



Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Çocuk Kardiyoloji Bilim Dalı

Olgu Sunumu

01.10.2019 Salı

Uz. Dr. Emre USTA



OLGU

- 5 yaş,erkek hasta
- Şikayeti:
 - döküntü, ateş

HİKAYE

- Başvurudan 15 gün kadar önce ateş şikayeti başlamış.
- Ateşin devam etmesi üzerine 3.gününde dış merkeze başvurmuş. Dış merkezde hastaya TMP-SMX reçete edilmiş. Tedavinin 1.gününde ateşi düşmüş.
- Tedavinin 4.gününde vücutta yaygın döküntü şikayeti olması üzerine hastanın antibiyoterapisi amoksisilin-klavunat olacak şekilde değiştirilmiş. Hasta yeni antibiyoterapiyle döküntünün devam ettiğini görünce 1 gün sonra ilacı kesmiş.
- Hastanın başvurudan 7 gün önce tekrar ateş şikayeti başlamış. Hasta tarafımıza başvurdu.
- Döküntülerin her geçen gün artarak devam ettiği ifade ediliyor.

ÖZGEÇMİŞ

- **PRENATAL:** özellik yok
- **NATAL:** 38 GH, 3300 gr, NSVY ile doğmuş
- **POSTNATAL:** Doğar doğmaz ağlamış, anne yanına verilmiş, anne sütü ile beslenmiş, sarılık nedeniyle yoğun bakımda yatış öyküsü olmuş. Aşıları tam, gelişimi yaşıtlarıyla uyumlu. Bilinen hastalığı yok. Bilinen alerji yok.

SOYGEÇMİŞ

- ANNE: 29 yaşında, sağ sağlıklı
- BABA: 34 yaşında, sağ sağlıklı
- Anne baba arasında 2.derece akrabalık öyküsü mevcut.
- 1.çocuk: Hastamız

FİZİK İNCELEME

- AĞIRLIK: 20 kg (50 persentil)
- Boy: 110 cm (25-50 persentil)
- Ateş: 38.7 °C
- Nabız: 127/dk (ritmik)
- TA: 100/70 mmHg
- Solunum sayısı: 40/dk
- Saturasyon: 95% (oda havasında)

FİZİK BAKI

- GENEL DURUM: orta
- BİLİNÇ: Açık, koopere, halsiz ve düşkün
- DERİ: *tüm gövdede ve ekstremitelerde birleşme eğiliminde olan makülopapüler döküntü*, BCG skarı normal görünümde
- GÖZLER: dismorfik bulgu yok, nistagmus yok, *bilateral nonpürülan konjonktivit*,
- KBB: orofarenks doğal, tonsiller doğal, *dil parlak kırmızı, dudaklar, bilateral multipl servikal LAP'ları mevcut*
- SOLUNUM: AC sesleri ral yok, ronkus yok
- DOLAŞIM: KTA ritmik, S1 + S2+, ek ses ve üfürüm yok
- KARIN: Batın rahat, defans yok, rebound yok, HSM yok
- ÜROGENİTAL: haricen erkek, doğal
- EKSTREMİTE: eklem hareket açıklığı doğal, *ellerde hafif ödem*
- NÖROLOJİK: bilinç açık, DTR +/-, kas atrofisi yok

