



# Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Servisi  
Olgu Sunumu

30 OCAK 2019 - ÇARŞAMBA  
ARAŞ.GÖR.DR.OZAN BERK



# Olgu

□ 17 aylık , erkek hasta

# Şikayet

- ☐ Gözlerde kızarıklık
- ☐ Ateş yüksekliği
- ☐ Döküntü

# Hikaye

- ❑ Daha öncesinde herhangi bir yakınması olmayan hastanın 10 gün önce **her iki gözde kızarıklık** şikayeti başlamış. Bu nedenle başvurdukları dış merkezde konjonktivit olarak değerlendirilip göz damlası reçete edilmiş.
- ❑ İki gün sonra da **ateş yüksekliği** başlamış. Bu şikayetlerine **huzursuzluk** ve **beslenmede azalma** da eklenmiş. Yeniden başvurdukları dış merkezde antibiyotik tedavisi başlanmıştır.

# Hikaye

- Ateşten iki gün sonra vücudunda yaygın **kızarıklık ve döküntüler** oluşmaya başlamış. Başvurdukları dış merkezde döküntüler antibiyotik ile ilişkili olarak değerlendirilmiş ve antibiyoterapisi değiştirilmiş.
- Tedaviye rağmen ateş yüksekliği ve döküntü şikayetleri gerilemeyen hastada **boynunda ele gelen şişlikler** oluşmaya başlamış. Yeniden dış merkeze başvuran hasta yatırılarak antibiyotik tedavisi altında takibe alınmış.

# Hikaye

- ❑ Akciğer grafisi
- ❑ Tam idrar tahlili
- ❑ Lomber ponksiyon

} Normal olarak değerlendirilmiş

- ❑ Lökositoz ve akut faz reaktan artışı saptanmış

# Hikaye

Hastanın takibinde :

- ❑ Ateş yüksekliğinin devam etmesi,
- ❑ Gözlerde kızarıklığın sürmesi,
- ❑ Döküntülerinin gerilememesi,
- ❑ Boyunda lenfadenopatiler olması ,
- ❑ Akut faz reaktanının yüksek saptanması  
nedeniyle tarafımıza yönlendirildi.

# Özgeçmiş

- **Prenatal** : Takipli gebelik. Özellik yok.
- **Natal** : 3630 gram olarak , term, normal spontan vajinal yol ile doğmuş.
- **Postnatal** : Doğar doğmaz ağlamış. Anne yanına verilmiş.  
Ek özellik yok.  
Bilinen allerjisi yok.  
Aşıları zamanında ve tam.

# Soygeçmiş

- ❑ Anne : 29 yaş, Sağ-Sağlıklı
- ❑ Baba : 39 yaş, Sağ-Sağlıklı
- ❑ Anne ile baba arasında akrabalık yok.
- ❑ 1. çocuk: 8 yaş, erkek, sağ-sağlıklı  
2. çocuk: 5 yaş, erkek, sağ-sağlıklı  
3. çocuk: Hastamız

# Fizik Bakı

- Ağırlık : 12 kg (50-75 p.)
- Boy : 85 cm (50 p.)
- Baş çevresi : 49cm (50-75 p.)
- Ateş : 36,5°C
- Nabız : 102/dk
- Tanisyon : 100/60 mmHg
- Solunum sayısı : 44/dk
- Satürasyon : %95 (oda havası)

# Fizik Bakı

- Genel durum: Orta-iyi
- Bilinç : Açık, canlı aktif, ağlıyor, **huzursuz**
- Deri : Turgor doğal, tonus doğal, **ayak parmak uçlarından soyulma**, gövdede ve ekstremitelerde proksimallerinde **makülopapüler döküntü**
- Gözler : Dismorfik bulgu yok, nistagmus yok, **bilateral pürülan olmayan konjonktivit** , skleralar doğal, IR+ / +

# Fizik bakı

- KBB : Orofarenks doğal, tonsiller doğal, dudaklarda çatlaklar ve eritem mevcut, servikal bölgede en büyüğü 2 cm çaplı multiple lenfadenopatileri mevcut
- Solunum : Solunum sıkıntısı yok, takipne yok, siyanoz yok, ral-ronküs yok, her iki hemitoraks solunuma eşit katılıyor, göğüs deformitesi yok, öksürük yok
- Dolaşım : KTA 5. interkostal aralıkta ritmik, S1+ S2+ , ek ses-üfürüm yok.
- Karın : Rahat, defans-rebound-hassasiyet yok, ele gelen kitle yok, asit yok, hepatosplenomegali yok, barsak sesleri doğal

# Fizik bakı

- Ürogenital : Haricen erkek
- Ekstremiteler : Eklem hareket açıklığı doğal, gelişimsel kalça displazisi yok, **el ve ayaklarda ödem mevcut**
- Nörolojik : Bilinç açık, aktif ağlıyor, aktif beslenir, patolojik refleks yok, DTR alınıyor, kas atrofisi yok, nöromotor gelişim yaşına uygun

