



Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
Anabilim Dalı

Çocuk Yoğunbakım Bilim Dalı

Olgu Sunumu

21 Eylül 2021 Salı

Ar. Gör. Dr. İrem Tombaloğlu



14 yaş 10 ay, kız hasta

Şikayeti:

Bulantı, kusma, nefes darlığı

Öykü

Daha önceden bilinen hastalığı olmayan hastanın son 10 gündür olan akşamları olan nefes darlığı, yatınca uyuyamama şikayeti başlamış. Diş doktoru kontrolü olması üzerine aile onun stresi olarak yorumlamış. Hastanın kusmaları da eklenmiş. Bu şikayetler ile 13/09/21 dış merkezde kardiyolojiye başvurmuş.

Öykü

EKO' su çekilmiş. EKO' sunda sadece kapaklarda hafif kaçak olduğu söylenmiş. Kan tetkikleri istenmiş. Yapılan tetkiklerinde kreatin yüksekliği (**8,22**) saptanması üzerine Sakarya EAH' e yönlendirilmiş. Hastanın orda bakılan vital değerlerinde **TA:196/142mm/hg** hb:8,14 KTA:116/dk görülmüş. Renal USG çekilmiş. Sağ böbrek KK 79mm kalınlığı 10mm(atrofik?), sol böbrek KK 94mm parankim kalınlığı 13mm ölçülmüş. Ç. Nefroloji bölümü olmaması üzerine hasta takip ve tedavisin devamı amacıyla tarafımıza sevk edildi.

Hastanın son dönemde ilaç kullanım öyküsü yok. Herhangi madde ve bitki karışımı tüketmemiş.

Özgeçmiş

Bilinen hastalık yok
Kullanıldığı ilaç yok.
Aşılar düzenli yapılmış
Bilinen alerji yok

Soygeçmiş

Baba: 49 yaş sağ, psöriasis

Anne: 46 yaş sağ, 3 yaşındayken sağ böbrek
nefrektomi +

Kardeşler: 1. Çocuk hastamız

Fizik Muayene:

- **Ateş:** 36 °C
- **Nabız:** 134/dk (58-104)
- **Solunum sayısı:** 24/dk (11-22)
- **Spo2:** %98
- **Tansiyon:**
217/149 mm hg (95 p+12 mm Hg: 136/92)

Boy:157 cm (21 p)

Kilo: 42.9 kg (2 p)

Deri: turgor hafif artış, döküntü yok.

Baş Boyun: Asimetri yok LAP yok.

Gözler: IR+/- göz hareketleri doğal, ikter yok.

Solunum sistemi: HIHTSEK. **Bilateral bazallerde ral+**, Ronkus yok.

Dolaşım Sistemi: S1+S2+ **2/6 sistolik üfürüm**

Kulak Burun Boğaz: Orofarenks doğal.

Karın: Batın rahat hassasiyet yok defans yok, rebound yok HSM yok.

Ürogenital sistem: Haricen kız. Anomali yok.

Ekstremiteler: Deformite yok.

Nörolojik Muayene: Bilinç açık, oryante koopere GKS:15.

Laboratuvar

pH:7,36

pCO₂: 30,6 mmHg

HCO₃: 18,0 mmol/l

BE: -7,4

Laktat: 6 mg/dl

BK: 10180/ul

Neu: 8260/ul

Lym: 1220/ul

Hgb: 7,6 g/dl

MCV: 81,67 fL

PLT: 122000/ul

Açlık Kan Şekeri (AKŞ) - 94 mg/dL

Ürea – 122,8 mg/dL

BUN – 57,38 mg/dL

Ürik asit – 5,9 mg/dL

Kreatinin – 7,57 mg/dL

Bilirubin, Total – 0,31 mg/dL

Bilirubin, Direkt - 0,11 mg/dL

Bilirubin, İndirekt – 0,2 mg/dL

AST (SGOT) – 20,1 U/L

ALT (SGPT) – 8,6 U/L

LDH – 527 U/L

Protein, Total – 57,3 g/L

Albumin – 35,2 g/L

Sodyum – 132,9 mmol/L

Potasyum – 5,05 mmol/L

Klor - 104 mmol/L

Kalsiyum – 6,8 mg/dL

Magnezyum – 2,6 mg/dL

CRP – 9,1 mg/L

TİT

Renksiz

pH: 6,0

Dansite:1005

Kan: (-)

