Pediatride Multidisipliner Yaklaşım Sempozyumu

Sağlık Bilimleri Üniversitesi

Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi

İstanbul

05.10.2018

İÇERİK:

1. Davet yazısı (s: 3)
2. Proğram (s: 4-5)
3. Olgu özetleri (s: 6-11):

Olgu 1: Intestineal Lenfanjiektazili bir olgu sunumu. Uzm Dr Nelgin Gerenli
(Pediatrik Gastroenteroloji)

Olgu 2: Neonatal Hipernatremide nadir bir neden. Uzm Dr. Ömer Güran
(Yenidoğan- Pediatrik Genetik- Pediatrik Nefroloji- Pediatrik Endokrin)

Olgu 3: C1q esteraz eksikliği (Herediter Anjioödem). Dr. Öğretim Görevlisi Sevgi Akova
(Pediatrik Acil, Pediatrik Allerji)

Olgu 4: Uzun QT Sendromu-Olgu Sunumu. Doç. Dr. Mehmet Karacan
(Pediatrik Kardiyoloji, Pediatrik Kalp Damar Cerrahisi, Pediatrik Genetik)

Olgu 5: Otoimmun Ensefalit Uzm Dr. Seher Erdoğan, Asist Dr. Gizem Köşkdereli
(Pediatrik Yoğun Bakım- Pediatrik Nöroloji- Pediatrik Romatoloji)

Olgu 6: İktiyozisli yenidoğanda intrakardiyak ve pulmoner trombüsün acil cerrahi tedavisi.
Doç Dr. Can Vuran
(Pediatrik Kalp Damar Cerrahisi, Yenidoğan, Pediatrik Kardiyoloji ve Pediatrik Hematoloji)

DAVET

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Pediatri Anabilim Dalı Eğitim Toplantısının 5 Ekim 2018 tarihinde "Pediatride multidisipliner yaklaşımlar sempozyumu" başlığı ile Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye Eğitim Araştırma Hastanesinde düzenleneceğini duyurmak ve sizleri davet etmekten büyük mutluluk duymaktayız.

Toplantımızda hem deneyimli hem de genç hekimlerin ilgisini çekeceğini düşündüğümüz pediatrinin en güncel konularının tartışılmasını planlıyoruz. Sempozyum programı güncel bilgiler Işığında Ailesel Akdeniz Ateşi Tanı ve Tedavisi semineri ile başlayıp, nadir görülen hastalıklara ekip çalışması ile yapılan yaklaşımlar ve güncel tedavi bilgileri içeren altı farklı olgunun sunumu ile devam edecektir.

Önce zarar verme ilkesini sağlamak için ekip çalışmasının, işbirliğinin ve multidisipliner yaklaşımın zorunlu olduğu inancı ile planlanan, katkılarınızla da değerlenecek toplantımıza sizleri bekliyoruz.

Prof Dr. İsmail şlek
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ümraniye SUAM,
Pediatri Klinik Eğitim Sorumlusu

Prof Dr. Betül Sözeri
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ümraniye SUAM,
Pediatri Klinik İdari Sorumlusu
Toplantı Düzenleme Kurulu Adına

