

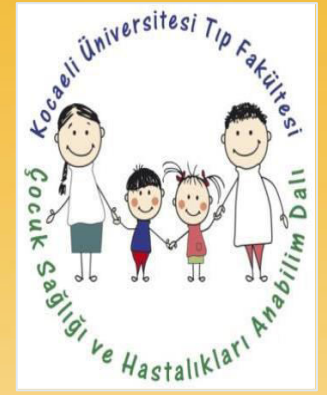
Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakóltesi  
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları  
Anabilim Dalı

Çocuk Servisi  
Olgu Sunumu

9 Kasım 2018 Cuma

Uzm.Dr. Emre Usta





**Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi**  
**Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları**  
**Anabilim Dalı**

**Olgu Sunumu**  
**Uzm. Dr. Emre USTA**  
**Pediyatrik Kardiyoloji BD.**



# OLGU

- 8 yaş, erkek hasta
- Şikayeti:
  - Ateş
  - Gözlerde ve dudaklarda kızarıklık
  - Vücudunda basmakla solan döküntü
  - Karın ağrısı

# HİKAYE

- Daha önceden herhangi bir şikayeti olmayan hastanın beş gündür devam eden ateş yüksekliği varmış. Dış merkeze ateş yüksekliği sebebiyle giden hastaya solunum yolu enfeksiyonu tanısı konularak antibiyotik tedavisi başlanmış.
- Ateşin düşmemesi ve vücutta döküntü başlaması üzerine yeniden doktora gitmişler, el-ayak-ağız hastalığı olduğu söylenmiş.
- Hasta gözlerde kızarıklık şikayeti olması üzerine yeniden başka bir dış merkeze başvurmuş, hasta interne edilmiş ve antibiyotik tedavisi altında takibe alınmış.
- Hastanın takibi esnasında karın ağrısı başlayınca batın USG istenmiş. USG sonucunda batında minimal sıvı görülmüş. Hasta ileri tetkik ve tedavi amacıyla tarafımıza yönlendirilmiş.

# HİKAYE

Tarafımıza başvuran hastada;

- Sebat eden Ateş yüksekliği,
- Makülopapüler vasıfta döküntüler,
- Dudaklarda çatlaklık,
- El ve ayakta ödem,
- Servikal LAP görüldü.

# ÖZGEÇMİŞ

- **PRENATAL:** Anne hamilelik döneminde düzenli doktor kontrolünde olmuş.
- **NATAL:** 38 GH, 2600gr, 48 cm boyunda, C/S ile doğmuştur.
- **POSTNATAL:** Doğar doğmaz ağlamış, anne yanına verilmiş, anne sütü ile beslenmiş, yoğun bakımda yatış öyküsü olmamış. Aşıları tam, gelişimi yaşıtlarıyla uyumlu, 4 aylıkken bronşit geçirmiş. Bilinen hastalığı yok. Alerji yok.

# SOYGEÇMİŞ

- ANNE: 37 yaş, hipertiroidi,F5 leiden mutasyonu
- BABA: 40 yaş, sağ sağlıklı
- Anne baba arasında akrabalık yok.
- Ailede bilinen herhangi hastalık yok.