Lökosit: (-)

Glukoz: (-)

Protein: +++

Bilirubin: (-)

Keton: (-)

Nitrit: (-)

Laboratuvar

Parathormon: 368 ng/L

Ferritin: 18 ug/L

Folik asit: 7,89 ug/L

Vitamin B12: 216 ng/L

25-Hidroksi Vitamin D: 19,8 ng/mL

Haptoglobulin - 0,01 g/L

C3 (Kompleman 3) - 1,06 g/L

C4 (Kompleman 4) - 0,31 g/L

Lipid profili:

Trigliserid - 169,8 mg/dL

Kolesterol (Total) - 190,3 mg/dL

Kolesterol (HDL) - 37,6 mg/dL

Kolesterol (LDL) - 118,74 mg/dL

Kolesterol (VLDL) - 33,96 mg/dL

Periferik Yayma: Parmak ucu PY sı yapıldı; şistosit görülmedi, trombosit kümesi görülmedi, genel olarak az sayıda trombosit görüldü. (Kümelenme üremiye bağlı bozulmuş olarak yorumlandı)



EKO: .Kardiyoloji tarafından EKO su yapıldı; **sol kalp boşlukları normalden geniş, sol ventrikül duvarı kalınlaşmış**, kalp kontraksiyonları normal sınırlar içinde görüldü. EF: %59, hafif MY izlendi, perikardiyal efüzyon izlenmedi.

RENAL USG:

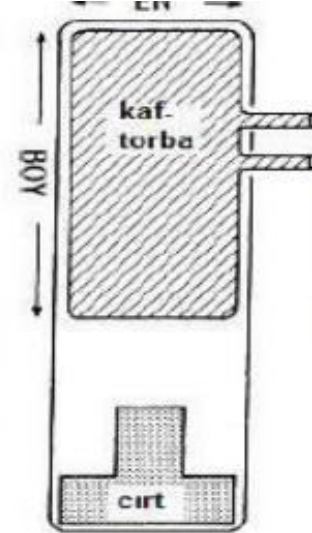
Sağ böbrek 86 mm, sol böbrek 100 ml ölçülmüş, bilateral böbrek parankimi grade 3 renal parankimal hastalık ile uyumlu görülmüş, taş-kitle-hidronefroz yok olarak izlenmiştir. Pelvik bölgede serbest sıvı görülmüş, sağda 3 cm, solda 4,5 cm kalınlıkta plevral sıvı izlenmiştir.

ÖN TANINIZ?

Tansiyon Nasıl Ölçülmeli?

Kan basıncı en uygun şekilde standart cıvalı sfigmomanometre, stetoskop ve yaşa uygun manşon ile ölçülür. Standardizasyon amacıyla oturur pozisyonda (süt çocuklarında yatar pozisyonda), sağ koldan, kol kalp hizasında ve en az beş dakika dinlenme sonrası üç ölçüm yapılarak ortalaması alınır. Doğru ölçüm yapılabilmesi için manşon kesesinin (şişen kısmı) eni orta kol çevresinin %40'ı olmalı ve boyu ise kolun en az %80'ini çevrelemelidir

Tansiyon Nasıl Ölçülmeli?