Pediatride Multidisipliner Yaklaşım Sempozyumu

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ümraniye SUAM 05/10/2018

15:00-15:30	**Kayıt ve Açılış**
	Açılış Konuşması : Prof Dr Ali İhsan Taşcı SBÜ Tıp Fakültesi Dekanı
15:15-15:30	Prof Dr Murat Elevli SBÜ Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD Başkanı
15:30-15:35	Ümraniye SUAM Tanıtım Video Gösterisi
15:35-16:00	**Seminer :**
	Güncel Bilgiler Işığında Ailesel Akdeniz Ateşi Tanı ve Tedavisi
	Konuşmacı: Prof Dr Betül Sözeri
16:00-16:15	ARA
16:15-17:00	**Olgu Sunumları -1**
	Başkan:
	Prof Dr İsmail İşlek
	Tartışmacılar :
	Prof Dr Coşkun Çeltik, Doç Dr. Leyla Bilgin, Doç Dr. Heves Kırmızıbekmez, Dr. Öğr.Görevlisi Sevgi Akova, Uzm Dr. Serçin Güven,Uzm Dr. Özlem Akgün Doğan
	Olgu 1: Intestineal Lenfanjiektazili bir olgu sunumu
	Uzm Dr Nelgin Gerenli (Pediatrik Gastroenteroloji)
	Olgu 2: Neonatal Hipernatremide nadir bir neden
	Uzm Dr. Ömer Güran (Yenidoğan- Pediatrik Genetik- Pediatrik Nefroloji- Pediatrik Endokrin)
	Olgu 3: C1q esteraz eksikliği (Herediter Anjioödem)
	Dr. Öğretim Görevlisi Sevgi Akova (Pediatrik Acil, Pediatrik Allerji)
17:00-17:15	ARA

17:15-18:00	**Olgu Sunumları-2** **Başkan:** Prof Dr Betül Sözeri **Tartışmacılar :** Doç.Dr. Mehmet Karacan, Doç Dr. Alican Vuran, Doç Dr. Ebru Yalın İmamoğlu, Uzm Dr. Seher Erdoğan, Uzm Dr Hülya Maraşlı, Uz.Dr.Özlem Akgün Doğan **Olgu 4**: Uzun QT Sendromu-Olgu Sunumu Doç. Dr. Mehmet Karacan (Pediatrik Kardiyoloji, Pediatrik Kalp Damar Cerrahisi, Pediatrik Genetik) **Olgu 5**: Otoimmun Ensefalit Uzm Dr. Seher Erdoğan, Asist Dr. Gizem Köşkdereli (Pediatrik Yoğun Bakım- Pediatrik Nöroloji- Pediatrik Romatoloji) **Olgu 6**: İktiyozisli yenidoğanda intrakardiyak ve pulmoner trombüsün acil cerrahi tedavisi Doç Dr. Can Vuran (Pediatrik Kalp Damar Cerrahisi, Yenidoğan, Pediatrik Kardiyoloji ve Pediatrik Hematoloji)
18:00-	**Kapanış**

OLGU SUNUM ÖZETLERİ

Olgu 1:

İNTESTİNAL LENFANJİEKTAZİLİ BİR OLGU SUNUMU

Uzm Dr Nelgin Gerenli (Pediatrik Gastroenteroloji)

Giriş: Primer İntestinal lenfanjiektezi sıklıkla çocukluk ve genç erişkin yaşlarda belirginleşen, protein kaybettiren enteropati ile sonuçlanan bir malabsorpsiyon hastalığıdır. Lenfanjiektazi, ince barsakların tümünü veya sadece bir segmentini tutar, bazı olgularda vücuttaki başka lenfatikleri de tutabilir. Tutulan alanın genişliğine bağlı olarak hafif veya ağır bulgular gelişebilir. Tipik klinik bulguları ödem, asit, kronik ishal ve büyüme geriliği iken, laboratuvarda hipoalbuminemi, immunglobulinlerde düşüklükve lenfositopeni dikkat çeker. Kesin tanı için endoskopi ve biopsi alınması şarttır. Tedavi proteinden ve orta zincirli yağ asitlerinden zengin diyet önerilir. Diyetin yetersiz kaldığı hastalarda "octreotide"kullanılabilir.

Amaç: Bu olgu nadir bir hastalık olan intestinal lenfanjiektazi olgusunun özelliklerinin vurgulanması amacıyla sunulmuştur.

