



Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Yenidoğan Bilim Dalı
Olgu Sunumu

19 Temmuz 2016 Salı

Yandal Ar. Gör. Uzm. Dr. Yasemin Şenel

Prof. Dr. Ayşe Engin Arısoy

VAKA SUNUMU

Prof . DR. AYŞE ENGİN ARISOY
DR. YASEMİN ŞENEL

- G₂P₂Y₂ olan
- 32 yaşındaki anneden
- 38+5 gün 2290 gr
- C/S ile hastanemizde doğan
- erkek bebek.

- Prenatal:

- 32 yaşındaki sağlıklı anne
- Preeklampsi- eklampsi, GDM, enfeksiyon öyküsü yok
- Annenin alkol, sigara, ilaç kullanım öyküsü yok
- Prenatal USG'de oligohidramnios (+)
- Prenatal USG de bebekte ventrikülomegali (+)

- Natal:

- 38+5 haftalık olarak C/S ile 2290 gr
- APGAR 7-8 ile
doğan erkek bebek

- Postnatal:

- K vit (+)
- Göz bakımı (+)
- Hepatit B aşısı (+)

- Soygeçmiş:
 - Anne: 32 yaşında , ev hanımı , sağlıklı
 - Baba: 42 yaşında, işçi, sağlıklı
 - Anne baba arasında akrabalık yok
 - 13 yaşında kız çocuk – morfea hastalığı ?
2. çocuk hastamız

- Fizik muayene:

- Ateş: 36.3
- Nabız: 122 / dk
- SS: 64/ dk
- SPO₂: % 95

- Baş çevresi: 29 cm (<3p)
- Boy: 44 cm (<3 p)
- Kilo: 2290 (<3 p)

- Genel durum : orta
- Cilt : doğal, döküntü yok
- Baş-boyun : doğal , kafa yapısı simetrik , boyunda kitle yok, ön fontanel 2x 2 cm mikrosefalik görünümde
- SS: her iki akciğer solunuma eşit katılıyor, göğüs deformitesi yok, göğüs çapı dar DSS : 64 / dk ,
oskültasyonda solunum sesleri doğal, hafif subkostal çekilme (+)
- KVS : S₁ (+) S₂ (+) doğal S₃ yok , AFN +/-
- GİS : doğal
- GÜS: haricen erkek, anomali yok
- MSS : moro aktif , emme aktif
- Ekstremiteler: doğal

Laboratuvar sonuçları

- Glukoz : 86 mg /dl
- Üre : 21 mg / dl
- Kre: 0.30 mg/ dl
- AST: 51 U/L
- ALT : 29 U/L
- Na: 140 mEq/L
- K: 5.5 mEq/L
- Ca : 10.6 mg /dl
- P: 5.2 mg /dl
- ALP: 137
- Mg : 2.08 mg / dl
- Ürik asit : 4.6 mg / dl
- Albumin : 3.8 g / dl
- WBC: 6010 /mm³
- Hct: 51.5
- Hgb: 16.9 g /dl
- Plt : 46 600 mm³
- CRP : 1.32 mg / dl

Ön tanınız ?

- Term, 2290 gram ağırlığında bebek
- Ventrikülomegali
- Oligohidramnios
- SGA
- Mikrosefali
- İntrauterin büyüme geriliği
- Trombositopeni

Postnatal solunum sıkıntısı olan hasta YDYBÜ
ne yatırılarak nCPAP modunda izleme alındı.

Hastanın simetrik SGA

tartı:2290 g (<3 p)

boy: 44 cm (<3 p)

baş çevresi: 29 cm (<3 p)

tanısı ile tetkikleri planlandı.

- Hastanın kraniyal USG ve BT si çekildi.
- TFUS: Triventriküler dilatasyon(+) Ventrikül kontürlerinde düzensizlik ve çevresinde ekojen alanlar mevcut. Sağda belirgin bilateral bazak ganglionlar düzeyinde ekojen görünüm mevcut.
- Kraniyal BT : Periventriküler alanda yaygın kalsifikasyon izlendi. Konjenital CMV sekeli bulguları ile uyumlu bulundu.