1.çocuk: Hastamız

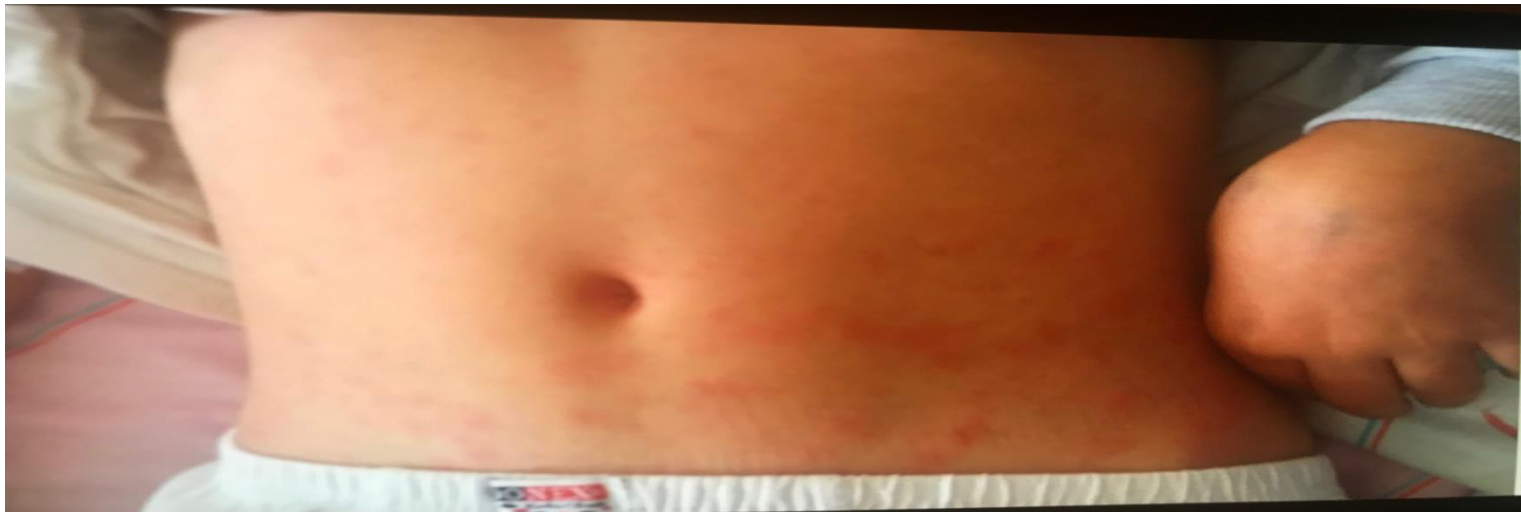
2.çocuk: 3 yaşında kız, sağ sağlıklı

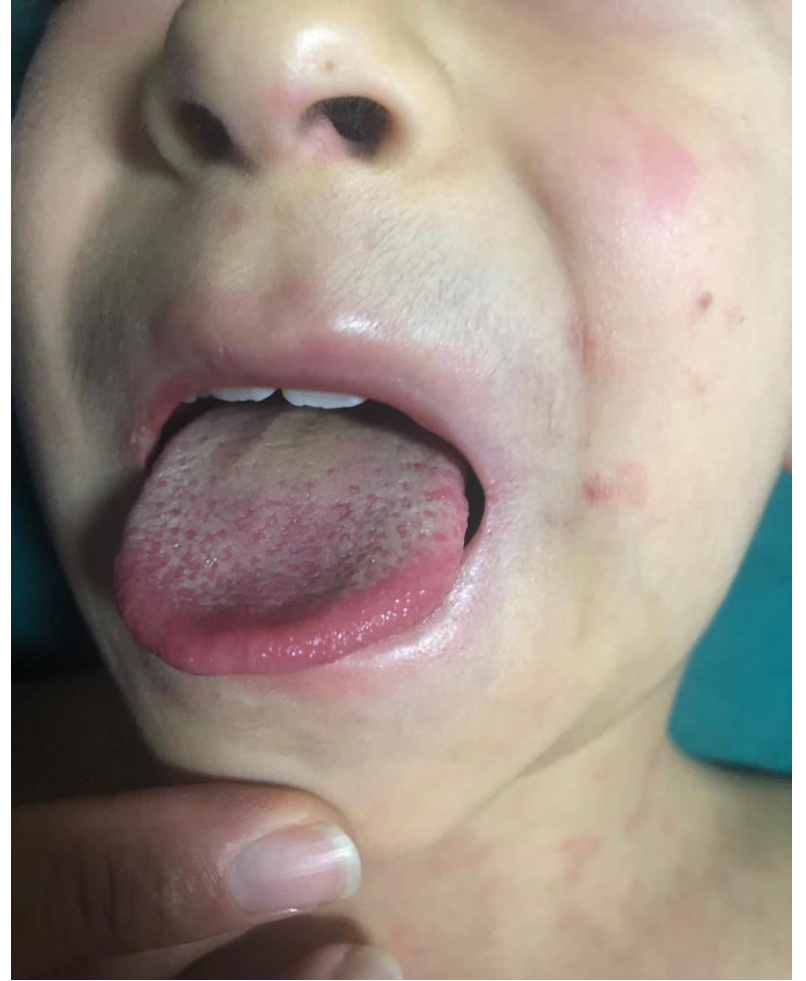
# FİZİK İNCELEME

- AĞIRLIK: 27 kg (50 persentil)
- Boy: 128 cm (25-50 persentil)
- **Ateş: 38.2 °C**
- **Nabız: 127/dk (ritmik)**
- **Tansiyon: 90/50 mmHg**
- **Solunum sayısı: 45/dk**
- Saturasyon: 95% (oda havasında)

# FİZİK BAKI

- GENEL DURUM: orta
- BİLİNÇ: Açık, koopere, ancak toksik görünümde, halsiz ve düşkün
- DERİ: *ayaklarda ve ellerde ödem, gövdede ve ekstremitelerde makülopapuler döküntü*, BCG skarı normal görünümde
- GÖZLER: dismorfik bulgu yok, nistagmus yok, *bilateral nonpürülan konjonktivit*,
- KBB: orofarenks doğal, tonsiller doğal, *dil parlak kırmızı, dudaklar kuru, çatlak, servikal LAP (1 cm den büyük)*
- SOLUNUM: AC sesleri ral yok, ronkus yok
- DOLAŞIM: KTA ritmik, S1 + S2+, ek ses ve üfürüm yok
- KARIN: *Karın hassasiyeti belirgin, Sağ alt kadranda defans +*, rebound yok, HSM yok
- ÜROGENİTAL: haricen erkek, doğal
- EKSTREMİTE: eklem hareket açıklığı doğal, *el ve ayaklarda ödem özellikle parmaklar şiş ve ağrılı*.
- NÖROLOJİK: bilinç açık, DTR +/-, kas atrofisi yok