# Laboratuvar Bulguları

## Hemogram:

### Hematoloji

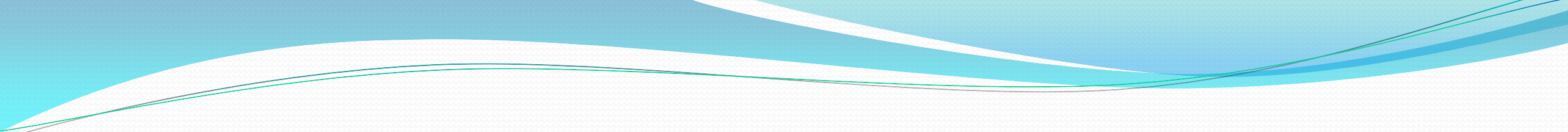
| Test Adı      | Sonuç  | Durum | Birim                     | Referans Değerler |
|---------------|--------|-------|---------------------------|-------------------|
| Sedimentasyon | 117    | Y     | mm/h                      | < 15              |
| Hemogram      |        |       |                           |                   |
| WBC           | 15,777 | Y     | $\times 10^3/\mu\text{L}$ | 3,6 - 10,2        |
| NEU           | 12,686 | Y     | $\times 10^3/\mu\text{L}$ | 1,7 - 7,6         |
| NEU %         | 80,40  | Y     | %                         | 43,5 - 73,5       |
| LYM           | 2,945  |       | $\times 10^3/\mu\text{L}$ | 1 - 3,2           |
| LYM %         | 18,67  |       | %                         | 15,2 - 43,3       |
| MONO          | 0,045  | D     | $\times 10^3/\mu\text{L}$ | 0,3 - 1,1         |
| MONO %        | 0,29   | D     | %                         | 5,5 - 13,7        |
| EOS           | 0,074  |       | $\times 10^3/\mu\text{L}$ | 0 - 0,5           |
| EOS %         | 0,47   | D     | %                         | 0,8 - 8,1         |
| BASO          | 0,026  |       | $\times 10^3/\mu\text{L}$ | 0 - 0,1           |
| BASO %        | 0,17   | D     | %                         | 0,2 - 1,5         |
| NRBC          | 0,012  |       | $\times 10^3/\mu\text{L}$ | 0 - 0,03          |
| NR/W          | 0,07   |       | /100WBC                   | 0 - 0,6           |
| RBC           | 3,609  | D     | $\times 10^6/\mu\text{L}$ | 4,06 - 5,63       |
| HGB           | 9,21   | D     | g/dL                      | 12,5 - 16,3       |
| HCT           | 26,79  | D     | %                         | 36,7 - 47,1       |
| MCV           | 74,24  |       | fL                        | 73 - 96,2         |
| MCH           | 25,52  |       | pg                        | 23,8 - 33,4       |
| MCHC          | 34,37  |       | g/dL                      | 32,5 - 36,3       |
| PLT           | 453,3  | Y     | $\times 10^3/\mu\text{L}$ | 152 - 348         |
| MPV           | 7,43   |       | fL                        | 7,4 - 11,4        |
| RDW           | 14,87  |       | %                         | 12,1 - 16,2       |
| RDW-SD        | 38,94  |       | fL                        | 36,5 - 45,9       |

# Biyokimya:

| Biyokimya                |         |       |                          |                   |
|--------------------------|---------|-------|--------------------------|-------------------|
| Test Adı                 | Sonuç   | Durum | Birim                    | Referans Değerler |
| MDRD (GFR Hesaplama)     | 1562,53 |       | mL/dk/1.73m <sup>2</sup> |                   |
| eGFR (CKD-EPI Pediatrik) | 373,33  |       | mL/dk/1.73m <sup>2</sup> |                   |
| Açlık Kan Şekeri (AKŞ)   | 134,4   | Y     | mg/dL                    | 74 - 106          |
| Ürea                     | 21,56   |       | mg/dL                    | 17 - 43           |
| BUN ( Kan üre azotu )    | 10      |       | mg/dL                    | 7 - 20            |
| Kreatinin                | 0,15    | D     | mg/dL                    | 0,67 - 1,17       |
| AST (SGOT)               | 42,1    |       | U/L                      | < 50              |
| ALT (SGPT)               | 25,4    |       | U/L                      | < 50              |
| ALP (Alkalen Fosfataz)   | 77      |       | U/L                      | 30 - 120          |
| LDH                      | 214     |       | U/L                      | < 248             |
| Bilirubin, Total         | 0,29    | D     | mg/dL                    | 0,3 - 1,2         |
| Bilirubin, Direkt        | 0,02    |       | mg/dL                    | < 0,2             |
| Bilirubin, İndirekt      | 0,27    |       | mg/dL                    | < 0,9             |
| Protein, Total           | 77,31   |       | g/L                      | 66 - 83           |
| Albumin                  | 22,91   | D     | g/L                      | 35 - 52           |
| Globulin                 | 54,4    | Y     | mg/L                     | 11 - 35           |
| Sodyum (Na)              | 134,3   | D     | mmol/L                   | 136 - 146         |
| Düzeltilmiş Sodyum       | 134,9   |       |                          |                   |
| Potasyum (K)             | 4,63    |       | mmol/L                   | 3,5 - 5,1         |
| Klor (Cl)                | 103,0   |       | mmol/L                   | 101 - 109         |
| Kalsiyum                 | 8,5     | D     | mg/dL                    | 8,8 - 10,6        |
| Düzeltilmiş Kalsiyum     | 9,87    |       | mg/dL                    |                   |
| Magnezyum (Mg)           | 2,3     |       | mg/dL                    | 1,8 - 2,6         |
| Fosfor (P)               | 4,73    | Y     | mg/dL                    | 2,5 - 4,5         |
| Ürik asit                | 3,56    |       | mg/dL                    | 3,5 - 7,2         |
| CRP                      | 250,57  | Y     | mg/L                     | < 5               |

