



Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
Anabilim Dalı

Çocuk Servisi

Olgu Sunumu

29 Eylül 2021 Çarşamba

Ar. Gör. Dr. Simay Doğan



4 ay kız hasta

Yakınması: emmeme, uyku hali

Hikaye

- Sabah hastamızda ani gelişen uyku hali farkedenden anne, bebeği besleyip uyutmak istemiş ancak emmesi aktif değilmiş. Bu nedenle dış merkeze başvurmuşlar. Hastaya burada sıvı tedavisi başlanmış. Kapiller ölçülen kan şekeri 300 mg/dl görülmesi üzerine hasta tarafımıza yönlendirilmiş.
- Acil servisimize başvurusunda uyku hali devam eden hastanın kapiller kan şekeri 200 mg/dl , ketonu ise negatif görülmüş.

Özgeçmiş

- **Prenatal:** Annenin kontrollerinde patoloji saptanmamış.
- **Natal:** NSVY ile 39.GH ' da 3550 gr olarak doğmuş.
- **Doğum sonrası:** Ydybü yatışı yok.Özellik yok.
- Bilinen hastalığı yok.

Soygeçmiş

- **Anne:** 34 yaş, hipotiroidi
- **Baba:** 36 yaş, sağ sağlıklı
- Anne ve baba arası akrabalık yok.
- **1.çocuk:** 13 yaş, kız, sağ sağlıklı
- **2.çocuk:** 11 yaş, kız, sağ sağlıklı
- **3.çocuk:** 5 yaş, erkek, sağ sağlıklı
- **4.çocuk:** hastamız

Fizik muayene

- Genel durumu orta, halsiz, uykuya meyilli, ağrılı uyarana yanıt vardı.
- Ateş: 36.8 °C KTA: 133/dk SS: 42/dk SPO2: 98 Boy: 65 cm (75-90 p)
Kilo: 7.1 kg (75-90 p)
- Ön fontanel: normal bombelikte. lap yok.
- Batın muayenesi: duyarlılık defans rebound yok. HSM yok.
- KVS: Ritmik. S1+ S2+ ek ses yok. Üfürüm yok.
- Solunum sesleri doğal ral ronküs yoktu.
- Diğer sistem muayeneleri doğal.

Laboratuvar

- Sedimentasyon: 21
- Wbc: 17680
- Neu: 12600
- Hb: 10,3
- Plt: 496000
- Periferik yayma: %28 lenfosit ,%56 PNL ,%12 band ,%2 monosit ,%2 eozinofil
- Kan gazında ph:7,4 PCO2:29 PO2:153 Laktat: 11 HCO3:20,6
- Crp: 3,7
- Na: 137
- K:3,9
- Ca: 9,30
- Cl: 107
- Mg: 2,52
- P: 5,14
- LDH: 254
- Aptt: 32,3
- Inr: 1,15
- TIT: Kan +
Lökosit –
Glukoz +++
Dansite: 1,008

