal bulguları normal aralıklarda olan hastanın yapılan fizik muayenesinde; sağ parietal bölgeden sağ temporal bölgeye uzanan 10x10 cm' lik saçlı deri ile birlikte doku kaybının olduğu gözlemlendi. Diğer sistem muayenelerinde özellik yoktu. Yara yeri temizliği yapıldı. Laboratuvar değerlerinde hemogramda nötrofil ağırlıklı lökositoz dışında bir bozukluk saptanmadı. (Lökosit sayısı: 16.300/mm³, %72 nötrofil). Çekilen bilgisayarlı beyin tomografisi; beyin parankimi ve kemik yapı normal, sağ fronto-parietal alanda 10x 11 cm' lik galeal defekt mevcut şeklinde rapor edildi. Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahisi bölümü tarafından değerlendirilen hastaya günlük meşli pansuman ile takip, yatırılarak tedavi önerildi. Kültürleri alınan hastaya çocuk enfeksiyon hastalıkları bölümüne danışılarak intravenöz vankomisin ve meronem tedavileri başlandı.

Sonuç : Tüm dünyada çok sayıda insan hayvan ısırıklarına maruz kalmakta ve bunların bir kısmı önemli sağlık sorunlarına neden olmaktadır. Eşek ısırıklarına oldukça az rastlanılmaktadır. Tedavide ilk olarak diğer hayvan ısırıklarında olduğu gibi, yara yerinin temizlenmesi ve bakımı, tetanoz ve kuduz profilaksisi yer almalıdır. Doku kaybı, kırık ve benzeri durumlarda görüntüleme yapılmalı, plastik ve rekonstrüktif cerrahisi, ortopedi ve travmatoloji gibi ilgili bölümlerden konsültasyon istenmelidir. Hayvanın ağız florasına göre değişimle birlikte çoğul etkenli yara yeri enfeksiyonları sık görülmektedir. Bu nedenle gerektiğinde uygun antibiyoterapi başlanmalı, özellikle hastalar yatırılarak tedavi edilmelidir. Acil servislerde çalışan hekim ve yardımcı sağlık personeline hayvan ısırıklarına yaklaşım ile ilgili düzenli olarak eğitim verilmelidir.

Anahtar kelimeler : Hayvan ısırığı, Yumuşak doku enfeksiyonu

P-074

FARE ISIRIĞI SONRASI GELİŞEN YUMUŞAK DOKU ENFEKSİYONU

Gamze Gökulu¹, Sevcan Bilen¹, Merve Kılıç Çil², Derya Alabaz², Hayri Levent Yılmaz¹,

¹ Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Acil Bilim Dalı, Adana

² Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı, Adana

Giriş : Deri ve yumuşak doku enfeksiyonları çocukluk yaş grubunda oldukça sık karşılaşılan bir durumdur. Hayvan ısırıkları deri bütünlüğünün bozulmasına neden olarak dış ortamdaki ve hayvanın ağız florasındaki enfeksiyon etkenlerinin girişine zemin hazırlar. Bu olgu sunumunda hayvan ısırıklarında enfeksiyon etkenlerinin akılda tutulması gerekliliğine dikkat çekmek için deneyimlediğimiz bir olgunun tartışılması amaçlandı.

Olgu : Yedi yaşında kız olgu sol el parmaklarının arasında kızarıklık, şişlik ve irin gelmesi yakınması ile acil polikliniğine getirildi. Beş gün önce sol elinden fare ısırması, ancak herhangi bir sağlık kurumuna götürülmemiş. Üçüncü gün ısırık yerinde kızarıklık olması üzerine sağlık ocağına götürülmüş. Orada tetanoz ve kuduz aşısı yapılmış. Amoksisilin- klavulanik asit tedavisi başlanmış. Tedavinin ikinci gününde elindeki şişliğin artması, patlaması ve içinden yeşil-sarı renkli sıvı gelmesi sonrası hastanemize getirilmiş. Sol el üçüncü ve dördüncü parmakları arasında yaklaşık 3 cm' lik laserasyon, kanama ve püy mevcuttu. Mevcut lezyonun etrafı kızarıklık ve ödemli idi. Laboratuvar tetkiklerinde nötrofil ağırlıklı lökositoz (Lökosit sayısı: 18.600/mm³, %69 nötrofil) saptandı. Çekilen el düz grafisinde kemik oluşumlarında bir özellik yoktu. Yüzeysel doku ultrasonografisinde cilt altı dokuda ödem, sıvı ekojenitesi, enflamasyon, selülit ile uyumlu görünüm mevcut idi. Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahisi ve Ortopedi ve Travmatoloji bölüm hekimleri tarafından değerlendirildi. Mevcut bulgularla osteomyelit veya acil girişim düşünülmedi. Çocuk enfeksiyon hastalıkları bölümü tarafından değerlendirilen hastanın kültürleri alınarak intravenöz seftriakson ve klindamisin tedavisi başlandı.

Sonuç : Isırılan olguların çoğu acil servise, olay nedeniyle kuduz olma endişesi ve kuduz aşısı yaptırmak amacıyla ile başvurmaktadır. Ancak, hayvan ısırıklarında enfeksiyon açısından temel yaklaşım sadece kuduz aşılması değildir. Farelerden tüm dünyada doğrudan ya da dolaylı yolda 35 farklı hastalığın yayıldığı bilinmektedir. Bu hastalıklar farelerin dışı, idrar, tükürüğü ile yayılabileceği gibi önemli bir kısmı doğrudan ısırıkları ile bulaşır. Bu nedenle bu tür olgularda kuduz ve tetanoz profilaksisi dışında ısırılan hayvanın taşıyabileceği etkenlere yönelik antibiyoterapi gerekliliği göz önünde bulundurulmalıdır. Riskli hasta grubunda enfeksiyonun lokal veya sistemik belirti ve/ veya bulguları beklenmeden antibiyotik profilaksisine başlamak uygun olacaktır.

Anahtar kelimeler : Hayvan ısırığı, Antibiyotik profilaksisi

15. ÇOCUK ACIL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-POSTER BİLDİRİLER-

P-075

PEDİATRİK YANIK HASTALARINDA HEMŞİRELİK BAKIMI VE UYGULAMALARI, OLGU SUNUMU

Nağihan Eyi¹, Deniz Cantürk¹, Fatma Gökçe Ertav¹

¹ Şişli Hamidiye Etfal EAH, İstanbul

Giriş : Yanık; deri ve deri altı dokularda termal, kimyasal, elektrik ya da radyoaktif etkenlere bağlı oluşan doku harabiyeti sonucu tüm vücudu etkileyen fizyopatolojik süreçtir (1,2). Çocuklarda ölümlerle sonuçlanan travma nedenleri arasında üçüncü sırada yer almaktadır. Pediatrik hastaların yanık nedenli mortalite oranının %3,9 olduğu varsayılmaktadır. Yaklaşık %80'i ev kazaları sonucu meydana gelen yanıkların dört yaş altındaki çocuklarda en sık karşılaşılan tipi haşlanmalara bağlı yanıklardır (1,3). Yanığın tedavisinde önemli noktalardan biri yanığın derinliği, genişliği, şiddeti ve vücut bölgesinin bilinmesidir. Yanık; deri katmanlarına göre dört derecede sınıflandırılmaktadır (2,4, 5). Birinci Derece Yanıklar; sadece epidermiste olup, tipik olarak güneş yanıklarında görülmektedir. Ağrıdır, kırmızı renklidir, vezikül ve bül oluşumu gözlenmez. 4-7 gün içerisinde iz ve nedbe bırakmadan kendiliğinden iyileşir (2,4). İkinci Derece Yanıklar; epiderminin tamamı ve derminin bir bölümünü kapsayan ağrı, bül ve eritem oluşumuyla karakterizedir. Yüzeysel ve derin kısmı kalınlıkta olmak üzere ikiye ayrılır. Yüzeysel ikinci derece yanıklar parlak, kolayca kayan, ıslak, çok hassas ve yumuşak bir cilt katmanı, künt duyu hissi ve kapiller dolum mevcuttur. 10-14 günde iyileşmesi beklenir. Derin ikinci derece yanıklar kırmızı, yüzeyi kuru, künt duyu hissi ve kapiller dolum yoktur. 3-8 haftada iyileşmesi beklenir (2, 5). Üçüncü Derece Yanıklar; bu tam kalınlıkta yanıklar derinin tüm katlarını içerir, kuru görünümü, kayışimsı eskar vardır ve duyusuzdur ve bu yanıklarda cerrahi tedavi olmaksızın skar gelişimi, sepsis ve mortalite riski artar. Ağrılı değildir, eritem ve bül oluşmaz. Yanıklı dokunun rengi karbonize olmamışsa genellikle beyazdır, adeta harita görünümündedirler. Hem dermal hem de epidermal yapılar canlılığını yitirmiştir ancak yara kenarından tekrar epitelize olurlar. Bu nedenle geniş alanlı yanıklarda bu süreç aylarca sürebilir veya epitalizasyon hiçbir zaman gerçekleşmez. Üçüncü derece yanığın tedavisi cerrahidir ve erken eskar eksizeyonu ve greftleme işlemi yapılmaktadır (2,5). Dördüncü Derece Yanıklar; kas, tendon ve kemikleri etkilediği, cerrahi girişim gerektiren yanıklardır. Flep cerrahisi ile defektler kapatılır ya da amputasyonla sonuçlanmaktadır (2). Yanık yüzeyinin genişliği 0-15 yaş arası çocuklarda Lund ve Browder Kartları, adolesan ve yetişkinlerde Dokuzlar Kuralı ve pediatrik minör yanıklarda Palmar yöntemi kullanılarak değerlendirilmektedir. Özellikle bölge yanıkları için deneyimli yanık ünitelerinde tedavi yapılmalıdır (2, 6). Yanık tedavisi ve bakımı; acil (resusitatif)(solunumun sağlanması, enfeksiyonun önlenmesi, ağrının kontrolü), akut (yara bakımı, debridman, cilt grefti, fizyoterapi) ve rehabilitasyon (cerrahi rekonstrüksiyon) olmak üzere üç evrede ele alınmaktadır. Yanık hipovolemiye, enfeksiyona, şekil bozukluklarına, organ kayıplarına ve hatta ölümlere neden olabilmektedir. Bu sürecin yönetiminde hemşireler yanık hastasının bakımında anahtar rol oynamaktadır. Sistemantik yaklaşım ve öznenli hemşirelik bakımı ile yanık tedavisinde sağ kalım oranları artmakta, tıbbi maliyet azalmakta ve ağrı kontrolüne büyük ölçüde yarar sağlamaktadır. Pediatrik yanık hastasına fiziksel, emosyonel ve sosyal açıdan destek olan hemşireler, akut ve sürekli bakımın her aşamasında bütüncül bir bakım sağlayarak, hastaların iyileşmelerine katkı sağlamaktadırlar (1,6,7). Olgumuzda yanıklı çocuğun ailesinden onam alınmış olup, hemşirelik bakımı NANDA hemşirelik tanıları doğrultusunda anlatılmaktadır.

Olgu : 10 aylık kız hasta; üzerine kızgın yağ dökülmesi sonucu dış merkeze başvurmuş ve dış merkezde yapılan muayene sonucunda entübe edilerek çocuk cerrahisi ve yanık ünitesi olan tarafımıza sevki gerçekleştirilmiştir. Çocuk Yoğun Bakım Ünitesine 17.08.2017 tarihinde yatışı yapılan hastanın sağ el bileği dorsal yüzde 4x2 cm grade II yanık, sol aksilladan el bileğine kadar izlenen, çoğunlukla dorsal yüzde yer yer volar yüzeyde uzanan, sirküler olmayan grade I-II yanıklar gözlemlendi. Hastaya semptomatik tedavi başlandı. 0,5 cc/m² 'den hastaya 24 saatlik ringer laktat ilk 8 saat total sıvısının yarısı, son 16 saat ikinci yarısı verilerek üzere düzenlendi. Profilaksi amaçlı 80 mgr/kg/gün Sulperazon ve 1 mg/kg/st ranitidin, sedasyon ve analjezi amaçlı 0,1 mg/kg/st dormicum infüzyonu ve 1 mcg/kg/st dozunda Fentanyl infüzyonu başlandı. Ünitimizde yatan hastanın hemşirelik bakımı NANDA hemşirelik tanıları doğrultusunda yapılmış olup, bu tanılarla yönelik uygulanan hemşirelik bakımı girişimleri ve girişimlerin sonuçları aşağıda açıklanmaktadır. Akut Ağrı Tanımlayıcı Özellikler/ Etyolojisi: 3. derece yanık, hastanın huzursuzluğu, entübasyona bağlı endotrakeal ağrı Amaç/ Beklenen Hasta Sonucu: Hastanın rahatladığını görmek Hemşirelik Bakımı Girişimleri: Hastanın konforunu sağlamak amacıyla hekimin önerdiği analjezik(1 mcg/kg/st dozunda Fentanyl infüzyonu) uygulandı. Hastaya 2 saatte bir pozisyon verildi ve yatak çarşaflarının gergin ve steril olmasına özen gösterildi. Yanık bölgelerine doğrudan bası yapabilecek uygulamalar kısıtlandı. Değerlendirme: Hastanın huzursuzluğu azaldı ve sakinleşti. Sıvı-Volüm Eksikliği Tanımlayıcı Özellikler/ Etyolojisi: 3. derece yanığa bağlı sıvı kaybı Amaç/ Beklenen Hasta Sonucu: Sıvı- volüm eksikliğini gidermek Hemşirelik Bakımı Girişimleri:Hastanın sıvı-volüm eksikliği belirti ve bulguları izlendi. Aldığı ve Çıkarıldığı takibi yapıldı. Yaşam bulguları takip edildi. Hastaya uygun hidrasyon sağlandı. Cildin durumu değerlendirildi. Değerlendirme:Sıvı-volüm eksikliğine uygun tedavi devam etti. Doku Bütünlüğünde Bozulma Tanımlayıcı Özellikler/ Etyolojisi: Yanık Amaç/ Beklenen Hasta Sonucu: Deri bütünlüğü sağlanarak komplikasyonların önlenmesi Hemşirelik Bakımı Girişimleri: Olgunun tüm vücudu günde 1 kez distile su ile temizlenerek aseptik tekniklerle steril tül gras sargı ile kapatıldı. Yatak takımları steril olacak şekilde değiştirildi, bakım ve tedavisinde tüm sağlık ekibi üyelerinin aseptik koşullara uyması sağlandı. 2 saat aralıklarla pozisyona destek yastıklarla pozisyon değişimi sağlandı. Vücutundaki açık yaralara doğrudan bası yapacak uygulamalar kısıtlandı. Göz Konsültasyonu sonucu önerilen göz damlaları ve göz kapaklarına thiociline göz pomadı başlandı. Değerlendirme: Derideki yanıklarda iyileşme gözlemlendi. Enfeksiyon Riski Tanımlayıcı Özellikler/ Etyolojisi: Tramva/yanık, entübasyon, invaziv girişimler, enteral beslenme Amaç/ Beklenen Hasta Sonucu:Enfeksiyon riskini ortadan kaldırmak Hemşirelik Bakımı Girişimleri:düzenli vital takibi alındı. Hasta bakımında el yıkama talimatlarına uygun davranıldı. Ördür edilen antibiyotik zamanında ve dozunda uygulandı. Yara yerleri temizliğine önem verildi aseptik şartlarda bakım sağlandı. Günlük olarak insizyon bölgeleri kızarıklık, şişlik yönünden değerlendirildi. Hastaya vitamin desteği sağlandı. Değerlendirme: Hastanın kan kültürü sonucunda herhangi bir enfeksiyon gözlenmedi. Oral Mukoz Membranda Bozulma Riski Tanımlayıcı Özellikler/ Etyolojisi: Entübasyon sonucunda iritasyon, dehidrasyon,ağız içi ve kenarlarında yaygın yaralar, yüze kadar gelen yanık, oral alımın olmaması Amaç/ Beklenen Hasta Sonucu: Oral kavitenin bütünlüğünü korumak Hemşirelik Bakımı Girişimleri:Oral mukoz membran her iki saatte bir özel ağız bakım kitiyle temizlendi ve değerlendirildi, dudak kenarları Bepanthen pomad ile nemlendirildi. Entübasyon tüp yeri ve tüp bağı günlük değiştirildi. Değerlendirme:Oral müköz membran bütünlüğü sağlanarak, herhangi bir bozulma gözlenmedi. Ventilatorle ilişkili Pnömoni Gelişme Riski: Tanımlayıcı Özellikler/ Etyolojisi: Entübasyon varlığı Amaç/ Beklenen Hasta Sonucu: Ventilatorle ilişkili pnömoni gelişme riskini ortadan kaldırmak Hemşirelik Bakımı Girişimleri:Hastanın yatak başı 30°-45° yükseltildi. Tüp yeri değişiminde doktora akciğer sesleri dinletilerek ve numarasına uygun sabitlendi. Sekresyonların geriye kaçmasına engel olmak için aseptik teknikle aspire edildi. Ağız bakımı her iki saatte bir uygun ağız bakım kitiyle sağlandı. Değerlendirme:Hastanın entübasyonu süresince ventilatorle ilişkili pnömoni gözlenmedi. Bakım Verici Rolünde Zorlanma Tanımlayıcı

15. ÇOCUK ACIL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-POSTER BİLDİRİLER-

Özellikler/ Etyolojisi: Suçluluk duygusu, öfke, kötü iletişim, bakım verme konusunda kendini yetersiz hissetme Amaç/ Beklenen Hasta Sonucu:Ailenin bakıma katılımını sağlamak Hemşirelik Bakımı Girişimleri: Ailenin duyguları, korku ve endişeleri paylaşıldı. ve ona destek olundu. Bakım süresince gözlem yapması sağlandı ve kendisi bakım uygularken gözlemlendi. Değerlendirme: Hastanın ekstübasyonu sonrası aile bakımına istekle katıldı. Hipotermi Riski Tanımlayıcı Özellikler/ Etyolojisi: Dehidrasyon Amaç/ Beklenen Hasta Sonucu: Normoterminin olması, Aksiller ölçümün 36,5°C - 37°C aralığında olması Hemşirelik Bakımı Girişimleri: Her saat aksiller vücut ısısı ölçüldü. Çevre ısısı korundu. Hasta 1-2 saatte bir titreme yönünden değerlendirildi. Değerlendirme:Hipotermi gözlenmedi.

Sonuç : Yanık yara yeri enfeksiyonu ve sepsis halen yanık vakalarında ciddi bir mortalite ve morbidite nedenidir. Geniş yüzeyli yanıklarda pek çok organ ve sistem de etkilenerek, mortaliteye neden olmaktadır. Enfeksiyon kontrolü, yara bakımı ve yaranın erken kapatılması, hipermetabolik yanıtın düzeltilmesi, yanık şok tedavisinde olan gelişmeler mortalite ve morbidite oranlarını azaltmaktadır. Multidisipliner bir ekibin üyesi olan hemşireler yanık hastasının genel yönetiminde önemli rol oynamaktadır. Yanık hasta ve ailelerine akut ve sürekli bakım sağlayarak hastaların iyileşmesine katkıda bulunur.

Anahtar kelimeler : yara bakımı

P-076

BİR TALASEMİ MAJOR HASTASINDA DEMİR ŞELATÖRÜ KULLANIMINA BAĞLI ÇOKLU ORGAN YETMEZLİĞİ: OLGU SUNUMU

Gökçen Özçifçi¹ , Ümüt Altuğ¹ , Gözde Kazancı² , Fatih Durak¹ , Özgür Öztekin³ , Ali Kanık⁴ , Zuhul Önder Siviş⁵ , Ayşe Berna Anıl⁶

¹ SBÜ İzmir Tepecik EAH Çocuk Yoğun Bakım Kliniği

² SBÜ İzmir Tepecik EAH Çocuk Kliniği

³ SBÜ İzmir Tepecik EAH Radyoloji Kliniği

⁴ İzmir KÇÜTF Çocuk Sağ. ve Hast Ana Bilim Dalı

⁵ SBÜ İzmir Tepecik EAH Hematoloji Ve Onkoloji Kliniği

⁶ İzmir KÇÜTF Çocuk Yoğun Bakım Bilim Dalı

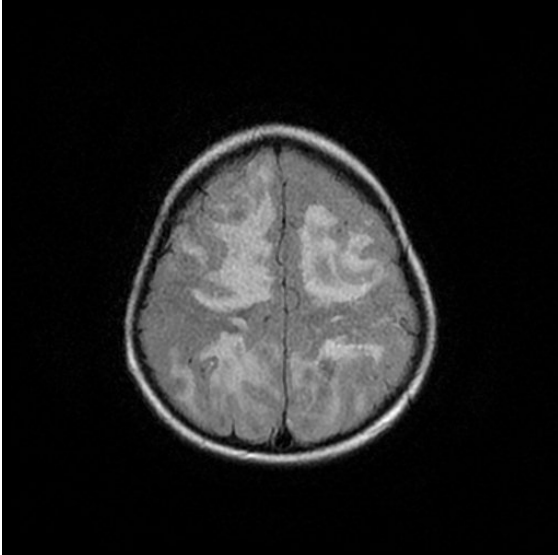
Giriş : Transfüzyon bağımlı talasemik hastalarda demir birikimi nedeniyle kalp, karaciğer ve endokrin bezlerde disfonksiyon gelişebilir. Bu durum talasemik hastalarda morbidite ve mortalitenin temel nedenidir. Deferasiroks, subkutan kullanılan deferoxamin adlı şelatöre göre, oral ve günde tek doz uygulanabilir olması nedeniyle tercih edilen yeni bir demir şelatördür. Bu ilaç bulantı, kusma, karın ağrısı ve cilt reaksiyonları gibi sık yan etkiler dışında serum kreatin düzeyinde artışa da yol açabilmektedir. Son yıllarda özellikle uzun kullanımlarda proksimal renal tübüler asidoz (RTA), akut karaciğer yetmezliği gelişebilen nadir olgular yayınlanmıştır. Biz de 5 yaşında talasemi major nedeniyle izlenen, deferasiroks kullanımına bağlı çoklu organ yetmezliği gelişen bir olguyu nadir görülmesi sebebiyle sunduk.

Olgu : 6 aylıktan itibaren talasemi major tanısıyla takipli deferasiroks (40mg/kg/gün) kullanmakta olan 4 yaşında kız olgu acil servise karın ağrısı, bulantı ve 2-3 kez olan kusma nedeniyle başvurdu. Acil servise ilk başvurusunda genel durumu kötü, bilinç açık, kalp tepe atımı: 140/dk, kan basıncı 110/50 mmHg, solunum sayısı 45/dk, SpO2 %98, kapiller dolum zamanı

Sonuç : Deferasiroks çocukluk çağında kullanım kolaylığından dolayı giderek artan bir demir şelatördür. Talasemi hastalarında demir birikimine bağlı organ yetmezlikleri görülebildiği gibi şelatör olarak deferasiroks kullanımına bağlı da çoklu organ yetmezlikleri gelişebilir. Bu hastalarda düzenli aralıklarla böbrek ve karaciğer fonksiyonları izlenmektedir. Fakat deferasiroks, proksimal RTA'ya neden olabileceği için bu hastalarda kan gazı, serum fosfor düzeyi ve idrar tetkiki izlemi de yapılabilir. Yine ağır metabolik asidoz ve renal yetmezliğin PRES nedeni olabileceği, alt ekstremitelerde güçsüzlüğünde de PRES'in nadir görülen spinal tutulumu akılda tutulmalıdır.

Bulgu

Kranial MR görüntüsü



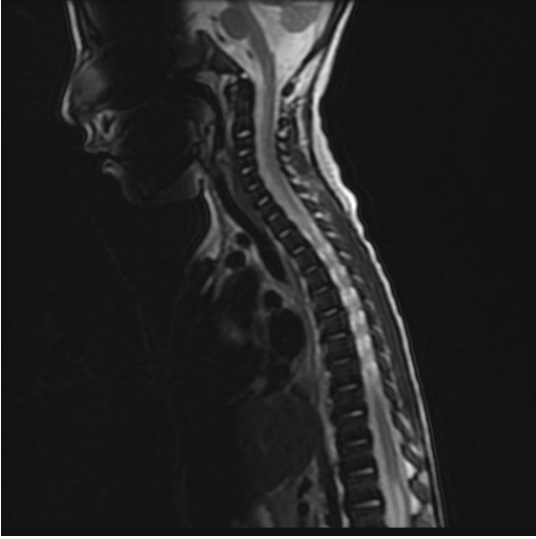
Bilateral frontal, parietal ve oksipital loblarda, asimetrik dağılım gösteren T2 flair imajlarda yüksek sinyalli değişiklikler

15. ÇOCUK ACİL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

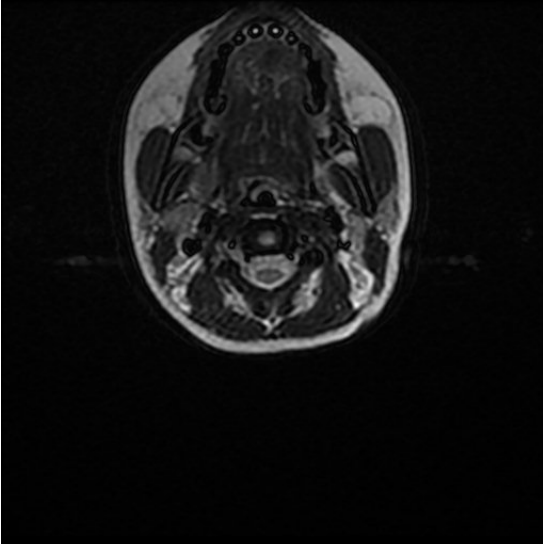
-POSTER BİLDİRİLER-

Spinal MR görüntüsü



Medulla spinaliste üst servikal kesimden başlayan, beyaz cevherde, simetrik, T2 yüksek sinyalli uzun segment sinyal artışı

Spinal MR görüntüsü



Medulla spinaliste üst servikal kesimden başlayan, beyaz cevherde, simetrik, T2 yüksek sinyalli uzun segment sinyal artışı

giriş	9.saat	14.saat	16.saat	18.saat	20.saat	26.saat	7.gün	
pH	7,11	7,16	7,14	7,20	7,22	7,33	7,35	7,42
pCO2	27,2	21,7	29	31	30,1	24,2	45,5	34,7
HCO3 (mmol/L)	9,9	9	10,9	12,6	13,1	15,4	21,8	21,8
Laktat (mmol/L)	6,3	4,6	4,4	4,4	5	5,3	2,6	1,4
Trombosit	176000	126000	100000			85000	81000	364000
Üre(mg/dL)	48	63	70			74	105	19
Kreatinin (mg/dL)	1,1	1,4	1,6			1,8	2,4	0,5
Sodyum (mmol/L)	136	144	144			149	152	135
Potasyum (mmol/L)	2,78	2,65	1,84			1,63	2,8	4,37
Klor (mmol/L)	112	119	121			118	118	108
Fosfor (mg/dL)	1	1,2	1			1	4,5	3,5
Kalsiyum (mg/dL)	7,8	8,1	7,9			8,5	8,5	8,3
Magnezyum (mg/dL)	1,9	1,9	1,4			1,7	1,7	1,8
Albümin (g/dL)	3,5	3,1	3,1			2,8	2,8	3,5

Anahtar kelimeler : Çocuk, çoklu organ yetmezliği, deferasiroks, posterior reversible ensefalopati sendromu spinal tutulum,proksimal RTA, talasemi major

15. ÇOCUK ACIL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-POSTER BİLDİRİLER-

P-077

ANİ BİLİNÇ DEĞİŞİKLİĞİNİN NADİR BİR NEDENİ: İYATROJENİK HİPERMAGNEZEMİ

Şule Demir¹, Gülşen Yalçın¹, Murat Anıl¹, Begüm Koyun Karakaya¹, Emel Berksoy¹, Gamze Gökalp¹

¹ SBÜ İzmir Tepecik SUAM, Çocuk Acil Kliniği, İzmir

Giriş : Hipermagnesemi genellikle böbrek yetmezliği olan hastalarda ya da aşırı doz alımı sonucu görülmektedir. Hipermagnesemiye bağlı olarak ciltte kızarıklık, yüksek ateş, mide bulantısı, baş ağrısı, baş dönmesi, hipotansiyon, paralizi, hipoventilasyon, bilinç baskılanması ve ventriküler aritmi, solunum yetmezliği ve asistol görülebilmektedir.

Olgu : 9 yaş erkek olgu acil servise ateş yüksekliği ve uykuya meyil şikayeti nedeniyle 112 eşliğinde getirildi. Serebral palsy ve epilepsi tanıları ile çocuk nörolojiden takipli hastanın sodyum valproat, fenobarbital ve klonazepam kullandığı öğrenildi. Başvuru sırasında nabız sayısı 153/dk, solunum sayısı 16/dk, kan basıncı 94/56 mm Hg, vücut sıcaklığı 38,4 °C, oksijen saturasyonu %88, parmak ucu kan şekeri 97 mg/dl saptandı. Annesi çocuğunun normale göre daha fazla uyuduğunu ifade etti. Fizik bakısında uykuya meyilli hipotonik olduğu görüldü. Dolaşım bozukluğu saptanmadı. Hastaya maske ile oksijen desteği başlandı ve monitör altında izleme alındı. Venöz kan gazında pH 7,41, pCO₂ 60,5 mm Hg, HCO₃ 35,2 mmol/L, laktat 4,6 mmol/L olarak ölçüldü. Kan biyokimyasında hipokalsemi saptandı (Ca 6.7 mg/dl, serum albumin normal). Çekilen EKG normal sinüs taşikardisi vardı. Diğer temel biyokimyasal parametreler, tam kan sayımı ve akut faz reaktanları ile fenobarbital ve valproik asit düzeyleri normal sınırlar içindeydi. Beyin tomografisinde patoloji saptanmadı. Hastanın kullandığı ilaçlar sorgulandığında kabızlık nedeniyle iki gündür oral magnezi kalsiyum klorürü kullandığı (1 ölçüğünde 400 mg magnezyum hidroksit), ancak doktorun bir pediatrik ölçek reçete etmesine rağmen annesinin yanlışlıkla büyük ölçek ile verdiği (12 kat doz) olduğu öğrenildi. Serum magnezyum düzeyi 10 mg/dl ölçüldü ve hasta iyatrojenik hipermagnezemi kabul edildi. İdame damar içi sıvı desteği holiday segar a göre %150 olacak şekilde artırıldı. 1 ml/kg/doz kalsiyum glukonat, 1 mg/kg/doz furosemid tedavisi başlandı. Tedavinin altıncı saatinde bakılan Mg düzeyi 7,8 mg/dl ve Ca 7,6 mg/dl ölçüldü. Hastanın bilinci olumlu yönde değişti. Hasta Çocuk yoğun bakım ünitesinde izlendi ve Mg 3,1 mg/dl, Ca 10 mg/dl saptanması üzerine tedavileri sonlandırıldı ve taburcu edildi.

Sonuç : Magnezyum toksisitesi çocuklarda nadir görülen ancak ciddi bir klinik durumdur. Böbrek fonksiyonları normal bir hastada, yüksek dozda alımı hipermagnezemiye neden olabilir. Tanıda ayrıntılı tıbbi öykü ve fizik bakı çok önemlidir.

Anahtar kelimeler : Ani bilinç değişikliği, hipermagnezemi,

P-078

NEBÜLİZE SALBUTAMOL TEDAVİSİNE BAĞLI SUPRAVENTRİKÜLER TAŞİKARDİ GELİŞEN ÇOCUK OLGU

Şule Demir¹, Pınar Garipçin¹, Tülay Demircan², Murat Anıl¹, Gamze Gökalp¹, Emel Berksoy¹

¹ SBÜ İzmir Tepecik SUAM, Çocuk Acil Kliniği, İzmir

² SBÜ İzmir Tepecik SUAM, Çocuk Kardiyoloji Kliniği, İzmir

Giriş : Salbutamol çocuklarda hiperkalemi tedavisinde ve bronkodilatör olarak kullanılan kısa etkili bir beta-mimetik ajandır. Taşikardi, titreme, kızarıklık en sık görülen yan etkileri olmakla birlikte nadiren önemli veya hayatı tehdit eden anaflaksi, aritmi, diyabetes mellitusun alevlenmesi, glossit, hiperglisemi, hipokalemi, hipotansiyon, ketoasidoz, laktik asidoz, paradoksik bronkospazm, periferik vazodilatasyon, gibi yan etkilerde görülebilmektedir.

Gereç-Yöntem : 2 yaş kız olgu üst solunum yolu enfeksiyonunu takiben gelişen hızlı nefes alıp verme, öksürük ve solunum sıkıntısı yakınmaları ile acil servise getirildi. Başvurusunda huzursuz görünümde, bilateral akciğer oskültasyonunda expiryum uzunluğu mevcuttu. Kalp tepe atımı 120/dk, solunum sayısı 40/dk, kan basıncı 90/50 mm Hg vücut sıcaklığı 37 °C olarak saptandı. Salbutamol nebül (2,5 mg) uygulandı. Tedaviden yarım saat sonra kalp tepe atımı 210/dk olarak ölçüldü. 12 derivasyonlu EKG kaydı supraventriküler taşikardi ile uyumluydu. Hemodinamik olarak stabil olan hastaya 0,1 mg/kg/doz iv adenozin puşe uygulandı. Yanıt alınmaması üzerine 0,2 mg/kg dan ikinci doz adenozin denendi. Yanıt alınmadı. Çocuk kardiyolojinin önerisi ile esmolol (300 mcg/kg/dk yükleme, 100 mcg/kg/dk idame) tedavisi verildi. Normal sinüs ritmine döndü. Ekokardiyografik değerlendirme normaldi. Hasta serviste izleme alındı ve SVT tekrarlamadı.

Bulgular : Çocuklarda sıkça kullanılan salbutamol nadir de olsa yaşamı tehdit eden aritmilere yol açabilmektedir. hastaların klinik izlemi ve vital bulgu takibi son derece önemlidir.

Anahtar kelimeler : aritmi, salbutamol, supraventriküler taşikardi

P-079

LPIN1 GEN DEFEKTİNE BAĞLI RABDOMİYOLİZDE HEMŞİRELİK BAKIMI

Ayşegül Yıldız¹, Funda Yılmaz¹, Nurseren İşler¹, Nuriye Turgut¹, Nihal Özdamar¹,

¹ Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir

Giriş : LPIN1 mutasyonları, şiddetli tekrarlayan rabdomiyoliz nedeni olarak tanımlanmış ve pediatrik hastalarda tespit edilen nedenlerden biri olarak belirtilmektedir. LPIN1 hastalığının fizyopatolojisi çok iyi bilinmemektedir ve prognozu kötüdür. Hastaların çoğu rabdomiyoliz atağı sırasında kaybedilmektedir. Rabdomiyoliz atağı ile başvuran hastalarda; özellikle pediatrik hasta grubunda, doğumsal metabolik hastalıkların dışlanması yönelik kan şekeri, amonyak, laktat, idrar ve kan miyogloblin, kan karnitin, açil-karnitin profilleri, idrar organik asit analizi, plazma aminoasitleri, homosistein, idrar keton ve kan keton düzeyleri çalışılmalıdır. Rabdomiyoliz; iskelet

15. ÇOCUK ACIL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-POSTER BİLDİRİLER-

kasının toksik etkiye maruz kalması veya pek çok metabolik ve genetik hastalık sonucunda gelişebilir. Rabdomiyolizle iskelet kası hasarına bağlı çeşitli mediyatörler ve hücre içeriği kan dolaşımına geçerek, klinik ve laboratuvar bulgularına yol açmaktadır. Bunun sonucunda ciddi metabolik dengesizlik ve miyoglobüriye bağlı ciddi renal disfonksiyon gelişirse hemodiyaliz uygulanması gerekebilir.

Gereç-Yöntem : LPIN1 gen defektine bağlı CK yüksekliği saptanan olguda, çocuk ve ailesinin hastalık süresince yaşanan sağlık problemleri ve uyum sorunları tanımlanarak The North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) Hemşirelik Tanıları Sınıflandırma Sistemine göre özgün hemşirelik bakımı verilmiştir. Olguya NANDA hemşirelik tanıları doğrultusunda; • Ağrı • Enfeksiyon riski • Hava yolu açıklığını sağlamada yetersizlik • Aspirasyon riski • Anksiyete • Doku bütünlüğünde bozulma riski • Öz bakım eksikliği • Sıvı volüm fazlalığı/riski • Travma riski • Gaz değişiminde bozulma riski • Fiziksel mobilitede bozulma riski • Aile içi süreçlerin devamlılığında bozulma tanıları kondu.

Bulgular : Yirmialtı aylık kız olgu 2-3 gündür olan beslenmede azalma ve 1 gün önce başlayan uykuya meyil yakınmasıyla hastanemiz acil servisine başvurdu. Gelişinde glasgow koma skorlaması (GKS): 8, kan basıncı: 98/58(65) mmHg, kalp tepe atımı: 160/dk. Acil servis izleminde idrar renginde koyulaşma olduğu görüldü. Hastanın gelişinde bakılan kreatin kinaz (CK) değeri: 10529 IU/L AST:229 IU/L ALT:53 IU/L iken 4 saat sonra bakılan CK: 40850 IU/L, AST:1590 IU/L, ALT:310 IU/L'ye yükseldi. Laboratuvar değerlerinde hızlı yükselme ve bilinç durumunda giderek kötüleşme (GKS:6) olan hasta çocuk yoğun bakım servisine nakledildi. Anne ve baba arasında 1. derece akraba evliliği mevcut. Hastanın öncesinde nöromotor gelişimi olağandı ve ailede rabdomiyoliz öyküsü yoktu. Hastanın bakılan diğer biyokimyasal parametreleri ve kan gazı olağandı. Hastanın oftalmik ve kardiyak bakıları normal olarak değerlendirildi. Hastaya 3000cc/m² den yüksek karbonhidrat içerikli mayı ve idrar alkalinizasyonu ve diüretik tedavileri başlandı. Hastada bilinç bulanıklığı ve GKS düşüklüğü olması sebebiyle entübe edilerek mekanik ventilatör (MV) ile izlemine devam edildi. Hastanın doğumsal metabolik hastalıklar açısından kan tetkikleri, hemodiyaliz tedavisi başlanmadan önce ayrıldı. Alınan kontrol CK düzeyi 170000 IU/L saptanan hastaya yatışının 5. saatinde devamlı veno-venöz hemodiyafiltrasyon (CVVHDF) başlandı. CVVHDF aldığı ilk 4 gün boyunca CK değerinde yükselme olmaya devam etti. Hemodiyaliz tedavisinin 9. gününde bakılan CK 943452IU/L, AST 9599 IU/L, ALT 2616 IU/L düzeyine kadar düşmesi üzerine kesildi. Hastanın izleminde idrar çıkışında azalma, vücut ağırlığında ve volüm yükünde artış olması sonrası bakılan BUN 113mg/dl, kreatinin 1.8mg/dl'e kadar yükseldiği görüldü. Hastanın mevcut durumu rabdomiyolize bağlı gelişen non-oligürik akut böbrek hasarı olarak değerlendirildi. Almakta olduğu diüretik tedavisine devam edildi ve sıvı yönetimi açısından aralıklı veno-venöz hemodiyafiltrasyon uygulandı. Yatışının 12. gününde akciğer grafisi ve kan gazı olağan olan MV'de basınç ihtiyacı çok azalan hasta ekstübe edildi. Hastanın izlemde yatışının 24.gününde idrar çıkışı normale dönerek BUN ve CK değerlerinde kademeli olarak düşme olduğu görüldü. Hastanın gönderilmiş olan birinci basamak metabolik tetkikleri sonuçları normal olarak değerlendirildi. LPIN1 eksikliği açısından genetik analiz yapılması için CVVHDF başlanmadan önce alınmış kan örneği çalışıldı ve yeni bir LPIN1 homozigot (c1696G>C, p.Asp566His) varyantı saptandı. Hastanın yatışının 27. gününde 1 haftadır diyaliz yapılması gerekmeyen hastanın bakılan kan Ca⁺⁺ düzeyleri 18,8 mg/dL e kadar çıktı. Hastada rabdomiyolizin geç evresinde akut tübüler nekrozun poliüri döneminde meydana gelen hiperkalsemi düşünüldü. Çok yüksek Ca⁺⁺ düzeyi saptanması üzerine aralıklı 2 gün daha düşük kalsiyum içeren diyalizat ile hemodiyaliz uygulandı. Hastanın Ca⁺⁺ düzeyi normal sınırlara döndü. Hastaya yatışının 32. gününde solunum sıkıntısı gelişmesi üzerine akut respiratuar distres sendromu (ARDS) tanısı kondu. Hastanın yüksek PEEP ve PIP ihtiyacı mevcuttu. PEEP düzeyi 14 cmH₂O'ya çıkarılmasına rağmen desatüre (SPO₂:%70) olması nedeni ile hastaya 30 ppm inhale nitrik oksit (iNO) tedavisi, akciğer açma manevraları ve ARDS'ye özgü mekanik ventilatör stratejileri ile izlenen hastada 3 gün içerisinde olumlu yanıt alınarak kan gazı ve akciğer grafisinde düzelmeye olduğu görüldü. Nitrik oksit tedavisi kademeli olarak azaltılarak kesildi ve MV'de PEEP ve PIP ihtiyacı da zamanla azaldı. Hasta yatışının 39. gününde ekstübe edildi. İzlemde ek problemi olmayan, oral beslenebilen, CK düzeylerinde tekrar yükselme olmayan hastanın ailesine taburculuk eğitimi verilerek, poliklinik kontrollerine gelmek üzere eksterne edildi. Hastanın ilk rabdomiyoliz atağından 5 ay zaman geçmiş olup hasta sağlıklı olarak kontrollerine gelmektedir ve tekrar rabdomiyoliz atağı gözlenmemiştir.

Sonuç : Çocuk yoğun bakım ünitelerindeki (ÇYBÜ) hastaların iyileşme sürecinde hemşirelik bakımının çok önemli bir yeri bulunmaktadır. Bu nedenle ÇYBÜ'ne bakım ve tedavi amacı ile kabul edilen hastanın taburculuğuna dek geçen sürede bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımının uygulanması ve uygulama sonuçlarının değerlendirilmesi ile olumsuz yoğun bakım deneyimlerinin azaltılabileceği ve iyileşme süreçlerinin hızlandırılabilceği söylenebilir. Hemşirelik bakımı ve etkin tedavi ile birlikte çocukta var olan enfeksiyon, doku ve beslenme sorunları düzeltilerek çocuğun normal yaşantısına dönmesi hızlandırıldı ve yaşam kalitesi artırıldı.

Anahtar kelimeler : hemşirelik bakımı, kreatin kinaz, LPIN1 gen defekti, rabdomiyoliz

P-080

ÇOCUK YOĞUN BAKIMDA NADİR BİR SOLUNUM SIKINTISI NEDENİ: DRESS SENDROMU

Nazik Yener¹, Esra Eda Baysal², Özlem Aydoğ³

¹ Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Tıp Fakültesi Çocuk Yoğun Bakım Bilim Dalı

² Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı

³ Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Tıp Fakültesi Çocuk Nefroloji Bilim Dalı

Giriş : DRESS (Drug Reaction with Eosinophilia and Systemic Symptoms) sendromu, ateş, deri döküntüsü, lenfadenopati ve iç organ tutulumuyla karakterize, yaşamı tehdit edebilen ve çocukluk çağında nadir görülen bir gecikmiş tip ilaç hipersensitivite reaksiyonudur. Tedavisinde spesifik yaklaşımların gerekmesi ve yüksek mortalite oranları nedeniyle sendromun erken tanınması çok önemlidir.

Gereç-Yöntem : Olgu:6 yaşında epilepsi tanısıyla izlenen erkek hasta ani gelişen yüksek ateş, öksürük , solunum sıkıntısı ve vücudunda yaygın döküntü şikayeti ile başvurdu. Hastanın 1 yıl önce epilepsi tanısı aldığı ve kullanmakta olduğu valproik acid tedavisine 3 hafta önce oxkarbamezapin eklendiği öğrenildi. Başvuru fizik incelemesinde ateşi 38,5 °C solunum sayısı 60/dk ve nabızı 135/dk idi. Yüzü ve ekstremiteleleri ödemli, bilateral servikal lenf nodları mevcuttu. Tüm vücutta yaygın makülopapüler birleşme eğilimi gösteren döküntüleri vardı. Laboratuvar incelemesinde Hb:9,5 gr/dl, trombosit 202000 /mm³ve beyaz küre 21900/mm³ olup dağılımı %19 nötrofil, %22 eozinofil ve %48 lenfosit şeklinde idi. Hafif CRP (8.8 mg/dl) ALT (215U/L) AST (165 U/L), D bilirubin (1.48mg/dl) yüksekliği

15. ÇOCUK ACIL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-POSTER BİLDİRİLER-

tespit edildi. Diğer labrotuar incelemeleri normaldi. Hastanın akciğer grafisinde parakardiyak infiltrasyonu gözlemlendi. Yapılan abdominal USG sinde hepatosplenomegali tespit edildi, ekokardiyogramı normaldi. Ciddi solunum sıkıntısı olan hasta çocuk yoğun bakım servisine yatırılarak yüksek akışlı nazal kanül ile oksijen verildi. Hastamız DRESS sendromu tanısında kullanılan 9 RegiSCAR kriterlerinden 8 ini karşılıyordu , oxcarbamezapine bağlı DRESS sendromu tanısı konularak aldığı oxcarbamezapin tedavisi kesildi ve pulse metil prednizolon tedavisi başlandı. Tedavin üçüncü gününde ateşi düşen hastanın döküntüleri de soldu. Tedavisine 14 gün düşük doz steroid ile devam edildi ve sonraki 6 ayda azaltılarak kesilmesi planlandı. Hastanın 6 aylık izleminde rekürrens gözlenmedi. Sonuç olarak iç organ tutulumuyla giden ve ölümcül olabilen bir ilaç hipersensivite reaksiyonu olan Dress sendromlu bu olguyu ağır solunum sıkıntısı ile prezente olması ve nadir görülmesi nedeniyle klinisyenlerin dikaktini çekmek için sunduk.

Sonuç : Sonuç olarak iç organ tutulumuyla giden ve ölümcül olabilen bir ilaç hipersensivite reaksiyonu olan Dress sendromlu bu olguyu ağır solunum sıkıntısı ile prezente olması ve nadir görülmesi nedeniyle klinisyenlerin dikaktini çekmek için sunduk.

Anahtar kelimeler : solunum sıkıntısı,DRESS sendromu,oxcarbamezapin

P-081

İNFRANTİL NEFROPATİK SİSTİNOZİSLİ HASTADA GELİŞEN MENİNGOKOK SEPSİSİ

Gürkan Bozan¹ , Hasan Bora Ulukapı¹ , Ener Çağrı Dinleyici¹ , Ömer Kılıç⁴ , Gonca Kılıç Yıldırım² , Nuran Çetin³

¹ Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Çocuk Yoğun Bakım Bilim Dalı

² Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Çocuk Metabolizma Bilim Dalı

³ Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Çocuk Nefroloji Bilim Dalı

⁴ Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Çocuk Enfeksiyon Bilim Dalı

Giriş : Sistinozis birçok organda disfonksiyona neden olan ve son yıllarda tanı ve tedavide birçok gelişmenin yaşandığı metabolik hastalıklardan birisidir. Sistinozis (OMIM 219800), 17. kromozomun kısa kolunda (p13) yer alan CTNS genindeki mutasyonların neden olduğu otozomal resesif kalıtılan bir hastalıktır. Hastalığa neden olan CTNS geni, lizozomal sistin taşıyıcı protein olan "sistinozin" adı verilen bir proteini kodlar. Bu gendeki mutasyon sonucunda lizozomal transportu sağlayan protein etkilenir ve lizozomlarda sistin kristalleri yaygın olarak birikir. Bu birikim; böbrek, kornea, kemik iliği, tiroid, lenf nodları, karaciğer ve dalak gibi birçok yaşamsal organı etkiler ve bu organlarda disfonksiyona neden olur. Hastalığın başlangıç yaşı ve ciddiyetine göre üç klinik form tanımlanmıştır. Nefropatik/infantil form en sık rastlanan ve en ağır formudur. Büyüme gelişme geriliği ve renal Fanconi sendromu olan tüm hastalarda düşünülmelidir. Sistinozis tanısının doğrulanması artmış intrasellüler sistin içeriğinin gösterilmesidir. Tanı ve tedaviye yanıtı takibinde de lökosit sistin düzeyi ölçümü önerilmektedir. Hastalar doğumda normal vücut ağırlığına ve boya sahiptir. Sistin birikimi fetal dönemde başlamasına rağmen doğumda klinik bulgulara rastlanmaz. Böbrekler ilk olarak etkilenen organlardır. Asemptomatik aminoasidüri yaşamın ilk bir kaç haftasında görülürken glukozüri, fosfatüri ve idrar bikarbonat kayıpları daha sonraki aylarda görülebilir. Bu nedenle sistinozis tanısı yaşamın ilk aylarında atlanabilir. Ancak hasta 6 aylık olduğunda genellikle renal Fanconi sendromu tam olarak yerleşmiş olur. Hastalığın ilk bulguları poliüri, susama hissi, büyüme ve gelişme geriliği, kusma, dehidratasyon atakları, kabızlıktır. Bu dönemde görülen laboratuvar bulguları ise proksimal tübül disfonksiyonuna bağlı olarak hipokalemi, hipofosfatemi, metabolik asidoz, hipourisemi, düşük karnitin düzeyleri ve bazen de hiponatremidir. Bu sayılan klinik ve laboratuvar bulgularının hepsi aynı anda aynı yaş grubunda görülmemesi hastalığa tanı konulmasına gecikmelere yol açabilmektedir. Hastalığın takibinde renal olarak yoğun elektrolit kaybına neden olduğu için sürekli elektrolit replasmanı gerektiren bir hastalıktır Neisseria meningitidis insanlarda meningoensefalit ve meningokoksemi gibi ağır hastalıklara yol açabilmektedir. Meningokoksemi insanlarda en hızlı şekilde ölümcül seyreden enfeksiyon hastalığıdır. Ölümün %92'si başvurudan sonraki ilk 2 gün içerisinde gerçekleşir. Yüksek mortaliteye sahip olması ve kalıcı nörolojik hasar bırakması sebebiyle hastalığın şüphesinden sonra ilk yarım saat içinde antimikrobiyal tedavi başlanmalıdır. N. meningitidis kompleman aracılı fagositozdan korunmasını sağlayan polisakkarid kapsül (A, B, C, W, X, Y) ve toksik şok ve adezyondan sorumlu lipopolisakkarid gibi virülans faktörlerine sahiptir. Meningokokka bağlı hastalıkta çok genç veya yaşlı yaş, birden çok purpurik lezyonun varlığı, primer meninokokkal pnömoni, şok, hipotansiyon, taşikardi, koma, nöbet, bilinç değişikliği, ayrıca laboratuvar bulgularından, lökopeni, trombositopeni, C veya W serogrupları, izole bakteriyemi, dirençli endotoksemi, metabolik asidoz, 4 mmol/L'nin üzerindeki laktat düzeyi ve beyin omurilik sıvısında 100/mm³'ten az hücre görülmesi de kötü prognozla ilişkilidir. Meningokoksemide patojen çok hızlı şekilde çoğalır ve kan akımı içinde lipooligosakkaridleri (endotoksinler) üretir. Endotoksinler makrofaj, monosit ve nötrofillerden inflamatuvar ajanların salınmasına sebep olur. Bunlar interlökinler, IFN-gama, TNF-alfa'dır. Bu sitokinler koagülasyon kaskadının ve komplaman yolağının başlamasında önemli rol alırlar. Damarlardaki bu artmış molekül sayısı kapiller geçirkenliği artırır ve patolojik olarak vazokonstriksiyon ve vazodilatasyona sebep olarak trombüs direncini azaltır ve yaygın damar içi pıhtılaşma ve ağır miyokard disfonksiyonuna sebep olur. Bu olaylar şok ve çoklu organ yetmezliğinin sebebidir. Santral sinir sistemi tutulumunda patojen kan-beyin bariyerini aşar, koroid pleksus ve kapiller ağın endotel hücrelerine bağlanır ve subaraknoid alanda inflamatuvar süreci başlatır. Bu durum kan-beyin bariyerinin geçirgenliğinin artması, beyin ödemi, intrakraniyal hipertansiyon, serebral kan akımının azalması ve kortikal hipoksiye sebep olur. Burada infantil nefropatik sistinozis tanısı ile takip edilen, yoğun bakıma şok ve sepsis tablosunda yatırılan ve izleminde meningokoksemi saptanan takibinde ağır nörolojik sekelleri olan bir olgu tartışılacaktır.

Olgu : Dokuz aylık erkek hasta Çocuk Nefroloji ve Çocuk Metabolizma Bilim Daları tarafından 5 aydır "infantil nefropatik sistinozis" tanısıyla izlenmekte olup, Joule solusyonu, NaHCO₃, kalsiyum laktat ve potasyum sitrat-potasyum bikarbonat PO tedavilerini almaktaydı. Hastanın başvurusundan bir gün önce Çocuk Nefroloji Polikliniği kontrolü olduğu, aktif şikayeti olmayıp, hastanın tam kan sayımı, kan biyokimyası ve kan gazı tetkiklerinin normal olduğu öğrenildi. Hastanın hastaneden ayrıldıktan sonra saatler içerisinde başlayan kusma ve ishal yakınmasının olduğu, akşam 18 ve 24 saatlerinde alması gereken oral kalsiyum tedavilerini de kustuğu, sabah aile tarafından halsiz ve bitkin olması ve bilinç bulanıklığının gelişmesi üzerine acil koşullarında ambulans ile hastaneye getirildiği, transfer sırasında hastanın 15 dakika süren jeneralize tonik konik vasıfta konvülsiyonunun olduğu ve rektal diazepam ile müdahale edildiği öğrenildi. Çocuk Acil Birimine başvuruğunda, genel durumu kötü, bilinci kapalı, Glasgow Koma Skoru 7, solunum sayısı 52/dk, kalp tepe atımı 220 atım/dk, tansiyon arteryel 81/56 mmHg, kapiller geri dolum zamanı 5 sn idi. Diğer sistem muayenelerinde patolojik bulgu saptanmadı. Başvuru anında konvülsiyon geçirme öyküsü olan hastanın kan şekeri 23 mg/dl olması nedeni ile iki kez 2 cc/kg %10 dekstroz intraosseoz yoldan puşe edildi. Kan kalsiyum düzeyi 6,98 mg/dl olan hastaya 2 cc/kg kalsiyum glukonat başlandı.

15. ÇOCUK ACİL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-POSTER BİLDİRİLER-

Başvuru anında tam kan sayımında beyaz küre sayısı 17600/mm³, mutlak nötrofil sayısı 7600/mm³, trombosit sayısı 296000/mm³ ve biyokimya incelemesinde Na 141 mEq/L, K 3,04 mEq/L, Cl 105 mEq/L, glukoz 275 mg/dl, ALT U/L, 34 AST 149 U/L, BUN 17,5 mg/dl, kreatinin 0,97 mg/dl, Ca 6,98 mg/dl, ürik asit 11,3 mg/dl, LDH 722 U/L saptandı. Kan gazı incelemesinde pH 7,25, pCO₂ 15 mmHg, HCO₃ 6 mmol/l, BE -19,7 mmol/L, laktat 8,2 mmol/L saptanan hasta, solunumunun yüzeysel olması nedeni ile entübe edilerek Çocuk Yoğun Bakım Ünitesine alındı ve mekanik ventilatörde izlenmeye başlandı. Hastanın ani gelişen hipotansiyon, hipoglisemi ve genel durumundan bozukluk olması nedeni ile 200 mg/kg sefotaksim başlandı. Hipotansiyonuna yönelik olarak dopamin, dobutamin infüzyonları başlanan hastanın oligürisinin olması nedeni ile yenilenen biyokimya incelemesinde BUN, kreatinin ve ürik asit düzeylerinde yükselme gözlemlendi. Aktif spontan rektal kanaması olan hastanın, PTZ, aPTT, d-dimer düzeyleri yüksek saptandı. Tedavisine teikoplanin eklenen hastaya IgM ile zenginleştirilmiş poliklonal immunoglobulin başlandı. Hastanın dopamin ve dobutamin infüzyonuna rağmen hipotansiyonun olması nedeni ile hastaya adrenalin infüzyonu başlandı, plazmaferoz yapılması planlandı ancak ciddi hipotansiyonu olması nedeni ile yapılamadı. Hastanın anemi ve trombositopenisinin de gelişmesi nedeni ile sekonder hemofagositik lenfositosisiz olasıllığına yönelik çalılışan serum ferritin düzeyi 605, trigliserid düzeyi 103 ve fibrinojen düzeyi 256 olup, kemik iliği aspirasyonunda distonik kasılmaları gözlenmedi. Hastanın hızlı gelişen sepsik şok ve yaygın damar içi pıhtılaşma tablosunda olması nedeni ile gönderilen serum örneğinin RT-PCR incelemesinde Neisseria meningitidis pozitif olarak saptandı. Hastaya taze donmuş plazma ve eritrosit süspansiyonu transfüzyonu yapıldı. Hastanın almakta olduğu antibiyotik tedavisine devam edildi. Hastanın takibinde tansiyon değerlerinde düzelmeye gözlenmesi üzerine inotrop desteği azaltıldı. Karaciğer ve böbrek fonksiyonlarında düzelmeye gözlenen hastanın, kan gazı kontrolleri ile weaning yapılarak ekstübe edildi. Hastanın yatışının 5. gününde enfeksiyon bulguları tamamen geriledi ancak nörolojik muayenesinde obje takibi olmaması, yaygın kontraktürleri ve derin tendon reflekslerinde artış mevcuttu. Bilgisayarlı beyin tomografisinde yaygın beyin ödemi bulunan hastaya beyin ödeme yönelik tedavilerine devam edildi. Fokal konvülsiyonları ve tüm vücudundada distonik kasılmaları olan hastanın kraniyal MRG incelemesinde sol parietal lobda subakut geçirilmiş kanama alanları, her iki hemisferde beyaz cevherde ve bazal ganglionlarda miyelinizasyon gecikmesi, parieto-okspital bölgede kortikal yaygın kontrastlanma saptandı. Bu bulgular meningokoksemiye sekonder geçirilmiş hipoksi, kanama, ödem ve ayrıca metabolik hastalığına sekonder miyelinizasyonda gecikme olarak yorumlandı. Hasta, antibiyotik tedavileri 10. günde kesilerek servis izlemine alındı. Hastanın kan kültürlerinde üreme saptanmadı, RT-PCR ile elde edilen Neisseria meningitidis suşunun serogrup W olarak serotiplendirildi.

Sonuç : Sistinozis, renal olarak yoğun elektrolit kaybına neden olan ve sürekli elektrolit replasmanı ve yakın takibi gereken bir metabolik hastalıktır. Bizim hastamız da oral elektrolit replasman tedavisi almakta olan ve yakın takibi sağlanmış bir hastaydı. Meningokoksemi zaten mortalite ve morbiditesi ağır bir tablo iken altta sistinozis gibi metabolik yönden sıvı elektrolit kaybına yanıtı kötü olan bir hastada daha hızlı ve ağır seyretti. Hastanın bir gün önceki Çocuk Nefroloji poliklinik kontrolünde elektrolit imbalansı veya dehidratasyonu yok iken ertesi gün oldukça kötü bir şekilde şok tablosunda acile getirildi. Başvurusunda hipoglisemik ve hipokalsemik olan, nöbetleri olan hastada ilk 24 saatte yaygın damar içi pıhtılaşma tablosu gelişti. Hastadaki klinik tablonun tek başına sistinozisle açıklanamayacağı düşünülerek trombositopeniye ilişkili çoklu organ yetmezliği ayırıcı tanısına yönelik kanda PCR yöntemi ile Neisseria meningitidis araştırıldı ve seropozitif olarak saptandı. Literatürde önceden bildirilen sistinozis ve meningokoksemi birlikteliği yer almamaktadır. Hastamız bu konuda belirlenen ilk vakadır. Sistinozisin özel olarak meningokok enfeksiyonuna yatkınlık yarattığı bildirilmemiştir. Bu duruma yönelik bir patofizyolojik açıklama tanımlanmamıştır. Ülkemizdeki meningokok aşısı içerisinde W135 subgrubu yer almaktadır fakat yakın zamanda orta doğu ülkelerinden alınan yoğun göç nedeniyle aşılama aksamış çocuklar toplumda yer almaktadır. Göçmenlerin aşılama konusunda çalışmalar devam etmekle beraber tam olarak bir düzenin sağlanamadığı şu koşullarda meningokok enfeksiyonu sıklığı artmıştır.

Anahtar kelimeler : Sistinozis, Meningokoksemi, Sepsis, DİK

P-082

EKSTRAKORPOREAL MEMBRAN OKSİJENASYONU DESTEĞİ İLE BAŞARIYLA TEDAVİ EDİLEN AĞIR SEYİRLİ NEKROTİZAN PNÖMONİLİ BİR OLGU

Beğüm Murt¹, Tanıl Kendirli¹, Serhan Özcan¹, Merve Havan¹, Hakan Tekgüç², Burcu Alıcı³, Zeynep Eyiletan³, Halil Özdemir⁴, Ergin Çiftçi⁴

¹ Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Yoğun Bakım Bilim Dalı, Ankara

² Ankara Koru Hastanesi Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi, Ankara

³ Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Kalp ve Damar Cerrahisi Bilim Dalı, Ankara

⁴ Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı, Ankara

Giriş : Nekrotizan Pnömoni, pnömoninin nadir, ağır bir komplikasyonudur. En sık Pnömonokok ve Stafilokokus Aureus'a bağlı görülür. Standart tedaviler ve konvansiyonel mekanik ventilasyona yanıt vermeyen ağır solunum yetmezliği durumunda ekstrakorporeal membran oksijenizasyonu (ECMO) kullanılmaktadır. ECMO belirli bir süre kalp ve akciğer fonksiyonlarını desteklemek amacıyla vücut dışı yapay dolaşım ve/veya solunum desteği sağlanmasıdır. Konvansiyonel tedavilere yanıt vermeyen geri dönüşümlü, ağır kardiyak ya da pulmoner yetmezlikte ECMO endikasyonu vardır. Burada nekrotizan pnömoni tanısı ile 24 gün ECMO altında izlenen ve sonra tamamen düzelen bir hastayı sunduk.

Gereç-Yöntem : Kronik hastalığı olmayan 3,5 yaşında erkek hasta, yatışından 10 gün önce ilk şikayetleri ateş ve öksürük nedeniyle başvurmuş. Hastanın kliniği ağırlaşması nedeniyle 5 gün dış merkezde yoğun bakımda yüksek akımlı nazal oksijen (YANKO) tedavisi almış. Akciğer grafisi ve toraks tomografisinde nekrotizan pnömoni ve bilaretal efüzyon olduğu saptanmış ve bilateral göğüs tüpü konulmuş. Hastanın kliniğinin ağır olması ve Video yardımı ile torakoskopi (VATS) yapılmak üzere yoğun bakım ünitemize kabul edildi. Yatışında genel durumu orta, takipneikti. BPAP'da izlenirken, göğüs tüpü yenilendi. Plevral sıvı eksudatıftı. Solunum yolu panelinde Mycoplasma pneumoniae, S.pneumonia ve Staphylococcus aureus, İnfluenza, Parainfluenza 1, Metapneumovirus A ,B ve Bocavirus pozitif. Antibiyoterapisi düzenlendi. Yatışının 4. Gününde VATS yapıp entübe edildi. 8. Gününde kan gazında ph:7.26 pco2:85,9 po2:27,8 hco3:37.7 be:7.3 so2:38.2 laktat:3,4 gelince mekanik ventilatörde tidal volüm 10 L/kg' a çıkarıldı. Oksijenizasyon indeksi 14 olan hasta venovenöz ECMO'ya bağlandı. İki kere kardiyak arresti oldu, KPR yapıldı. Göğüs tüplerine GOMCO kuruldu. ECMO 'nun 6.

15. ÇOCUK ACİL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-POSTER BİLDİRİLER-

Gününde ekstübe edildi. 10 gün sonra ECMO'nun 16. Gününde desaturasyonu (SO₂:88) takipnesi (SS:48/dk) kan gazında respiratuvar asidozu olması sebebi ile tekrar entübe edildi. 24 gün ECMO ile izlendikten sonra dekanüle edildi. 19 gün entübe izlendi. Ekstübe edilip çocuk enfeksiyon servisine devredildi. Sol göğüs tüpü 39 gün sağ göğüs tüpü 36 gün kaldı. Oksijen desteği olmadan taburcu edildi. Taburculuktan 6ay sonraki kontrolünde kliniği iyiydi. Akciğer grafisinin belirgin düzeldiği görüldü.

Bulgular : ECMO; standart tedavilere yanıt vermeyen, geri dönüşümlü solunum yetmezliğinde kurtarıcı tedavidir. Bu vakada solunum yetmezliği olan nekrotizan pnömoni hastanın 24 gün ECMO ve 25 gün mekanik ventilatör desteği sonrası akciğer parankiminin dramatik düzelmesini vurgulamak istedik.

Anahtar kelimeler : ECMO,Nekrotizan Pnömoni

P-083

AKUT LENFBLASTİK LÖSEMLİ BİR OLGUDA AKUT RESPIRATUVAR DİSTRESS SENDROMUNUN VENÖVENÖZ EKSTRAKORPÖREAL MEMBRAN OKSİJENİZASYONU İLE BAŞARILI TEDAVİSİ

Hatice Feray Arı¹, Kazım Zararcı¹, Pınar Yazıcı Özkaya¹, Mehmet Arda Kılıncı¹, Bülent Karapınar¹

¹ Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Çocuk Yoğun Bakım, İzmir

Giriş : Akut respiratuvar distress sendromu (ARDS), hem pulmoner hem de pulmoner olmayan nedenlerle ortaya çıkan yaygın olarak akciğer parankimini etkileyen inflamatuvar bir süreçtir. Pnömoni (35%), aspirasyon (15%), sepsis (13%), boğulma (9%) bilinen en sık sebepler olmakla birlikte sepsis, bakteriyemi, yanık, multipl organ travması gibi nedenlerle de En sık nedeni olarak bildirilen pnömoninin oluşumunda öncelikle viral etkenler yer almaktadır. İmmunsepsis hastalığı olan olgularda bu süreç daha hızlı ve ağır seyretmektedir. Günümüzde pek çok tedavi stratejisi denenmiş olmakla birlikte düşük tidal volüm, yüksek pozitif ekspirasyon sonu basıncı (PEEP), permisif hiperkapni, kısıtlı sıvı tedavisi ile mekanik ventilasyon izlemi yani akciğer koruyucu tedavi önerilmektedir. Refrakter ARDS kliniğinde ise zamanlaması tartışmalı olmakla birlikte venövenöz ekstrakorporeal membran oksijenizasyon (ECMO) uygulamasının önemi gittikçe artmaktadır. Biz bu olguda, akut lösemi nedeniyle nötropenik olan bir çocukta ECMO uygulanan viral pnömoniye sekonder gelişen ARDS kliniğini sunuyoruz.