# Patolojik Bulgular

- ❑ Bir haftadan uzun süredir devam eden ateş yüksekliği
- ❑ Yaygın makülopapüller döküntü
- ❑ El ve ayaklarda ödem
- ❑ Dudaklarda çatlaklar ve eritem
- ❑ Bilateral konjonktivit
- ❑ Servikal multiple lenfadenopatiler
- ❑ Akut faz reaktanlarında artış
- ❑ Lökositoz, trombositoz



- ÖN TANILAR ?

- EK TETKİKLER ?

## Hasta;

- ❑ 5 günden uzun süren ateş
- ❑ Deri döküntüleri
- ❑ Ağız-dudak-dil bulguları
- ❑ Lenfadenopati (servikal)
- ❑ El ve ayaklarda ödem
- ❑ Konjonktivit

bulguları olması üzerine **Kawasaki Hastalığı** olarak kabul edildi ve çocuk sağlığı ve hastalıkları servisine yatırışı yapıldı.

# Kawasaki Hastalığı

- Sıklıkla beş yaş altındaki çocukları etkileyen, etiyolojisi aydınlatılamamış ve kendi kendini sınırlayan, akut, ateşli ve birden çok sistemi etkileyen bir vaskülitir.
- Kış ve ilkbahar aylarında daha sık görülür.
- Hastalık tüm dünyada tanımlanmakla birlikte en sık Japonya ve Uzakdoğu ülkelerinde görülmektedir.
- Gelişmiş ülkelerde akut romatizmal ateş görülme sıklığının azalmasıyla birlikte, en sık görülen edinsel kalp hastalığı olmuştur.

# Kawasaki Hastalığı

## ➤ A- En az beş gündür devam eden ateş

1. Ekstremitte değişiklikleri (el ayası ve ayak tabanında eritem, el ve ayaklarda ödem, el ve ayak tırnak kenarlarında soyulma)

2. Polimorfik ekzantem

3. Orofarengial mukoza ve dudaklarda değişiklikler (eritem, dudaklarda çatlama, çilek dil, oral ve farengeal mukozada yaygın kızarıklık)

4. Bilateral noneksüdatif bulber konjunktivit

5. Genellikle tek taraflı servikal lenfadenopati (>1,5cm)

## ➤ TANI: →A + diğer kriterlerden en az 4 tanesi veya

→A + diğer kriterlerden 3 veya daha azı +EKO ile gösterilmiş koroner arter hastalığı

# Klinik Özellikler - Ateş

- >5 gün süren, antibiyotik tedavisine yanıt vermeyen persistan ateş
- Ani başlangıçlıdır, günde birkaç kez tepe yapar ( $>40^{\circ}\text{C}$ )
- Ateşin ilk günü, hastalığın da ilk günü olarak düşünülür
- ASA ve IVIG tedavisi ile genellikle 1-2 gün içinde normale döner



# Klinik Özellikler- Ekstremitte Değişiklikleri

- Eritem, ödem, deskuamasyon
- Akut dönemde **avuç içi ve ayak tabanı eritemlidir** ve parmaklar olguların %75'inde fusiform şeklinde ödemlidir. Bu değişiklikler hastanın hareketlerini sınırlayabilir.
- El ve ayak parmaklarındaki **deskuamasyon** genellikle ateşin başlangıcından 1-2 hafta sonra (subakut dönemde) periungual bölgeden başlar, el ayasına ve ayak tabanına ilerler





# Klinik Özellikler – Polimorfik Ekzantem

- Özellikle gövdede ve ekstremitelerin proksimalinde belirgin.
- Genellikle diffüz makulopapüler eritematöz döküntü şeklindedir
- Kızıl benzeri döküntü, papüler lezyon, eritema multiforme şeklinde de olabilir
- Ekzantem genellikle ateş ile başlar, akut dönem süresince devam eder, iz bırakmaksızın aniden solar



# Klinik Özellikler – Orofarengeal Mukoza Değişiklikleri

- Akut dönemde ortaya çıkar.
- Dudaklar kırmızı, kanamalı, çatlak ve kabuklanmıştır
- Oral ve faringeal mukoza eritemlidir
- Çilek dili görünümü (%77)



# Klinik Özellikler – Bilateral Konjunktivit

- **Bulbar >> palpebral**
- Genellikle **noneksudatif**
- Ateşten kısa bir süre sonra başlar



# Klinik Özellikler – Servikal Lenfadenopati

- ❑ Servikal bölgedeki lenf nodları genellikle
- ❑ büyük(>1.5cm), tek taraflı, eritemli
- ❑ Fluktuasyon vermez, nonpürülandır.