Gantry: 0°
FoV: 139,687 mm
Time: 750 ms
Kesit: 0,5 mm
Couch: 57,6
Pos: HFS

C: 40,0, W: 120,0
C=40,0, W=120,0 1/9



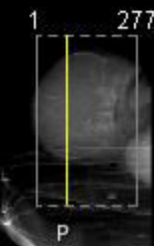
L

4

F: FC64
30 mA
120 kV
Image no: 193
Toplam 277 görüntüden 85.
18.05.2016, 15:11:43

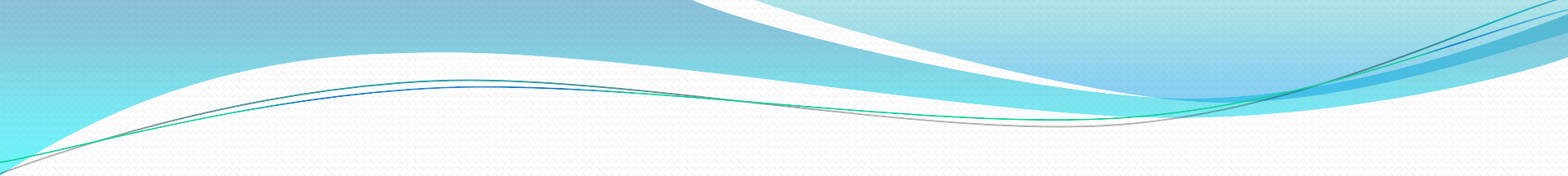
P

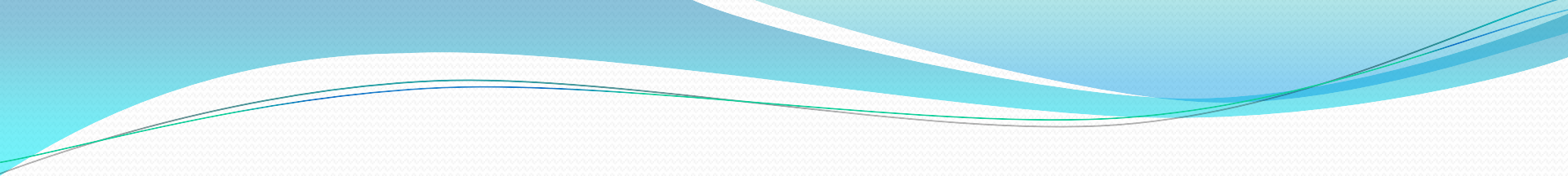
1/3



F

P

- 
- Göz muayenesinde özellik saptanmadı.
 - **ABR : Her iki kulak da testten geçemedi.**

- 
- **CMV IgG : >250 (pozitif)**
 - **CMV IgM : 0.61 (pozitif)**
 - **CNM PCR : 1380 kopya**

Diğer konjenital enfeksiyon serolojisi negatif olarak rapor edildi.

- Hastaya konjenital CMV enfeksiyonu tanısı koyularak **gansiklovir** tedavisi başlandı.
- Tedavinin 2. haftası tamamlandıktan sonra oral preparat olan **valgansiklovire** geçildi.
- Hastanın tedavi boyunca ilaca bağlı yan etki gözlenmedi.
- Baş çevresi izleniyor.

1 ay sonra seroloji kontrolü yapılacak

- 3. ayda kontrol işitme testi yapılacak.