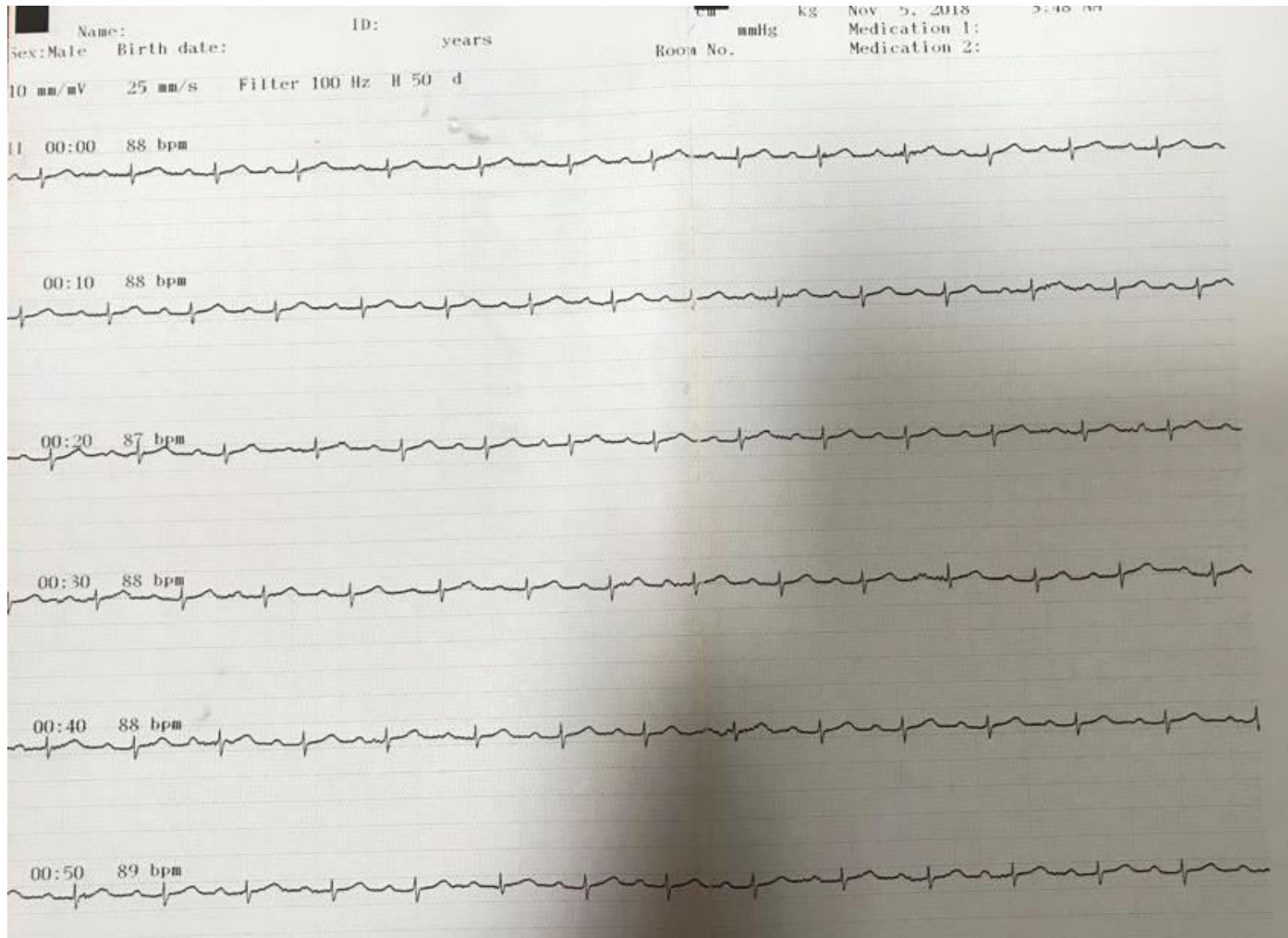
# LABORATUVAR BULGULARI

- Hemogram;
  - WBC: 21000 mm<sup>3</sup>
  - Hg: 12.9 gr/dl
  - Hct: 38 %
  - MCV: 75 fl
  - PLT: 72000 mm<sup>3</sup>
- Lipit profili; normal
- Koagülasyon;
  - PT: 15.1 sec
  - APTT: 32.7 sec
  - INR: 1.22
- Biyokimya
  - Na: 127 mEq/L
  - Albümin: 22.5 gr/L
  - AST: 29.9 U/L
  - ALT: 34.7 U/L
  - BUN: 20 mg/dl
  - Kreatinin: 0.47 mg/dl
  - CRP: 183 mg/L
  - Sedim: 3 mm/h
- TİT
  - Normal

# Akciğer grafisi (yatış)



# EKG



# PATOLOJİK BULGULAR

- Ateş yüksekliği
- Karın ağrısı
- Vücudunda yaygın makülopapüler döküntü
- El ve ayaklarda ödem
- Konjunktivit
- Servikal lenfadenopati
- Akut fazlarında artış
- Lökositoz
- Elektrolit dengesizliği

- ***ÖN TANILAR?***

- ***EK TETKİK?***

Hastamız;

- 8 gündür süren ateş,
- Deride yaygın basmakla solan makülopapüler döküntü,
- Ağız, dudak, dil bulguları,
- Lenfadenopati,
- El ve ayaklarda ödem,
- Konjunktivit

bulgularıyla **Kawasaki hastalığı** olarak değerlendirildi, tedavi ve takip planlaması yapıldı.

# HASTANIN YÖNETİMİ

- Ekokardiyografi
- Abdomen USG
- IVIG 2 gr/kg (10-12 saat iv)
- ASA 80-100 mg/kg/gün (cerrahi plan sonrası)
- Elektrolit imbalansının takibi ve düzeltilmesi
- Vital bulguların yakın takibi

# Ekokardiyografi

- Normal ekokardiyografik bulgular

# BATIN USG

## ABDOMİNAL RENKLİ DOPPLER RAPORU

Karaciğer boyutları normaldir, konturları düzenlidir. Parankim ekosu homojen izlenmektedir. Solid-kistik kitle lezyon izlenmemiştir.

Safra kesesi hafif hidropik görünümde izlendi.(transvers çapı: 26 mm)

Dalak boyutları normaldir, konturları düzenlidir. Parankim ekosu homojendir, solid kitle lezyon izlenmedi.