Olgu: 13 yaşında bir erkek hasta, ekstremitelerde ödem, karın şişliği, ishal, solukluk, halsizlik ve hafif solunum sıkıntısı ile başvurdu. Anamnezden ishal ataklarının dönem dönem şiddetlenerek 2.5 yaşından bu yana devam ettiği, ekstremitelerindeki şişliklerin bazen arttığı, bir kez akciğerinde sıvı toplandığı ve bu şikayetlerin albumin tedavisinden sonra azaldığı ifade edildi. Daha önce birçok kez Çocuk Hastanesine başvurduğu ancak takibi kendi istekleriyle bıraktıkları öğrenildi. Hastanın özgeçmişinde normal spontan yolla doğduğu, perinatal bir döneme ait önemli bir özelliğin olmadığı, beslenmesinin bebeklik döneminden bu yana bozuk olduğu, ödemli hastalık dışında başka bir hastalığının olmadığı anlaşıldı. Soy geçmişte özellik yoktu. 3 yaşında erkek ve 8 yaşında kız sağlıklı 2 kardeşinin olduğu, Akraba evliliğinin olmadığı öğrenildi. Fizik muayenede boy ve tartı olarak 3p altında idi. Sağ üst ekstremitede ve ayak sırlarında ödem, batında bombeleşme ve bağırsak selerinde artış ve batında asit mevcuttu. KTA: 100/dk, DSS: 26/dk Hafif taşikardik ve taşipneik idi, siyanoz saptanmadı. Laboratuvar tetkiklerinde albumin düşüklüğü dışında önemli bir özellik yoktu. Gaita analizinde dışkıda yağ ve alfa-1antripsin yüksekliği saptandı. Ekokardiografisinde Lenfödeme Sekonder Kronik Rekürren Perikardiyal Efüzyon (massif) saptandı. Çocuk kardiyolojiye konsulte edilden hastaya perikardiyotomi önerildi, İV albumin infuzyonu ve aldaktazid tedavisi başlandı. Perikard sıvısının fazla olması nedeniyle hastaya fenestrasyonlu perikardiyotomi yapıldı ve sıvı drene edildi. Beslenmesi düzenlenerek günlük 1800 Kcal enerji ve yaklaşık 1.5 g/kg/gün proteini ve yeterli orta zincirli yağ asit miktarını karşılayacak şekilde enteral beslenme desteği başlandı. Hastanın yapılan üst gastrointestinal endoskopisinde ince bağırsakta duoedenumdan itibaren başlayan yaygın pamuk atığı görünümü veren lezyonlar gözlendi. Patolojisinde de intestinal lenfanjiektazi ile uyumlu bulgular saptandı. Uygulanan tedavilerle durumu stabilleşen hasta ayaktan takip ve tedaviye çağrılarak taburcu edildi.

Sonuç: Primer intestinal lenfanjiektazi nadir bir hastalık olsa da sonuçları ağır olabilir, bu tür hastaların dizenli ve yakın aralıklarla takibi önemlidir.

Olgu 2:

NEONATAL HİPERNATREMİDE NADİR BİR NEDEN

Uzm Dr. Ömer Güran (Yenidoğan-Genetik-Nefroloji-Endokrin)

GİRİŞ:

Hipernatremi yenidoğanlarda en sık görülen metabolik bozukluklardan biridir. Uygun tedavi edilmediği taktirde ciddi mortalite ve morbiditeye neden olabilmektedir. Başlıca sebepleri sıvı alımının yetersiz olması, dışardan fazla tuz verilmesi yada su kaybının fazla olduğu durumlardır. Tedavisi altta yatan hastalığa göre değişkenlik gösterebilmektedir. Biz burada klasik hipernatremik dehidratasyon tedavisine yanıt vermeyen hipernatremik bir yenidoğan vakasını sunmak istedik.