# Kardiyak Bulgular

- ❑ Kawasaki hastalığında seyri ve prognozu etkileyen en önemli faktör koroner tutulumudur.
- ❑ Tedavisiz olgularda koroner arter tutulumu-%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)

# Kardiyak Bulgular- Koroner arter anevrizması

- **Koroner arter anevrizması** IVIG tedavisi almayan olguların %20-25'inde, <6 ay erkek çocuklarda daha sık
- Hastaların %50 kadarında sol ventrikül fonksiyonunda azalma saptanır.

# Kalp Dışı Belirtiler

| Sistem           | İlişkili Bulgu ve Belirtiler                                                                |
|------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| Gastrointestinal | Kusma, ishal, hidropik safra kesesi, transaminaz yüksekliği                                 |
| Kan              | Yüksek ESR ve CRP, lökositoz, hipoalbüminemi, akut fazda anemi ve subakut fazda trombositoz |
| Renal            | Steril pyüri, proteinüri                                                                    |
| Solunum          | Öksürük, ses kısıklığı, göğüs grafisinde infiltrasyon                                       |
| Eklem            | Artralji ve artrit                                                                          |
| Nörolojik        | BOS'ta mononükleer pleositoz, irritabilite, yüz felci                                       |

# Klinik Dönemler

- **Akut dönem:** İlk 1-2 hafta tanı kriterlerine ek olarak miyokardit, geçici artrit ve steril piyüri olabilir. Bu dönemde en önemli mortalite sebebi miyokardittir.
- **Subakut dönem:** 2-4 hafta. Ateş, döküntü, LAP'larda düzelme. Koroner anevrizma ve trombozlar, trombositoz, el ve parmak uçlarında soyulma, safra kesesi hidropsu bu dönemde görülür.
- **İyileşme dönemi:** 6-8 hafta. Klinik bulguların hepsi kaybolur. Koroner arter anomalisi olanlarda miyokard infarktüsü, aritmi, ani ölüm riski vardır. Bu dönemde en önemli ölüm sebebi miyokard infarktüsüdür.

## **Hastanın yatışı sırasında planlanan tetkikler;**

- Ekokardiyografi
- Safra kesesi hidropsu açısından batın USG yapılması,
- Steril pyüri açısından TİT bakılması,
- Lipit profili çalışılması.

# EKOKARDİYOĞRAFI



KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ  
ÇOCUK KARDİYOLOJİSİ BİLİM DALI



|                |                  |         |            |
|----------------|------------------|---------|------------|
| Adı Soyadı:    | Furkan Enes Köse | Tarih:  | 22/01/2019 |
| Doğum tarihi:  | 15/08/2017       | Diş No: | 6173154    |
| Cins/Boy-Kilo: | E/ 11 kg         |         |            |

## ÇOCUK EKOKARDİYOĞRAFI RAPORU

♥ M-Mode ile ölçülen kalp boşlukları normal genişlikte, kalp kontraksiyonları normal sınırlar içinde.

|       | Hasta(mm) | Normal(mm) |
|-------|-----------|------------|
| IVSd  | 6         | 4-6        |
| LVVDd | 29        | 15-32      |
| LVSD  | 20        |            |
| LVPMd | 5         | 4-6        |

|         | Hasta(mm) | Normal(mm) |
|---------|-----------|------------|
| AoD     | 16        | 7-17       |
| LADd    | 23        | 7-25       |
| EF (%)  | 61        |            |
| KCF (%) | 51        | >28        |

- ♥ Kardiyak apekt sola doğru. Vena kava inferiorün kolumna vertebralisin sağında, inen aort kolumna vertebralisin solunda (atriyal situs solitus).
- ♥ Atriyumların ventriküllerle ve ventriküllerin büyük damarlarla olan ilişkisi normaldeki gibi (atriyo-ventriküller ve ventrikulo-arteriyel konkordans).
- ♥ Sistemik ve pulmoner venlerde dönüş anomalisi saptanmadı.
- ♥ İnteratriyal septumda defekt saptanmadı.
- ♥ Mitral kapak normal yetersizlik saptanmadı.
- ♥ Triküspit kapak normal, renkli Doppler ile yetersizlik saptanmadı.
- ♥ İnter ventriküler septumda defekt saptanmadı.
- ♥ Aort ve pulmoner arterin ilişkisi normaldeki gibi.
- ♥ Kısa eksen kesitlerinde aort kapığı 3 yapraklı olarak görüldü. Renkli Doppler ile aort akım normal, yetersizlik saptanmadı.
- ♥ Pulmoner arter geniş değil. Her iki pulmoner arter dalları konfluent. Renkli ve PW Doppler incelemede pulmoner arter akımında patoloji saptanmadı.
- ♥ Suprasternal incelemede aort arkusu solda. Aort koarktasyonu ve patent duktus arteriyosus saptanmadı.
- ♥ Hafif perikardiyal effüzyon tespit edildi.(5 mm)
- ♥ Sağ koroner arter ~~anomal~~ sol koroner arter geniş (4 mm) ve düzensiz olarak değerlendirildi.