Görüntülemeler

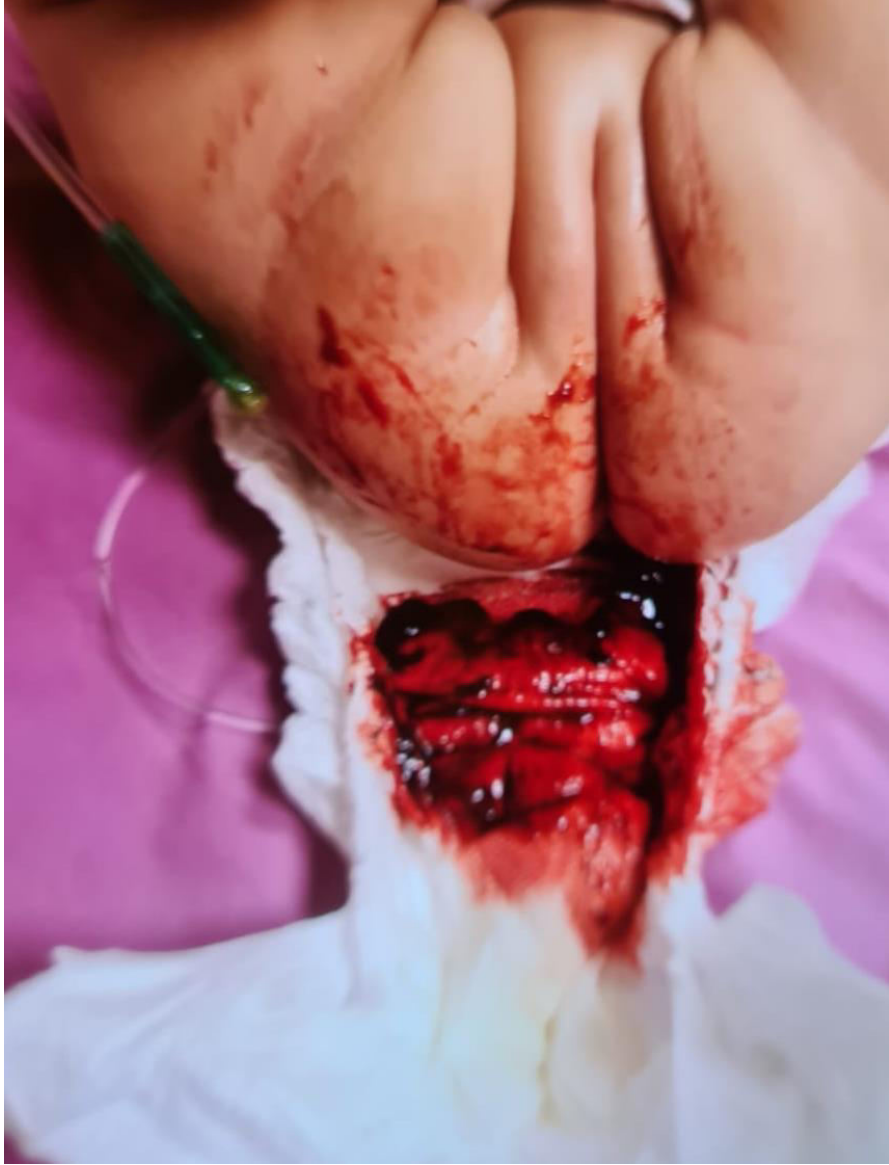
- **Beyin BT:** İntrakranial hemoraji ya da belirgin akut parankimal patoloji saptanmamıştır. Fraktür saptanmamıştır. Korpus kallosum ince izlendi.

Ön tanı?

- Uykuya meyil, beslenememe.
- Ateş yok.
- Kusma yok.
- Taşikardi yok.
- TIT: Kan + , Glukoz +++
- Crp: 3,7
- Sedimentasyon:21
- Wbc: 17680
- Neu: 12600

izlem

- Hastaya LP yapıldı.
- Bos mikroalbumin 19,5 mg/dl
- Bos mikro protein 39,5
- Bos hücre sayımı: 5 lökosit 10 eritrosit gözlemlendi.
- Menenjit/ensefalit paneli (-)
- BOS kültüründe üreme yok.
- BOS gram boyamada bakteri ve lökosit görülmedi. BOS glukoz 94,2 (eş zamanlı kan şekeri 129)
- Ön planda menenjit düşünülerek seftriakson, vankomisin ve asiklovir tedavisi başlandı. Çocuk enfeksiyon servisine yatırışı yapıldı.
- Servisteki takibinde 2 kez kusması oldu. Kusmayı takiben hastanın uykuya meyilli halinde gerileme oldu, bilinci açıldı. Çevreyle ilgilenmeye başladı. Hasta oral stop takip edildi.



Yatışından 1 saat sonra
hematokezyası görüldü.

izlem

- Hastaya batın usg çekildi.
- Batın sağ kadranda **4 cm segmentte invajinasyon** izlendi.
- Hasta çocuk cerrahisine danışıldı. Prednol ve tdp verildi. Sonrasında tekrar batın usg çekildi.
- Batın sağ kadranda 3,5 cm segmentte invajinasyon izlendi.
- Çocuk cerrahisi tarafından usg eşliğinde hidrostatik enema ile redüksiyon yapıldı.
- Kontrol usg sinde invajinasyon izlenmedi.
- Takibinde 2 kez daha gaytayla karışık az miktarda kanlı dışkılaması oldu.
- Genel durumu iyi olan hastanın orali açıldı şikayetleri tamamen geriledi.