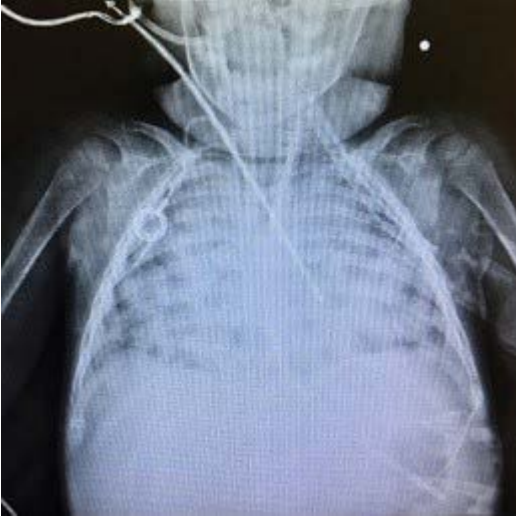
Olgu : Common B Akut Lenfoblastik Lösemi (ALL) yüksek risk grubunda olup bu nedenle lösemi tedavisi alan 2 yaşında kız olgu, dış merkezden tarafımıza Rhinovirüs, Respiratuvar sinsisyal virüs (RSV) ve Bocavirüs birlikteliğine bağlı viral pnömoni nedeniyle gelişen solunum sıkıntısı olması üzerine sevk alındı. Olgunun kliniğimize gelişinde genel durumu kötüydü. Bilinci açık, koopere ve oryante olan olgunun Glaskow Koma Skoru (GKS) 13 idi. Nazal kanül ile yüksek akımlı oksijen (HFOV) desteğinde SaO₂: %94 olan olgunun solunum sayısı 55/dk, burun kanadı solunumu, interkostal-subkostal-suprasternal çekilmeleri olması nedeniyle entübe edildi. Volüm hedefli-basınç sınırlı (APV-SIMV) modda mekanik ventilasyon desteğine alındı. Posteroanterior akciğer grafisinde (PAAG) bilateral parakardiyak yaygın infiltrasyonu olduğu görüldü. Geliş kan gazında Ph: 7,29 Pco₂: 57 Po₂: 67 HCO₃: 32 Laktat: 4,2 idi. Hb: 8,4 g/dL, Htc: %23, MCV: 88.6 fL, trombosit: 19000 103/uL, lökosit: 1560 103/uL, nötrofil: 1430 103/uL, CRP: 15,6 mg/dL, serum iyonları, karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri normal, albümin: 1,8 gr/dL bulundu. Hastaya geniş spektrumlu antibiyotik, antifungal tedavi başlandı. Yatışının 6. gününde mekanik ventilatör desteğinde oksijenizasyon ve kompiyansı bozuldu. Çekilen PAAG'de ARDS ile uyumlu bulgular saptandı. Olguya akciğer koruyucu ventilasyon stratejisi ve permisif hiperkapni uygulandı. Hipotansiyonu olan olguya adrenalın, noradrenalın ve hidrokortizon infüzyon tedavileri invaziv kan basıncı değerleri ile titrasyonu yapılacak şekilde başlandı. Satürasyon değerlerinde düşüklüğü ve oksijenizasyon bozukluğu devam etmesi nedeniyle prone pozisyon verildi ancak yaklaşık 4 saat sonra desatürasyon gözlemlendi. Kan gazında pH: 7.21, pCO₂: 71.3, pO₂: 76.6, HCO₃: 27.4, laktat: 2.1 so₂: 90, paO₂/FiO₂: 76, Oksijenizasyon İndeksi (OI): 61 bulundu. Çocuk Kardiyoloji ekibinin ekokardiyografi ile rehberliğinde Çocuk Yoğun Bakım ekibi tarafından hastaya bikaval çift lümenli katater takıldı. ECMO izleminin 4. gününde trombositopenisi gelişti. Beslenme intoleransı görüldü. Rektal kanama ve ardından bol miktarda hematokezyası oldu. Enteral beslenmesi kesildi ve total parenteral nutrisyon (TPN) desteği sağlandı. Medikal tedavi ve kanama diyatezlerine yönelik kan ürünü replasmanlarına rağmen rektal kanaması aktif şekilde devam etmesi Çocuk Gastroenteroloji tarafından ECMO izlemindeki olguya yatışının 12. gününde yoğun bakım ünitesinde kolonoskopi yapıldı. Yaygın mukozal ödem, yer yer hemorajik görümlü ülsere lezyonları olan olgunun aktif kanayan lezyonlarına skleroterapi yapıldı. İzlemde gastrointestinal sistem kanaması aktif şekilde devam etti. Tekrarlayan eritrosit, trombosit ve taze donmuş plazma replasmanlarına devam edildi. İzoimmünizasyon nedeniyle gelişen trombositopeniye sekonder kanama olabileceği nedeniyle olguya plazmaferaz yapıldı ancak yanıt alınamadı. Ekstrakorporeal membran oksijenizasyonda APTZ 60-80 sn arasında titre edilirken 35 IU/kg/saat IV heparinizasyon alan ve medikal tedaviye yanıtız kanaması devam eden olgu Çocuk Cerrahisi ile görüşülerek yatışının 13. gününde yoğun bakım ünitesinde opere edildi. İntraoperatif endoskopi eşliğinde batin açıldı, yaygın mukozal ödem, hemoraji görüldü. İleoçekal valv etrafındaki makroskopik ülser lezyonu, inen ve çıkan kolonu rezeke edildi. İleostomi ve kolostomi açıldı. İzlemde rektal kanaması geriledi. Kan ürünü transfüzyonu ihtiyacı azaldı. Somatostatin ve transanemik asit tedavileri kesildi, ranitidin tedavisi 2 mg/kg/gün dozuna inildi. İzlemde diürezisi azalan ve CVP 12 olan olgunun furosemid tedavisine yanıtız anürisi olması nedeniyle ECMO seti üzerinden hemofiltrasyon yapıldı. Diürezisi düzelen ve stomasından gelenleri azalan olguya postoperatif 6. günde minimal enteral beslenme başlandı. Yatışının 31. gününde akciğer oksijenizasyonunda ve kompiyansında belirgin artış görüldü. Kontrol PAAG'de parankimal havalanma artışı görüldü. Recruitment manevraları yapılmaya başlandı. Kademeli olarak ECMO FiO₂ değerleri azaltıldı. Olgunun mekanik ventilatör desteğini tolere etmesi üzerine ECMO izleminin 35. gününde ECMO FiO₂ ve süpürücü gaz kapatıldı. Kontrol kan gazında pH: 7,37 pCO₂: 43,3 pO₂: 119 HCO₃: 28 PaO₂/FiO₂: 560 OI: 3 saptandı ardından olgu ECMO izleminde çıkarıldı Heparin infüzyonu kesildi. Olası intrakraniyal etkilenme açısından çekilen beyin BT'de hipodens alanlar görülmüş olup olası metastaz açısından değerlendirilmesi planlandı. ARDS süreci nedeniyle HRCT çekildi. Bilateral yaygın alveolar fibrozis ve septal kalınlaşma alanları, traksiyon bronjektazileri saptandı. Yatışının 37. gününde olgu extübe edildi ve BiPap ile solunum desteğine devam edildi. Sedatif ve analjezik infüzyonları kademeli olarak azaltılmaya başlandı. Total enteral beslenen olgunun alınan kültürlerinde ve patolojik biyopsi materyal örneklerinde üreme saptanmadığından tüm antimikrobiyal tedavileri kesildi. Yatışının 42. gününde olgu nazal kanül ile yüksek akışlı oksijen desteğine alındı. İzlemde solunum sıkıntısı gerileyen olguya nazal kanül ile 5 lt/dk oksijen desteği verildi ve ardından yatışının 43. gününde takipli olduğu dış merkez Çocuk Hematoloji birimine sevk edildi.

15. ÇOCUK ACİL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-POSTER BİLDİRİLER-

Bulgu
ARDS görünümü



ARDS ile uyumlu yaygın infiltrasyon

Bikaval çift lümenli katater takılı görüntü



Bikaval çift lümenli katater (Avalon) takılı ECMO'da görüntüsü

EKO rehberliğinde kanülün yeri



Bikaval çift lümenli ECMO katater yerinin tayininde ekokardiyografi görünümü

15. ÇOCUK ACİL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-POSTER BİLDİRİLER-

Sonuç : Günümüzde pediatrik VV-ECMO uygulanan hastalarda %60 survey bildirilmekle birlikte nötropenik olgularda bu oran azalmaktadır. Bıkaval çift lümenli katater ile ağır hipoksemik solunum yetmezliği olan olgularda tek vasküler yol ile VV-ECMO uygulaması yapılabilmektedir. ECMO izlemi sırasında heparin doz titrasyonu yapılarak gastrointestinal sistem cerrahisi gibi cerrahi işlemlerin uygulanabileceği, böylelikle masif kan ürünü transfüzyonlarından ve buna bağlı komplikasyonlardan kaçınılabileceği unutulmamalıdır.

Anahtar kelimeler : ARDS, ECMO, hemofiltrasyon, kolonoskopi, operasyon, rektal kanama

P-084

AKREP ZEHİRLENMESİ SONRASI GELİŞEN PRIAPİSM OLGUSU

Hatice Feray Arı¹, Kazım Zararcı¹, Pınar Yazıcı Özkaya¹, Bülent Karapınar¹

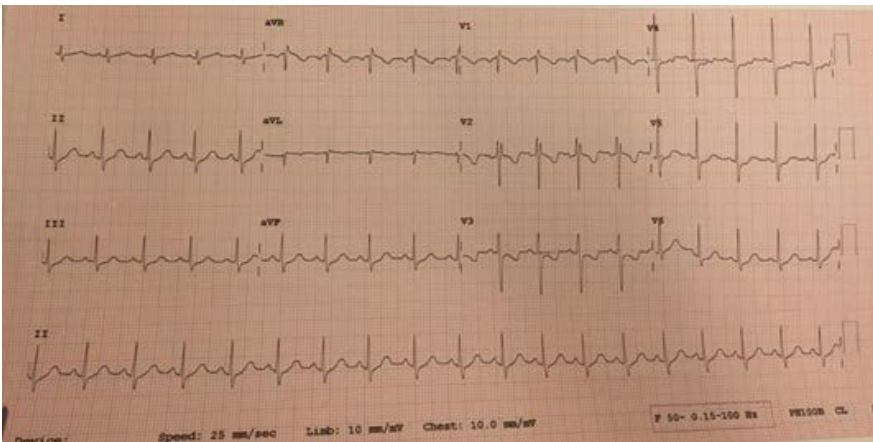
¹ Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Çocuk Yoğun Bakım, İzmir

Giriş : Akrep sokması lokal bulgularla seyredilebilmekle birlikte nörotoksik, kardiyotoksik ağır bulgularla ölüme neden olabilen geniş bir klinik yelpazede karşımıza çıkmaktadır. Klinik bulgular akrebin türüne, sokma sayısına, kişinin yaşına, kilosuna, sokulan bölgeye gibi birçok faktöre bağlı olarak değişmektedir. Ülkemizde rastlanan akrep cinsi olarak Mesobuthus gibbosus türü akrep bildirilmektedir. Sıklıkla lokal reaksiyonlar görülmekte olup sistemik etkilenim olduğunda ani kardiyopulmoner kollaps nedeniyle çocuk yoğun bakımda izlenmesi gerekmektedir. Olgumuzda parasempatik aktivasyon ile klinik prezente olmuş ve ardından kardiyak yetmezlik gelişmiştir.

Olgu : Yaklaşık bir saat önce Muğla/Milas-Akyol mevkisinde sağ el birinci parmağından akrep tarafından sokulan 8 yaşında erkek olgu periferik soğukluk, hipertansiyon, nabız basıncında daralma ve priapism bulguları nedeniyle acil servise başvurmuş, evre-3 akrep zehirlenmesi olarak değerlendirilip iki kez antitoksin uygulandıktan sonra çocuk yoğun bakım ünitemize sevk edilmiştir. Hastanın ünitemize gelişinde genel durumu iyiydi ve Glaskow koma skalası (GKS) 15 idi. Koopere ve oryante olan olgunun fizik bakışında; kan basıncı 99/69 (82) mmHg, kalp tepe atımı (KTA) 92/dk, kan şekeri 107 ölçüldü. Sağ el birinci parmakta ısırılma yeri görülen olgunun kapiller dolma zamanı (KDZ) > 3sn, periferik soğukluk, sol elde uyuşma ve priapism bulguları mevcuttu. Diğer sistem muayeneleri olağandı. Geliş tetkiklerinde Hb: 14,4 Htc: 40,9 Lökosit: 13030 103/µl Nötrofil: 11.820 103/µl Lenfosit: 1.020 103/µl Trombosit: 397.000 103/µl idi. Karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri normal sınırlarda olan olgunun iyon patolojisi yoktu. Kan gazında pH: 7,42 pCO₂: 28,9 pO₂: 117 sO₂: 98,8 Lac.: 1,1 Glukoz: 135 HCO₃: 18,7 iCa: 1,17 saptandı. Elektrokardiyografisinde (EKG) dış merkezde normal sinüs ritmi olan olgunun zehirlenmeden yaklaşık 5 saat sonra çekilen kontrolünde tüm derivasyonlarda belirgin olan ST segment depresyonu görüldü. Kardiyak etkilenim açısından alınan CK: 207 IU/L CK-MB: 13,25 ng/mL Miyogloblin: 74,47 ng/mL Troponin T: 588 ng/L NT-proBNP: 332,6 pg/mL bulundu. Hastanın telekardiyografisi (TELE) normal olup yapılan ekokardiyografisinde (EKO) ejeksiyon fraksiyonu (EF) % 50-55 olarak hesaplandı. İzlemede hipotansif seyreden olguya dopamin 10 mcg/kg/dk ve dobutamin 10 mcg/kg/dk seviyesinde normotansif olacak şekilde intravenöz (IV) inotrop infüzyonu başlandı. Elektrokardiyografisinde ST segment depresyonu devam eden olgunun CK: 305 IU/L CK-MB: 17,9 ng/mL Troponin T: 597 ng/L NT-proBNP: 11.096 pg/mL bulundu. Periferik soğukluk, KDZ uzaması, priapism gibi bulguları nedeniyle parasempatik sistem aktivasyonu olan olguya doksozolin 0,05 mg/kg peroral olarak gelişinden itibaren 3. ve 6. saatte verildi. İzleminde yaklaşık 8 saattir priapism devam eden olguya penil doppler ultrasonografi (USG) çekildi, akım görülmemesi üzerine çocuk ürolojisi tarafından değerlendirildi (Resim.2). Hastadan penil iskemi açısından alınan penil kan gazında pH: 7,27 pCO₂: 44,5 pO₂: 38,5 sO₂: 62,8 Lac.: 4,6 Glukoz: 119 HCO₃: 20,2 iCa: 1,23 bulundu. Eş zamanlı alınan arter kan gazında pH: 7,40 pCO₂: 27,1 pO₂: 95,5 sO₂: 97,8 Lac.: 0,9 Glukoz: 120 HCO₃: 16,8 iCa: 1,11 idi (Tablo.1). Hastanın penil kan gazında asidozu ve laktat yüksekliği olması nedeniyle ılımlı penil iskemi düşünüldü. Kavernoöz sinüsten yaklaşık 20 cc ponksiyon yapıldı. İzlemede priapism kademeli olarak geriledi. İzleminde periferik dolaşımı düzelen, KDZ < 2sn, priapism olmayan olgunun doksozolin tedavisi kesildi. Kontrol alınan CK: 104 IU/L CK-MB: 4,1 ng/mL Troponin T: 178 ng/L NT-proBNP: 2.721 pg/mL değerlerine geriledi (Tablo.2). Normotansif izlenen olgunun inotrop tedavileri kademeli olarak azaltılarak kesildi. Kontrol EKO'da EF değeri % 65-70 olarak ölçüldü. Genel durumu iyi, vital bulguları stabil olan olgu tedavisi ve izleminin devamı için genel pediatri servisine devir edildi.

Bulgu

akrep zehirlenmesi ekg bulgusu



Tüm derivasyonlarda belirgin olan ST segment depresyonu

priapism görüntüsü

15. ÇOCUK ACİL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-POSTER BİLDİRİLER-



Yaklaşık sekiz saattir devam eden priapizm görüntüsü

penil-arter kan gazı

	Penil Kan Gazı	Arteriyel Kan Gazı
Ph	7,27	7,40
pCO ₂	44,5	27,1
pO ₂	38,5	95,5
sO ₂	62,8	97,8
Laktat	4,6	0,9
Glukoz	119	120
HCO ₃	20,2	16,8
iCa	1,23	1,11

Penil kan gazı ve arteriyel kan gazının karşılaştırılması

Sonuç : Akrep sokmaları lokal reaksiyondan ağır klinik tablolara dek değişmekle birlikte hızlı tanı ve tedavi ile kısa sürede olgunun hayatının kurtulmasına sebep olmaktadır. Klinik ve laboratuvar değerlendirme çok önemlidir. Bu olgumuzda, hastanın priapizminin ön planda olması ve iskemi gelişecek düzeyde etkilenmesi, medikal tedaviye dirençli olması nedeniyle ponksiyon ile kan boşaltımı yapılmıştır. Parasempatik aktivasyonu dikkat çeken olguda eşlik eden kardiyak yetmezlik bulguları nedeniyle çocuk yoğun bakımda izlemi devam etmiştir.

Anahtar kelimeler : akrep, priapizm, Mesobuthus gibbosus, penil kan gazı, penil doppler usg, kardiyak yetmezlik

P-085

BEYİN ÖLÜMÜ KLİNİĞİ İLE GELEN BİR BAKLOFEN İNTOKSİKASYONU

Kazım Zararcı¹, Hatice Feray Arı¹, Pınar Yazıcı Özkaya¹, Bülent Karapınar¹

¹ Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Çocuk Yoğun Bakım, İzmir

Giriş : Baklofen, gamma aminobütirik asit (GABA) agonisti olan ve sıklıkla çocuklarda spastisite tedavisinde kullanılan bir ilaçtır. Yüksek doz alımlarında ciddi klinik bulgulara yol açabilir. Yarılanma ömrü 2- 4 saat arasında olup toksik alımlarda yakın izlem ve mekanik ventilasyon desteği ile sekelsiz sağkalım mümkündür. Burada pupil refleksinin alınmadığı ağır santral sinir sistemi depresyonu bulguları ile başvuran olgumuz tartışılmıştır.

Olgu : Evde ailesi tarafından baygın halde bulunması üzerine dış merkeze götürülen 15 yaşında kız olgu; bilinci kapalı ve yüzeysel solunumu olması nedeniyle entübe edilerek ünitemize kabul edildi. Hastanın geliş fizik bakışında; Glaskow Koma Skalası (GKS) 3, spontan solunumu yoktu. Pupilleri fiks dilateve ışık reaksiyonu yoktu. Kan basıncı: 101/53 (64) mmHg, Kalp Tepe Atımı: 92/dk, Kapiller

15. ÇOCUK ACIL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

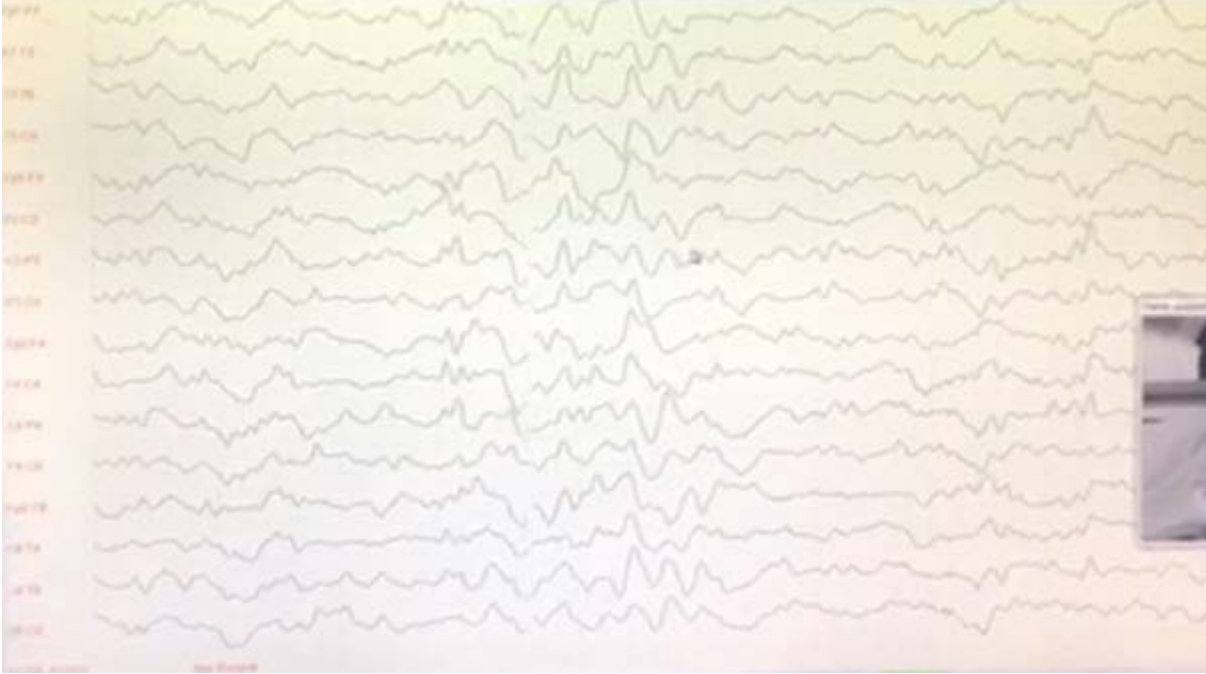
18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-POSTER BİLDİRİLER-

Dolum Zamanı: < 2sn, Vücut Sıcaklığı: 32,40 C idi. Diğer sistemik bakıları olağan bulundu. Alınan tetkiklerinde Hb: 12,05 g/dL Htc: % 33,25 Lökosit: 11.130 103/µl Nötrofil: 9290 103/µl Lenfosit: 1.280 103/µl Trombosit: 229.000 103/µl idi. Karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri normal sınırlarda olan olgunun iyon patolojisi yoktu. Kan gazında pH: 7,42 pCO₂: 38,9 pO₂: 117 sO₂: 98,8 Lac.: 0,7 Glukoz: 135 HCO₃: 19,7 iCa: 1,17 saptandı. Alınan CK: 59 IU/L CK-MB: 0,729 ng/mL Troponin T:

Bulgu

eeg monitörizasyonu



Hastanın 24 saatlik EEG monitörizasyonu görüntüsü

Sonuç : Baklofen intoksikasyonu ilginç bir prezantasyon olarak beyin ölümünü taklit eder şekilde ağır koma kliniği ile karşımıza çıkabilir. Bilinci kapalı bir olgunun anamnezi detaylı olarak sorgulanmalıdır. Bu klinik tabloda gelen hastalar yanlışlıkla beyin ölümü tanısı alıp destek tedavisi kesilmemelidir.

Anahtar kelimeler : baklofen, karbamazepin, intoksikasyon, pupil ışık refleksi, spontan solunum, eeg

P-086

Akut Semptomatik Meckel Divertikülü Yönetimi: Olgu sunumu

Abdullah Yazar¹, Sevim Büşra Aydın¹, Esra Türe¹, Fatih Akın¹,

¹ Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Çocuk Acil, Konya

Giriş : Meckel divertikülü (MD) en sık karşılaşılan kalıtsal gastrointestinal sistem anomalilerinden biri olup %2 oranında görülür. Omfalomezenterik kanalın intrauterin 5-7. haftada kapanmaması sonucunda oluşmaktadır. Genellikle sessiz seyreden ve komplike olduğunda semptomatik hale gelen MD'nin sık karşılaşılan komplikasyonları ektopik mukozasına bağlı olarak görülen kanama, obstrüksiyon ve inflamasyondur. Bu komplikasyonlar yaşamı tehdit edebilir. Bu yazıda 1,5 yaşındaki kız hasta; genellikle asemptomatik seyreden MD'nin, yaşamı tehdit edebilecek masif rektal kanamaların ayırıcı tanısında akılda bulundurulması ve rektal kanama rengi ile tanıya yaklaşılabileceğini tekrar hatırlatmak amacıyla sunulmuştur.

Olgu : 1 yaş 7 aylık kız hasta ailesi tarafından akşam bir kez olan tüm bezini dolduran kanlı gaita şikayeti ile çocuk acil kliniğine getirildi (Resim 1). Özgeçmiş ve soygeçmişinde özellik olmayan hastanın başvuru esnasında genel durumu iyi, bilinci açık ve fizik muayene bulguları doğaldı. İlk görülen gaitası melena görünümünde olduğu için nazogastrik sonda takılarak üst gastrointestinal sistem kanaması açısından takibe alındı. Hastanın yapılan laboratuvar tetkiklerinde beyaz küre: 9500/mm³, nötrofil: 3400/mm³, hemogloblin: 9.1 g/dl, platelet: 242.000/mm³, INR: 1.21, aktive parsiyel tromboplastin zamanı: 29.2 sn, trombin zamanı: 16.4 sn, C-reaktif protein:

Sonuç : MD daha sıklıkla asemptomatik seyretmekle birlikte semptom verecekse en sık ilk 10 yaşta bulgu vermektedir. MD, kadın ve erkekte eş sıklıkta görülmekle birlikte erkeklerde daha çok semptomatik olmaktadır. Semptomatik olduğunda ağrısız rektal kanama, obstrüksiyon, inflamasyon, perforasyon veya divertikülitte sebep olabilir. Rektal kanama tipik olarak vişne çürüğü rengindedir. MD genellikle ileal mukozaya sahiptir. Ayrıca ektopik gastrik mukoza, duodenal-pankreatik-kolonik mukoza daha nadir olarak hepatobiliyer sistem mukozası veya endometrium mukozası da içerir. Teknesyum-99m perteknetat sintigrafisi ektopik gastrik mukoza içeren MD tanısında daha anlamlıdır (5). Semptomatik MD'nin tedavisi cerrahidir. Çocukluk çağında gastrointestinal sistem kanama tablosu sık karşılaştığımız bir durum olmakla birlikte gaitanın makroskopik görünümü ve rengi bu hastalarda klinisyeni tanıya götüren en önemli basamaklardandır. Gastrointestinal sistem kanaması ile başvuran hastaların ayırıcı tanısında; genellikle asemptomatik seyreden, yaşamı tehdit edebilen vişne çürüğü renkli masif rektal kanamalara neden olan MD mutlaka akılda bulundurulmalıdır.

15. ÇOCUK ACİL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-POSTER BİLDİRİLER-

Bulgu

Resim 1



Resim 2



Anahtar kelimeler : Çocuk. Meckel Divertikülü

15. ÇOCUK ACİL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-POSTER BİLDİRİLER-

P-087

YÜKSEK DOZ KOLŞİSİN KULLANIMINA BAĞLI TÜBÜLOİTERSTİSYAL NEFRİT

Fatih Akın¹, Esra Türe¹, Abdullah Yazar¹, Dursun Odabaş¹,

¹ Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Çocuk Acil, Konya

Giriş : Ailesel Akdeniz Ateşi (FMF) sporadik, paroksizmal ateş ve serozal inflamasyon atakları ile karakterize otozomal resesif kalıtılan bir hastalıktır. FMF olan hastaların çoğunda erken çocukluk döneminde ilk atakları görülür. Hastalığın tipik belirtileri tekrarlayan şiddetli ağrı (bir veya daha fazla bölgede serozit nedeniyle) ve ateş, bir ila üç gün süren ve daha sonra kendiliğinden düzelen ataklardır. Ataklar arasında, hastalar tamamen iyi hissetmektedir. Ağrı ve ateş genellikle ani başlangıçtan hemen sonra zirveye ulaşır. FMF'li çocuklarda atakların profilaksisi ve amiloidozun önlenmesi için sürekli olarak kolşisin kullanımı önerilmektedir. Bu yazıda yüksek doz kolşisin kullanımına bağlı gelişen Tübülointerstisyel Nefrit (TİN) olgusu tartışılmıştır.

Olgu : 16 yaşında kız hasta bir yıldır FMF tanısı ile kolşisin tablet günde 3 kez 0,5 mg (1,5mg/gün) olarak kullanırken, ayak bileği ve dizinde şişlik olması nedeni ile doktor kontrolü dışında ilaç dozunu kendi kendine günde iki kez dörder tablet (4 mg/gün) olacak şekilde değiştirmiş. Takibinde bulantı kusma şikayeti gelişmesi üzerine çocuk acil kliniğimize başvurdu. Özgeçmiş ve soygeçmişinde özellik olmayan hastanın fizik muayenesinde diz eklemine şişlik dışında patolojik bulgu saptanmadı. Rutin laboratuvar tetkiklerinde eritrosit sedimentasyon hızı 42 mm/saat, üre 80 mg/dL, kreatinin 1,82 mg/dL, C-reaktif protein 67 mg/L, hemoglobin 11,8 gr/dL, hematokrit %35,9, lökosit 18900/mm³, %75 parçalı hakimiyeti mevcut idi. Diğer laboratuvar tetkiklerinde anormallik tespit edilmedi. Çekilen böbrek ultrasonografisinde Her iki böbrek parenkim ekolarının grade 2 artmış olduğu raporlandı. Böbrek yetmezliği tablosunun yüksek doz kolşisin kullanımına sekonder olabileceği düşünülerek hastaya böbrek biyopsisi planlandı. Yapılan böbrek biyopsisinin sonucu TİN olarak raporlandı. İlaç dozları tekrar düzenlendi ve çocuk nefroloji takibine alınan hasta önerilerle taburcu edildi.

Sonuç : FMF'li hastalarda atakların profilaksisi ve amiloidozun önlenmesi için sürekli olarak kolşisin kullanımı önerilmektedir. Hastaları böbrek yetmezliğinde korumak için verdiğimiz ilaç bu hastada yanlış kullanıma bağlı TİN ile sonuçlandı. Bu nedenle hastaların çocuk acil kliniklerinde özenle değerlendirilip yakın izleme alınmasının yanında kronik hastalığı olan tüm hastaların kullandıkları ilaçlar hakkında tekrar tekrar bilgi verilmeli, hasta ve hasta yakınları akılcı ilaç kullanımı konusunda uyarılmalıdır.

Anahtar kelimeler : Kolşisin, Tübülointerstisyel Nefrit, Çocuk

P-088

KLOSTRİDYAL MİYONEKROZ (GAZLI GANGREN): OLGU SUNUMU

Esra Türe¹, Abdullah Yazar¹, Fatih Akın¹, Dursun Odabaş¹,

¹ Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Çocuk Acil, Konya

Giriş : Gazlı gangren, diğer adı ile klostridial miyonekroz, klostridyum perfringens tarafından oluşturulan, ciddi seyirli, kötü kokulu, hızla yayılan seröz akıntılı nekrotik ülserlerle karakterize, klasik ancak sık rastlanılmayan anaerobik bir enfeksiyondur. Enfeksiyonun başlaması için; dokunun klostridialarla kontamine olması ve hipoksi gereklidir. Enfeksiyon alanında süratle geniş ve tahta sertliğinde bir ödem gelişmesi mikrosirkülasyonu bozar, hipoksi artar ve anaerobların üremesi kolaylaşır. Parçalı kırıklar, penetran yaralanmalar, arteriyel yetmezlikli hastalardaki ekstremitte yaralanmaları gibi travmatik olayların yanı sıra kolon kanseri, lösemi veya diyabetes mellitus gibi altta yatan hastalık varlığında da da oluşur.

fasyotomi sonrası



15. ÇOCUK ACİL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-POSTER BİLDİRİLER-

Başvuru şikayeti eldeki küçük kesi



direkt grafide ön kolda cilt altı hava



Olgu : 17 yaşındaki erkek hasta çocuk acil kliniğimize sol elinde şişlik, ağrı şikayeti ile başvurdu. Öyküsünde 1 hafta önce sol el 3. parmak dorsal yüzde kesi olduğu öğrenildi. Özgeçmiş ve soygeçmişinde özellik olmayan hastanın fizik muayenesinde el dorsalinde ve ön kol dorsalde ödem, hassasiyet ve krepitasyon mevcuttu. Elin kapiller ve duyu muayenesi doğal iken motor muayenesi ağrı ve ödem nedeniyle kısıtlı idi. Çekilen direkt grafilerde el ve ön kolda cilt altı hava ile uyumlu radyolüsent alanlar mevcut idi. Ultrasonografik incelemede solda dirsek düzeyinden başlayıp distale gidildikçe artan şekilde, elde daha yoğun olmak üzere, sol önkolun, el bileğinin ve elin her tarafında, yüzeysel fasya boyunca yoğun gaz izlendi. Rutin laboratuvar tetkiklerinde eritrosit sedimentasyon hızı 74mm/saat, C-reaktif protein 98 mg/L, hemoglobin 12.1gr/dL, hematokrit %36,8, lökosit 25000/mm³, %85 parçalı hakimiyeti mevcut idi. Diğer laboratuvar tetkiklerinde anormallik tespit edilmedi. Kirli yara öyküsü bulunan, sol önkol ve el dorsumunda krepitasyonla karakterize gazlı

15. ÇOCUK ACİL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-POSTER BİLDİRİLER-

gangren kliniği bulunan hasta fasyotomi açılmak üzere plastik cerrahi tarafından operasyona alındı. Önkol volar yüz ve dorsal yüzden, el dorsalden lateral ve medialden, parmak laterallerinden fasya açılarak kaslar rahatlatıldı. Fasyadan gram boyama ve kültür için örnek alındı. Ampilim sulbaktam, klindamisin ve teikoplanin tedavileri başlandı, 500 ünite tetanoz immunglobulin verildi ve kliniğin kötüleşmesi halinde intravenöz immunglobulin tedavisi yapılması planlandı. Beş gün sonra fasyotomi kapatılması için tekrar operasyona alındı. Yara sürüntüsünden yapılan gram boyamada gram pozitif basiller gözlemlendi ve yara kültüründe klostridyum spp. üredi. Takibinde uygun süre ve dozda antibiyoterapisi tamamlanan hasta şifa ile taburcu edildi.

Sonuç : Gazlı gangren gibi oldukça nadir görülen, saatler içerisinde hızla ilerleyen bir hastalık için en önemli sorun diğer yumuşak doku enfeksiyonları ile karışabilmesidir. Ciltte renk değişikliği, ödem, yaradan sızan seröz veya hemorajik pis kokulu akıntının varlığında gazlı gangren tanısı akla getirilmeli ve bu hastalar ciltte krepitasyon açısından ayrıntılı incelenmelidir. Klinisyenin görevi bu vakaları hızla değerlendirip cerrahi debridmanın acil şekilde yapılmasını sağlamaktır.

Anahtar kelimeler : Gazlı Gangren, klostridyum perfringens, çocuk

P-089

HİDROKARBON ASPİRASYONU SONUCU GELİŞEN KİMYASAL PNÖMONİ TEDAVİSİNDE SÜRFAKTAN

Esra Türe¹, Abdullah Yazar¹, Fatih Akın¹, Dursun Odabaş¹,

¹ Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Çocuk Acil, Konya

Giriş : Zehirlenmeler çocukluk çağı acil servis başvuruları arasında morbidite ve mortalitenin önlenilebilir nedenleri arasında yer almaktadır. Hidrokarbonlar, genellikle oda sıcaklığında sıvı formda olan, karbon ve hidrojen içeren, gerek günlük hayatımızda evlerde, gerekse endüstride birçok iş yerinde; yaygın olarak kullanılan organik çözücülerdir. Düşük viskoziteye, düşük yüzey gerilimine ve yüksek uçuculuğa sahip hidrokarbonların aspire edilmesi durumunda pulmoner hasara neden olma olasılığı yüksektir. Düşük viskozite, distal hava yollarına daha fazla nüfuz etmesine izin verirken, düşük yüzey gerilimi daha geniş bir alana yayılmasını kolaylaştırır. Hidrokarbon aspirasyonu, solunum ve merkezi sinir sistemini etkiler. Solunum sistemi öncelikle doğrudan yaralanma ile etkilenir. Düşük viskozite, düşük yüzey gerilimi ve solvent özellikleri bileşiğin kimyasal pnömoniye neden olma yeteneğini belirler. Primer patolojik bulgu ciddi nekrotizan pnömonidir. Diğer bulgular, hava yolu epitelyumunun, alveolar septanın ve pulmoner kılcal damarların doğrudan yıkımının yanı sıra lipit sürfaktan tabakasının çözündürülmesini içerir. İkincil değişiklikler atelektazi, interstisyel inflamasyon ve hiyalin membran oluşumunu içerir. Bu yazıda tiner içme sonrası zorla kusturulan ve tiner aspirasyonu nedeni ile gelişen ciddi kimyasal pnömoni olgusu tartışılmıştır.

Sürfaktan öncesi



15. ÇOCUK ACIL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-POSTER BİLDİRİLER-

Süpfaktan sonrası



Olgu : 3,5 yaşında erkek hasta evde bulunduğu tineri içtikten sonra annesi tarafından zorla kusturulmuş. Kusarken aniden öksürmeye, nefes alamamaya başlamış ve takibinde bilinci kapanmış. Hasta bu şikayetlerle dış merkez devlet hastanesine başvurmuş, orda entübe edilip stabilendikten sonra tarafımıza refere edildi. Soygeçmişinde özellik olmayan hastanın özgeçmişinde trakeaözefagial fistül nedeni ile operasyon hikayesi mevcuttu. Çocuk acil kliniğimize kabulünde genel durumu kötü, pupiller izokorik, miyotik idi ve solunum desteği balon maske desteği ile entübasyon tüpünden yapılıyordu. Kalp tepe atımı 170/dakika, kan basıncı 80/61 mmHg ve oksijen satürasyonu %85 idi. Fizik muayenesinde; interkostal, subkostal, suprasternal çekilmesi ve her iki akciğerde yaygın kaba ralleri mevcuttu. Diğer sistem muayene bulguları normal idi. Hasta çocuk yoğun bakım ünitesine devredildi. Çekilen posteroanterior akciğer grafisinde bilateral bronkovasküler alanlarda aspirasyonla uyumlu yoğun tutulum gözlemlendi. Laboratuvar tetkiklerinde Hb: 11.9 g/dL, beyaz küre: 21200/mm³, ANS: 14200, trombosit: 362.000/mm³, sedimentasyon: 25 mm/saat, C-reaktif protein: 12 mg/L, kan gazında pH 7.42, PaCO₂: 40,1 mmHg, PaO₂: 105 mmHg, HCO₃: 22 mEq/L idi. Kardiyak moniterizasyonda takip edilen hastada aritmi gelişmedi. Aralıklı alınan tetkiklerde methemoglobinemi, laktat yüksekliği görülmedi. Ampisilin sulbaktam, nebülize salbutamol, metilprednizolon tedavileri başlandı. Takibinde oksijen satürasyonu yükselmeyen mekanik ventilatör ayarları artırılan hastaya; hidrokarbonların süpfaktan üzerine zarar verici etkisi olması nedeni ile süpfaktan tedavisi verildi. Süpfaktan tedavisi sonrası oksijen satürasyonu düzelen hastanın 6. Saat kontrol akciğer grafisinde de belirgin düzelme görüldü. Hasta servise kabulünün 3. Gününde başarılı bir şekilde extübe edildi. Takibinde çocuk servise devredilen hasta şifa ile taburcu oldu.

Sonuç : Hidrokarbon zehirlenmesinin tedavisi esas olarak destekleyici olup, göğüs radyografisi de dahil olmak üzere solunum durumunun yakın değerlendirilmesini içerir. Spesifik müdahaleler arasında ek oksijen, bronkospazm için inhale salbutamol ve solunum yetmezliği belirtileri olan hastalar için endotrakeal entübasyon yer alır. Hidrokarbonların hava yolu epitelyumunun, alveolar septanın ve pulmoner kılcal damarların doğrudan yıkımının yanı sıra lipit süpfaktan tabakasının çözündürülmesi nedeni ile ciddi solunum yetmezliği, akut respiratuar distres sendromu tablosundaki hastaların tedavisine süpfaktan eklenmesinin hastanın kliniğini düzeltebileceği düşünölmektedir.

Anahtar kelimeler : Hidrokarbon, Aspirasyon, Kimyasal Pnömoni, Süpfaktan

15. ÇOCUK ACİL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-POSTER BİLDİRİLER-

P-090

MENİNGOKOKSEMİK MENENJİT SEYRİNDE SEREBRAL TUZ KAYBI SENDROMUNA BAĞLI HİPONATREMİ: VAKA SUNUMU

Nazik Yener¹, Ferhan İren¹

¹ Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Tıp Fakültesi Çocuk Yoğun Bakım Bilim Dalı, Samsun

Giriş : Hiponatremi çocuk yoğun bakımda izlenen kritik hastalığı olan çocuklarda rastlanılan en sık elektrolit problemlerinden birisidir. Meninkokoksemik menenjit olgularında uygunsuz ADH sendromuna bağlı hiponatremi sık görülen bir komplikasyon olup tedavisinde sıvı kısıtlaması önerilmektedir. Son yıllarda serebral patolojisi olan hastalarda serebral tuz kaybı sendromuna (STKS) bağlı hiponatremi artan sıklıkla bildirilmektedir.

Gereç-Yöntem : 6 yaşında erkek hasta ateş vücudunda yaygın döküntüler ve uykuya meyil şikayetleriyle başvurduğu dış merkezden meningokoksemi ön tanısıyla hastanemiz acil servisine gönderilmiş. Hastanın acilde yapılan fizik incelemesinde ateş 38,9 °C, nabız :168/dk. Solunum :32/dk , hastanın bilinci uykuya meyilli , tüm vücutta yaygın peteşi ve purpurik döküntüleri mevcuttu. Hastada ense sertliği tespit edildi . Diğer sistem bulguları doğaldı. Labaratuar incelemesinde Hb:10.7gr/dl, beyaz küre:13200/mm³, trombosit:101 000/mm³, Na: 137 mg/dl APTT:37.2 sn, PTT:25.4 sn, INR:2.27 , CRP:131 mg/dl idi. Hasta meningokoksemik menenjit tanısıyla çocuk yoğun bakım servisine yatırıldı, seftriakson ve vankomisin tedavileri başlandı. Hastanın INR değeri yüksek olduğu için lomber ponksiyon yapılamadı. Kan kültürü alındı ancak üreme olmadı. İzleminde hastanın bilinci açık ve hemodinamik olarak stabildi. Hastanın izleminde üçüncü gün satte 8cc/kg ı bulan günlük ise 6cc/kg/gün ü bulan poliurileri ve eş zamanlı kan Na düzeyi 126mg/dl olarak tespit edildi. Poliurisine yönelik araştırmada idrar Na :136meq/l ve idrar osm:465mOsm/kg, serum osmolaritesi :281 olarak geldi ve hastada serebral tuz kaybı sendromu düşünüldü. Hastaya oral sodyum desteği başlandı . Oral sodyum desteğiyle kan sodyum değerleri normale (135-136) dönen hastanın 6-8cc/kg/gün olan poliurileri yaklaşık 6 gün devam etti ve sonrasında normale döndü. Hasta 10 günlük antibiyotik tedavisi sonrası taburcu edildi.

Bulgular : Uygunsuz ADH salınımı sendromu ve STKS ayırıcı tanısı bu iki hastalığın tedavileri farklılık gösterdiği için önemlidir .Serebral tuz kaybı sendromu olan bir hastaya yanlış tanı konularak gereksiz yere sıvı kısıtlanması hipovoleminin ve dehidratasyonun kötüleşmesine yol açabilir. Bakterial menenjit seyri sırasında gözlenen hiponatreminin etyolojisinde STKS da olabileceğini vurgulamak üzere bu vakayı sunduk.

Anahtar kelimeler : hiponatremi, kritik hasta,meningokoksemi,serebral tuz kaybı

P-091

HAFİF KAFA TRAVMALI BİR ÇOCUK HASTADA SEREBRAL TUZ KAYBI SENDROMU:OLGU SUNUMU

Nazik Yener¹, Ferhan İren¹

¹ Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Tıp Fakültesi Çocuk Yoğun Bakım Bilim Dalı, Samsun

Giriş : Serebral tuz kaybı (STK) sendromu natriürez ve diürezin neden olduğu, hipovolemik hiponatremi tablosu olup, patogenezi net olarak bilinmemektedir. Literatürde ağır kafa travması, SSS tümörü, SSS enfeksiyonu ve subaraknoid kanama seyrinde yetişkin ve çocuk hastalarda artan sıklıkta STK sendromu bildirilmektedir. Ağır kafa travması STK sendromu birlikteliği iyi bilinmekle birlikte hafif kafa travması olgularında STK sendromu yetişkin iki vaka dışında bildirilmemiştir.

Olgu : 6 yaşında erkek hasta ölümlü araç içi trafik kazası nedeniyle olay yerinden hastanemiz acil servisine getirildi. Hastanın yapılan fizik incelemesinde vital bulguları stabil, bilinç açık oryante ve koopore idi. Hastanın her iki yanak burun dorsumu ve alın bölgesinde abrazyonu ve sol göz kapağında ödem ve yaygın ekimozu vardı. GKS 15 olarak tespit edildi. Hastanın kranial BT sinde solda temporal kemik squamos parçasından anteriora uzanım gösteren sol orbita lateral ve supeior duvarını kat edip sfenoid kemik büyük kanadına uzanan lineer non deplase fraktür , sfenoid sinuste hemoraji ile uyumlu yumuşak doku izlendi olarak rapor edildi. Hastanın kranial MR görüntülemesinde beyin parankiminde patoloji gözlenmedi. Hastanın izleminde 3. günde maksimum idrar çıkışı 10 cc/kg /gün olacak şekilde poliürileri tespit edildi. Bakılan en düşük serum Na: 125meq/L, idar dansitesi : 1014, idrar Na:201mEq/L, idrar osmolaritesi :450 mOsm/L, kan osmolaritesi 276 mOsm/L olarak tespit edildi. Hastaya mevcut bulguları ile STK sendromu düşünüldü. Hastaya oral Na desteği verildi ve serum Na düzeyleri normale geldi. Aldığı çıkardığı yakın takip edilerek aralıklı ek sıvı tedavisi verildi. Hastanın poliürileri 6-8 cc7Kg/saat aralığında yaklaşık 1 hafta devam etti hastanın sıvı dengesi normale gelince yatışının 10. Gününde hasta taburcu edildi.

Sonuç : Sonuç olarak literatürde çocuklarda hafif kafa travmasına eşlik eden STK vakasına rastlamadık. Çocuklarda gözlenen tüm kafa travmalarında travmanın ağırlığından bağımsız olarak sodyum ve idrar dengesizliği yönünden yakın izlenmesi ve hiponatremi varlığında hafif kafa travmalı olgularda da STK' nın etyolojide düşünülmesi gerektiğini vurgulamak üzere bu vakayı sunduk.

Anahtar kelimeler : kafa travması,hiponatremi, serebral tuz kaybı,çocuk

15. ÇOCUK ACİL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-POSTER BİLDİRİLER-

P-092

TURNER SENDROMLU HASTADA SEREBRAL VENÖZ TROMBOZ

Sadık Kaya¹, Mehmet Alakaya¹, Ali Korulmaz¹, Ali Ertuğ Arslanköylü¹, Kaan Esin³, Selma Ünal²

¹ Mersin Üniversitesi Hastanesi, Çocuk Yoğun Bakım B.D, Mersin

² Mersin Üniversitesi Hastanesi, Çocuk Hematoloji B.D, Mersin

³ Mersin Üniversitesi Hastanesi, Radyoloji A.B.D, Mersin

Giriş : Turner sendromu X kromozomunun kısmi veya tam yokluğu ile karakterize bir anöploidi tipidir. İnsidansı 2500-3000 canlı kız doğumda birdir. [1] Hastalığın klinik bulguları el ve ayaklarda ödem, kısa ve yele boyun, düşük saç çizgisi, kubitus valgus, mikrognati, yüksek arklı damak, boy kısalığı, primer amenore, gonadal disgenezis, seksüel infantilizm, infertilite, göğüs uçlarının ayrık olması, kardiyak anomaliler (aort koarktasyonu, ventiküler septal defekt), böbrek anomalileri (at nalı böbrek, üretral duplikasyon, agenezi), multipl pigmental nevüs ile karakterizedir [2]. Turner sendromlu hastalarda kardiyovasküler komplikasyonlar olmasına karşın, tromboemboli hastalığın bir belirtisi olarak bildirilmemiştir [2, 3]. Ancak portal ven trombozu ve serebral venöz tromboz (SVT) gelişen turner sendromu vakaları bildirilmiştir [4-6]. Bu olgu sunumunda Turner sendromu ve transvers sinüs trombozu nedeni ile çocuk yoğun bakım ünitemizde takip ettiğimiz hastamızı sunduk.

Gereç-Yöntem : İki aylık iken Turner sendromu tanısı alan 4,5 aylık kız hastanın evde beslenmesinin bozulması, huzursuzluk ve solunumun durması üzerine 112 çağırılmış. 112 Ekibince nabızları alınamayan hastaya yaklaşık 20 dk yeniden canlandırma uygulanmış. Yeniden canlandırma sonrası kalp atımları başlayan hasta entübe olarak çocuk yoğun bakım ünitemize kabul edildi. Özgeçmişinde hastanın prenatal hidronefroz tanısı aldığı, 2 aylık iken Turner sendromu tanısı konulduğu, sık tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonu ve ileri derecede hidronefroz nedeniyle pyeloplasti ameliyatı olduğu, aort koarktasyonu ve PDA nedeniyle opere olduğu öğrenildi. Önceden geçirilmiş tromboz öyküsü yoktu. Soygeçmişinde anne ve baba ikinci dereceden akraba idi. Hastanın Çocuk Yoğun Bakım servisinde ilk fizik bakısında ateş: 37,3 nabız: 135atım/dakika, SPO2: %98 genel durumu kötü, entübe bilinci kapalı, pupilleri bilateral dilate, direk ve indirek ışık yanıtı alınamıyor, glaskow koma skoru 3, kapiller dolum zamanı 4 saniye idi. Hastada kısa-yele boyun, düşük saç çizgisi, mikrognati, kubitus valgus ve yüksek damak mevcuttu. Diğer sistem bulguları normal idi. Hastanın kraniyal tomografisinde eksternal subaraknoid mesafede genişleme, transvers sinüslerden başlayan, vertekse kadar uzanım gösteren yer yer şekilsel özellik kazanmış hiperdens alanlar ve her iki frontotemporal bölgede kronik subdural kanamayla uyumlu görünüm saptanması üzerine kraniyal ve difüzyon magnetik rezonans görüntüleme yapıldı. Konfluens sinüs düzeyinden vertekse düzeyine kadar transvers sinüsten köken alan trase de venöz trombüs ve venöz infarkla uyumlu olduğu düşünülen kortikal-subkortikal alanlarda T2A ve Flair hiperintens, kontrastlanma ve difüzyon kısıtlılığı saptandı (şekil1). Çocuk nöroloji ve çocuk hematoloji bölümünce değerlendirilen hastanın birincil değerlendirilmesinde hemogram, biyokimya ve koagülasyon parametreleri normal saptandı. Protein-C, protein-S ve trombofili paneli(Fibrinogen-455G-A, PAI-1 4G/5G, GPIIIa L33P, Factor XIII V34L, faktör V leiden, protrombinII) gönderildi. Hastanın tetkiklerinde protein-S, protein -C, protrombinII, , MTHFR gen ve faktör 13 normal saptanırken; PAI 4G/5G 4G/4G homozigot ve GPIIIaL33P heterozigot olarak saptandı. Mekanik ventilasyonda takip edilen hastaya enoksaparin (clexan) tedavisi başlandı. Hasta çocuk yoğun bakım ünitemizde yatışının 33.gününde eksitus oldu.

Bulgular : Serebral ven trombozu özellikle çocuklarda hayatı tehdit oldukça nadir bir serebrovasküler bir hastalıktır. Çocuklarda insidansı yılda 0.4-0.7/100000 arasında değişir[7]. Cerrahi, kafa travması, arteriovenous malformasyonlar, beyin tümörleri ve gebelik serebral venöz trombozun bilinen en yaygın sistemik ve lokal nedenleridir [8]. Ayrıca kazanılmış ve genetik trombofilik hastalıklarda çocuklarda serebral venöz (SVT) neden olabilir. Bunlar protein-S, protein -C, protrombin II, faktör 5 Leiden, MTHFR gen, faktör 13, fibronojen, homosistein ve diğer faktörleri içerir[7-10]. Her ne kadar Turner sendromunun tanı kriterleri arasında tromboz bulunmasa da Turner sendromlu hastalarda venöz tromboz gelişen hastalar bulunmaktadır [5]. Güler ve ark.ları [5] Turner sendromlu bir hastada serebral venöz tromboz olgusu bildirmişlerdir. Ancak hastada etyolojiyi açıklayacak trombofilik bir faktör tanımlamamışlardır. Bunun sadece serebral arteriyel patoloji ilişkili olmadığı, aynı zamanda serebral venöz trombozlada ilişkili olabileceğini vurgulamışlardır. Ayrıca Özcan ve ark.larının[11] yaptığı 1ay -18 yaş arası 23 serebral venöz trombozlu retrospektif bir çalışmada trombofili ile ilişkili en sık genetik faktörler faktör 5 Leiden, MTHFR C677T, MTHFR A1298C ve protrombin II geni saptarken, bir hastada PAI 4G/5G geni çalışılmış. Ancak bu hastada mutasyon saptanmamıştır. Artmış plazminojen aktivatör inhibitör-1(PAI-1)'in neden olduğu azalmış fibrinolizis venöz tromboemboli hastaların %40'ında gözlenmiştir [12]. 4G/4G genotipi bazı çalışmalarda myokardiyal enfarktüs[13], arteriyel[14] ve venöz trombozda[12]artmış bir risk faktörü olarak bildirilmiştir. GlikoproteinIIIa trombosit agregasyonunda anahtar rol oynayan fibrinojen ve Von willbrand faktör için trombosit membran proteinidir. bu yolda anahtar trombosit proteini olup, kızlarda kardiyovasküler ve stroke açısından bağımsız bir risk faktörüdür[15, 16]. Trombozu olan Turner sendromlu hastaların sunulduğu çalışmalarda [17] GPIIIaL33P ve PAI 4G/5G ile ilgili bir veriye ulaşamadık. Bizim vakamızda trombofili panelinde GPIIIaL33P heterozigot ve PAI 4G/5G geni 4G/4G homozigot olarak saptadık. Turner sendromu nedeniyle takipli hastamızda GPIIIaL33P ve PAI 4G/5G pozitifliğinin, diğer trombofilik faktörlerin ise negatif olması nedeniyle hastamızda trombofili açısından bir risk faktörü olduğunu düşündürmektedir. Hastamız literatürde trombozu olan turner sendromu olan hastalarda tromboza yatkınlığı açıklayacak bir genetik mutasyonun gösterildiği ilk olgu olması nedeniyle önemlidir. Bu nedenle tromboz saptanan Turner sendromlu hastalarda GPIIIaL33P ve PAI 4G/5G genlerinin çalışılmasının bu hastalarda tromboza yatkınlığının nedeninin gösterilmesi açısından faydalı olacağını düşünmekteyiz. Diğer yandan Turner sendromlu hastalarda söz konusu genlerdeki mutasyonun sıklığının gösterilmesi açısından yeni çalışmaların yapılmasına gereksinim vardır. Sonuç olarak trombozu olan Turner sendromlu hastalarda GPIIIaL33P ve PAI4G/5G genlerinin çalışılması ve bunun geniş vaka serileriyle desteklenmesinin Turner sendromlu hastaların tromboza yatkınlığının altında yatan nedenin gösterilmesi açısından önemli olacağını düşünmekteyiz.

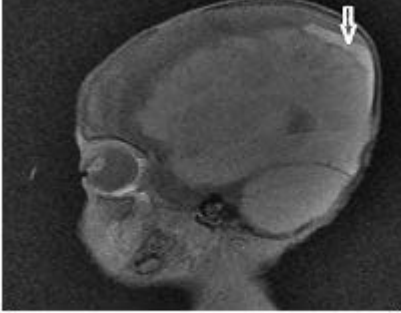
15. ÇOCUK ACİL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-POSTER BİLDİRİLER-

Şekil 1 Kranial MR görüntüsü

Şekil 1: Hastanın Kranial MR Görüntüsü



Sagittal sinüs posteriodan inferiora doğru uzanım gösteren T1 'de hiperintens alan

Sagittal sinüs posteriodan inferiora doğru uzanım gösteren T1 'de hiperintens alan

Anahtar kelimeler : Çocuk, Turner, tromboz

P-093

SELÜLİT HİRUDOTERAPİ KOMPLİKASYONU MU?

Murat Doğan¹, Selcan Öztürk¹, Feyza Esen¹, Tuğçe Kalın¹, Utku Özer¹, Mehmet Adnan Öztürk¹

¹ Erciyes Üniversitesi, Çocuk Acil Bölümü, Kayseri

Giriş : Selülit, alt dermis ve subkutan yağ dokuyu tutan akut bir enfeksiyondur. Uzun vadede hassasiyet, ağrı ve eritem ile başlar. Deri üzerindeki sınırları belirgin olmayıp; travma, yara yeri veya deri lezyonları zemininde gelişebilir. Bu olgu raporunda, steril olmayan koşullarda uygulanan hirudoterapi sonrası selülit gelişen bir olgu sunulmuştur

Olgu : Üç yaşında kız hasta, sağ ayak sırtı ve ayak bileğinde şişlik, kızarıklık ve ısı artışı şikayeti ile başvurdu. Sağ ayağında hareket kısıtlılığı ve aşil gerginliği olan, düşük ayak nedeniyle AFO (Ankle Foot Ortez) kullanan hastaya, dış merkezde fizyoterapist tarafından hirudoterapi önerildiği; ailenin bir balıkçıdan sülük aldığı ve evde uyguladıktan bir hafta sonra şikayetlerin başladığı öğrenildi. Fizik muayene ve laboratuvar bulguları ile selülit tanısı konulan hasta, elevasyon ve parenteral antibiyotik tedavisi uygulandıktan sonra lezyonları gerileyince önerilerle taburcu edildi.

Sonuç : Hirudoterapi tıbbi sorunların tıbbi sülükler ile tedavisidir. Uygun şekilde toplanan, saklanan sülükler, seçilen bölgeye uygun teknik ile yerleştirilir. Günümüzde dejeneratif eklem hastalıkları, venöz yetmezlik, apse, tromboz gibi birçok hastalıkta kullanılmaktadır. Modern ilaç ve uygulamalarla kıyaslandığında, son derece daha az yan etkilili ve düşük maliyetlidir. Hastalar tarafından kolaylıkla ulaşılabilirliği ve gözetim olmaksızın uygulanması istenmeyen etki ve komplikasyonları oluşturmaktadır. En sık izlenen yan etki ve komplikasyon, lokal cilt lezyonları, kanama, anemi, alerji, hipotansiyon ve enfeksiyondur. Sülüklerin hastalar arasında değişimi ve aynı hastada farklı zamanlarda kullanımını engellemek, enfeksiyöz nedenler ile engellenmelidir. Enjeksiyöz ajan olarak özellikle Aeromonas hidrofila gelişimi artmaktadır. Bu olguda her ne sebeple olursa olsun, hirudoterapi tedavisinin mutlaka uygun koşullarda yetkili bir sağlık personeli tarafından uygulanması ve izlenmesi gerektiğini vurgulamak, istenmeyen komplikasyonları önlemek amaçlanmıştır.

Anahtar kelimeler : hirudoterapi, selülit, komplikasyon

P-094

ÇOCUK ACİLE HUZURSUZLUK ŞİKAYETİYLE BAŞVURAN 55 GÜNLÜK BEBEK: BİR SUPRAVENTRİKÜLER TAŞIKARDİ OLGUSU

Ramazan Cahit Temizkan¹, Muhammed Mesut Nezir Engin¹, Önder Kılıçarslan¹, Kenan Kocabay¹

¹ Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

² Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Acil Bilim Dalı

Giriş : Supraventriküler taşikardi (SVT), çocukluk yaş grubunda görülebilen önemli kardiyak sorunlardan biridir ve sıklığı 1/250-1/1000 arasında değişir. Genellikle atriumdan kaynaklanan ektojik odak, atriyumlarla ventriküller arasında veya atriyoventriküler nodun içindeki reentryye bağlı olarak ortaya çıkabilir. SVT'nin mekanizması yaşla ilişkilidir, infant ve küçük çocuklarda atriyoventriküler reentry taşikardi sık görülürken daha büyük çocuklarda atriyoventriküler nodal reentry taşikardi sık görülür. Supraventriküler taşikardinin çoğu aksesuar yola bağlıdır, bu aksesuar iletim yolları yenidoğan döneminden sonra gerilemeye eğilimlidirler. Genellikle SVT'li hastalarda eşlik eden bir doğumsal kalp hastalığı yoktur, antiaritmikler ile kontrol altına alınabilir. Kontrol altına alınamayan vakalar ağır seyretmektedir ve kalp yetmezliği bulguları ile karşımıza çıkabilir. Tedavide acil yaklaşım çok önemlidir. Vagal uyarı (yüze buz uygulaması), ilaç tedavisi (adenozin, esmolol, sotalol, digoksin, amiodaron, propranolol,) ilaç tedavilerine yanıtız ve hemodinamik durumu bozuk hastalarda direkt akım senkronize kardiyoversiyon, atrial veya transözefageal hızlı pil uyarısı uygulaması diğer tedavi seçenekleridir.

15. ÇOCUK ACİL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-POSTER BİLDİRİLER-

Gereç-Yöntem : Elli beş günlük bebek huzursuzluk şikayeti ile çocuk acile getirildi. Muayenesinde taşikardisi saptandı. Monitorizasyonda kalp hızı 297/dk idi (Resim 1). EKG'si SVT ile uyumlu olan hastaya 2mg/kg adenozin iv hızlı puşe yapıldı hasta bu tedaviye hızla yanıt verdi.(Resim 2) ve kalp hızı 152/dk'ya geriledi ve sinüs ritmine döndü(Resim 3). Genel durumu iyi, yenidoğan refleksleri pozitif ve diğer muayene bulguları normaldi. Tam kan sayımı, kan biyokimyası, kan gazı, akciğer grafisi, CRP, tiroid fonksiyon testleri ve ekokardiyografisi normaldi. Hasta gözetim için çocuk yoğun bakım servisine yatırıldı.

Bulgular : Bebeklik döneminde SVT'nin tedavisi zordur ve taşikardi esnasında seçilecek yöntem ve ilaçlarla ilgili ortak bir görüş yoktur. SVT yenidoğan ve bebeklik döneminde diğer yaş gruplarına göre daha ender görülmekle beraber kliniği kalp yetmezliğine kadar gidebilmekle beraber daha ağır seyretmektedir. Tedavinin hızlı ve etkin olarak yapılması hastanın olası komplikasyonlara karşı korunmasında önem taşımaktadır.

svt ile başvuran bebeğin ilk kalp ritmi



svt ile başvuran bebeğin ilk kalp ritmi

adenozin kullanımı sonrası ritmdeki değişiklik



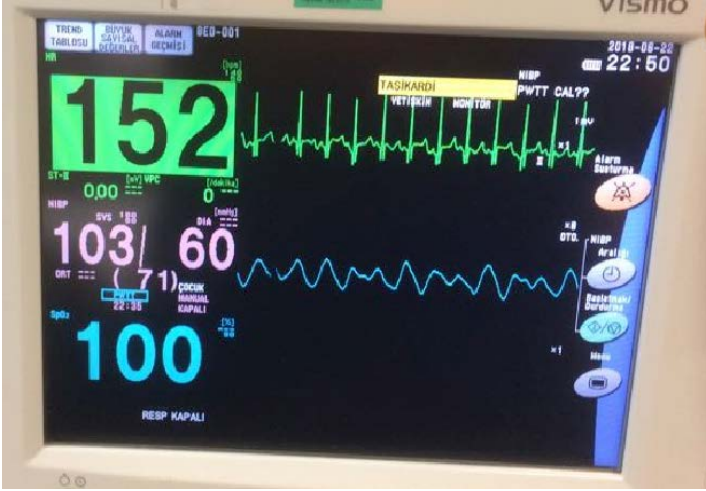
Adenozin kullanımı sonrası ritmdeki değişiklik

15. ÇOCUK ACIL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-POSTER BİLDİRİLER-

resim 3



Bebeğin normal ritme dönmesi

Anahtar kelimeler : SVT, Çocuk Hasta, Adenozin

P-095

2018 YILININ GRİP MEVSİMİNDE ÜNİVERSİTE HASTANESİNE BAŞVURAN AKUT İNFLUENZA İLİŞKİLİ MİYÖZİTİ OLAN ÇOCUK VAKA SERİSİ

Ramazan Cahit Temizkan² , Muhammet İbrahim Özsürer¹ , Önder Kılıçarslan¹ , Muhammed Mesut Menzir Engin¹ , Nurcan Ünal¹ , Kenan Kocabay¹

¹ Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

² Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Acil Bilim Dalı

Giriş : İnfluenza ilişkili miyozit(IAM), nadir görülen az bilinen ve okul öncesi çocuklarda daha fazla görülen influenza enfeksiyonunun iyileşme döneminde görülen geçici bir durumdur. Klinik olarak ani başlayan bacak kaslarında ağrı, kaslarda hassasiyet ve yürümeyi reddetme ve/veya yürüyememe ile karakterize bir durumdur. Serum kreatininin kinaz seviyeleri birçok vakada artmıştır. Bu durum kendi kendini sınırlar ve 1 hafta içinde iyileşme gözlenir. Biz de bu yazıda 2018 in ilk altı ayında üniversitemizin acilene başvuran 7 tane influenza ilişkili çocukluk çağı miyoziti tanısı konan çocuğun retrospektif klinik ve laboratuvar verilerini sunacağız.