Kaf boyu kol çevresinin %80-100'ü kadar olmalı

Kaf eni kol çevresinin %45-55'i olmalı

YAŞA UYGUN KAF (MANŞON) BOYUTLARI

	Kol çevresi (cm)	Kaf eni (cm)	Kaf boyu (cm)
Yenidoğan	10	4	8
İnfant	6-15	5	15
Çocuk	16-21	8	21
Adölesan	22-26	10	24
Erişkin	27-34	13	30
Büyük erişkin	35-44	16	38
Alt ekstremit	45-52	20	42

Tablo 1. Yeni kan basıncı sınıflaması ve öneriler (2)

Sınıflama	<13 yaş	≥13 yaş	Öneriler
Normal kan basıncı	<90. persantil	<120/80 mmHg	Eğer normal ise ya da tekrarlanan ölçümler ile normal saptandıysa, bir yıl sonraki sağlıklı çocuk değerlendirmesinde ölçülmesi önerilir
Yüksek kan basıncı	≥90. persantil ile <95. persantil arası ya da 120/80 mmHg ile <95. persantil arası (hangisi daha düşük ise)	120/80 ile 129/80 mmHg arası	1. basamak: Yaşam biçimi değişiklikleri (sağlıklı diyet, uyku ve fizik aktivite) önerilmelidir. Altı ay sonra tekrar kontrole çağırılmalıdır. Eğer gerekli ise beslenme ya/ya da kilo ile ilgili birime yönlendirilebilir. 2. basamak: 6 ay ara ile yapılan kontroller sonunda başvurunun birinci yılında eğer halen yüksek KB var ise ABPM, tanısal tetkikler yapılmalı ve çocuk nefrolojiye yönlendirilmelidir.
Evre 1 hipertansiyon	≥95. persantil ile <95. persantil+12 mmHg arası veya 130/80 ile 139/89 mmHg (hangisi daha düşük ise)	130/80 ile 139/89 mmHg arası	1. basamak: Eğer kan basıncı evre 1 hipertansiyon düzeyinde saptanır ve asemptomatik ise bir iki hafta ara ile tekrar kontrollere çağırılır. 2. basamak: Sağ kol, sol kol ve tek bacadan (sağ ya da sol) tansiyon ölçülür. Beslenme ve kilo kontrolü önerilerinde bulunulur. 3. basamak: Üç kontrol sonrasında halen yüksek ise ABPM takılıp tetkikleri yapılmalıdır. Çocuk nefroloji ya da çocuk kardiyolojiye yönlendirilmelidir.
Evre 2 hipertansiyon	≥95. p+12 mmHg ya da ≥140/90 mmHg	≥140/90 mmHg	1. basamak: Eğer kan basıncı evre 2 hipertansiyon olarak saptanır ve asemptomatik ise sağ kol-sol kol-bir bacak ölçümü yapılır. Hayat Standardı önerilerinde bulunulur. 2. basamak: Eğer bir hafta içinde halen yüksek saptanır ise ilgili merkeze yönlendirilir. ABPM takılması önerilir. *Ancak ilk başvuruda hasta semptomatik ise veya 95. persentil+30 mmHg veya 180/120 mmHg üzerinde ise acil servise yönlendirilmesi önerilir.

Hipertansif kriz olarak da adlandırılan ciddi semptomatik hipertansiyon çocukluk yaş grubunda sık değildir. Ancak hızlı tanı ve tedavi gerektirmesi ve potansiyel olarak yaşamı tehdit edici olması nedeniyle medikal bir acildir.

Hipertansif kriz çocuklarda nispeten nadir görülen bir durumdur. Ancak tedavi edilmezse hayati tehlike oluşturabilir ve hayati organlarda geri dönüşü olmayan hasarlara yol açabilir.