## EKOKARDİYOĞRAFI TANI

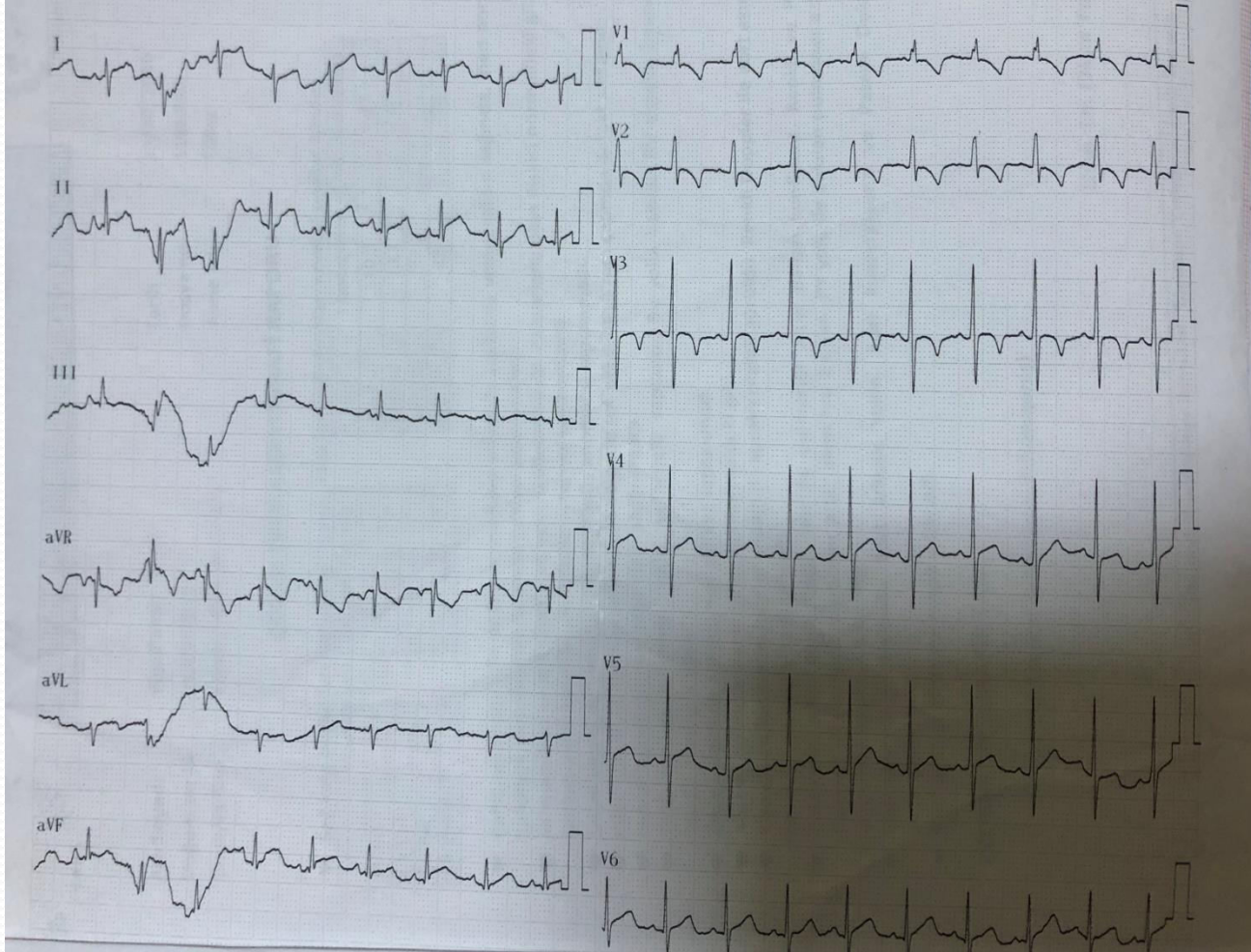


1. Sol koroner arterde **ektazi** (4 mm)
2. **Perikardiyal effüzyon** (hafif)

Prof. Dr. Kadir Babaoğlu  
Pediyatrik Kardiyolog

- Ekokardiyografik Tanı :
  - Sol koroner arterde ektazi (4mm)
  - Perikardiyal effüzyon 5 mm(hafif )

# EKG



- Ritim; sinüs
- Nabız; 110/dk (ritmik)
- QRS aksı; normal
- ST-T dalga değişikliği yok
- WPW paterni yok
- ERP yok
- Qtc: 0.39

# Batın USG



T.C.  
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ ARAŞTIRMA VE UYGULAMA HASTANESİ  
Radyoloji Anabilim Dalı