VAKA:

Antenatal öyküsünde özellik saptanmayan hasta 39. Gebelik haftasında spontan vajinal yoldan 4160gr olarak doğmuş. Eşiyle arasında akrabalık olmayan annenin bir kardeşi 1 aylıkken nedeni belli olmadan ex olmuş. Sadece anne sütü ile beslenen bebek 11 günlükken ateş ve huzursuzluk nedeniyle götürüldüğü merkezde sepsis ön tanısı ile yenidoğan yoğun bakım ünitesine yatırılmış. Antibiyotik tedavisi başlanmış. İlk başvuruda saptanan hipernatremi (Sodyum: 155 mEq/L) hastanın beslenememesi ve dehidratasyonuna bağlanmış. Parenteral sıvı tedavisine rağmen (1 kısım SF - 2 kısım dekstroz içeren sıvı) ertesi gün sodyum değeri 156 mEq/L, 3. gün 161 mEq/L olmuş. Serum osmolalitesi 330mOsm/L, idrar dansitesi 1005 olan hastanın bakılan ADH:16pmol/L (Normal:0-12) saptanması nedeniyle nefrojenik diabetes insipitus ön tanısıyla hastanemize sevk edildi. Yakın elektrolit ve aldığı çıkardığı takip edilen hastanın almakta olduğu sıvının derişimi 1/8'e kadar azaltıldı. İdrar miktarı 10-12ml/kg/saat olan hastaya sıvı dengesini sağlamak için enteral beslenmesine ek olarak su ilave edildi. Dezmopressin uyarı testine yanıt alınması üzerine hastaya Minirin tedavisi başlandı ancak takibinde klinik ve biyokimyasal düzelme olmaması üzerine dezmopressin uyarı 2 kez daha tekrarlandı ve sonucu negatif saptandı. Bunun üzerine nefrojenik diabetes insipitus tanısı konularak hastaya hidroklorotiazid tedavisi başlandı. İdrar miktarları azalan, sodyum değerleri fizyolojik sınırlarda saptanan ve tartı alımı sağlanan hasta taburcu edildi. Hastanın annesinden ve kendisinden gönderilen testlerde *AVPR2* geni pozitif saptandı.

SONUÇ:

Dehidratasyon, hipernatremi, tartı alamama nedeniyle getirilen bir yenidoğanda idrar miktarının fazla olması tanıda diabetes insipitusu düşündürmelidir. Serum ozmolaritesi >300 mOsm/L iken idrar Ozmolaritesi <600 mOsm/L ise tanı kesindir. Yenidoğan bebeklere kesinlikle sıvı kısıtlama testi yapılmaz. ADH eksikliği veya etkisizliği durumunda vücuttan bol miktarda serbest su kaybı vardır ve sodyumun hızlı düşmesi endişesi ile verilen yüksek derişimdeki sıvılar hipernatremiyi daha da ağırlaştırabilir. Yakından izlenerek sıvı derişimi hızlıca azaltılmalıdır.

Olgu 3:

C1Q ESTERAZ EKSİKLİĞİ (HEREDİTER ANJİOÖDEM)

Dr Öğretim Görevlisi Sevgi Akova (Pediatrik Acil-Allerji-Çocuk Yoğun Bakım)

Giriş: Herediter anjioödem asimetrik olarak yerleşim gösteren, ürtiker olmaksızın deride ve iç organlarda ödem ile seyredebilen bir hastalıktır. En sık yüz ve ekstremitelerde, dil, farinks, larinkste görülür. Karın ağrısı, bulantı, kusma vardır. Prodramal eritema marginatum görülebilir. Atak 12-36 saatte maksimuma ulaşır, toplam 2-5 gün sürer. Ekstremitelerde anjioödem, orofaringeal ve laringeal ödem görülebilir. Abdominal ataklarda süre ve süreç anjioödeme benzer. Bazı hastalarda ani başlangıç, şiddetli kramplar, anjioödem (-),akut batın olabilir. Ataklarda antihistaminikler, adrenalin, kortikosteroid etkisizdir. Herediter anjiödemin 3 tipi vardır. Klinik olarak ayırt edilemeyen HAE; Tip 1: %80-85 görülür. C1 inhibitör azalmıştır.C4 azalmıştır. Tip 2: %15-20 görülür. C1 inhibitör artmış veya normaldir. Disfonksiyoneldir. C4 azalmıştır. Tip 3: Her iki cinste de görülebiliyor. C1 inhibitör düzeyi ve fonksiyonu normaldir. C4 düzeyi normaldir. Tek ortak nokta herediter olmasıdır. Bu olgu hastalığın erken tanınması ve akut atak esanasında uygun tedavisinin yapılmasını vurgulamak amaçlı hazırlanmıştır.