Gereç-Yöntem : Bacaklarında ağrı ve yürüyememe şikayeti olan, yeni geçirilmiş ateşli üst solunum yolu enfeksiyonu öyküsü olan 2 ve 7 yaşları arasındaki 7 çocuk değerlendirildi. Çocukların hepsi herhangi bir komplikasyon gelişmeden iyileşti. Laboratuvar sonuçlarında ck ve ck-mb enzimlerinde belirgin artış gözlemlendi. Çocuklarda 3 tanesinde influenza A pozitif , 3 tanesinde influenza B pozitif bir tanesinde ise her iki virüs pozitif olarak tespit edildi. Hastaların hepsi konservatif şekilde hidrasyon ve non-steroid anti inflamatuvar ilaçlarla takip ve tedavi edildi.

Bulgular : İnfluenza ilişkili miyozit(IAM) çocuklarda karakteristik bir kliniği olan benign seyreden çoğu zaman hastane başvurusuna ihtiyaç olmadan girişimsel olmayan yöntemlerle yönetilebilecek bir durumdur.

Anahtar kelimeler : Miyozit, İnfluenza, çocuk

P-096

BİR AİLEDE TULAREMİ SALGINI: 5 OLGU SUNUMU

Ramazan Cahit Temizkan² , Mürvet Neslihan Çolak¹ , Önder Kılıçarslan¹ , Muhammed Mesut Nezir Engin¹ , Kenan Kocabay¹

¹ Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

² Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Acil Bilim Dalı

Giriş : Francisella Tularensis, küçük, hareketsiz, pleomorfik, gram negatif bir kokobasildir. Dört alt türü mevcuttur. Diğer zoonotik hastalıklardan ayrı olarak birden fazla bulaş yolu mevcuttur. Cilt veya mukoz membranlardan bulaşma gerçekleşebilir. Enfekte kene ve sinek gibi vektörlerin ısırmasıyla, enfekte hayvan (tavşan, rodent) ve hayvan ürünlerinin-çıkartılarıyla (idrara, dışkı, kan) temas sonucu veya bu çıkartılarla kontamine olmuş su ve gıdaların tüketilmesiyle veya inhalasyon yoluyla bulaşma gerçekleşebilir. Ülkemizde endemik olarak görülmektedir. Dünyada bulaşmanın en sık nedeni enfekte keneler iken Türkiye’de en sık neden kontamine sulardır. Bulaşma yolu, bakterinin virülansı ve konakçının immün durumuna göre 6 farklı klinik tabloya yol açan F. Tularensis, ülkemizde en sık orofaringeal forma yol açarken, dünyada en sık ülseroglandüler form görülmektedir. Hücre içi patojen olan F. Tularensis etkilenen organlarda ve lenf nodlarında granülomatöz ve süpüratif inflamasyona yol açar. Tularemi tanısı serolojik yöntemlerden mikroaglutinasyon yöntemi (MAT), enzyme-linked immunosorbent assay (ELISA) ve immüno kromatografi ile konabilir. Hastalığın erken döneminde tedavi başlanır ise komplikasyon riski, morbidite ve mortalite riski azalır. Tedavide ilk tercih olarak streptomisin önerilmektedir. Genta-

15. ÇOCUK ACIL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-POSTER BİLDİRİLER-

misin, siprofloksasilin, doksisiklin, kloramfenikol ve rifampisin de diğer tedavi seçenekleri arasındadır.

Olgu : On iki yaşında hasta boyunda şişlik nedeniyle çocuk acil servisine başvurdu. Alınan öyküde bir ay önce boğaz enfeksiyonu nedeniyle antibiyoterapi başlandığı ve şikayetlerinin gerilemediği öğrenildi. Köyde çeşme suyu içme öyküsü bulunan hasta tularemi düşünülerek Hıfzısıhha Laboratuvarına tetkik gönderilerek Gentamisin başlandı. Hasta kontrole geldiğinde şikayetleri gerilememiştir, çekilen boyun USG de 6X24 mm ve 4X13 mm boyutlarında patolojik LAP görüldü. Francisella Tularensis Aglutinasyon Testi 1/1280 üzeri titrede pozitif olarak gelmesi ve şikayetlerinin gerilememesi üzerine ileri takip ve tedavi amaçlı pediatri servisine yatırıldı. Hasta çocuk cerrahisi tarafından opere edildi, önerilerle taburcu edildi. Ailede benzer öyküleri olanlardan Hıfzısıhha Laboratuvarına tetkik gönderildiğinde dört kardeşinde pozitif saptandı, tedavi başlanarak takibe alındı.

Sonuç : Endemik bölgede yaşayan insanların ve hekimlerin bu hastalık yönünden bilgilendirilmesi, su kaynaklarının düzenli bir şekilde kontrol edilerek klorlanması, semptom ve bulguları tularemi hastalığıyla uyumlu olan hastaların erken tedaviye yönlendirilmesi ve son olarak bu olguların bildirimini halk sağlığı açısından gerekli önlemler olarak düşünülmelidir.

Anahtar kelimeler : Tularemi, Salgın, LAP

P-097

SAĞLIKLI ÇOCUKTA HERPESZOSTER: İKİ OLGU SUNUMU VE LİTERATÜRÜN KISA BİR GÖZDEN GEÇİRİLMESİ

Ramazan Cahit Temizkan² , Nurcan Ünal¹ , Önder Kılıçaslan¹ , Muhammed Mesut Menzil Engin¹ , Kenan Kocabay¹

¹ Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

² Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Acil Bilim Dalı

Giriş : Herpes Zoster (HZ), dorsal kök ganglionlarında latent kalarak Varisella Zoster virüs'ün(VZV) reaktivasyonu sonucunda oluşan, deride dermatomal yayılım gösteren, veziküler döküntü ile seyreden çoğunlukla ağrı ve kaşıntının eşlik ettiği cilt enfeksiyonudur. Hastalık erişkin yaş grubunda daha fazla görülmekte beraber, çocukluk yaş döneminde oldukça nadir görülür. Herpes Zoster insidansı 20-40 yaş arası erişkinlerde 2.5/1000ve 70 yaş üzerinde 10/1000 dir. Çocuklara bakıldığında yılda her 10.000 çocuk hastada 2-7,4 arasında değişmektedir. Hastalık genellikle immünyüpresif çocuklarda daha sık görülmekle birlikte, sağlıklı çocuklarda nadir olarak görülmektedir. Postherpetik nevralji, kranial sinir felci , miyelit ve vaskülopati gibi çeşitli komplikasyonlar görülebilir. Çocukluk döneminde HZ kliniği erişkinden farklılık gösterir, genel olarak hastalığın süresi daha kısadır ve komplikasyonlar nadiren görülür, çocuklarda erişkinlerdeki bulguların aksine, ağrı yakınması az görülmekte olup kaşıntı ön plandadır. Postherpetik nevralji ise çocuklarda çok nadir görülmektedir.

Olgu : Olgu 1 On bir yaşında erkek hasta beş gün önce göğüs ve sırt bölgesinin sağ tarafında hafif ağrı ve kaşıntı yakınması başlaması ve sonrasında aynı bölgede döküntülerin oluşması nedeniyle polikliniğimize başvurdu. Özgeçmişinde immünyüpresif ilaç kullanmadığı, immün sistem yetmezliği olmadığı, suçiçeği aşısı olmadığı, dört yaşında suçiçeği enfeksiyonu geçirdiği öğrenildi. Hastanın sınav dönemi olduğu ve stresli bir dönem geçirdiği saptandı. Yapılan fizik muayenesinde T2-6 trasesinde orta hattı geçmeyen eritemli zemin üzerinde pleomorfik veziküler lezyonlar mevcuttu, ateş ve lenfadenopati yoktu. Diğer fizik muayene bulguları normaldi. Laboratuvar incelemesinde hemoglobin 13,6 g/dl, lökosit 5200 /mm³, trombosit sayısı 246000/mm³ saptandı. ALT, AST, üre, bun, kreatinin ve elektrolit değerleri normal sınırlardaydı.VZV Ig G ve Ig M pozitif, HSV Ig G ve Ig M negatif olarak sonuçlandı. Olgu 2 On yaşında erkek hasta üç gün önce sağ yan karın bölgesinde kaşıntı ve hafif ağrı yakınması başlaması ve sonrasında aynı bölgede döküntülerin oluşması nedeniyle polikliniğimize başvurdu. Özgeçmişinde immünyüpresif ilaç kullanmadığı, immün sistem yetmezliği olmadığı, suçiçeği aşısı olmadığı, dört yaşında suçiçeği enfeksiyonu geçirdiği öğrenildi. Hastanın sınav dönemi olduğu, stresli bir dönem geçirdiği, bir hafta önce de dental apse nedeniyle ateşli dönem geçirdiği öğrenildi. Yapılan fizik muayenesinde T9-11 trasesinde orta hattı geçmeyen eritemli zemin üzerinde pleomorfikveziküler lezyonlar mevcuttu, ateş ve lenfadenopati yoktu. Diğer fizik muayene bulguları normaldi. Laboratuvar incelemesinde hemoglobin 12,9 g/dl, lökosit 7800 /mm³, trombosit sayısı 350000/mm³ saptandı. ALT, AST, üre, bun, kreatinin ve elektrolit değerleri normal sınırlardaydı.VZV Ig G ve M pozitif, HSV Ig G ve Ig M negatif olarak sonuçlandı. Hastalara oral asiklovirve vitamin B12 tedavisi, ekskoriye lezyonlar için topikal antibiyotik tedavisi başlandı. Her iki olgununda lezyonları bir hafta içerisinde gerilemiş olup, ikinci haftanın sonunda lezyonlar komplikasyonsuz olarak iyileşti.

Sonuç : Sağlıklı çocuklarda nadir olarak görülen HZ, ağrı, kaşıntı ve dermatomal tutulum gösteren döküntü ile karakterize ve genellikle komplikasyon göstermeyen VZV'nun reaktivasyonu ile oluşan akut cilt enfeksiyonudur. Uygun takip ve tedavi ile sağlıklı çocuk hastalarda kısa sürede iyileşme gözlemlenmektedir. VZV aşısının rutin aşı programına girmesiyle hastaların HZ ve buna bağlı komplikasyonlardan korunabileceği düşüncesindeyiz.

Anahtar kelimeler : Çocuk Hasta, Herpes Zoster, VZV

P-098

STATUS DİSTONİCUSA BAĞLI RABDOMİYOLİZ GELİŞEN BİR OLGU

Emine Akkuzu¹ , Şahin Sincar¹ , Gökhan Kalkan¹ ,

¹ Gazi Üniversitesi Hastanesi, Çocuk Yoğun Bakım Bilim Dalı, Ankara

Giriş : Giriş Rabdomiyoliz, kasın enerji üretimi ile tüketimi arasındaki dengesizlik sonucunda ortaya çıkan ve böbrek yetmezliğine yol açabilen bir durumdur. Rabdomiyoliz tanısı serum kreatin kinaz (CK) değerinin normalinin en az beş katı yüksek olduğu vakalarda akla gelmelidir. Yüksek CK düzeyleri ile akut böbrek yetmezliği arasında doğrudan bir ilişki vardır. CK düzeylerinin birkaç yüz binden 3 milyon U/L'e kadar yüksek değerlere çıktığını gösteren olgular bildirilmiştir. Rabdomiyoliz olgularının yaklaşık %10-40'ında akut renal

15. ÇOCUK ACIL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-POSTER BİLDİRİLER-

yetmezlik gelişmektedir ve tübül obstrüksiyonu ve vazokonstriksiyona bağlı olduğu düşünülmektedir. Akut böbrek yetersizliği gelişen vakaların %5-7'sinden iskelet kası yıkımı sorumludur. Burada status distonicusa bağlı gelişen rabdomyoliz ve akut böbrek yetmezliği ile başvuran 15 yaşında erkek hasta sunulmuştur

Olgu : Olgu Serebral palsi, distoni tanılarıyla çocuk nöroloji polikliniğinden takipli olan 15 yaşında erkek hasta, halsizlik, dalgınlık, uykuya meyil, bilinç bozukluğu, bacak ve kollarda kasılma, seyirme şikayetleri ile acil servise getirilmiş. Hastanın çocuk acil polikliniğinde bakılan değerlerinde kan üre azotu 81 mg/dL, kreatinin 3,4 mg/dL olması üzerine üre ensefalopatisi, akut böbrek yetmezliği ön tanılarıyla yoğun bakıma alındı. Hastanın fizik muayenesinde serebral palsili görünümde, biparezik, genel durumu orta-kötü, letarjik durumda, Glaskow koma skoru (GKS) 6, sağ bacak, baş, boyun ve kollarda yüksek amplitüdümlü distonik hareketleri ve aynı bölgelerde ciltte ısı artışı, eritem mevcuttu. Kan basıncı 150/80 mmHg, kalp tepe atımı 145/dakika, ışık refleksi bilateral pozitif, pupiller izokorik idi. Laboratuvar tetkiklerinde kan üre azotu 85 mg/dL, kreatinin 3,61 mg/dL, ürik asit 14,6 mg/dL, Ca 5,75 mg/dL, P 10,7 mg/dL, CK 691500 U/L, AST 5378 U/L, ALT 1672 U/L, LDH 23284 U/L, Na 126 mEq/L, K 5,3 mEq/L, Cl 99 mEq/L, koagülasyon panelinde INR 1,9, aPTT 27, D-Dimer 4,38 ng/mL olarak saptandı. Kan gazında metabolik asidozu mevcuttu. Başvuruda trombosit sayısı 150000 e3/UL iken takibinde 39000 e3/UL'e kadar düştü. Tranfüzyon ihtiyacı olmadan düzeldi. İdrarda miyoglobün hastanede kiti olmadığı için çalışılmadı. İlaç intoksikasyonu amacıyla çalışılan toksikoloji paneli negatif olarak sonuçlandı. Hastaya serum fizyolojik (SF) yüklemeleri ve bikarbonat defisiti verildi, 4000 cc/m2 arttırılmış mayi, allopürinol, N-asetil sistein başlandı. Distoni için kullandığı ilaçlarda doz düzenlemeleri yapıldı. Olası beyin ödemi açısından çekilen beyin bilgisayarlı tomografisi normaldi. Hastaya hemodiyaliz katateri takılarak 2 saatlik ultrafiltrasyonsuz hemodiyaliz yapıldı. Hemodiyaliz sonrası hastanın GKS'ı 13'e yükseldi, bilinci açıldı ve bakılan CK'nın 241200'e gerilediği görüldü. Hastaya rabdomyoliz nedenli böbrek yetmezliği düşünülerek tekrarlayan kez SF yüklemeleri verildi. İdrar miktarı yeterli olmadığından mannitol verilemedi. Hasta sıvı tedavilerine rağmen oligürik seyrettiğinden hastaya 15 gün boyunca günlük hemodiyaliz yapıldı. Yatışının 10. gününden itibaren günlük yaklaşık 150 cc, 20. gününden itibaren günlük 2000-3000 cc civarında idrar çıkarmaya başladı ve CK 50 U/L'ye kadar geriledi. Hasta klinik ve laboratuvar bulgularının düzelmesi üzerine servise devredildi. Olgumuzun serebral palsili oluşu, distonik kasılmalarına ek olarak kusması olması akut böbrek yetersizliği gelişmesini kolaylaştırmıştır. Bilinmektedir ki rabdomyoliz sırasında yetersiz sıvı alımı, bulantı, kusma, diyare ve analjezik kullanımı akut böbrek yetersizliği gelişimini hızlandırır. Rabdomyoliz komplikasyonu olarak akut solunum sıkıntısı sendromu, yaygın damar içi pıhtılaşması ve çoklu organ yetersizliği gelişebilir. Olgumuzda bu sorunların çoğunu yaşamış ve sekelsiz atlattır.

Sonuç : Sonuç Rabdomyolize bağlı akut böbrek yetmezliği mortalitesi ve morbiditesi yüksek bir durumdur. Distoni gibi hareket bozuklukları ile başvuran hastalarda bu sendromun gelişebileceği akıldan tutulmalıdır.

Anahtar kelimeler : Akut böbrek yetmezliği, distoni, hemodiyaliz, rabdomyoliz

P-099

ALT SOLUNUM YOLU ENFEKSİYONUNDAN TRANSVERS MYELİTE

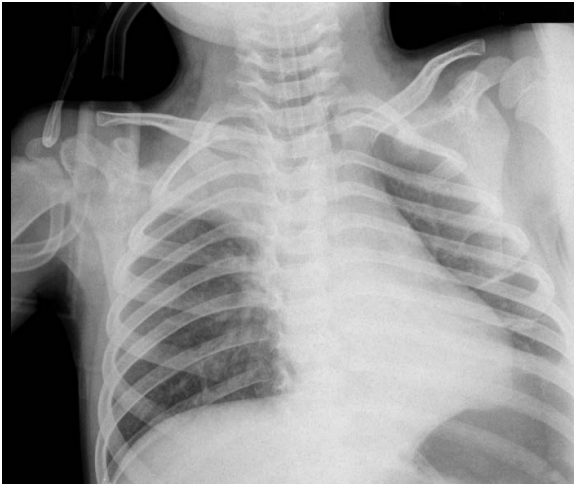
Ufuk Yükselmiş¹, Mustafa Civil², Esra Kılıç²,

¹ SBÜ Dr.İlutfi Kırdar Kartal EAH, Çocuk Yoğun Bakım, İstanbul

² SBÜ Dr.İlutfi Kırdar Kartal EAH, Aile Hekimliği Kliniği, İstanbul

Giriş : Transvers Myelit, spinal kordda lokal inflamasyona sebep olarak duyuşal, motor ve otonomik disfonksiyona neden olabilen, akut/subakut gelişimli kötü prognozlu bir hastalıktır. Patogenezi tam olarak bilinmemekle beraber etyolojide bakteriyel enfeksiyonlar (Mycoplasma pneumoniae, Lyme borreliosis, Syphilis, Tuberculosis), viral enfeksiyonlar (HSV, HZV, EBV, Enterovirüsler, Influenza), aşı-lama sonrası (Rabies, cowpox), otoimmün hastalıklar (SLE, Sjögren), multiple sklerozis ve vasküler hastalıkların sorumlu olduğu düşünülmektedir. Olgumuzda transvers myelitin yutma refleksini engelleyip aspirasyon pnömonisine sebep olabileceğini ve alt solunum yolu enfeksiyonu sonrasında transvers myelit gelişebileceğini hatırlatmayı amaçladık.

resim-1



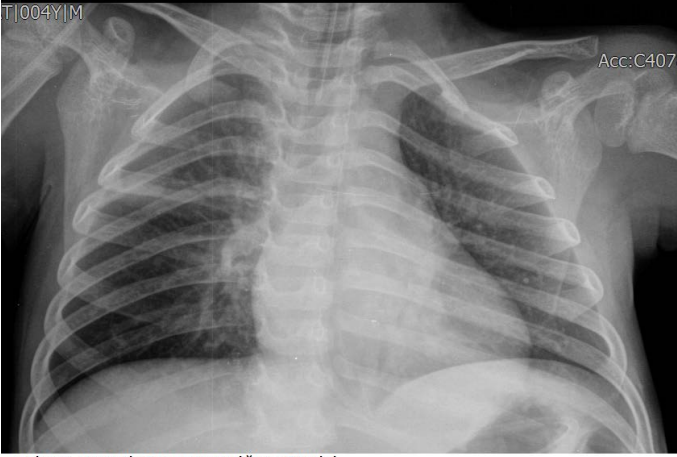
RESİM 1. ASPİRASYON PNÖMONİSİ SONUCU SAĞ ÜST LOB ATELEKTAZİSİ

15. ÇOCUK ACİL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-POSTER BİLDİRİLER-

Resim2



RESİM 2. TEDAVİ SONRASI AKCİĞER GRAFİSİ

Resim 3



RESİM 3. TRANSVERS MİYELİT SERVİKAL MR GÖRÜNTÜSÜ

Olgu : 4 yaş erkek hasta, 5 gün aralıklı olarak yükselip düşen ateş ve öksürük nedeniyle amoklavlin-klavunat tedavisi almasına rağmen şikayetlerinde gerileme olmayıp, boyun ağrısı baş ağrısı ve yürürken sendeleme şikayetleri gelişince acilimize başvurdu. Hastanın menenjit şüphesi ile çocuk enfeksiyon servisimize yatırışı yapıldı. Hastanın yapılan fizik muayenesinde bilinci açık, konuşmasında güçlük mevcuttu. Ağrılı uyarana yanıtı iyiydi. Solunumu yüzeyeldi. GKS:13 (E:4 V:4 M:5) Üst ekstremitelerde kas tonusu azalmış, kas gücü bilateral 1/5, derin tendon refleksi yoktu. Alt ekstremitelerde kas tonusu normal, kas gücü bilateral 5/5, derin tendon refleksi normaldi. Hastanın pupilleri izokorik, gag refleksi yoktu, Babinski normal, idrar ve gaita inkontinansı yoktu. Hastanın akciğer sesleri kaba, sağ akciğer üst zonda krepitan raller mevcuttu. Yutma refleksi ve öğürme refleksi olmayan hastadaki pnömoni, aspirasyon pnömonisi olarak değerlendirildi. Hastanın çekilen akciğer grafisindeki pnömoni görünümü ve tedavi sonrası görünümü aşağıdadır.(Resim 1,Resim 2). Hasta yüksek akışlı nazal kanüle bağlandı. Takibinde solunum sıkıntısının artması üzerine entübe edildi. Solunum viral panelinde Rhino/Enterovirüs enfeksiyonu saptandı. Trakea kültüründe, kan kültüründe ve idrar kültüründe üreme olmadı. TORCH, EBV, HIV testleri negatif geldi. Mevcut pnömoniyeye yönelik Meronem(100 mg/kg/g), Vankomisin(40 mg/kg/g) ve Klacid(15 mg/kg/g) başlandı. Hastanın Kranial MR, MR Anjiyografi/Venografi, Servikal MR, Torakal MR ve Lomber MR'ı çekildi. Tüm servikal kordu (C1'den T1 seviyesine kadar) tutan yüksek sinyal değişimleri saptandı. Aynı bölgede kontrast tutulumu kısıtlıydı (Resim 3). Kranial, Torakal ve Lomber tutulum yoktu. Hastaya lomber ponksiyon yapıldı. 80/mm³ hücre saptandı. BOS protein : 52 mg/dl BOS glukozu : 75 mg/dl (eş zamanlı kan glukozu: 90 mg/dl) saptandı. Bos kültüründe ve BOS menenjit panelinde üreme olmadı. Demiyelinizan hastalık ayırıcı tanısı için gönderdiğimiz oligoklonal band düzeyi normal tespit edildi. BOS IgG indeksi normaldi. Anti aquaporin-4 antikoru negatifti. Mevcut klinik bulgularla hastaya Transvers Myelit tanısı kondu. 30 mg/kg/g'den metilprednisolon 5 gün verildi ve takibinde 2mg/kg/g'den devam edildi. Klinik bulguları düzelmeyen hastanın tedavisine IVIG 400 mg/kg/g'den eklendi, 5 gün boyunca verildi. Hasta fizik tedavi programına alındı. Tüm tedavilere rağmen her iki üst ekstremitelerde paraparezisi devam eden hastanın mevcut antibiyotik tedavisine devam edilerek plaz-

15. ÇOCUK ACIL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-POSTER BİLDİRİLER-

ma Exchange tedavisine başlanmak istendi. Hasta üst merkeze sevk edildi ve takibine devam edilmektedir.

Sonuç : Santral sinir sistemi komplikasyonlarının alt solunum yolu enfeksiyonlarından sonra gelişebileceği yayınlarda bildirilmiştir. Transvers myelit hastalarında akut motor fonksiyon kaybının ve paralizilerin daha hızlı ilerlediği; ekstremitelerde ağrıları, duyu kaybı, denge kaybı yapabileceği bilindiği gibi, en sık görülen komplikasyonları dışında kafa çiftlerini de erken dönemde etkileyip yutma ve öğürme reflekslerini bozup aspirasyon pnömonisiyle hastaların karşımıza gelebileceğini hatırlatmayı amaçladık.

Anahtar kelimeler : transvers myelit, çocuk, pnömoni

P-100

HENÖCH-SCHÖNLEIN PURPURASI İLE {STRONGYLOIDES STERCORALIS} BİRLİKTELİĞİ

Sevcan Bilen¹, Hayri Levent Yılmaz¹, Miray Kışla Ekinci², Mustafa Yılmaz²

¹ Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Acil Bilim Dalı, Adana

² Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Romatoloji Bilim Dalı, Adana

Giriş : Henöch-Schönlein purpurası (HSP) çocuklarda sık görülen, cilt, eklem, gastrointestinal sistem ve böbrekleri tutabilen, küçük damarların vaskülitidir. Etiyolojisinde enfeksiyonlar, ilaçlar, aşılama veya böcek ısırığı gibi antijenik uyarıya sebep olabilecek durumlar suçlanmaktadır. Paraziter enfeksiyonlar ile birlikteliğinin nadir görülmesi nedeniyle bizde HSP ve Strongyloides Stercoralis enfeksiyonu tanısı alan bir olgumuzu sunduk.

Olgu : Onbir yaşında kız hasta ishal, kusma, bacaklarda döküntü, eklem ve karın ağrısı yakınmalarıyla çocuk acil polikliniğimize başvurdu. Öyküsünden bir hafta önce günde 1-2 kez, hafif sulu, sarı-yeşil renkli, köpüklü, kan-mukus içermeyen ishalinin olduğu, bunun için ilaç kullandığı fakat düzelmediği öğrenildi. İshalinin başlamasından üç gün sonra daha çok göbük çevresinde olmak üzere karın ağrısının ve her iki dizinde eklem ağrısının başladığı öğrenildi. Bir gün sonra bu yakınmalara ek olarak her iki el bileğinde ağrı ve şişlik olmuş, bacaklarında mor renkli döküntüler gelişmiş. Hastanın acilimize başvurusunda yaşamsal bulguları normaldi. Fizik muayenesinde genel durumu iyi, bağırsak peristaltizm sesleri normaldi, karında göbük çevresinde hassasiyeti vardı, hepatosplenomegalisi yoktu, her 2 alt ekstremitede yaygın makülopapüler döküntüleri olduğu gözlemlendi. Sağ diz dokunmakla hassastı, fleksiyon kısıtlılığı vardı, şişlik ve ısı artışı yoktu, sol el ödemli görünümdeydi. Hastada HSP ön tanısına yönelik gerekli kan, idrar ve gaita tetkikleri istendi. Batın ultrasonografisinde (US) invaginasyon ile uyumlu bulgu saptanmadığı rapor edildi. Kan ve idrar tetkik sonuçları normal olan hastanın gaitada gizli kan sonucu pozitif (+++++) geldi, mikroskopisinde strongyloides stercoralis larvalarının görüldüğü rapor edildi. Çocuk romatoloji bölümü ile konsülte edilen hastaya steroid ve albendazol tedavileri başlandı.

Sonuç : En sık A grubu beta hemolitik streptokok enfeksiyonu sonrası saptanan HSP'nin Mikoplazma pnömonia, Epstein-Barr virüsü, hepatit-B, varicella, adenovirüs, Cytomegalovirüs, Parvovirüs B19, tüberküloz gibi birçok farklı etken ile ilişkili olabileceği bildirilmiştir. Henöch-Schönlein purpurasının patogenezinde IgA komplekslerinin birikiminin etkili olduğu bilinmektedir. Literatürde nadirde olsa Strongyloides stercoralis enfeksiyonunda bağırsak mukozasında IgA üretimini tetikleyip buna bağlı HSP gelişimine neden olabileceği gösterilmiştir.

Anahtar kelimeler : henoch-schönlein purpurası, Strongyloides Stercoralis

P-101

YÜKSEK DOZ KALSİYUM KANAL BLOKERİ VE BETA BLOKER İLE ZEHİRLENME OLGUSUNDA İNTRAVENÖZ LİPİT İNFÜZYON TEDAVİSİ

Sevcan Bilen¹, Hayri Levent Yılmaz¹, Nagehan Aslan², Rıza Dinçer Yıldızdaş²

¹ Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Acil Bilim Dalı, Adana

² Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Yoğun Bakım Bilim Dalı, Adana

Giriş : Beta bloker ve kalsiyum kanal blokerleri taşikardi, hipertansiyon, ritm bozuklukları, migren gibi durumlarda kullanılan ilaçlardır. Son zamanlarda kullanım sıklıklarının artması ile birlikte çocuklarda bu ajanlarla zehirlenme sayısında artış gözlenmiştir. Tanısı erken konularak tedavisi başlanmaz ise bu zehirlenmeler yaşamı tehdit edici olabilir. Literatürde geleneksel tedavilere yanıtız durumlarda intravenöz lipit infüzyonu uygulanan çocuk vakalar ile ilgili veriler halen kısıtlıdır. Bu amaçla her iki ilacı birlikte alıp, dirençli hipotansif seyreden bir olgumuzda intravenöz lipit infüzyon tedavisi deneyimimiz sunuldu.

Gereç-Yöntem : Onyediy yaşında kız hasta 2 adet Beloc tablet (metoprolol) (2 mg/kg) içtikten dört saat sonra sonra çarpıntı ve halsizlik yakınmalarıyla acil servisimize başvurdu. Öyküsünden iki yıl öncede ara ara çarpıntılarının olduğu, çocuk kardiyoloğu tarafından Beloc tablet başlandığı fakat düzenli kullanmadığı öğrenildi. Ailesi çocuk psikiyatri bölümünün bir yıl önce özkıyım nedeniyle hastayı takibe aldığını, önerilen ilaçları ise kullanmadığını söyledi. Hasta monitörize edilerek yakın gözlenmeye başlandı, laboratuvar tetkikleri ve EKG'si normal geldi. Belirgin hipoglisemisi olmadı. Yaşamsal bulguları ilk fizik bakışında doğal olan hastanın izleminin 1. saatinde nabzında ve kan basıncında düşme eğilimi başladı. Sıvı desteğinin ardından tekrar değerlendirmeye alınan hastanın Beloc tabletin yanı sıra Diltiazem 30 mg tableten (DiltiazemHCl, kalsiyum kanal blokörü) (10 mg/kg) 20 adet içtiği öğrenildi. Yeterli sıvı yüklemesi, intravenöz kalsiyum, glukagon ve katekolamin desteklerinin ardından yüksek doz hiperinsülinemi/öglisemi tedavisi uygulandı. Tüm bu tedavilere rağmen dirençli hipotansiyonu devam eden hastaya intravenöz lipit infüzyon tedavisi başlandı. Yükleme sonrası ilk saatte kan basıncında ılımlı yükselme gözlemlendi, infüzyon devam ederken 2. saatte kan basıncı normal aralıklarda seyretmeye başladı. Genel durumu düzelme başlayan hasta takip ve tedavilerinin devamı açısından çocuk yoğun bakım birimine devir edildi.

15. ÇOCUK ACIL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-POSTER BİLDİRİLER-

Bulgular : Beta bloker ve kalsiyum kanal blokerleri özellikle her iki ajan birlikte alındığında ölüm oranı belirgin artan zehirlenmelerdir. Beta blokerler ve kalsiyum kanal blokerlerinin komplikasyonları kalbin kasılması, ileti sistemi ve aritmojenik etkileri üzerinden gelişir. Bulgu ve belirti olarak hipotansiyon, bradikardi, hipoglisemi/hiperglisemi, aritmiler, metabolik dengesizlik, konvülsiyondan komaya kadar bilinç değişiklikleri görülebilir. Tedavi yaklaşımları ise bazı tedavi öncelikleri göz ardı edilirse benzerdir. Hastamız tüm tedavilere dirençli iken intravenöz lipit infüzyonu sonrası bulgu ve belirtilerinde hızlı düzelleme gözlenmesi, benzer olgularda endikasyonu olduğunda, bu tedavinin geciktirilmeden uygulanması gerekliliğine destek vermektedir.

Anahtar kelimeler : beta bloker, kalsiyum kanal blokeri, zehirlenme, intravenöz lipit infüzyon tedavisi

P-102

ÇOCUK ACILDE ULTRASONOGRAFİ İLE TANI ALAN YİNELEYEN KUSMANIN NADİR BİR NEDENİ: VOLVULUS

Sevcan Bilen¹, Hayri Levent Yılmaz¹, Önder Özden², Mehmet Ali Narsat²,

¹ Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Acil Bilim Dalı, Adana

² Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı, Adana

Giriş : Malrotasyon; fetal gelişim sırasında bağırsakların herhangi bir bölümünün karın içindeki yerleşiminin normalden farklı bölgede olmasıdır. Hastalar normal fizik muayene bulgularından, akut ya da süregelen bağırsak volvulus ve/veya tıkanıklık bulgularına kadar geniş klinik görünüme sahip olabilmektedir. Teşhiste gecikildiğinde ölümcül olabileceğinden hızla tanı konulması ve gerekli önlemlerin alınması önem arz etmektedir. Acil servislere belirgin akut batın yakınmaları ve bulgularıyla başvurmeyen hastalarda volvulus tanısında tipik ultrasonografik görünüme dikkat çekmek amacıyla bu olgu sunuldu.

Gereç-Yöntem : Altı aylık erkek hasta 2 gündür her beslenme sonrası kusma yakınmasıyla acil servisimize getirildi. Hastanın fışkırır tarzda olmayan, bol miktarda, önce yediklerini içerir şekilde ardından safralı kustuğu, ancak ateş, ishal, kabızlık, üst-alt solunum yolu enfeksiyon bulguları, idrar yaparken ağlama ve kötü koku gibi yakınmalarının olmadığı öğrenildi. Fizik muayenesinde genel durumu iyi, bilinci açık, yaşamsal bulguları ve sistem muayenesi doğal idi. Laboratuvar sonuçlarında tam kan sayımı, biyokimya, kan gazları ve idrar tetkiki sonuçları normaldi. Ayakta düz batın grafisi (ADBG) çekildi; belirgin geniş tabanlı hava-sıvı seviyesi yoktu, bağırsak gazları sağ üst kadranda toplanmış görünümdeydi ve distale gaz geçişinin olmadığı izlendi (Resim 1). Batın ultrasonografisi (US) yapıldı mesane de ekojenite artışı (sistit?) harici normal olarak rapor edildi. Akciğer grafisinde dektrokardiden şüphelenilmesi üzerine Ekokardiografi yapıldı, izole dektrokardi olarak değerlendirildi. Hastanın izleminde kusmasının devam etmesi ve mevcut bulgularını açıklayabilecek batın kaynaklı olmayan bir neden saptanamaması üzerine çocuk acil hekimi tarafından tekrar batın US yapıldı ve "whirlpool sign" ("girdap işareti") gözlemlendi (Resim 2). Çocuk cerrahisi bölümü ile konsülte edilen hastaya kontrastlı üst gastrointestinal sistem (GİS) pasaj grafisi çekildi, midenin dilate olduğu, kontrast madde ile dolduğu, 5. dakikada pılordan kontrast maddenin geçtiği ancak takip grafisinde duodenumun ilerisine geçiş olmadığı gözlemlendi (Resim 3). Hasta pasaj grafisindeki tam obstrüksiyon görünümü sebebiyle malrotasyon/volvulus ön tanılarıyla çocuk cerrahisi bölümü tarafından operasyona alındı. Tüm bağırsakların mezenter kökü üzerinde 3 tam tur döndüğü fakat nekroz olmadığı gözlemlendi (Resim 4). Operasyon sonrası 5 günlük takibinde kusmaları olmayan, genel durumu ve yaşamsal bulguları iyi olan hasta şifa ile taburcu edildi.

Bulgular : Çocuklarda akut batın nedenleri arasında yer alan malrotasyon, periton boşluğunda ince ve kalın bağırsakların doğuştan, çok çeşitli anomalilere neden olabilen, yetersiz rotasyonudur. Hastamızda duodenum orta hatta, çekum ise sağ üst kadranda bulunmaktaydı, inkomplet rotasyon ile uyumluydu. Hastalar akut veya süregelen orta bağırsak volvulusu, duodenal tıkanıklık, kolon tıkanıklığı, internal herni veya rastlantısal saptama şeklindeki klinik tablolar ile karşımıza çıkabilir. Kusma, karın ağrısı, huzursuzluk, karın şişliği veya çöküklüğü, ishal, büyüme-gelişme geriliği, rektal kanama, şok gibi yakınmalarla başvurabilirler. Malrotasyonun en önemli komplikasyonu bağırsaklarda iskemi ve nekroza sebep olabilen volvulustur. Volvulusta bağırsaklar süperior mezenterik arter (SMA) etrafında döner, dolaşım bozulur. Ayırıcı tanıda öncelikli görüntüleme yöntemi ADBG'dir. Şüpheli durumda kesin tanı için kontrastlı üst GİS pasaj grafisi ve/veya ileri görüntüleme yapılması gereklidir. Normalde süperior mezenterik ven (SMV), SMA'nın sağında yerleşirken, malrotasyonlu olgularda daha çok SMA'nın solunda bulunur. Doppler US'de SMV ve SMA'nın anatomik yerleşimleri ve akım yönlerine bağlı oluşan "girdap işareti" olarak adlandırılan görünümün volvulusta tanı koydurucu olduğu kanısına varılan çalışmalar rapor edilmiştir. Sonuç olarak volvulus düşündürecek belirtiler varlığında batın US çocuk acil servislere hızla ve kolaylıkla yapılabilecek, ucuz, invaziv olmayan, hem kontrast maddeye hem de radyasyona maruz bırakılmayan, tanı koydurucu etkinliği yüksek bir görüntülemedir. Nedeni bilinmeyen ani başlangıçlı safralı kusma vakalarında orta bağırsak volvulusu ayırıcı tanı da mutlaka akılda tutulmalı ve US öncelikli görüntüleme yöntemlerinden biri olarak tercih edilmelidir.

Anahtar kelimeler : volvulus, ultrasonografi

15. ÇOCUK ACİL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-POSTER BİLDİRİLER-

P-103

NADİR GÖRÜLEN BİR TRANSÜRETRAL KATETER KOMPLİKASYONU

Zeynelabidin Öztürk¹, Elnur Nurullayev², Özlem Boybeyi Türer², Benan Bayrakci¹

¹ Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Yoğun Bakım Bilim Dalı, Ankara

² Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı, Ankara

Giriş : Transüretal balonlu kateterler hastanelerde sık kullanılan araçlardır. En sık karşılaşılan komplikasyonları bakteri translokasyonlarına ikincil enfeksiyonlar, yalancı pasaja giriş, mekanik yaralanmalardır. Burada Hacettepe Üniversitesi İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi Çocuk Yoğun Bakım Ünitesinde yatmakta olan ve transüretal balonlu kateter ile ilişkili ilginç bir komplikasyon yaşayan bir hasta sunuyoruz.

Olgu : 1 yaş 7 aylık kız hasta başına televizyon düştükten sonra bilinç bulanıklığı nedeniyle hastanemize başvurmuş, Glasgow koma skoru 7 olan ve hava yolu açıklığını koruyamayan hasta entübe edilerek mekanik ventilatöre bağlanmıştır. İzlemi sırasında idrar miktarını yakın takip etmek amacıyla balonlu transüretal kateter takılmıştır. Transüretal kateter endikasyonu ortadan kalktığına kateter çıkarılmaya çalışılmış; ancak balon içerisindeki sıvı enjektör ile negatif basınç uygulanmasına rağmen aspire edilememiştir. Balon lümeni içerisinden sıvı verilererek balonun mesane içerisinde patlatılması denenmiş; ancak başarısız olunmuştur. Yatak başı ultrasonografi ile balon mesane içerisinde görülmüş ve suprapubik yaklaşımla bir enjektör yardımı ile balon mesane içerisinde patlatılmıştır. Kateter çıkarıldığında balonun mesane içerisinde kaldığı fark edilmiştir. Bu nedenle hastaya sistoskopi yapılarak mesane içerisindeki balon çıkarılmıştır.

Sonuç : Hastanede yatmakta olan hastalarda oldukça sık uygulanan transüretal balonlu kateterlerle ilişkili hastamızda olduğu gibi beklenmedik komplikasyonlar olabilmektedir. Komplikasyonları azaltabilmek için her vizitte hastaların kateter endikasyonlarını sorgulamak ve endikasyonu olmayan kateterleri çıkarmak önemlidir. Kateter balonu içerisindeki sıvı boşaltılmadığından kateterin çıkarılmadığı durumlarda yatak başı ultrasonografi ile balonun mesane patlatılması akla getirilebilir; ancak balonun mesane içerisinde kalabileceği akıldatılmalıdır.

Anahtar kelimeler : sistoskopi, transüretal kateter, yatak başı ultrasonografi

P-104

EKSTRAKORPÖREAL KARDİYOPULMONER RESUSİTASYON İLE KALP NAKLINE KÖPRÜ OLAN DİLATE KARDİYOMİYOPATİLİ BİR OLGUDA HEMŞİRELİK UYGULAMALARININ VE BAKIMININ YERİ

Sibel Yaman¹, Fadime Develioğlu¹, Özge Gül¹, Merve Yılmaz¹, Gülden Çölküşü¹, Tanıl Kendirli¹

¹ Ankara Üniversitesi Tıp fakültesi Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi

Giriş : Kalp nakli standart tedavilere dirençli son dönem kalp yetmezliklerinde temel tedavi yöntemidir. Ekstrakorporeal kardiyopulmoner resusitasyon (ECPR), kardiyak arrest olan hastaların 10-20 dk içerisinde geri dönmemesi durumunda ECMO kurularak yapılan resusitasyondur. ECMO özellikle kalp hastalarında sol ventrikül destek cihazları (LVAD), kalp nakline köprü olarak kullanılmaktadır. ECPR ile yaşam oranı ELSO (ekstrakorporeal life support Organisation) verilerine göre %40-45'tir. Burada ciddi kalp yetmezliği ile başvuran ve ECPR yapılarak başarılı bir şekilde kalp nakline köprülenmesi sırasında ve sonrasında çocuk yoğun bakım hemşirelerinin rol aldığı bakım ve tedavideki temel uygulamaları sunuyoruz.

Gereç-Yöntem : 13 yaşında erkek hasta, yaklaşık 1 aydır olan solunum sıkıntısı nedeniyle başvurduğu hastanede dilate kardiyomiopatiye bağlı kalp yetmezliği tanısı almış. Burada kalp yetmezliği standart tedavilere rağmen ilerlemesi nedeniyle LVAD bağlanması ve kalp nakil programına alınması için ÇYB ünitemize kabul edildi. Hasta kabulünde çoklu inotrop alıyordu. Ertesi gün kliniği bozulan hastaya santral venöz kateter takıldı ve entübe edilmesi gerekti. Bu sırada kardiyak arrest gelişen hasta resusitasyona yanıt vermediği için VA ECMO'ya bağlanmasına karar verdi. Hasta ECPR yapılarak resusitasyonun 40 dakikasında kalbi döndü. Hasta inotrop altında ve ECMO ile 48 saat sonra kalp nakil listesine alındıktan kısa süre sonra kalp çıktı ve nakil gerçekleşti. Nakil sonrası kalbi iyi çalıştı ancak nakil sonrası 6 gün VA ECMO desteği aldı. Hasta yoğun bakımda kaldığı sürede 27 gün mekanik ventilatör ve 12 günde NIV desteği aldı. Kalp nakli sonrası antibiyotik ilişkili böbrek yetmezliği nedeniyle CVVHD uygulandı. Kalp nakli nedeniyle steroid, MMF ve takrolimustan immünsuprese ve profilaktik antibiyotiklerini aldı. İzleminde bası yarası olmadı, kateterle ilişkili kan akımı enfeksiyonu olmadı. Hasta kalp nakli sonrası 56 gün çocuk yoğun bakımda izlendikten sonra çocuk kardiyoloji servisine devredilmiştir.

Sonuç : ECMO çocuklarda bizim hastamızda olduğu gibi hem ECPR ile hayat kurtarıcı olmakta hem de kalp nakline köprü olabilmektedir. Biz burada kalp nakli yapılan bir çocukta ECMO, CVVHD, invaziv ve noninvaziv MV tedavilerinin uygulanması, monitorizasyonu, bakımın yapılmasında ve hijyen kurallarına uyumun sürdürülmesinde çocuk yoğun bakım hemşirelerinin önemini vurgulamak amacıyla sunduk.

Anahtar kelimeler : Ekstrakorporeal kardiyopulmoner resusitasyon, ECMO, kalp nakli, hemodiyafiltrasyon

P-105

ÜLSERE DERİ LEZYONU VE SEPTİK ŞOK TABLOSU İLE BAŞVURAN SİSTEMİK LUPUS ERİTEMATOSUS OLGUSU

Hande Tosun¹, Tanıl Kendirli¹, Serhan Özcan¹, Merve Havan¹, Ece Mekik Akar², Zeynep Birsin Özçakar², Nilgün Çakar²

¹ Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Yoğun Bakım BD, Ankara

² Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Nefroloji ve Romatoloji BD, Ankara

Giriş : Sistemik lupus eritematosus (SLE), çeşitli klinik bulgularla seyreden multisistem bir kollajen doku hastalığıdır. SLE'li çoğu çocuk

15. ÇOCUK ACIL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-POSTER BİLDİRİLER-

başlangıçta ateş, iştahsızlık, kilo kaybı gibi nonspesifik semptomlarla başvurur. SLE gibi kollajen doku hastalıklarında ani ve yaşamı tehdit eden prezantasyonlar nadiren bildirilmiştir. SLE'nin acil komplikasyonları olarak; inme, akut miyokard infarktüsü, pulmoner emboli, perikardiyal tamponad, pulmoner hemoraji ve böbrek yetmezliği bildirilsede septik şok hastalığının başlangıç bulgusu olarak daha önce tanımlanmamıştır. Burada ülsere deri lezyonu ve dekompanze septik şok tablosuyla başvuran sonrasında SLE tanısı alan bir olgu sunulmaktadır.

Olgu : Bilinen bir hastalığı olmayan 15.5 yaşında kız hasta; yaklaşık 7 aydır olan ülsere deri lezyonu, 2 gün öncesinde başlayan uykuya eğilim ve genel durum bozukluğu nedeniyle acil servise getirildi. Dekompanze şok bulguları ile başvuran hastanın ayrıca sol bacadaki 5x10cm nekroze açık yarası vardı. Tetkiklerinde; metabolik asidoz, belirgin anemi, trombositopeni, lökositoz, böbrek fonksiyon testlerinde bozulma, karaciğer enzimlerinde yükseklik, hipoalbuminemi, akut faz reaktanlarında yükseklik ve koagülasyon parametrelerinde uzama görüldü. Kan kültüründe; 8.saatte Pseudomonas aeruginosa ve Citrobacter spp üremesi oldu. Septik şok tedavisi sonrası kliniği toparlayan hastaya böbrek yetmezliği nedeniyle CRRT başlandı. Etyolojiye yönelik yapılan ekokardiyografisi, immün taramaları ve vasküler BT anjiyografisi normaldi. Vaskülit etyolojisi açısından gönderilen tetkiklerinde; ANA, ANCA, lupus antikoagulanları pozitif, C3 ve C4 düşük, antikardiyolipin antikorlar normaldi. SS-A pozitif, SS-B negatif, anti-dsDNA, antiRo52, antinükleozom ve antihiston pozitif olarak görüldü. SLE tanısı konulan hastaya 5 gün pulse steroid, 1 kez siklofosomid verildi ve plazmaferez (8 kez) yapıldı. Cilt biyopsisi de SLE ile uyumlu geldi. Mekanik ventilatörde izlemi sırasında kliniğinin bozulması nedeniyle çekilen Toraks BT anjiyografisi pulmoner emboli ile uyumluuydu. SLE tanısı alan hastada tekrar septik şok tablosu gelişti ve multiorgan yetmezliği nedeniyle izleminin 40. gününde kaybedildi.

Sonuç : SLE deri ve diğer organ tutulumlarıyla giden, kronik, inflamatuvar ve otoimmün bir hastalıktır. Cilt tutulumu olguların %70'inde görülür. Spesifik cilt bulguları; malar rash, diskoid rash, fotosensitivite, makülopapüler döküntü, nonspesifik cilt bulguları; alopesi, oral ülseler, büllöz lezyonlar, eritema multiforme olabilir. SLE'nin bizim olgumuzda olduğu gibi nadir de olsa ülsere deri lezyonuyla prezente olabileceği akıldta tutulmalıdır.

Anahtar kelimeler : septik şok, sistemik lupus eritematozus , ülsere deri lezyonu

P-106

AKUT FLASK PARALİZİ'NİN NADİR BİR NEDENİ: SPİNAL TÜMÖR

Gülümay Vural¹, İlnur Tolunay¹, Tamer Çelik¹, Ulaş Özdemir¹,

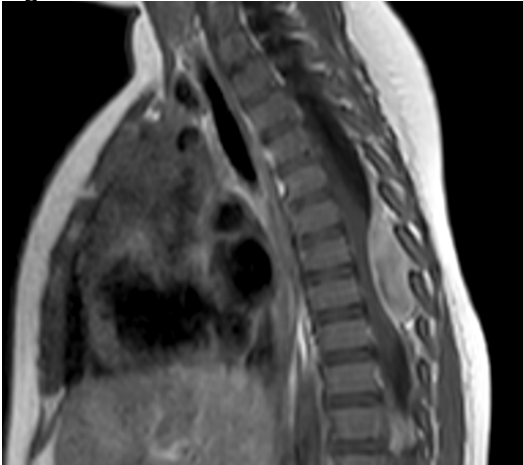
¹ Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Adana

Giriş : Akut flask paralizi (AFP) ani başlangıçlı kas güçsüzlüğü ile karakterize klinik durumdur. Guillain Barre sendromu, akut transvers myelit, akut dissemine ensefalomyelit, myastenia graves, stroke ve spinal travma, tümör, botulismus, ağır metal zehirlenmesi neden olabilmektedir. Viral myozit, artralji, ebe dirseği veya osteomyelit, kırık gibi kemikte ağrı nedeni ile fonksiyon kaybı yapan durumlar pseudoparalizi olarak adlandırılmaktadır. Oldukça geniş bir spektrumda dağılan etyolojik durumlara başlangıç yaklaşımı belirlemek ve hastaya en uygun tedaviyi planlayabilmek için ayrıntılı öykü alınmalı, fizik muayene yapılmalı ve tanısal algoritmalar uygulanmalıdır. Biz burada AFP'nin nadir bir nedeni olan spinal tümör tanısı ile izlediğimiz hastanın klinik ve radyolojik bulgularını sunduk.

Olgu : On bir aylık kız hasta son iki gündür emeklememe, ayakları üzerine basamama şikayeti ile getirildi. Alt ekstremitelerde flask, derin tendon refleksleri hipoaktif, eklem ve cilt muayenesi normal, sistemik muayenesinde patolojik bulgu saptanmayan hasta AFP tanısı ile yatırıldı. Vital bulgular, tam kan sayımı, karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri, koagülasyon değerleri normal sınırlarda idi. C-reaktif protein:0,11 mg/dl, sedimentasyon:10 mm/saat, kreatin kinaz:62 U/L, myoglobin:8,5 ng/ml idi. Hastanın beyin MRI: Normal, spinal MRI'da T6-T8 vertebralar düzeyinde spinal kanal içerisinde intradural ekstramedüller yerleşimli kordu anteriora doğru iten, nöral foramenlere doğru uzanım gösteren 13x9x25 mm boyutunda düzgün sınırlı kitle lezyonu izlendi (Figür 1). Beyin cerrahi tarafından tarif edilen kitlesi eksize edildi. Kitlenin patoloji raporu embriyonel rabdomyosarkom ile uyumlu gelmiş olup hasta takip edilmektedir.

Bulgu

Figür 1: intradural ekstramedüller kitle



15. ÇOCUK ACİL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-POSTER BİLDİRİLER-

Sonuç : Akut flask paralizi kliniği ile başvuran hastalarda ilk değerlendirmede ayrıntılı öykü alınması, sistemik ve nörolojik muayenenin eksiksiz yapılması ve tedavi planlanmadan önce kranial ve spinal görüntüleme yapılması önerilmektedir. Bizim hastamızın kontrastlı spinal MRI incelemesinde intradural ekstramedüller kitle saptanmış hasta beyin cerrahi bölümüne devir edilmiştir. Spinal tümörler AFP'nin nadir görülen ancak hayati tehdit eden nedenleri arasında sayılmaktadır. Bu olgu AFP nedenini ve tedaviyi belirlemek açısından tanısız algoritmaların önemine dikkat çekmek amacı ile sunulmuştur.

Anahtar kelimeler : akut flask paralizi, çocuk, spinal tümör

P-107

TORAKS TRAVMASINA BAĞLI TRAKEOBRONŞİYAL YARALANMA GELİŞEN İKİ ÇOCUK OLGU

İlknur Tolunay¹, Zerrin Özçelik², Cemal Özçelik³, Alper Avcı³

¹ Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Adana

² Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Cerrahi Kliniği, Adana

³ Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahi Kliniği, Adana

Giriş : Çocuk hastalarda toraks travması nadir görülmesine karşın mortalitesi yüksektir. İzole göğüs travmalarında mortalite %4-12 arasında değişmekle birlikte eşlik eden organ yaralanmalarında bu oran artmaktadır. Diğer travmalarda olduğu gibi toraks travmalarında da künt travmalar penetran travmalardan daha sık gözlenmektedir. Çocuklarda kostalar ve kırıldık dokular ince, esnek bir yapıya sahip olduğundan travma esnasında oluşan enerji direk olarak akciğer parankimine yansımakta ve hasar oluşmaktadır. En sık görülen patoloji akciğer kontuzyonu ve pnömotoraks olarak bildirilmektedir. Travmayı takiben trakeabronşiyal hasar ise çok nadir görülmektedir. Toraks travması olan hastalar %75-80 tüp torakostomi ile tedavi edilmekte olup torakotomi nadiren gerekli olmaktadır. Biz burada künt ve penetran travmaya bağlı trakeal hasarlanması olan ve torakotomi ile tedavi edilen iki olguyu sunduk.

Olgu : Olgu 1: Bombalı patlama sonrası boynuna şarapnel parçası saplanan 15 yaşındaki erkek hasta çocuk yoğun bakım ünitesi-ne yatırıldı. Fizik muayenesinde sternum 2 cm üzerinde 5x6 mm'lik giriş deliği mevcuttu. Diğer muayeneler doğaldı. Glaskow koma skoru:15, kan gazı ve vital bulgular stabildi. Kan tetkiklerinde anormal bulgu saptanmadı. Rezervuarlı maske ile oksijen almakta iken oksijen saturasyonu %90 üzerinde seyretti. Hastanın PA grafisinde pnömomediastinum dışında bulgu saptanmadı. Boyun tomografi: Yabancı cisim boyun orta hattan girip, cilt-cilt altını geçtikten sonra sağ paratrakeal alandan geçerek paravertebral alanda sonlanmıştır. C7-T1 vertebra düzeyinde, trakeanın posterior komşuluğunda 8,5 mm çapında hiperintens yabancı cisim izlenmiştir (Figür 1). Paratrakeal alanda yumuşak dokular arasında yaygın amfizem izlenmiştir. Toraks Tomografi: Kalp anterior komşuluğunda serbest hava dışında patoloji saptanmadı. Hastaya trakeal yaralanma açısından yapılan bronkoskopide patoloji saptanmadı. Yatışının 12. saatinde akciğer grafisi ve boyun tomografi tekrarlandı. Pnömomediastinumda ve boyunda yumuşak dokular arasındaki hava dansitelerinde artış olduğu görülmesi üzerine hasta Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahi Kliniği ile görüşülerek sevk edildi. Coller insizyonu ile boyun eksplorasyonu yapıldığı, yabancı cismin çıkarıldığı, tam kat trakeal perforasyona primer onarım yapıldığı öğrenildi. Hasta post op 13. gününde sekelsiz taburcu edildi. Olgu 2: Dokuz yaşında erkek hasta üzerine ahşap dolap düşme sonrası travmatik pnömotoraks tanısı ile çocuk yoğun bakım ünitesine yatırıldı. Entübe olarak mekanik ventilatörde takip edildi. Kan sayımı, biyokimya ve koagülasyon testlerinde anormallik saptanmadı. Sol hemitoraksa tüp torakostomi uygulandı. Yatışın 2. günü ekstübe oldu. Yatışının 3. günü pnömotoraks devam eden hastaya ikinci göğüs tüpü takıldı (Figür 2). Yatışın 6. günü genel durum iyi, bilinç açık, vital bulgular stabil olan hastanın akciğer grafisinde pnömotoraks bulgusunun devam etmesi üzerine Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahi Kliniği ile görüşülerek hasta sevk edildi. Torakotomi yapılan hastada sol ana bronşün trakeadan ayrıldığı seviyede, tam kat trakeal perforasyon saptandığı, primer onarım yapıldığı öğrenildi. Operasyon sonrası çocuk yoğun bakım ünitemize alınan hasta postop 6. gün taburcu edildi.

Sonuç : Çocuk hastalarda göğüs travmasını takiben trakeabronşiyal yaralanma çok nadir görülmekte ancak pnömotoraks, pnömomediastinum, hemotoraks, subkutan amfizem, hemoptizi, solunum sıkıntısı gibi hayati tehdit eden klinik tablolara varan bulgulara neden olabilmektedir. Akciğer grafisi ve toraks tomografi genellikle gerekli olmaktadır. Ancak hastaların %10'da hasar radyolojik olarak tespit edilememekte, bu hastalara fiber optik bronkoskopi önerilmektedir. Fiber optik bronkoskopi ile hasarın yerini belirlenmesi mümkün olmayan hastalarda ise torakotomi gerekmektedir. Toraks travmalarında torakostomi endikasyonları çok tablosunun olması, destek tedavisine rağmen tüp torakostomiden devam eden kanama, akciğer grafisinde bir taraf hemitoraksın tamamen opak görünmesi, kalp tamponatı ve tüp torakostomiye rağmen 7 günden uzun süren hava kaçağı olmasıdır. Bizim ilk olgumuzun toraks tomografisinde paratrakeal alanda yabancı cisim görülmüş, hem tomografide hem de bronkoskopide trakeadaki hasar saptanamadığı için torakotomi gerekli olmuştur. İkinci olgumuzda iki göğüs tüpü olmasına rağmen hastanın hava kaçağı devam ettiği için torakotomi yapılmıştır. Her iki hastada torakotomide trakeal rüptür saptanmış olup hastalar post op komplikasyonsuz taburcu edilmiştir. Biz burada biri penetran diğeri künt toraks travması olan iki olgu üzerinden çocukluk çağında nadir görülen bir durum olan trakeal hasarlanmaya yaklaşım ve tedaviyi literatüre sunduk.

15. ÇOCUK ACIL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

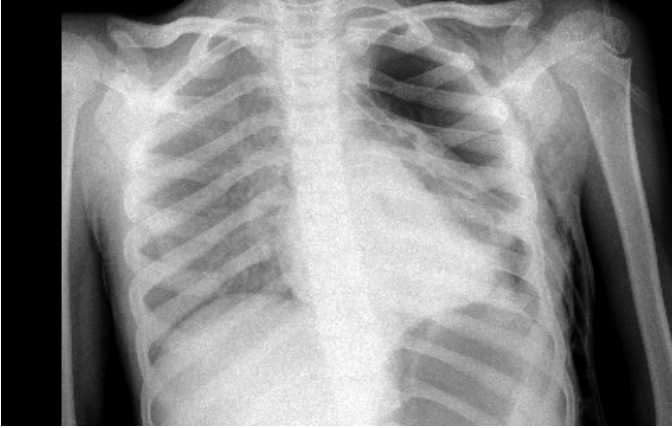
-POSTER BİLDİRİLER-

Bulgu

Figür 1: C7-T1 düzeyinde yabancı isim ve boyun derin dokularda amfizem



Figür 2: İkinci tüp takılmasına neden olan pnömotoraks



Anahtar kelimeler : çocuk, toraks travması, trakeobronşial yaralanma

P-108

PAPVD İLE BERABER SOL ANA BRONŞ DARLIĞI OLAN HASTANIN POSTOPERATİF DÖNEMDE UZAMIŞ ECMO İLE TEDAVİSİ

Mehmet Çeleğen², Selman Kesici², Hakan Aykan², Ahmet Aydın³, Benan Bayrakci²

² Hacettepe Üniversitesi İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi

² Hacettepe Üniversitesi İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi Çocuk Kardiyoloji Bilim Dalı

³ Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Kalp-Damar ve Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı

Giriş : Parsiyel pulmoner venöz dönüş anomalisi(PAPVD) nadir görülen bir konjenital kalp anomalisi olup, bir veya daha çok pulmoner venin sol atriyum dışında sistemik dolaşıma katılması olarak tanımlanır(1,2). Tüm ASD olgularının yaklaşık %15'inde PAPVD'ya rastlanmaktadır (3). Ekstarakorporeal membrane oksijenizasyonu (ECMO; yaşamı tehdit eden, ileri ama iyileşebilme potansiyeli olan pulmoner veya kardiyak yetmezlikte (veya ikisi birden) genellikle organların düzelmesini beklerken başvurulan geçici bir yöntemdir. PAPVD, ASD ile birlikte sol ana bronşta darlık olan 5 aylık olguda, sol ana bronştaki darlık nedeniyle ventilasyonu bozulan ve kardiyopulmoner arrest olması nedeniyle ECMO'ya alınan vakayı sunduk.

Gereç-Yöntem : Beş aylık kız hasta, hızlı nefes alma ve dudaklarda morarma şikayeti ile başvurduğu dış merkezde yapılan tetkiklerinde atriyal septal defekt (ASD) saptanmış ve takip önerilmiş. Ailesi tarafından Hacettepe Tıp Fakültesi İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesine getirilen hastanın, geliş fizik muayenesinde belirgin taşikardisi ve takipnesi mevcuttu. Karaciğer kot altı 3 cm ele geliyordu. Ekokardiyografik incelemede; PAPVD, ASD ve sağ ventrikül sistolik basıncı (RVSP) 85-90mmHg olduğu ağır pulmoner hipertansiyonu (PHT) saptandı oksijen ile kaptopril ve furosemid tedavileri önerildi. Çocuk yoğun bakıma yatırılan hasta diüretik tedavi ile klinik olarak düzelmeye gösterdi ve tedavisinin devamı için yaşına uygun servise devir edildi. Takibinde tekrar solunum sıkıntısı gelişmesi üzerine çocuk yoğun bakıma devir alındı. Belirgin sıvı fazlalığına bağlı solunum sıkıntısı olan hasta entübe edildi. Hastanın izleminde hava yolu direnci yüksek olması nedeniyle mekanik ventilatörde pozitif inspiratuar basıncı (PIP) 45 cmH2O değerine kadar çıkmak gerekti.

15. ÇOCUK ACIL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-POSTER BİLDİRİLER-

Bu basınç değerlerinde dahi yeterli tidal völüm oluşturulamayan hastanın iki defada kariyopulmoner arresti oldu. Hastanın prone pozisyonunda dahi iyi ventile olduğunun fark edilmesi üzerine hava yollarında olası patolojileri değerlendirmek için bronkoskopi yapıldı. Bronkoskopide trakeanın ve sol ana bronşun dar olduğu görüldü. Hastaya kardiyoloji, kalp damar cerrahisi ve çocuk yoğun bakım ekiplerince yapılan toplantıda; PAPVD'ı için tam düzeltme yapılması ve mevcut klinik tablosunun düzelmesine kadar da ECMO altında takip edilmesi kararlaştırıldı. PAPVD'ısı düzeltilen hasta ameliyattan ECMO ile çıktı. ECMO ile takip edilen hastanın yapılan kontrol bronkoskobisinde trakeadaki ödemin azalmasına rağmen sol ana bronşun halen sağa göre dar olduğu izlendi. Mekanik ventilatördeki ortalama hava yolu basıncı ve PIP değerleri azaltılmasına karşın yeterli tidal volüm olduğunun görülmesi üzerine hastanın ECMO tedavisi 23. gününde sonlandırıldı. Hastanın takiplerinde mekanik ventilatörden ayırma denemelerinde üst solunum yolu darlığına bağlı başarısız denemelerin olması üzerine trakeostomi açıldı. Trakeostomi açılması sonrası da mekanik ventilatörden ayırma denemelerinde sol akciğere yeterli hava girmemesi ve bunun hastanın ventilasyonunu bozmasından dolayı ev tipi mekanik ventilatör ile taburcu edilmesi planlandı. Trakeostomi sonrasında da ev tipi mekanik ventilatör ile takiplerine gelmesi önerilerek taburcu edildi

Bulgular : İzole PAPVD, tek pulmoner veni ilgilendiriyorsa pulmoner kan akımının yaklaşık %20'si, iki pulmoner veni ilgilendiriyorsa pulmoner venöz akımın %55'i sağ kalbe drene oluyor anlamına gelir. Bu durumda ASD'ye benzer semptomlar oluşabilir (4). Hastamızda, PAPVD ASD'ye bağlı gelişen PHT sonucu ileri derece genişleyen sağ pulmoner arter ile orta hatta seyreden aorta arasında, sol ana bronşun sıkıştığını düşünüyoruz. Zamanında uygulanan cerrahi düzeltmeyle klinik bulgularda olumlu gelişme olsa da iyileşmenin zaman alabileceği unutulmamalıdır. Altta yatan primer kardiyolojik problemler düzeltilmesine karşın ventilasyonu düzeltilmeyen ve iyileşebileceği potansiyeli bulunan pulmoner yetmezliği olan hastalarda ECMO'nun akılda tutulması gereken bir tedavi olduğu unutulmamalıdır.

Sonuç : Sonuç olarak ECMO sadece primer hastalık için değil primer hastalığın sebep olduğu pulmoner veya kardiyak yetmezlik durumlarında da akılda tutulmalıdır.

Anahtar kelimeler : PARSİYEL PULMONER VENÖZ DÖNÜŞ ANOMALİSİ, ATRİYAL SAPTAL DEFECT, EKSTRAKORPÖREAL MEMBRAN OKSİJENİZASYONU, SOL ANA BRONŞİYAL DARLIK

P-109

LOKAL ANESTEZİĞE BAĞLI METHEMOGLOBİNEMİ TEDAVİSİNDE ASKORBİK ASİT KULLANIMI

Hilal Baş¹, Berrin Kul¹, Gökmen Akgün¹, Emine Hekim Yılmaz¹, Nurgül Yurtseven¹

¹ Sbusbu Dr. Siyami Ersek Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon, İstanbul

Giriş : Fonksiyonel olmayan bir hemoglobin şekli olan methemoglobin demirin ferro (Fe+2) formundan ferrik (Fe+3) hale oksidasyonu ile oluşmaktadır. Normal sağlıklı insanlarda methemoglobin düzeyi total hemoglobinin %1-2'si kadardır .Oksidasyon ve redüksiyon arasındaki dengenin oksidasyon lehine bozulması methemoglobinemiye neden olmakta ve hafif bulgulardan laktik asidoz, hipoksi ve ölüme kadar giden olaylara neden olabilmektedir . Pratikte kazanılmış methemoglobinemilerin çoğu lokal anestezi kullanımıyla bağlı olup, methemoglobinemi seviyeleri potansiyel olarak zararlı olabilir. Bir olgu nedeniyle yüksek methemoglobin düzeyine sahip olguya yaklaşım sunulmuştur.