Pankreas boyutları ve ekosu normaldir. Paraaortik alan doğaldır.

Bilateral böbrek boyutları normaldir, konturları düzenlidir. Bilateral parankim eko ve kalınlıkları normaldir. Bilateral böbreklerde taş, hidronefroz izlenmemektedir.

Mesane konturları düzenlidir. Lümen içi patoloji saptanmadı.

Batında pelvik bölgede belirgin olarak izlenen serbest sıvı izlenmektedir.

Sağ alt kadranda terminal ileal anslarda duvar kalınlık artışı ve ödemli görünüm mevcut olup çevre mezenterde inflamasyon ile uyumlu ekojenite artışı izlenmektedir. Appendiksin izlenebilen proksimal ve orta kesiminde çapı 5 mm olarak ölçülmüş olup duvarında çevre mezenterdeki inflamasyona sekonder olarak değerlendirile hafif ödemli görünüm mevcuttur. Apendisit düşünülmüdü.

Mezenterde 12x7 mm boyutlu lenf nodları izlendi.

Barska ansları arasında serbest sıvı izlendi.

- Hastaya IVIG tedavisi başlandı.
- Hasta şiddetli karın ağrısı olması nedeniyle abdomen usg sonucuyla çocuk cerrahiye konsülte edildi. Akut batın düşünülmedi. Cerrahi planlanmadı. Hastaya ASA 80 mg/kg/g olacak şekilde başlandı.
- Hastaya idame IV mayi başlandı. Elektrolit kontrolü planlandı.

- Hastanın IVIG tedavisi tamamlandı. Komplikasyon görülmedi.
- Hastanın biyokimya sonucu hipoalbüminemisi olması nedeniyle hastaya Albümin 1 gr/kg'dan verilmesi planlandı.
- Hiponatremisi devam eden hastaya nefrolojinin önerisiyle sodyum defisit tedavisi başlandı.
- Akciğer bulguları ve klinik durumuyla hastada pnömoni ekarte edilemeyeceğinden (ateş, takipne, AFR yüksekliği), enfeksiyon hastalıkları ile konsülte edilerek hastaya vankomisin ve seftriakson tedavisi başlandı.
- Hastanın takip eden süreçte solunum sıkıntısı başladı, takipnesi artan ve oksijen ihtiyacı gelişen hastanın PAAC grafisi tekrarlandı ve toraks USG çekildi.
- Toraks USG sonucu sağda 5.5 cm, solda 6 cm plevral effüzyon görüldü.