Olgu: 14 yaşında kız hasta ani başlayan sol gözde ve dudakta şişlik şikayetiyle başvurdu. Anamnezde ilk defa anjioödem atağı geçiren hasta 1 aydır adet düzensizliği nedeniye oralkontraseptif kullanıyor. Hasta daha önce ellerde egzama nedeniyle tedavi almış. Ailesinde annesinde hamilelik döneminde olan anjioödem olmuş. Yengesinde (akrabalık mevcut) anjioödem öyküsü var. Boy-kilo (70p),TA 110/70 mmhg, Genel durumu orta-ateşi yok, orofarenks doğal, uvula ödemi yok, sol gözden ve üst dudaktan başlayan yüze yayılan ödemi mevcut, vücudun başka yerinde ödem-kızarıklık yok, solunum sesleri doğal, bağırsak sesleri normoaktif, batın distandü, defans, ribound yok. Hasta müşahadeye alındı, damar yolu açılarak, moniterize edildi. IV steroid, antihistaminik tedavisi yapıldı. Anjioödem antihistaminik, steroid ve adrenalin tedavisine cevap vermedi. Herediter Anijiödem tanısı düşünülen hastaya C1 esteraz inhibitörü verilmesi kararı alındı. Hasta için C1 esteraz inhibitörü temin edildi. 1000 ü 1 kere C1 esteraz inhibitörü verildi. İlk doz C1 esterez inhibitörü verildikten sonra anjioödemde gerileme gözlenen hastanın 30 dakika sonra tekrar anjioödemi belirgenleşmesi üzerine 2.doz C1 esteraz inhibitörü bulunana dek 2 ünite TDP verildi. TDP sonrası fayda görmeyen hastaya getirtilen 2.doz 1000 ü C1 esteraz inhibitörü uygulandı. İzlemde tekrar kısmen anjioödemi gerileyen hastanın 1-2 saat sonra boğazında bası hissi ve yüzünde anjioödemi artması üzerine yoğun bakıma yatırıldı. Yoğun bakım ünitesinde 3 gün C1 esteraz inhibitör tedavisi devam edilip 4.günde servise alınmıştır. 7.günde semptomların tamamiyle gerilemesi üzerine taburcu edilmiştir.

Sonuç: Hayatı tehdit edebilen ataklarla seyreden bu hastalığın nadir görülmesi nedeniyle tanısının zaman zaman geciktiği görülmektedir. Tetikleyici faktörlerden kaçınılması, atak profilaksisi ve tedavisi konusunda klinisyenin aydınlatılabilmesi amaçlı olarak hasta çocuk alerji polikliniğine yönlendirilmiştir.

Olgu 4:

UZUN QT SENDROMU-OLGU SUNUMU

Prof Dr. Mehmet Karacan (Pediatrik Kardiyoloji, Pediatrik KVC, Pediatrik Genetik)

Giriş:

Uzun QT sendromu, kardiyak sodyum ve potasyum kanallarındaki doğuştan anormallik nedeniyle uzamış ventriküler repolarizasyon ile karakterize; senkop, nöbet benzeri aktivite, ventriküler aritmi ve ani kardiyak ölüme yatkınlığa neden olan ailesel bir hastalıktır. Sık görülen formu otozomal dominant kalıtılmakla birlikte, nadiren de Jervell-Lange-Nielsen sendromu olarak da isimlendirilen ve prognozu daha kötü seyreden otozomal resesif geçiş de bilinmektedir.

Uzun QT Sendromu tanısı EKG bulguları, klinik bulgular ve epinefrin veya efor ile yapılan provakasyon testi ile konulmaktadır. Asemptomatik uzun QT'li aile bireylerini tanımlamada genetik tarama önemlidir. Uzun QT Sendromu tedavisi; efor gibi ani kardiyak ölümü tetikleyici davranışlardan kaçınma, uygun ilaç tedavisi ve yüksek riskli hastalarda ICD implantasyonundan oluşmaktadır. Hastaların bir kısmında ilk semptom ani ölüm olabildiğinden, erken tanı önemlidir.