Olgu : 2 aylık 7 kg erkek bebeğe, ciddi aort stenozu teşhisi üzerine anjiyografi ile aortik balon tedavisi planlanmıştır. İşlem esnasında femoral bölgeye aralıklı olarak toplam 80 mg prilokain(Citanest®) uygulanan hastada, işlem sonrası siyanoz gelişmesi nedeniyle kardiyak yoğun bakıma alındı. Geldiğinde kan basıncı 94/43 mmHg, solunum sayısı 36/dk ve kalp tepe atımı 155/ dk'dı. Pulsoksimetre ile SaO2 %85 saptandı. Maske ile %100 O2 verilen hastanın siyanozu düzelmedi. Bakılan venöz kan gazında pH:7.23, pO2 33mmHg, pCO2 52.2mmHg, hemoglobin 8,4 gr/ dl, lökosit sayısı 10.100/mm³ ve MetHb düzeyi %25 ölçüldü. Bu bulgularla methemoglobinemi düşünülen hastaya metilen mavisi verilmesi planlandı ancak temin edilememesi üzerine, 300 mg/kg askorbik asit verildi . Ayrıca hastaya 20cc/kg eritrosit süspansiyonu transfüze edildi. Maske ile O2 verilen hastanın 6.saatte SaO2 %95 olarak tespit edildi. Siyanozu ve methemoglobin düzeyleri kademeli olarak gerileyen hasta 24. saatinde MetHb düzeyi %1,43 olarak sorunsuz servise nakledildi.

Sonuç : Cerrahi uygulamalarda sık kullanılan ve diğer ilaçlarla da gelişebilecek olan methemoglobinemi, siyanoz ile başvuran, SaO2 değerleri %85 civarında olan, dolaşım ve solunum sistem bulguları normal her hastada düşünülmeli ve mutlaka ayrıntılı ilaç kullanımı sorgulanmalıdır. Tedavide esas kullanılan IV metilen mavisi olmakla birlikte ülkemiz şartlarında zor ulaşılmaktadır. Alternatif olarak askorbik asit kullanımıyla da tedavide başarı sağlanabilir.

Anahtar kelimeler : methemoglobinemi,prilokain,askorbik asit

P-110

FERRİTİN YÜKSEKLİĞİ İLE SEYREDEN BİR JİA-MAS OLGU SUNUMU

Ebru Azapağası¹, Selman Kesici², Burçe Orman⁴, Bahar Demirbaş⁴, Güldeniz Öner⁴, Semanur Özdel³

¹ Dr. Sami Ulus Çocuk Hastanesi, Çocuk yoğun bakım, Ankara

² Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Çocuk Yoğun Bakım, Ankara

³ Dr. Sami Ulus Çocuk Hastanesi, Çocuk Romatoloji Ana bilim dalı, Ankara

⁴ Dr. Sami Ulus Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Ankara

Giriş : Sistemik Juvenil İdiyopatik Artirit (JİA) ve sekonder hemofagositik sendrom (MAS) birlikteliği özellikle ferritin yüksekliği ile beraber olduğunda mortalitesi yüksek bir durumdur. Tedavide immünsüpresanlar, steroid ve IVIG önerilmektedir. Plazma değişimi

15. ÇOCUK ACIL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-POSTER BİLDİRİLER-

destekleyici tedaviler arasında geçmektedir. Biz bu yazıda tanısı geç konulan ve başlangıçta trombosit ilişkili çoklu organ yetmezliği (TAMOF) zannedilip yalnızca plazma değişim tedavisi uygulanan, plazma değişimi ile de başarılı bir şekilde tedavi edilen bir JİA-MAS olgusunu sunduk.

Olgu : 15 yaşındaki kız hasta 112 hava ambulansı ile Kahramanmaraş'tan Salmonella enfeksiyonuna sekonder trombosit ilişkili çoklu organ yetmezliği (TAMOF) ön tanısı ile hastanemize sevk edildi. Hastanın öyküsünden; daha önceden bilinen bir hastalığının olmadığı, iki hafta önce ateş, bacaklarda ağrı ve vücudunda kızarıklık yakınmalarının ortaya çıktığı , tetkiklerinde salmonella saptandığı ve seftriakson başlandığı öğrenildi. Ateşleri devam eden hastanın hastanemize gönderilmeden bir gün önce solunum sıkıntısı ve hipotansiyonu belirginleşmiş ve kreatin değerleri 4.2'ye kadar yükselmiş. Trombositopeni de gelişince hasta enfeksiyona sekonder TAMOF ön tanısı ile plazma değişimi amacı ile hastanemiz yoğun bakım ünitesine yönlendirildi. Hasta yoğun bakım ünitemize genel durumu kötü, takipneik, taşikardik, bilinç konfü ve uykuya eğilimli olarak kabul edildi. Maske ile O2 alan hastanın satürasyonu 40 idi. Ağız içi hijyeni kötü, ağız içinde kanamalar ve krutlu yaralar vardı. Akciğerlerde dinlemekle bilateral kreptan raller mevcuttu. Kalp taşikardikti. Kan gazında metabolik asidozu vardı. Tam kan sayımında BK: 8340 g/L Plt: 67000 g/L Hb: 7.5 g/dl, PT/PTT:25/62 INR: 2.5 sn D-Dimer: > 80000 ng/MI Sedim: 33 mm/saat CRP: 111 mg/dl idi. BUN: 69 mg/dl , Kr: 1.57 mg/dl AST/ALT:228/1171 U/L GGT: 597U/L LDH: 9786U/L ALP: 539U/L idi. PAAG de yüklenme bulguları vardı. (Figür 1) Hasta yoğun bakıma yatırıldı. HFNC ye alındı, adrenalin ve dopamin infüzyonları, tansiyon toparlayınca furosemid puşesi ardından furosemid infüzyonu başlandı.Hastaya aynı gün plazma değişimi uygulandı. Kemik iliğinde malinite bulguları yoktu. Hemofagositik hücreler görüldü. Hemofagosititik sendroma yönelik gönderilen tetkiklerinde; Ferritin düzeyi; 31032 ng/ml, Fibrinojen: 44 g/L (238-498), Trigliserid: 895 mg/dl bulundu. Vaskülitte yönelik tetkikler, EKO su ve göz bulguları normal olan hastanın 5 kez yapılan plazma değişimi sonrası bulguları tamamen düzeldi ve hasta servise çıkarıldı. Servis izlemi sırasında ateş ve döküntü şikayetleri tekrar ortaya çıkan hastaya romatoloji tarafından JİA ve öyküye dayandırılarak JİA ya sekonder geçirilmiş MAS tanısı konuldu ve hasta romatoloji bölümünce devir alındı.

Bulgu

PAAG



Akciğer grafisinde yüklenme bulguları

Sonuç : JİA-MAS özellikle ferritin yüksekliği ile birlikte olunca mortalitesi yüksek bir hastalıktır. Plazma değişimi destek tedavisi olarak geçmektedir. Ancak bizim olgumuzda plazma değişimi tek başına küratif olmuştur.

Anahtar kelimeler : Juvenil Romatoid Artrit, Sekonder Hemofagositik Sendrom, plazma değişim tedavisi, ferritin yüksekliği

P-111

GÖRME KAYBINDA EPİLEPSİ TANISI

Aysun Tekeli¹ , Ayla Akca Çağlar¹ , İlknur Bodur¹ , Can Demir Karacan¹ , Nilden Tuygun¹

¹ TC Sağlık Bakanlığı SBÜ Dr. Sami Ulus Kadın Doğum, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş : Ani görme kaybı travma ve travma dışı nedenlerle olabilir. Travma dışı gözde enfeksiyon, glokom, tümörler, kanama ve retinal arter oklüzyonu gibi göze bağlı nedenlerle, zehirlenmeler (metanol, etilen glikol, karbonmonoksit), ilaçlar (amfetamin, sisplatin), santal sinir enfeksiyonları, epilepsi, serebrovasküler olaylar, demiyelinizan hastalıklar, psödötümör serebri, şant disfonksiyonu ve migren gibi çeşitli hastalıklarla ani görme kaybı gelişebilir. Burada çocuklarda görme kaybının nadir ancak önemli bir nedeni sunulmuştur.

Olgu : 9 yaş 2 aylık kız hasta, 5-6 dakika süren bilateral geçici görme kaybı şikayeti ile çocuk acil polikliniğine başvurdu. Öncesinde sağ kol ve elde titremesi olmuş. Bu şikayetlerine mide bulantısı eşlik etmiş. Ateş, güç kaybı ve his kaybı olmamış. Travma ve ilaç alım öyküsü yoktu. Özgeçmiş ve soygeçmişinde özellik yoktu. Fizik incelemesinde genel durumu iyi, bilinç açık, vital bulguları stabil, pupiller izokorik, ışık refleksi bilateral alınıyor, göz hareketleri serbest ve göz dibi incelemesi normal idi. Nörolojik ve diğer sistem muayeneleri doğaldı. Laboratuvar hemogram ve biyokimya parametreleri normaldi. Göz hekimi değerlendirmesi normal olarak sonuçlandı. Kranial manyetik rezonans görüntülemesi normal olan hastanın elektroensefalografide (EEG) sol oksipital alanda sekonder jeneralizasyon gösteren fokal epileptik aktivite saptandı. Occipital lob epilepsisi tanısı alan hastaya levetirasetam tedavisi başlanıp nöroloji kliniği takibine alındı.

15. ÇOCUK ACIL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-POSTER BİLDİRİLER-

Sonuç: Ani görme bozukluğu veya kaybı nadir ancak hem ebeveyni hem de acil hekimini endişeye sevkeden bir klinik tablodur. Doğru tanıya ulaşmak ve kalıcı görme bozukluğu riskini en aza indirmek için sistematik bir yaklaşım gereklidir. Travma öyküsü olmayan ve bilateral görme kaybı olan hastalarda göz muayenesi doğal saptandığında kortikal körlük olasılığı akla gelmeli, nörolojik nedenler dışlanmalıdır. Olgumuzda görme kaybının bilateral ve geçici olması, görüntülemenin doğal olması ve öncesinde spesifik olmayan semptomların varlığı epileptik nöbet olasılığını akla getirmiştir. Oksipital lob epilepsileri, genellikle 8-10 yaş arasında görülen nadir bir epilepsi tipidir. Karakteristik nöbet tipi görsel halüsinasyonlar ve görme kaybı şeklindedir. Tedavi tüm olgularda gereklidir ve major antiepileptik ilaçlarla iyi sonuç elde edilir.

Anahtar kelimeler : epilepsi, görme kaybı, occipital lob

P-112

ÇOKLU İLAÇ ALIMI İLE ÖZKIYIM VE ÖLÜM: ADOLESAN OLGU

Zeynep Öz Sakallıoğlu¹, Nükhet Aladağ Çiftdemir¹, Ülfet Vatanserver Özbek¹, Rıdvan Duran¹

¹ Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Edirne

Giriş : Aile içi sorunlar, madde bağımlılığı, çocukluk depresyonlarındaki artış küçük yaşlarda özkiyımaya yol açabilmektedir. Özellikle ilaç zehirlenmeleri ile gelişen özkiyımlarda, etken maddelerin erken tespiti tedavi yönetiminde önemlidir. Bu sunumda kasılma, titreme, ajitasyon nedeniyle dış merkeze başvurup ve saatler içinde çoklu organ yetmezliği gelişen ancak toksikolojik çalışma ile çoklu ilaç zehirlenmesi tanısı koyulabilen ve ölümlü sonuçlanan adolesan olgu sunulmuştur.

Olgu : Bilinen bir hastalığı olmayan 15 yaş erkek hasta evinde tüm vücutta titreme, kasılma, bilinç bulanıklığı yaşaması üzerine dış merkez acil servise götürülmüş. Epileptik nöbet olarak değerlendirilen hastaya diazepam uygulanıp, kranial tomografi çekilmiş, normal saptanması üzerine tarafımıza sevk edilmiş. Tarafımızca yapılan ilk değerlendirilmesinde hastanın genel durumu orta-kötü, konfüze, aralıklı ajite, GKS:11/15, kan basıncı: 90/50 mmHg, KTA:200/ dk, DSS:44/dk, VI:36,9 C Spo2:%86 idi. Pupiller midriatik ve ışık yanıtı yetersizdi. Alınan tetkiklerinde; Hb:16g/dl, Hct:%46,2, BK:37.900, Plt:426.000, Na:140 mEq/Lt, K:4,7 mEq/Lt, Cl:105 mEq/Lt, ALT:28 U/L, AST:39 U/L, LDH:614 U/L (0-200), AKŞ:212 mg/dl, üre:42 mg/dl, ürik asit:8 mg/dl, kreatinin:1,2 mg/dl, CRP:0,14 mg/dl, Troponin-I:26,6 ng/L (0-19), CK:778 U/L (0-171), CK-MB:80 U/L (0-24), Kan gazında pH:7,14 PaCO2:30,1 mmHg, PO2:49,4 mmHg, HCO3:11 mEq/L, BE:-17,4, laktat:155,3 mg/dl, (4,5-19,8), koagülasyon parametrelerinde PTZ:17,2 sn, APTT:28,1 sn, INR:1,41 sn olarak saptandı. EKG'nin SVT ile uyumlu olması nedeniyle adenozin i.v uygulandı. SPO2'si düşen hasta entübe edilip, mekanik ventilatöre bağlandı. Jeneralize tonik, klonik nöbet geçiren hastaya fenitoin yüklenip idameye konuldu. Olası zehirlenme açısından midesi yıkanıp, aktif kömür verildi. Kan basıncı düşen hastaya inotrop başlandı. Yasaklı madde alımı açısından idrar tarama testi yapıldı, negatif saptandı. İdrar örneği likit kromatografi/kitle spektrometrisi ile analiz edildiğinde yüksek oranda metformin, efedrin, pseudoefedrin, lidokain ve daha az oranda; metoklopramid, sitalopram, essitalopram bulundu. 114'ün önerisiyle 4 saatte bir hemodiyaliz uygulandı. Fenitoinle rağmen nöbetleri devam eden hastaya levitirasetam yüklenip idameye kondu. Beyin ödemi riskine karşı mannitol tedavisi başlandı. Hipotansif seyreden ve diüzezi azalan hastanın inotrop tedavisi arttırıldı. Santral kataterinden kanayan ve koagülasyon parametreleri bozulan hastaya K vit, TDP, trombosit aferezi ve eritrosit süspansiyonu verildi. Takipte alt ve üst gastrointestinal kanama gözlemlendi. Çoklu organ yetmezliği ile hasta yatışının 26. saatinde eks oldu. Hastanın idrar örneğinde çoklu ilaç saptanması üzerine polis eşliğinde evinde arama yapıldığında boş ilaç kutuları hastanın odasındaki dolapta bulundu. Daha sonra aileden birkaç gündür okula gitmediği, kendinden 8 yaş büyük kız arkadaşından ayrıldığı ve babası ile o gece tartıştığı öğrenildi.

Sonuç : Hasta tarafımıza ilk başvuru anında aileden alınan öyküde bizi özkiyımaya yönlendiren hiçbir ifade yoktu. Eğer ilk anda etken maddeler bilinseydi; bu toksik etkileri ortadan kaldırmak için uygulanan tedavi daha hızlı sağlanabilirdi. Sağkalım ihtimali artabilirdi. Hastayı özkiyımaya yönlendiren psikolojik veya fiziksel etkenlerin aile tarafından fark edilmemesi veya göz ardı edilmesi bu kötü sonuca gidişi hazırlamış olabilir. Ani bilinç değişikliği ve birçok sistem tutulumu bulgularında zehirlenmeler mutlaka akılda tutulmalı, özkiyım özellikle adolesanlarda akla gelmelidir.

Anahtar kelimeler : adolesan, çoklu organ yetmezliği, özkiyım, zehirlenme

P-113

PREGABALİN İNTOKSİKASYONU

Betül Öztürk¹, İlknur Bodur¹, Aysun Tekeli¹, Ayla Akça Çağlar¹, Can Demir Karacan¹, Nilden Tuynun¹

¹ TC Sağlık Bakanlığı, SBÜ Ankara Dr. Sami Ulus Kadın Doğum, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Acil, Ankara

Giriş : Pregabalin ve yapısal analogu olan gabapentinin gama aminobütirik asit (GABA) nörotransmitterlerinin ligandı olarak bilinirler. Nöronal eksitabilite inhibitör mediatörleri olarak davranırlar, normal nöron aktivasyonunu etkilemezlerken hiperaktif nöron aktivasyonunu azaltırlar. Gabapentinoidlerin GABA-mimetik özelliklere sahip oldukları düşünüldükçe muhtemelen dopaminerjik "ödü" sistemi üzerinde doğrudan / dolaylı etkilere sahiptirler. Pregabalin parsiyel epilepsi, yaygın anksiyete bozukluğu; periferik ve santral nöropatik ağrı ve fibromiyalji tedavisi için onaylanmıştır. Reçete edilmesi hızla artmakta ve ilacın dünya çapında toplam satışı 2012 yılında 4,6 milyar ABD dolarına ulaşmıştır. Ancak giderek kötüye kullanım potansiyelinde artış olduğu bildirilmektedir. Aslında hem reçetelerin hem de suistimalile ilgili artan ölümlerin seviyeleri, büyüyen bir karaborsa ile birlikte, bir dizi ülkeden (ABD, Fransa, Finlandiya) bildirilmiştir. Yeterli güvenilirlik ve etkinlik bilgisi bulunmadığı için, pregabalinin 12 yaş altı pediatrik hastalarda ve ergenlerde kullanımı önerilmez. Çocuklarda kullanımı olmadığı için her doz toksik olarak kabul edilmektedir. Antidotu yoktur. Özellikle yüksek doz alımlarda SSS depresyonu, öfori, ataksi, nistagmus, supraventriküler taşikardi ve elektrokardiyografide (EKG) PR mesafesinde uzama, trombositopeni, elektrolit dengesizliği hipoglisemi, böbrek yetmezliği, GİS kanaması, kreatin kinaz artışı gözlemlenebilir.

15. ÇOCUK ACIL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-POSTER BİLDİRİLER-

Gereç-Yöntem : Bu olgu sunumunun amacı bağımlılık yapan davranışları tetikleme mümkün olan pregabalinin kötüye kullanımına işaret etmek ve çocuk yaş grubunda dahi erişimi bu kadar kolay olan bu ilaçlar üzerine dikkat çekmektir.

Bulgular : OLGU-1 16 yaşındaki erkek hasta 7 adet pregabalin (Lyrica®) 300mg tablet oral ve eşzamanlı alkol (iki şişe bira) içtikten 5 saat sonra evde baygın halde bulunan hasta 112 ile acil servisimize getirildi. Hastanın ilaç alımı ile hastaneye başvuru arasında geçen süre yaklaşık beş saattir. Hastanın bilinci laterjik, vital bulgularında tansiyon arteriyel (TA) :130/70 mmHg ve nabız: 120/dk, vücut sıcaklığı 36oC, solunum sayısı 22/dk, kan şekeri: 81 idi. Desteksiz yürüyemeyen hastanın tremoru, dismetrisi, ellerde aralıklı myoklonik atımları ve artmış derin tendon refleksleri mevcuttu. Acil serviste destek tedavisi ile monitorize izleme alındı. Kan gazı, hemogram, acil biyokimya, hemogram, acil biyokimya, amilaz, lipaz, kreatin kinaz (CK), CK_MB, troponin-I ve elektrokardiyogramı (EKG) normaldi. Bilinci altı saat sonra açıldı. kimya, amilaz, lipaz, kreatin kinaz (CK), CK_MB, troponin-I ve elektrokardiyogramı (EKG) normaldi. Bilinci altı saat sonra açıldı. Altı saat sonra kontrol tetkiklerinde CK düzeyi: 329 IU/L (38-174) olarak yüksek bulundu. Hidrasyonu devam eden ve izlemde ajitasyon ve çekilme bulguları gözlenmeyen hasta 24 saat bitiminde şifa ile taburcu edildi. OLGU-2 13 yaşında erkek hasta 3 adet pregabalin 300mg tablet alma ve arkasından 5 kez kusma şikâyeti ile yakınları tarafından çocuk acil servisimize getirildi. Hastanın ilaç alımı ile hastaneye başvuru arasında geçen süre 6 saattir. Hastanın genel durumu uykuya meyilli vital bulguları normaldi. Hastanın fizik muayenesinde yer, zaman ve kişi oryantasyonu tamdı, konjonktivalar hiperemik ve diğer sistem muayenesi doğaldı. Hasta acil serviste destek tedavisi ile monitorize izleme alındı. Kan gazı, hemogram, acil biyokimya, amilaz, lipaz, CK_MB, troponin-I ve EKG normaldi. Başvuruda CK 809 IU/L iken kontrolde 609 IU/L ye gerileyen hasta sorunsuz taburcu edildi. OLGU-3 13 yaşında erkek hasta 3 adet pregabalin 300mg oral ve arkasından 3 kez kusma şikâyeti ile çocuk acil servisimize getirildi. Hastanın ilaç alımı ile hastaneye başvuru arasında geçen süre 6 saattir. Hastanın genel durumu uykuya meyilli vital bulguları normaldi. Hastanın fizik muayenesinde yer, zaman ve kişi oryantasyonu tam, konjonktivalar hiperemik ve diğer sistem muayenesi doğaldı. Acil serviste destek tedavisi ile monitorize izleme alındı. Kan gazı, hemogram, acil biyokimya, amilaz, lipaz, CK, CK_MB, troponin-I ve EKG normaldi. Bilinci bir saat sonra açılan hasta sekiz saat sonra sorunsuz eve gönderildi. Tüm hastalar Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları ve Sosyal Hizmetler bölümleri ile görüşülerek takibe alındı.

Sonuç : TARTIŞMA Pregabalin (Lyrica®) epilepsi, sinir ağrısı ve anksiyete tedavisinde kullanılır. Öfori, gelişmiş sosyallik ve esrar benzeri 'yüksek' / gevşeme ve aynı zamanda 'zombi benzeri' etkiler gabapentinin kötüye kullanımı ile ilişkili olabilir. Olgularımız da ilacı özkıyım amacıyla değil keyif vermesi için aldıklarını iddia etmişlerdir. Esrar; alkol, seçici serotonin geri alım inhibitörleri; liserjik asit dietilamit, amfetamin ve gama-hidroksibutirat, gabapentin ile kombine edilerek kullanıldığı bildirilmiştir. Bir olgumuz da alkol ile beraber kullanılmıştı. Pregabalinin 48.9 gr a kadar olan dozu tolere edilmiştir ve doz aşımından (insan için önerilen dozun 20 katı alımlarda dahi) ölen vaka bildirilmemiştir. Olgularımızda ilaç alımı belirtilen dozun altındaydı. Pregabalinin yüksek doz kullanılması çeşitli yan etkiler ortaya çıkmaktadır. İki olgumuzda ılımlı CK yüksekliği saptanmış, hidrasyon tedavisi ile gerilemiştir. Yüksek dozda pregabalinin hızlı kesilmesinin, yoksunluk semptomları (örn. Uykusuzluk, bulantı, baş ağrısı veya ishal) ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Ancak olgularımızda çekilme bulguları gözlenmedi. Bu durum çok yüksek doz almamış olmalarından kaynaklanabilir. Pregabalin endikasyon ile reçetelenirken yasadışı olarak edinildiğini doğrulamıştır. İskoçya'da, gabapentin / 'gabbies', 300 mg'lık tablet başına 1 sterlin (örn. 1,2 Euro / 1,66 ABD Doları) bedelle satın alınabilir ve sokak eroininde "kesme ajanı" olarak kullanılabilir Hastalarımız pregabalinin tansiyonunu 1 TL'ye (0,15 Euro) aldıklarını belirtmişlerdir. Pregabalin genellikle yüksek dozlarda dahi iyi tolere edilebilen bir ilaç olduğundan literatürde çok eski tarihli bildirilmiş zehirlenme olguları bulunmaktadır. Çocuklarda kullanımıyla ilgili yeterli güvenlik ve etkinlik bilgisi bulunmamaktadır. Ancak temin edilmesi ve kötüye kullanılması oldukça kolay olan bu maddeyle ilişkili zehirlenen olgu sayısı artabilir. Bu nedenle ilacın reçetesiz satılmasının önüne geçilmesi ve ilacı reçete eden hekimlerin titiz davranması ile pregabalinin kötüye kullanımının önüne geçilebilir.

Anahtar kelimeler : intoksikasyon, pregabalin, gabapentin

P-114 İNFANTİL DÖNEMDE ŞOK İLE BAŞVURAN BİR OTOİMMÜN HEMOLİTİK ANEMİ OLGU SUNUMU

Ebru Azapağası¹, Selman Kesici⁴, Oğuzhan Doğan³, Ebru Cihan³, Fazılcan Zirek³, Ali Fettah²

¹ Dr. Sami Ulus Çocuk Hastanesi, Çocuk Yoğun Bakım, Ankara

² Dr. Sami Ulus Çocuk Hastanesi, Çocuk Hematoloji-Onkoloji Bilim Dalı, Ankara

³ Dr. Sami Ulus Çocuk Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Ankara

⁴ Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Çocuk Yoğun Bakım Ana Bilim Dalı, Ankara

Giriş : Sıcak antikorlu otoimmün hemolitik anemi, çocuklarda nadir görülür. infantil dönemde ise çok daha nadirdir. Biz burada 4 aylıkken otoimmün hemolitik anemi tanısı alıp, steroid tedavisi uygun başlanmadığı için 8 aylıkken hipovolemik şoka bağlı ağır hemolitik krize giren ve ardından akut böbrek yetmezliği gelişen ancak steroid, plazma değişimi ve diyaliz tedavisi ile çok hızlı bir şekilde düzelen bir olguyu sunduk

Olgu : Coombs pozitif otoimmün hemolitik anemi tanısıyla takipli olan 8 aylık erkek hastanın öyküsünden, ateş ve kusma sonrası genel durumunun kötüleştiği ve şok tablosunda hastaneye başvurduğu, burada bakılan kan gazında PH sınırın 6.9 olduğu ve tansiyonun ölçülemediği, bunun üzerine entübe edilen hastanın yoğun bakım ünitesine yatırıldığı öğrenildi. D. Coombs +3 pozitif, retikülosit %20, Hb: 3.7 bulunan hastaya en az reaksiyon veren A grubu ile erit desteği ve 1 gr/kg dan 2 gün IVIG tedavisi verilmiş. Antibiyotikleri düzenlenen hastanın takipte idrar çıkışları azalmış, volüm yükü artmış ve üre ve kreatin değerleri yükselmiş. Hastaya destek tedavileri başlanarak diyaliz ihtiyacı olan hasta hastanemiz yoğun bakım ünitesine sevk edildi. Hasta genel durumu kötü, entübe ve sedatize olarak yoğun bakım ünitesinde kabul edildi. Kalp taşikardikti. Akciğerlerde bilateral krepan ralleri vardı. Karaciğer kot altından 4 cm, dalak 2 cm ele geliyordu. Ödemli görünümdeydi. (Figür 1) Laboratuvar parametrelerinde ; BK: 26710 g/L Plt: 45000 g/L Hb: 7,9 g/dl D. Coombs:+3 Retikülosit: %10 idi. PT:35.9 sn INR:3.08 PTT:44.6 sn Fibrinojen ve D-Dimer Sonuçlandırılmadı. T.Bil/D.Bil: 6.7/4 mg/dL ALT: 2380U/L AST: 11728 U/L idi. PAAG de yüklenme bulguları vardı.(Figür 2) Hastanın dopamin infüzyonuna devam edildi. Yüzde yir-

15. ÇOCUK ACİL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-POSTER BİLDİRİLER-

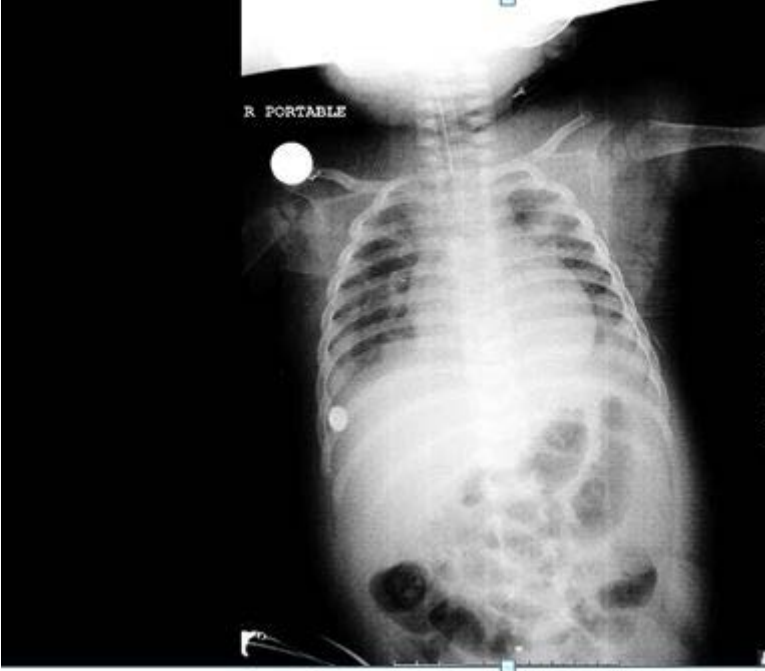
mi oranında volüm yükü olan hastaya CVVHDF , hemolitik anemi nedeniyle puls steroid ve trombositopeni ilişkili çoklu organ yetmezliği nedeniyle plazma exchange tedavileri başlandı. Hastanın yoğun bakım yatışının 24. saatinde hemolizi geriledi, böbrek ve kreatinin düzeyleri toparladı, karaciğer enzimleri geriledi ve INR si 1.7 oldu. Hızla toparlayan hasta 12. günde yoğun bakım ünitesinden çıkarıldı.

Fizik Muayene



Hasta ödemli görünümdeydi

PAAG



Akciğer grafisinde yüklenme bulguları

Sonuç : Otoimmün hemolitik anemi infantil dönemde nadir görülmekle birlikte ağır hemolitik krizler uygun tedavi edilmediğinde mortal seyredebilecek bir hastalıktır.

Anahtar kelimeler : Sıcak antikorlu otoimmün hemolitik anemi, hemolitik kriz, akut böbrek yetmezliği, diyaliz, plazma değişimi, infant

P-115

SEPSİS KLİNİĞİ İLE BAŞVURUP İNFLAMATUAR BARSAK HASTALIĞI TANISI ALAN OLGU

Mutlu Uysal Yazıcı¹ , Ebru Azapağası¹ , Gökhan Yörüsün² , Ragıp Dere² , Ferda Özbay Hoşnut³ ,

¹ Ankara Dr. Sami Ulus Çocuk Hastanesi Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi

² Ankara Dr. Sami Ulus Çocuk Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları

³ Ankara Dr. Sami Ulus Çocuk Hastanesi Çocuk Gastroenteroloji Bilim Dalı

Giriş : İnflamatuar barsak hastalığı kronik barsak inflamasyonu tanımlar. Crohn hastalığı ve ülseratif kolit olmak üzere iki alt tipi içermektedir. Ülseratif kolitte iltihabi olay, kolonun mukoza ve submukozasını tutar. Crohn hastalığında ise iltihap transmural olup, gastrointestinal sistemin her segmentinde tutulma yapabilir. On yaşından küçük çocuklarda ülseratif kolit, Crohn hastalığının-

15. ÇOCUK ACIL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-POSTER BİLDİRİLER-

dan daha sık görülmektedir. IBH'da çeşitli immün sistem mekanizmalar değişiklik göstermekle beraber, Cell-mediated immün cevaplar da rol oynayabilir, fakat lenfosit popülasyonundaki değişiklik genellikle medikal tedaviden veya malnütrisyonun ileri gelebilir. Başlıca bulgu, kanamalı diyaredir. Barsak hareketleri sık olmakla birlikte ülseratif kolitlerin dışkı volümü düşüktür. Bu da rektal iltihaplanma sonucudur. Genellikle alt kadranda duyulan karın ağrısı, ateş ve kilo kaybı kolonun tüm tutulmasında görülür. Lökolize tutulmada en önemli semptom kanlı diyaredir. Bu olgumuzda 11 aylık sepsis kliniği ile gelen bir hasta anlatılmaktadır.

Gereç-Yöntem :

Bulgular : 11 aylık kız hasta; ilk kez 8 aylıkken kanlı ishal, ateş ve kusma şikayetleri ile Kütahya Devlet Hastanesi'ne başvurmuş. Ağır dehidrate olan hastaya sıvı yüklemesi yapılmış, entübe edilip inotrop tedavisi başlanmış. Septik şok düşünülüp vankomisin ve meropenem verilmiş. Immunglobulinleri düşük saptanan hastaya IVIG tedavisi verilmiş. Hastada protein kaybettiren enteropati düşünülmüş. İleri tetkik ve tedavi için Hasta çocuk yoğun Bakım Ünitemize alındı. Hasta geldiğinde genel durumu kötü hipotansif ve şok tablosu devam ediyordu, sıvı ve inotrop tedavileri düzenlendi. Tansiyon normale geldi. Antibiyotik tedavileri başlandı. İzlemde hastanın bol, su gibi, sapsarı renkte ishali başladı. Orali kapatılıp TPN başlandı. Kan tetkiklerinde Hb: 8 gr/dl Beyaz küre:3500 Trombosit:656 bin olarak görüldü. Kan biyokimyasında albumin: 1,6 gr/dl fosfor:2,6 kalsiyum :8,6 gr/dl Na/K/Cr: 132/3,2/105 Saptandı. Sedim 76 mm/sa CRP : 108 görüldü. Gaita pH, Redüktan madde, steatokrit gönderildi. Ter testi normal saptandı. Kültürlerinde üreme olmadı. Laktozsuz mama ve hipoallerjen mamalar denendi fakat ishali azalma olmadı. Hastada protein kaybettiren enteropati ve inflamatuvar barsak hastalığı ön tanılarıyla endoskopi ve kolonoskopi yapıldı. Biyopsi sonucu inflamatuvar barsak hastalığı olarak raporlandı. Hastaya steroid ve Infliximab tedavileri başlandı. Yatışının 9. gününde oral beslenmesi açıldıktan sonra ekstübe edildi. Şu anda Halan genel durumu iyi olarak serviste izlenmektedir.

Sonuç : Son yıllarda çocukluk çağında inflamatuvar bağırsak hastalıklarının (EBH) insidans ve prevalansında artış olduğu görülmüştür. Bu nedenle erken süt çocukluğunda bu hastalara tanı koymak ve en erken dönemde tedavi başlamak mortaliteyi önemli ölçüde azaltmaktadır

Anahtar kelimeler : Inflamatuvar barsak hastalığı, sepsis, infant

P-116

KKK(KIZAMIK,KIZAMIKÇIK,KABAKULAK) AŞILAMASI SONRASI FEBRİL KONVÜLZYON İLE BAŞVURAN İMMUN TROMBOSİTOPENİK PURPURA OLGUSU

Ayla Akca Çağlar¹, Aysun Tekeli¹, İlknur Bodur¹, Can Demir Karacan¹, Nilden Tuygun¹

¹ SBÜ Dr. Sami Ulus Kadın Doğum Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları SUAM, Çocuk Acil Kliniği

Giriş : İmmun trombositopenik purpura (İTP) dolaşımdaki trombositlerin aşırı yıkılmasıyla ortaya çıkar. İTP sıklıkla geçirilmiş viral enfeksiyonlar sonrasında ortaya çıkmaktadır. Kızamık-kızamıkçık-kabakulak (KKK) aşısından 6-12 gün sonra ateş, febril konvülsiyon, döküntü ve trombositopeni görülebilir. Literatürde KKK aşısı sonrası özellikle ilk 6 hafta içinde en sık da aşı sonrası 7-28. günler arasında İTP gelişme riskinin yüksek saptandığı yayınların olması göz önünde tutularak burada olası KKK aşısı sonrası İTP gelişen bir olgu sunulmuştur.

Olgu : Oniki aylık erkek hasta nöbet geçirerek SBÜ Dr. Sami Ulus Kadın Doğum Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları SUAM, Çocuk Acil Polikliniğine başvurdu. Jeneralize tonik klonik (jtk) vasıfta yaklaşık 4 dakika süren nöbeti intranazal midazolam ile durduruldu. Fizik incelemesi ateş (38.1C) ve üst ekstremitelerinde 3-5 adet peteşial döküntü dışında doğaldı. Önceden nöbet öyküsü olmayan hastaya 7 gün önce KKK aşısının yapıldığı, bugün başlayan ateşinin olduğu öğrenildi. Laboratuvar tetkiklerinde hemogloblin değeri 11,1 gr/dl beyaz küre sayısı 8.080 /µL, trombosit sayısı 5.000 /µL idi. Kan periferik yaymasında trombositler tekli ve az sayıda, diğer seriler normaldi. CRP, biyokimya ve idrar incelemesi normaldi. Acil gözlemlerde izlenen hastanın nöbeti tekrarladı ve iv midazolama yanıt alındı. Trombositopenisi ve komplike febril konvülsiyonu olması nedeniyle intrakranial kanamayı dışlamak amacıyla yapılan kranial bilgisayarlı tomografisi normaldi. İTP tanısıyla intravenöz immunglobulin (IVIG-1gr/kg) verildi, Trombosit sayısı takipte sekinci günde 300 000 /µL değerine yükseldi.

Sonuç : KKK aşısından sonra nadiren komplikasyonlar gelişebilmektedir. Burada aşı sonrası 7. günde komplike febril konvülsiyon ve İTP saptanan bir hasta sunuldu, aşı ile ilişkili olabileceği tartışılmış; KKK aşısı sonrası istenmeyen yan etkiler bağlamında bu hastada aşı ile konvülsiyon ve İTP arasındaki olası ilişkinin değerlendirilmesi gerekliliği vurgulanmak istenmiştir.

Anahtar kelimeler : KKK aşısı, febril konvülsiyon, İTP, infant

P-117

GÖZ AĞRISI İLE NÖROMİYELİTİS OPTİKA TANISI ALAN OLGU

Aysun Tekeli¹, Ayla Akca Çağlar¹, Halit Halil¹, Nilden Tuygun¹, Can Demir Karacan¹,

¹ TC Sağlık Bakanlığı SBÜ Dr. Sami Ulus Kadın Doğum, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Acil Kliniği, Ankara

Giriş : Gözde ağrı migren, küme tipi baş ağrısı, sinüzit ve viral enfeksiyonlar gibi göz dışı nedenlerle olabileceği gibi enfeksiyonlar, travma, yabancı cisim ve optik nörit gibi göze bağlı nedenlerle de ortaya çıkabilir. Optik nörit, akut, genellikle monoküler, görme kaybına neden olan inflamatuvar, demiyelinizan bir durumdur. Görme keskinliğinde azalma ve göz hareketleri ile artan göz ağrısı en sık görülen belirtilerdir. Etiyolojisinden enfeksiyöz, paraenfeksiyöz, aşılama, ilaçlar, vaskülitler, multipl skleroz ve nöromiyelitis optika (NMO) gibi demiyelinizan hastalıklar sorumludur. En sık neden demiyelinizan hastalıklardır.

15. ÇOCUK ACİL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

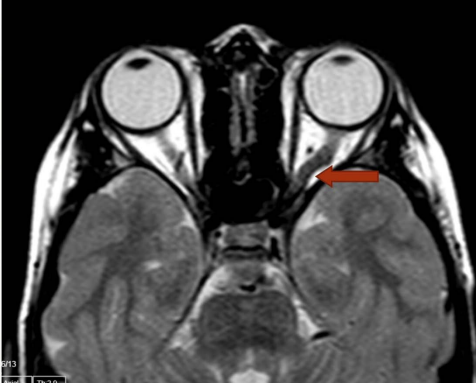
18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-POSTER BİLDİRİLER-

Olgu : Sekiz buçuk yaşında kız hasta çocuk acil polikliniğine 3 gündür sol göz ve çevresinde batıcı tarzda ağrı şikayeti ile başvurdu. Gözde kızarıklık, akıntı, şişlik ve görme bozukluğu ile travma ve ilaç alım öyküsü yoktu. Fizik incelemede vital bulguları stabil, pupiller izokorik, ışık refleksi bilateral mevcuttu. Göz hareketleri her yöne serbest, konjonktiva ve skleralar doğaldı. Göz dibi incelemesinde sol optik diskte hiperemi mevcuttu. Diğer nörolojik ve sistem muayeneleri doğaldı. Tam kan sayımı, biyokimyasal incelemeler, C-reaktif protein ve sedimentasyon normaldi. Göz hekimi değerlendirmesinde sağ ve sol optik disk sınırları silik, sol gözde rölatif afferent pupilla defekti pozitif tespit edildi. Kranial Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG) normal, orbital MRG'de optik nörit ile uyumlu bulgular vardı. Optik nörit etyolojisine yönelik bakılan enfeksiyon serolojileri, toksik taraması, ANA, Anti-dsDNA, antikardiyolipin, antifosfolipid otoantikorları negatifti. Beyin omirilik sıvı değerlendirmesi protein yüksekliği dışında normaldi. Spinal MRG'de C5-7 ile vertebra düzeyinde ve T10-L1 arasında spinal kordda NMO düşünülen görüntü mevcuttu. Bakılan NMO antikorları negatifti. Akut dönemde pulse steroid tedavisi alan hasta idame steroid tedavisi ile taburcu edildi. Göz ağrısı şikayeti azalarak 10 gün içinde düzelen hastanın göz ve nöroloji klinikleri tarafından takibine devam edildi.

Sonuç : Nöromyelitis optika sinir sisteminde başlıca spinal kord ve optik sinirlerin tutulumu ile giden inflamatuvar demiyelinizan bir hastalıktır. Sıklıkla erişkin ve kadınlarda görülmekle birlikte çocuklarda 10-12 yaşlarda başlayabilir ancak 16 aylık bebek olguda bildirilmiştir. Optik nörit ve transvers miyelit için üç destekleyici kriterden; spinal MRG'de 3 ve daha üstü vertebral segment tutulumu, kranial MRG bulgularının multipl skleroz için tanısız olmaması ve NMO-IgG (AQP4(aquaporin)) antikorları seropozitifliğinden ikisinin olması ile tanı konulur. Bu kriterleri tam olarak doldurmayan olgular da NMO spektrumu olarak adlandırılmaktadır. NMO tedavisi için spesifik bir protokol bulunmamaktadır. Tedavide akut dönemde pulse steroid, intravenöz immunglobulin, plazmaferez kullanılırken atakları önlemek için steroid idame tedavisi, immunomodülatörler kullanılır. İlk atakta ciddi semptomları olanlarda, kısa sürede çok sayıda atak geçirenlerde, hastalığın başlangıcı ileri yaş olanlarda prognoz kötüdür. Tekrarlayan ataklar kalıcı güç kaybı, görme kaybı ve paralişi ile sonuçlanır. Sonuç olarak; gözde ağrı şikayeti ile başvuran olgularda optik nörit tanısı düşünülmeli ve görüntüleme yapılmalıdır. Optik nörit olarak değerlendirilen hastalarda ise NMO olasılığı akılda tutulmalı, tanıya yönelik incelemeler yapılmalıdır.

Bulgu ORBİTAL MRG



SPİNAL MRG



Anahtar kelimeler : Ağrı, Göz, Nöromyelitis Optika

15. ÇOCUK ACIL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-POSTER BİLDİRİLER-

P-118

OLGU SUNUMU: NİSTAGMUS

Aysun Tekeli¹, Ayla Akca Çağlar¹, Betül Öztürk¹, Nilden Tuygun¹, Can Demir Karacan¹,

¹ TC Sağlık Bakanlığı SBÜ Dr. Sami Ulus Kadın Doğum, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Acil Kliniği, Ankara

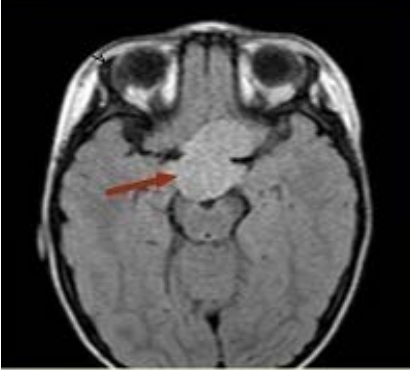
Giriş : Nistagmus istemsiz, ritmik, tekrarlayıcı, titreşim şeklinde göz hareketleridir. Nistagmus fizyolojik ve patolojik nitelikte olabilir. Vestibuler, oküler, SSS hastalıkları (ensefalit, menenjit, epilepsiler, kafa travması, demiyelinizan hastalıklar, serebral hemisfer, serebellar ve medulla lezyonları, posterior fossa lezyonları, ilaçlar, metabolik nedenler, paraneoplastik durumlar patolojik nistagmusa neden olur.

Olgu : 1 yaş 11 aylık kız hasta, 15 gündür gözlerde titreme yakınması ile çocuk acil polikliniğine başvurdu. Öyküsünde ilaç alım, travma, kusma, bilinç değişikliği, nöbet, geçirme veya enfeksiyon belirtileri yoktu. Fizik incelemesinde genel durumu iyi, vital bulguları stabildi. Bilateral gözlerde ışık refleksi alınıyordu ancak rotatuar nistagmusu mevcuttu. Nörolojik ve diğer sistem muayeneleri doğaldı. Hemogram ve biyokimya incelemeleri normaldi. Göz hekimi değerlendirmesinde ek olarak bilateral optik disk minimal soluk, ön segment doğaldı. Kranial manyetik rezonans görüntüleme (MRG) suprasellar sistem lokalizasyonunda yerleşim gösteren, 2,3x3,3x3,7 cm boyutunda, lobüle konturlu kitle lezyonu izlendi. Kraniofaringeoma ayırıcı tanısı için çekilen bilgisayarlı tomografide kalsifikasyon tespit edilmedi. Kitle nedeniyle beyin cerrahisine sevk edilen hastaya total tümör eksizyonu yapıldı ve hastanın patoloji sonucu "Pilo-miksoid astrositom" (Grade II) olarak sonuçlandı. Hasta radyasyon ve medikal onkoloji bölümlerince takip edilmektedir.

Sonuç: Pilo-miksoid astrositom nadir görülen pilositik astrositom varyantıdır. Genellikle küçük çocuklarda ve bebeklerde (ortalama 10-18 aylık) görülür, ancak yetişkin vakalar da tanımlanmıştır. Bu tümörler pilositik astrositomdan daha agresif gidişlidir ve nüks oranı yüksektir. Tedavisi cerrahi, kemoterapi ve radyoterapidir. Çocuklarda altı ay üstü başlayan nistagmus kazanılmış olarak değerlendirilir. Etiyolojidesıklıkla retinal, optik sinir hastalıkları ve idiyopatik nedenler olmakla birlikte kafa içi yer kaplayan lezyonların dışlanması için kranial görüntüleme gereklidir.

Bulgu

KRANİAL MRG



KRANİAL BT



Anahtar kelimeler : Göz, intrakranial kitle, Nistagmus

15. ÇOCUK ACİL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-POSTER BİLDİRİLER-

P-119

TRAVMATİK BEYİN HASARI OLAN HASTADA DEKOMPRESİF KRANIYEKTOMİ İLE İYİ NÖROLOJİK SONUÇ

Sultan Göncü¹, Selman Kesici¹, Mehmet Çeleğen¹, Ahmet İlkey Işıkyay², Esra Koçkuzu¹, Zeynelabidin Öztürk¹, Sinan Yavuz¹, Benan Bayrakci¹

¹ Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Yoğun Bakım Bilim Dalı, Ankara

² Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Beyin Cerrahisi Anabilim Dalı, Ankara

Giriş : Giriş: Şiddetli Travmatik beyin hasarına (TBH) eşlik eden ilerleyici beyin ödemi, kötü nörolojik sonuç ve ölümün birincil nedenidir. Hematomların kitlesel etkisine ek olarak, ilerleyici serebral ödem, kafa içi basınçta belirgin artışlara neden olur ve bu da serebral perfüzyon bozukluğu ve beyin sapı herniasyonu ile sonuçlanır. Bu nedenle, travmatik serebral hipertansiyonun kontrolü, beyin koruyucu tedavilerin temel hedefidir. Dekompresif kraniyektomi (DK), şişmiş hemisferin kraniyektomi defektinden dekompresif olmasına izin vererek, intrakraniyal basıncı düşürür, serebral perfüzyonu kolaylaştırır ve beyin mekanik yer değiştirmesini azaltır. Bu vaka örneği ile yüksekten düşme sonucu kafa travması olan hastada gelişen ilerleyici ve medikal tedaviye dirençli beyin ödeminin DK ile başarılı tedavisini sunmayı amaçladık.

Olgu : Olgu: Öncesinde sağlıklı 14 yaşında kız hasta yüksekten düşme sonrası bilinci kapanması üzerine entübe edilerek çocuk yoğun bakım ünitemize (ÇYBÜ) sevk edildi. Hastanın gelişinde fizik muayenesinde yaşamsal bulguları normal sınırlarda, beyin sapı refleksleri alınmakta, bilinci kapalı (GKS:6) idi. Diğer sistem muayenelerinde kafa travması dışında fizik muayene bulgusu saptanmayan hastanın toraks, batin ve ekstremitelerde görüntülemelerinde de anormallik saptanmadı. Hastanın yapılan servikal bilgisayarlı tomografi (BT) görüntülemesinde servikal alanda patolojik bulgu saptanmadı. Kraniyal BT görüntülemesinde; sol temporoparietal bileşke 3.5 mm subdural kanama ve kontüzyon, sol temporalde 5.5 mm epidural hematoma mevcuttu, diffüz beyin ödemi ve orta hatta yaklaşık 3.5 mm şift saptandı. Kranyum kemiklerinde sağda oksipital kemikte foramen magnum laterale doğru uzanım gösteren non-deplase; sağda temporal kemikte mastoid parçada orta kulağa doğru uzanım gösteren non-deplase fraktür olduğu görüldü. Hastaya beyin ödemi için %3 hipertonic salin, sedasyon, analjezik ve idame mayisi başlanarak hastanın pCO₂ değerleri 30-35 mmHg arasında tutuldu. İzlemde elde edilen BT görüntülerinde kanama odaklarının ilerlememesi fakat beyin ödeminin artıp orta hat şiftinin 3.5 mm'den 6 mm'ye ulaşması ve kliniğinde bradikardisinin oluşması üzerine vakanın 48. saatinde DK ve duraplasti yapıldı. Hastanın DK sonrası kontrol BT de şiftinin ve kafa içi basınç artışı bulgularının gerilemesi üzerine sedasyonları azaltılıp ekstübe edildi. Takibinde bilinci açılan, konuşması olan, çevresini tanıyan, Glaskow koma skalası 15 olan hastada 4 ay sonra kranioplasti planlandı. Beş gün ÇYBÜ'de iki gün serviste izlenen hastanın taburculuğunda nörolojik muayenesi normaldi.

Sonuç : Sonuç: Travmatik beyin hasarı olan seçilmiş vakalarda uygun zamanda yapılan DK yüz güldürücüdür.

Anahtar kelimeler : Travmatik Beyin Hasarı, Beyin Ödemi, Dekompresif Kraniyektomi

P-120

VERAPAMIL SENSİTİF VENTRİKÜLER TAŞIKARDİ: BİR OLGU SUNUMU

Halil Keskin¹, Muhammet Akif Güler³, Fuat Laloğlu⁴, Naci Ceviz², Yakup Ergül⁵

¹ Atatürk Üniversitesi, Çocuk Yoğun Bakım Bilim Dalı, Erzurum

² Atatürk Üniversitesi, Çocuk Kardiyoloji Bilim Dalı, Erzurum

³ Atatürk Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Erzurum

⁴ Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Kardiyoloji Bilim Dalı, Erzurum

⁵ Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Mehmet Akif Ersoy Göğüs Kalp Ve Damar Cerrahisi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Kardiyoloji Bilim Dalı, İstanbul

Giriş : Yapısal kalp hastalığı olmadan görülen ventriküler taşikardiler (VT), idiopatik VT olarak tanımlanır. İdiopatik VT'ler çocuklarda seyrek görülen klinik bir durumdur. Olguların yaklaşık %70'i sağ ventrikül kaynaklıdır. Sol ventrikül kaynaklı VT kalan olguları oluşturur. Bunların da yaklaşık %90'ı sol posterior fasiküler VT dir. Bu çalışmada geniş QRS taşikardi ile başvuran ve sonuçta posterior fasiküler VT tanısı alan bir olgu sunuldu.

Olgu : Dokuz yaşında kız hasta dış merkeze çarpıntı şikayeti ile başvurmuş. Elektrokardiyografide (EKG) geniş QRS taşikardi saptanarak adenozin uygulanmış ancak cevap alınamamış. İntravenöz amiodaron (10 mg/kg yükleme, 5 mcg/kg/dk idame) başlanmış. Kısa süre ile sinüs ritmine dönmüş ancak tekrar taşikardi başlamış. Yaklaşık 12 saat sonra hasta kliniğimize başvurdu. Geldiğinde huzursuz görünümde idi. Kan basıncı normal sınırlarda idi. Yüzey EKG'de geniş QRS taşikardi (200/dk) saptandı. V2'de retrograd "p" dalgaları olduğu görüldü. Aberasyonlu supraventriküler taşikardi olabileceği düşünüldü. İnternal jugular venden açılan santral katater kullanılarak 6 ve 12 mg/kg dozunda iki defa adenozin uygulandı ancak cevap alınamadı. Amiodaron dozu 10 mg/kg/gün olarak yeniden ayarlandı. Kan basıncında düşme gözlenince 2 J/kg ile iki defa kardiyoversiyon yapıldı ancak yine cevap alınamadı. Kan basıncı spontan normale döndü. EKG yeniden incelendiğinde sağ dal bloğu ve süperior aks varlığı dikkati çekince sol ventrikül kaynaklı VT düşünülerek verapamil (0.1 mg/kg) infüzyonu başlandı. Hesaplanan dozun yarısı gittiğinde kalp hızı düştü, 2/3'ü verildiğinde aralıklı sinüs ritmi belirdi. Ardından oral verapamil başlandı. İlk 24 saate intermittant VT (130-140/dak) gözlenirken 24 saatten sonra VT gözlenmedi. Yapılan Holter izleminde VT saptanmadı. Hasta ablastyon için sevk edildi.

Sonuç : Geniş QRS taşikardili çocuklarda EKG, sol ventrikül kaynaklı VT açısından dikkatle incelenmelidir.

Anahtar kelimeler : İdiopatik ventriküler taşikardi, çocuk, verapamil

15. ÇOCUK ACİL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-POSTER BİLDİRİLER-

P-121

DAHA ÖNCE SAĞLIKLI 4 AYLIK BİR BEBEKTE EKTİMA GANGRENOSUM

Ali Evren Bilgiç¹, Sevinç Nursev Özsevik¹, Mehmet Bağatarhan¹, Nimet Hazır¹, Derya Çağatay Karabay¹

¹ Gaziantep Cengiz Gökçek Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi, Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi, Gaziantep

Giriş : Ektima gangrenosum, bakterilerin hematojen yayılımı veya cildin primer etkilenmesi ile oluşan deri ve mukoz membranların enfektif lezyonudur. En sık etkeni Pseudomonas aeruginosadır. Pseudomonas sepsisi sıklıkla kronik hastalığı olan, bağışıklık sistemi baskılanmış hastalarda görülmekle birlikte nadiren daha önceden sağlıklı olan hastalarda da görülebilir.

Olgu : Daha öncesinde bilinen bir rahatsızlığı olmayan, 4 aylık erkek hasta, üç gündür ateş, emmeme, vücudunda döküntü, nöbet şikayeti ile hastanemiz acil servise getirildi. Hasta septisemi, şok, merkezi sinir sistemi enfeksiyonu, yaygın cilt enfeksiyonu, ektima gangrenozum, immün yetmezlik ön tanıları ile çocuk yoğun bakım ünitesine yatırıldı. Uygun antibiyotik tedavisi ve yara bakımı ile hasta 6 hafta içinde düzelerek taburcu edildi.

Sonuç : Olgumuz, kemik iliği incelemesi, immün globulin düzeyleri, lenfosit alt grup analizi gibi etiyolojik incelemeleri normal bulunan, altta yatan bir hastalığı gösterilemeyen ektima gangrenozum olgusuna bir örnektir. Diğer yandan ektima gangrenosum, ileride ortaya çıkacak ciddi bir hastalığın öncüsü de olabileceğinden, mutlak izlenmesi ve araştırılması gerekir. Bu çalışma ektima gangrenozum'un sağlıklı çocuklarda da görülebileceği, tipik lezyonların erken tanınması ve uygun antibiyotik tedavisinin başlanması ile sağlığının artabileceğine dikkat çekmek amacıyla sunulmuştur.

Anahtar kelimeler : Ektima gangrenosum, sağlıklı çocuk, pseudomonas aeruginosa,

P-122

NÖBETİ TAKLİT EDEN UZUN QT SENDROMU ; İKİ KARDEŞ OLGU

Mahmut Keskin¹

¹ Süleyman Demirel Üniversitesi Çocuk Kardiyoloji BD, Isparta

Giriş : Uzun QT sendromu, tekrarlayan senkopal ataklar ile karakterize kardiyak repolarizasyon bozukluğudur. Ayrıntılı öykü alınmadığı zaman sıklıkla nöbet ile karışabilmektedir. Tanının gecikmesi, sebebi bilinmeyen ani ölümlere neden olabilmektedir. Bu yazıda, anti epileptik tedaviye rağmen nöbetlerinin devam etmesi nedeni ile dirençli epilepsi tanısı ile izlenen ve takibinde uzun QT sendromu tanısı alan iki olgu sunulmuştur. Özellikle anti epileptik tedaviye dirençli nöbet öyküsü olan çocuklarda öykünün ayrıntılı alınması ve ailede nedeni bilinmeyen ani, genç yaşta ölüm öyküsü bulunması durumunda UQTS'nin akılda tutulmasının hayat kurtarıcı olacağı unutulmamalıdır.

Olgu : OLGU-1-2: On altı ve 8 yaşında iki kız kardeş hasta, yaklaşık 12 yıldır (1. olgu) ve 3 yıldır (2. olgu) epilepsi tanısıyla anti epileptik (lamotrijin ve levetiresetam (1. olgu); valproik asit(2. olgu) tedavi aldıkları, tedavi altında iken en son 3 ay ve 2 ay önce bayılmalarının olduğu, bayılmalarının efor sonrası olduğu belirlendi. Fizik ve mental-motor gelişimlerinin normal olduğu öğrenildi. Olguların 2-3 ayda bir nöbetlerinin tekrarladığı ve düzenli anti epileptik kullanmalarına rağmen nöbetlerin sıklığı azalmakla beraber devam ettiği öğrenildi. EEG , ekokardiyografi, biyokimya testleri, trioid fonksiyon testleri normal olarak saptandı. Aralarında akrabalık olmayan anne ve babanın diğer çocuğunda epilepsi olmadığı, babanın halasınının çocuklarında epilepsi öyküsü olduğu, annenin kız kardeşinin çocuğunun 17 yaşında ani ölüm nedeni ile kaybedildiği öğrenildi. EKG; normal aks ve sinüs ritm, PR:0.10 sn, QRS:0.10 sn, QTc:0.55 sn (1. olgu); normal aks ve sinüs ritm, PR:0.10 sn, QRS:0.08 sn, QTc:0.51 sn (2. olgu) T dalga değişikliği yok, kalp hızı yaşına göre normaldi. Anne ve baba QTc'si normal, diğer kardeşin QTc'si 0.40 sn saptandı. Schwartz kriterlerine göre 5.5 puan alan ve bu nedenle yüksek olasılıklı uzun QT sendromu (UQTS) kabul edilerek ve senkopal ataklarının sıklığının artması nedeni ile riskli olacağı düşünülerek 3mg/kg/gün propranolol tedavisi başlandı. Hastalar intrakardiyak defibrilatör açısından değerlendirilmesi amacıyla ileri bir merkeze yönlendirildi.

Sonuç : Özellikle anti epileptik tedaviye dirençli nöbet öyküsü olan çocuklarda öykünün ayrıntılı alınması ve ailede nedeni bilinmeyen ani, genç yaşta ölüm öyküsü bulunması durumunda UQTS'nin akılda tutulmasının hayat kurtarıcı olacağı unutulmamalıdır.

Anahtar kelimeler : Epilepsi, Uzun QT Sendromu, Ventriküler Taşikardi

P-123

TİYOPENTALİN SEDASYON ETKİSİNİN TEOFİLİN İLE ANTOGONİZE EDİLDİĞİ BİR OLGU

Emine Akkuzu¹, Şahin Sincar¹, Gökhan Kalkan¹,

¹ Gazi Üniversitesi Hastanesi, Çocuk Yoğun Bakım Bilim Dalı, Ankara

Giriş : Giriş Tiyopental genel anestezide ve yoğun bakımlarda kullanılan barbitürat türevi bir genel anestezi maddesidir. İntravenöz yavaş puşe sonrası 5-10 dakikada etkisi başlar ve 30-40 dakikada biter. Uzun süreli ve yüksek doz kullanımlarda eliminasyonu 2-3 güne uzayabilir. Yapılan klinik çalışmalarda aminofilin ve teofilinin, barbitürat ve benzodiyazepinlerin sedasyon süresini kısalttığı gösterilmiştir. Burada araç dışı trafik kazası sonrası subdural kanama nedeniyle opere edilen ve postoperatif ünitemizde takip edilen 4,5 yaşında erkek hasta sunulmuştur.

Olgu : Olgu Daha önce bilinen hastalığı olmayan 4,5 yaşında erkek hasta yolda yürürken hızı bilinmeyen bir araba tarafından çarpıl-

15. ÇOCUK ACIL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-POSTER BİLDİRİLER-

ması sonrası acil servise 112 tarafından getirilmiştir. Başvurusundaki fizik muayenesinde genel durumu kötü, bilinç kapalı, glaskow koma skoru (GKS) 4, diğer sistem muayeneleri doğaldı. Hasta acil serviste çekilen beyin bilgisayarlı tomografisinde sağ frontoparietotemporalde subdural kanama ve aynı bölgede ödem olması nedeniyle beyin cerrahisi tarafından acil operasyona alındı. Operasyon sonrası ünitemizde takip edilen hastaya sedasyon amaçlı tiyopental 3 mg/kg/saat dozunda 3 gün süreyle verildi. Nörolojik durumunu görmek amaçlı tiyopental infüzyonun kesilmesinden 24 saat sonra uyanıklığı olmayan hastaya yapılan fizik muayenede bilinç kapalı, GKS 3, pupiller miyotik, direkt ve indirekt ışık refleksleri alınmıyordu. Uzmanış tiyopental etkisi düşünülerek teofilin 4.6 mg/kg yükleme, ardından 0.8 mg/kg/saat infüzyon başlandı. Teofilin yükleme dozunun bitiminde yapılan fizik muayenede pupiller midriyatik, direkt ve indirekt ışık refleksi iki taraflı alınıyordu. Hiç spontan solunumu olmayan hastanın spontan solunumları oluştu ancak GKS hala 3 idi. Hastanın teofilinden 24 saat sonra ağrılı ve sözlü uyarana yanıtları da başladı ve GKS 10 olması üzerine ekstübe edildi.

Sonuç : Tartışma Barbitürat ve benzodiyazepinlerin sedasyon etkileri çeşitli nedenlerle uzayabilmektedir. Yapılan klinik çalışmalarda ve çeşitli olgu sunumlarında aminofilin ve teofilinin, barbitüratların sedasyon süresini kısalttığı gösterilmiştir. Bizim hastamızda olduğu gibi uzamış sedasyon etkisi düşünüldüğünde nörolojik durumu daha net değerlendirmek için aminofilin ve teofilin antogonizma amaçlı kullanılabilir.

Anahtar kelimeler : Barbitüratlar, tiyopental, teofilin, sedasyon, travma

P-124

NADİR RASTLANAN BİR ENSEFALİT ETKENİ; BATI NİL VİRÜSÜ

Merve Havan¹ , Tanıl Kendirli¹ , Serhan Özcan¹ , Emrah Gün¹ , Halil Özdemir² , Merve Feyza Yüksel³ , Ömer Bektaş³ , Ergin Çiftci²

¹ Ankara Üniversitesi Çocuk Yoğun Bakım Bilim Dalı, Ankara

² Ankara Üniversitesi Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı, Ankara

³ Ankara Üniversitesi Çocuk Nörolojisi Bilim Dalı, Ankara

Giriş : Batı Nil Virüsü (BNV) Flaviviridae ailesinden bir Flavivirüstür. İlk kez 1937 yılında Uganda'da saptanan BNV Avrupa, Asya, Avustralya ve Kuzey Amerika'da birçok salgına sebep olmuş; ülkemizde ilk defa 2010 yılında saptanmıştır. Genellikle asemptomatik subklinik enfeksiyon yapan BNV, olguların %20'sinde Batı Nil Ateşi, %1' inde ise nöroinvaziv hastalık yapmaktadır. Nöroinvaziv hastalıkların yaklaşık %55-60' ını ensefalit oluşturmaktadır ve ensefalitin mortalitesi % 20 olarak bilinmektedir.