Hipertansif krizli hastaların klinik prezentasyonu, benzer şekilde yüksek tansiyona rağmen çok hafif ile şiddetli semptomlar arasında değişebilir. Spesifik KB den ziyade **uç organ hasarının** değerlendirilmesine vurgu yaparak yüksek KB ile başvuran hastaların

TANIM

Çocuklarda HT nedenleri yaşa göre farklılık gösterir. Esansiyel veya primer hipertansiyon sıklığı adölesan dönemde artmakla birlikte çocukluk çağı hipertansiyonlarının büyük kısmı sekonderdir. Tüm yaş gruplarında ciddi hipertansiyonun en sık nedenleri renal parankimal ve renovasküler hastalıklardır. KBY hastalarında ciddi sıvı yüklenmesi ve antihipertansif tedaviye uyumsuzluk önemli nedenlerdir.

Tablo 1. Çocukluk çağında hipertansiyon ile ilgili genel tanımlamalar
Normal kan basıncı: Ortalama sistolik ve/veya diyastolik kan basıncının < 90. persantil olması,
Yüksek normal kan basıncı (pre-hipertansiyon): Ortalama sistolik ve/veya diyastolik kan basıncının 90-95. persantil arasında olması. Yaştan bağımsız olarak bir adolesanda kan basıncının >120/80 mmHg olması da prehipertansiyon olarak kabul edilir.
Hipertansiyon (HT): En az üç kez ölçülen sistolik ve/veya diyastolik kan basıncının 95. persantilin üstünde olması,
Evre I HT: Sistolik ve/veya diyastolik kan basıncının >95-99. persantil + 5 mmHg olması,
Evre II HT: Sistolik ve/veya diyastolik kan basıncının >99. persantil + 5 mmHg olması,
Ciddi HT (hipertansif kriz): Tanımlanmış bir sistolik veya diyastolik kan basıncı sınırı olmamakla birlikte evre II hipertansiyona tek başına veya uç organ hasarının klinik ve laboratuvar bulguları ile birlikte ciddi semptomların eşlik etmesidir. Hipertansif kriz klasik olarak ikiye ayrılır.
Hipertansif öncelikli durum (aciliyet): Acil hipertansiyona ilerleme riski taşıyan ancak hedef organ hasarının eşlik etmediği sistolik veya diyastolik kan basıncındaki akut ciddi yükseklik olarak tanımlanır. Oral antihipertansif tedavi ve yakın izlem genellikle yeterlidir. Özel bir durum olarak perioperatif hipertansiyon da genellikle bu kategoride değerlendirilir.
Hipertansif acil: Sistolik ve/veya diyastolik kan basıncında hedef organ hasarının eşlik ettiği akut ciddi yükselmedir. Bu anlamda acil HT klinik bir tanıdır ve hipertansif öncelikli durum ile ayırımında spesifik bir kan basıncı değeri yoktur. Hipertansif acil çoğunlukla iv antihipertansif ilaçlarla tedavi edilir ve yoğun bakım izlemi gerektirir.

Hedef Organ Hasarı

Sol ventrikül hipertrofisi (en sık)

Hipertansif Ensefalopati

Hipertansif Retinopati

Mikroalbuminüri - proteinüri

Çocukluk ve ergenlikte hipertansif krizin nedenleri

böbrek

kistik displazi

Otozomal çekinik polikistik böbrek hastalığı

Otozomal dominant polikistik böbrek hastalığı

reflü nefropatisi

böbrek yara izi

glomerülonefrit

Renal ven trombozu

Renal arter darlığı

Hemolitik üremik sendrom

kardiyovasküler

Aort koarktasyonu

midaortik sendrom

arterit

Endokrin

Cushing sendromu

hipertiroidizm

Nadir görülen konjenital adrenal hiperplazi formları

Kötücül hastalık

Nöroblastom

Feokromositoma

Wilms tümörü

İlaçlar/toksinler

amfetaminler

Anabolik steroidler

Kafein (yeni doğanlar)

kalsinörin inhibitörleri

Kokain

kortikosteroidler

eritropoietin

Fenilefrin göz damlası (yeni doğanlar)