Vaka:

Doğuştan sağırlığı olan 6 yaş erkek hasta, 3 ay içinde 2 defa eforla ortaya çıkan senkop nedeniyle başvurdu. Çekilen EKG'de (elektrokardiyografi) QTc 540 ms saptandı. Ekokardiyografide yapısal kardiyak patoloji saptanmayan hastaya klinik olarak Jervell-Lange-Nielsen Sendromu tanısı konuldu. Beta bloker tedavisi başlandı, 22 kg olması nedeniyle epikardiyal ICD takıldı ve genetik analiz için kan gönderildi. Genetik sonucu KCNQ1 geninde homozigot mutasyon saptanarak kesin tanı konuldu.

Sonuç:

Uzun QT sendromu, ani kardiyak ölüme neden olabilen ailesel bir hastalıktır. Jervell-Lange-Nielsen sendromu uzun QT Sendromları içinde ani ölüm yönünden en yüksek riskli tiplerinden biridir. Bu hastalarda erken tanı konulması, ani ölümün önlenmesi yönünden önemlidir. Uzun QT Sendromu saptanan hastalarda genetik çalışma, hem yüksek risk belirlenmesinde, hem tedavi seçiminde, hem de asemptomatik aile bireylerini taramada önemlidir.

Olgu 5:

OTOİMMÜN ENSEFALİT

Uzm Dr. Seher Erdoğan, Asist Dr. Gizem Köşkdereli
(Pediatik Yoğun Bakım-Nöroloji-Romatoloji)

GİRİŞ

Otoimmün ensefalitler subakut başlangıçlı bellek bozukluğu, konfüzyon ve sık nöbetlerle karakterize paraneoplastik ya da immünolojik etiyolojili bir grup sendromdur. Uygun otoantikor testleri spesifik tanıları destekleyebilir. EEG ve MRI, diğer nedenlerin dışlanmasının yanısıra nöbetlerin tedavisi ve spesifik tanıların doğrulanmasında yararlı olabilir. Otoimmün ensefalit formlarının çoğu immün tedavilere yanıt verir, ancak zor olgularda haftalar ya da aylar süren daha güçlü immünsupresif tedavilere de gereksinim duyulabilir. Burada Herpes ensefaliti sonrası Anti-N-metil-D-aspartat(anti-NMDA) reseptör ensefaliti gelişen hastayı sunarak, ensefalit ayırıcı tanısında otoimmün ensefalitlerin de hatırlanması gerektiğini vurgulamak istedik.

OLGU SUNUMU

15 yaşında erkek hasta jeneralize tonik klonik nöbet nedeniyle çocuk acil servisine başvurdu. Özgeçmiş ve soygeçmişinde özellik yoktu. Bilinci açık, koopere idi. Işık refleksi +/+, pupiller izokorik, derin tendon refleksleri hiperaktifti, meningeal irritasyon bulguları yoktu ve babinsky negatifti. Diğer sistem muayeneleri doğaldı. Kranial BT incelemesi normal olarak değerlendirildi. Generalize tonik klonik konvülziyonları tekrarlayan hasta status epileptikus, meningoensefalit? öntanıları ile entübe edilerek çocuk yoğun bakım ünitesine transfer edildi. Lomber ponksiyon(LP) yapıldı, BOS biokimyası normaldi. Mikroskopik incelemede hücre ve bakteri görülmedi. Seftriakson, Vankomisin ve Asiklovir tedavileri başlandı. BOS kültüründe üreme olmadı. Herpes Simpleks Virus tip 1 PCR pozitif saptandı. İzleminin 9. gününde hasta ekstübe edildi. Asiklovir tedavisi tamamlanmak üzere pediatrik enfeksiyon servisine devredildi. Serviste izleminde yutma disfonksiyonu gelişen hasta tekrar çocuk yoğun bakım ünitesine yatırıldı. Herpes reaktivasyonu düşünülerek Asiklovir tedavisine yeniden başlandı. Herpes ensefalitine sekonder gelişen otoimmün ensefalit olabileceği düşünüldü. LP yapılamadığından serumda paraneoplastik ve otoimmün ensefalit paneli çalıştırıldı. Serum Anti NMDA reseptör antikoru pozitif saptandı. IVIG ve pulse metil prednizolon tedavileri IV uygulandı.Hastaya 8 kez taze donmuş plazma ile terapotik plazma değişimi uygulandı. Yatışının 43. gününde kliniğinde düzelme gözlenmeyen hastaya siklofosfamid ve ritüksimab tedavileri IV uygulandı. Yatışının 3. ayında servise devredildi. Hasta servis yatışının 50. gününde tüm sürecin 167. gününde taburcu edildi.