ARH 16 03 10
1157172

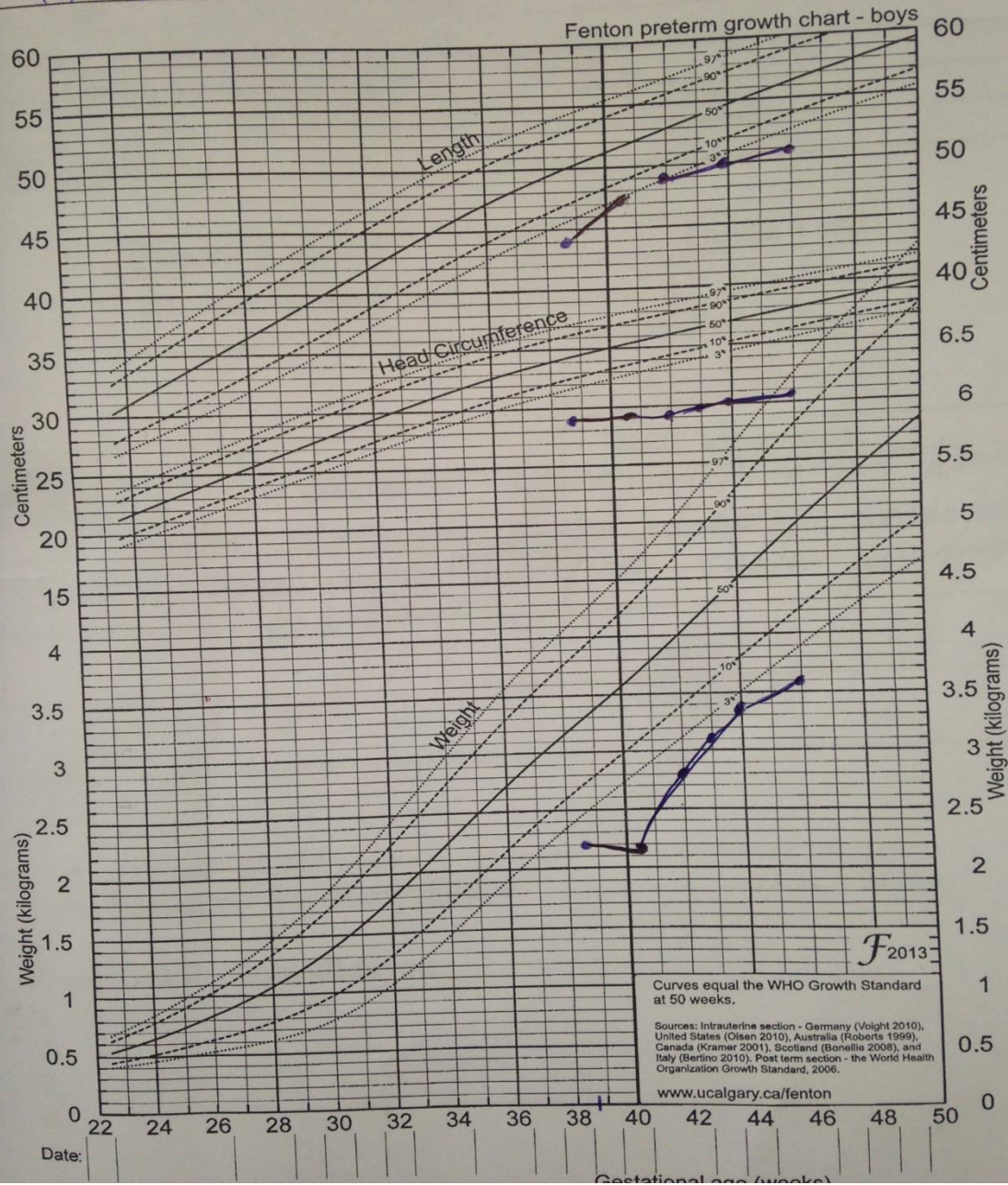
CINSİYET

GESTASYON YAŞI

38+5

BAŞ ÇEVRESİ

29 cm (109)



KONJENİTAL SİTOMEGALOVİRÜS ENFEKSİYONU

Konjenital CMV enfeksiyonu

- Konjenital CMV enfeksiyonu

CMV pozitifliği

yüksek olan (% 80-100) toplumlarda % 1-5

düşük olan toplumlarda % 0,4- 2 oranında görülür.

Amerikada % 0.6, yılda 40 000 yenidoğan konjenital CMV enfeksiyonu ile doğar.

- Herediter olmayan işitme kaybı nedenleri arasında ilk sırada yer alır.
- Antiviral tedavi ilk ayda başlanırsa yararlı olabilmektedir.

Konjenital CMV enfeksiyonu

- CMV herpesvirüs (Epstein-Barr, herpes simpleks, varisella zoster..) ailesindendir.
- Bu virüsler, enfeksiyonu (birincil enfeksiyon) geçiren kişilerin monositlerinde ömür boyu kalıcıdır. Arada etkinleşebilirler. (ikincil enfeksiyon)

Konjenital CMV enfeksiyonu

- Maternal birincil enfeksiyon genellikle gebelerin küçük çocuklarla yakın teması sonucu ortaya çıkar.
- Enfeksiyonun fetüse geçme riski annenin birincil enfeksiyonun da (% 32), ikincil enfeksiyona göre daha yüksektir (% 4).
- Ayrıca birincil enfeksiyon sonucu oluşan konjenital CMV enfeksiyonunda doğumda semptom görülme olasılığı daha fazladır. Ancak işitme kaybı riski aynıdır.
- Sekel oranı gebeliğin erken dönemlerinde geçirilen CMV enfeksiyonlarında daha yüksektir.