Olgu : 2 yaşında erkek hasta bir gün önce başlayan dirençli ateş ve ishal sonrası yaklaşık 1 saat süren status epileptikus ile hastaneye başvurmuş. Akut faz reaktanları negatif olan hastaya, 16 saatlik izlem süresince bilinç kaybının devam etmesi ve Glaskow Koma Skorunun 8 olması üzerine entübe edilerek, ensefalit ön tanısıyla asiklovir ve seftriakson başlanmış. Hasta entübe olarak tarafımıza sevk edildi. Hastanın özgeçmişinde daha önce 2 kez (6 aylık ve 1,5 yaşında) komplike febril konvulziyon geçirdiği, 2 ay önce sodyum valproik asit tedavisi başlanıldığı öğrenildi. Kranyal bilgisayarlı tomografisi (BT) normal olan hastaya lomber ponksiyon yapıldı, direk bakıda hücre görülmeyen hastanın bakılan beyin omurilik sıvısı (BOS) biyokimyası normaldi. Akut faz reaktanları, amonyak ve kan valproik asid düzeyi normal olan hastanın almakta olduğu seftriakson ve asiklovir tedavisine devam edildi. BOS kültürü ve menenjit paneli negatif olarak geldi. Çocuk Nöroloji Hastalıklarına danışılan Dravet sendromu düşünülürdü, topiramet başlandı fakat tedaviye belirgin klinik yanıt alınmadı. Takibinde ateşi gerilemeyen, bilinç kaybı devam eden hastaya limbik ensefalit açısından tetkikleri gönderilerek, intravenoz immunglobulin (IVIG) başlandı. Çekilen elektroensefalogram (EEG) fotik stimülasyon, azalmış zemin aktivitesi ile beraber ağır ensefalopati ile uyumlu olarak raporlandı. Yatışının üçüncü gününde çekilen kranyal Magnetik Rezonans Görüntülemesi (MRG); bilateral sentrum semiovale, internal ve eksternal kapsül ile posterior periventriküler beyaz cevherde T2 ve FLAIR karşılığı bulunmayan difüzyon kısıtlanması ile karakterize patolojik sinyal değişikliği (hipomyelinasyon ve ya myelin kaybı ile ilişkili olabilen lökodistrofik patolojiler ile otoimmün ensefalit ayırıcı tanıda düşünülebilir) olarak raporlandı. MRG sonucuna göre metabolik hastalık dışlanamayan hastanın metabolik tetkikleri gönderilerek metabolik kokteyl başlandı. Hasta yatışının beşinci gününde ekstübe edildi. Verilen tedavilere rağmen konfüze olarak takip edilen ve herhangi bir fokal nörolojik defisit bulgusu olmayan hastadan ensefalit yapan yavaş virüs enfeksiyonlarına (Rubella, JC virus, borrelia burgdorferi, BK virus, mikoplazma BTV, HTLV1-2) yönelik olarak tetkikler gönderildi. Tekrarlanan kranyal MRG'sinde daha önceki görüntülemelerde izlenen lezyonların ensefalit ile uyumlu olarak belirginleştiği ve yeni gelişimli bazal ganglion tutulumu, serebral atrofi ve ventriküler sistemde belirginleşme olduğu raporlandı. Hastada otoimmün limbik ensefalit dışlanamadığından pulse steroid verildi. Tekrarlanan EEG, yavaş zemin aktivitesi eşliğinde ensefalopati ile uyumlu olarak raporlandı. Bu sırada hastanın yavaş virus enfeksiyonuna yönelik gönderilen tetkiklerinden BNV pozitif olarak geldi. BNV ensefalitinin kanıtlanmış spesifik bir tedavisi olmadığından destek tedavisine devam edildi. Takibinde yoğun bakım ihtiyacı kalmayan hasta yatışının on beşinci Çocuk Nöroloji Servisine devredildi.

Sonuç : Dirençli ateş, ağır bilinç kaybı ve MRG' de bazal ganglion tutulumu ve serebral atrofinin eşlik ettiği ensefalitlerde BNV enfeksiyonu akılda tutulmalıdır.

Anahtar kelimeler : Batı Nil Virüs, ensefalit, ensefalopati

15. ÇOCUK ACİL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-POSTER BİLDİRİLER-

P-125

PURPURA FULMİNANS TABLOSU İLE BAŞVURAN MENİNGOKOKSEMİ OLGUSUNDA ERKEN DÖNEM TEDAVİSİNDE VE SONRAKİ DÖNEM EKSTREMİTELERİN KORUNMASINDA HEMŞİRELİK UYGULAMALARININ VE BAKIMININ ÖNEMİ

Fadime Develioğlu¹, Sibel Yaman¹, Özge Gül¹, Merve Yılmaz¹, Gülden Çölkuşu¹, Tanıl Kendirli¹

¹ Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi

Giriş : Meningokoksemi aniden gelişen ateş, döküntü, septik şok tablosu ile ortaya çıkan ve şüpheniildiği anda uygun antibiyotik ve sıvı tedavisi başlanması hayati düzeyde önemli acil bir durumdur. Hastalar hızlı ve uygun tedavi almaması durumunda saatler içinde çoklu organ yetmezliği ve ölümlü sonuçlanma olasılığı yüksektir. Meningokoksemide mortalite %10-20 civarındadır. Ancak purpura fulminans formu daha mortal seyretmektedir. Purpura fulminans formunda erken ve uygun tedavi edilse bile doku ve ekstremiteler kayıpları olabilir. Biz burada ağır purpura fulminans ve dekompanze şok tablosu ile başvuran, multiorgan yetmezliği ve ciddi doku kayıpları gelişen bir hastada erken ve geç dönemde çocuk yoğun bakım hemşire bakım ve uygulamalarının önemini vurgulamak amacıyla bu olguyu sunuyoruz.

Gereç-Yöntem : Dört aylık kız hasta, hastaneye başvurusundan bir gün önce ölçülen tek değer ateşi sonrasında aynı gün 6 saat önce ateş ve 1 saat önce gövdesinde fark edilen birkaç adet döküntü nedeniyle başvurduğu hastanede meningokoksemi düşünülerek seftriakson ve bir kez defisit tedavisi sonrası kliniğimize sevk edildi. Hasta yoğun bakıma kabul edildiğinde dekompanze şok tablosunda ve ciddi solunum yetmezliği bulguları olması nedeniyle entübe edildi, 5 kez defisit verildi, seftriaksona devam edildi, santral venöz kateter takıldı, arterline konuldu, epinefrin, dopamin, norepinefrin yüksek dozlarda ve hidrokortizon başlandı. Hastaya yapılan lomber ponksiyon incelemeleri normaldi. Hastanın dolaşımı yoğun bakıma kabulünden 4. Saat sonra toparlanmaya başladı. Başvuruda tüm vücuttaki peteşiyel döküntüleri hızlıca yayılarak purpura fulminans formuna dönüştü. İzlemde trombositopeni ilişkili çoklu organ yetmezliği gelişmesi nedeniyle 8 gün plazma değişimi (PD) ve sıvı yükü nedeniyle 7 gün CVVHD uygulandı. Hastanın izlemde özellikle dört ekstremitesindeki purpurik lezyonları çok ciddi büllöz döküntüye dönüştü ve açık yaraya dönüştü. Yüzündeki ve tüm vücudunda ki açık yaraları yanık hastası gibi günlük pansumanları yapıldı (Şekil 1A ve B). İzlemde bu bölgelerde dokularda çok ciddi skarlar gelişti. Hasta 16 gün MV'de kaldıktan sonra ekstübe oldu ve sonrasında yüksek akımlı nazal oksijen (YANKO) ve sonrasında oksijen maskesi ile enfeksiyon servisine YB'a kabulünün 22. gününde klinik olarak stabil olarak devredildi.

Sonuç : Yukarıda bizim olgumuzda olduğu gibi purpura fulminans tablosuyla başvuran hastaların erken ve agresif tedavisinde, sonradan gelişen çoklu organ yetmezliğinin destek tedavileri olan PD ve CVVHD'in yapılmasında çocuk yoğun bakım hemşireliği uygulamaları çok önemlidir. Ayrıca bizim olgumuzda çok nadir görülen doku kayıpları olduğunda ciddi bir yanık hastası gibi dikkatli ve günlük bakımının yapılmasında çocuk yoğun bakım hemşirelik uygulamaları çok önemlidir.

Bulgu

ŞekilA



Meningokoksemi olan hastanın tüm vücudunda purpurik döküntüleri

15. ÇOCUK ACIL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-POSTER BİLDİRİLER-

Sekil 1B



Hastanın purpurik lezyonları büllöz hale geldikten sonraki hali.

Anahtar kelimeler : çocuk yoğun bakım hemşireliği, meningokoksemi, purpura fulminans, sepsis, yara bakımı

P-126

OTUZYEDİ GÜNLÜK FİZİKSEL İSTİSMAR OLGUSU

Ayla Akca Çağlar¹, Aysun Tekeli¹, Halit Halil¹, Nilden Tuygun¹, Can Demir Karacan¹,

¹ SBÜ Ankara Dr. Sami Ulus Kadın Doğum Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları SUAM Çocuk Acil Kliniği

Giriş : Çocuk istismarı ve ihmali, fiziksel, cinsel ve duygusal olabilen ciddi bir halk sağlığı sorunudur. İhmal ve istismar çocukta ciddi ve uzun dönem etkilere yol açmaktadır. Dolayısı ile ihmal ve istismarın erken tanınması son derece önemlidir. Her ne kadar çocuk istismarı azımsanmayacak sıklıkta karşılaştığımız bir durum olsa da birçok tıbbi durumla da karışabilmektedir. Verilen hikaye ile ilişkilendirilemeyen kendi kendine olma olasılığı düşük olan yaralanma, kırık, morluk gibi belirtilerin varlığında mutlaka çocuk istismarından şüphelenilmelidir. Özellikle cilt, fiziksel ve cinsel istismarda ilk bulgunun görüldüğü organdır. İstismarı düşündürülen cilt lezyonlarını yanıklar, laserasyonlar, abrazyonlar, ısırık izleri, skarlar olarak sıralayabiliriz. Burada, önce sadece cilt bulguları ile başvurup izleminde ikinci başvuruda kafatası kemik kırığı ve bilinç değişikliği ile gelen çocuk istismarı tanısı alan 37 günlük kız hastayı sunduk.

Olgu : Otuzyedü günlük kız bebek sol gözünde bir gündür olan şişlik, kızarıklık, çapaklanma yakınmalarıyla SBÜ Ankara Dr. Sami Ulus Kadın Doğum Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları SUAM Çocuk Acil Kliniği'ne ailesi tarafından getirildi. Fizik muayenesinde genel durumu ve aktivitesi iyi olan bebeğin sol göz etrafı ödemli, ekimotik renk değişikliğinin ve sol konjonktivasının hiperemik olduğu görüldü (Resim 1). Travma sorgulandığında aileden net bir öykü alınamadı. Travma dışlanmadığı için adli rapor tutulurak travmaya yönelik tetkikleri istendi. Kemik survey grafilerinde sol parietalde skalpta hafif yumuşak doku şişliği (hafif sefal hematoma), her iki klavikula orta kesimde kal formasyonu ile uyumlu görüntü saptandı (Resim 2). Radyoloji tarafından olası doğum travması olarak yorumlandı. Abdominal ve transfontanel ultasonografik görüntülemelerinde patolojik bulgu yoktu. Göz bölümü tarafından değerlendirilen hastada öncelikle preseptal sellülit düşünüldü. Laboratuvar değerlendirmelerinde hemoglobin 9,6 gr/dl, beyaz küre 6680/mm³, trombositleri 496.000/mm³, CRP negatif, sedimantasyon 17 mm/saat ve biyokimya incelemeleri normaldi. Preseptal sellülit ön tanısıyla çocuk enfeksiyon bölümü tarafından değerlendirilen hastaya lomber ponksiyon yapılarak beyin omurilik sıvı (BOS) örneği alındıktan sonra antibiyotik tedavisi başlandı ve servise yatırıldı. BOS ve kan kültüründe üremesi olmayan, 5 gün parenteral ampisilin ve sefotaksim tedavisi sonrası göz bulguları tamamen gerileyen ve genel durumu iyi olan hasta polikliniğe kontrole gelmek üzere taburcu edildi. Hasta taburcu edildikten 2 gün sonra çocuk acil polikliniğine genel durumu kötü halde 112 ambulans eşliğinde tekrar getirildi. Öyküsünden bir saat önce kustuğu, ardından morarması ve nefes alamama durumunun olması üzerine babanın ağızdan ağza solutmaya çalıştığı öğrenildi. Fizik muayenesinde; genel durumu kötü, uykuya meyilli, GKS: 11 (motor yanıt:6, göz açma:2, sözel yanıt:3), vücut sıcaklığı 35°C, cilt cutis marmoratus görünümünde ve kapiller geri dolum zamanı 3 sn, diğer vital bulguları normal sınırlarda idi. Dolaşım bozukluğuna yönelik hastaya izotonik yükleme yapıldı, radyan ısıtıcı ile ısıtıldı. Olası sepsis açısından ampisilin ve sefotaksim iv yapıldı. Laboratuvar değerleri kan gazında pH:7,29 pCO₂: 29 mmHg pO₂:100 mmHg SpO₂: %100 HCO₃: 14,5 mmol/L, hemoglobin 6,6 gr/dl, beyaz küre 12.300/mm³, trombositleri 678.000/mm³, AST: 277 U/L diğer biyokimya incelemeleri normaldi. Akut bilinç değişikliği olması nedeniyle yapılan bilgisayarlı kranial tomografi görüntülemesinde sfenoid kemik ala majorlarında sağdan sola uzanan kırık hattı, posterior interhemisferik fissür ve sağ parietalde vertekse uzanan subdural kanama, skalpte parietalde kaput suksadeneum içerisinde sefal hematoma saptandı (Resim

15. ÇOCUK ACİL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-POSTER BİLDİRİLER-

3). Fiziksel çocuk istismarı düşünülerek adli rapor tutuldu. Sosyal hizmet birimine bilgi verildi. Kafatası kırığı ve intrakranial kanaması olan hasta beyin cerrahi servisi olan başka bir merkeze çocuk yoğun bakım ünitesine (ÇYBÜ) ambulans eşliğinde sevk edildi. ÇYBÜ'de izleminde operasyon gerektirmeyen hastanın bulguları günler içinde geriledi. Adli süreç başlatıldıktan sonra babanın çocuğa fiziksel şiddet uyguladığını ilgili birime itiraf ettiği, babanın gözaltına alındığı, çocuğun sosyal hizmetler tarafından koruma altına alındığı öğrenildi.

Sonuç : Çocuk istismar vakaları hayati tehdit edici boyuttaki bulgularla başvurabileceği gibi bulgular silik olup başka hastalıklarla da karışabilmektedir. Konu ile ilgili yeterli kılavuzların eksikliği ve olayın gerçek boyutlarını anlamakla ilgili zorluklardan dolayı hekimlerin doğru tanı koyup uygun yönetimi yapmaları zaman zaman kolay olmamaktadır. Çocuk istismarına ait şüpheli bulgularla başvuran hastalarda aile ve çocuk ayrıntılı değerlendirilmelidir. En ufak bir şüphede sosyal hizmet birimlerine ulaşım çocuk koruma birimine hasta hasta hakkında bilgilendirilme sağlanmalıdır.

Bulgu

Resim 1



Göz Bulguları

Resim 2



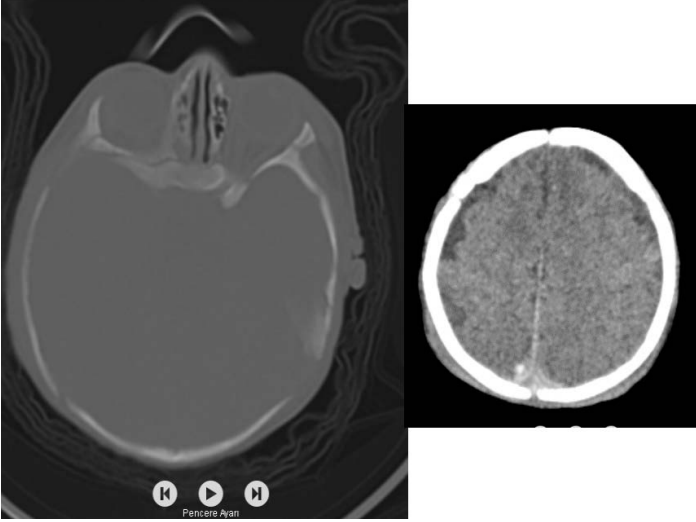
Klavikula kal formasyonu

15. ÇOCUK ACİL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-POSTER BİLDİRİLER-

Resim 3



Kranial BT

Anahtar kelimeler : fiziksel istismar, infant, intrakranial kanama

P-127

RESTRIKTİF KARDİYOMİYOPATİLİ BİR OLGUDA KALP NAKLİ SONRASI BAKIMINDA TEMEL HEMŞİRELİK UYGULAMALARI

Özge Gül¹ , Sibel Yaman¹ , Fadime Develioğlu¹ , Merve Yılmaz¹ , Gülden Çölkuşu¹ , Tanıl Kendirli¹

¹ Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi

Giriş : Giriş Günümüzde kalp nakli standart tedavilere yanıt vermeyen son dönem kalp yetmezliğinde tek ve kalıcı bir tedavi yöntemi-dir. Çocuklarda kalp nakli ülkemizde çok az sayıda merkezde yapılabilmektedir. Amerikan Çocuk Kalp Nakil Çalışma Grubunun verile-rine göre 5 yıllık yaşam %80 civarındadır ve özellikle ilk yıldan sonra hastaneye yatış azalmaktadır. Hastalar sıklıkla erken dönemde toplam iske mi süresiyle (>4saat) ilişkili graft yetersizliği, cerrahi komplikasyon, enfeksiyonlar nedeniyle kaybedilmektedir. Biz burada restriktif kardiyomiopati (KMP) nedeniyle kalp nakli yapılan bir hastada kalp nakli sonrası erken dönemde çocuk yoğun bakımda yatışı sırasında hemşirelik uygulamaları ve önemini vurguladığımız olguyu sunuyoruz.

Olgu : 11 yaşında kız hasta, 7 yıldır olan halsizlik şikayeti ile başvurduğunda restriktif KMP tanısı aldıktan sonra hastanemize kalp nakli açısından değerlendirilmek üzere kabul edildi. Hasta kalp nakil listesine alındıktan kısa süre sonra 17/05/2018 tarihinde kalp nakli oldu. Kalp nakli sonrası yoğun bakımda yoğun inotropolar (milrinon, epinefrin, norepinefrin) tedavileri verildi. Hastada kalp nakli sonrası önemli bir cerrahi komplikasyon gelişmedi ancak hasta 10gün MV desteği alması gerekti. Kalp nakli sonrası 2. gün ekstübe ettik ancak kısa süre sonra akciğerinde sağ alt ve orta lobda atelektazi gelişti. Tekrar entübe edildi. Hastanın tekrarlayan atelektazileri için 5 kez bronkoskopi yapıldı. Havayolunda yapısal bir sorun yoktu, trakeal aspirat kültürlerinde KI pneumonia üredi. Hasta 10 gün invaziv MV ve 21 gün noninvaziv MV desteği aldı. Tekrarlayan atelektazilerinin nedeni sağda diyafram paralizi olduğu izlemde anlaşıldı. Hastanın bu dönemde sağ akciğerinde tekrarlayan atelektazileri için düzenli olarak göğüs fizyoterapisi, inhaler mukolitik tedavileri ve ventilatörle ilişkili pnömonisi için geniş spektrumlu antibiyotikleri uygulandı. Her tedavisinin etkinliği ve yan etkileri açısından yakından izlendi. Hasta toplamda yoğun bakımda 32 gün yattı, geceleri NIV ve düzenli göğüs fizyoterapisi devam edecek şekilde Çocuk Kardiyoloji servisine devredildi.

Sonuç : Çocuklarda kalp nakli gelişmiş alt yapısı, güçlü ve uyum içinde çalışan iyi ekiplerin olduğu merkezlerde yapılabilen ileri bir tıbbi tedavi yöntemidir. Çocuk yoğun bakım hemşireleri de bu hastalar için çok kritik ve mortalitenin en yüksek olduğu nakil sonrası çocuk yoğun bakım sürecinde yakın takip, bakım ve temel tedavilerin uygulanmasında önemli rol oynamaktadır. Bu hastada da bir çok intravenöz tedavi, invaziv ve noninvaziv MV, göğüs fizyoterapisinin yapılması, hijyen kurallarına uyumun sağlanmasında çocuk yoğun bakım hemşiresinin bilgi, beceri ve tutumunun önemini vurgulamak için sunduk.

Anahtar kelimeler : çocuk yoğun bakım hemşireliği, kalp nakli, göğüs fizyoterapisi, diyafram paralizisi

15. ÇOCUK ACİL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-POSTER BİLDİRİLER-

P-128

ABSE ÖN TANISI İLE GİRİŞİM YAPILAN TAKİPSİZ SUBLİNGUAL KİSTİK HİGROMA VAKASINDA HAVA YOLU DARLIĞI VE YÖNETİMİ

Ayşe Filiz Yetimakan¹, Burak Demirbaş², Eylem Kırıl¹, Yüksel Bıçlıoğlu³,

¹ Şanlıurfa Eğitim Araştırma Hastanesi, Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi, Şanlıurfa

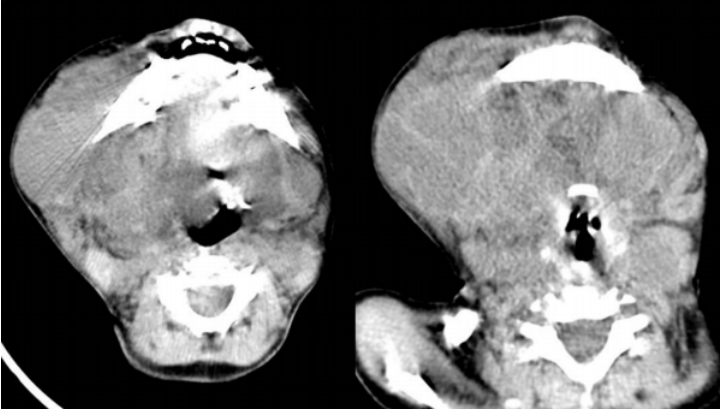
² Şanlıurfa Eğitim Araştırma Hastanesi, Radyoloji Kliniği, Şanlıurfa

³ Şanlıurfa Eğitim Araştırma Hastanesi, Çocuk Acil Ünitesi, Şanlıurfa

Giriş : Kistik higromalar lenfanjiyomların (konjenital lenfatik malformasyonlar), en sık görülen alt tipi olup, çoğunlukla posterior üçgen- de görülmekle birlikte, anterior üçgende, sublingual veya retrofaringeal alanda da yer alabilmektedir. Multiseptalı, infiltrasyon gösteren ve doku planlarını geçebilen lezyonlardır. Basıya bağlı hava yolu darlığı veya fasyal sinir paralizisi görülebilir. Sonografide iyi sınırlı olmayan internal septasyonlar içeren kompleks kistik yapılar olarak görülür ve Doppler incelemede septal vaskülarizasyon görülebilir (1). BT ve MRG'de de sıvı dansitesi ve intensitesinde iyi sınırlı olmayan kistik yapılar olarak görülürler, enfeksiyon veya kanama gibi durumlarda bu görünüm değişebilir. (2)

Olgu : On üç aylık kız hasta hastanemiz Çocuk Acil servisine çenede şişlik nedeniyle başvurdu. Öyküde aile şişliğin 2-3 gün içinde arttığını ifade etmekteydi. Ancak aile Suriyeli olduğu için iletişim problemi mevcuttu ve daha önce yapılan herhangi bir tetkik öyküsü alınmadı. Çekilen tomografi tetkikinin acil yorumunda submandibular abse olarak yorumlanması üzerine hastanın kitlesine ponksiyon yapıldı ve serohemorajik mayi izlendi. Hasta, ampirik antibiyotik tedavisi başlanarak, kitle büyüklüğü ve uzanımı nedeniyle havayolu basısı ihtimali öngörülerek takip için Çocuk Yoğun Bakım ünitesine yatırıldı. On ikinci saatinde hastanın stridoru gelişmesi üzerine kontrol tomografi tetkiki çekildi. Kontrastsız BT tetkikinde hava yolunu daraltan belirgin sınır vermeyen multikistik yapı ve intravenöz kontrast madde (İVKM) sonrası septalarında kontrastlanma izlendi. Yeni BT'de hava yolunun daralmış olduğunun izlenmesi üzerine total obstrüksiyonu önlemek amacıyla elektif entübasyon kararı verildi. Zor havayolu olan hastada ilk entübasyon sonrası spontan ekstübasyon olup ardından yeniden entübasyon girişiminde laringoskopi bakıda vokal kordlar izlenemedi. Hasta balon maske ile ventile edilirken spontan solunum yetersiz ve hava yolu güvenliği olmadığından acil trakeostomi kararı verildi. Hastanın ventilasyonu laringeal maske ile sağlanarak transfer edilip ameliyathane koşullarında trakeostomi açıldı. Yoğun Bakım izleminin üçüncü gününden itibaren ventilatörden ayrılan hasta trakeostomi ile spontan solunum yeterli olarak takip edildi. Tedavinin birinci haftasında çekilen boyun MRG'de T2A serilerde hiperintens sıvı intensitesinde multikistik kitle görüldü. T1A serilerde ise beklenen T1A hipointensitesinden ayrı olarak kitlenin sol yarısında T1A hiperintens hemorajik sinyal izlendi. İVKM sonrası septal kontrastlanma mevcuttu. Hasta kitle büyüklüğü ve hava yolu ilişkisi göz önünde bulundurularak kitle rezeksiyonu yapılabilecek merkeze yönlendirildi.

resim 1



Resim 1. Kontrastsız BT'de tüm sublingual alanı dolduran silik sınırlı çevre dokulara invaze ve hava pasajını daraltan multikistik kitle

resim 2



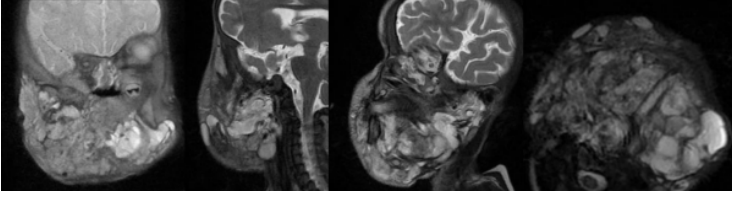
Resim 2. İVKM sonrası elde olunan görüntülerde koronal, aksiyel ve sagittal planlarda septal kontrastlanması görülen infiltratif multikistik kitle mevcut.

15. ÇOCUK ACİL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-POSTER BİLDİRİLER-

resim 3



Resim 3. Koronal, sagittal kesitler ve aksiyel kesitte sıvı intensitesinde, tüm sublingual alana ve mandibuler kemik etrafına invaziv multikistik multiseptalı kitle mevcut.

Sonuç : Çocuk hastalarda boyun kitlelerinde travma öyküsü yoksa ilk akla gelen lezyon abse olmakla beraber vasküler malformasyonlar ve lenfanjiyomlar da ayırıcı tanıda bulundurulmalıdır. Vakamızda öykünün yetersiz olması ve kitlede akut büyüme hikayesi kistik yapıdaki lezyonda öncelikle abse düşünülmesine neden olmuştur. Havayolunu daraltan kitle lezyonlarında kitle havayolu anatomisini tamamen değiştirmiş olabileceğinden entübasyon tüpünün yerinin doğrulanmasında normal çocuklarda kullanılan hesaplama yerine direk grafi ile doğrulama tercih edilmelidir. Balon maske ile etkin ventilasyonun sağlanamadığı ve/veya cerrahi havayolu hazırlığının bekleneceği veya transfer gerektiren vakalarda laringeal maske güvenli ve etkin bir araç olarak kullanılabilir.

Sonuç : Çocuk hastalarda boyun kitlelerinde travma öyküsü yoksa ilk akla gelen lezyon abse olmakla beraber vasküler malformasyonlar ve lenfanjiyomlar da ayırıcı tanıda bulundurulmalıdır. Vakamızda öykünün yetersiz olması ve kitlede akut büyüme hikayesi kistik yapıdaki lezyonda öncelikle abse düşünülmesine neden olmuştur. Havayolunu daraltan kitle lezyonlarında kitle havayolu anatomisini tamamen değiştirmiş olabileceğinden entübasyon tüpünün yerinin doğrulanmasında normal anatomideki çocuklarda kullanılan hesaplama yerine direk grafi ile doğrulama tercih edilmelidir. Balon maske ile etkin ventilasyonun sağlanamadığı ve/veya cerrahi havayolu hazırlığının bekleneceği veya transfer gerektiren vakalarda laringeal maske güvenli ve etkin bir araç olarak kullanılabilir.

Anahtar kelimeler : kistik higroma, zor hava yolu, kritik hasta çocuk

P-129

KRİPTOJENİK SİROZA BAĞLI GELİŞEN KARACİĞER YETMEZLİĞİ NEDENİYLE TRANSPLANTASYON OLAN BİR OLGUDA HEMŞİRELİK BAKIMI

Merve Yılmaz¹ , Sibel Yaman¹ , Fadime Develioğlu¹ , Özge Gül¹ , Murat Çağatay Sonkaya² , Gülden Çölküsu¹ , Tanıl Kendirli¹

¹ 1Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi

² 2Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Yoğun Bakım Ünitesi

Giriş : Hastalara daha kaliteli bir yaşam sağlayabilmek için modern tıpta sürekli yeni gelişmeler olmaktadır. Organ yetmezliği olan hastalarda transplantasyon bu gelişmelerin başında gelmektedir. Organ transplantasyonunun en önemli amacı, organ yetmezliği sebebiyle hayat kalitesi düşen hastaların yaşam kalitesini ve süresini artırmaktır. İmmünesupresif tedavi, enfeksiyon kontrolü ve cerrahi teknikte yaşanan gelişmeler transplantasyonu en başarılı tedavi yöntemi haline getirmiştir. Bu olguda kriptojenik siroz nedeni ile karaciğer yetmezliği gelişmiş bir çocuk hastaya yapılan transplantasyon sonrası çocuk yoğun bakımda sunulan hemşirelik bakımının temel ilkeleri sunulmaktadır.

Olgu : On yaşında kız hasta, 2011 yılında burun kanaması ve adoneidektomi ameliyatı olmak üzere başvurduğu hastanede hepatomegali saptanması üzerine karaciğer biyopsisi yapılmış ve patoloji sonucu siroz ile uyumlu gelmiştir. Hastaya 2016 yılında 3 kez band ligasyon işlemi uygulanmış ve sonrasında yapılan karaciğer biyopsisi sonucuna göre karaciğer nakil ihtiyacı olduğu görülmüştür. Nakil yapılmak üzere hastanenin gastro bölümüne kabul edildi. Hastaya canlı donörden Kc transplantasyonu yapıldı. Post-op hasta yoğun bakıma entübe olarak ve inotrop almadan kabul edildi. Hastanın sedasyonu ve analjezisi intravenöz ilaçlarla sağlandı. Ertesi gün bilinci açık olan hasta ekstübe edildi. Postop 2. günde solunum sıkıntısı gelişen hastaya 2 gün süre ile aralıklı non invaziv mekanik ventilasyon BIPAP modunda uygulandı. Hastaya karaciğer nakli yapılması nedeniyle immünesupresif olarak steroid, tacrolimus yoğun bakım yatışı sırasında başlandı. Postop 3. Gününde mobilize olan hasta, enfeksiyon sorunu gelişmeden, yoğun bakım ihtiyacı olmadığı için postop 4. Gününde Gastroentoloji servisine devredildi.

Sonuç : Bu olguda Kc transplantasyonu yapılmış bir çocuğun yoğun bakımda yattığı süre boyunca hemşirelerin gün içerisinde verdiği bakımlardan, monitorizasyon, kanama kontrolü, solunum desteği, endotrakeal aspirasyon, ağrı ve sedasyona yönelik bakım, enfeksiyonun önlenmesi ve kontrolü, vücut bakımı dikkat edilmesi gereken konulardır. Transplantasyon konusunda yapılan birçok çalışma ve hastaya verilen hemşirelik bakımının paylaşılması bakım verilecek hastalarda hemşirelik bakım kalitesinin artmasında katkı sağlayacağını düşündürmektedir.

Anahtar kelimeler : Çocuk yoğun bakım, Hemşirelik bakımı, Karaciğer nakli

15. ÇOCUK ACİL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-POSTER BİLDİRİLER-

P-130

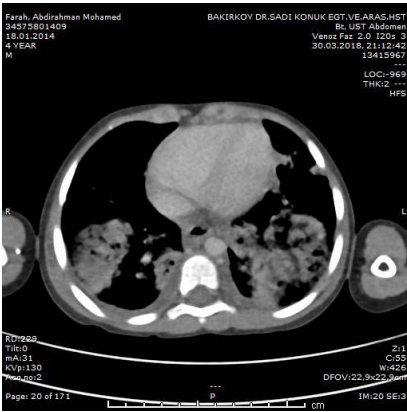
ARTRİT SONRASI ARDS

Güner Özçelik¹, Nihal Akçay¹, Ülkem Koçoğlu Barlas¹, Mey Talip Petmezci¹, Esra Şevketoğlu¹

¹ Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bakırköy Dr Sadi Konuk Sağlık Uygulama Araştırma Merkezi, Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi, İstanbul

Giriş : Toplum kökenli mrsa henüz ülkemizde çok sık bildirilen bir etken değildir. Daha çok cilt ve yumuşak doku enfeksiyonu enkeni olarak bilinmektedir nekrotizan fasiite kadar gidebilecek enfeksiyonlara neden olabilir(1). Ancak yaptığı nekrotizan pnömoni de önemli bir mortalite ve morbidite nedenidir. Panton valentin toksin Tk mrsa'nın önemli bir virulans faktörüdür bu enteknin neden olduğu nekrotizan pnömoniden şüpheniildiğinde uygun antibiyoterapi hızlıca başlanılmalıdır (2) . TK-MRSA ya bağlı pnömoni vaka bildirimleri hızla tüm dünyada artmakta olup bu vakalar hız ilerleyen, nekrotizan tipte çift taraflı parankimde kavitsiyon ve plevral efüzyon yapar ve çoğunlukla öldürücüdür(3). Bu yazımızda fasit sonrası gelişen nekrotizan pnömoni olgusunun hastaneye gelişi tanı ve tedavi süreci sunulacaktır. Vakamız yakın zamanda Somaliden ülkemize iltica etmiştir. tk mrsa'nın seyahat imkanları arttıkça ülkemizde de daha sık görülebilecektir.

hastanın pa akc grafisi ve toraks btsi



pa akc grafisi



Gereç-Yöntem : 3 yaşında erkek olgu. Yaklaşık 1 ay önce Somaliden ülkemize iltica eden hasta 3 gün önce başlayan ateş nedeniyle hastaneye başvurmuş. Üsye tanısı konulan ve amoksisilin klavulinat reçete edilen hastanın , ateşi 38 C ustunde ve yururken topallama şikayeti olması üzerine hastanemiz çocuk acile servisine başvurdu. Septik artrit olarak tanısıyla çekilen pelvis ve uyluk mr'inin fasit ile uyumlu olması nedeniyle hasta çocuk servisine yatırıldı. Labaratuvar incelemesinde wbc:4040 hgb:10.9 plt:239000 crp: 30.4 mg/dl prokalsitonin: 63 ng/ml olarak görüldü. Kan idrar kültürü ve nasal sürüntü örneği alınarak vankomisin ve seftriakson tedavileri başlandı. Hastanın Somali'den yakın zamanda gelmesi ve hastalığın yüksek ateşle seyretmesi bizi Somali'de endemik olarak bulunan sıtmaya yöneltti. Hastaya kalın yayma yapıldı ancak sıtma bulgusu görülmeydi. Hastanın takibinde batında distansiyon ve hassasiyette artış olması ve solunum sıkıntısı artması nedeniyle pa akc grafisi ve adbg çekildi. Akciğer grafisinde her iki akciğerde belirgin infiltrasyon görüldü ADBG'de özellik görülmedi. Karın ağrısı devam eden hastaya batın usg çekildi batında minimal sıvı izlenen hastada başka özellik görülmedi. Hastada akciğer grafisinde her iki akciğerde belirgin infiltrasyon görüldü. Şikayetleri devam etmesi nedeniyle batın ve toraks bt çekildi. Batın bt de özellik görülmezken toraks bt de plevral effuzyon ve kavitsiyon ile beraber konsolide alanlar görüldü. (resim 1) .Hastanın solunum bulgularının kotulesmesi nedeniyle çocuk yoğun bakıma devralındı. Çocuk yoğun bakım servisine alınan ve rezervuarlı oksijen maskesi ile izlenen hastanın seftriakson ve vankomisin tedavilerine devam edildi tedaviye ayrıca azitromisin ve oseltamivir eklendi. İzleminde solunum sıkıntısı ilerleyen hasta entübe edildi, daha sonra pnömotoraks gelişmesi nedeniyle bilateral toraks tüpü takıldı. Septik şok tablosunda olan hastaya plazmaferez başlandı. Ards gelişen olgunun yatışında ve sonrasında alınan kan kültürlerinde mrsa üremesi oldu. Yapılan antibiyogramda vankomisin duyarlı olarak görülse de klinik iyileşme olmadığından linezolid tedavisine geçildi. Hastanın kültürleri panten valentine toksini çalıştırılmak üzere donduruldu. İzleminde genel durumu kötüleşen idrar çıkışı azalan ve belirgin ödem bulgusu olan hastaya diyaliz başlandı. Hasta yoğun bakım yatışının 20. Gününde eks oldu Resim

15. ÇOCUK ACIL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

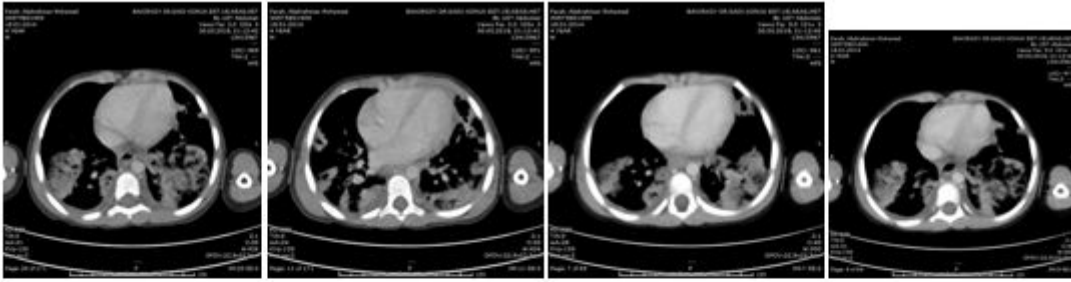
18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-POSTER BİLDİRİLER-

1 hastanın yoğun bakıma ilk yattığı günlerdeki akciğer tomografisi ve yatışının son günlerindeki pa akc grafisi. Hastanın durumu stabil olmadığı için kontrol tomografi çekilemedi

Bulgular : TK-MRSA suşu ilk olarak, Batı Avustralya'nın orjinal sakinleri olan ve daha önce sağlık bakım sistemiyle hiç teması olmayan yerli Avustralyalı hastalardan izole edilmiştir. 1993 yılında TK-MRSA olarak adlandırılan bu yeni MRSA suşlarında fark edilir bir artış ortaya çıkmıştır (4). Tüm dünyada görülme sıklığı giderek artan toplum kökenli mrsa ülkemizde çok yaygın görülmemekle beraber sıklığı yurtdışından göçlerle birlikte giderek artmaktadır. en sık deri ve yumuşak doku enfeksiyonuna neden olmakla birlikte pnömoni ve ampiyem gibi şiddetli pulmoner enfeksiyonlara da neden olabilmektedir. Toplum kökenli MRSA'nın en önemli virulans faktörü Panten valentin toksinidir. PVL saptanan S. aureus enfeksiyonlarının daha ciddi seyirli olduğu ve daha yüksek mortaliteyle seyrettiği bilinmektedir (5) Hastamızdan alınan kan kültür örnekleri panten valentin toksin çalışılmak üzere donduruldu ancak çalışılmadı. Hastane kökenli MRSA ile karşılaştırınca toplum kökenli MRSA antibiyotiklere daha duyarlıdır. Bizim vakamızda vankomisin linezolid tetrasiklin gibi antibiyotiklere duyarlı olduğunu gördük. Amerikan toraks topluluğu tedavide vankomisin veya linezolid verilmesini önermektedir (6) İnfluenza pandemilerinden sonra toplum kökenli mrsa nedenli pnömoni vakalarında artış görülmüştür (7). Ancak bizim vakamızda influenza görülmedi. Sonuç olarak toplum kökenli MRSA pnömonisi hızlı ilerleyen , nekrozlarla giden geniş kavitelere ve ölü boşluklara neden olan mortalitesi yüksek bir hastalıktır. Tedavide en önemli prensip şüphelenip amprik tedavi başlamaktır

hastanın pa akc grafisi ve toraks bt



Anahtar kelimeler : mrsa, ards, fasiit

P-131

ANAFİLAKSİNİN NADİR BİR NEDENİ, KİST HİDATİK RÜPTÜRÜ

Damla Hanalioğlu¹ , Kıvanç Terzi¹ , Satı Özkan¹ , Mehmet Tiftik² , Funda Kurt¹ , Emine Dibek Mısırlıoğlu¹

¹ Ankara Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Hematoloji ve Onkoloji, Eğitim Araştırma Hastanesi, Çocuk Acil Birimi, Ankara

² Ankara Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Hematoloji ve Onkoloji, Eğitim Araştırma Hastanesi, Radyoloji Kliniği, Ankara

Giriş : Kist hidatik, Echinococcus granulosus'un neden olduğu paraziter bir hastalıktır. Gastrointestinal sistemden portal dolaşıma katılan parazit larvaları karaciğerde yerleşerek hidatik kist formunu oluşturur. Karaciğerde kistler asemptomatik kalabilir, kendiliğinden gerileyebilir veya spesifik olmayan semptomlar gösterebilir. Kist rüptürü ve anafilaksi ciddi komplikasyonlarındandır. Burada, minör karın travması sonrası anafilaksi gelişen ve yapılan incelemelerinde ruptüre kist hidatik saptanan bir olgu sunulmuştur.

Olgu : Öncesinde herhangi bir sağlık sorunu bulunmayan 17 yaşında kız hasta okulda kapı kolunun karnına çarpması sonrası senkop gelişmesi nedeniyle hastaneye getirildi. Acil servise başvurusunda hastada hipotansiyon, karın ağrısı ve yaygın ürtiker/anjioödem eşlik ettiği anafilaksi tablosu olduğu görülerek hemen adrenalin, sıvı yüklemesi, antihistaminik ve steroid tedavileri uygulandı. Hastanın bilinen herhangi bir alerjisi olmadığı, ilaç veya katkı maddesi içeren besin alımı olmadığı öğrenildi. Arı veya böcek sokması izine

15. ÇOCUK ACİL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-POSTER BİLDİRİLER-

rastlanmadı. Hasta stabilize edildikten sonra, abdominal travma ve devam eden karın ağrısı nedeniyle kist hidatik rüptürü şüphesiyle yapılan abdominal ultrasonografik incelemede karaciğer sağ lob segment yedi düzeyinde yaklaşık 61x68 mm ebatlı, solda intrahepatik safra yollarına açıldığı görülen germinatif membranı çökmüş, sıvı içeriği yüksek tip 2 rüptüre kist hidatik lezyonu görüldü. Hastaya albendazol tedavisi başlandı. Çocuk cerrahisi bölümünce kist eksizyonu ve safra yolu onarımı yapıldı. Ameliyat sonrası hasta poliklinik takibi önerilerek albendazol tedavisi ile taburcu edildi.

Sonuç : Hidatik kist rüptürü ve buna ikincil anafilaksi, ameliyat sırasında kistin açılması veya daha nadir olarak travma neticesinde kistin yırtılmasına bağlı olarak görülebilir. Minör karın travması sonrası kist rüptürü ve anafilaksi hidatik kist hastalığının nadir bir prezentasyondur.

Anahtar kelimeler : Anafilaksi, kist hidatik, karın travması

P-132

NADİR VE TRAJİK BİR PİKA KOMPLİKASYONU: TAŞ ASPİRASYONU

Faruk Ekinci¹, Rıza Dinçer Yıldızdaş¹, Özden Özgür Horoz¹, Önder Özden², Naime Gökay³

¹ Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Yoğun Bakım Bilim Dalı, Adana

² Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı, Adana

³ Seyhan Devlet Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Adana

Giriş : Yabancı cisim aspirasyonları çocukluk çağında sık görülen, potansiyel olarak hayatı tehdit edebilecek özellikte olan, çocukluk çağının önemli bir mortalite ve morbidite nedenidir. Çocuk acil servise başvurularda önemli bir yer oluşturmaktadır. En sık olarak 1-3 yaş arasındaki küçük çocuklarda görülüp 5 yaş altı çocuklar tüm yabancı cisim aspirasyonu (YCA) vakalarının yaklaşık olarak %80-85'ini oluşturmaktadır. Pika ise normalde yenmeyen maddelerin kompulsif ve tekrarlayıcı olarak en az 1 ay süre ile yenmesi ile karakterize psikiyatrik bir bozukluktur. Etiyolojisi net olarak bilinmemekle birlikte bazı mikronütrient (örn demir, kalsiyum, çinko) eksiklikleri ile birlikte olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur. Hastamız 3 yaşında olup 3 gün önce başlayan solunum sıkıntısı nedeni ile hastanemiz acil servisine başvuran Suriye'li bir erkek hastaydı. Hasta yoğun bakım ünitemize bronkopnömoni öntanısı ile yatırılmıştı. Klinik seyri ve tedavi süreci oldukça farklı seyretmesi nedeni ile bir kez daha konuya dikkat çekmek için bu vakayı burada sunduk.

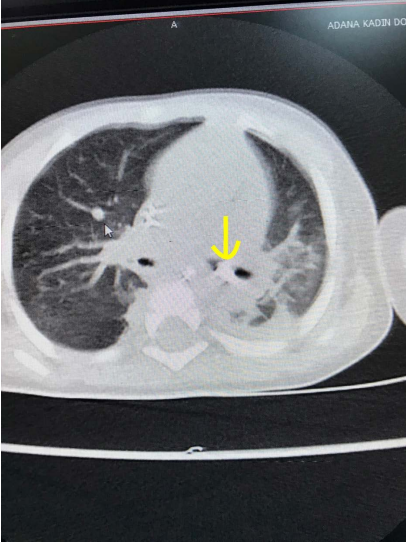
Olgu : Üç yaşında, Suriye'li erkek hasta. 3 gün önce başlayan öksürük ve başvurudan bir gün önce olan ateş yüksekliği ve solunum sıkıntısı şikayetleri ile hastanemiz acil servisine başvuran hasta acil serviste yapılan muayenesinde bilateral krepan ralleri ve ekspiryum uzunluğu olması nedeni ile bronkopnömoni olarak değerlendirilerek nebulize salbutamol tedavisi ve oksijen desteği verilmiş. Oksijen desteğine rağmen retraksiyonları ve diğer solunum sıkıntısı bulguları devam eden hasta takip ve tedavisinin devamı için yoğun bakıma interne edildi. Geliş fizik bakıda kalp tepe atımı: 160/dk, solunum sayısı: 52/dk, tansiyon normal sınırlarda, vücut ısısı: 37.8 C, kapiller dolun zamanı: 3 sn, SpO2:85 (rezervuarlı maske ile 15 L/dk O2 alırken) idi. Sistem muayenelerinde bilinci uykuya meyilli, kalp taşikardik, üfürüm yoktu. Akciğerlerde solda solunum sesleri azalmış, ekspiryum uzun, bilateral krepan ralleri vardı. Batın muayenesi normal olarak değerlendirildi. Nörolojik bakışı normaldi. Hastanın özgeçmişinde son 6 aydır hafif mental retardasyon nedeni ile nörolojiden takipli olduğu, son 2 aydır ise toprak yeme öyküsü olduğu öğrenildi. Bu açıdan hiç tetkik edilmemişti. Hasta yoğun bakım yatışının 15. dakikasında solunum sıkıntısının artması ve ciddi satürasyon düşüklüğü olması nedeni ile entübe edilerek mekanik ventilatöre bağlandı. Hastaya sedo-analjezi başlandı. Çekilen postero-anterior akciğer grafisinde sağ hemitoraksta sağ ana bronşa dek gelen bölgede opasite saptanması ve sol akciğerde ateletazik görünüm olması nedeni ile grafi tekrarlandı. Kontrol grafide opasitenin devam etmesi nedeni ile acil olarak toraks BT çekilen hastada sol ana bronşta şüpheli yabancı cisim tespit edildi. Alınan diğer rutin tetkiklerinde Hb:4,7 g/dl, Hct:17, MCV:49, MCH:13, MCHC:27, RDW:19, WBC:18.800/mm3, PLT:328.000, biyokimya ve koagülasyon parametreleri normal, enfeksiyon markerları yüksek saptandı. Geniş spektrumlu antibiyotikleri başlandı. Anemi açısından ileri tetkikleri alınarak 10 cc/kg'dan eritrosit süspansiyonu replasmanı yapıldı. Hasta anemi + YCA+ pnömoni öntanıları ile ÇÜTF çocuk yoğun bakım ünitesine sevk edildi. Acil rijid bronkoskopi yapılan hastanın sol ana bronşundan yaklaşık 0,5-1 cm çapında irregüler sınırlı taş çıkarıldı. Hasta devam eden pnömonisi nedeni ile 2 gün daha entübe izlenerek sonrasında ekstübe edildi. Tedavisi 14 güne tamamlanan hasta sekelsiz olarak taburcu edildi. Anemi açısından gönderilen tetkiklerinde demir ve ferritin düzeylerinde ciddi düşüklük tespit edildi. Hb elektroforezi normal saptandı. Hastaya demir desteği de başlanarak 1 ay sonra poliklinik kontrolü önerildi.

15. ÇOCUK ACİL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-POSTER BİLDİRİLER-

Resim-2



Torak BT: Sol ana bronş distalinde yaklaşık 1 cm çapında radyodens, tama yakın obstruksiyona yol açan yabancı cisim

Resim-1



Hastaya ilk çekilen akciğer grafisi: sağ hemitoraksta şüpheli opasite, sol akciğer havalanma azlığı ve infiltrasyon

Sonuç : Yabancı cisim aspirasyonları çocukluk çağından sık görülen acillerden biridir. Özellikle ilk 2-3 yaşta görülen yutma koordinasyonunun tam olarak gelişmemiş olması, molar ve premolar dişlerin olmaması ve etrafı oral yolla tanıma isteği bu yaş grubunun YCA açısından riskli grupta olmasının en önemli sebeplerinden biridir. Tüm YCA vakalarının yaklaşık %85-90'ını 5 yaş altı çocuklar oluşturmaktadır. Sosyo-ekonomik durumun kötü olması, küçük anne yaşı, erkek cinsiyet, çocukta mental retardasyon olması gibi sebepler yaş dışındaki diğer risk faktörleridir. Hastamızda hafif mental retardasyon, kötü sosyo-ekonomik durum ve erkek cinsiyet gibi diğer risk faktörleri de mevcuttu. En sık aspire edilen yabancı cisimler genelde meyve parçaları, kuruyemiş parçaları, oyuncak parçaları, iğne, para, pil ve ev eşyalarının parçalarıdır. Öyküde yaş açısından risk grubunda olan bir çocukta ani olarak gelişen ve tanık olunmuş boğulma-boğulayazma, morarma, solunum sıkıntısı olması klinik şüphe uyandırması ve dolayısıyla tanıda oldukça yardımcıdır. Fakat öykünün negatif olması halinde bu hastalar kolayca pnömoni, astım, bronşiolit tanılarını ile tedavi edilebilirler. Bu durumda akciğerlerde dinleme bulgularında her iki akciğer arasında havalanma farkı olması uyarıcı olabilir. Akciğer grafisinde radyopak maddenin görülmesi ya da yine havalanma farkı olması YCA açısından anlamlıdır. Bizim vakamıza aspirasyon öyküsü yoktu fakat çekilen grafide radyopak madde görülmesi ve akciğerlerde havalanma farkı olması YCA tanısı düşündürdü. YCA'da tomografi ve MRI gibi yardımcı görüntüleme yöntemlerinin yeri tartışmalı olsa da vakamızda tanıyı desteklemiş oldu. YCA'nun tedavisi rijid bronkoskopidir. Hastamız bunun için üniversite hastanesinde sevk edilmiş ve orada yapılan bronkoskopide sol ana bronştan yaklaşık 0,5-1 cm çaplarında düzensiz sınırlı bir adet taş çıkarılmıştır. Hasta anemik olarak kliniğimize başvurmuş ve ağır demir eksikliği anemisi tanısı konmuş, hipoksemisi olması nedeni ile eritrosit süspansiyonu replasmanı yapılmıştı. Öyküde pika varlığı da sonrasında teyit edilmişti. Fakat yine de bronkoskopide çıkan yabancı cismin "taş" olması nadir görülen bir durum olması nedeni ile şaşırtıcı olmuştur. Pika yüzyıllardır bilinen ve etyolojisi tam olarak aydınlatılamamış bir psikiyatrik bozukluktur ve çocukluk çağında genelde demir, bakır, kalsiyum gibi mikronütrientlerin eksikliği ile beraberdir. Daha çok barsak obstrüksiyonu, malnütrisyon, diş ve dişeti enfeksiyonları, ağır metal zehirlenmesi gibi komplikasyon-

15. ÇOCUK ACİL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-POSTER BİLDİRİLER-

larla seyrederek. Taşın solunum yollarına aspirasyonu oldukça nadir görülen bir durumdur. Sonuç olarak demir eksikliği ve pika nedeni ile takip edilen hastalarda gelişen solunum sıkıntısı durumlarında, özellikle kliniğin ciddi olduğu, akciğer dinleme bulgularında farklılık olması halinde taş aspirasyonu mutlaka düşünülmelidir. Taşlar radyopak olmaları sebebi ile akciğer grafisinde kolayca farkedilebilirler. Bu nedenle seçilmiş şüpheli vakalarda çekilen bir akciğer grafisi hasta için hayat kurtarıcı olabilir.

Anahtar kelimeler : pika, taş, yabancı isim aspirasyonu

P-133

GALEN VEN ANEVRİZMA EMBOLİZASYONU UYGULANAN BİR HASTA

Emel Uyar¹, Nilüfer Yalındağ Öztürk¹

¹ Marmara Üniversitesi Pendik EAH., Çocuk Yoğun Bakım BD., İstanbul

Giriş : Galen veni serebral hemisferlerin altında yer alan, beynin ön ve santral bölgelerini posterior serebral fossadaki sinüslere drene eden bir vendir. Galen ven anevrizması, Galen venine drene olan prosencephalic Markowski veninin persistansıyla oluşur. Nadir bir konjenital malformasyondur. Galen ven anevrizması genellikle yüksek outputlu kalp yetmezliği sebebiyle infantlarda mortaliteye sebep olabilir. Prenatal veya postnatal erken tanı ve etkin tedavi hayati önem taşımaktadır. Burada 4 aylık galen ven anevrizma embolizasyonu vakası ve işlem sonrası yoğun bakım takibi sunulacaktır.

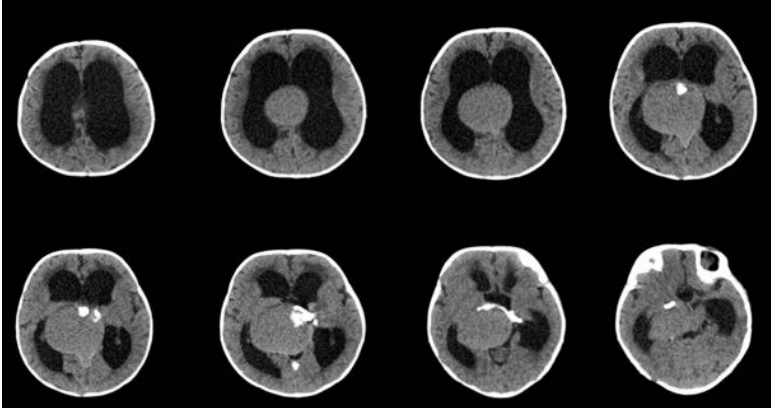
Olgu : 4 aylık erkek hastanın prenatal 8 aylıkken ultrasonografik kontrollerinde galen ven arteriyovenöz malformasyon tanısı almış (Şekil 1). Perinatal ve postnatal öyküsünde özelliği olmayan hastanın başvuru anında nöromotor gelişim geriliği mevcuttu. Hastaya endovasküler embolizasyon ile tam oklüzyon işlemi uygulandı (Şekil 2). İşlem sonrasında hasta entübe olarak pediatri yoğun bakım servisine alındı. İşlem sonrası 2.günde fontanel bombeliği artan, bradikardi ve hipertansiyonu gelişen hastada kafa içi basınç artışı düşünülerek kontrol bilgisayarlı tomografi (BT) çekildi. Kontrol bilgisayarlı tomografide ventrikül çaplarında artış ve kortikal kalınlıkta azalma görüldü. Eksternal ventriküler drenaj (EVD) takılması planlandı. EVD'den kanlı ve hızla çok miktarda geleni olan hastaya anevrizma rüptürü ön tanısıyla tekrar BT çekildi. İntraventriküler kanama görüldü (Şekil 3). Cerrahi girişim düşünülmedi. Hastanın takibinde bilateral beyin NIRS ölçümleri, ICP, MAP, CPP, SPO2 ve ETCO2 değerleri kaydedildi ve eş zamanlı olarak tek bir klinisyen tarafından optik sinir kılıfı çapları ölçüldü (tablo 1). ICP Median 21 (IQR 17;29), MAP median : 73 (IQR 69;81), ETCO2: 32 (IQR 30.5;34.5), Sağ NIRS median 65 (IQR 61;67), Sağ OSKÇ medyan 0.52 (IQR 0.47;0.53), sol NIRS median 64 (IQR 60;73), Sol OSKÇ median 0.51 (IQR 0.49;0.53) saptandı (Tablo1). Hasta 18 gün yoğun bakım ünitesi takibi sonrasında taburcu edildi.

Sonuç : Prenatal olarak tanı alan galen ven anevrizmalı fetuslarda ek kalp yada serebral anomali varlığı daha mortal seyretmektedir. Tanıda anterior fontanel oskültasyonu akılda tutulmalıdır. Yüksek debili kalp yetmezliği ile tanı alabilirler. Galen ven anevrizmasında Klinik durumları izin verir ise optimal müdahale zamanı 4-5 aydır, ancak yenidoğan döneminde yüksek mortalite ile ilişkilidir. Endovasküler embolizasyon ilk tedavi seçeneğidir. Bir meta analizde %57 vakada tam oklüzyon, %43 vakada parsiyel oklüzyon yapılmış ve bu hastaların %31i kötü gidiş göstermiştir.

Sonuç : Prenatal olarak tanı alan galen ven anevrizmalı fetuslarda ek kalp yada serebral anomali varlığı daha mortal seyretmektedir. Tanıda anterior fontanel oskültasyonu akılda tutulmalıdır. Yüksek debili kalp yetmezliği ile tanı alabilirler. Galen ven anevrizmasında Klinik durumları izin verir ise optimal müdahale zamanı 4-5 aydır, ancak yenidoğan döneminde yüksek mortalite ile ilişkilidir. Endovasküler embolizasyon ilk tedavi seçeneğidir. Bir meta analizde %57 vakada tam oklüzyon, %43 vakada parsiyel oklüzyon yapılmış ve bu hastaların %31i kötü gidiş göstermiştir.

Yöntem

Şekil 1



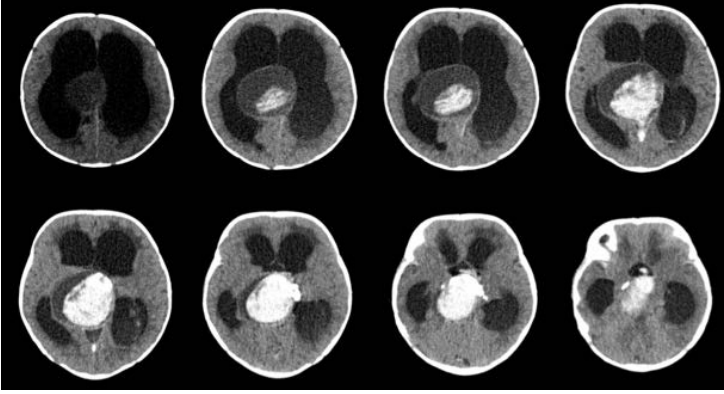
Hastanın tanı anındaki kranial görüntülemesi

15. ÇOCUK ACİL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-POSTER BİLDİRİLER-

Şekil 2



Hastanın embolizasyon sonrası kranial görüntülemesi

Tabo 1

TARİH	ICP	MAP	ETCO2	SAGNIRS	SAGOKSC	SOLNIRS	SOLOKSC	SPO2	CPP
1	21	65		58	0.51	63	0.52	98	44
2	37	65		66	0.53	74	0.53	98	28
3	14	56		62	0.52	60	0.52	98	42
4	34	87		81	0.54	76	0.54	99	53
5	32	101		67	0.5	64	0.49	99	68
6	57	91		59	0.5	60	0.53	98	30
7	21	76	31	73	0.53	68	0.5	93	55
8	11	77	27	65	0.53	66	0.5	99	66
9	15	68	31	65	0.53	64	0.52	98	53
10	29	69	37	61	0.52	63	0.55	100	40
11	17	69	36	65	0.44	63	0.49	100	52
12	21	70	23	66	0.46	68	0.47	100	50
13	24	74	28	60	0.52	73	0.56	95	50
14	17	74	40	83	0.49	69	0.48	96	34
15	28	72	31	62	0.56	57	0.55	100	44
16	18	72	36	63	0.47	53	0.49	100	54
17	34	73	33	56	0.52	54	0.51	100	39
18	20	73	32	52	0.46	52	0.49	100	53
19	24	81	30	69	0.52	77	0.52	100	63
20	16	81	33	69	0.43	79	0.4	100	63
21	11	82	32	63	0.33	75	0.44	100	71

Hastanın takibinde alınan bilateral beyin NIRS ölçümleri, ICP, MAP, CPP, SPO2 ve ETCO2 değerleri ve optik sinir kılıfı çapı ölçümleri

Anahtar kelimeler : Galen ven aneurisma, optik sinir kılıfı çapı ölçümü, embolizasyon, NIRS

15. ÇOCUK ACİL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-POSTER BİLDİRİLER-

P-134

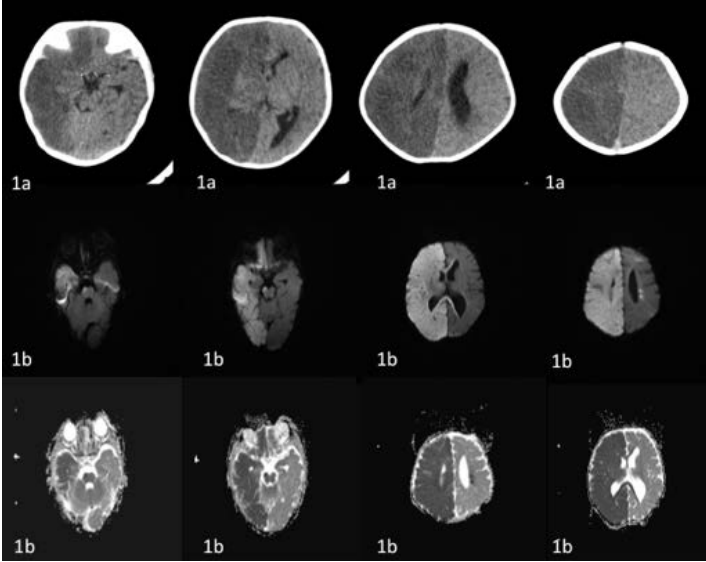
GENİŞ ARTERİYEL VASKÜLOPATİLİ BİR BEBEK; MOYA MOYA VE ÖTESİ...

Emel Uyar¹, Nilüfer Yalındağ Öztürk¹

¹ Marmara Üniversitesi Pendik EAH., Çocuk Yoğun Bakım BD., İstanbul

Giriş : Serebral iskemi, özellikle küçük bir bebekte izlendiğinde tıbbi ekip için korkutucudur. Optimal tedavi yaklaşımı ise net değildir. Özellikle klinik ve görüntüleme arasında klinik lehine uyumsuzluk var ise risk fayda açısından en iyi yaklaşım tartışmalıdır.

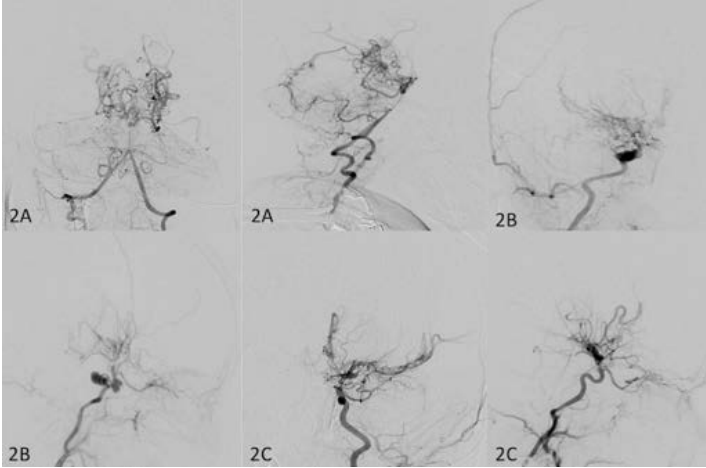
Şekil



1a: Hipodens sağ hemisfer ve minimal orta hat kayması 1b: Sağ ve sol hemisferlerde kortikal ve watershed alanlarda ADC haritalarda diffüzyon kısıtlılığı

Şekil

2



Kranial arterial anjiyografi A: vertebral arter B: Sağ karotid arter C: Sol karotid arter

Olgu : 38 günlük term öncesinde sağlıklı erkek bebek, sağ kol ve boyunu içeren focal bir nöbet aktivitesi ile başvurdu. Öyküsünde 2 gündür uykuya meyil ve beslenmede azalma mevcuttu. Fizik muayenesinde vital bulguları normaldi. Uykuya meyilli ancak kolaylıkla uyandırılılabiliyordu. Sol kolda orta derecede güçsüzlüğü ve santral fasial paralizisi vardı. Hemogramı, enflamasyon belirteçleri, tüm koagülasyon testleri normaldi. Biyokimyasında hafif hiponatremi dışında özellik yoktu. Kranial görüntüleme, orta hat kaymasına yol açan yoğun enfarkt ve ödem ile uyumluuydu (Şekil 1). Yapılan serebral arteriyel anjiyografisi ileri derecede vaskülopati olduğunu gösterdi (Şekil 2). Elde edilen klinik bulgular ve bebeğin yaşı düşünüldüğünde intrauterin dönemde başlayan, kronik zeminde gelişen akut bir olay olduğu düşünüldü. Bu başlıca anterior serebral dolaşımın etkilendiği, internal karotid arterlerin uç kısımları ve ana terminal dallarının tıkaçıcı değişiklikleri ve proliferatif kollaterallerle karakterize nadir bir hastalık olan moya moya ile uyumlu olabilir. Lezyon lokalizasyonu posteriyor sirkülasyonu da etkilediğinden ilk etapta MM düşünülmemiş olsa da literatürde etkilenen vakalar bildirilmiştir. Anjiyografik görüntülemelerde yoğun vaskülopatik değişim ve kollateraller saptanan hastada mevcut durumun idiopatik (Moya moya hastalığı) veya spesifik bir altta yatan durum (Moya moya sendromu) sonucu olabileceği düşünüldü. Klinik olarak stabil olan bebek levatirasetam ve aspirin ile tedavi edildi. Stabil bir klinik seyir izlenen hasta beslenmeye başladı hemodinamik solunumsal ve nörolojik açıdan ek sorun izlenmedi. Geniş tromboz paneli, enfeksiyon ve vaskülit taramaları normaldi.