# Akciğer Filmi (yatışının 1.günü)

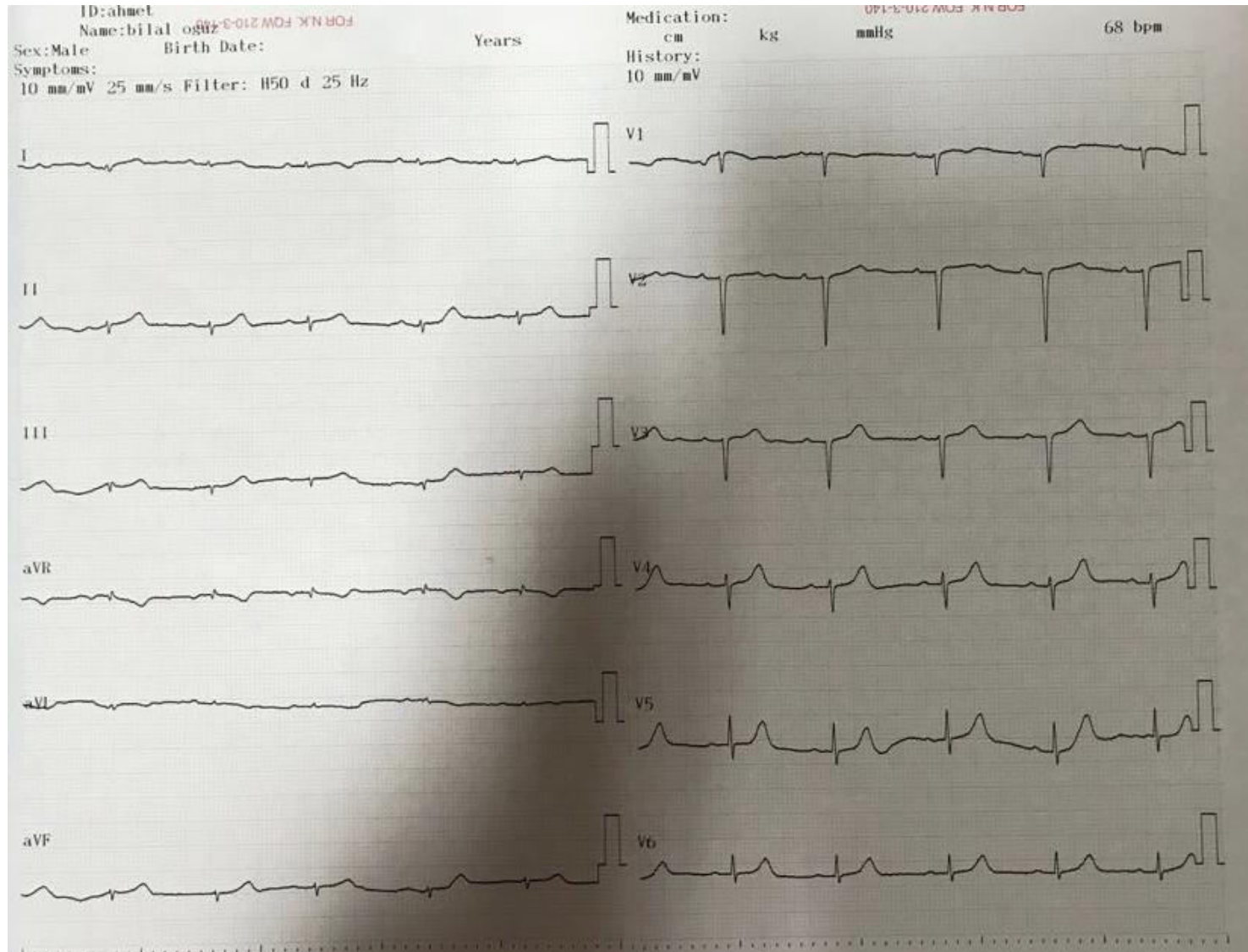


- Hasta çocuk cerrahiye konsülte edildi. Hastanın mevcut albümin tedavisi sonrası tekrar değerlendirilmesi, klinik takibinde solunum sıkıntısının devamı halinde tüp takılması planlandı. Takip önerildi.

- Hastanın alınan kan kontrollerinde PLT seviyelerinde 39000'lere varan düşme oldu. Kanama riski nedeniyle aspirin tedavisi kesildi.
- Koagülasyon sonucu INR'si de sınırdan yüksek olan hastaya TDP verilmesi planlandı.
- Hastanın IVIG bitiminden 24 saat sonra ateşi düştü. 48 saatlik ateşsiz periyodun ardından hastanın
- Kontrol tetkiklerinde Hg 8.1, Hct %24 olan hastaya, ES verildi.
- Hastaya yatışının 4.günü kontrol EKO yapıldı. Normal olarak raporlandı.

- Hastanın mevcut tedaviler altında hiponatremisi normale döndü. Albümin değeri 25.2'ye yükseldi. Hastanın ödemlerinde belirgin gerileme gözlemlendi. Karın ağrıları ve batın hassasiyeti azaldı, solunum sıkıntısı geriledi.
- PLT seviyeleri yükselmeye başlayan (kontrol 107.000) hastaya Aspirin 5 mg/kg/gün olacak şekilde başlandı.
- Hastanın yatış EKG'sinde gözlenen 1.derece av bloğu, kontrol EKG'sinde normale döndü.