İNVAJİNASYON

- Bağırsak ansının bir kısmının kendi içine geçmesi şeklinde tanımlanır. Erken çocukluk döneminde özellikle de ilk iki yaşta en önemli abdominal acillerden biridir.
- 6-36 ay arası çocuk grubunda en sık intestinal obstruksiyon sebebidir.
- %75 idiyopatiktir. En sık 3 ay ile 5 yaş arasında görülür.
- Diğer sebepleri: mevsimsel viral ve bakteriyel gastroenterit, rotavirüs aşısı, viral üst solunum yolu enfeksiyonu, otit, çölyak, abdominal operasyon; polip, meckel divertikülü, HÜS, HSP, duplikasyon kisti, tümör, hematoma, vasküler malformasyonlar gibi peristaltizmi bozan nedenler.

- %90 ileokolik görülür.
- Daha az sıklıkta jejuno- jejunal, jejuno-ileal, ileo-ileal, ileo-ileo-kolik, kolik-kolik görülür.

Klinik

- Genellikle ani başlangıçlı, 15-20 dakika aralıklarla kramp şeklinde olan, ciddi, ilerleyici karın ağrısı olur. Ağrı atakları arasında çocuk normaldir bu nedenle gastroenteritle karışabilir.
- Bacakları karına doğru çekme, avutulamaz ağlama görülür.
- Kusma başlıca belirtilerindendir.
- Vakaların %50 sinde gaytada kan görülürken %25 vakada gizli kanama olur. Bazı vakalarda kanlı ve mukuslu çilek jölesi görünümünde gayta olur.
- Sağ kadranda palpabl kitle olabilir
- İleri dönemde letarji görülebilir. Meningoensefalitle karışabilir.

klirik

- Atipik vakalarda ağrı, kanlı dışkılama olmaksızın ilk semptom letarji olabilir.
- Bu prezentasyon daha çok süt çocuklarında görülür. Sepsisle karışabilir.
- Bazı vakalarda ise insidental olarak görüntüleme sırasında invajinasyon tespit edilebilir.

Fizik muayene

- Abdominal hassasiyet olmayabilir veya fokal hassasiyet olabilir (özellikle de sağ orta veya üst abdomende)
- Abdomen distandü değildir. Tıkanıklık tam ise distandü olabilir.
- Letarji, bilinç bozukluğu (genellikle edizodik)
- İnvajinasyon için daha spesifik ancak daha nadir bulgular:
- Sağ hipokondriyumda sosis şeklinde bir kitle ve sağ alt kadranda boşluk (dans işareti)

Ayırıcı tanı

- Bulgulara göre değişiklik gösterir:
- Rektal kanama ve kusma: meckel divertikülü, bakteriyel veya amibik kolit, midgut volvuluslu malrotasyon
- Akut başlayan karın ağrısı: gastroenterit, apandisit, mezenter iskemisi, yumurtalık torsiyonu, volvulus ile malrotasyon, inkarsere herni, peritonit
- Letarji ve koma: travma, enfeksiyon (sepsis dahil), metabolik değişiklik, intoksikasyon

Tanı

- İnvajinasyon klinik prezentasyonu değişken olduğu için özellikle riskli yaş grubunda olan ve risk faktörlerini taşıyan çocuklarda tanı koymada şüphelenmek çok önemlidir.
- ULTRASON: Bu teknik yaklaşımın duyarlılığı ve özgüllüğü, deneyimli bir ultrasonografi uzmanının elinde yüzde 100'dür. Negatif prediktif değeri de yaklaşık yüzde 100'dür. Ultrason, patolojik başlangıç noktalarını floroskopik tekniklerden daha iyi saptayabilir, bir redüksiyon prosedürünün başarısını izlemek için kullanılabilir ve hastayı radyasyona maruz bırakmaz. Ultrason ayrıca apandisit veya hidronefroz gibi ayırıcı tanıları değerlendirede kullanılabilir. İnvajinasyonun ultrason görüntülemesindeki klasik bulgusu, bağırsak içindeki bağırsak katmanlarını temsil eden bir "hedef işareti"dir ("boğa gözü" veya "sarmal yay" olarak da bilinir)
- Ayakta direkt batın grafisi: İnvajinasyon şüphesi olan hastalarda, ilk değerlendirme genellikle düz bir karın radyografisini içermelidir. Radyografinin temel amacı, eğer varsa, ameliyatla tedavi gerektiren perforasyonu dışlamaktır. Düz radyografiler, invajinasyonu teşhis etmek için yeterince duyarlı veya spesifik değildir.
- Bilgisayarlı tomografi: Hem invajinasyonu hem de invajinasyona sebep olan başlangıç noktasını tespit edebilir. Ancak sedasyon ihtiyacı olabildiği, radyasyon maruziyetine neden olduğu, redükte etmekte kullanılamadığı için diğer görüntüleme yöntemlerine göre dezavantajlıdır.