## Abdomen Renkli Doppler US Raporu

### BAŞVURU SAHİBİNİN

|                |                                                                               |                  |           |
|----------------|-------------------------------------------------------------------------------|------------------|-----------|
| Adı Soyadı     | FURKAN ENES KÖSE                                                              | T.C. Kimlik No   | 44*****70 |
| Hasta No       | 6173154                                                                       | Dosya No         |           |
| İsteyen Bölüm  | Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları                                                 | Uygulayan Bölüm  | Radyoloji |
| İsteyen Doktor | Araş.Gör.Dr. Yasemin ÖZGEN                                                    | Uygulayan Doktor |           |
| Onay Tarihi    | 24/01/2019 15:45:00                                                           |                  |           |
| İstek Notu     | kawasaki tanısı olan hastaya safra kesesi hidropsu açısından usg rica olunur. |                  |           |

24/01/2019, 09:06, Abdomen Renkli Doppler US

### ABDOMİNAL RENKLİ DOPPLER RAPORU

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

Safra kesesi kontrakte izlendi (postprandiyal). İntra-ekstra hepatik safra yolları normal izlenmektedir.

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.

Renkli Doppler incelemede portal ven ve hepatik venlerin çapları normal olup lümenleri açık izlenmektedir.

Batında serbest sıvı izlenmedi.

SONUÇ: Safra kesesi kontrakte izlendi (postprandiyal).

Dr. Ece DEVRİM

Dr. Özgür ÇAKIR

DR.ÖĞR.ÜYESİ ÖZGÜR ÇAKIR

- Safra kesesi boyutları ve duvar kalınlığı normaldir. Lümen içinde patoloji izlenmedi. İntra-ekstra hepatik safra yolları normal izlenmektedir.
- Safra kesesi hidropsu saptanmamıştır.

# Tam İdrar Tahlili

| Test Adı                | Sonuç      | Durum | Birim      | Referans Değerler |
|-------------------------|------------|-------|------------|-------------------|
| Tam İdrar Analizi (TİT) |            |       |            |                   |
| FİZİKSEL ANALİZ         |            |       |            |                   |
| Renk                    | AÇIK SARI  |       |            | AÇIK SARI         |
| Bulanıklık              | BERRAK     |       |            | BERRAK            |
| pH                      | 6,5        |       |            |                   |
| Dansite                 | 1,019      |       |            |                   |
| Kan                     | NEGATİF(-) |       |            | NEGATİF(-)        |
| Lökosit                 | NEGATİF(-) |       |            | NEGATİF(-)        |
| Glukoz                  | NEGATİF(-) |       |            | NEGATİF(-)        |
| Protein                 | NEGATİF(-) |       | mg/dL      | NEGATİF(-)        |
| Bilirubin               | NEGATİF(-) |       | mg/dL      | NEGATİF(-)        |
| Keton                   | NEGATİF(-) |       | mg/dL      | NEGATİF(-)        |
| Nitrit                  | NEGATİF(-) |       |            | NEGATİF(-)        |
| Urobilinojen            | Normal     |       |            | NORMAL            |
| Askorbik Asit           | 0          |       | mikromol/L |                   |
| MİKROSKOPİK ANALİZ      |            |       |            |                   |
| Eritrosit               | 1          |       | /HPF       |                   |

# Lipit Profili

|                    |                                                                                          |   |       |         |
|--------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|---|-------|---------|
| Trigliserid        | 115                                                                                      |   | mg/dL | < 150   |
| Kolesterol (Total) | 145                                                                                      |   | mg/dL | < 200   |
| Kolestrol (HDL)    |  18,8 | D | mg/dL | 40 - 60 |
| Kolestrol (LDL)    | 103                                                                                      | Y | mg/dL | < 100   |
| Kolestrol (VLDL)   | 23                                                                                       |   | mg/dL | 5 - 40  |

# Tedavi

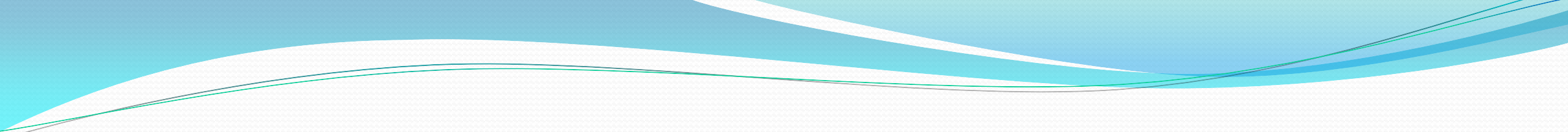
- IVIG 2 gr/kg (10-12 saat İV)
- ASA 80-100 mg/kg/gün (antiinflamatuvar doz) 4 dozda
- Mide koruyucu tedavi (PPI)

# Klinik izlem

- IVIG tedavisi sonrası ateş olmadı. IVIG bitiminden 72 saat sonra aspirin tedavisi 3-5 mg/kg/g (antiagregan doz) olacak şekilde azaltıldı.
- Klinik bulguları geriledi, iştahı arttı, huzursuzluğu azaldı.
- Vital bulguları stabil seyretti.
- ALT-AST normal değerlere geriledi. Albumin normal sınırlara çıktı. CRP : 11,3 mg/L olarak ölçüldü.
- Kontrol ekosunda (5.gün) sol koroner arterde ektazi hafif gerilemiş olarak saptandı.