# Kontrol EKG





***Kawasaki hastalığı***

# Tarihçe

- Hastalık ilk kez Dr. Tomisaku Kawasaki tarafından 1961 yılında Tokyo’da “atipik ateş ve döküntü ” yakınması olan 4 yaşındaki olguda tanımlanmıştır.
- Tomisaku takip eden 6 yıl içerisinde benzer semptomları gösteren 50 Japon çocuktaki deneyimlerini içeren ve hastalığın tanımını yaptığı bildirisini 1967’de yayınlamıştır.
- Hastalık bu yıllarda “mukokutanöz lenf nodu sendromu” olarak isimlendirilmiştir ve otopsilerde koroner arter anevrizmasının gösterildiği 1970 yılına kadar benign çocukluk çağı hastalıklarından birisi olduğu düşünülmüştür.

# Klinik Özellikler ve Tanı

- Orta boy damarları tutan vaskülitik hastalık
- Erkek / kadın oranı 1.5
- **A- En az beş gündür devam eden ateş**
  1. Ekstremitte değişiklikleri; el ve ayaklarda ödem ve/veya eritem, genellikle periungal başlayan deskuamasyon
  2. Döküntü; genellikle gövdede, polimorfik ancak veziküler olmayan
  3. Orofarengial mukoza ve dudaklarda değişiklikler; dudaklarda kızarıklık, kurumuş ve çatlamış dudaklar, çilek dili
  4. Bilateral nonpürülan konjunktivit
  5. Servikal Lenfadenopati; tek taraflı, büyük
- **Tanı:**
  - A+ diğer kriterlerden en az 4 tanesi veya
  - A+ diğer kriterlerden 3 veya daha azı +EKO ile gösterilmiş koroner arter hastalığı

# Klinik Dönemler

- Akut Dönem; ilk 10 günlük dönem. Miyokardit, geçici artrit ve steril piyüri
- Subakut Dönem; 10-30 günlük dönem. El ve ayak parmaklarının ucunda soyulmalar. Koroner anevrizma ve trombozlar, safra kesesi hidropsu en çok bu dönemde görülür. Trombositoz ortaya çıkar.
- İyileşme Dönemi; klinik bulguların tamamı kaybolur, sedimentasyon ve trombosit sayısı normale dönünceye dek devam eder.

# Kardiyak Bulgular

- Kawasaki hastalığında seyri ve prognozu etkileyen en önemli faktör kardiyovasküler sistem tutulumudur.
- Koroner arter anomalisi-%20-25
- Miyokardit, Perikardit
- KKY—akut dönemde miyokardite, subakut dönemde iskemi ve enfarkta bağlı miyokard disfonksiyonu
- Valvulit, papiler kas disfonksiyonu, MI nedeni ile AY/MY.
- Kardiyak aritmiler
- Koroner arter anomalisi ile birlikte brakial, renal, iliak arter anevrizması
- EKG değişiklikleri (uzamış PR/QT aralığı, anormal Q dalgası, düşük voltajlı QRS kompleksi, ST-T değişiklikleri, aritmi)

# Laboratuvar Bulguları

Spesifik laboratuvar bulgusu yoktur

## Akut fazda

- ✓ Hafif – orta derecede **normokrom normositer anemiye** ılımlı ya da **çok yüksek lökosit sayıları** ve sola kayma eşlik eder
- ✓ **Akut faz reaktanları** (ESH, CRP, serum alfa-1 antitripsin,  $\alpha_2$  globulin) **yükselmiştir**
- ✓ Kùltürler negatiftir
- ✓ ***Düşük trombosit sayısı ciddi koroner hastalık ve Mİ gelişimi ile birlikte.***

## Subakut fazda

- ✓ **Trombositoz (\*)**. Trombosit sayısı 2. haftada artmaya başlar, 3. hafta boyunca yüksek kalır.
- ✓ Akut faz reaktanları halen yüksektir

## Nekahat fazı

- ✓ Tüm yüksek değerlerin normale inmesi 6-8 haftayı bulur

# Laboratuvar Bulguları

- ✓ **KCFT** yükselebilir, **hiperbilirubinemi** olabilir.
  - ✓ Üretrite bağlı **steril piyüri** (%75), **proteinüri**
  - ✓ BOS'ta pleositoz = aseptik menenjit
- 
- ESH, intravenöz immünglobulin tedavisi sonrasında yükselebileceğinden, İVİG ile tedavi edilen hastalarda akut inflamasyon sürecini yansıtan bir belirteç olarak görülmemeli.