Tedavi

- Yüksek klinik şüpheli ve/veya görüntüleme ileokolik invajinasyon kanıtı olan, normal vital bulguları olan ve barsak perforasyonu kanıtı olmayan hastalar nonoperatif redüksiyonla tedavi edilmelidir.
- İnvajinasyon şüphesi olan hastalarda klinik tablo akut geliştirse veya perforasyon kanıtı varsa birincil müdahale olarak cerrahi tedavi endikedir. Radyografik olanakların ve ameliyatsız redüksiyon yapmak için koşulların hazır olmadığı bir yerde tedavi edilmesi gerektiğinde ve zamanında hasta transferinin mümkün olmayacağı durumlarda da cerrahi uygun olabilir. Ameliyatsız redüksiyonun başarısız olduğu hastalarda veya patolojik bir başlangıç noktasının değerlendirilmesi veya rezeksiyonu için de operatif müdahale endikedir.
- Çocukluk çağı invajinasyonun çağdaş operatif yönetimi, çoğu durumda laparoskopi yoluyla minimal invaziv bir yaklaşım kullanır.

Ameliyatsız Redüksiyon

- Lavmanla hidrostatik veya pnömatik basınç kullanılarak ameliyatsız redüksiyon, uygun radyolojik olanaklar mevcut olduğunda, klinik olarak stabil ve barsak perforasyonu veya şok kanıtı olmayan ileokolik invajinasyonlu bir çocuk için tercih edilen tedavidir. İleokolik invajinasyonlu çocuklarda yüksek başarı oranları vardır. Ameliyatsız redüksiyonun mümkün olmadığı ortamlarda invajinasyonlu hastalar genellikle cerrahi redüksiyonla tedavi edilmelidir.
- Lavmanla redüksiyon işlemi öncesi hastada dehidratasyon bulgusu varsa mutlaka hasta stabilize edilmeli ve intravenöz sıvılar verilmeli. Cerrahi ekip ameliyatsız redüksiyon yapılmadan önce bilgilendirilmeli ve işlem sırasında perforasyon riski olduğundan ekip hemen ulaşılabilir olmalıdır. İşlem başarısız olursa cerrahi müdahale de gerekli olabilir.

- Ameliyatsız redüksiyon hidrostatik (salin veya kontrast) veya pnömatik (hava) lavman kullanılarak floroskopi veya sonografi eşliğinde gerçekleştirilir.
- Sonografi kullanımı iyonize radyasyondan kaçınmanın yanı sıra floroskopik tekniğe kıyasla patolojik tetik noktalarının daha iyi saptanması avantajına sahiptir. Sonografinin dezavantajı, yalnızca hidrostatik redüksiyon için kullanılabilmesidir.
- Ameliyatsız redüksiyon peritoneal irritasyon veya serbest peritoneal hava bulgusu olan hastalarda kullanılmamalı.

- Hidrostatik veya pnömatik redüksiyonun ana riski, yüzde 1 veya daha az hastada meydana gelen bağırsak perforasyonudur. Perforasyon genellikle invajinasyonun distalinde, sıklıkla transvers kolonda ve genellikle invajinasyonun radyografik çalışmalarla ilk kez gösterildiği yerde meydana gelir.
- Perforasyon risk faktörleri arasında altı aydan küçük yaş, semptomların uzun sürmesi (üç gün veya daha uzun) ve ince bağırsak tıkanıklığı, redükte edilirken yüksek basınçların kullanılması yer alır.
- Ameliyatsız redüksiyon, ileokolik invajinasyonlu hastaların yaklaşık yüzde 70 ila 85'inde başarılıdır. İdiyopatik invajinasyonlu hastalarda başarı elde edilmesi daha olasıdır.

Dinlediğiniz için teşekkürler