Sonuç : Serebral iskemi ile gelen bebeklerde, özellikle görüntüleme hastadan orantısız olarak daha kötü olduğunda, en iyi başlangıç

15. ÇOCUK ACİL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-POSTER BİLDİRİLER-

yönetimi konusunda pek çok bilinmeyenler vardır. Görüntülemelere dayanarak tedavi seçimi medikal açıdan ileri riskler yaratabilir. Hastanın klinik durumu seçilecek girişimsel yöntemler ve tedavi olasılıkları açısından yol gösterici olacaktır.

Anahtar kelimeler : Arteriole vaskülopati, moya moya,

P-135

ÜROGENİTAL YABANCI CİSMİN NADİR BİR NEDENİ: VENTRİKÜLOPERİTONEAL ŞANT MİGRASYONU

Ali Korulmaz¹, Mehmet Alakaya¹, Sadık Kaya¹, Vural Hamzaoğlu², Özlem Tezol³, Ali Ertuğ Arslanköylü¹

¹ Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD, Çocuk Yoğun Bakım BD, Mersin

² Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroşirürji AD, Mersin

³ Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD, Mersin

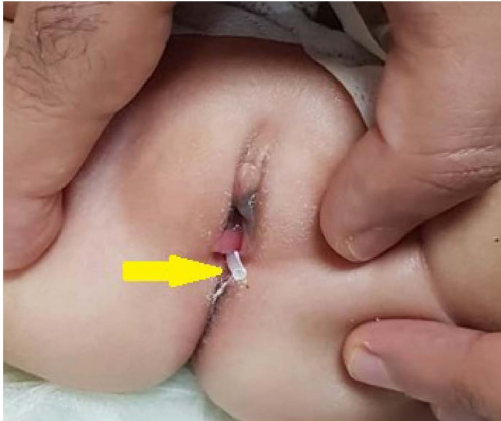
Giriş : Beyin omurilik sıvısının (BOS) yapım ile emilimi arasındaki dengesizlik sonrası serebral ventriküller ile subaraknoid boşlukta aşırı BOS birikimi ile karakterize olan hidrosefalinin birçok nedeni mevcuttur (1). Ventriküloperitoneal (VP) şant pediatrik nöroşirürjide hidrosefalisi olan çocukların tedavisinde BOS akımının düzenlenmesi ve BOS' un periton içine akıtılması için en sık kullanılan yöntemdir (2). Bu olguda vajinada yabancı cisim nedeni ile başvuran VP şantlı bir hasta sunulmuştur.

Olgu : On aylık kız hasta yenidoğan döneminde hidrosefali, anovestibuler fistül ve anal atrezi nedeni ile takipli iken VP şant takılmış ve kolostomi açılmış. Annesi ürogenital bölgede yabancı cisim nedeni ile çocuk acile servisine başvurmuş (Resim 1). Anamnezinde bir kez VP şant revizyonu yapıldığı öğrenildi. Evde bir kez kusması dışında başka şikayeti olmayan hasta için VP şant migrasyonu öntanısı ile beyin cerrahisi konsültasyonu istenmiş. Şant disfonksiyonu olarak değerlendirilen hasta opere edilerek eksternal ventriküler drenaja (EVD) alındı. Postoperatif takiplerinde solunum sıkıntısı olmayan genel durumu iyi olan hasta ikinci gün beslenmeye başlandı. Meropenem tedavisi alan hastanın çıkarılan şanttan alınan kültüründe Klebsiella Oxytoca ve Proteus Mirabilis üredi. BOS kültürlerinde (3 adet) üreme saptanmadı. Hastanın izlem sırasında yoğun bakım yatış ihtiyacı kalmaması üzerine çocuk enfeksiyon servisine devredildi.

Sonuç : Peritoneal komplikasyonlar VP şant başarısızlığının en sık nedenleri arasındadır. Batın içi cerrahi müdahaleler şant disfonksiyonu riskini artırır. Kahire'de yapılmış bir çalışmada VP şant disfonksiyonu ile ameliyat edilen 1092 hastanın 15'inin distal şant migrasyonu nedeniyle başvurduğu bildirilmiştir(3). Bu hastaların şant ucunun 6'sı anüste, 3'ü skrotumda, 1'i kolonda, 1'i peroralde, 1'i üst lomber ekstrüzyonda, 1'i paraspinalde, 1'i peniste ve 1'i umblikusta gözlenmiştir. (3). Olgumuz dört aylık iken bir kez şant revizyonu, Yenidoğan döneminde anovestibuler fistül ve anal atrezi sebebiyle kolostomi açılması nedeni ile batın içi cerrahi müdahalelere maruz kalmasına ikincil VP şant ucunun vajinadan çıkabileceğini gösteren çocuklarda bildirilen ilk olgudur. Bu nedenle fizik muayenenin bir parçası olan ürogenital muayenenin bütün hastalarda titizlikle yapılması gerektiğini vurgulamak isteriz. KAYNAKLAR 1-Kestle JR, Garton HJ, Drake JM: Treatment of hydrocephalus with shunts. Albright AL, Pollack IF, Adelson PD (eds), Principles and Practice of Pediatric Neurosurgery. New York: Thieme, 1999:75-89 2- Ceran C, Karadağ Ö, Gürnlüoğlu K, Önal Ç. Kolon Perforasyonu ve Ventriküloperitoneal şantın Anüsten Protrüzyonu: iki oğu. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2006;13(4):271-273. 3- Ezzat AAM, Soliman MAR, Hasanain AA, et al. World Neurosurg. Migration of the Distal Catheter of Ventriculoperitoneal Shunts in Pediatric Age Group: Case Series. 2018 Jul 19. pii: S1878-8750(18)31551-1. doi: 10.1016/j.wneu.2018.07.073.

Yöntem:

VP distal şant ucu



Ürogenital bölgede görülen yabancı cisim (VP şant distal ucu)

Anahtar kelimeler : Yabancı cisim, VP şant, Beyin Omurilik Sıvısı

15. ÇOCUK ACIL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-POSTER BİLDİRİLER-

P-136

CİDDİ GASTROİNTESTİNAL KANAMALI MECKEL DİVERTİKÜL OLGUSU

Ali Öztürk¹, Hale Çitlenbik¹, Nihan Şık¹, Cemile Kübra Zeybek², Oktay Ulusoy³, Murat Duman¹, Durgül Yılmaz¹

¹ Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Ad, Çocuk Acil Bilim Dalı, İzmir

² Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Ad, İzmir

³ Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Çocuk Cerrahi Ad, İzmir

Giriş : Meckel divertikülü gastrointestinal sistemin en sık rastlanan konjenital anomalisidir. Farklı olgu bildirimleri ile karşılamakta olup, çoğu zaman tanısında zorluklar yaşanabilmektedir. Bu raporda hemodinamik yetmezlik ve derin anemi bulguları ile başvuran meckel divertikül olgusu sunulmuştur.

Olgu : Yirmi sekiz aylık erkek olgu, son iki ay içerisinde iki kez kanlı dışkılama nedeni ile gittikleri hastanede akut gastroenterit tanısı ile izlenmiş. Çocuk acil servisimize ağrısız kanlı gaita yapma ve solukluk nedeni ile getirildi. Fiziki incelemesinde solukluğu, takipnesi, taşikardisi ve sistolik üfürümü saptandı. Hb:3,5 g/dL ve periferik yaymada hemoliz bulgusu yoktu. Sintigrafik incelemesinde divertikülü düşündürülen tutulum vardı. Meckel divertikülü tanısı ile kan transfüzyonu sonrası üçüncü gün divertikülektomi uygulandı. Sitolojik inceleme ile tanısı doğrulanan olgu post-op beşinci günde taburcu edildi.

Sonuç : Çocuklarda alt gastrointestinal kanama pek çok nedenden kaynaklanabilir. Kanama odağının tespiti ciddi kanaması olan olgularda hayati öneme sahiptir. Çocuk acil serviste ağrısız masif alt gastrointestinal kanamalı olgularda meckel divertikülünün erken tanınması önemlidir.

Anahtar kelimeler : gastrointestinal kanama, meckel divertikülü,

P-137

ACIL ULTRASONOGRAFİ İLE TEŞHİS EDİLEN SPONTAN PNEUMOTORAKS OLGUSU

Ali Öztürk¹, Hale Çitlenbik¹, Nihan Şık¹, Oktay Ulusoy², Murat Duman¹, Durgül Yılmaz¹

¹ Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Ad, Çocuk Acil Bilim Dalı, İzmir

² Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Çocuk Cerrahi Ad, İzmir

Giriş : Pneumotoraks; spontan, travmatik veya iatrojenik nedenlerle ortaya çıkabilir. Erişkinlerin aksine çocuklarda primer nedenli spontan pneumotoraks daha az sıklıktadır. Çocuklarda en sık travma veya mekanik ventilasyona bağlı oluşmaktadır.

Olgu : 17 yaşında bilinen bir hastalığı olmayan kız olgu, göğüs kafesinde aniden başlayan, solunumla artan, batıcı tarzda olan ağrı ve solunum güçlüğü nedeni ile çocuk acil servise geldi. Fiziki incelemesinde vital bulgularının stabil, solunum işlevlerinin artmış, sağ akciğer solunum seslerinin ise azalmış olduğu saptandı. Öykü ve fiziki inceleme sonrası olguda spontan gelişmiş pneumotoraks düşünüldü. Acil şartlarında yapılan toraks ultrasonografik incelemesinde hastanın sağ akciğerine yerleşmiş bulunan pneumotaksı doğrulandı. Bakılan x-ray incelemesinde sağda saptanan pneumotaks bulgusu dışında normaldi. Acil toraks tüpü takıldı. Toraks bilgisayarlı tomografisinde sağ akciğer apeksinde bül oluşumu saptanması ile açık torakotomi yapıldı.

Sonuç : Göğüs ağrısı ve solunum güçlüğü olan olgularda pneumotoraks tanısı akla gelmelidir. Bu olguların yönetiminde ultrasonografi kolaylaştırıcı tanısal etkinliğe sahiptir.

Anahtar kelimeler : pneumotoraks, acil ultrasonografi

P-138

YABANCI CİSİM ASPİRASYONU SONRASI PNÖMOMEDİASTİNUM: OLGU SUNUMU

Ali Öztürk¹, Hale Çitlenbik¹, Nihan Şık¹, Ece Önata², Oktay Ulusoy³, Murat Duman¹, Durgül Yılmaz¹

¹ Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Ad, Çocuk Acil Bilim Dalı

² Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Ad, İzmir

³ Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Çocuk Cerrahi Ad, İzmir

Giriş : Yabancı cisim aspirasyonu ve boğulma süt çocuklarının ve özellikle de dört yaş altındaki çocukların önde gelen ölüm ve hastalanma nedenidir. Çocukların boğulduğu en yaygın nesnelere yiyecek, bozuk para, balon ve oyuncaklardır. Acil hekiminin bu gibi vakalarda nasıl bir yol izlemesi gerektiğini bilmek hayati önem taşımaktadır. Bu raporda, solunum güçlüğü ve öksürük yakınması ile yabancı cisim aspirasyonu ve pnömomediastinum tanısı alan bir hastaya acil yaklaşım tartışılmıştır.

Olgu : 31 aylık erkek olgu 3 gündür devam eden öksürük nedeniyle çocuk acil servisine getirildi. Öyküsünde öksürüğünün progresif olduğu ve 15 dakikada bir ataklar halinde tekrarladığı, dispne ve göğüs ağrısı bulgularının olduğu öğrenildi. Fizik bakışında inspiratuar stridoru olan olgunun PA akciğer grafisinde pneumomediastinum bulgularının da olmasıyla yabancı cisim aspirasyonu düşünüldü. Olguya rijid bronkoskopi yapıldı. 2-3 mm boyutlarında kuru yemiş olduğu düşünülen bol sekreatuar tıkaçlı yabancı cisim çıkartıldı. İşlem sonrası iki gün çocuk yoğun bakım ünitesinde izlendi. İzleminde inhale bronkodilatör ve oksijen desteği dışında ek desteğe ihtiyacı olmayan olgu üç gün servis izlemi sonrası taburcu edildi.

15. ÇOCUK ACİL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-POSTER BİLDİRİLER-

Sonuç : Yabancı cisim aspirasyonu acil olarak tedavi edilmesi gereken bir klinik durumdur. Erken tanı ve tedavi mortalite ve morbidite üzerine etkilidir. Acile tipik öksürük atakları ve solunum güçlüğü ile gelen olgularda yabancı cisim aspirasyonu akla getirilmelidir.

Anahtar kelimeler : yabancı cisim aspirasyonu, pnömomediastinum

P-139

NEMALİN ROD MİYOPATİLİ BİR HASTADA TRANSPLANTASYONA KÖPRÜ, TRANSPLANTASYON SONRASI İYİLEŞMEYE KÖPRÜ İÇİN VENÖ-ARTERYAL VE AKCİĞER İYİLEŞMESİNE KÖPRÜ OLARAK VENÖ-VENÖZ 3 AŞAMALI ECMO UYGULAMASI

Sinan Yavuz¹ , Selman Kesici¹ , Zeynel Abidin Öztürk¹ , Mehmet Çeleğen¹ , Murat Güvener² , Benan Bayrakçı¹

¹ Hacettepe Üniversitesi, Çocuk Yoğun Bakım Bilim Dalı, Ankara

² Hacettepe Üniversitesi, Kalp Damar Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

Giriş : Ekstrakorporeal membran oksijenasyon (ECMO) tedavisi veno-arteryel kanül bağlantısı ile kalp akciğer pompası olarak miyokardit, aritmi fırtınası, kardiyopulmoner resüsitasyonun devamı (e-CPR) , post operatif kalp cerrahisi sonrası düşük kardiyak debi, kalp nakli sonrası greft desteklenmesi gibi durumlarda iyileşmeye köprü olarak, kardiyomiyopati, kronik kalp yetmezliği gibi nakil bekleyen hastalarda nakile köprü olarak kullanılabilir. Venö-venöz bağlantı ile ECMO solunum yetmezliği olan ve mekanik ventilatör tedavileri ile yeterli gaz değişimi sağlanamayan hastalarda akciğer destek cihazı olarak kullanılabilir. ECMO tedavisi genelde hastalarda bir endikasyon için tek yöntemle kullanılır. Sunduğumuz bu vakada ECMO üç farklı klinik durum için iki farklı yöntem ile başarılı bir şekilde uygulanmıştır.

Olgu : 9 aylık erkek hasta halsizlik, el ve ayak sırtında şişlik şikayetleri ile başvurdu ve kalp yetmezliği tanısı konularak yoğun bakıma yatırıldı. Ekokardiyografide; biatrial dilatasyon, sağ ventrikülde hipertrofi, sol ventrikül trabekülasyonunda artış, non compaction kardiyomiyopati saptanan hastaya inotrop ve diüretik tedavi başlandı. Medikal tedaviye rağmen kalp yetmezliği devam eden hastaya kalp nakli kararı alındı ve ulusal nakil listesine eklendi. Klinik izleminde letarjik ve absans şeklinde nöbetleri olan hasta uzun süren generalize konvulziyon nedeniyle kardiyopulmoner arrest oldu. Etkin resüsitasyon sonrasında AV tam blok ritim ile dönen hasta eksternal pacemaker takılarak santral venö-arteryal ECMO'ya alındı. Kanülasyon sırasında miyokardın restriktif kardiyomiyopati ile uyumlu olduğu görüldü. Miyokarttan biyopsi amaçlı örnek doku alındı. ECMO takibi için hasta yoğun bakıma yatırıldı. Alınan doku örnekleri Gomom Trikrom boyasında bakıldığında birçok lifte küçük kümeler halinde nemalin rodlar saptandı. Hasta sınıf IA transplantasyon listesine alındı. ECMO'nun 41.gününde hastaya donör bulundu. Kardiyovasküler cerrahi tarafından kalp transplantasyonu yapıldı. Donör kalbin hipertansiyona sekonder hipertrofik olması ve operasyon sırasında hemodinaminin yeterince sağlanamaması nedeniyle hasta trans kalbin iyileşme süreci için tekrar santral venöarteryal ECMO ile yoğun bakıma alındı. İzleminde hipertrofi geriledi ancak akciğer ventilasyonu bozuk olduğu için hasta HFO ya alınarak akciğer bypass amaçlı venö-venöz ECMO'ya alındı. 10. gün venö-venöz ECMO'dan ayrıldı. ECMO'dan ayrıldıktan 10 gün sonra ani bilinci kapanan hastada kardiyak arrest oldu kardiyopulmoner resüsitasyona cevap vermedi. Otopside intrakranial kanama tespit edildi.

Sonuç : ECMO kardiyopulmoner yetmezlik klinik tablolarında iyileşme ve transplantasyona köprü tedavi olarak kullanılmakta olup, hastamızda venö-arteryal yöntemle ilk olarak yetmezlikteki kalbinin nakle, ikinci olarak nakil sonrası donör kalbin iyileşmesine ve üçüncü olarak venö-venöz yöntemle hasta akciğerinin iyileşmesine köprü amacıyla kullanılmıştır.

Anahtar kelimeler : ECMO,nemalin,venövenöz,venöarteryal,transplantasyon,

P-140

JUVENİL İDİOPATİK ARTRİTE İKİNCİL GELİŞEN MAKROFAJ AKTİVASYON SENDROMUNDA PLAZMAFEREZ VE SÜREKLİ RENAL REPLASMAN TEDAVİSİ: OLGU SUNUMU

Sevinç Nursev Özsevik¹ , Özlem Tolu Kendir² , Ali Evren Bilgiç¹ , Kübra Öztürk³ , Ayhan Yaman⁴

¹ Cengiz Gökçek Kadın Doğum Ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi, Gaziantep

² Cengiz Gökçek Kadın Doğum Ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Çocuk Acil Ünitesi, Gaziantep

³ Cengiz Gökçek Kadın Ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Çocuk Romatoloji Ünitesi, Gaziantep

⁴ İstinye Üniversitesi Hastanesi, Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi, İstanbul

Giriş : Hemofagositik lenfositosis (HLH) bağışıklık sisteminin aşırı uyarılmasına bağlı gelişen ilerleyici ve hayatı tehdit eden bir sendromdur. Çoğunlukla bebek ve çocuklarda görülür. HLH'li hastaların çoğunda hastalık akut gelişir ve birden çok organ tutulumu ile seyredir. En sık bulgular ateş, karaciğer ve dalak büyüklüğü, deri döküntüsü, lenfadenopati, nörolojik belirtiler, sitopeniler, serum ferritin düzeyinde yükseklik ve karaciğer fonksiyon testlerinde bozukluktur. Hastaların hızla tanınıp, HLH olasılığı açısından değerlendirilip tedavinin erken başlanması önemlidir. HLH'li çoğu hastada altta yatan bir genetik bozukluk ya da bağışıklık sistemini tetikleyen enfeksiyöz, malignensi, juvenil idiyopatik artritis gibi etkenler vardır. Çocuklarda en sık eskiden Still'in hastalığı olarak bilinen sistemik juvenil idiyopatik artritis ile ilişkilendirilmiştir. JIA ya da diğer romatolojik hastalıklar zemininde HLH geliştiğinde Makrofaj Aktivasyon Sendromu (MAS) olarak isimlendirilmektedir. MAS ayrı bir sendrom olarak düşünülmemelidir.

Olgu : Bu yazıda bir çocuk hastanesinde idiyopatik juvenil artritis tanısı ile takipli MAS düşündüğümüz, başarılı yönetilen 8 yaşındaki bir olgu sunulmuştur. Acile getirildiğinde hastalığı iki yıldır etanersept tedavisi ile kontrol altında olan, iki haftadır ateş ve boğaz ağrısı yakınmaları olduğunu öğrendiğimiz hastamızda klinik ve laboratuvar bulgularıyla MAS düşündük. Kemik iliği aspirasyonu aspirasyonunda hemofagositosis olduğunu gördüğümüz hastamızı, çocuk yoğun bakım ünitesine yatırarak yüksek doz metilprednizolon tedavisine

15. ÇOCUK ACİL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-POSTER BİLDİRİLER-

başladık. Solunum sıkıntısı hızla artan ve hava yolunu kontrol altında izlediğimiz hastamızın seyrinde ağır akciğer ödemi ve pulmoner kanama gözlemledik. Hastamıza yüksek doz steroid, siklosporin, intravenöz immüoglobulin ve anakinra tedavilerine ek olarak üç gün boyunca plazmaferez ve sıvı dengesini ayarlamak için sürekli renal replasman tedavisi uyguladık. Klinik yanıt gözlemlediğimiz hastamızı yatışının sekizinci gününde solunum cihazından ayırdık. Klinik ve laboratuvar tablosu düzelen hastanın hastanemiz çocuk romatoloji bölümüne takibine devam edilmektedir.

Sonuç : MAS tedavisinde öncelikli olarak yüksek doz kortikosteroid, siklosporin, intravenöz immüoglobulin tedavisi ve bazı dirençli olgularda IL-1 karşıtı ilaçlar (kanakinumab, anakinra) kullanılırken ağır seyreden olgularda akut dönemde plazmaferez tedavisinin başarılı olduğu bildirilmiştir. Bu olgumuz MAS'ın erken tanınip hızlı, dinamik yönetilmesi ve ağır olgularda plazmaferez ve sürekli renal replasman tedavilerinin önemine dikkat çekmek amacıyla sunulmuştur.

Anahtar kelimeler : Makrofaj Aktivasyon Sendromu, Plazmaferez, Juvenil idiyopatik artrit

P-141

ÇOCUKLARDA KARIN AĞRISININ NADİR BİR NEDENİ: KİSTİK LENFANJİOM

Murat Doğan¹, Selcan Öztürk¹, Feyza Esen¹, Serkan Özsoylu¹, Müfide Doğru¹, Mehmet Adnan Öztürk¹

¹ Erciyes Üniversitesi, Çocuk Acil Bölümü, Kayseri

Giriş : Karın kistik lenfanjiomu özellikle çocuk yaş grubunda görülen nadir bir konjenital malformasyondur. Lenfanjiomlar selim karakterlidir. Karın içi lenfanjiomlar erkeklerde daha sık görülür. Klinik bulgularına yada oluşan komplikasyonlara (enfeksiyon, kanama, rüptür, torsiyon) bağlıdır. Makalemizde 1ay önce başlayan sağ alt kadranda karın ağrısı ve incelemeler sonucu kistik lenfanjiom tanısı konulan bir olgu sunulmuştur.

Olgu : 10 yaşında erkek hasta son 1 aydır ara sıra olan karın ağrısı şikayetiyle kliniğimize başvurdu. Yapılan fizik muayenesinde sağ alt kadranda hassasiyet ve ele gelen kitle mevcuttu. Laboratuvar incelemesi normal olan hastanın batin ultrasonografisinde (USG) batin sağ alt kadranda 5x5x5cm kitle olarak değerlendirildi. Karın MR sonucunda pelvik bölge sağ yarısında 49x92mm multiloküle kistik kitle olarak değerlendirilen hastanın kistesi çocuk cerrahisi tarafından çıkarıldı. Patoloji sonucunda kistik lenfanjiom olarak raporlandı. Malignite açısından gönderilen NSE, AFP, HCG tetkikleri normal olarak değerlendirildi. Olgu ameliyattan 5 gün sonra taburcu edildi. Ameliyattan sonraki her 3 ayda bir yapılan fizik muayene ve karın ultrasonografisinde patolojik bulgu saptanmadı.

Sonuç : Lenfanjiomlar benign karakterli lezyonlar olup en sık olarak sırasıyla baş-boyun, toraks, pelvis ve batin içinde yerleşirler. Karın içinde de en sık retroperitona yerleşirler, nadiren periton içinde yerleşirler. Batında kisti olan hastalar en sık karın ağrısı ile başvurmakla birlikte bazen kistin torsiyonu, rüptürü ve enfeksiyonu ile akut karın tablosuyla başvurabilirler. Genellikle kitleler küçük olduğu için bulgu vermez ve başka tetkikler yapılırken tesadüfen rastlanır. Lenfanjiomların teşhisi için herhangi bir laboratuvar tetkiki yoktur. Radyolojik görüntüleme yöntemleri teşhiste yardımcıdır. Kesin tanı patolojik değerlendirme sonucunda konulur. Küçük ve klinik bulgu vermeyen lenfanjiomların tedavisi düzenli fizik muayene ve USG ile takip, büyük ve klinik bulgu veren lenfanjiomların tedavisi ise kitlenin çıkarılmasıdır. Son yıllarda özellikle baş-boyun lenfanjiomlarında kitle içine bazı kimyasallar (bleomisin, interferon) uygulanmaktadır. Olgumuzda da kitle büyük ve klinik bulgu olduğu için ameliyatla çıkarılmıştır. Bir yıllık takiplerimizde klinik şikayet olmamış ve USG normal olarak değerlendirilmiştir. Sonuç olarak sürekli karın ağrısı şikayeti olan hastaların dikkatli fizik muayenesi ve ayrıntılı batin USG'si yapılarak lenfanjiomların erken teşhisi yapılarak gelişebilecek komplikasyonlar önlenir. Tedavideki ana prensip kitlenin tamamen çıkarılmasıdır.

Anahtar kelimeler : çocuk, karın ağrısı, kistik lenfanjiom

P-142

ÇOĞU EVDE BULUNAN VE HAKKINDA AZ ŞEY BİLİNEBİLİR MADDE: KAFUR

Ayla Akca Çağlar¹, Aysun Tekeli¹, Halit Halil¹, Nilden Tuygun¹, Can Demir Karacan¹

¹ Sbü Ankara Dr. Sami Ulus Kadın Doğum Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Suam Çocuk Acil Kliniği

Giriş : Kafur, evlerde yaygın olarak bulunan reçete ile veya reçetesiz ulaşılabilen bir çok topikal antitüsif, analjezik, anestezi ve antiipiritik preparatlarda kullanılan hoş kokulu bir siklik ketondur. Ebeveynler ve hekimler tarafından masum bir ilaç olarak kabul edilen kafur içeren bu preparatlar, çocuklar tarafından ağızdan az miktarlarda alındığında bile ciddi zehirlenmelere neden olabilmektedir. En sık ağızdan alım sonrası olmakla birlikte; cilt ve solunum yolu ile maruziyet sonrası bulantı, kusma gibi gastrointestinal sistem yan etkileri dışında hiperaktivite, tremor, baş ağrısı, halüsinasyonlar, bilinç değişikliği, nöbet, solunum durması ve koma gibi merkezi sinir sistemi yan etkileri görülebilmektedir. Burada kafur içeren bir preparat ile zehirlenen bir olgu sunulmuştur.

Olgu : 2,5 yaşında erkek hasta, elinde ve ağızda Viks Vazorub merhem (Resim 1) bulunması sonucu zehirlenme şüphesiyle hastanemize sevk edildi. Hastanın sevk sırasında ambulansla oral alımından yaklaşık 2 saat sonra kısa süreli gözlerini bir noktaya dikme, çenede kilitleme ve jeneralize tonik klonik vasıfta nöbet geçirdiği ve müdahale edilmeden kendiliğinden durduğu 112 ekibi tarafından bildirildi. Tam olarak aldığı miktar bilinmeyen hastanın başvuru sırasında genel durumu iyi, bilinci açıktı. Fizik muayenesinde ağızda Viksi düşündürücü koku dışında patolojik bulgusu yoktu. Vital bulguları stabil idi. Nöromotor gelişimi yaşlarıyla uyumlu olan, özgeçmişinde ve soy geçmişinde özellik olmayan hastanın öncesinde eşlik eden ateş öyküsü veya travma öyküsü yoktu. Hemogram ve biyokimya değerleri normaldi. İzlemede hasta nöroloji bölümüne danışıldı ve yapılan elektroensefalografik incelemesinde epileptik aktivite saptanmadı. İzlemede nörolojik defisiti gelişmeyen ve nöbeti tekrarlamayan hasta sorunsuz taburcu edildi. Poliklinik takiplerinde yapılan kraniyal MR görüntülemesi normal olarak sonuçlandı.

15. ÇOCUK ACIL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-POSTER BİLDİRİLER-

Sonuç : Kafur, alındıktan yaklaşık 5-90 dk içinde konvülzyonlara neden olabilen nörotoksik bir ajandır. Sunduğumuz hasta destekleyici tedavi ile sorunsuz taburcu edilmiş olsa da literatürde kafur zehirlenmesi sonrası status epileptikus gelişen ve solunum depresyonu nedeniyle kaybedilen vakalar bildirilmektedir. Bu olguyla; evlerimizde sıklıkla bulunan ve hakkında az şey bilinen ancak ciddi yan etkilere neden olabilecek kafur zehirlenmesine dikkat çekmek istedik.

Yöntem

(mentol, kafur 1,9 gr, okaliptus yağı, Hindistan cevizi yağı, sedir ağacı yağı, vazelin)



Anahtar kelimeler : çocuk, kafur, nöbet

P-143

LOB VEZİKALENİN NADİR BİR NEDENİ: İMPERFORE HİMEN

Tuğba Ayçiçek¹, Gizem Sorkulu¹, Demet Tekcan², Berat Dilek Demirel³, Tolga İpek³, Nazik Yener⁴

¹ Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD, Samsun

² Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Nefroloji BD, Samsun

³ Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Cerrahisi ABD, Samsun

⁴ Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Yoğun Bakım BD, Samsun

Giriş : İmperfore himen genellikle pubertal dönemde tanısı konan dış genital sistem anomalilerinden biridir. İmperfore himenin neden olduğu hematokolpos, çocuklarda akut üriner retansiyonun nadir bir nedenidir.

Gereç-Yöntem : Çocuk Acil Servis'e idrar yapamama şikayeti ile başvuran ve imperfore himen tanısı alan bir olgu sunulmuştur.

Bulgular : İdrar yapamama ve karın ağrısı şikayeti ile Çocuk Acil Servis'e başvuran 12 yaşındaki kız hastanın yapılan batin muayenesinde glob vezikale palpe edildi. Hastaya mesane kataterizasyonu yapılırken genital bölgede himenin dışarı protrüde olduğu görüldü. Hastaya imperfore himen ön tanısı ile yapılan suprapubik pelvik ultrasonografide (USG) hematokolpos tespit edildi. Hastanın son 6 aydır menstruel siklus yaşadığı ve az miktarda kanaması olduğu öğrenildi. Hasta Çocuk Cerrahisi Bölümü ile konsülte edildi. Çocuk Cerrahisi tarafından yapılan fizik muayenede imperfore himen saptanan hasta opere edildi.

Sonuç : İdrar yapamama şikayeti ile gelen ve muayenesinde glob vezikale saptanan pubertal dönemdeki kız hastalarda imperfore himene akılda tutulmalıdır.

Anahtar kelimeler : glob vezikale, imperfore himen, case report, idrar retansiyonu

P-144

NADİR BİR KARDİYOMİYOPATİ NEDENİ: PULMONER ARTERDEN ÇIKAN ANORMAL SOL KORONER ARTER- ALCAPA SENDROMU

Laçın Cümşüdoğ¹, Tanıl Kendirli¹, Serhan Özcan¹, Merve Havan¹, Tayfun Uçar², Ercan Tutar², Semra Atalay², Zeynep Eyiletlen³, Adnan Uysalel³

¹ Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Yoğun Bakım Bd, Ankara

² Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Kardiyoloji Bd, Ankara

³ Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kalp Ve Damar Cerrahisi Abd, Ankara

Giriş : Sol koroner arterin pulmoner arterden çıkması (ALCAPA) oldukça nadir görülen doğuştan bir kalp hastalığıdır. Yaşamın ilk yılında ameliyat edilmez ise mortalitesi %90'lara kadar çıkmaktadır. Semptom ve bulgular genellikle pulmoner vasküler direncin düş-

15. ÇOCUK ACİL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-POSTER BİLDİRİLER-

tüğü ve sol koroner arter akımının azaldığı erken bebeklik döneminde ortaya çıkar. Olguların çoğu üfürüm duyulması veya konjestif kalp yetmezliği bulgularının varlığı ile tanı alır. Burada dış merkezde Dilate Kardiyomyopati (DKMP) ile takipli olan hasta kardiyak arrest sonrası kalp nakli açısından değerlendirilmek üzere kliniğimize sevk edilen ALCAPA sendromu tanısı alan bir olgu sunulmuştur.

Olgu : 20 aylık kız hasta 3 aylıkken emerken yorulma, morarma şikayetleri olan hastanın yapılan ileri kardiyak tetkikleri sonucunda DKMP tanısı konulmuş. Hasta ani kollaps şeklinde kardiyak arrest gelişmiş ve 20 dakika KPR uygulaması sonrası dönmüş. Hasta bizim Çocuk Yoğun Bakım Ünitesine (YBU) kalp nakli açısından değerlendirilmek amacıyla hava ambulansıyla getirildi. Bakılan tetkiklerinde CK-MB: 15,9 ng/ml, Troponin-I: 926 pg/mL, Myoglobulin: 316,9 ng/ml, Pro-BNP:>35000 saptandı ve Ekokardiyografi sonucu ALCAPA sendromu şüphesi olması üzerine yapılan koroner anjiyografi sonucu sol koroner arterin pulmoner arterden çıktığı saptandı ve ALCAPA sendromu tanısı konuldu. Yatışının 7. gününde düzeltme operasyonu sonrasında ECMO ile YBU'ne alınan hasta postoperatif 11. gününde ECMO'dan dekanüle edildi. ECMO dekanülasyonundan 2 gün sonra hasta sorunsuz ekstübe edildi. Başarılı operasyon sonrası toplam 44 gün YBU de izlenen hasta iyileşme ile taburcu edildi.

Sonuç : ALCAPA nadir görülmesine karşın sıklıkla ölümcül olduğundan erken tanınması önemlidir. Özellikle sol ventrikül fonksiyonları azalmış olguların EKO sırasında koroner arter çıkışlarının dikkatli bir şekilde incelenmesi önem taşımaktadır. Tanının konulması cerrahi tedavi endikasyonudur. Erken cerrahi tedavi ile kür oranı yüksek bir hastalık olup yaşamı tehdit edici komplikasyonlar önlenmiş olur.

Anahtar kelimeler : ALCAPA, ECMO, Kardiyomyopati

P-145

AŞI SONRASI GÖRÜLEN AKUT NEKROTİZAN ENSEFALOPATİLİ OLGU

Oktay Perk¹, Serhat Emeksiz¹

¹ Ankara Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Hematoloji Ve Onkoloji Hastanesi, Ankara

Giriş : Çocukluk dönemi akut nekrotizan ensefaliti bebek ve çocuklarda tanımlanmış nadir bir ensefalopatidir. Nadir görülmeyle birlikte tam iyileşme % 10'un altında olup oldukça kötü prognozlu seyredebilmektedir. Spesifik olmayan viral enfeksiyon sonrasında ateş yüksekliği, hızla bilinç bozulması ve nöbetle karakterizedir. Ayırt edici özelliği kraniyel BT veya MRI'da bilateral talamus, beyin sapı tegmentumda, serebral periventriküler beyaz cevher ve serebellar medullada simetrik ve multifokal lezyonlardır. Spesifik bir tedavisi bulunmamasıyla birlikte erken dönemde steroid ve immünglobulin verilmesi tedavi seçenekleri olarak bildirilmektedir.

Gereç-Yöntem : Altı aylık kız hasta 2 gün önce konjuge aşıların rutin uygulaması sonrasında kasılma ve ani bilinç kaybı ile hastanemize getirilerek yoğun bakım ünitemize alındı. Hikayesinde son zamanlarda yapılmış bir seyahat, geçirilmiş bir enfeksiyon, ilaç kullanımı, travma, ailede nörolojik bir hastalık bulunmamaktaydı. Fizik muayenesinde ateşi 36 C, bilinci kapalı, deserebre postürde, derin tendon refleksleri canlı, hipertansiyonu ve distonik kasılmaları mevcuttu. Entübe edilip birbuçuk dakika süren jeneralize tonik klonik nöbetleri ikili antiepileptikle nöbetleri kontrol altına alınıp, sedasyonsuz GKS=7, bilateral ışık refleksleri zayıf şekildeydi. Meningeal irritasyon bulgusu negatif ve diğer sistem muayeneleri normaldi. Laboratuvar tetkiklerinde tam kan sayımı, serum elektrolit düzeyleri, laktat ve amonyak düzeyi, C-reaktif protein ve eritrosit sedimentasyon hızı normaldi. Serebrospinal sıvı örneğinde protein ve glukoz seviyeleri normaldi, hücre saptanmadı. Serebrospinal sıvı viral kültüründe negatif olarak sonuçlandı. Kan, idrar, solunum sekresyon kültürlerinde patojen bakteri üremesi gözlenmedi. Nazofarıngeal sürüntü örneğinde etken tespit edilemedi. Elektroensefalografide ağır ensefalopati bulgusu mevcuttu, aktif epileptojenik odak saptanmadı. Çekilen kraniyel MRI akut nekrotizan ensefalitle uyumlu bulundu. Hastanın kranial magnetik rezonans(MR) görüntülemesinde bilateral talamuslar, pons ve her iki serebral hemisferde yaygın diffüzyonda kısıtlanma gösteren lezyonlar izlendi. Seftriakson, Oseltamivir ve Asiklovir tedavisi başlandı. İntravenöz immünglobulin verildi. Hastanın distonik kasılmaları oldukça artmıştı Tedavisine klonazepam ve lioresal tedavisi başlandı. Yoğun bakımdaki tedavisi nedeniyle yatışı devam etmektedir.

Sonuç : Özellikle konjuge aşıların rutin uygulaması sonrasında virüsler en sık hastalık etkeni olarak ortaya çıkmaktadır. Akut nekrotizan ensefalopati etyolojisi henüz net olarak bilinmemekle birlikte aşı sonrası görülebilir. Nadir fakat ölümcül bir komplikasyonu olması nedeniyle önemlidir. Çocukluk dönemi akut nekrotizan ensefaliti, bebek ve küçük çocuklarda hızlı bilinç bozukluğu ve dirençli nöbetlerle giden durumlarda ayırıcı tanıda düşünülmelidir. Hastalığa özgül görüntüleme bulguları tanı koydurucu olabilmekte ve bazı vakalarda erken dönem steroid ve immünglobulin tedavisinin prognozu etkileyebildiği bildirilmektedir.

Anahtar kelimeler : Akut Nekrotizan Ensefalit, Aşı, Konvülsyon

P-146

ENERJİ İÇECEKLERİNE BAĞLI GELİŞEN MİYOKARDİT

Oktay Perk¹, Serhat Emeksiz¹

¹ Ankara Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Hematoloji ve Onkoloji Hastanesi, Ankara

Giriş : Miyokardit, kalp kasının akut veya süregelen, enfeksiyon, ilaç, toksin, immün/sistemik hastalık gibi nedenlere bağlı gelişen, kalbin yapısal ve fonksiyonel anormallikleriyle sonuçlanan akut inflamatuvar hastalığıdır. Miyokardit Çocuklarda akut miyokardit insidansı 1-5/100.000'dir. Akut miyokarditin infantlarda mortalite oranı %75 civarındadır. Çocuklarda en sık viral enfeksiyonlar (Coxsackie B virüs) etkindir. Belirtisiz olabileceği gibi kalp yetersizliğinden ani ölüme kadar değişen klinik tabloya sahiptir. Öncelikli tedavi destekleyici olsa da, tıbbi tedavinin yetersiz kaldığı, kalp tutulumu ağır olan hastalarda mekanik ventilasyon, ekstrakorporeal membran oksijenizasyon (ECMO) tedavisi gerekebilir.

Bulgular : 17 yaşında erkek hasta göğüs ağrısı yakınması ile çocuk acil servisimize başvurdu. Herhangi bir hastalığı ve kullandığı bir ilaç olmayan hasta üç gün önce üst solunum yolu enfeksiyonu geçirmiş ve 1 gün öncede alkol ve enerji içeceği almış. Acilde bakılan

15. ÇOCUK ACIL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-POSTER BİLDİRİLER-

tetkiklerinde EKG de ST elevasyonu, kardiyak enzim yüksekliği saptanan hasta myokardit ön tanısı ile yoğun bakım ünitesine yatırıldı. Fizik muayenesinde bilinç açık, genel durumu orta, takipneik, taşikardik suprasternal-interkostal çekişmeleri mevcuttu. Diğer sistem muayeneleri doğaldı. Ateşi 36,6°C, nabız 125/dk, solunum sayısı 26/dk, kan basıncı 85/50 mmHg, Oksijen desteği olmaksızın oksijen saturasyonu (SpO2) %88 idi. Akciğer grafisi, elektrokardiyogram çekildi, kan tetkikleri alındı. Nazal kanül ve pozitif inotrop desteği ile stabilleşen hastamız çocuk kardiyoloji konsülte edildi. Kan gazı, tam kan, Biyokimya ve akut faz reaktanları normaldi. İdrar, solunum sekresyon kültürlerinde patojen bakteri üremesi gözlenmedi. Nazofarengeal sürüntü örneğinde etken tespit edilemedi. Troponin: 3658 (0-20) CK-MB: 42 (0-24) , PRO BNP: 192 (100- 125) yüksekti. Enapril 0,1 mg/kg/gün den başlandı. Üst solunum yolu enfeksiyon hikayesi olması ve troponin artışı nedeniyle IVIG 1 gr/kg/gün 2 gün (MAK. 40 GR/GÜN) verildi. Yatışının 3.gününde kliniği ve 5.gününde troponin düzeyi normale geldi.

Sonuç : Miyokarditte enflamatuvar hücre infiltrasyonu, nekroz ve fibrozis sonucu yaşamı tehdit eden kalp yetersizliği, şok bulguları gelişebilir. Hastanın hemodinamisine göre tedavi planı değişmektedir. Ağır ventriküler işlev bozukluğu, kardiyojenik şok mevcut ise ventriküler yardımcı cihazlar ve ECMO'nun iyileşme sağlanana veya transplantasyon yapılana kadar koruyucu olarak kullanılması önerilmektedir. Günümüzde yaygın kullanılan enerji içeceklerine bağlı toksik miyokardit gelişebileceği ve kan troponin düzeyini aşırı yükseltebileceği göz önüne alınmalıdır.

Anahtar kelimeler : Miyokardit, Enerji İçeceği, Troponin

P-147

ÖLÜMCÜL DOZDA KLORAL HİDRAT ALIMINDA HEMODİYALİZİN ETKİNLİĞİ

Oktay Perk¹ , Serhat Emeksiz¹ ,

¹ Ankara Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Hematoloji Ve Onkoloji Hastanesi, Ankara

Giriş : Kloral hidrat, trikloroasetaldehit monohidrat olarak da bilinir. 3 yaşından küçük çocuk ve infantlarda ağrısız işlemler sırasında en sık kullanılan sedatiflerden biridir. Oral ve rektal yolla 25-100 mg/kgdozunda uygulanır (doz tek uygulamada 1 gramı,günde ise 2 gramı aşmamalıdır). Etkisinin 30-60 dakikada yavaş başlaması ve uzun sürmesi (90- 120dk.) temel dezavantajlarıdır. Süt çocuğunda yarı ömrü 10 saattir. Öldürücü doz 10 gramdır. Bu yazımızda ölümcül doz kloral hidrat alan hastamızın hemodiyaliz tedavisiyle düzelmesini vurguladık.

Olgu : Bilinen herhangi bir hastalığı ve düzenli kullandığı herhangi bir ilaç almayan 7 yaşında kız hasta; baş ağrısı şikayeti nedeniyle dış merkezde kranial MRI çekilmesi için Kloral hidrat reçete edilmiş. Annenin evde 10 gr kloral hidrat vermesi sonrası bilinç kapanması nedeniyle dış merkezden yoğun bakımımıza kabul edildi.Genel durumu kötü, GKS:7,sözlü ve ağrılı uyarana cevabı yoktu.Işık refleksi bilateral minimaldi.Hipotansif ve bigemine ekstrasistoller olması üzerine Hasta entübe edilip inotrop başlandı.Tansiyonu regule edilerek hemodiyaliz yapıldı. Hemodiyaliz bitiminden 2 saat sonra bilinci açılan hasta ekstübe edildi.Yatışının 2.günü servise devredildi. Yatışının 5.günü şifa ile taburcu edildi.

Sonuç : Sedasyon amacıyla yaygın olarak kullanılan Kloral hidrat ilacının uygun dozda ve hastane şartlarında verilmesi hayati önem arzeder.Kloral hidrat zehirlenmesinde ve özellikle ölümcül doz alımlarında hemodiyaliz uygulanması önemlidir

Anahtar kelimeler : Kloral Hidrat, Hemodiyaliz, Çocuk

P-148

METANOL ZEHİRLENMESİ: OLGU SUNUMU

Hazar Doğuş Kuş¹ , Muhammed Talha Karadoğan¹ , Selçuk Uzuner¹

¹ Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

Giriş : Metanol GIS'ten yüksek oranda ve hızlı emilen bir alkoldür (60-90 dakika). Emildikten sonra metanol %90-95'i karaciğerden, %2-5'i böbrekten, minimal bir kısımda akciğerler yoluyla elimine edilir. Metanol toksisitesinden karaciğerde alkol dehidrojenaz enzimi ile metanolün formaldehit ve formik aside dönüşümü sorumludur. Formik asit birikimi klinik belirtiler ile yakın ilişkilidir. Artmış anyon açıklı metabolik asidoz tablosu nedeniyle ölümcül seyirli bir zehirlenmedir. Olgu sunumumuzda erken dönemde ciddi metabolik asidoz tablosu olmayan adolesan bir erkek olguyu sunduk.

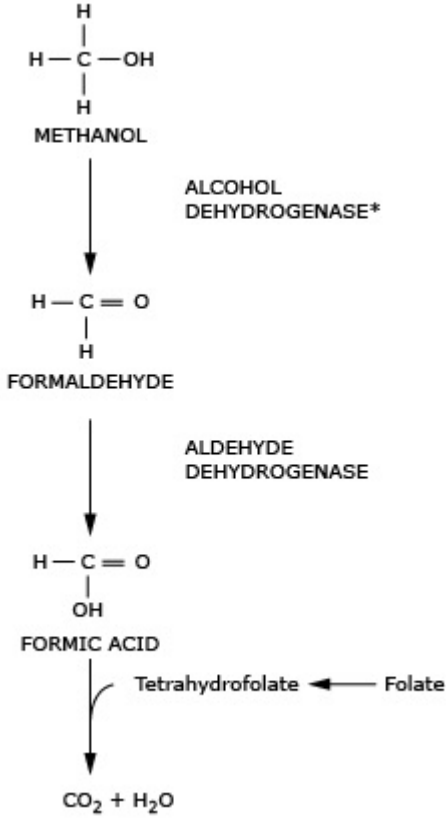
Olgu : Markasını bilmediği alkollü bir içecekten 400-600 ml tükettikten 30 dk sonra bayılma şikayetiyle acil servise getirilen 14 yaşındaki erkek hasta. Bilinci letarjik ve GKS'ü 11 olarak saptandı. 114 zehir danışma ile konsulte edilerek, mide lavajı yapıp hasta çocuk yoğun bakım ünitesine yatırıldı. Özgeçmişinde; C/S ile term doğum olduğu, yenidoğan döneminde ve sonrasında hastane yatışı bulunmadığı ve bilinen hastalığı olmadığı öğrenildi. Aşılı tam ve takipli. Soygeçmişinde; Anne 48 yaşında KOAH, tip 2 diabetes mellitus tanılı. Baba 55 yaşında, astım tanılı. 5 kardeşi sağ sağlıklı. Akriba evliliği yok. Fizik muayenesinde; Genel durumu kötü, bilinç letarjik, TA:110/70 mmhg, KTA :88 vuru/dk, SPO2: %96. Oda havasında soluyor. Solunum sesleri bilateral eşit doğal. Ral yok. Ronkus yok. Kardiyovasküler muayenesi doğal. S1+, S2+, ek ses yok, üfürüm yok. Batın rahat ve doğal. Pupiller izokorik, ışık refleksi doğal. Ense sertliği yok. Miyokloni yok. Kranial sinir muayenesi doğal. Derin tendon refleksleri normoaktif. İştih ve görme normal. Göz ağrısı mevcut. İlk bakılan arter kan gazında Ph:7.34, PCO2:36.8, PO2:176 , HCO3:19.5, BE: -5.6 Laktat: 2.42 olarak saptandı. Ranitidin ve folinik asit başlandı. Fomepizole temin edilemediği için uygulanamadı. %10'luk etanol 10 ml/kg olacak şekilde yüklendikten sonra 1 ml/kg/sa olarak infüzyona devam edildi. Yapılan kan gazı izleminde hastanın metabolik asidozu derinleşti (PH 7.23, PCO2 49.4, PO2 39.8 ,HCO3 20.2, BE -7.4, Laktat:3.63). Görme alanını ve papil ödemi değerlendirmek için yapılan göz muayenesi normal. İzleminin 17. saatinde kan gazı değerleri normale dönene hasta sağlıklı bir şekilde taburcu edildi.

15. ÇOCUK ACIL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-POSTER BİLDİRİLER-

Metanol



Sonuç : Metanol zehirlenmesinde tedaviye erken başlamak metabolitlerin oluşumunu azalttığı için tedavinin temelini oluşturur. Artmış anyon açıklı laktik asidozu olan ergenlerde metanol zehirlenmesini akılda tutmak gerekir.

Anahtar kelimeler : metanol intoksikasyonu, artmış anyon açıklı metabolik asidoz, laktik asidoz, doku hipoksisi,

P-149

AĞIR HİPOTONİ VE AKUT SOLUNUM YETMEZLİĞİ TABLOSUYLA BAŞVURAN VİTAMİN B12 EKSİKLİĞİ OLGUSU

Sinem Polat ¹, Ayhan Yaman ¹, Başak Adaklı Aksoy ², Pınar Karadeniz ¹

¹ İstinye Üniversitesi Bahçeşehir Liv Hospital, Çocuk Yoğun Bakım, İstanbul

² Altınbaş Üniversitesi Tıp Fakültesi, Bahçelievler Medicalpark Hastanesi, Pediatrik Hemato-onkoloji, İstanbul

Giriş : Vitamin B12 eksikliği çocukluk çağında en sık megaloblastik anemi nedenidir. Özellikle gelişmekte olan ülkelerde anne sütündeki eksiklik nedeniyle ilk 2 yaş grubunda anemi, büyüme-gelişme geriliği ve nörolojik bulgular ile karakterizedir. Çocuk yoğun bakım ünitelerine yatışların %30-50'sinin nedeni solunum yetmezliği oluşturmaktadır. Burada ağır hipotoni ve akut solunum yetmezliği ile başvuran Vitamin B12 eksikliği olgusu sunulmuştur.

Olgu : 21 aylık kız hasta, solunum sıkıntısı ve morarma şikayetleriyle başvurduğu acil servisimizden hipotonik infant, aspirasyonpnomonisi ve akut solunum yetmezliği tanılarıyla çocuk yoğun bakım ünitemize kabul edildi. Hasta entübe edildi. Basınç kontrollü SIMV modunda mekanik ventilatöre bağlandı. Hastanın alınan laboratuvar tetkiklerinde: Beyaz küre:17.09k/uL, hemoglobin:3.6g/dL,trombosit:171 k/uL, MCV:116 fl,MCHC:29.8g/dL,RDW:14fl. Folik asit:17.71ng/mL, Vitamin B12:50pg/mL(N:228-1210). Biyokimyası normal. Protrombin zamanı:19.9sn,INR:1.69, aPTT:131.7sn saptandı. Hastaya 20cc/kg dan eritrosit transfüzyonu yapıldı. K vitamini ve taze donmuş plasma verildi. Annede bakılan B12 düzeyi:123pg/mLsaptandı. Hasta pediatrik hematoloji bölümüne konsulte edildi. B12 eksikliği nedeniyle siyanokobalamin tedavi protokolü verildi. Yatışında çekilen beyin tomografisinde: yaygın atrofi saptandı. Takibinde anemisi ve b12 eksikliği düzeldi. Hasta ağır hipotonisite nedeniyle ekstübe edilemedi. Aile trakeostomiye kabul etmedi. Hastanın uzun süreli takibindehipotonisitesi düzeldi. 40 gün entübe izlendikten sonra hasta ekstübe edildi. Kontrol kraniyalMR'ındaatrofiyeseponder hidrocefali gözlemlendi. Hastaya ventriküloperitonealşant takıldı. Hasta yatışının 55. gününde hastaneden taburcu edildi.

Sonuç : Hipotonisite ve solunum yetmezliği ile çocuk yoğun bakıma yatan hastalarda Vitamin B12 eksikliği ayırıcı tanıda düşünülmelidir. Bu tür vakalarda Vitamin B12 tedavi edildikten sonra uzun dönem takibinde hipotonisite düzelebilir.

Anahtar kelimeler : Hipotoni, Akut solunum yetmezliği, Vitamin B12 eksikliği

15. ÇOCUK ACİL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-POSTER BİLDİRİLER-

P-150

KARDİYOPULMONER RESUSİTASYONA BAĞLI PNOMOTORAKS VE PNOMOPERİKARDİYUM OLGUSU

Ayhan Yaman², Sinem Polat², Pınar Karadeniz²

² İstinye Üniversitesi, Çocuk Yoğun Bakım, İstanbul

² İstinye Üniversitesi, Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları, İstanbul

Giriş : Çocuklarda kardiyopulmoner arrestin en sık nedeni solunumsal nedenlerdir. Yapılan çalışmalarda hastane içi kardiyopulmoner arrestlerde yaşam oranı %27, hastane dışı kardiyopulmoner arrestlerde yaşam %8 civarında bulunmuştur. Pnomoperikardiyum, perikard içinde hava bulunması olup pek çok farklı nedene sekonder gelişebilmektedir. Etyolojide en sık neden travma, cerrahi işlemler ve üçüncü sııklıkta komşu organ hastalıklarının perikardı etkilemesiyle oluşur. Burada kardiyopulmoner resusitasyona(CPR) bağlı bilateral pnomotorkas ve pnomoperikardiyum gelişen bir olguyu sunmaktayız.

Gereç-Yöntem : 5 aylık erkek hasta, yatağında nefessiz ve morarmış halde bulunmuş. Hastaya dış merkezde 30 dakika kardiyopulmoner resusitasyon yapıldıktan sonra spontan kan dolaşımı dönmüş. Hasta entübe halde hastane dışı arrest+post CPR+hipoksik iskemik ensefalopati tanılarıyla çocuk yoğun bakıma kabul edildi. Hastanın yoğun bakıma kabulünde kalp hızı:132/dk, tansiyon alınmıyordu. Cilt dolaşımı çok kötüydü. Hasta nöbet geçiriyordu. Midazolam ile nöbeti durdu. Kepra yüklendi. İdameye geçildi. Hastaya sf yüklendi. Dopamin (10mcg/kg/dk) ve adrenalin(0.3mcg/kg/dk) infüzyonu başlandı. Yatışında anürikti. İnotrop desteği ile hastanın tansiyonu yükseldi. İdrar çıkarmaya başladı. Alınan lab: tetkiklerinde: Hastanın beyin tomografisinde yaygın iskemi ve ödem saptandı. Hipertonik salin yüklendi. İdameden devamlı infüzyon verildi. Mannitol verildi. Hastanın takibinde böbrek ve karaciğer fonksiyon testleri normale döndü. Hastanın kontrol beyin tomografilerinde beyin ödemi arttı. Yatışının 9. gününde klinik olarak hastada beyin ölümü düşünüldü. Çekilen karotis doppler ultrasonda: Bilateral karotis arterlerde kreşendo-dekreşendo akım görüldü. Apne testi pozitif saptandı. Beyin sapı reflektleri negatif saptandı. Klinik ve radyolojik bulguları beyin ölümü ile uyumluydu. Hastaya beyin ölümü tanısı konuldu. Aile bilgilendirildi. Aile bebeğinin organ bağışçısı olmasını kabul etti. Sağlık bakanlığı yetkilileri hastanın böbrek ve karaciğer organları nakil sırasında beklenen hastalara nakil edilmek üzere ameliyathaneden aldı.

Bulgular : Hastane dışı arrestler de mortalite ve morbidite oranı çok yüksektir. Arrest sonrası beyin ölümü gelişen hastalar organ donörü açısından değerlendirilmelidir.

Anahtar kelimeler : kardiyopulmoner arrest, kardiyopulmoner resusitasyon, pnomotoraks, pnomoperikardiyum

P-151

KARACİĞER VE BÖBREK NAKLİ İÇİN DONÖR OLAN BEYİN ÖLÜMÜ OLGUSU

Ayhan Yaman¹, Sinem Polat¹, Ayşe Özkan², Mehmet Tokaç²

¹ İstinye Üniversitesi, Çocuk Yoğun Bakım, İstanbul

² İstinye Üniversitesi, Organ Nakil Bölümü, İstanbul

Giriş : Çocuklarda kardiyopulmoner arrestin en sık nedeni solunumsal nedenlerdir. Yapılan çalışmalarda hastane içi kardiyopulmoner arrestlerde yaşam oranı %27, hastane dışı kardiyopulmoner arrestlerde yaşam %8 civarında bulunmuştur. Burada hastane dışı arrest sonrası 9. Günde beyin ölümü gerçekleşen ve karaciğer ile böbrek donörü olan bir olgu sunulmuştur.

Olgu : 5 aylık erkek hasta, yatağında nefessiz ve morarmış halde bulunmuş. Hastaya dış merkezde 30 dakika kardiyopulmoner resusitasyon yapıldıktan sonra spontan kan dolaşımı dönmüş. Hasta entübe halde hastane dışı arrest+post CPR+hipoksik iskemik ensefalopati tanılarıyla çocuk yoğun bakıma kabul edildi. Hastanın yoğun bakıma kabulünde kalp hızı:132/dk, tansiyon alınmıyordu. Cilt dolaşımı çok kötüydü. Hasta nöbet geçiriyordu. Midazolam ile nöbeti durdu. Kepra yüklendi. İdameye geçildi. Hastaya sf yüklendi. Dopamin (10mcg/kg/dk) ve adrenalin(0.3mcg/kg/dk) infüzyonu başlandı. Yatışında anürikti. İnotrop desteği ile hastanın tansiyonu yükseldi. İdrar çıkarmaya başladı. Hastanın beyin tomografisinde yaygın iskemi ve ödem saptandı. Hipertonik salin yüklendi. İdameden devamlı infüzyon verildi. Mannitol verildi. Hastanın takibinde böbrek ve karaciğer fonksiyon testleri normale döndü. Hastanın kontrol beyin tomografilerinde beyin ödemi arttı. Yatışının 9. gününde klinik olarak hastada beyin ölümü düşünüldü. Çekilen karotis doppler ultrasonda: Bilateral karotis arterlerde kreşendo-dekreşendo akım görüldü. Apne testi pozitif saptandı. Beyin sapı reflektleri negatif saptandı. Klinik ve radyolojik bulguları beyin ölümü ile uyumluydu. Hastaya beyin ölümü tanısı konuldu. Aile bilgilendirildi. Aile bebeğinin organ bağışçısı olmasını kabul etti. Sağlık bakanlığı yetkilileri hastanın böbrek ve karaciğer organları nakil sırasında beklenen hastalara nakil edilmek üzere ameliyathaneden aldı.

Sonuç : Hastane dışı arrestler de mortalite ve morbidite oranı çok yüksektir. Arrest sonrası beyin ölümü gelişen hastalar organ donörü açısından değerlendirilmelidir.

Anahtar kelimeler : kardiyopulmoner arrest, kardiyopulmoner resusitasyon, Beyin ölümü, Donör

15. ÇOCUK ACİL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-POSTER BİLDİRİLER-

P-152

NARGİLE İÇME SONRASI KARBONMONOKSİT ZEHİRLENMESİ GELİŞEN OLGU

Emrah Gün¹, Serhan Özcan¹, Merve Havan¹, Edin Botan¹, Tanıl Kendirli¹

¹ Ankara Üniversitesi, Çocuk Yoğun Bakım Bilim Dalı, Ankara

Giriş : Karbonmonoksit(CO) renksiz, kokusuz, tatsız ve iritan olmayan bir gazdır. Karbonmonoksit zehirlenmelerinin en sık nedeni fabrika gazları, odun, kömür, gaz gibi yapısında karbon taşıyan yakıtların tam yanmaması sonucu oluşan karbonmonoksittir. Ülkemizde özellikle kış aylarında ölümle sonuçlanabilen bir morbidite ve mortalite nedenidir. Baş ağrısı, baş dönmesi, ataksi, bilinç değişikliği, taşikardi, bradikardi, disritmi, göğüs ağrısı, şok bulguları gibi klinik bulgular gözlenebilir. Bu olgu sunumunda nargile içme sonrası CO zehirlenmesi tanısı konulan bir olguyu sunuyoruz.

Gereç-Yöntem : On yedi yaşında erkek hasta nargile içme sonrası gelişen bilinç kaybı üzerine başvurduğu dış merkezden tarafımıza sevk edildi. Hastanın çocuk yoğun bakım ünitesine kabul edildiğinde fizik muayenede genel durumu orta, bilinci konfüze, glasgow koma skoru 10, vücut ısısı 36,4°C, solunum sayısı 36/dk, kan basıncı 118/75mm/Hg, nabız 89/dk ve oksijen saturasyonu %95 idi. Özgeçmiş ve soy geçmişinde özellik yoktu. Hastaya dış merkezde kasılmaları olması üzerine diazepam yapılmış ve daha sonrasında kasılmaları durmuş. Laboratuvar incelemede tam kan sayımı, biyokimyasal incelemeler, kan gazları ve elektrokardiyografi (EKG) normal idi. Hastanın kan gazında karboksihemoglobin(COHb) %14.2 saptandı. Hastaya geri solunması oksijen maskesi ile O2 uygulandı. Hastanın 12 saat sonraki kan gazında COHb %1.5 olarak saptandı. Hastanın nargile hazırlarken kalitesiz kömür kullandığı öğrenildi. Şuur bulanıklığı olan hastaya 2 gün hiperbarik oksijen tedavisi verildi. Genel durumu iyi, vitalleri stabil olan hasta yatışının 3. gününde taburcu edildi.

Sonuç : Nargile içme sonrası genel durum bozukluğu, bilinç kaybı olan hastalarda karbonmonoksit zehirlenmesi akılda tutulmalıdır. Neden olarak kalitesiz kömür kullanımı açısından değerlendirilmelidir.

Anahtar kelimeler : karbonmonoksit, zehirlenme, çocuk, hiperbarik

P-153

KÜNT TORAKS TRAVMASI SONRASI GELİŞEN İNTRAKARDİYAK TROMBÜS

Özlem Sarıtaş Nakip¹, Selman Kesici¹, Sultan Göncü¹, Zeynelabidin Öztürk¹, Sinan Yavuz¹, Benan Bayrakci¹

¹ Hacettepe Üniversitesi İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi, Çocuk Yoğun Bakım Bilim Dalı, Ankara

Giriş : Künt kardiyak yaralanmalar çocuklarda nadir görülmekle birlikte ölümcül olabilmektedir. Miyokardiyal kontüzyon, ventrikül ve atriyal duvarların ve kapak rüptürü görülebilir. Miyokardiyal kontüzyon bu yaralanmaların %95'ini oluşturur. Bu olgu sunumu ile özellikle künt toraks travması sonrası gelişebilecek kardiyak komplikasyonların morbidite ve mortalite nedeni olabileceğinin vurgulanması amaçlanmıştır.

Olgu : Sekiz yaşındaki erkek hasta araç içi motorlu taşıt kazası nedeniyle yoğun bakım ünitesine kabul edildi. Öyküsünden sürücü yanı yolcu koltuğunda 40-50 km/sa hızla seyahat ettiği sırada karşıdan gelen başka bir motorlu araç ile kafa-kafaya çarpışma sonucu başını ön cama çarptıktan sonra hava yastıklarının açılması ile birlikte arka koltuğa fırladığı, olay sonrası kısa süreli bilinç kaybı olduğu, diğer sistem muayenelerinin normal olduğu, acil serviste gözlemi sırasında genel durumunda kötüleşme olması üzerine yapılan tetkiklerinde, laboratuvar incelemeleri normal olduğu, koagülasyon testlerinde bozukluk saptanmadığı her iki akciğerde kontüzyon alanları, perikardiyal efüzyon, sol ventrikül içinde iki adet hareketli trombus, perihepatik serbest sıvı, L5 vertebra fraktürü saptandığı, kardiyak manyetik rezonans görüntülemesinde laserasyon olmadığının görülmesi üzerine antikoagülan tedavi başlandığı öğrenildi. Hastanemizde izleminin ikinci gününde sağ santral fasiyal paralizi ve sağ üst ekstremitede güçsüzlük gelişmesi üzerine yapılan santral sinir sistemi görüntülemesinde sol hemisferal ve derin gri cevher yapılarında difüzyon kısıtlılıkları görüldü. Tromboembolik olay olarak değerlendirildi. Trombofilik yatkınlığı açısından yapılan incelemeler sonucu protein C ve protein S düzeylerinde orta derecede eksiklik tespit edildi. Faktör V Leiden, MTHFR ve PAI mutasyonu tespit edilmedi. Hemoperikardiyum şüphesi nedeniyle fibrinolitik tedavi verilmeydi. Antikoagülan tedavinin 7. gününde koroner ve üç boyutlu kardiyak görüntülemelerde trombusun kaybolduğu görüldü. Tedavinin 12. gününde daha önce 2/5 olan üst ekstremitelere kas kuvveti 4/5 olarak değerlendirildi. Hasta genel pediatri servisine devredildi. Antikoagülan tedavi 14 gün sonunda kesildi. Fizik tedavi ve destek tedavilere devam etmeye taburcu edildi.

Sonuç : Majör travmalar sonrası koagülasyon bozuklukları sık görülür. Çoğunlukla travmanın tetiklediği dissemine intravasküler koagülasyon tablosuna hemoraji nedeniyle yapılan masif kan transfüzyonları da katkıda bulunur. Geçirilen cerrahi operasyonlar, damar içi kateterler, immobilizasyon nedeniyle de tromboembolik olaylara yatkınlığı artırmaktadır. Genellikle venöz tromboemboli, derin ven trombozu, dural sinüs trombozu ve pulmoner tromboemboli şeklinde görülmektedir. Literatürde genç erişkin bir hastada travmanın erken döneminde sağ kalp kaynaklı tromboz ve ardından pulmoner tromboemboli geliştiği bildirilmiş olup, pediatrik vakalarda henüz tanımlanmamıştır (PMID: 28765479). Travma sonrası erken dönem intrakardiyak trombus çok nadir görülse de sunulan vakada olduğu gibi mortalitesi ve morbiditesi yüksek komplikasyonlara yol açabileceği için travma hastalarında akılda tutulmalı ve araştırılmalıdır.