Fenilpropanolaminler

psödoefedrin

Teofilin (yeni doğanlar)

nörolojik

Merkezi sinir sistemi tümörleri

Artmış kafa içi basıncı

Nöbet

kafa içi kanama

otonom disfonksiyon

Başka

Birincil hipertansiyon

Gebelik

Gordon sendromu

Liddle sendromu

Görünür mineralokortikoid fazlalığı

Glukokortikoidle tedavi edilebilen aldosteronizm

Hipertansif olduğu bilinen hastada ilaç uyumsuzluğu

Tablo 3

Hipertansif krizli çocuklarda özelliklerin sunulması

Bebekler ve küçük çocuklar (≤6 yaş)
sinirlilik
Beslenme bozukluğu
Kusma
Başarısızlık
Nöbet faaliyeti
Bozulmuş zihinsel durum
Konjestif kalp yetmezliği
Daha büyük çocuklar (>6 yaş) ve ergenler
Baş ağrısı
Baş dönmesi
Akut görme bozukluğu
Yüz sinir felci
Göğüste sıkışma
Taşikardi/çarpıntı
Bulantı kusma
asemptomatik

Tablo 5

Hipertansif krizli bir çocuğun değerlendirilmesi (Etiyolojiye yönelik)

Laboratuvar testi
Tam kan sayımı
Elektrolitler, BUN, kreatinin
Serum ürik asit
Lipid paneli
Tiroid fonksiyon testleri
Plazma renin örneklemeşi
kortizol
Fraksiyone plazma metanefrinleri
Hamilelik testi
idrar tahlili/kültür
idrar katekolaminleri
İdrar toksikolojisi ekranı
Görüntüleme çalışmaları
Doppler ile böbrek ultrasonografisi
ekokardiyogram
Göğüs röntgeni
DMSA böbrek taraması
CTA/MRA/DSA
MIBG

Kısaltmalar: BUN, kan üre nitrojen; BTA, bilgisayarlı tomografi anjiyogramı; DMSA, dimerkaptosüksinik asit; DSA, dijital çıkarma anjiyografisi; MIBG, metaiyodobenzilguanidin; MRA, manyetik rezonans anjiyogramı.

Renovasküler hastalık için görüntüleme Doppler

böbrek ultrasonu, renal arter stenozu (RAS) düşünülen sekiz yaş ve üzeri normal kilolu çocuklarda tarama amacı ile kullanılabilir. Hasta uyumu, radyoloğun deneyimi, çocuğun yaşı ve vücut kitle indeksi göz önüne alınmalıdır. Renal arter stenozu tanısında altın standart konvansiyonel arteriyografidir.

Manyetik rezonans **(MR)** ya da bilgisayarlı tomografi **(BT) anjiyografi** kabul edilebilir noninvazif görüntüleme yöntemleridir. Bilgisayarlı tomografi anjiyografi MR anjiyografiye göre tanısal avantajı olsa da yüksek radyasyon maruziyeti göz önüne alınmalıdır. Nükleer renografi düşük sensitivite ve spesifite nedeni ile çocuklarda kullanılmamalıdır.

Hedef organ hasarına yönelik tetkikler

Ekokardiyografi: Sol ventrikül hipertrofisi (SVH) varlığının değerlendirilmesi önemlidir. Sol ventrikül hipertrofisi erişkin dönem seyri ile ilişkilidir. Amerikan Pediatri Akademisi, kalp görüntülenmesini sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu, kütlesi ve duvar kalınlığının değerlendirilmesi şeklinde önermektedir. Tedavi başlangıcı öncesinde değerlendirilmelidir. Ciddi akut başlangıçlı hipertansiyonda sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu konjestif kalp yetmezliğine yol açabilecek kadar azalmış olabilir. Hedef organ hasarının değerlendirilmesi için 6–12 ay ara ile kontrol edilmelidir. İlk başvuruda normal saptanır ise yıllık kontrol yeterlidir.