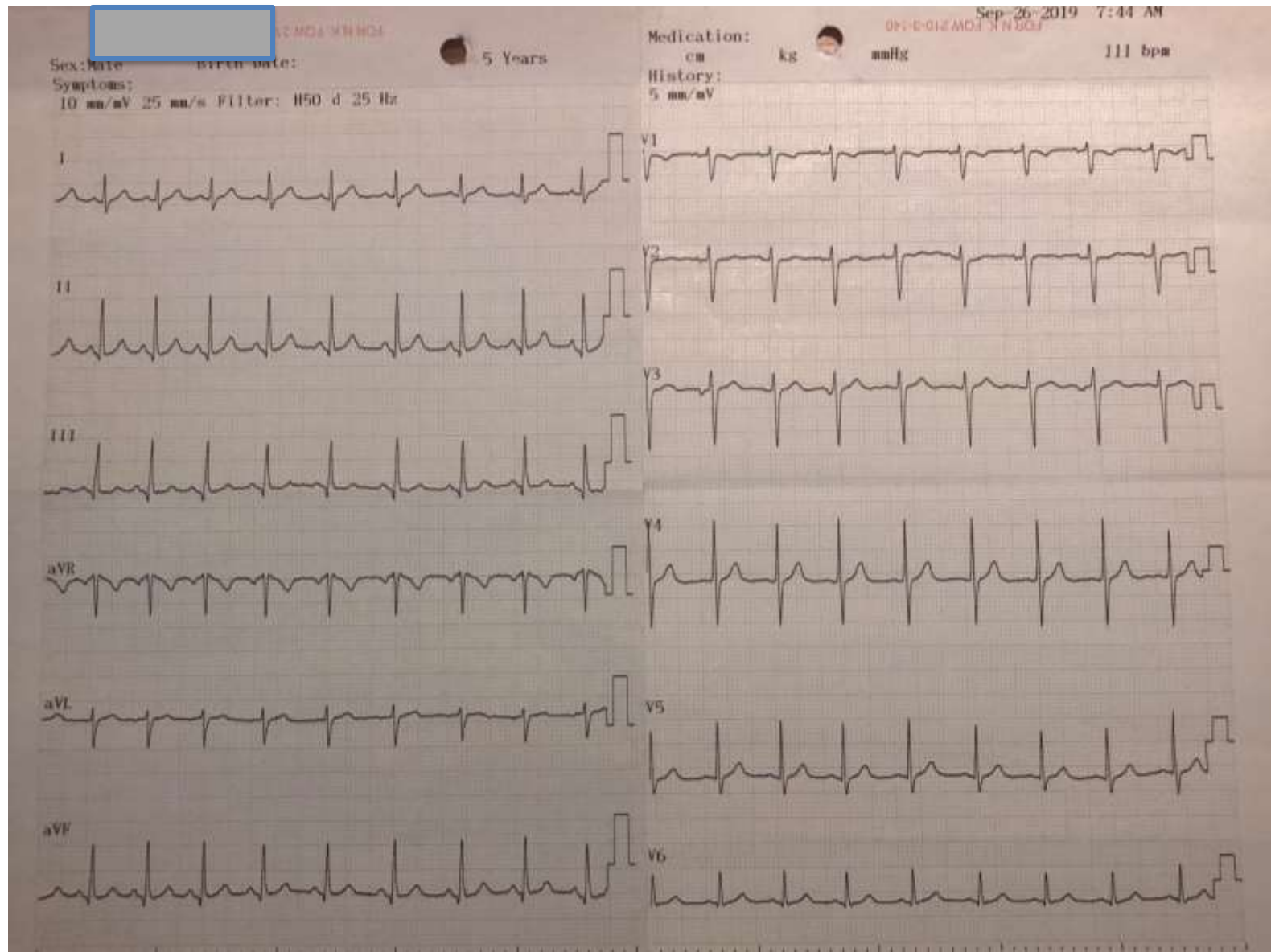
LABORATUVAR BULGULARI

- Hemogram;
 - WBC: 11,200 mm³
 - Hg: 11,3 gr/dl
 - Hct: 33 %
 - MCV: 78,8 fl
 - Eos: 400 (%3,2)
 - PLT: 237,000 mm³
- Lipit profili;
 - HDL: 17 mg/dl
 - Diğer parametreler: normal
- Koagülasyon;
 - Normal
- TİT
 - Normal
- Biyokimya
 - Na: 132 mEq/L
 - Albümin: 26,9 gr/L
 - AST: 50,4 U/L
 - ALT: 80,2 U/L
 - BUN: 8 mg/dl
 - Kreatinin: 0,4 mg/dl
 - CRP: 17,3 mg/L
 - Sedim: 12 mm/h

Akciğer grafisi



EKG



PATOLOJİK BULGULAR

- Ateş yüksekliği
- Vücudunda yaygın makülopapüler döküntü
- Konjunktivit
- Ellerde ödem
- Ağız-dudak değişikliği
- Akut faz reaktanlarında artış
- Laboratuvar anormallikleri

- ***ÖN TANILAR?***

- ***EK TETKİK?***

Hastamız;

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

bulgularıyla Komplet Kawasaki 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
- Vital bulgu takibi

Adı Soyadı		Tarih	13/09/2019
Doğum tarihi	15/10/2014	Dosya no	
Çins/Boy-Kilo	E / 20 kg		

ÇOCUK EKOKARDİYOĞRAFİ RAPORU

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

	Hasta(mm)	Normal(mm)
<u>IVSd</u>	5,9	5-7
<u>LVd</u>	30	24-38
<u>LVd</u>	19	
<u>LVPWd</u>	6	5-7

	Hasta(mm)	Normal(mm)
<u>Ao</u>	17	13-22
<u>LADd</u>	20	17-27
<u>EF (%)</u>	67	
<u>KF (%)</u>	37	>28

- ♥ Kardiyak apex sola doğru. Vena kava inferior kolumna vertebralisin sağında, inen aort kolumna vertebralisin solunda (atriyal situs solitus).
- ♥ Atriyumların ventriküllerle ve ventriküllerin büyük damarlarla olan ilişkisi normaldeki gibi (atriyo-ventriküler ve ventrikulo-arteriyel konkordans).
- ♥ Sistemik ve pulmoner venlerde dönüş anomali saptanmadı.
- ♥ İnter atriyal septumda defekt saptanmadı.
- ♥ Mitral kapak normal yetersizlik saptanmadı.
- ♥ Triküspit kapak normal, renkli Doppler ile fizyolojik sınırlarda yetersizlik saptandı.
- ♥ İnter ventriküler septumda defekt saptanmadı.
- ♥ Aort ve pulmoner arterin ilişkisi normaldeki gibi.
- ♥ Kısa eksen kesitlerinde aort kapağı 3 yapraklı olarak görüldü. Renkli Doppler ile aort akımı 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 arteriozosus saptanmadı.
- ♥ Perikardiyal effüzyon tespit edilmedi.
- ♥ Koroner arterler normal görüntülendi. LAD 1.4 mm, LMCA 1.57 mm, RCA 1.29 mm.