# Taburculuk Planı-Takip

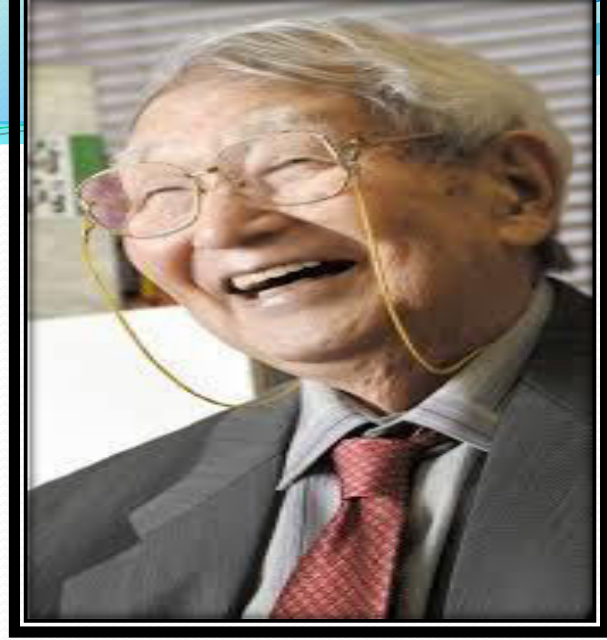
- Aspirin tedavisinin 3-5 mg/kg/g olacak şekilde devamı planlandı.
- Kardiyoloji polikliniği takibi planlandı.



# **KAWASAKI HASTALIĞI**

# TARİHÇE

- ❑ Hastalık ilk kez **Dr. Tomisaku Kawasaki** tarafından 1961 yılında Tokyo’da “atipik ateş ve döküntü” yakınması olan 4 yaşındaki olguda tanımlamıştır.
- ❑ 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 isimlendirmiş ve otopsilerde koroner arter anevrizmasının gösterildiği 1970 yılına kadar benign çocukluk çağı hastalıklarından birisi olduğu düşünülmüştür.



# Etiyoloji

- Etiyoloji henüz tam olarak aydınlatılamamıştır.
- Çeşitli teoriler öne sürülmektedir:

## **Enfeksiyöz ajan teorisi:**

- ✓ *Propionibacterium acnes*, *Rickettsia*, EBV, Retrovirüsler, Parvovirüs B19, kızamık ??
- ✓ Hastaların büyük bir kısmı viral hastalıkların sık olduğu kış ve ilkbahar aylarında
- ✓ 2-3 yıllık aralarla salgınlar yapabilir
- ✓ Etkilenen bireylerin kardeşlerinde de artmış sıklık
- ✓ Erişkinlerin etken ajana immünite geliştirdiği düşünülmekte
- ✓ Ancak spesifik etiyolojik ajana ait **KANIT YOK.**

# Etiyoloji

## Süperantijen teorisi:

- ✓ Genetik olarak duyarlı bireylerde, enfeksiyöz ajanlarda (*Streptococcus pyogenes*, *staphylococcus aureus* (TSST), mikoplazma, HIV) bulunan süper antijenler tarafından tetiklenen immun yanıt sonucu ??
- ✓ Oda nemlendiricilerinin kullanımı, anyonik deterjanlar, ev tozu akarları, bazı ağır metaller vb. ile ilişki ?? **KANIT YOK**

# Epidemiyoloji

- Sıklıkla 6 ay-5 yaş arasındaki çocuklar
- Hastaların %80-90'ı 5 yaşından küçük
- 5 yaşından büyük çocuklarda, tanı koyulmasındaki gecikmeye bağlı kardiyovasküler komplikasyon gelişme riskinin artabileceği gözlenmiştir
- Erkeklerde kızlara oranla daha sık (1,7/1)
- Kış ve ilkbahar aylarında daha sık
- Asya ve Asya kökenli Amerikan popülasyonunda hastalığın daha sık görülmesi genetik yatkınlığı düşündürmektedir.
- İnsandan insana geçiş gösterilememiş.
- İndeks vakanın kardeşlerinde genel popülasyona göre görülme sıklığı daha fazladır (Japonya'da x10)

# Klinik Özellikler ve Tanı

## ➤ A- En az beş gündür devam eden ateş

1. Ekstremitte değişiklikleri (el ayası ve ayak tabanında eritem, el ve ayaklarda ödem, el ve ayak tırnak kenarlarında soyulma)
2. Polimorfik ekzantem
3. Orofarengial mukoza ve dudaklarda değişiklikler (eritem, dudaklarda çatlama, çilek dil, oral ve farengeal mukozada yaygın kızarıklık)
4. Bilateral noneksüdatif bulber konjunktivit
5. Genellikle tek taraflı servikal lenfadenopati (>1,5cm)

## ➤ TANI: →A + diğer kriterlerden en az 4 tanesi veya

→A + diğer kriterlerden 3 veya daha azı +EKO ile gösterilmiş koroner arter hastalığı

# 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**
- ✓ Kültürler 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