# Tedavi

## ➤ Akut faz

**IVIG:** 2gr/kg tek doz 10-12 saat IV infüzyon

**ASA:**80-100mg/kg/gün, 4 dozda ateş düştükten 48-72 saat sonrasına kadar

## ➤ Komplike olmayan olgularda konvelasan evrede

**ASA:** 3-5mg/kg tek doz (6-8 hafta)

## ➤ Koroner arter hastalığı+ ise

**ASA:** 3-5 mg/kg tek doz (yaşam boyu)

**Dipyridamole,** 1 mg/kg/gün

**Arterial tromboz varsa** antikoagulan(**Warfarin**) / fibrinolitik (**Heparin**)

## ➤ Miyokard iskemisi varsa

Koroner arter bypass greft

Transluminall koroner anjioplasti

Kardiyak transplant.

# Prognoz

- **En önemli faktör koroner arter tutulumu**
- Koroner arter tutulumu gelişmeyenlerde uzun dönemde komplikasyon beklenmez.
- Koroner arter hastalığı olanlarda ise prognozun derecesi anomalinin şiddeti ile ilişkilidir
- IVIG tedavisi alanlarda koroner arter anomali riski %2-4
- **ERKEN TANI VE TEDAVİ!!!!!!**

# **Kawasaki hastalığı: Erzurum ilinde izlenen çocuk hastaların değerlendirilmesi**

## **Kawasaki disease: An evaluation of pediatric patients in Erzurum**

**Soner Sertan KARA<sup>1</sup>, Ufuk Utku GÜLLÜ<sup>2</sup>, İsmail BALABAN<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>*Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği, Erzurum*

<sup>2</sup>*Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Kardiyoloji Kliniği, Erzurum*

hızı ortalama değerleri normal sınırların üzerindeydi. Trombositoz 4 (%33,3), hiponatremi 8 (%66,6), hypoalbuminemi 3 (%25) ve steril piyüri 3 (%25) hastada gözlemlendi. Dört

# Kawasaki Sendromu Şok Sendromu

- Kawasaki şok sendromu (KŞS) hastalığın sistolik kan basıncı değerlerinin başlangıç değerlerine göre düşmesi ( $\geq 20\%$ ) ve kötü dolaşım bulgularının olduğu bir durum olarak 2009'da tanımlanmış ve literatürde vaka düzeyinde yerini almıştır. Vaskülitik tutulumun ciddi kapiller frajiliteye, inflamatuvar sitokinlerin salgılanmasına ve kapiller kaçağa neden olduğu düşünülmektedir.

# Kawasaki Sendromu Şok Sendromu

- Bu vakalarda daha yüksek CRP düzeyi ( $>10$  mg/dL) göze çarpar. Yine bozulmuş pıhtılaşma testleri, trombosit fonksiyon bozukluğu, trombositopeni, düşük hemoglobin değeri, nötrofili ve hiponatremi KŞS'li vakalarda daha sık görülür.

# Kawasaki Sendromu Şok Sendromu

- Ventrikül disfonksiyonu, mitral regürjitasyon, daha erken başlayan ve daha ağır seyreden koroner arter anormallikleri KŞS'de daha siktir
- Gamez Gonzales ve ark. (4), 12 yıllık periyotta izlenen 214 KH tanılı vakayı geriye dönük değerlendirmiş ve vakaların %5' inin KŞS kriterlerini doldurduğunu bildirmiş.
- Aynı çalışmada şok bulgularının olduğu grubu diğer grupla kıyaslandığında sırasıyla; inkomplet klinikle gelme oranının daha yüksek olduğu (%64,%29), IVIG direncinin daha fazla olduğu (%60, %12), dev anevrizma oluşumu (% 30, %0) ve miyokard enfarktüsünün de (%27 ve %1) KŞS grubunda fazla olduğunu saptamıştır. Ayrıca sindirim sistemi ilişkili yakınmalar ile başvuru bu grupta %91 iken, klasik Kawasaki vakalarında %30 olarak saptanmıştır.