SONUÇ

Anti-NMDA-reseptör ensefaliti, erken tedavi ile iyi cevap alınabilen, sanılduğundan sık görülen bir hastalıktır. Klinisyenlerin hastalığa farkındalıklarının sağlanması ve tedavi protokollerinin geliştirilmesi gerekmektedir.

Olgu 6:

İktiyozisli yenidoğanda umbilikal katetere ikincil intrakardiyak ve pulmoner trombüslerin acil cerrahi tedavisi

Doç Dr. Can Vuran

(Pediatrik Kalp Damar Cerrahisi, Yenidoğan, KVC Yoğun Bakım, Çocuk kardiyoloji ve hematoloji)

Giriş:

Son yıllarda yeni doğan ve prematüre olguların bakım ve tedavi şartlarında yaşanan gelişmeler sonucu hayatta kalma yanında hastane yatış sürelerinde de artışlar ortaya çıkmıştır. Buna paralel olarak özellikle fungal etkenlerin ön planda rastlandığı endokardit vakalarında da artış gözlenmektedir. Konu ile ilgili vaka sunumu ile iktiyozis tanısıyla takip edilen yeni doğan hastada gelişen fungal endokarditin multi disipliner yaklaşımla tanı ve tedavi süreci ilgili tecrübemizi paylaşmayı amaçladık.

Olgu:

Doğum sonrası iktiyozis nedeni ile takip ve tedavi gördüğü yeni doğan ünitesinde antibiyoterapi ve anti fungal tedaviye rağmen crp değerleri gerilemeyen hastanın ekokardiyografisinde sağ atriyum içerisinde fungus topu ön tanılı geniş kitle formu tespit edilmiş ve cerrahi tedavi için yönlendirilmiştir. Tanı korelasyonu sonrası açık kalp ameliyatı ile sağ atriyumdan ve embolektomi ile sağ pulmoner arterden trombüs rezeksiyonu yapılan hasta ameliyat sonrası izlemi sorunsuz tamamlandıktan sonra izlendiği kliniğe geri gönderilmiştir. Materyalin incelemesinde mantar hif ve sporları izlenmiş ve uygun tedavi sürecinin tamamlanması sonrası şifa ile taburcu edilmiştir.

Tartışma ve Sonuç:

Yeni doğan hasta bakımındaki gelişmelere paralel olarak uzun süreli tedavi ve yatışlara daha çok rastlanmaktadır. Damar içi uygulamalar ve özellikle santral kataterlerin kullanımı ve uzun süre kalma zorunluluğu, geniş spektrumlu antibiyotik kullanımı fungal endokarditlerin ortaya çıkması ve uzak organ hasarlarına yol açması açısından risk oluşturmakta olup artan oranlarda karşımıza çıkmaktadır. Uzun süreli ateş ve tedaviye rağmen enfeksiyon parametrelerinde gerileme olmaması durumunda endokardit ihtimali göz önünde tutulmalı ve klinikler arası iletişim ile tanı ve tedavisi sağlanmalıdır.