# Ayırıcı Tanı

## ➤ *Enfeksiyöz hastalıklar*

Kızamık

Kızıl

Kızamıkçık

Epstein-Barr Virus

Meningokoksemi

Adenovirus enfeksiyonları

Enterovirus enfeksiyonları

HPV B19 enfeksiyonları

Stafilokokkal toksin ilişkili hastalıklar

Haşlanmış deri sendromu

Leptospirozis

Mikoplazma pneumonia

## ➤ *Allerjik/romatolojik hastalıklar*

İlaç reaksiyonları

Stevens-Johnson sendromu

(eritema multiforme

Juvenil romatoid artrit

Poliarteritis nodosa

Behçet sendromu

Reiter sendromu

## ➤ *Toksik durumlar*

Cıva entoksikasyonu

# Tedavi

## ➤ Akut faz

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

ASA: 80-100mg/kg/gün, 4 dozda

Yüksek doz aspirin kullanma süresi kliniklere göre değişmektedir. Birçok merkezde hasta 48-72 saat ateşsiz olduğunda dozu azaltılır, bazı merkezler ise 5 ateşsiz gün veya hastalığın 14. gününe kadar devam eder.

48-72. saatlerde ateş tekrarlar ve başka bir ateş nedeni saptanamazsa ikinci doz IVIG önerilmektedir.

## ➤ 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

Transluminal koroner anjioplasti

Kardiyak transplant.

❑ Kawasaki hastalığı nedeniyle tedavi edilmiş hastaların izlemi koroner arter tutulum derecesine bağlıdır.

Kawasaki hastalığının uzun dönem yönetimi :

| Risk Düzeyi | Tanım                                                                       | Yönetim İlkeleri                                                                                                                                     |
|-------------|-----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| I           | Hastalığın herhangi bir evresinde koroner arter değişikliği yok             | Akut faz sonrasında (6-8 hafta) ASA gerekmez. İlk yıldan sonra takibe gerek yok                                                                      |
| II          | Akut fazda koroner arterlerde geçici ektazi                                 | Yukarıdakinin aynısı, veya her 3-5 yılda klinik izlem± EKG                                                                                           |
| III         | Tek küçük-orta boyutlu koroner anevrizma                                    | Anormalik düzelene kadar ASA. Yıllık EKG ve eko <10 yaş ve iki yılda bir stres test                                                                  |
| IV          | Darlık oluşturmamayan dev anevrizma veya birden çok küçük-orta anevrizmalar | Uzun süreli ASA ± varfarin. Yıllık EKG,eko ve stres test ile takip                                                                                   |
| V           | Koroner arter darlığı                                                       | Uzun süreli ASA ± varfarin± miyokardiyal oksijen tüketimini azaltmak için kalsiyum kanal blokeri. Her 6 ayda Eko ve EKG. Yıllık stres test ve Holter |

# 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 ÖNEMLİ**

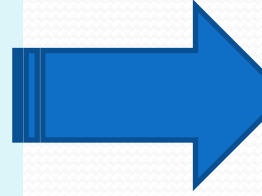
## İLK İPUÇLARI

### ❖ ÇOCUK DEĞERLENDİRME ÜÇGENİ

-Görünüm: Huzursuz, fakat uyanık ve uyarılabilir.

-Solunum: Ateşe bağlı hafif takipne ve nadiren miyokardiyal enfarktüse bağlı ağır solunum sıkıntısı

-Dolaşım: Kızarıklık veya solukluk ve alacalı cilt gibi şok bulguları



## DİĞER BULGULAR

❖ KIRMIZI, ÇATLAK DUDAKLAR

❖ ÇİLEK DİLİ

❖ KONJONKTİVİT

❖ SERVİKAL LAP

❖ DÖKÜNTÜ

❖ ELLERDE VE

AYAKLARDA ÖDEM

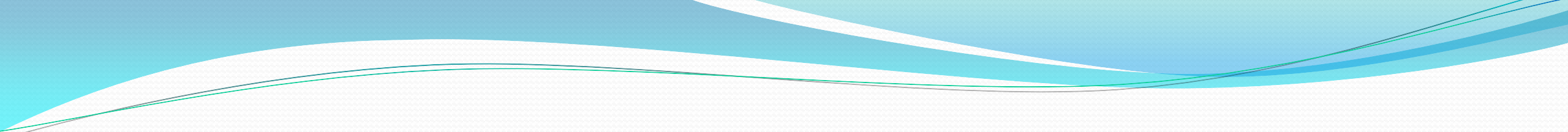
❖ GÖĞÜS AĞRISI

## KLASİK BİLGİLER

- ❖ ESH ve CRP de artış
- ❖ Beyaz kürede artış
- ❖ Trombositoz
- ❖ Steril piüri
- ❖ Karaciğer işlev testlerinde artış
- ❖ Ekokardiyografide saptanan koroner anevrizmalar

## SONUÇ

- ❖ 5 günden uzun ateşi olan her hastada kawasaki hastalığı akla gelmeli.
- ❖ En önemli komplikasyon koroner anevrizmasıdır, bu da akut tromboz, devam eden koroner arter daralması ve miyokardiyal enfarktüse sebep olabilir.
- ❖ Erken tanı ve IVIG ile tedavi koroner arter anevrizma gelişme tehlikesini azaltır.



**TEŞEKKÜRLER..**