EKOKARDİYOĞRAFİK TANI

1. NORMAL SINIRLARDAKİ EKOKARDİYOĞRAFİK BULGULAR

- Döküntü nedeniyle hastadan viral seroloji gönderilmişti. CMV IgM + ve EBV VCA IgM + gelmesi üzerine hasta çocuk enfeksiyon hastalıkları bölümüne konsülte edildi. Döküntülerin vasfı ve iki farklı viral serolojinin pozitifliği nedeniyle anlamlı kabul edilmedi.

- Hastaya IVIG tedavisi verildi.
- ASA 80 mg/kg/g olacak şekilde başlandı (antiinflamatuvar doz).
- Mide koruyucu başlandı.
- Vital bulgu takibi planlandı.
- Abdomen USG çekildi. Normal raporlandı.
- IVIG sonrası ateşi olmadı.

- Döküntü öncesi antibiyotik kullanma öyküsü bulunması nedeniyle, tedavi öncesi çocuk alerji ve dermatoloji bölümlerine konsülte edilmişti.
- Hastanın, öncesinde antibiyotik kullanım öyküsü bulunmasının, hafif KCFT yüksekliği bulunmasının, döküntülerin vasfının (vücut ön yüzde, sırtta, saçlı deride, kollarda, bacaklarda, avuç içlerinde, ayak tabanlarında hedef tahtası tarzında eritemli plaklar) DRESS sendromu düşündürebileceği ifade edildi.



- IVIG tedavisinin bitimi sonrası, hastanın almakta olduğu ASA tedavisi kesildi ve hastaya steroid başlandı.
- Hastanın takip eden süreçte döküntüleri geriledi, KCFT değerleri normal değerlerine indi.
- Çocuk kardiyoloji ve alerji polikliniklerinden takibi sürüyor.

KAWASAKİ HASTALIĞI

Klinik Özellikler ve Tanı

- Orta boy damarları tutan vaskülitik hastalık
- Erkek / kadın oranı 1.5
- **A- En az beş gündür devam eden ateş**
 1. Ekstremité değişiklikleri; el ve ayaklarda ödem ve/veya eritem, genellikle periungal başlayan deskuamasyon
 2. Döküntü; genellikle gövdede, polimorfik ancak veziküler olmayan
 3. Orofarengeal mukoz 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.

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!!!!!!**

DRESS Sendromu

(Drug Rash with Eosinophilia and Systemic Symptoms)

- Yaşamı tehdit edebilen, oldukça nadir görülen, akut, idiyosenkrazik bir ilaç reaksiyonudur.
- En sık etkilenen iç organ karaciğerdir.
- Yaşamı tehdit edici bir durumdur ve dünya genelinde mortalitesinin %10-40 civarında olduğu tahmin edilmektedir. Genellikle mortalite karaciğer tutulumuyla ve sekonder bakteriyel enfeksiyonlarla ilişkilidir.

DRESS Sendromu

(Drug Rash with Eosinophilia and Systemic Symptoms)

- Antiepileptikler (aromatik antikonvulzanlar, (fenitoin, karbamazepin, fenobarbital), valproat, lamotrijin), antidepresanlar, sulfanamidler (dapson, TMP-SMX), anti-inflamatuvar ilaçlar (naproksen, diklofenak, ibuprofen), antibiyotikler (metranidazol, spiramisin, piperasilin-tazobaktam), ACE inhibitörleri (kaptopril, enalapril), beta blokörler (atenolol), allopürinol, dobutamin, propiltiyourasil gibi ilaçlar DRESS'e sebep olabilmektedir.

DRESS Sendromu

(Drug Rash with Eosinophilia and Systemic Symptoms)

- J-SCAR tarafından yayınlanmış tanı kriterleri;
 - 1. İlaç kullanımından >3 hafta sonra makülopapüler döküntü
 - 2. İlaç kesildikten 2 hafta sonra devam eden semptomlar
 - 3. Ateş $>38^{\circ}\text{C}$
 - 4. Karaciğer: (ALT $>100\text{U/L}$)
 - 5. Lökositoz, nötrofili veya atipik lenfositoz ($>\%5$)
 - 6. Lenfadenopati
 - 7. HHV-6 reaktivasyonu

DRESS Sendromu

(Drug Rash with Eosinophilia and Systemic Symptoms)

- Son yıllarda yayınlanan yazılarda sadece HHV-6 değil, EBV, CMV, HHV-7 gibi diğer herpesvirus reaktivasyonlarının da DRESS ile ilişkisi saptanmıştır.
- Tedavisinde ilk yapılması gereken şey, suçlanan ilacın kesilmesidir. Tedavide 1-2 mg/kg/gün olacak şekilde steroid tedavisi önerilmektedir. Şiddetli olgularda pulse metilprednizolon (20 mg/kg/gün) 3 gün veya IVİG tedavisi (2 gr/kg/5 gün) verilmektedir.