Gözdibi incelemesi: Akut ciddi hipertansiyonda (ansefalopati ya da malin hipertansiyon gibi) değerlendirilmesi önerilmektedir. Ciddi hipertansiyonu olan çocukların yaklaşık %18'inde hipertansif retinopati bulguları (kanama, eksüda, disk ödemi) saptanmıştır.

basıncının stabilizasyonu ve kademeli olarak azaltılmasıdır. Kan basıncında planlanan düşüş hesaplanmalı ve **bu hedefin %25'i ilk sekiz saatte, geri kalanı ise 12–24 saatte olmalıdır.** Kısa dönemde 95. persantil değerleri hedeflenmelidir.

Kronik hipertansiyonlu hastalarda, serebral otonöregülatuar mekanizmalar beyni iskemiden korumak için uyum sağlar. Bu durumda, çocuklar kan basıncındaki hızlı düşüşe uyum sağlayamazlar ve bu nedenle kan basıncının hızlı düşmesi serebral iskemiye ve azalmış serebral perfüzyon nedeniyle geçici veya kalıcı nörolojik disfonksiyona yol açabilir. Benzer etkiler böbrekte de görülebilir. 1975 ve 1985 yılları arasında hipertansif acil ile başvuran çocukların

Hipertansif krizde, yönetim şeklide **yoğun bakım ünitesi** ortamında IV antihipertansif ajanlardan birinin sürekli infüzyonu kullanılarak gerçekleştirilir, ancak daha az şiddetli vakalarda oral ajanlar düşünülebilir. Başlangıç ilacının seçimi, genellikle söz konusu ilacın fizyolojik avantajından ziyade sağlayıcının tercihine göre yapılır. Akut intraoperatif KB yükselmesi gibi özel durumlarda esmolol veya sodyum nitroprussid düşünülebilir. **Bir kez başlatıldığında, infüzyon istenen etkiye dikkatlice titre edilmelidir.**

IV ilaçlar

Çocuklarda hipertansif krizler çoğunlukla IV antihipertansif ilaçlar kullanılarak tedavi edilir. Bu ajanlardan bazıları aralıklı bolus dozlama, diğerleri ise sürekli infüzyon yoluyla uygulanabilir. Genel olarak, dozu hızlı bir şekilde titre etme ve KB'yi kontrollü, kademeli bir şekilde düşürme kabiliyeti nedeniyle hipertansif acil durumlarda ikincisini kullanmak tercihimizdir. Bununla birlikte, daha az şiddetli KB yükselmesi durumlarında ve aşırı son organ hasarının olmadığı durumlarda bolus dozlama uygun olabilir.

- Labetalol
- Nikardipin
- Esmolol
- Sodyum nitroprusid
- Fenoldopam
- Enalaprilat

Tablo 6

Çocuklarda hipertansif krizin yönetimi için antihipertansif ilaçlar

İlaç tedavisi	Sınıf	Doz
Oral		
klonidin	Merkezi α -agonisti	0,8 mg toplam doz maksimum doza doz başına 0,05-0,1 mg
isradipin	CCB	Doz başına 0.05-0.1 mg/kg, doz başına 5 mg'a kadar
Minoksidil	vazodilatör	Doz başına 0.1-0.2 mg/kg
Nifedipin	CCB	Doz başına 10 mg'a kadar doz başına 0.1-0.25 mg/kg
intravenöz		
enalaprilat	ACE inhibitörü	Bolus dozlama: Doz başına 0,05-0,1 mg/kg, doz başına 1,25 mg'a kadar
Esmolol	β -bloker	Sürekli infüzyon: yükleme dozu 100–500 μ g/kg, ardından 50–300 μ g/kg/dk (sürekli infüzyon)
Fenoldopam	Dopamin (D_1 -reseptör) agonisti	Sürekli infüzyon: 0,2-0,8 μ g/kg/dk

Esmolol; Sınıf II antiaritmik, antihipertansif, Beta-1 selettif beta-bloker ajandır.