KONJENİTAL CMV SINIFLAMASI:

- **Belirtili CMV:** Doğumda bir veya daha fazla belirtisi olan hasta
- **Belirtisiz CMV:** Doğumda belirtisi olmayan hasta .
Fakat bu hastaların bir kısmında sonradan işitme kaybı veya hafif nörolojik belirtiler görülebilir.
- **İşitme tarama testini geçemeyen belirtisiz CMV**

Klinik:

Annede;

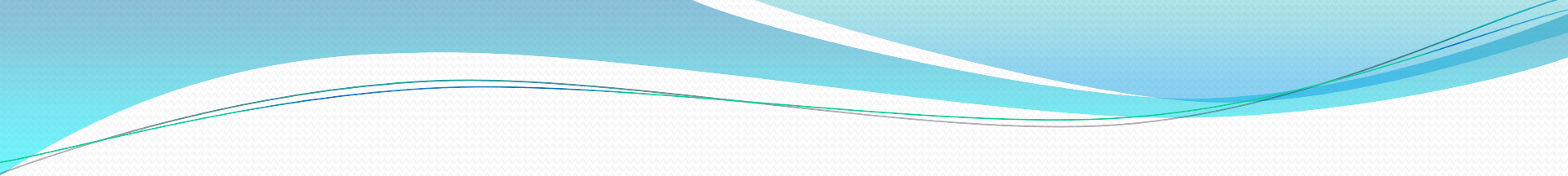
- Ateş
- Halsizlik
- Baş ağrısı
- Miyalji
- Boğaz ağrısı
- Bulantı
- Öksürük

Fetal USG bulguları;

- İntrauterin gelişme geriliği
- Oligo veya polihidramnios
- Asit veya hidrops
- Serebral ventrikülomegali
- Hidrosefali, mikrosefali
- İntrakranial kalsifikasyon
- Plevral veya perikardial effüzyon
- Karaciğer ve plasenta kalsifikasyonu
- Hiperekojen barsak

Doğumda klinik belirtiler

- Hipotoni % 27
- Beslenme gücüğü % 19
- **IUGR** % 39-50
- **Mikrosefali**, % 36-53
- **İntrakranial kalsifikasyon(periventriküler)**
- Korioretinit % 54-76
- **İşitme kaybı doğumda** % 36
- Konvülziyonlar % 4-11
- Hepatomegali % 39-60
- Splenomegali
- Sarılık % 38-67
- Peteşi- purpura % 54-76
- İnguinal herni

- 
- İşitme kaybı konjenital CMV enfeksiyonunun en sık rastlanan komplikasyonudur.
 - Hastaların yarısına yakınında ortaya çıkar. İlerleyicidir.
 - Ancak işitme kaybı olan hastaların % 30'nda doğumda tarama testi normal çıkar.

CMV enfeksiyonu için tetkik edilmesi gereken bebekler:

- Belirtili CMV hastalığı olanlar
- Anormal işitme testi saptananlar
- CMV ile uyumlu kraniyal bulguları olanlar
- Anormal fetal USG bulguları olanlar
- Gebelikte kesin veya olası CMV enfeksiyonu tanısı alan annenin bebeği olanlar

- Prenatal tanı :

Amniyotik sıvıda viral kültür veya CMV DNA,
fetal kanda CMV IgM

- İlk üç hafta: İdrar ve ya tükürükte CMV taraması
- Üç hafta – bir yıl : Bu dönemde saptanan CMV enfeksiyonu perinatal veya postnatal kazanılmış olabilir.

TANI:

Serolojik alıřmalar

- CMV IgM, birincil enfeksiyonların %80'inde, ikincil enfeksiyonların ise %20'inde pozitif bulunabildiğinden negatif olması hastalığın olmadığını göstermez.

IgM primer enfeksiyondan 8 ay sonra bile kanda bulunabilir.