Anahtar kelimeler : toraks, travma, trombus

15. ÇOCUK ACİL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-POSTER BİLDİRİLER-

P-154

MAJÖR AORTİKOPULMONER KOLLATERAL ARTER NEDENİYLE PULMONER KANAMA GEÇİREN HASTA SERİSİ

Özlem Sarıtaş Nakip¹, Selman Kesici¹, Zeynelabidin Öztürk¹, Sultan Göncü¹, Sinan Yavuz¹, Ahmet Aydın², Hakan Aykan³, Bora Peynircioğlu⁴, Benan Bayrakci¹

¹ Hacettepe Üniversitesi İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi, Çocuk Yoğun Bakım Bilim Dalı, Ankara

² Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri, Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, Ankara

³ Hacettepe Üniversitesi İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi, Çocuk Kardiyoloji Bilim Dalı, Ankara

⁴ Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri, Radyoloji Anabilim Dalı, Ankara

Giriş : Ventriküler septal defekt (VSD) ile birlikte görülen pulmoner atrezi Fallot tetralojisinin ağır bir formu olup hastalığın prognozu pulmoner damarların konfluensi ile yakın ilişkilidir. Bu hastalarda çoğu zaman geniş bir patent duktus arteriozus pulmoner kanlanmayı sağlarken, bir grup hastada direk olarak arteriyal dolaşımdan köken alan kollateral damarlar aracılığı ile (majör aortikopulmoner kollateral arterler, MAPKA) pulmoner dolaşım sağlanır. Çok aşamalı ameliyatlardan sonra düzeltme yapılan bu hasta grubunda öncelikle santral şant ile pulmoner kan akımı sağlanıp, pulmoner damarların gelişmesine izin verdikten sonra en uygun zamanda kondüit aracılığı ile düzeltme ameliyatı yapılır. Burada şant uygulanmasına rağmen MAPKA nedeniyle pulmoner kanama ile komplike olmuş üç hastayı sunmaktayız.

Olgu : Olgu 1: Beş yaşında kız hasta, öykü ve epikrizinden prenatal dönemde saptanan konjenital kalp hastalığı nedeniyle izlendiği, postnatal yapılan ekokardiyografik incelemelerinde geniş VSD, pulmoner atrezi, kesintili arkus aorta ve MAPKA ile dolan pulmoner arter yatağı tespit edilmesi üzerine izleme alındığı ve altı aylık iken santral şant ameliyatı uyguladığı, üç yaşında iken dekompanse olması üzerine acil sol Blalock-Taussig (BT) şant uygulandığı, tekrarlayan akciğer enfeksiyonları nedeniyle beş kez hastaneye yatış öyküsü ve klinik takiplerinde şant akımlarında azalma olan hastaya sağ pulmoner arter rekonstrüksiyonu ve sağ BT şant yapılmasına karar verildiği öğrenildi. Ameliyat sırasında masif pulmoner kanama olması ve kardiyopulmoner bypass pompasından ayrılamaması üzerine ekstrakorporeal membran oksijenasyon (ECMO) uygulandı. Üç gün ECMO desteği ile izlendikten sonra başarılı bir şekilde ayrıldı. Ancak izleminde ventilasyonunu bozacak kadar masif pulmoner kanama gelişmesi üzerine hastaya bronkoskopi yapıldı; aktif kanama odağına rastlanmadı. Bunun üzerine sağ MAPKA ve sol ana bronşiyal arter embolizasyonu uygulandı. Embolizasyon işleminden sonra pulmoner kanaması olmayan hastaya ekstübasyon başarısızlığına bağlı uzamış entübasyon nedeniyle trakeostomi açıldı. Ev tipi mekanik ventiliatör ile taburcu edildi. Olgu 2: Onsekiz aylık erkek hasta, öykü ve epikrizinden prenatal 22. haftada konjenital kalp hastalığı tespit edildiği, preterm eylem nedeniyle 27 haftalık iken ikiz eşi olarak doğduğu, postnatal yapılan ilk değerlendirmesinde çift girimli sol ventrikül, pulmoner atrezi ve MAPKA ile kanlanan pulmoner arter yatağı tespit edildiği, dört aylık iken santral şant uygulandığı, 16 aylık iken kateter anjiyografi ile değerlendirildiği ve Glenn ameliyatı yapılmasına karar verildiği öğrenildi. Ameliyat sonrası yoğun bakımda izlemi sırasında sık sık ventilasyonu bozacak kadar şiddetli pulmoner kanaması oldu. Girişimsel radyoloji tarafından MAPKA embolizasyonu uygulandı. Embolizasyon işleminden sonra pulmoner kanaması olmayan hastaya ekstübasyon başarısızlığına bağlı uzamış entübasyon nedeniyle trakeostomi açıldı. Ev tipi mekanik ventiliatör ile taburcu edildi. Olgu 3: Dört yaşında kız hasta, öykü ve epikrizinden ilk defa altı aylık iken morarma nedeniyle lokal hastaneye başvurduğunda pulmoner atrezi, ventriküler septal defekt, düzeltilmiş büyük arter transpozisyonu, pulmoner arterlerde hipoplazi tespit edildiği, sağ modifiye BT şant yapıldığı, poliklinik izlemlerinde çabuk yorulma ve siyanoz atakları olan hastanın ekokardiyografisinde sağ ventrikülde genişleme ve atriyoventriküler kapak yetmezlikleri tespit edildiği, katater anjiyografi sonucu sol pulmoner arter rekonstrüksiyonu ve Glenn ameliyatı (bidirectional cavapulmonary anastomosis) yapılmasına karar verildiği öğrenildi. Komplikasyonsuz geçen operasyonun ardından yoğun bakımda izlenmeye başlandı. Postoperatif ekokardiyografik incelemelerinde kapak yetmezliklerinin olmadığı, şant akımlarının yeterli olduğu görüldü. Postoperatif altıncı gün pulmoner kanaması oldu. Trombosit sayısı ve koagülasyon parametreleri normaldi. Akciğer grafisinde özellikle sağ akciğer de olmak üzere yer değiştiren opasiteler, atelektezilere rastlandı. Pulmoner kanama etiyojisine yönelik anjiyografi çekildi ve sağ ve sol subklavian arterlerden köken alan çok sayıda kollateral damarlar ile akciğer kanlanmasının arttığı gözlemlendi. Bu damarlara yönelik embolizasyon işlemi uygulanması planlandı.

Sonuç : Önceleri trunkus arteriozusun bir alt tipi olduğu düşünülen ventriküler septal defekt, pulmoner atrezi ve MAPKA birlikteliğinin son yıllarda farklı bir grup kompleks konjenital kalp hastalığı olduğu anlaşılmıştır. Bu grup hastalarda uygulanacak ameliyat seçimi de yine pulmoner arterin durumuna bağlıdır. Pulmoner arter çapı azaldıkça tedavinin kompleksliği artmaktadır. Yagihara ve arkadaşları 1996 yılında 50 vakalık bir seride hastalığı sınıflamış ve ameliyatı dört ana gruba ayırmıştır. Özellikle pulmoner atrezinin ön planda olduğu grupta unifokalizasyon işlemi ile MAPKA'ların direk olarak pulmoner dolaşıma yönlendirilir. Tek ventrikül fizyolojisine sahip siyanoik konjenital kalp hastalıklarında da benzer mekanizma ile pulmoner atrezi/hipoplazinin derecesine göre akciğer kanlanması belirli bir düzeyde MAPKA'lar ile sağlanabilmektedir. Bu hastaların özellikle pulmoner arteri bypass edici şant ameliyatlardan sonra gelişen akciğer volüm yükünün artışı ile birlikte pulmoner kanamalar görülebilir. Bu üç vakada olduğu gibi postoperatif erken dönemde pulmoner komplikasyonlara neden olabilir. Böyle durumlarda MAPKA'ların embolizasyonunun hayat kurtarıcı olduğunu düşünmekteyiz. Daha da önemlisi bu hastaların preoperatif dönemde kardiyak anatomisinin ayrıntılı olarak belirlenmesi ve uygulanacak ameliyat tipinin bu yönde seçilmesi mortalite ve morbidite üzerine etkili olacaktır.

Anahtar kelimeler : embolizasyon, konjenital kalp hastalığı, MAPKA, pulmoner atrezi

15. ÇOCUK ACİL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-POSTER BİLDİRİLER-

P-155

CİDDİ STRİDOR NEDENİ: BİLATERAL VOKAL KORD PARALİZİSİ

Serhat Emeksiz¹, Yasemin Men Atmaca¹, Ganime Ayar¹, Halil İbrahim Yakut¹

¹ S.B.Ü. Ankara Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Hematoloji Ve Onkoloji Hastanesi, Çocuk Yoğun Bakım, Ankara

Giriş : Bilateral vokal kord paralizi ciddi stridora neden olan bir durumdur. Doğum travması, asfiksi, merkezi sinir sistemi (MSS) anomalileri ve konjenital hastalıklara bağlı olarak vokal kord paralizi görülebilir. Biz burada akut bronşiolit tanısı ile dış merkezde tedavi aldıktan sonra şikayetleri devam etmesi üzerine hastanemize başvuran bilateral konjenital vokal kord paralizili vaka sunuyoruz.

Olgu : Üç aylık erkek hasta hastanemize solunum sıkıntısı, takipne, stridor şikayetleri ile başvurdu. Hikayesinde hastanemize başvurmadan 2 gün önce dış merkezde akut bronşiolit ön tanısı ile acil gözlemede tedavi aldığı öğrenildi. Fizik muayenesinde hastanın sakin halde solunum sıkıntısının olmadığı ancak uyanık ve ajite iken belirgin retraksiyonlarının ve solunum sıkıntısının olduğu farkedilmesi üzerine kulak burun boğaz tarafından yapılan laringoskopik muayenesinde bilateral vokal kord paralizi tespit edildi. Kulak burun boğaz tarafından bilateral lateterizasyon uygulandı. Etiyolojisinde bir sebep bulunamadı ve konjenital bilateral vokal kord paralizi olarak değerlendirildi. Hasta operasyon sonrası iki gün yoğun bakımımızda takip edilerek şifa ile taburcu edildi.

Sonuç : Vokal kord paralizi çok sık karşılaşılan bir durum olmamakla birlikte ciddi stridor ve solunum sıkıntısına neden olabilir. Stridor, takipne şikayeti ile başvuran yenidoğan ve infantlarda laringomalazi, trakeomalazi, trakea ve larenkse bası, vokal kord paralizi, subglottik stenoz ve trakenin damarsal anomalileri ayırıcı tanıda akla gelmelidir. Vakamızda olduğu gibi ciddi stridorda uyku durumunda ve sakinken şikayetlerin azalması ayırıcı tanıda vokal kord paralizisini düşündürmelidir. Uygun cerrahi müdahale ile tam iyileşme sağlanabilmektedir.

Anahtar kelimeler : Stridor, vokal kord paralizi, bronşiolit

P-156

KOLŞİSİN ZEHİRLENMESİNE İKİNCİL GELİŞEN GEÇİCİ 1.DERECE AV BLOK OLGUSU

Dilara Kıyak¹, Selman Kesici², Umay Kavgacı¹, Bekir Karakaya¹, Lale Celilova¹, Zeynelabidin Öztürk², Benan Bayrakçı²

¹ Hacettepe Üniversitesi İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı

² Hacettepe Üniversitesi İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi Çocuk Yoğun Bakım Bilim Dalı

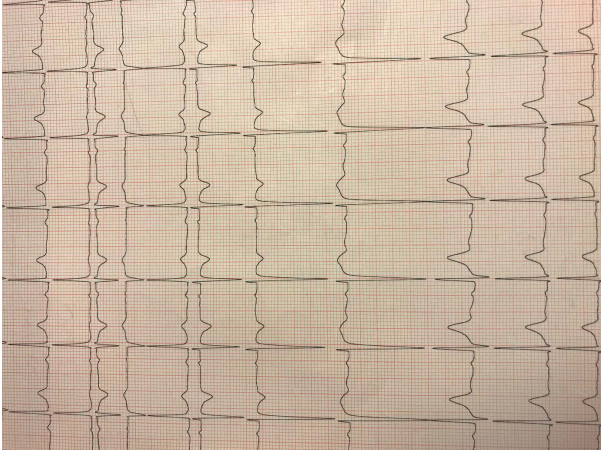
Giriş : Kolşisin; gut, psödogut, Behçet hastalığı, Ailesel Akdeniz Ateşi hastalığı tedavisinde sıklıkla kullanılan bir ilaçtır. Terapötik indeksinin dar olması nedeniyle, yüksek miktarda alındığında ölümcül etkileri olabilir. Hastalarda sıklıkla ishal, kusma, karın ağrısı gibi semptomlar görülmekle birlikte; myelosupresyon, kardiyovasküler kollaps, böbrek yetmezliği, periferik nöropati, disritmiler gibi bir çok komplikasyon gözlenebilir.

Olgu : u yazıda özkıyım amaçlı fazla miktarda Kolşisin alma öyküsü olan 16 yaşında bir erkek hastadan bahsedildi. Hastanın başvuru anındaki şikayetleri bulantı, kusma şeklindeydi. Hastanemiz çocuk yoğun bakım ünitesine yatırılan hastaya aralıklı aktif kömür verildi. Plazma değişimi tedavisi uygulandı. Hastanın kemik iliği tutulumuna ikincil sitopeni tablosu belirginleşti, granülosit koloni stimüle edici faktör verildi. Monitorize izlenen hastanın, takiplerinde bradikardisi gözlemlendi. Elektrokardiyogramında 1. Derece AV Blok saptandı.

Sonuç : Kolşisin zehirlenmesinde; beklenmedik semptom ve bulgularla karşılaşılabileceği için, gözlenen semptomların erken tanısı ve tedavisi hayati öneme sahiptir. Sonuç olarak; kolşisin zehirlenmelerinde kalpte ölüme dahi yol açabilen, ritim bozuklukları görülebilmektedir. Bu nedenle hastaların, dozdan bağımsız olarak, yoğun bakım şartlarında, monitorize izlenmesi gerekmektedir. Kolşisin zehirlenmesinde böyle bir elektrokardiyogram bulgusu olması nedeniyle bu vakanın, çocuk sağlığı ve hastalığı uzmanlarına katkısının olabileceği düşünüldü.

Yöntem

1.Derece AV Blok



PR aralığına uzama mevcut.

Anahtar kelimeler : kolşisin , intoksikasyon , aritmi

15. ÇOCUK ACİL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-POSTER BİLDİRİLER-

P-157

ELTROMBOPAG İLİŞKİLİ ÇOKLU ORGAN YETMEZLİĞİNDE HEMODİYALİZ ETKİNLİĞİ

Ayhan Yaman¹, Sinem Polat¹, Pınar Karadeniz², Mahya Sultan Tosun³, Ozan Özkaya⁴

¹ İstinye Üniversitesi Bahçeşehir Liv Hospital, Çocuk Yoğun Bakım, İstanbul

² İstinye Üniversitesi Bahçeşehir Liv Hospital, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, İstanbul

³ İstinye Üniversitesi Bahçeşehir Liv Hospital, Çocuk Gastroenteroloji, İstanbul

⁴ İstinye Üniversitesi Bahçeşehir Liv Hospital, Çocuk Nefroloji, İstanbul

Giriş : Kronik idiyopatik trombositopenik purpura (ITP) altı aydan uzun süren trombositopeni ve genellikle deri ve mukoza kanamalarıyla kendini gösteren otoimmün bir hastalıktır. Tedavide steroid, IVIG ve İV anti-D+ kullanılır. Dirençli olgularda Rituksimab, Romiplastim, Sirolimus, dapson ve Eltrombopag ve splenektomi önerilmektedir. Eltrombopag trombopetin reseptör agonisti olarak TPO reseptörlerine bağlanarak trombosit sayısını artırır. Eltrombopag kullanımı ile ilgili veriler azdır. Burada Eltrombopag kullanımı sonrası çoklu organ yetmezliği gelişen bir olgu sunulmuştur.

Olgu : 13 yaşında kız hasta kronik immün trombositopenik purpura tanısıyla 10 yıldır takipliymiş. Son bir yıldır eltrombopag kullanıyormuş. Daha önce trombosit değeri 2500000 e çıktığı için ilaca ara verilmiş. Eltrombopag 25mg ile başlanmış. Sonra 50mg a çıkılmış. Son 2 aydır 75mg kullanıyormuş. 1 ay önce bakılan trombosit 450.000 saptanmış. Hasta başvurudan 1 gün önce gece saat 23:00 civarında 75mg eltrombopag aldıktan sonra 7-8 kez kusmaya başlamış. Ateş, ağrı, öksürük ve ishali olmamış. Dış merkezde bakılan tetkiklerinde: trombosit sayısı: 3.191.000/mm³, kan gazında: pH:7.04 pco₂:37, PaO₂: 65, hco₃: 5, BE:--27, laktatı:21 bulunmuş. Hastanın bilinci kapanmış. Hasta entübe edilip tarafımıza sevk edildi. Hasta kronik ITP+Eltrombopag zehirlenmesi+Trombositoz+ağır metabolik asidoz+dekompanse şok+çoklu organ yetmezliği(solunum, kardiyak, nörolojik, ,hepatik, renal) tanılarıyla çocuk yoğun bakım ünitesine yatırıldı. Hastaya dopamin(10mcg/kg/dk) ve noradrenalin(0.3mcg/kg/dk) infüzyonu başlandı. Hastanın dirençli metabolik asidozu için hco₃ tedavisi başlandı. Yanıtı olmadı. Pt ptt ve inr yüksekliği nedeniyle k vit ve tdp verildi. Hastada hco₃ tedavisine dirençli metabolik asidoz+idrar çıkışı iyi olmasına rağmen hiperpotasemi(K:6.8) ve Eltrombopag toksisitesi nedeniyle hemodiyaliz endikasyonu konuldu. Hastaya sağ juguler 10 Fr hemodiyaliz kateteri takıldı. M100 set ile 40cc/kg dan yüksek diyaliz hızında hemodiyaliz yapıldı. Takipte 6. Saatte kan gazında asidozu düzeldi. Laktatı geriledi. Yatışının 36. Saatinde hasta ekstübe edildi. İnotropları 2. Günde kesildi. 7. Günde tüm organ yetmezlikleri düzeldi. Hasta yatışının 10. Gününde şifa ile taburcu edildi.

Sonuç : Eltrombopag son 10 yıldır kronik ITP tedavisinde kullanılan yeni bir ilaçtır. Literatürde yan etkileri ilgili veri çok azdır. Eltrombopag ilişkili çoklu organ yetmezliği literatürde bildirilmemiştir.

Anahtar kelimeler : İmmün trombositopenik purpura, Eltrombopag, Çoklu Organ Yetmezliği, Hemodiyaliz

P-158

BETA BLOKÖR İNFÜZYONUNA CEVAP VEREN ADENOZİN REFRAKTER SUPRAVENTRİKÜLER TAŞIKARDİ

Pınar Bayraktar¹, Serhat Emeksiz¹, Hazım Alper Gürsu¹, Ganime Ayar¹, Yasemin Men Atmaca¹

¹ S.B.Ü. Ankara Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Hematoloji Ve Onkoloji Hastanesi, Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi, Ankara

Giriş : Supraventriküler taşikardi (SVT) çocukluk çağıında ve bebeklik döneminde semptomatik taşikardinin en sık nedenidir. Çocuklarda ve ergenlerde SVT'nin yaygın belirtileri arasında çarpıntı, göğüs ağrısı, yorgunluk ve baş dönmesi bulunur. SVT sırasında çekilen EKG, bebeklerde genellikle 220-280 atım/dk ve daha büyük çocuklarda 180- 240 atım/dk olan bir hız ile düzenli bir ritim (düzenli RR aralığı) sergiler. Çoğu durumda, QRS kompleksi dardır (<80 msn), P dalgaları yok veya anormaldir. Hafif veya semptomsuz olan çocuklarda vagal manevralar denenmelidir. Adenosin , SVT'nin akut tedavisi için tercih edilen ilaçtır. Adenozine refrakter SVT vakalarında prokainamid ve amiodaron ve beta blokerler kullanılabilir. Burada beta blokör ile kontrol altına alınan bir SVT olgusu sunulmuştur.

Olgu : 3 gündür olan sıkıştırıcı vasıflı göğüs ağrısı ve çarpıntı şikayeti dış merkeze başvuran 9 yaşında kız hastanın, fizik muayenesinde kalp hızı:190-200 atım/dk ve EKG'si SVT ile uyumlu olması üzerine tekrarlayan dozlarda adenosin yapılmış. Cevap alınamayınca amiodaron 5 mg/kg'dan iv yükleme başlanmış. İleri tetkik ve tedavi amacı ile yoğun bakımımıza kabul edildi. Yoğun bakım ünitemize geldiğinde KTA:214 atım/dk olan hastaya tekrar adenosin yapıldıktan sonra 10 mcg/kg/dk hızından amiodaron infüzyonu başlandı. Ancak takibinde SVT'si devam etmesi üzerine 500 mcg esmolol iv yükleme yapıldı ardından 200 mcg/kg/dk esmolol infüzyonu başlandı. Esmolol tedavisinin 2. saatinde ritmi sinüs ritmine dönen ve KTA:70-100 atım/dk arasında seyreden hastanın esmolol ve amiodaron gidiş hızı tedrici olarak azaltılarak 24 saatin sonunda kesildi. Hastaya 2 mg/kg/gün'den 3 dozda propranolol oral ve 4.5mg/kg/gün'den 2 dozda amiodaron oral başlanarak taburcu edildi

Sonuç: Adenozine refrakter SVT vakalarında i.v. antiaritmik tedavi için seçenekler prokainamid ve amiodaron dır. Beta blokerler başlangıçta adenosine cevap vermeyen ve hemodinamik olarak stabil olan vakalarda (ivesmolol veya oral propranolol) alternatif tedavi olarak kullanılabilir.

Anahtar kelimeler : Supraventriküler Taşikardi, Beta Blokör, Adenosin

15. ÇOCUK ACIL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-POSTER BİLDİRİLER-

P-159

TEK TARAFLI PERİTONSİLLER APSE DRENAJİ ÖYKÜSÜ OLAN ÇOCUK HASTADA TEKRARLAYAN BİLATERAL PERİTONSİLLER APSE

Leman Akcan Yıldız¹, Özlem Tekşam¹, Dilara Unal²

¹ Hacettepe Üniversitesi İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi, Çocuk Acil Bilim Dalı, Ankara

² Hacettepe Üniversitesi İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi, Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları, Ankara

Giriş : Peritonsiller apse (PTA) tonsillerin tek taraflı şişmesi, ses kısıklığı, trismus, tek taraflı odinofaji, uvulanın etkilenmemiş tarafa yaklaşması ve ateşle karakterizedir. PTA adölesanlarda sıktır. En sık sebep olan mikroorganizmalar Grup A streptokoklar ve S.aureus'tur. Peritonsiller apse nadiren bilateral olabilir. Bu durumda uvula anteriora doğru yer değiştirir. PTA klinik bir tanı olup, seçilmiş vakalarda tanı ultrasonografi ile desteklenebilir. Apsenin derin dokulara invazyonunu değerlendirmek için bilgisayarlı tomografi (BT) yararlıdır. Ampirik tedavide streptokok ve stafilokoklara yönelik antibiyotikler tercih edilmelidir. PTA genellikle cerrahi drenaj gerektirir. Uygulayacak kişinin tecrübe ve becerisine göre işlem acilde veya ameliyathanede yapılabilir. Koopere olacak büyük çocuklarda işlem öncesi sedasyon gereksizdir. Drenaj ve aspirasyondan sonra antibiyotik tedavisi başlanmalıdır. Hasta iyileşme göstermiş ve oral antibiyotikleri tolere eder hale gelmişse amoksisilin-klavulanat veya klindamisin ile taburcu edilebilir. Hastalar yatış gerektiriyorsa ampisilin-sulbaktam veya klindamisin uygun tedavilerdir (1).

Olgu : Yedi yaşında kız hasta çocuk acile dört gündür olan ateş, boğaz ağrısı, yutma güçlüğü yakınmaları ile başvurdu. Öyküsünden bir yıl önce peritonsiller apse tanısıyla tonsiller insizyon ve drenaj yapıldığı öğrenildi. Hasta düşkün ve halsiz görünümde, vücut sıcaklığı 38,6 °C, nabız 140 /dk idi. Orta derecede dehidrate olan hasta ağızını kapatmada zorlanıyor, ağızından salyaları akıyordu. Orofarenks muayenesinde her iki tonsil simetrik büyümüş ve inflame görünümde, uvula orta hatta yerleşimli yumuşak damak ödemi vardı. Bilateral hassas submandibular lenfadenopati mevcuttu. Diğer sistem muayeneleri doğaldı. Hastanın laboratuvar sonuçları değerlendirildiğinde; lökosit 27500/µL, nötrofil 22100/µL, eritrosit sedimentasyon hızı 92 mm/saat, C-reaktif protein 22,7 mg/dL olarak saptandı. Peritonsiller apse ön tanısıyla çekilen boyun BT'sinde; sağda 27x18 mm, solda 27x12 mm ortası hipodens düşük dansiteli apse ile uyumlu görünüm tesbit edildi. Hastaya bilateral iğne aspirasyonu yapılarak toplam 7 ml pürülan apse materyali boşaltıldı. İntravenöz antibiyotik (Sulbaktam-Ampisilin) tedavisi başlanarak hastaneye yatırıldı. Tedavinin üçüncü gününde fizik muayenesinde bilateral tonsillerde hipertrofi saptanması üzerine aspirasyonun yeterli olmadığı düşünülerek genel anestesi altında peritonsiller abse açma işlemi uygulandı ve ponksiyonda her apse alanından 2 ml kadar geleni oldu. Aspirasyon sıvı kültüründe Streptokok pyogenes üremesi oldu. Hasta yatışının beşinci gününde tedavisine oral antibiyotik ile devam edilmesi planıyla taburcu edildi.

Sonuç : Bilateral PTA'nın ayırıcı tanısında ağır bakteriyel tonsillit, infeksiyöz mononükleoz, lenfoma, majör tükrük bezi karsinomları sayılabilir (2). PTA tedavi edilemezse kafa tabanına veya mediastene yayılabilir ve hayati tehdit edebilecek komplikasyonlara neden olabilir (3). Bilateral PTA nadir görülen bir durumdur. Tedavi edilememiş peritonsiller apsenin muhtemel komplikasyonları; apsenin perforasyon olarak parafarengeal, retrofarengeal alana yayılımı, hava yolunu tehdit edecek şekilde epiglottit ve larengeal ödem oluşumu, juguler ven tromboflebiti ve sepsistir. PTA'nın intrakraniyal komplikasyonları arasında kavernoöz sinüs trombozu, beyin apsesi, menenjit sayılabilir. Apsenin spontan rüptürü ile aspirasyon pnomonisi ve akciğer apsesi de gelişebilir (4). Bilateral ve tekrarlayan PTA nadir görülen bir durum olmakla birlikte hava yolu açıklığını tehdit etmesi ve ciddi komplikasyonları nedeniyle derhal tanınıp tedavi edilmesi gereken bir hastalıktır.

Anahtar kelimeler : peritonsiller apse, çocuk

P-160

FATAL SEYİRLİ PERSİSTAN STATUS EPİLEPTİKUS VE ENSEFALİT OLGUSU

Sinem Polat¹, Ayhan Yaman¹, Ebru Kolsal²,

¹ İstinye Üniversitesi Bahçeşehir Liv Hospital, Çocuk Yoğun Bakım, İstanbul

² Bahçelievler Medicalpark Hastanesi, Çocuk Nöroloji, İstanbul

Giriş : Ensefalit, nörolojik fonksiyon bozukluğunun eşlik ettiği beyin parenkimi inflamasyonudur. En sık etken virüslerdir. Çok geniş testlere rağmen etken tespit edilemeyebilir. Klinik olarak yüksek ateş, baş ağrısı ve bilinç değişikliği ile karakterizedir. Ensefalitlerde nörolojik defisitler, fokal ve jeneralize nöbetler görülebilir. Çocukluk çağı ensefalitleri fulminant ve mortal seyredebilir. Burada ensefalit sonrası persistan status epileptikus gelişen fatal seyreden bir olgu sunulmuştur.

Olgu : 4 yaşında erkek hasta, son bir haftadır ateşi varmış. Daha önce ateş şikayetiyle başvurduğu dış merkezde lökopeni saptanmış. Havale geçirme nedeniyle dış merkezde midazolam yapılmış. Hasta febril konvulziyon?, Ensefalit? ön tanılarıyla çocuk yoğun bakım ünitemize kabul edildi. Hastanın fizik muayenesinde postiktal letarjisi vardı. Diğer sistem muayeneleri normaldi. Hastanın yatışında tekrarlayan jeneralize konvulziyonları oldu. Hastaya midazolam iv püze yapıldı. Nöbeti durdu. Levatirasetam 20mg/kg' dan yüklendi. İdameye geçildi. Hastanın çekilen kraniyal MR'ında özellik saptanmadı. Tekrarlayan nöbetleri oldu. Hastaya fenitoin yüklendi. İdameye geçildi. Hastaya midazolam infüzyonu 0.05mg/kg/saatten başlandı. Hastaya lomber punksiyon yapıldı. 10 eritrosit görüldü. Bos protein 62, bos glukoz:116 saptandı. Bos viral ve bakteriyel panel gönderildi. Hastaya ampirik seftriakson, asiklovir ve enfluvir başlandı. Hastanın takipte havalaları devam etti. Fenobarbital ve depakin yüklendi. İdameye geçildi. Midazolam infüzyonu artırıldı. Hastaya 1gr/kg'dan 2 gün IVIG verildi. Yatışının 3. gününde desature olduğu için hasta entübe edildi. kraniyal tomografisinde özellik saptanmadı. Hastanın nöbetleri devam etti. Midazolam infüzyonu 1mg/kg/saat'e çıkıldı. Otoimmün ensefalit açısından tetkikleri gönderildi. Hastaya yatışının 5. gününde tiyopental infüzyonu başlandı. Bos viral ve bakteriyel PCR da etken gösterilemedi. Otoimmün (tiroid, antiNMDA, antiGAD) antikörleri negatif saptandı. Yatışının 7. Gününde hastanın midazolam ve tiyopental rağmen dirençli nöbetleri devam ettiği için hastaya plasma exchange yapılmasına karar verildi. Hastaya 7 gün plasma Exchange yapıldı. Pulse steroid verildi. Antiepileptik

15. ÇOCUK ACİL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-POSTER BİLDİRİLER-

olarak piridoksin,klonazepam, topamaks, lakozamid ve firsium eklendi. Hastanın EEG'si status ile uyumluydu. Midazolam infüzyonu 3mg/kg/saat'e çıkıldı. Tiyoental 7mg/kg/saat'e çıkıldı. Ketamin ve propofol infüzyonu verildi. Hastanın nöbetleri kontrol altına alınmadı. Hasta yatışının 24. gününde çoklu organ yetmezliği nedeniyle eksitus oldu.

Sonuç : Fatal seyreden olgumuzda viral ensefalit düşünüldü ancak etken gösterilemedi. Ensefalit için antiviral tedavi, pulse steroid, IVIG verildi. Plasma değişimi yapıldı. Güncel olarak kullanılan tüm antiepileptiklere rağmen hastanın persistan status epileptikus kontrol altına alınmadı.

Anahtar kelimeler : Ensefalit, Konvulziyon, Status Epileptikus

P-161

TERAPÖTİK PLAZMA DEĞİŞİMİ İLE TEDAVİ EDİLEN KARBAMEZEPİN ZEHİRLENMESİ

Serhat Emeksiz¹, Ganime Ayar¹, Yasemin Men Atmaca¹, Halil İbrahim Yakut¹

¹ S.b.ü. Ankara Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Hematoloji Ve Onkoloji Hastanesi, Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi, Ankara

Giriş : Karbamezepin (KBZ), nöronal membrandaki voltaja bağımlı sodyum kanallarını bloke ederek aksiyon potansiyeli oluşmasını engelleyerek etkisini gösterir. Doz aşımı durumunda kusma, baş dönmesi, göz bulguları (nistagmus), ciddi zehirlenmelerde ise kardiyak aritmiler, solunum depresyonu ve koma görülebilir. Spesifik bir antidotu yoktur. %70-80 oranında serum proteinlerine bağlanır ve karaciğerde 10-11 epoksite dönüşerek idrarla atılır. Doz aşımı durumlarında gastrointestinal emilimini azaltmak için tekrarlayan dozlarda (4-6 saat ara ile) aktif kömür verilir. Yaşamı tehdit eden klinik durumlarda ise karbon hemoperfüzyon, hemodiyafiltrasyon ve plazma proteinlerine yüksek oranda bağlandığı için terapötik plazma değişimi uygulanabilir. Bu olguda, ensefalit ön tanısı ile dış merkezden çocuk yoğun bakım ünitemize kabul edildikten sonra anemnezin derinleştirilmesi ile intihar amacı ile yüksek doz KBZ aldığı anlaşılan ve terapötik plazma değişimi ile başarılı bir şekilde tedavi edilen bir olgu sunmaktayız.

Olgu : Dış merkeze bilinç bulanıklığı ve bayılma, istemsiz hareketler nedeni ile başvuran 17 yaşında kız hastanın çekilen EEG si ensefalit ile uyumlu olması nedeni ile ileri tetkik ve tedavi amacı ile yoğun bakımımıza kabul edildi. Yoğun bakımımıza kabulünde bilinci konfüze, oryantasyon kooperasyonu yok, glaskow koma skoru 9 (E1M6V1) idi. Ense sertliği yoktu, izole edilerek tedavisi başlandı. Aile ile tekrar konuşulduğunda, başvurudan yaklaşık 20 saat önce babası ile tartıştığı öğrenildi. Evdeki ilaçlar sorgulandığında ise annenin karbamezepin kullandığı anlaşıldı ve hastadan gönderilen karbamezepin düzeyi 31,1 mcg/dl (8-12 mcg/dl) geldi. Yüksek oranda proteine bağlanan bir molekül olduğu için albümin+ taze donmuş plazma ile bilinci açılana ve ilaç kan düzeyini düşürene kadar (3 seans) terapötik plazma değişimi yapıldı. Üçüncü seans sonunda karbamezepin düzeyi 12,2 mcg/dL geldi ve çocuğun bilinci açıldı. Yatışının 4. gününde servise devir edildi.

Sonuç : Yüksek oranda proteinlere bağlanması nedeni ile karbamezepin zehirlenmesinde, albümin ile yapılan terapötik plazma değişimi etkin bir yöntemdir. Ayrıca her zaman için ilk değerlendirmede hasta ve hasta yakınlarından ayrıntılı anemnez alınmalı ve evde diğer aile bireylerindeki kullandığı ilaçlar sorgulanmalıdır.

Anahtar kelimeler : Karbamezepin, Terapötik Plazma Değişimi, Zehirlenme

P-162

ÇOKLU ORGAN YETMEZLİĞİ SONRASI TANI ALAN SİSTEMİK LUPUS ERİTAMATOZUS

Serhat Emeksiz¹, Oktay Perk¹, Halil İbrahim Yakut¹

¹ S.B.Ü. Ankara Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Hematoloji Ve Onkoloji Hastanesi, Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi, Ankara

Giriş : Sistemik lupus eritamatozus (SLE) özellikle deri, eklemler, kan, böbrekler ve merkezi sinir sistemi olmak üzere vücudun farklı organlarını etkileyebilen kronik, otoimmün bir hastalıktır. Hastalık klinikte ateş, eklemlerde şişlik, ciltte eritemli döküntülerden, böbrek, santral sinir sistemi, akciğer gibi organ ve sistemlerin etkilenmesine kadar çeşitlilik gösterir. Hastaların büyük kısmında halsizlik yorgunluk ateş, kas ağrıları ve kilo kaybı gibi spesifik olmayan sistemik semptomlar yanında, spesifik organ ve sistem semptomları bulunabilir. Burada çoklu organ yetmezliği kliniği ile çocuk yoğun bakımımızda tedavi edilip SLE tanısı koyulan bir hastadan bahsetmekyiz.

Olgu : 12 yaşında erkek hasta, iki haftadır süren ateş, karın ağrısı, öksürük şikayeti ile acil servisimize başvurdu septik görünümünün olması batında yaygın defansı ve tahta karnı ve batın üzerinde yaygın hiperemisi bulunması üzerine çocuk cerrahisi tarafından volvulus? perforasyonu? ön tanılar ile acil operasyona alındı. Operasyonda batında seröz sıvı dışında bir patoloji olmaması üzerine hasta çocuk yoğun bakımımıza kabul edildi. Genel durumu kötü, entübe, hipotansif olan hastanın destek tedavileri başlandı. Trombositopenisi, karaciğer fonksiyon testleri yüksekliği, kreatinin düşüklüğü LDH yüksekliği olan idrar çıkarmayan hasta da trombositopeni ilişkili çoklu organ yetmezliği (TİÇÖY) düşünülerek 5 seans terapötik plazma değişimi uygulandı. Hastanın bilateral plörezisi olması nedeni ile göğüs tüpü takıldı. Takibinde vital bulguları ve kan tablosu düzelen hasta ekstübe edildi. Kültürlerinde herhangi bir mikroorganizma üremedi. Periton sıvısı, plörezisi olan ve sistemik tutulumları (hematolojik, renal, nörolojik) olan hastanın bakılan ANA, Anti ds DNA sı pozitif gelmesi nedeni ile lupus düşünüldü ve tetkiklerinin tekrarlanması planlandı. Yatışının 8. gününde takip ve tedavisi için servise devir edildi. Serviste tekrar gönderilen lupus tetkiklerinde pozitif gelmesi üzerine lupus ön tanısı ile tedavine başlandı.

Sonuç : Lupus eritamatozis birçok klinikle prezente olabilir. Bizim hastamızda olduğu gibi hastaneye geç başvurma durumunda bu tablo çoklu organ yetmezliğine dahi gidebilir. TİÇÖY' da erken plazmaferez ve uygun tedavi önem arz etmektedir. Çoklu organ yetmezliğindeki kliniği açıklayacak bir neden bulunamaması durumlarında otoimmün ve romatolojik nedenler ayırıcı tanıda düşünülmelidir.

Anahtar kelimeler : Sistemik Lupus Eritamatozus, Terapötik Plazma Değişimi, Çoklu Organ Yetmezliği

15. ÇOCUK ACİL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-POSTER BİLDİRİLER-

P-163

ÇOKLU OGAN YETMEZLİĞİ İLE BAŞVURAN RHİNOVİRUS BİRLİKTELİĞİ İLE SEYREDEN STREPTOCOCUS PNEUMONİAE BAĞLI PARAPNÖMONİK PLEVRAL EFÜZYON VE AMPİYEM

Serhat Emeksiz¹, Oktay Perk¹, Halil İbrahim Yakut¹

¹ S.b.ü. Ankara Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Hematoloji Ve Onkoloji Hastanesi, Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi, Ankara

Giriş : Rhinovirus üst solunum yolu enfeksiyonlarını en sık nedenidir. 3 yaş altı çocuklar da sık görülmektedir. Akciğer enfeksiyonlarına sekonder olarak plevral boşlukta biriken sıvı parapnömonik efüzyon olarak adlandırılır. Parapnömonik efüzyonlara sıklıkla bakteriyel ve viral pnömoniler neden olur ve efüzyonların komplike olması ile plevral boşlukta pü birikerek ampiyem ortaya çıkar.

Olgu : Bir haftadır ateş yakınması olan, son iki gündürde şikayetleri artan 23 aylık erkek hasta acil servisimize başvurdu. Öyküsünde bu süre içinde iki kez dış merkeze başvurduğu ve kriptik tonsillit reçetesi verildiği öğrenildi. Genel durumu kötü, uykuya meyilli, cildi soluk kapiller dolum zamanı uzundu. KTA:168/dk, SS:64/dk, subkostal ve interkostal çekilmeleri vardı. Sol hemitoraksta solunum seslerinde azalma mevcuttu. Çekilen PAAC grafisinde sol akciğerde konsolidasyon? efüzyon?, toraks USG'inde solda masif efüzyon saptanması üzerine yoğun bakım ünitemize yatırıldı. Genel durumu kötü olduğu için entübe edilerek mekanik ventilatöre bağlandı. Sol hemitoraksa tüp takıldı. Vankomisin ve piperasilin/tazobaktam başlandı. Trombositopenisi, LDH yüksekliği böbrek fonksiyon testlerinde bozukluk, karaciğer fonksiyon testlerinde bozukluk mevcuttu. Hastada trombositopeni ilişkili çoklu organ yetmezliği (TİÇÖY) düşünülerek terapötik plazma değişimi ve takibinde sürekli renal replasman tedavisi (SRRT) yapıldı. 5 seans terapötik plazma değişimi sonrası SRRT ile devam edildi. Solunum yolu viral panelinde Rhinovirus, plevral sıvı kültüründe Streptococcus pneumoniae üremesi oldu. Gönderilen immunglobulin düzeyleri düşük gelmesi üzerine pentaglobulin başlandı. 20 gün uygulanan SRRT sonrası idrar çıkımları başlayan hastanın çekilen toraks MR'da nekrotizan pnömoni ile uyumlu görünüm saptandı. Mekanik ventilatörden ayrılan hasta yatışının 40. gününde çocuk enfeksiyon servisine devir edildi.

Sonuç : 2 yaş altı çocuklarda viral enfeksiyonlar ağır seyredebilir ve bu enfeksiyonlara sekonder bakteriyel enfeksiyonlar eşlik edebilir. Alttan yatan immun yetmezlik durumlarında tablo daha da ağır seyreder ve organ yetmezlikleri görülebilir. Sepsis ilişkili-ÇÖY'de erken plazmaferez ve uygun tedavi hayat kurtarıcıdır.

Anahtar kelimeler : Ampiyem, Çoklu Organ Yetmezliği, Streptococcus Pneumoniae

P-164

KADAVRADAN KARACİĞER NAKLİ YAPILAN BİR OLGU

Sinem Polat¹, Ayhan Yaman¹, Mahya Sultan Tosun², Eryiğit Eren³, Ayhan Dinçkan³, Ozan Özkaya⁴

¹ İstinye Üniversitesi Bahçeşehir Liv Hospital, Çocuk Yoğun Bakım, İstanbul

² İstinye Üniversitesi Bahçeşehir Liv Hospital, Çocuk Gastroenteroloji, İstanbul

³ İstinye Üniversitesi Bahçeşehir Liv Hospital, Organ Nakil Bölümü, İstanbul

⁴ İstinye Üniversitesi Bahçeşehir Liv Hospital, Çocuk Nefroloji, İstanbul

Giriş : Karaciğer nakli günümüzde akut ve kronik karaciğer yetmezliği olan hastalarda uygulanmakta olan standart bir tedavi yöntemidir. Pediatrik hastalar merkezlere göre değişkenlik göstermekle birlikte tüm karaciğer nakillerinin %10-25'ini oluşturmaktadır. Pediatrik yaş grubunda karaciğer nakli uygulanan hastaların %50'sini bilier atrezili hastalar oluşturmaktadır. Burada kadavradan karaciğer nakli yapılan bilier atrezili bir olgu sunulmuştur.

Olgu : 6 aylık erkek hasta bilier atrezi tanısıyla takipliymiş. Daha önce kasai operasyonu yapılmış. Hastanın vücut ağırlığı 4.5 kilogram. Fizik muayenesi: cilt ikterik batında insizyon skarı mevcut. Kadavra 2 yaşında serebral palsy ve solunum yetmezliği nedeniyle arrest olan bir hastaydı. Kadavradan karaciğer nakil sonrası çocuk yoğun bakım ünitemize entübe halde kabul edildi. Hasta P-Sımv modunda mekanik ventilatöre bağlandı. Hastaya sedoanaljezi olarak midzaolam ve fentanil infüzyonu başlandı. Hasta intraoperatif hipotansif olduğu için hastaya adrenalin(0.3mcg/kg/dk) ve noradrenalin(0.1mcg/kg/dk) infüzyonu başlanmıştı. Dozları titre edildi. Hastaya 1gr/kg'dan albümin infüzyonu verildi. İmmun supresif tedavi olarak takrolimus başlandı. Hastanın takibinde hemodinamisi stabil seyretti. İnotrop dozları azaltılarak kesildi. Yatışının 2. gününde hasta ekstübe edildi. Hastaya nakil edilen karaciğer kötü perfüze olduğu için karaciğer fonksiyon testleri uzun süre yüksek seyretti. Hasta yatışının 10. gününde çocuk yoğun bakımdan organ nakil servisine devredildi.

Sonuç : Karaciğer nakli yapılan çocuk hastalar ameliyat sonrası çocuk yoğun bakım ünitesinde takip edilmelidir. Çok düşük vücut ağırlığı olan hastamızı başarılı bir nakil süreci ve postop çocuk yoğun bakım takibinin ardından taburcu ettik.

Anahtar kelimeler : Bilier siroz, kadavra, karaciğer nakli

15. ÇOCUK ACIL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-POSTER BİLDİRİLER-

P-165

ÇOCUK YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE SPİNAL MUSKULER ATROFİ TANILI HASTALARIN KRONİK BAKIMI

Havvağül Göksu¹, Süleyman Bayraktar¹, Sinem Kalyoncu¹, Ebru Kaltar¹

¹ Haseki Eğitim Araştırma Hastanesi Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi/İstanbul

Giriş : Spinal muskuler atrofi (SMA) spinal kord ve kraniyal sinir çekirdeklerindeki ön boynuz hücrelerinde dejenerasyonla ortaya çıkar. Beşinci kromozomun uzun kolunda SMN (survival motor neuron) geninde delesyondan kaynaklı otozomal resesif (%95), X'e bağlı resesif veya otozomal dominant geçişli kalıtsal nöromuskuler bir hastalıktır. Hastada istemli kasların simetrik kuvvetsizliği ve erimesi ile progressif güç kaybı, dayanıklılıkta azalma, farklı vücut yapısı, mobilitede ve pulmoner fonksiyonlarda gerileme meydana gelir. SMA Tip I (Werding-Hoffmann hastalığı), en erken görülen ve en ağır seyreden tiptir. Doğumda ya da ilk altı ay içinde bulgu verir, genellikle de ilk 2 yıldan önce ölümlü sonuçlanır. SMA Tip II (Subakut form), 18 aydan önce, genellikle 8 ay civarında başlar. Belirtiler tip I'e benzese de daha hafif ve yavaş gidişlidir. Çoğu hasta erişkin döneme ulaşabilir. SMA Tip III (Kugelberg-Welander hastalığı), 2 yaştan sonra başlar. Genellikle ilk belirti yürüme zorluğudur. En hafif tiptir. Bu hastalarda yaşam süresinde kısımla genellikle görülmez. Tip IV, yetişkin çağa başlar. Tedavisi henüz mümkün olmayan bu hastalıkta amaç hastaların yaşam kalitesini arttırmaktır. Bu çalışmayla Çocuk Yoğun Bakım Ünitemizde SMA tanısıyla yatıp trakeostomi açılan, gerekli cihazlar temin edilemediğinden uzun süre ünitemizde bakımı yapılan hastada yaşanan bakım sorunlarını paylaşmayı amaçladık.

Olgu : 11 aylık, intrauterin SMA tanılı Suriyeli kız hasta solunum güçlüğü ve öksürük şikayetleriyle Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Acil Birimine başvurmuş. Burada yapılan muayenesine göre akciğer enfeksiyonu öntanısıyla tedavi amacıyla Çocuk Süt Servisine yatırıldı. Aile öyküsünden anne babanın 1. Derece akraba oldukları, 3 yıl önce de SMA tanılı 1 yaşında bir çocuklarını kaybettikleri öğrenildi. Servis yatışının ilk haftasında hastanın solunum sıkıntısı ilerleyip solunum yetmezliği gelişince Çocuk Yoğun Bakım Ünitesine transfer edildi. Hastaya geri solunumsız oksijen maskesiyle 16 gün, non invazif mekanik ventilasyon ile 6 gün solunum desteği sağlanmasına rağmen sonunda entübe edilerek mekanik ventilatöre bağlandı. Mekanik ventilatörde de 7 gün tedavisi süren hasta 3 defa başarısız ekstübasyon başarısızlığı nedeniyle reentübe oldu. Aileden onam alınarak trakeostomi açıldı. Trakeostomi sonrası evde bakım için gerekli ev tipi mekanik ventilatör, nabız oksimetre, ev tipi aspiratör, ev tipi oksijen tüpü için kullanım raporu çıkarıldı. Ancak Sosyal Güvenlik Kurumu bu cihazları Suriyeli hastalar için karşılamadığından cihazlar temin edilemedi. Hastanın halen bakım ve tedavisi ünitemizde yatarak yapılmaktadır. Hastamızın uzun süren yatışı sırasında karşılaşılan başlıca sorunlar şu şekilde özetlenebilir: Aile yabancı uyruklu olduğu ve Türkçe bilmediğinden trakeostomi onamı alınması, günlük bilgi verilmesi, cihaz temini için girişimlerde bulunulması aksadı, Ünitede uzun süren yatış nedeniyle hasta nazokomiyal enfeksiyonlar için bir kaynak olmakta, diğer hastalarda gelişen enfeksiyonlara maruz kaldı, Gelişen nazokomiyal enfeksiyonlar nedeniyle kullanılan antibiyotikler nedeniyle sık sık dermatit sorunu yaşandı, Hastada dekübit oluşumunu önlemek amacıyla havalı yatak kullanılmış, yatak çarşaflarının gergin ve temiz olmasına özen gösterdi, sık aralıklarla pozisyon değişikliği sağlandı, basınç bölgeleri gözlemlendi,, derinin kan dolaşımını arttırmak amacıyla lanolinli kremlerle ve losyonlar masaj uygulandı, haftada en az iki kez yatak banyosu yaptırıldı, ve derinin kuru kalması sağlandı, Uzun süren yatış nedeniyle trakeostomi yerinde yara ve enfeksiyon gelişti, trakeostomi yerinden hava kaçağı nedeniyle subglottik stenoz ve trakeoözofageal fistülden şüphelenilip servikal manyetik rezonans görüntüleme yapıldı, Hasta büyüdükçe atrofik solunum kasları nedeniyle göğüs kafesi batına göre küçük kaldığından ve hasta diafragmatik solunum yaptığından batın distansiyonu ve kusma görüldü, bunu önlemek amacıyla nazoduodenal sonda ile beslenmeye başlandı, Hastanın hareketsizliğine bağlı olarak batın gerginliği ve bağırsak peristaltizmde azalma gözlemlendi, buna bağlı olarak konstipasyon gelişen hastanın yatak içi pasif hareketleri artırıldı, gerekli durumlarda ise doktor onayı ile lavman veya laksatif ilaçlar kullanıldı, Hastamızın uzun süreli damaryolu ihtiyacını karşılamak için femoral santral kateter takılması gerekti, ancak kateter takılması başarısız olunca çekilen doppler ultrasonografide femoral vende tromboz tespit edildi, tromboz tetkikleri normal bulunan hastanın daha sık fizyoterapi ve pasif egzersiz yaptırılması planlandı,, ilerleyen dönemde de tromboz gelişmedi, Hastanın cihazlarının temini için Sosyal Güvenlik Kurumu, Haseki Hastanesi Vakfı, AFAD, İl Sağlık Müdürlüğü, Aile Bakanlığı, çeşitli sosyal yardım derneklerine başvuruldu, ancak henüz olumlu bir dönüş olmadı.

Sonuç : Çocuk Yoğun Bakım Ünitesine yatan uzun dönemli bakım ihtiyacı gerektiren hastalığı olan yabancı uyruklu hastaların bakımında kullanılacak cihazlarının temini ve bu hastalarla/yakınlarıyla 24 saat iletişim kurabilmek için tercüman temini ile ilgili sorunlar halen çözülebilmemiş değildir. Çocuk Yoğun Bakım Ünitemizin 6 yatağının 3 yatağında yabancı uyruklu bakım hastaları yatabilmektedir. Hastamızda görülen nazokomiyal enfeksiyonlar, trakeostomi yerinde yara gelişmesi bunlarla ilgili bakımı ile ilgili prosedürlerimizin gözden geçirilmesine neden olmuştur. Trakeostomi yerinden hava kaçağı olması belirli aralıklarla hastalarda subglottik stenoz, trakeoözofageal fistül yönünden değerlendirilmesi (bronkoskopi v.b.) gerektiğini göstermektedir. Ayrıca hasta büyüdükçe trakeostomi kanalının çapı da artırılmalıdır. Uzun süre yatarak hareketsiz kalan hastalarda mutlaka tromboz önlemek amacıyla rutin pasif egzersiz yaptırılmasının ihmal edilmemesini vurgulamaktadır. Ortaya çıkan inatçı kusmalarda nazoduodenal beslenme de hastamızda yeterli enteral beslenmenin devamının sağlanmıştır. Hastamızın bakımı halen ünitemizde devam etmektedir. Gerekli cihazlar temin edilip eve taburcu edilen hastalarda görülebilecek bu sorunlar hakkında bakım veren aile bireylerine mutlaka ayrıntılı bilgi ve eğitim verilmelidir. Tam donanımlı 3. Düzey bir yoğun bakım ünitesinde başa çıkılmaya çalışılan bu sorunların bakım veren bu konuda eğitimi sınırlı kişiler tarafından çözüme kavuşturulması güç görünmektedir.

Anahtar kelimeler : spinal muskuler atrofi, trakeostomi, kronik hasta bakımı,

15. ÇOCUK ACİL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-POSTER BİLDİRİLER-

P-166

BEYİN ÖLÜMÜ SONRASI ORGAN DONASYONUNU REDDEDEN AİLELERİN KARARI DEĞİŞİR Mİ?

Sultan Göncü¹, Selman Kesici¹, Mutlu Uysal Yazıcı¹, Esra Koçkuzu¹, Benan Bayrakci¹

¹ Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Yoğun Bakım Bilim Dalı, Ankara

Giriş : Beyin ölümü tanısı alan hastalar nakil edilebilir organların en büyük kaynağıdır. Bununla birlikte bağış kabul eden ailelerin oranı düşük olduğundan, beyin ölümü olan hastaların yalnızca küçük bir kısmı organ transplantasyonu için kullanılmaktadır. Ailenin organ donasyonuna rızasını etkileyen faktörler üzerine çok sayıda çalışma yapılmıştır. Bununla birlikte, bir ailenin karar gecikmesi ile ilişkili faktörler ve böyle bir gecikmenin etkisi literatürde iyi çalışılmamıştır. Sevilen birinin ölümünü kabul etmek zor olabilir ve birçok aile üyeleri, duygusal stres yüzünden beyin ölümünün tıbbi boyutunu anlamaya hazır değildir. Buna ek olarak, aile bireylerinin, organ bağışıyla ilgili önceden belirlenmiş görüşleri ve detaylı bilgileri olmadan, sevilen bir kişi hakkında önemli bir karar vermesi zor bir anda ve kısa süre zarfında gerekmektedir. Her ailenin beyin ölümünü anlamaları, en sevdikleri varlığın dönüşü olmayan bir süreçte olduğunu kabul etmeleri aynı hızda gerçekleşmemektedir. Bu süreci etkileyen birçok faktör vardır, onlardan bir kısmı bilgi eksikliği, terapötik ve empatik ilişki eksikliği, dini ve kültürel inanışların çeşitliliğidir. Bu vaka örneği ile organ donasyonuna onay vermeyen ailenin beyin ölümü tanısı almış ve ventilatör desteği verilen hastalarına refakat etmelerine ve bakımına katılmalarına fırsat verilmesi sonrası kararlarını değiştirip organ donasyonuna razı olmasıyla, beyin ölümü tanısı sonrası ailelerin hastası ile vakit geçirmelerinin donasyona onay vermeye olumlu etkisini sunmayı amaçladık.

Gereç-Yöntem : Öncesinde sağlıklı olan 20 aylık erkek hasta süs havuzunda boğulma sonrası 25. dakikasında kardiyopulmoner resusitasyona cevap vermesi sonrasında entübe ve dopamin başlanmış olarak acil servise getirildi. Hastanın kabulünde bilinci kapalı (Glasgow koma skalası: 3) beyin sapı refleksleri alınmakta, yaşamsal bulguları dopamin desteği altında normal sınırlarda idi. Yapılan servikal ve beyin bilgisayarlı tomografide (BT) akut patoloji lehine bulgu saptanmadı. Hastaya beyin ödemi tedavisi olarak %3 hipertonic salin, hipoksinin sekonder hasarını minimize etmek için antioksidan tedavisi ve baş soğutma uygulandı. İzleminin 3. gününde ışık refleksi, kornea refleksi okulosefalik refleksi alınamayan hastanın solunumu yüzeysel idi. Hastanın takibinin 7. Gününde spontan solunumunun kaybolması üzerine çocuk nöroloji bölümü ve anestezi bölümüne beyin ölümü açısından konsulte edilen hastaya takibinin 10. gününde beyin ölümü tanısı konularak aileye beyin ölümü deklare edildi ve sağlık bakanlığının organ donasyonu ekibine bilgi verildi. Ekibin aile ile görüşmesinden ailenin organ donasyonuna rızası olmadığı öğrenilmesi üzerine beyin ölümü tanısı alan hastaya 12 gün daha çocuk yoğun bakım ünitesinde mekanik ventilatör desteği verildi. Ardından palyatif serviste anne ve baba refakatinde takip edilen hastanın izleminin 10. Gününde anne ve babanın donör olmayı istediklerini bildirmesi üzerine hastanın böbrekleri ve karaciğeri başka bir hastaya donör olmuştur.

Bulgular : Beyin ölümü tanısı alan hastaların ailesi beyin ölümü deklarasyonunun ardından organ donasyon ekibinin donasyon önerisine olumsuz yanıt verse de yas sürecini tamamlarken ailelerin hastalarına refakat ederek beraber zaman geçirmeleri ve bakımına katılmaları kararlarını değiştirmede etkili olmaktadır.

Anahtar kelimeler : beyin ölümü, organ donasyonu, çocuk

P-167

VERAPAMIL ZEHİRLENMESİNDE BAŞARILI İNTRAVENÖZ LİPİD İNFÜZYONU UYGULAMASI

Serhat Emeksiz¹, Oktay Perk¹, Halil İbrahim Yakut¹

¹ S.b.ü. Ankara Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Hematoloji Ve Onkoloji Hastanesi, Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi, Ankara

Giriş : Kalsiyum kanal blokörleri (KKB) ile olan zehirlenmelerde hayatı tehdit edici kardiyovasküler kollaps bulguları gelişmekte ve tedavi için spesifik bir antidot bulunmamaktadır. Kardiyovasküler kollaps gelişen olgularda sıvı ve vazopressör ilaç desteği yanında glukagon, kalsiyum glukonat ve hiperinsülinemik öglisemi tedavisi gibi tedaviler de kullanılmaktadır. Son yıllarda intravenöz lipid infüzyonu (İLİ) da tedavi seçenekleri arasında yerini almıştır. Biz burada KKB ilaçların yüksek dozda alımı sonrası ciddi kardiyovasküler toksite gelişen, standart tedavilere dirençli bir olguda uyguladığımız İLİ tedavisinin etkinliğini vurgulamak istedik.

Olgu : 16 yaşında erkek hasta özkiyım amaçlı evde bulunan verapamil içeren ilaçlardan bilinmeyen miktarda içme şikayeti ile ilaç alımından yaklaşık 6 saat sonra 112 tarafından acilimize getirildi. Hasta yoğun bakım ünitemize kabul edildi. Genel durum kötü, Glasgow koma ölçeği 9 (E2M6V1), kalp hızı 55/dakika, kan basıncı 70/40 mmHg, deri soğuk, periferik nabız zayıf alınıyordu. Hipotansiyonu için iki kez 500 cc %0,9 sodyum klorür yüklendikten sonra adrenalin infüzyonu başlanarak kademeli artırıldı. Takibinde cevap alınamaması nedeni ile dopamin ve noradrenalin infüzyonları tedaviye eklendi. Kan tetkikleri kreatinin yüksekliği mevcuttu. %10 kalsiyum glukonat 0,5 mL/ kg intravenöz, glukagon 5 mg deri altı (intravenöz formu olmadığından) uygulandı. Üçlü inotropa rağmen ciddi hipotansif olan hastaya insülin 1 Ü/kg/saat infüzyona geçildi. İzlemin ikinci saatinde hipotansiyonu devam eden olguya %20'lik lipid solüsyonundan 1,5 mL/kg infüzyon, 1 saatte verildi. Lipid tedavisine yanıt alınan olgunun intravenöz adrenalin, dopamin ve noradrenalin dozları hızla azaltıldı yatışının 12. saatinde kesildi. Kreatinin değerleri takibinde normal aralığa geldi. 36 saat yoğun bakım takibinin ardından servise devir edildi. Yatışının 5. gününde şifa ile taburcu edildi.

Sonuç : Lipofilik bir ilaç olan KKB ile zehirlenmelerde önerilen klasik destek tedavileri bazen yetersiz kalabilmektedir. İLİ tedavisi klasik destek tedavilerine cevap vermeyen, hayatı tehdit edici kardiyovasküler kollaps gelişen KKB zehirlenmelerinde hayat kurtarıcı bir tedavi seçeneği olabilir.

Anahtar kelimeler : Verapamil, İntravenöz Lipid İnfüzyonu, Zehirlenme

15. ÇOCUK ACİL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-POSTER BİLDİRİLER-

P-168

RİSPERİDON ZEHİRLENMESİNE BAĞLI AĞIR HİPONATREMİ

Sinem Polat ¹, Ayhan Yaman ¹, Pınar Karadeniz ², Mahya Sultan Tosun ³, Ozan Özkaya ⁴

¹ İstinye Üniversitesi Bahçeşehir Liv Hospital, Çocuk Yoğun Bakım, İstanbul

² İstinye Üniversitesi Bahçeşehir Liv Hospital, Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları, İstanbul

³ İstinye Üniversitesi Bahçeşehir Liv Hospital, Çocuk Gastroenteroloji, İstanbul

⁴ İstinye Üniversitesi Bahçeşehir Liv Hospital, Çocuk Nefroloji, İstanbul

Giriş : Risperidon uzun etkili genellikle iyi tolere edilen yan etkisi az olan bir atipik antipsikotik ilaçtır. Risperidon zehirlenmesinde genellikle santral sinir sistemi ve kardiyovasküler sistemde yan etkiler görülebilir. En sık görülen bulgular; hipotansiyon, ritim bozukluğu, bilinç kaybı, havale ve solunum yetmezliğidir. Spesifik bir antidotu yoktur. Risperidon zehirlenmesinde tedavi semptomatik ve destek tedavidir. Burada risperidon zehirlenmesi sonrası ağır hiponatremi gelişen bir çocuk hasta sunulmuştur.

Olgu : 14 yaş erkek hastaya 1 gün önce hiperaktivite nedeniyle 0.25mg risperidone başlanmış. Hasta alması gereken risperidon dozunun 10 katını (2.5mg) aldıktan 1 saat sonra bulantı, kusma ve uyku hali başlamış. Hasta çocuk yoğun bakım ünitesine risperidon zehirlenmesi tanısıyla kabul edildi. Fizik muayanesinde; genel durumu kötü bilinci letarjikti. Glaskow koma skalası:10(M5,K3,G2). Diğer sistem muayaneleri doğaldı. Alınan laboratuvar tetkiklerinde: Glukoz: 140mg/dL, Üre:12mg/dL, ürik asit 3mg/dL, kreatinin 0.48mg/dL, sodyum 112mmol/L, potasyum 4.81 mmol/L,kalsiyum:9mg/dL, magnezyum:1.35 mg/dL saptandı. Karaciğer fonksiyon testleri normal. Hemogram ve koagülasyon testleri normal sınırlardaydı. Hastanın tam idrar tetkiki:pH7.5, dansite:1011, mikroskopisi normal. Spot idrarda sodyum:113mmol/L saptandı. Serum osmolaritesi:269 mOsm/kg, idrar osmolaritesi:440mOsm/kg, antidiüretik hormon(vasopressin):24.6 pMol/L. Hastanın kraniyal tomografisi: normal saptandı. İdrar çıkışları aktif. Poliürik idi(12cc/kg/saat). Serum fizyolojik 2 kez 20cc/kg dan yüklendi. Hastanın mayisi çıkardığı +insensibile olarak ayarlandı. Hiponatremisi için %3 hipertonic salin 10cc/kg dan yüklendi. 0.5cc/kg/saat ten devamlı infüzyon verildi. Takibinin 24. Saatinde sodyum değeri 126mmol/L, 48.saatinde 134mmol/L, 60. Saatinde sodyum değeri 139mmol/L'a yükseldi. Takibinde bilinci açıldı. İdrar çıkışı normale döndü. mayileri kesildi. Yatışının 3. gününde hasta şifayla çocuk yoğun bakım ünitesinden taburcu edildi.

Sonuç : Risperidona bağlı hiponatremi erişkinlerde nadiren bildirilmiştir. Çocuk hastalarda risperidona bağlı hiponatremi literatürde bildirilmemiştir.

Anahtar kelimeler : Risperidon, letarji, hiponatremi

P-169

TETANOZA İKİNCİL GELİŞEN KALP YETMEZLİĞİ OLGUSU

Dilara Kıyak ¹, Banu Katlan ², Selman Kesici ², Benan Bayrakçı ²

¹ Hacettepe Üniversitesi İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı

² Hacettepe Üniversitesi İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi Çocuk Yoğun Bakım Bilim Dalı

Giriş : Tetanoz; spor oluşturabilen gram pozitif anaerob bir bakteri olan Clostridium tetani'nin salgıladığı toksoidinin neden olduğu bir hastalıktır. Bulaş yollarının bir kısmı; açık yara ve sıyrıklar, yanıklar, ezilme yaralanmaları, cerrahi girişimler, böcek ısırıkları ve intravenöz ilaç kullanımı şeklindedir. Toksin periferik sinir uçlarından hücre içine alınır, retrograd aksonal transportla santral sinir sistemine ilerler ve burada GABA salınımını inhibe eder. Bunun sonucunda kaslar üzerinden inhibisyon kalkar ve spazmlar olur. Hastalık; kas tonusunda artış, ağrılı kas spazmları ve bunların yol açtığı; kardiyovasküler instabilite, otonomik disfonksiyon ve ölüm ile seyreder.

Olgu : Bu yazıda ağrılı kas spazmları ile tarafımıza başvuran 9 yaşında erkek hastadan bahsedildi. Hastada tipik klinik bulgular ile tetanoz düşünüldü. Tetanoz immünglobulini yapıldı, Metronidazol tedavisi başlandı, sedasyon ve kas gevşetici ile kasılmalar kontrol altına alındı. İzlemde hastanın kalp yetmezliği gelişti. Elektrokardiyografisinde T negatifliği görüldü. Kardiyak enzim düzeyleri yükseldi. Hastada sempatik deşarja ikincil adrenalini artışı, miyokard üzerindeki etkisi ile ilişkili iskemik kalp hastalığı olduğu düşünüldü. İnotrop tedavi ile izlemde kalp yetmezliği tablosu düzeldi.