Şimdiye kadar açıklanan diğer ilaçların aksine, esmololün farmakodinamiği ve farmakokinetiği çocuklarda iyi tanımlanmıştır. Vaka raporları ve küçük serilerde, esmololün hipertansif çocuklarda, özellikle kalp cerrahisini takiben postoperatif dönemde yüksek tansiyonu olanlarda güvenli ve etkili olduğu bulunmuştur.

Endikasyonları;

Intraoperatif ve postoperatif taşikardi ve/veya hipertansiyon

Supraventriküler taşikardi veya kompanse olmamış sinüs taşikardisinin tedavisinde

Hipertansif acil durumlar

Elektrokonvülsif tedavi

Tirotoksikoz veya tiroid fırtınası

Ventriküler taşikardi şeklindedir.

ESMOLOL İNFÜZYONU

- **Yükleme dozu: 500 mikrogram/kg**
- **Etkili idame dozu**, devamlı ve basamaklı dozlama için 25 mikrogram/kg/dk kadar düşük dozların yeterli olmasına karşın **50-200 mikrogram/kg/dk'dır**. 200 mikrogram/kg/dk'dan yüksek dozlar, etkisini azaltarak kalp atış hızında küçük bir artışa sebep olmakta ve advers reaksiyonların oranını arttırmaktadır. İdame infüzyon **48 saate** kadar devam ettirilebilir.

Klinik

- Hasta oda havasında yoğun bakıma kabul edildi. GKS: 15 oryante koopere. TA:217/149 KTA:134 DSS:24 SPO2:%98 olarak görüldü. Hasta **kardiyak monitorize** edildi. **EKG** çekildi. Sinüs ritminde görüldü.
- Hasta Ç. Nefroloji tarafından yatak başı değerlendirildi. Hemodiyaliz hazırlıkları yapılmaya başlandı. Oral stoplandı. İdrar çıkışı izlendi.
- Hipertansif olan hastaya **Esmolol infüzyonu** başlanması planlandı. **500mcg/kg** olacak şekilde **yüklemesi** yapıldı. **50 mcg/kg/dk** olacak şekilde infüzyona devam edildi. **İlk yarım saat 3 dk aralıklarla tansiyon takibi yapıldı. Esmolol infüzyonu kademeli olarak arttırıldı.**

Takip
Ameliyathane koşullarında anestezi bölümü eşliğinde Çocuk cerrahisi tarafından hemodiyaliz için diyaliz kateteri açıldı. Diyaliz başlangıcında Esmolol infüzyonu stoplandı. Diyaliz boyunca yakın TA takibi yapıldı.

Esmolol tedavi başlangıcından 18 saat sonraki TA kontrolü: 162/104 mm Hg görülen hastamızın esmolol infüzyonu durduruldu.

Ç.nefroloji ile idame antihipertansifi 2*10 mg norvasc, 2*5 mg enapril verilecek şekilde planlandı; oral beslenmesi KBY diyetine uygun başlandı. Ç.Sağlığı ve hastalıkları servisinde takibine devam edilmesi uygun görüldü.

Hipertansif kriz, pediatrik popölasyona önemli zararlar verebilir. Sadece %4'e varan bir morbidite oranı ile yaygın olarak ilişkili olmakla kalmaz, aynı zamanda hipertansif acil şekilde uç organ hasarı ile de ilişkilidir. Bu nedenle, altta yatan nedenin teşhis edilmesi ve beraberinde hipertansif krizin tedavisi son derece önemlidir.

Hipertansif krizin prevalansı ve insidansı hakkında bilgi eksikliği olmasına rağmen, nörolojik, görsel, kardiyak ve renal yapılara yönelik potansiyel tehlikeler iyi bilinmektedir.

Hipertansif krizin etiyolojisi, teşhisi ve yönetimi hakkındaki mevcut bilgileri anlayarak ve daha da geliştirerek, klinisyenler pediatrik popölasyonda hipertansif krizin teşhisini ve yönetimini daha da

Teşekkürler.