- IgG titrasyonunun dört kat veya daha fazla artması akut enfeksiyonun belirticidir.

TANI SONRASI DEĞERLENDİRME:

- Tam fizik muayene (boy, kilo, baş çevresi)
- Laboratuvar testleri (tam kan sayımı, koagülasyon testleri, karaciğer fonksiyon testleri, böbrek fonksiyon testleri)
- İşitme muayenesi
- Göz muayenesi
- Nörolojik görüntüleme (USG, BT, MR)

TEDAVİ:

- Fetal tedavi:
 - Fetal parasentez
 - Eritrosit , trombosit transfüzyonu
- Postnatal tedavi:
 - Sıvı desteği
 - Kan transfüzyonu
 - Solunum desteği
 - Konvülziyon kontrolü
 - Sekonder bakteriyel enfeksiyonların tedavisi

Antiviral Tedavi:

- Ganksiklovir : 6 mg/kg 12 saatte bir
- Valgansiklovir: 16 mg/kg 12 saatte bir
- Foscarnet
- Sidofovir

Tedavi süresi:

- Tedavi yaşamın ilk bir ayında uygulandığında en etkili sonuçlar alınmaktadır.
- Gansiklovir alan renal yetmezliği olan hastalarda doz ayarlaması yapılmalıdır.
- 2-6 hafta IV gansiklovir aldıktan sonra genel durumu iyi olan, oral alımı tolere edebilen hastalarda oral valgansiklovire geçilerek tedavi altı aya tamamlanır.

Hangi hastalara antiviral tedavi uygulanmalı?

- Semptomatik enfeksiyonu olanlar
- Asemptomatik enfeksiyonu olan fakat işitme kaybı olanlar
- Primer immün yetmezliği olanlar

Hangi ilaç?

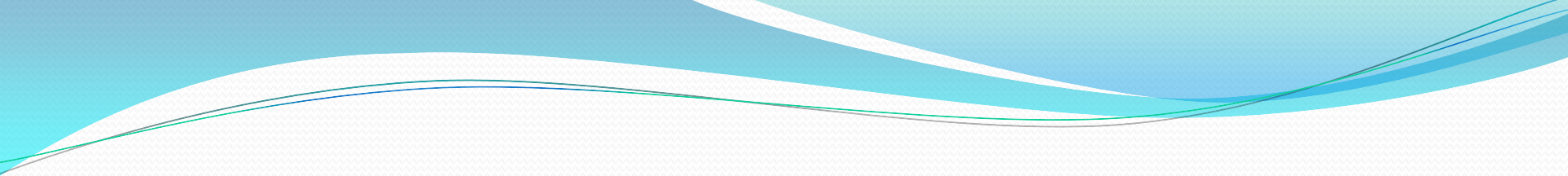
- Yaşamı tehdit eden hastalık: IV Gansiklovir
 - Viral sepsis benzeri sendrom
 - Miyokardit
 - Ciddi hepatit
 - Enterokolit
 - Ciddi ve dirençli trombositopeni
 - Ciddi nörolojik bulgular
 - Körlük riski taşıyan retinit
- Yaşamı tehdit etmeyen hastalık: Oral Valgansiklovir
 - Hafif semptomatik , genel durumu iyi
 - Solunum sıkıntısı olmayan
 - Oral beslenmeyi tolere eden

TEDAVİYE YANITIN DEĞERLENDİRİLMESİ:

- Klinik semptomların takibi:
 - Düzenli klinik muayene
 - Nörolojik muayene
 - 3-6 ayda bir işitme muayenesi
 - 3-6 ayda bir göz muayenesi
- CMV DNA PCR:
 - Yaşamı tehdit eden hastalıkta: haftada bir
 - Yaşamı tehdit etmeyen hastalıkta : 3 ayda bir

Tedavi direnci:

- Gansiklovir ve valgansiklovir kullanımı sırasında ortaya çıkabilir.
- Uygun tedavi rejimine rağmen CMV DNA seviyelerinde beklenen düşüş görülmediğinde akla gelmelidir.
- Bazen CMV DNA seviyelerinde azalma olmasına rağmen progresif organ yetmezliği şeklinde ortaya çıkan dirençle karşılaşılabilir.
- Bu durumlarda foskarnet ve sidofovir seçenekleri kullanılır.



Teşekkürler...