Sonuç : Jeneralize tetanoz otonom disfonksiyon ile seyredabilmektedir. Adrenerjik fırtına sonucunda kalpte, akut miyokard infarktüsü benzeri geçici apikal akinezi ve buna bağlı kalp yetmezliği gelişebilir. Tetanozun ölüme ilerleyebilen kalp olayları ile ilişkisi bilinmekte olup, hastalığın bu doğal seyri hakkında farkındalık oluşturulmak istendi.

Anahtar kelimeler : tetanoz, kalp yetmezliği

15. ÇOCUK ACİL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-POSTER BİLDİRİLER-

P-170

KAWASAKİ HASTALIĞI NADİR GÖRÜLEN BİR KOMPLİKASYONU; PARALİTİK İLEUS: OLGU SUNUMU

Huri Maral Özkaya¹, Elif Gökçe¹, Gülser Esen Besli¹

¹ İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

Giriş : Kawasaki hastalığı mukokütanöz lenf nodu sendromu olarak tanımlanan sistemik bir vaskülitir. Nadir de olsa visceral organ tutulumu tanıya eşlik edebilir. Geniş spektrumda bulgularla başvurabilecek vakaların %1,4-4,6sında akut batın tablosu gelişebilir. Bu sunumda tarafımıza akut batın ön tanısıyla yönlendirilen 15 aylık bir Kawasaki olgusu sunuldu.

Olgu : 15 aylık erkek hasta; karında şişlik, kusma ve ateş şikayetleriyle acil servisimize başvurdu. 1 haftadır devam eden hafif ishal ve yüksek ateşi mevcut, son 2 gündür dışkılaması olmamış. Fizik muayenesinde; dehidrate görünümü, Sağ ön servikalde 2x1cm boyutlu ele gelen lap, Göz çevresi hiperemik ve ödemli, Dudakları kızamık ve ragadları mevcut. Batın distandü, yaygın defans ve hassasiyet var, barsak sesleri tüm kadranlarda azalmış, bez bölgesinde dermatit ve desquamasyon, El sırtında ve parmaklarda hafif ödem mevcut. Tetkiklerinde; WBC:14100 /mm³, Hgb:9,7 g/dl, Hct:29 %, MCV:73,8, PLT:615.000 /mm³, CRP:5,8 mg/dl, sedim: 48 mm/saat, Biyokimyasal parametreleri doğal saptandı. Batın USG: tüm segmentlerde barsak ansları dilate ve sıvı dolu izlenmiş olup belirgin peristaltizm izlenmedi (ileus). Ekokardiyografik incelemede (fizyolojik Mitral Yetmezlik) normal bulgular saptandı. Tüm bulgularla hasta değerlendirildiğinde; Atipik Kawasaki Hastalığına bağlı intestinal tutulum düşünülerek süt çocuğu servisine yatırıldı. Hastaya İVİG ve aspirin tedavisinin yanısıra ileus açısından konservatif yaklaşımla destek tedavisi uygulandı. Tedavi ile birlikte ileus tablosunda spontan düzelme görüldü.

Sonuç : Kawasaki hastalığında seyri ve prognozu etkileyen en önemli faktör kardiyovasküler sistem tutulumudur. Hastalığın erken tanı ve tedavisi ile, kardiyovasküler komplikasyonlar ve koroner arter hastalığı riski azalmaktadır. Nedeni açıklanamayan uzamış ateş ile birlikte intestinal pseudoobstrüksiyon varlığında Kawasaki hastalığı ayırıcı tanıda mutlaka düşünülmelidir.

Yöntem

Hastanın Başvurusunda Çekilen Ayakta Direkt Batın Grafisi



Anahtar kelimeler : İleus, Pseudoobstrüksiyon, Kawasaki Hastalığı

P-171

İLACA BAĞLI ARDS TABLOSUNUN ÖNEMLİ BİR NEDENİ: ANAFİLAKSİ

Leyla Telhan¹, Yöntem Yaman², Hatice Sınay Ütkü¹, Hande Daş¹, Burcu Gizem Teber¹, Esra Yayla¹, Murat Elli²

¹ Medipol Üniversitesi Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

² Medipol Üniversitesi Hastanesi, Çocuk Hematoloji Ve Onkoloji Bilim Dalı, İstanbul

Giriş : İlaça bağlı Akut Respiratuvar Distres Sendromu (ARDS)nadir görülmeyen bir klinik durumdur. Hastaların kliniği tipik olarak non-kardiyojenik pulmoner ödem tablosudur. Patofizyolojisi tam olarak bilinmese de, anafilaksi önemli mekanizmalar arasındadır. Bu olgu sunumu ile genel anestezi altında yapılan intratekal kemoterapi(Mtx-Alexane-Prednol) uygulaması sonrası anafilaksiye bağlı olarak gelişen ARDS tablosundan bahsedeceğiz.

Gereç-Yöntem : 3 yaşında Akut Lenfoblastik Lösemi(yüksek risk grubu) tanısıyla takipli hastanın ALL-IC-BFM 2009 HR 2 Blok tedavisinin 1.gününde intratekal tedavisi anestezi altında ameliyathanede yapıldı. İzleminin 45.dakikasında morarmasının ve istemsiz hareketlerinin olması üzerine acil destek tedavi başlanarak mevcut subklavyen kateterinden kan gazı alındı ve ph:6,99 pCO₂:85, Lac: 8 HCO₃: 17 olarak saptandı. Glasgow koma skalası 3 olan solunumu yüzelleşen ve bradikardi gelişen hasta entübe edilerek Çocuk Yoğun Bakım Ünitesine alındı. Hipotansif seyretmesi üzerine santral venöz kateterden serum fizyolojik yüklemesi yapıldı, ardından noradrenalin infüzyonu başlandı. Akciğer grafisinde ARDS ile uyumlu görünüm saptandı, yüksek peep düşük tidal volümlü mekanik

15. ÇOCUK ACİL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-POSTER BİLDİRİLER-

ventilasyon uygulandı. Hastanın tüp içinden bol miktarda pembe köpüklü sekresyonları geldi. Nonkardiyojenik pulmoner ödem olarak değerlendirildi. Daha önce kemoterapötik ajanlara alerjik reaksiyon geliştiği öğrenilen hastaya anafilaksi öntanısıyla adrenalın im yapıldı. Steroid, H1-H2 reseptör blokör ve proton pompa inhibitörü tedavileri başlandı. Anafilaksi tablosunun tedavi öncesinde uygulanan petidin etken maddeli ilaca veya intratekal ilaçlara bağlı olabileceği düşünüldü. Tansiyonu stabilizeşen hastaya ekokardiyografik inceleme yapıldı, miyokardiyal disfonksiyon saptanarak milrinon infüzyonu başlandı. Nötropenik olan hastanın mevcut tablosunda septik şok dışlanamayacağı için kültürleri alınarak ampirik geniş spektrumlu antibiyoterapisi başlandı. İzlemin birinci gününde ARDS tablosunda belirgin düzelme saptandı. İkinci gününde noradrenalin azaltılarak kesildi ve hasta extübe edildi , üçüncü gün miyokardiyal fonksiyonları normal olarak değerlendirildi, milrinon kesildi. 4. gün servise transfer edildi.

Bulgular : Anafilaksi tablosunun ilaç uygulamasından dakikalar veya saatler sonrasında gelişebileceği unutulmamalıdır. Öyküsünde ilaç allerjisi olan hastaların ilaç uygulaması sonrası izleminin daha dikkatli yapılması hayat kurtarıcı olacaktır.

Anahtar kelimeler : ARDS, Anafilaksi, İlaç reaksiyonu

P-172

RAİNE SENDROMU NADİR BİR SENDROM MU? FARKINDALIĞIMIZ MI AZ?

Emel Uyar¹ , Nilüfer Yalındağ Öztürk¹

¹ Marmara Üniversitesi Pendik Eah., Çocuk Yoğun Bakım Bd., İstanbul

Giriş : Raine sendromu (RS), periosteal kemik oluşumu, karakteristik yüz ve beyin anormallikleri ve genel osteoskleroz ile karakterize bir kemik displazisidir. Hemen her zaman ölümcül olduğu düşünülse de, çocukluğa ulaşan ve anormal psikomotor gelişim gösteren altı olgu bildirilmiştir. Hemen hemen tüm RS'lu bireyler, yüz görünümü ve radyolojik bulgulara dayanarak teşhis edilmiştir.

Olgu : Antenatal öyküsünde bir özellik olmayan, anne baba arasında akrabalık olmayan hasta term, vajinal doğum ile doğdu. Solunum sıkıntısı gelişmesi üzerine yoğun bakım ünitesine alındı. Hastanın fizik muayenesinde orta yüz hipoplazisi, burun kökü basık/hipoplazik (aperturapiformis yokluğu, nazal kemik hipo/aplazik), hipertelorizm, propitozis, bilateral korneal skar, üçgen ağız görünümü, düzensiz ve hipertrofiye görünümlü damak, geniş ön fontanel, brakidaktili, rizomelik kısalık saptandı (Şekil1) . Batın US'de bilateral nefrokalsinozis, EKO'da MY ve TY mevcuttu. Kranial görüntülemelerinde bilateral periventriküler beyaz cevherde kalsifikasyonlar, korpus kallozumda hipoplazik agenezik görünüm, serebral atrofi, triventriküler hidrosefali, sol gözde mikrooftalmi ve kraniumu oluşturan kemiklerde kalınlaşmalar saptandı (Şekil 2). Orbital US'de sağ göz hiperplastik primer vitreus ile uyumlu iken sol göz vitre kondansasyonu ile uyumlu idi (Şekil 3).

Sonuç : Raine sendromu (RS), periosteal kemik oluşumu, karakteristik yüz ve beyin anormallikleri ve genel osteoskleroz ile karakterize bir kemik displazisidir. 7. kromozom üzerinde bulunan FAM20C'deki otozomal resesif mutasyondan kaynaklanır. Prevalansının <1 / 1,000,000 olduğu tahmin edilmektedir. İskelet displazisi ağırlıklı olarak kranyofasiyal gelişimi etkiler ve şiddetli proptozis, az gelişmiş orta yüz, depresif nazal köprü ve kısa buruna neden olur. Ana radyolojik bulgular, kafatası tabanı ve uzun kemiklerin yaygın, belirgin bir osteosklerozudur. Koana atrezisi önemli bir bulgudur. Beyin ve kalbin ileri incelemesi yapılmalıdır. RS'da gözlenen serebral kalsifikasyonlar spesifiktir. Diğer organlarda da sıklıkla kalsifikasyonlar görülür. İki ultrasonografi bulgusu, özellikle de aynı anda antenatal ultrasonda mevcut olduğunda RS'i düşündürmektedir: serebral hiperekojenite (özellikle lateral ventrikülleri çevreleyen bölgede ve bazal gangliyonlarda bulunan serebral kalsifikasyonlar) ve yüz bulguları (belirgin proptozis, mikrocefali ve az gelişmiş orta yüz). Prenatal olarak saptanan diğer özellikler intrauterin gelişme geriliği, polihidramnios, kısa kol, mikrocefali, küçük toraks, unilateral hidronefroz ve kataraktlardır. Akriba evliliğinin yoğun olduğu ülkemizde karakteristik yüz görünümüne sahip hastalarda RS düşünülmelidir. Sağ kalımı belirleyen en önemli faktör akciğer boyutudur ve yoğun bakım takibi gerektirir. Desmosterolosis ve konjenital sitomegalovirüs enfeksiyonu, Raine sendromuna benzeyebilir, ayırıcı tanıda düşünülmelidir.

15. ÇOCUK ACİL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

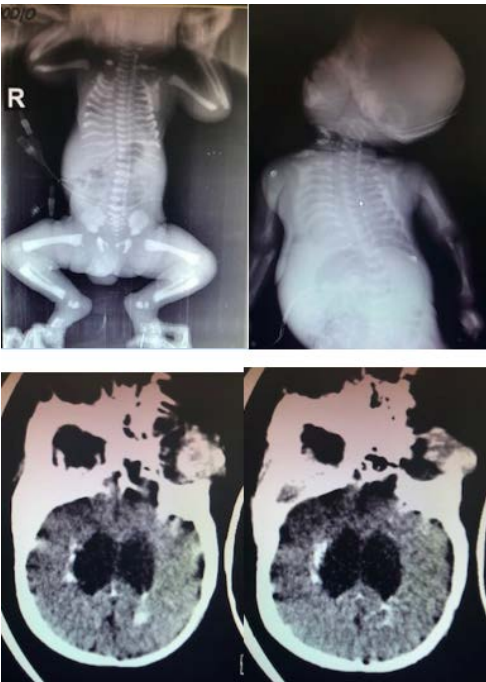
-POSTER BİLDİRİLER-

Şekil 1.



Hastanın dismorfik bulgularını gösteren fotoğraflar (orta yüz hipoplazisi, burun kökü basık/hipoplazik (aperturapriformis yokluğu, nazal kemik hipo/aplazik), hipertelorizm, propitozis, bilateral korneal skar, üçgen ağız görünümü, brakidaktili, rizomelik kısalık)

Şekil 2.



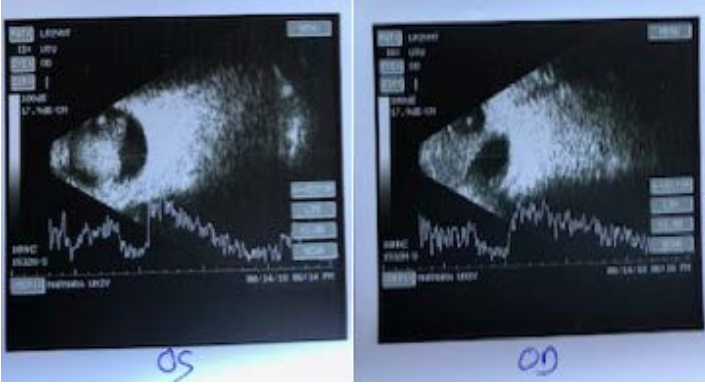
Hastanın radyolojik görüntüleme bulguları (bilateral periventriküler beyaz cevherde kalsifikasyonlar, kostalarda ve kraniumu oluşturan kemiklerde kalınlaşmalar)

15. ÇOCUK ACİL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-POSTER BİLDİRİLER-

Şekil 3.



Göz ultrasonografi görüntülemeleri

Anahtar kelimeler : Raine sendromu,

P-173

PEDİATRİK YOĞUN BAKIM SERVİSİNDE BİR OLGU İLE İNHALE NİTRİK OKSİT TEDAVİSİ HEMŞİRELİK BAKIM PROTOKOLÜ OLUŞTURMA

Buket Bayram¹, Mücella Arı¹, Barış Ergin¹, Ceren Kahraman¹, Salih Karakaaya¹, Ümüt Altuğ¹, Gökçen Özçifçi¹, Ayşe Berna Anıl¹
¹ Sağlık Bakanlığı, Tepecik Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, izmir

Giriş : Nitrik oksit (NO) önceleri otomobil egzozu ile sigara dumanından çevreye yayılarak asit yağmuruna neden olan ve ozon tabakasını tahrip eden hava kirlenici bir gaz olarak bilinirdi. 1980 yılında Furchgott ve Zawadski asetil kolin uyarısıyla endotel hücrelerince yapılan damar düz kasını gevşetici bir madde olarak bildirdiler. Bu maddeye endotel kaynaklı gevşetici faktör (EDRF: Endotel Derived Relaxing Factor) adı verildi (1). 1987 yılında Palmer ve arkadaşları EDRF'nin bilinen biyolojik etkilerinde NO adlı bir gazın sorumlu olduğunu buldular (2). Temel haberci maddelerden biri olan NO hücre membranını geçerek demir ve/veya sülfür içeren proteinlere bağlanır (3). Özellikle nöronlarda ve damar düz kas hücre membranında bulunan guanilat siklazı aktive eden NO, damar dilatasyonu, sinirlerden uyarı geçişi gibi fonksiyonları gerçekleştirir (4). Çocuklarda görülen pulmoner hipertansiyon (PHT) çeşitleri genellikle erişkinlerde görülen tiplerle aynıdır; ancak doğumsal kalp hastalıklarına (DKH) eşlik eden PHT çeşitleri çocuklarda daha sık görülür (5). Reaktif veya persistan PHT DKH'na bağlı görülebilen önemli bir komplikasyondur (5). Pulmoner hipertansiyon tedavisinde hiperoksik hiperventilasyon ve intravenöz vazodilatörler geniş ölçüde kullanılmaktadır (6). Ameliyat sonrası dönemde pulmoner arter basıncının düzenlenmesi için kullanılan tedavi seçeneklerinden biri İnhalasyon Nitrik Oksit (İNO) uygulamasıdır (7). İnhalasyon NO, geniş güvenlik ve etkinlik verilerine dayanarak, (Food and Drug Administration) FDA tarafından spesifik bir pulmoner vazodilatör tedavi olarak onaylanmıştır (8). İNO, kalp cerrahisi sonrası yoğun bakım ünitelerinde PHT tedavisinde birinci basamak tedavi seçeneği olarak kullanılmaktadır (9). İnhalasyon yoluyla verilen NO sistemik damar direncini düşürmeden pulmoner damar direncini düşürür ve kan dolaşımına geçer geçmez hemoglobin tarafından hızla etkisiz hale getirildiği için sistemik damar yatağında vazodilatör etki yapamaz (9). PHT aynı zamanda ventile olmayan akciğer alanlarındaki damarları da genişleterek ventilasyon-perfüzyon uyumunu bozabilir. Bu özelliği nedeniyle NO PHT'li yenidoğanlarda, DKH'lı çocuklarda, süt çocuğu ve yetişkin respiratuar distress sendromunda (ARDS), bronkopulmoner displazide inhalasyon yoluyla kullanılmaya başlanılmıştır (10). İnhalasyon nitrik oksit tedavisi uygulanan hasta hemşire tarafından yakından gözlemlenmelidir. Hemşirelerin İNO tedavisi, uygulanacak hemşirelik bakımı ve oluşabilecek yan etkiler hakkında bilgi sahibi olması ve gerekli önlemleri alınabilmesi gerekmektedir. Bu nedenle konjenital kalp cerrahisi sonrası PHT gelişen ve İNO tedavisi alan bir hastamızın takibini ve sonrasında oluşturduğumuz İNO tedavisi hemşirelik bakım ve izlem protokolünü paylaşmak istedik.

Gereç-Yöntem : Olgumuz E.Ş. 2,5 aylık 3,8 kg ağırlığında kız hastadır. Truncus Arteriosus Tip 2 + VSD + Sol Diafragma Hernisi tanısıyla çocuk kardiyoloji kliniğine yatan hasta, Rastelli operasyonu (tam düzeltme) sonrası çocuk yoğun bakım servisine alındı. PHT için Sildenafil tedavisi nazogastrik sonda ile ve Iloprost tedavisi nebül yoluyla verildi. İnvaziv mekanik ventilatörde izlenen hasta 24. saatinde ekstübe edilerek nazal kanül ile non invaziv mekanik ventilatör alındı. Hastaya PHT nedeniyle İNO tedavisi 20-25 ppm nazal kanül sistemine adapte edilerek başlandı, kademeli olarak azaltılıp 5. günde 5ppm düzeyinde kesildi. Hastamız izlemin 7. günü yoğun bakımdan taburcu edildi. İNO tedavisi başlanan hastanın hemşirelik bakımına ait özellikler ve hastadan elde edilen sonuçlar paylaşılmıştır. Bu olgu izlemi sonucunda İNO tedavisi alan hastalarda güvenli bakım ve takip için hemşire bakım protokolü ve kontrol listesi oluşturulmuştur.

Bulgular : İNHALE NİTRİK OKSİT TEDAVİSİ UYGULANAN HASTANIN HEMŞİRELİK BAKIMI Nitrik Oksit tedavisi alan bir çocuğun hemşirelik bakımı, herhangi bir hasta bebeğin ihtiyaç duyduğu özene çok benzemektedir. Minimal işlem ve yakın gözlem gereklidir. Dikkate alınması gereken özel noktalar şunlardır; 1.Kalibrasyon / Güvenlik Kontrolleri Hem personel hem de hastalar açısından potansiyel risklerden kaçınmak için NO tüplerinin dikkatli taşınması gerekir. Düşen bir tüp yaralanmalara, regülatör hasarına ve kaza gaz boşalmasına neden olabilir. Regülatörlerin ve devrelerin kötü kullanımı da gaz kaçağına neden olabilir. Bazı temel güvenlik önlemleri alınarak bu riskler en aza indirilebilir. Bunlar; - NO tüplerinin her zaman duvara ya da tüp arabasına sabitlendiğinden emin olunmalıdır. - Regülatör ve hatlar kullanılmadan önce NO birikintilerinden arındırılmalıdır. - Olası sızıntı veya problemleri tespit etmek için NO düzeyleri izlenmelidir. - Tüp değişimleri önceden planlanmalı ve yedek silindir kullanıma hazır halde tutulmalıdır. - Elektrik kesintisi durumunda, ventilasyon ve İNO tedavisinin kesintisiz devam edeceğinden emin olmak için cihazların şarjlı olduklarından emin olunmalıdır. - Hergün hemşire devre, gaz tüpü, ventilatör ve diğer tüm başucu ekipmanlarının güvenlik kontrollerini ve kalibrasyon yapılmasını sağlamalıdır. İNO tedavisi alan çocuğun bakımını üstlenirken güvenli ve sorunsuz bir geçişin sağlanmasına yardımcı olmak için vardiya teslim kontrollerinde dikkat edilmesi gereken noktalar kontrol listesine dahil edilmiştir: 1.Sistem doğru şekilde monte

15. ÇOCUK ACİL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-POSTER BİLDİRİLER-

edilmiş : 2.Yedek NO tüpü mevcut: 3.Gerektiğinde tüpü ya da devreyi değiştirecek personel mevcut: 4.Ölçülen NO seviyesi, belirtilen değerlerde: 5.NO, hastanın azot dioksit (NO₂) ve Methemoglobin (MetHb) seviyeleri uygunluğu: 6.Toplama filtresinin değiştirilmesi ihtiyacı veya izleme hattındaki su tutucusunun boşaltmaya ihtiyaç durumu: Hastanın izleminde güvenlik kontrolleri her 8 saatte bir yapılmış ve herhangi bir problem ile karşılaşmamıştır. 2.Alarmlar Hastanın yaşına, ihtiyacına uygun alarm limitleri girilerek yaşamsal bulgulardaki değişimler yakından izlenmelidir. İNO alarmları belirlenen reçete dozunun 5 ppm üstünde ve altında ayarlanmalıdır. NO₂ düzeyi izlenmelidir. NO₂ > 3 ppm, tedavi azaltılmalı veya kesilmelidir. NO monitöründe hastanın klinik durumu ve yaşına uygun olarak alarm limitleri hekim tarafından ayarlanmış ve saatlik kontrol edilmiştir. 3.İzlem İNO tedavisi alan hastanın kalp tepe atımı, solunum sayısı, oksijen saturasyonu ve kan basıncı değerleri yakından takip edilmelidir. Merkezi venöz sisteme erişim için santral venöz katater ve yakın takip açısından arteriyel katater bulunmalıdır. Arteriyel kan gazları doktor eşliğinde klinik durumdaki iyileşmeler ve bozulmalar için izlenmelidir. NO, NO₂ ve MetHb seviyeleri takip edilmelidir. Seviyelerde yükselmeler olursa sağlık personelleri bilgilendirilmelidir. Bu durumda nitrik oksit tedavisini azaltmak ya da durdurmak gerekebilir. NO₂ > 3 ppm, MetHb > %7 tedavi azaltılmalı veya kesilmelidir. Hastanın yaşamsal bulguları monitör ve ventilatör ile saatlik takip edilmiş ve bir komplikasyonla karşılaşmamıştır. 4.Hasta Değerlendirmesi / Dökümantasyon Her vardiyanın başında tam bir hasta değerlendirmesi yapılmalı ve izlem notları belgelendirilmelidir. Hemşire yoğun bakım çizelgesine saatlik kalp atım hızı, kan basıncı, solunum hızı, oksijen saturasyonu, İNO dozu, NO₂ seviyesi ve metHb düzeyi kayıt etmelidir. Hemşire ayrıca tedaviye karşı oluşan tepki ve toleransı da gözlemlemelidir. Hasta ile ilgili tüm veriler yoğun bakım hasta takip formuna ve elektronik ortamda hemşire modülüne kaydedilmiştir. İNO Dozu, NO₂ seviyesi ve MetHb düzeyini hekim, hekim gözlem formuna kaydetmiştir 6.Methemoglobin İzleme İNO'nun hemoglobine yüksek bir afinitesi vardır. NO'nun hemoglobine bağlanmasıyla methemoglobin oluşmaktadır. Bu durumda oksijen hemoglobine bağlanamaz ve dokulara aktarılamaz. Methemoglobin normal fizyolojik düzeyleri %0-2'dir, seviye %7'in üzerine çıkarsa İNO azaltılmalı veya durdurulmalıdır. Bu aşamada doktor ve hemşire birlikte iyi bir gözlem yapmalıdır. Methemoglobini çocuklarda siyanoz, solunum sıkıntısı/ventilatör gereksinimi ve uyuşukluk belirtileri gösterebilir. Methemoglobin, sadece fonksiyonel hemoglobini okuyan bir nabız oksimetre cihazında oksijen saturasyonunun yanlış okunmasına sebep olabilir. Bu durum göz önünde bulundurularak saturasyon değeri takibi yapılmalıdır. Hastanın hekim tarafından yapılan kan gazı kontrollerinde methemoglobini gözlenmemiştir, hastanın solunum ve saturasyon değerlendirilmesi hemşire tarafından kaydedilmiştir. 7.Trombosit Fonksiyonu İNO trombosit fonksiyonunu inhibe edebilir ve kanama süresini uzatabilir. Kanama belirtileri açısından hastanın invaziv girişim yerleri (intravenöz katater, santral venöz katateri, drenleri vb.) sık sık kontrol edilmelidir. Hekim eşliğinde belirli aralıklarla trombosit parametreleri kontrol edilmelidir. Hastamızda Trombositopeni gelişmiş ancak herhangi bir komplikasyon oluşmamıştır. 8. Azot Dioksit İzlemi NO ve oksijen içeren karışımlarda NO₂ hızla oluşabilir. Yüksek seviyelerde NO₂, hava yolu inflamasyonuna ve yaralanmaya neden olabilir. NO değerleri saatlik izlenmeli ve kayıt edilmelidir. Hastamızda izlemede NO₂ düzeyinin yükselmesine bağlı herhangi bir komplikasyon oluşmamıştır. 9. Manuel Ventilasyon İNO tedavisi aniden durdurmak yerine yavaş yavaş sonlandırılması gereken bir tedavidir. Bunun nedeni rebound PHT gelişebilir. Hastanın ventilatörden ayrılması gereken durumlarda veya ventilatör arızasında temkinli davranmak gerekmektedir (35). Balon maskeye geçişte İNO devresine tam olarak bağlandığından ve hastanın ventilatör aracılığıyla aldığı seviyenin ayarlandığından emin olunmalıdır. Ayrıca basınç kontrolleri yapılmalı ve oksijen 8 L/dk olarak ayarlanmalıdır. Aynı bir NO tüpü kullanılıyorsa hastaya bağlanmadan önce 3 hızlı havalandırma yapılarak kullanılan hat NO₂ birikiminden temizlenmelidir. Manuel ventilasyon sırasında mekanik ventilatör devresi boyunca NO çalışıyorsa, bir yapay akciğer takılmalı ve çevresel maruz önlenmelidir. İNO tedavisi alan olgumuzda manuel ventilasyon uygulamayı gerektirecek bir durum ortaya çıkmamıştır. 10.Personel Eğitimi İNO'nun klinik kullanımı, hem personel hem de hastalar için özellikle NO ve NO₂'nin zehirli seviyelerine maruz kalma riski içerir.Tıbbi ekipmanın güvenli ve uygun kullanımı, yeterli hazırlık ve eğitim gerektirir (11). Düzenleyici makamlar genellikle tıbbi ekipmanların kullanımında eğitim için standartlar önermektedir, tipik olarak eğitimin hem teorik hem de pratik öğretimi içermesi gerekir (12). Pediatri kullanımı için ABD kılavuzları hekim eğitimi önermektedir (13) ve bazı hemşirelik yazarları eğitim ihtiyacını vurgulamıştır (14). Biz de bu konuda hekim-hemşire İNO kullanım protokolünü oluşturduk. 12.Çevre Güvenliği ABD Ulusal İş Güvenliği ve Sağlığı Enstitüsü (NIOH), potansiyel olarak toksik madde miktarını 8 saatlik bir süre boyunca 5 ppm'lik NO₂ ve 25 ppm NO için ' İzin Verilen Maruz Kalma Limiti' olarak belirlemiştir (15). Çevresel NO kontaminasyonu , İNO uygulaması sırasında iki kaynaktan meydana gelebilir: boşaltılan atık ventilatör gazı ve bir dağıtım sistemi veya silindirdeki konsantre gazın kazara sızması (11). Bu nedenle tedavi boyunca tüm sistemlerin düzenli olarak kontrol edilmesi gerekmektedir. NO ve NO₂ gazlarının seviyeleri takip edilmelidir. Hastamızın izleminde çevre güvenliğini tehdit eden bir durum yaşanmamıştır.

Sonuç : İn hale nitrik oksit tedavisinin uygulandığı yoğun bakım ünitelerinde en önemli olası zararlardan birisi, diğer hastaların ve sağlık çalışanlarının düşük dozlarda olsa bile NO gazına maruz kalmalarıdır. NO gazı ortamdaki oksijen ile karşılaştığında zehirli gaz olan NO₂ ye dönüşebilmektedir. Uzun süre bu gazın inhale edilmesi toksik pulmoner etkilere neden olabilmektedir. Bu nedenle sistemde bulunan NO₂ düzeyinin sık kontrolü yapılmalıdır. Ayrıca hastanın methemoglobin düzeyi, vital bulguları yakın izlenmelidir. Sonuç olarak Trunkus Arteriosus Tip 2 Rastelli Operasyonu geçiren hastanın ameliyat sonrası oluşan PHT tedavisinde uygulanan İNO tedavisi ile pulmoner arter basınç düzeylerinde azalma görülmesi NO'nun pulmoner damarlar üzerinde olumlu etkisini göstermektedir. Tedavi ve izlem sürecine hemşireler aktif olarak katılmıştır. Bu hastaların genel değerlendirmesinin ayrıntılı olarak yapılması, kullanılan sistemle ilgili gerekli kontrollerinin yapılması hem hasta hem sağlık personelinin güvenliği açısından önem taşımaktadır. Hemşirelerin hasta bakımı ve tedavisi süreci ile ilgili bilgi sahibi olmasının tedavi sürecini olumlu yönde etkilediğini düşünmekteyiz. Bu nedenle bu hastalar için izlem protokolü oluşturulmuştur.

Anahtar kelimeler : nitrik oksit, pulmoner hipertansiyon, bakım protokü, azot dioksit,

15. ÇOCUK ACİL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-POSTER BİLDİRİLER-

P-174

ÇOKLU İNTRAKRANİAL ANEVRİZMAYA EŞLİK EDEB DEV GALEN VEN ANEVRİZMALI BİR OLGU

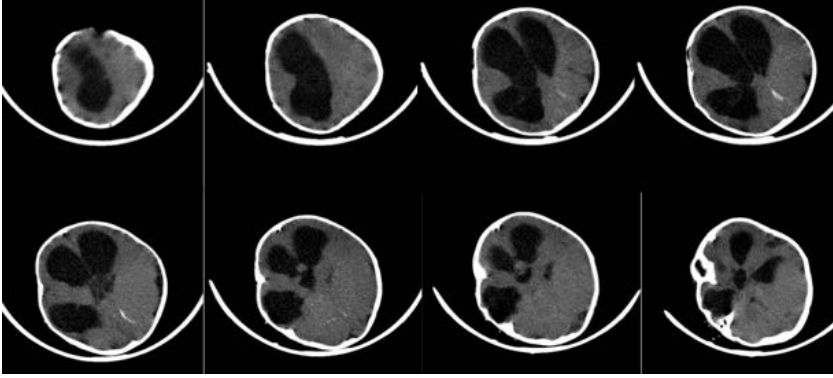
Emel Uyar¹, Nilüfer Yalındağ Öztürk¹

¹ Marmara Üniversitesi Pendik EAH., Çocuk Yoğun Bakım BD., İstanbul

Giriş : Galen veni serebral hemisferlerin altında yer alan, beynin ön ve santral venöz dolaşımını serebral fossadaki sinüslere drene eden bir vendir. Galen ven anevrizması nadir bir konjenital malformasyondur. Galen ven anevrizması genellikle yüksek debili kalp yetmezliği sebebiyle infantlarda mortaliteye sebep olabilir. Prenatal veya postnatal erken tanı ve etkin tedavi hayati önem taşımaktadır. Burada antenatal takiplerinde sorun saptanmayan postnatal 8 aylıkken tanı alan bir dev ve çoklu galen ven anevrizması ve arterio venöz fistülü olan bir olgu sunulacaktır.

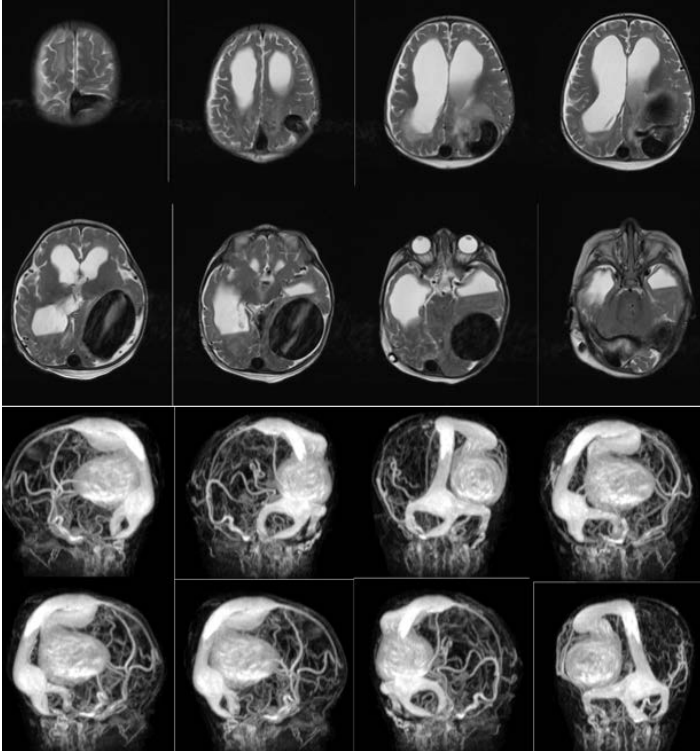
Gereç-Yöntem : Prenatal ve natal öyküsünde özellik olmayan hasta 8 aylıkken baş çevresinde büyüme, nöromotor gelişim geriliği ile dış merkeze başvuruyor. Çekilen bilgisayarlı tomografide (Şekil1) hidrosefali saptanarak ventriküloperitoneal şant takılıyor. Postop 1. gün nöbet geçirmesi üzerine çekilen manyetik rezonans görüntülemesinde 3 adet büyük, 50 adet küçük anevrizma ve arteriovenöz fistül (Şekil 2) saptanması üzerine embolizasyon yapılması amacıyla pediatri yoğun bakım ünitesine kabul edildi. Hastaya embolizasyon işlemi yapıldı (Şekil3). Takibinde intraventriküler kanama geçirdi (Şekil 3). Hastanın şanti çıkarıldı ve eksternal ventriküler drenaj (EVD) takıldı. Takibinde toplam 15 kez EVD değişimi yapıldı. Takibinde beyin omurilik sıvısında (BOS) üremesi olmayan hastaya şant takılması planlandı. Postoperatif 7. günde şant disfonksiyonu gelişti ve şanti çıkarılarak EVD takıldı. Alınan kontrol BOS kültürlerinde metisiline duyarlı staphylococcus aureus üremesi saptandı. 2. ameliyatından sonra toplam 7 kez EVD değişimi gerekti. Hasta halen bilateral EDV ile pediatri yoğun bakım ünitesinde takip edilmektedir.

Şekil 1



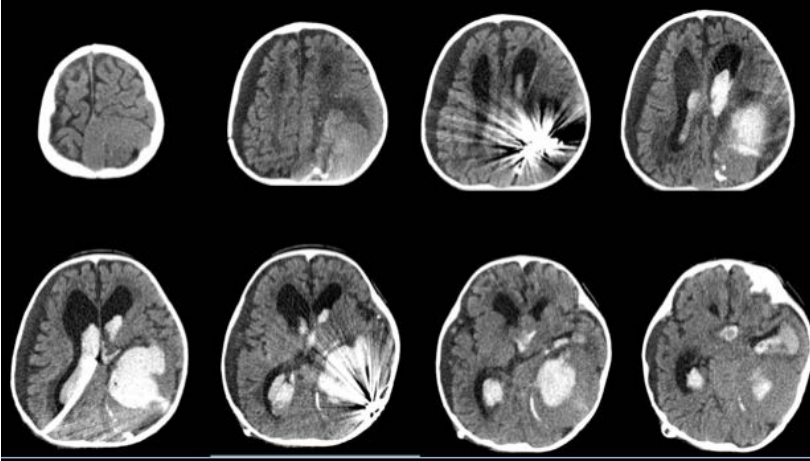
Hastanın başvuru anındaki görüntülemesi

Şekil 2



Hastanın nöbet sonrası yapılan görüntülemesi

Şekil 3



Hastanın embolizasyon sonrası yapılan görüntülemesi

Bulgular : Prenatal olarak tanı alan galen ven anevrizmalı fetuslarda ek kalp yada serebral anomali varlığı daha mortal seyretmektedir. Tanıda makrosefali, nöromotor gelişim geriliği ve akut hidrosefali ile gelen hastalarda anterior fontanel oskültasyonu akılda tutulmalıdır. Bu hastalar yüksek debili kalp yetmezliği ile tanı alabilirler. Çocukluk çağıında çoklu anevrizma sık değildir. Akut hidrosefaliye yönelik girişim yapılacağı zaman görüntülerin uzman bir radyolog tarafından değerlendirilmesi, lüzum halinde detaylı ek görüntülemelerin erken yapılması bu tip hastalarda ameliyat esnasında gelişebilecek komplikasyonların engellenmesini sağlayabilir. Nadir bir olgu olması nedeniyle hastamızı ve klinik seyrini paylaşmak istedik.

Anahtar kelimeler : Dev anevrizma, EVD, Sık değişim

P-175

PEDİATRİK ARTERİYEL İSKEMİK İNMEDE İNTRAARTERİYEL EMOLEKTOMİ

Ahmet Ziya Birbilin¹, Ahmet Peker³, Nesibe Eroglu Ertugrul², Dilek Yalnızoğlu²

¹ Hacettepe Üniversitesi, Çocuk Acil Bilim Dalı, Ankara

² Hacettepe Üniversitesi, Çocuk Nöroloji Bilim Dalı

³ Hacettepe Üniversitesi, Radyoloji Anabilim Dalı

Giriş : Arterial iskemik inme (AIS) çocuklarda erişkinlere göre nadirdir, ancak uzun süreli morbidite ve mortaliteye neden olabilirler. Trombo-emboliktomi, seçilmiş erişkin hastalarda standart tedavi seçeneğidir, ancak çocuklarda az sayıda vaka bildirilmiştir.

Olgu : 16 yaşında bir kız çocuğunun vücudunun sol tarafında uyuşukluk ve halsizlik ve yüzün sol yarından çekilme başladıktan 1 saat sonra acil servise başvurdu. Nörolojik muayenede sol hemiparezi ve sol nazolabial sulksularda silinme saptandı. hipertrofik kardiomyopatinin tanısı iki ay önce almıştı. Hastaya öncelikle kanama ekartasyonu için Kranial bilgisayarlı tomografi (BT) çekildi ve normal olarak değerlendirildi. Sonrasında çekilen diffüzyon manyetik rezonans görüntülemesinde (MRG) sağ bazal gangliyon seviyesinde akut iskemik alanlar, MRG anjiyoda ise sağ ICA'da akım yokluğu, sağ MCA M1 segmentinde artefakt varlığı hastada trombüs düşündürdü. Kesin tanı ve diseksiyon ekartasyonu için BT anjiyo çekildi ve aynı bulgular tesbit edildi. Hastanın intraarteriyel trombektomi, semptomların başlangıcından sonra ilk 4 saat 56 dakika sonra yapıldı. Hasta Çocuk nöroloji ve girişimsel radyoloji ile birlikte değerlendirildi. Hasta tedaviden sonra yoğun bakım ünitesinde antikoagulan tedavi ile izlendi ve herhangi bir nörolojik defisit olmaksızın taburcu edildi.

Sonuç : Klinik çalışmalar, AIS'li erişkinlerde endovasküler tekniklerin etkinliğini göstermektedir, ancak çocuklar için yeterli veri yoktur. Özellikle adolesan yaş grubunda endovasküler tekniklerle tromboemboliktomi, deneyimli merkezlerde dikkatle seçilmiş hastalarda tatmin edici sonuçlar sağlar.

Anahtar kelimeler : İnme, arterial tromboz, trombektomi,

15. ÇOCUK ACİL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-POSTER BİLDİRİLER-

P-176

TEHLİKENİN FARKINDA MIYIZ? GİDON YARALANMASI: BİR OLGU SUNUMU

Damla Hanalioğlu¹ , Esra Can¹ , Bahri Ünal¹ , Orkun Aydın¹ , Tutku Soyer² , Özlem Tekşam¹

¹ Hacettepe Üniversitesi, Çocuk Acil Bilim Dalı, Ankara

² Hacettepe Üniversitesi, Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı, Ankara

Giriş : Çocuklarda bisiklet kazalarının mortalite ve morbiditelerinin majör sebebi kafa travması olsa da abdominal yaralanmalar da azımsanamayacak derecede görülmektedir. Bisiklet kazaları çocukluk çağı künt abdomen travmalarının %5-14'ünden sorumludur. Gidon ilişkili bisiklet travmaları ise enerjinin küçük yüzey alanına sahip gidon aracılığıyla yansımından dolayı ciddi intra-abdominal yaralanmalarla ilişkilidir. Bu çalışmada, bisiklet gidonu travması nedeniyle değerlendirilen bir olgu sunulmuştur.

Olgu : Öncesinde bilinen sağlık sorunu bulunmayan 15 yaşında erkek hasta, hastaneye başvurusundan yaklaşık 20 dakika önce bisikletten düşme nedeniyle 112 ekipleri tarafından getirildi. Bisikleti ile seyir halindeyken kaldırma hızla çarparak düştüğü, göğsünü bisikletin direksiyonuna çarpmış olduğu, çevredekilerin yerden kalkmasına engel olup 112'ye haber verdikleri öğrenildi. Sahada hemodinamik açıdan stabil olan hasta minör travma vakası olarak değerlendirilip hastanemize getirildi. Hastanın aktif yakınması yoktu. Gelişinde Glasgow Koma Skoru 15, vital bulguları normal sınırlar içerisinde idi. Hastanın fizik muayenesinde hipogastrik bölgede 4x4 cm boyutunda abrazyon mevcuttu (Resim 1). Abrazyon bölgesi etrafında palpasyonla ciddi hassasiyet ve defans haricinde muayenesi doğaldı. Olası ciddi intra-abdominal yaralanma riski nedeniyle orali kapatıldı, idama mayi desteği başlandı ve yakın vital bulgu takibi yapılacak şekilde hasta monitörize edildi. Acil serviste yapılan travmaya odaklanmış ultrasonografik değerlendirmede serbest sıvı veya solid organ yaralanması görülmesi de travmanın yüksek enerjili olduğu düşünülerek yakın vital bulgu izlemine devam edildi. Vital bulguları stabil seyreden ancak palpasyonla şiddetli ağrısı devam eden hastanın izleminin ikinci saatinde ultrason tekrarı planlandı. Radyoloji bölümünce yapılan ultrasonografik incelemesi de normal bulundu. Laboratuvar incelemelerinde haff transaminaz yüksekliği (ALT:76 U/L, AST:129 U/L) mevcuttu. Amilaz (109 U/L) ve lipaz (9 U/L) değerleri normaldi. Hemoglobün ve hematokrit değerlerinde düşme saptanmadı. Vital bulguları, tekrarlanan ultrasonografik değerlendirmeleri normal olan, laboratuvar incelemelerinde ciddi bir patoloji gösterilemeyen hastaya, karın duvarındaki gidon izi yüksek enerjili travma belirteci kabul edilerek olası intestinal perforasyon ve solid organ yaralanması riski göz önünde bulundurularak kontrastlı karın tomografisi çekildi. Karın tomografisi sonucunda karaciğer segment 4'te en kalın yerinde 12 mm olup uzunluğu 29 mm'ye ulaşan hipodens laserasyon alanı, subhepatik alanda, bilateral parakolik alanlarda ve pelviste az miktarda serbest sıvı görüldü. Gidon travmasına ikincil karaciğer laserasyonu nedeniyle çocuk cerrahisi servisine izlem planıyla yatırıldı. İzlemi süresince herhangi bir komplikasyonla karşılaşılmayan hasta 24 saatlik izlemin ardından poliklinik kontrolüne gelmesi planıyla taburcu edildi.

Sonuç : Bisiklet travması ilişkili künt karın travması nedeniyle değerlendirilen hastalarda, karın duvarında abrazyon veya ekimoz varlığı ciddi intra-abdominal yaralanma açısından uyarıcı olmalıdır. Bu çalışmada, yakın zamanda çocuk acil servisine bisiklet gidonu ilişkili karın travması ile başvuran bir olgu sunularak bisiklet ilişkili karın travmalarının klinik belirtilerine dikkat çekilmesi hedeflenmiştir.

Yöntem

Gidon yaralanmasına bağlı abdomende orta hatta epigastrik bölgede dermabrazyon



Anahtar kelimeler : Bisiklet gidonu yaralanması, karın travması, karaciğer laserasyonu

15. ÇOCUK ACIL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-POSTER BİLDİRİLER-

P-177

BAŞ VE GÖĞÜS AĞRISI YAKINMASIYLA ACİLE GETİRİLEN ÜLSERATİF KOLİT'LI BİR OLGUDA AKCİĞER EMBOLİSİ VE SİNÜS VEN TROMBOZU

Sevcan Bilen¹, Hayri Levent Yılmaz¹, Sibel Yavuz², Gökhan Tümgör²

¹ Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Acil Bilim Dalı, Adana

² Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Gastroenteroloji Bilim Dalı, Adana

Giriş : Enflamatuar bağırsak hastalıkları (EBH) birincil olarak sindirim sistemini etkilemekle birlikte bağırsak dışı sistemik bulgularıda olan etiyolojisinde genetik ve çevresel etkenlerin birlikte rol oynadığı süreğen enflamasyonla seyreden bir hastalık grubudur. Tromboembolizm EBH'nin bilinen, fakat oldukça nadir rastlanan bağırsak dışı bir komplikasyonudur ve tüm EBH hastalarının % 1,3-6,7' sinde gözlenmektedir.

Olgu : 15 yaşında erkek hasta bir yıldır ülseratif kolit tanısı ile poliklinik izleminde idi. İzlemi sorunsuz olan olgu dört gün önce başlayan baş ağrısı, göğüs ağrısı ve ateş yakınmalarıyla acil servismize başvurdu. Öyküsünden öksürürken hafif pembe renkli balgamının olduğu öğrenildi. Yaşamsal bulgularında ateşi 37,4°C, nabızı 120/dk, solunum sayısı 30/dk, Oksijen desteği olmaksızın oksijen saturasyonu (SpO2) %95 idi. Fizik muayenesinde genel durum orta, halsiz görünümde, dinlemekle sağ akciğer bazalde solunum sesleri daha derinden duyulmaktaydı, ekspiryum uzun, ral-ronküs yoktu, diğer sistem muayeneleri doğaldı. Hızla monitörize edildi, geri dönüşümsüz rezervuarlı maske ile 4 L/dk oksijen desteği verildi. Akciğer grafisi, elektrokardiyogram çekildi, toraks ultrasonografisi yapıldı, kan tetkikleri alındı. Akciğer enfeksiyonuna yönelik antibiyotik başlandı, akciğer embolisi ön tanısına yönelik bilgisayarlı tomografik anjiyografi çekildi. İzleminde baş ağrısı artan ve sağ kolda güçsüzlük yakınması gelişen hastanın nörolojik muayenesinde sağ üst ekstremitte kas gücü: 3/5, alt ekstremitte kas gücü: 4/5, sol üst ve alt ekstremitte kas gücü: 5/5, derin tendon refleksleri aktif, pupiller midriyatik ve ışık refleksi zayıf idi. Her iki göz dibi muayenesinde papil ödemi saptandı. Acilen beyin manyetik rezonans görüntüleme (MRG) ve MR-venografi incelemesi planlandı, superior sagittal sinüs trombozu saptandı (Şekil 1). Tetkik ve tedavilerinin devamı açısından servise yatırılan hastaya düşük molekül ağırlıklı heparin tedavisi başlandı. Tromboz etiyolojisi araştırılırken gönderilen protein C, protein S, antitrombin III, Faktör VIII, fibrinojen, homosistein ve protrombin II düzeyleri normal, Faktör V Leiden mutasyonu negatif, MTHFR mutasyonu ise heterozigot pozitif olarak saptandı. Hastada beyin ven trombozu oluşturacak EBH dışında etyolojik bir neden saptanmadı.

Sonuç : EBH'nin seyri sırasında bağırsak dışı komplikasyonlar olguların %25-40'ında görülebilmektedir. Tromboz gelişimi genellikle önceden tanı almış ve tedavi altında olan olgularda, özellikle akut alevlenme dönemlerinde bildirilmektedir. En sık yakınma baş ağrısı olup, papil ödemi, bilinç bulanıklığı ve hemiparezi olgularda en sık bildirilen nörolojik muayene bulgusudur. EBH'ında tromboza yatkınlığı mekanizması tam olarak açıklanamamakla birlikte, protrombotik etkenler, endotelial aktivasyon, doku faktörü ekspresyonunda artış ve pıhtılaşmanın engellenmesindeki bozulma etiyolojide rol oynayan etmenler olarak ileri sürülmektedir. Aktif ülseratif kolitli hastalarda baş ağrısından bilinç bulanıklığına kadar değişen santral sinir sistemi ile ilişkili bulgularda serebral venöz tromboz açısından dikkatli olunmalıdır.

Anahtar kelimeler : ülseratif kolit, akciğer embolisi

P-178

YİNE AYNI SENARYO: KAYISI ÇEKİRDEĞİ ALIMI SONRASI CİDDİ BİR SİYANÜR ZEHİRLENMESİ VAKASI

Faruk Ekinci¹, Rıza Dinçer Yıldızdaş¹, Naime Gökay², Alper Ateş²

¹ Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Yoğun Bakım Bilim Dalı, Adana

² Adana Seyhan Devlet Hastanesi, Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları, Adana

Giriş : Akut siyanür zehirlenmesi, potansiyel hayatı tehdit edici özelliği nedeni ile günümüzde hala gelişmiş ülkelerde bile önemli bir halk sağlığı problemi olmaya devam etmektedir. Siyanür zehirlenmesine neden olabilecek faktörler arasında; duman inhalasyonu, endüstriyel kazalar, ev ve işyerlerindeki kazara toksik madde alımları, intihar girişimleri, terörist saldırılar olabildiği gibi siyanürü doğal olarak üreten siyanojenik gıda alımları sonrasında da siyanür zehirlenmesi görülebilir. Elma, kayısı ve şeftali gibi bazı bitkilerin çekirdek ve tohumları önemli derecede siyanür glikozidleri içermektedir. Kayısı çekirdekleri hem içerdikleri siyanojen miktarı fazlalığı hem de hidrojen siyanürü daha rahat salabilmeleri nedeni ile daha toksiktirler. Kayısı çekirdekleri bütün olarak yutulduklarında siyanür salınımı fazla olmazken çiğneyerek yenildiklerinde ise toksisite artar. Bu yazıda bir avuç kayısı çekirdeği yedikten sonra ciddi siyanür zehirlenmesi bulguları gelişen ve intravenöz hidrokobalamin ve diğer destek tedaviler ile başarılı olarak tedavi edilen 4 yaşındaki erkek hasta sunulmuştur.

Olgu : Daha önceden sağlıklı olan 4 yaşındaki erkek hasta hastanemiz acil servisine bulantı, kusma ve bilinç bulanıklığı şikayetleri ile getirildi. Aileden alınan öyküde hastanın daha önceden bilinen herhangi bir sağlık problemi olmadığı, sürekli kullandığı bir ilaç olmadığı, travma öyküsü olmadığı, son olarak 1 saat önce bir avuç kadar kayısı çekirdeği yediği öğrenildi. Yedikten 20 dakika sonra önce bulantı ve kusma başladığı, sonrasında ise bilincinin giderek kapanmaya başladığı söylendi. Geliş fizik muayenede hastanın genel durumu kötü, taşikardik, takipneik idi. Vücut ısısı normal, oksijen saturasyonu ve tansiyon normal sınırlarda idi. Glasgow koma skoru:8-9 olarak değerlendirildi. Hastaya rezervuarlı maske ile oksijen desteği başlandı. Kan örnekleri gönderildi. Arter kan gazında pH:7.21, PCO2: 24, HCO3: 13 mmol/l, baz açığı: -13 mmol/l, laktat: 8.1 mmol/l saptandı. Anyon gap: 22 saptandı. Gönderilen hemogram, biyokimya, koagülasyon, tetkikleri normal, kranial görüntülemesi ve akciğer grafisi normal olarak değerlendirildi. Hasta, öyküden yola çıkılarak ve klinik bulguları ile akut siyanür zehirlenmesi şüphesi ile yoğun bakıma transfer edildi. Aktif kömür verildi, mide lavajı uygulandı. Hastaya iv hidrokobalamin 70 mg/kg'dan 30 dakika infüzyon şeklinde uygulandı. Tedavinin bitiminden sonraki 2 saat içinde kan gazı, 4 saat içinde ise nörolojik durumu ve bilinci düzeldi. Takibinde klinik bulguları düzelen hasta 48 saatlik gözlem sonrası taburcu edildi.

15. ÇOCUK ACIL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-POSTER BİLDİRİLER-

Sonuç : Siyanür daha çok kimyasal bir madde gibi düşünülse de doğada yaklaşık 2600 kadar farklı bitki, tohum ve yiyecekte de doğal olarak farklı formlarda bulunduğu bilinmektedir. Siyanojenik glikozidler olarak adlandırılan bu maddelerden biri de amigdalin. Amigdalin en sık olarak kayısı çekirdeğinde bulunur ve oral olarak alındıktan sonra ince barsaklarda hidrojen siyanide dönüşerek zehirlenme bulgularına yol açar. Özellikle acı olan kayısı çekirdekleri daha yüksek miktarlarda amigdalin içerir. Kayısı çekirdeği yenmesi sonrası siyanür zehirlenmesi ilk defa 1979 yılında Rubino ve ark. tarafından 49 yaşındaki bir kadında bildirildikten sonra birçok farklı ülkeden vakalar bildirilmeye devam etmiştir. Siyanürün çok düşük dozlarda bile oldukça toksik bir madde olduğu göz önüne alındığında özellikle küçük çocukların birkaç kayısı çekirdeği ile bile ciddi anlamda zehirlenmesi kaçınılmazdır. Bu nedenle bu tür yiyeceklerin hazırlanması, satılması, kontrolleri ciddi olarak yapılmalıdır. Mümkünse küçük çocuklarda alımı kısıtlanmalıdır. Sonuç olarak; ani olarak başlayan bilinç bulanıklığı, bulantı, kusma şikayetleri ile başvuran çocuk hastalarda kan gazında metabolik asidozla birlikte ciddi laktik asidoz saptanması halinde mutlaka son beslenme öyküsü de sorgulanmalı, kayısı çekirdeği yeme öyküsü olan hastalar aksi ispat edilene kadar akut siyanür zehirlenmesi olarak değerlendirilmeli ve ağır vakalarda vakit kaybetmeden antidot tedavileri uygulanmalıdır.

Anahtar kelimeler : amigdalin, kayısı çekirdeği, siyanür

P-179

DÜŞMEYE BAĞLI DENTAL TRAVMA VE MANDİBULA KIRIĞI VAKASI

Damla Hanalioğlu¹ , Cansu Özbay¹ , Orkun Aydın¹ , Bahri Ünal¹ , Leman Yıldız¹ , Ahmet Ziya Birbilen¹ , Özlem Tekşam¹

¹ Hacettepe Üniversitesi, Çocuk Acil Bilim Dalı, Ankara

Giriş : Çocuklarda mandibula kırıkları frontal ve nazal kemikten sonra yüzde en çok kırılan 3. kemiktir. Yüzdeki tek hareketli kemik olması dolayısıyla mandibula travmalara karşı daha korunmasızdır. Mandibula kırıkları en sık kondil (%30), angulus (%25), korpus (%25), parasimfizial ve simfizis (%15) bölgelerinde görülmekte olup etkilenen anatomik bölge etyolojiye göre değişmektedir. Angulus mandibula kırıkları daha çok kavga sırasında yumruklanma neticesinde görülürken, motorlu taşıt kazalarında simfizis ve parasimfizis kırıkları daha sık görülmektedir. Düşme vakalarında ise enerjinin mandibula arkı boyunca yayılması sonucunda ise daha çok kondil kırıkları görülmektedir. Maksillofasiyal travmalara %25'e varan sıklıklarla dental travma da eşlik etmektedir. En sık görülen dental travma tipi avülsiyon olsa da intrüzyon (içer doğru yer değiştirme), ekstrüzyon (dışa doğru yer değiştirme), konküzyon ve subluksasyon da meydana gelebilir. Herhangi bir yüz kırığında, servikal bölge, orbita yanısıra dişlerin de dikkatli bir şekilde muayene edilmesi önem taşımaktadır. Bu çalışmada, düşme sonucu mandibula kondil kırığı ve dental travma gelişen bir olgu tartışılmıştır.

Olgu : Bilinen sağlık sorunu bulunmayan 16 yaşında erkek hasta, metroda ayakta seyir halindeyken dengesini kaybedip yüzüstü düşme sonucunda çenesinde yaralanma ve şiddetli ağrı olması nedeniyle 112 ekipleri tarafından çocuk acil polikliniğine getirildi. Genel durumu iyi, vital bulguları normal sınırlarda, Glasgow Koma Skoru 15 olan hastanın fizik muayenesinde parasimfiziste yaklaşık 3 cm uzunluğunda düzgün laserasyon, sağ alt kesici dişte kırık, sağ üst 1. premolar dişte avülsiyon ve diş etinde kanama olduğu görüldü. Hastanın ağız açıklığı kısıtlı, çene hareketleri ağrılı olup maloklüzyonu ve sağ temporomandibuler eklem inferiorunda palpasyonla hassasiyet mevcuttu. Eşlik eden diğer bir maksillo-fasiyal yaralanma saptanmadı. Hastanın laserasyonu primer suture edildi. Çekilen 3 boyutlu ince kesitli mentum-verteks baş boyun bilgisayarlı tomografide sağda mandibula ramusunda kondil bileşkesine doğru parçalı kırık hattı izlendiği, mandibula kondilinin mediale doğru yer değiştirmiş olduğu ve sağda temporomandibuler eklem ilişkisinin bozulduğu görüldü. İzlem amacıyla Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi servisine yatırılan hasta kısa süreli izlemin ardından taburcu edildi.

Sonuç : Bu çalışmada sık karşılaşılmayan bir mekanizmayla ortaya çıkan, dental travmanın da eşlik ettiği bir maksillofasiyal travma olgusu sunulmuştur. Özellikle düşmeye bağlı çene travmalarında, mandibula kondil kırıklarının olabileceğinin akılda tutulması, tüm maksillofasiyal travma olgularının olası dental travmalar açısından da değerlendirilmesi önem taşımaktadır.

Yöntem

Resim 1. Hastada ısırma sırasında görülen maloklüzyon.

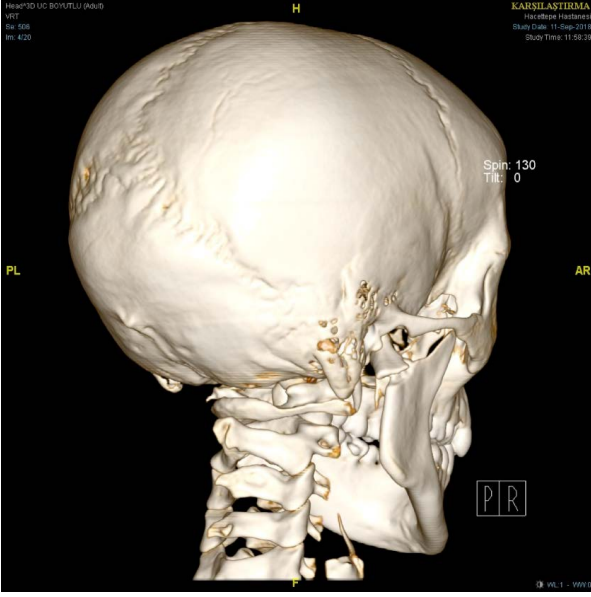


15. ÇOCUK ACİL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-POSTER BİLDİRİLER-

Resim 2. 3-boyutlu bilgisayarlı tomografi görüntüsünde mandibular kondil kırığı



Anahtar kelimeler : Dental travma, kondil, mandibula kırığı, pediatrik travma

P-180

Türkiye’de Çocuk Yoğun Bakım Uzmanı Olmak: Zorlu bir süreç !!!!

Feyza İnceköy Girgin ¹,

¹ Elazığ Şehir Hastanesi, Elazığ

Giriş : Çocuk Yoğun Bakımı, kritik hastalığı olan 1 ay-18 yaş grubundaki çocuklara hastanelerdeki Çocuk Yoğun Bakım Ünitelerinde verilen özellik arzeden bakım ve tedavi hizmetleridir. Çocuk Yoğun Bakım, yoğun bakımlar içinde erişkin ve yenidoğan yoğun bakımlarından sonra en geç yaygınlaşan yoğun bakım olduğu için, ne yazık ki ülkemizde önemi halen anlaşılammış olup; pek çok merkezde, çocuk yoğun bakım hizmetleri erişkin yoğun bakım ünitelerinde yürütülmeye devam etmektedir.

4 yataklı Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi



320 yataklı bir hastanede fiziksel yetersizliklere rağmen 1 ay içinde oluşturulan 4 yataklı Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi

15. ÇOCUK ACİL TIP ve YOĞUN BAKIM KONGRESİ

18-20 Ekim 2018 | Hilton Bodrum, Türkbükü

-POSTER BİLDİRİLER-

13 yataklı Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi



1060 yataklı bir hastanede personel ve ekipman yetersizliğine rağmen oluşturulan 13 yataklı 3. Basamak Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi

Gereç-Yöntem : Türkiye’de 2014 verilerine göre 600 Çocuk Yoğun Bakım yatağı bulunduğu tahmin edilmektedir. Sağlık Bakanlığı 2016 yılı istatistiklerine göre Türkiye’de tescil olarak çalışan Çocuk Yoğun Bakım uzmanı sayısı 40’tır. Türkiye’de yılda 100.000 çocuğun yoğun bakıma ihtiyacı olduğu tahmin edilmektedir. Mevcut olan yatak ve uzman sayısının ihtiyaca göre azlığı halen dikkat çekicidir. Ülkemizde çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanları girdikleri yan dal sınavında başarı göstererek, çocuk yoğun bakım ünitesi ve uzmanı olan hastanelerde 3 yıl süren Çocuk Yoğun Bakım eğitimini tamamlamakta ve gayet meşakkatli olan haftada 7 gün ve günde 24 saat olan bir çalışma hayatına girmeyi gönüllü olarak kabul etmektedir. 3 yılın sonunda girdikleri uzmanlık sınavında başarı gösterenler Sağlık Bakanlığı tarafından atanacakları merkeze göre 300-600 gün arasında değişen mecburi hizmet görevlerini tamamlamak üzere atanmaktadır. Bu atamalar yapılırken hastanede Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi olup olmadığına dikkat edilmemektedir. Çocuk Yoğun Bakım uzmanları görevlendirildikleri hastanelerde maalesef çok ciddi sıkıntılarla karşılaşmakta, yenidoğan yoğun bakım üniteleri veya polikliniklerde çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanı olarak çalışmaya zorlanmaktadır. 3 yıllık zorlu bir eğitim sürecinden geçerek atandıkları hastanede kendi mesleğini yapmak üzere Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi kurmak için girişimde bulunanlar; yönetimin kendilerini önemsememesi, fiziksel şartlar ve personel yetersizliği, erişkin yoğun bakım ünitelerinde kullanılan ve pediatrik hastalara uygun olmayan cihazlarla çalışmaya zorlanma gibi türlü sorunlarla karşı karşıya bırakılmaktadır. Hiç destek görmedikleri gibi, bu sıkıntıları aşabilen ve Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi kurabilen meslektaşlarımız adeta ünite kurdukları için cezalandırılmaya devam etmekte; personel, cihaz ve sarf malzeme açısından hiç destek görmemektedir. Açılan 7-14 yataklı Çocuk Yoğun Bakım Ünite’lerinde tek doktor olarak ve ciddi personel eksiğiyle görevlerini sürdürmeye çalışmaktadır.

Bulgular : Bünyesinde Çocuk Yoğun Bakımı olmayan bir merkeze Türkiye’de ciddi anlamda az sayıda bulunan bir uzmanın görevlendirilmesi, üstelik Çocuk Yoğun Bakım ünitesi açmak için uğraşan bir uzmanın, bunun için desteklenmesi ve yönlendirilmesi yerine yenidoğan yoğun bakım ünitesinde veya çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanı olarak çocuk polikliniklerinde çalışmaya zorlanması hiç etik değildir. Ülkemizde çok ciddi bir eksiklik olan Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi ve Çocuk Yoğun Bakım Uzmanı ihtiyacının daha uzun süre bu şekilde devam edeceğini göstermektedir.

Sonuç : Çocuk Yoğun Bakım Üniteleri ülkemiz için çok büyük bir ihtiyaçtır. İhtiyacın kısmen de olsa karşılanabilmesi için mevcut uzmanların yeni açılacak çocuk yoğun bakım ünitelerinde görevlendirilmeleri ve bunun için de gereken desteğin yapılması için ilgili birimlere büyük rol düşmektedir.

Anahtar kelimeler : çocuk yoğun bakım, türkiye,son durum