



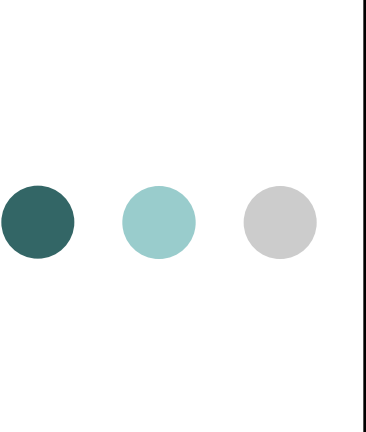
Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
Anabilim Dalı

Yenidoğan Bilim Dalı

13 Haziran 2017 Salı

Dr. Tuğrul Dönmez





Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
Anabilim Dalı

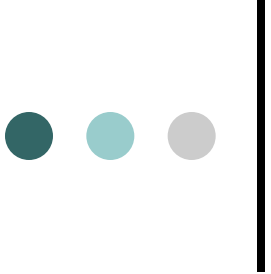
Yenidoğan Yoğun Bakım Servisi
Olgu Sunumu

13 Haziran 2017

Dr. Tuğrul DÖNMEZ



Yenidoğan Olgu Sunumu

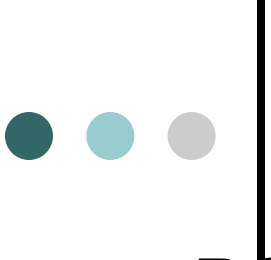


23 günlük kız bebek,

- ❖ 38 haftalık 3600 gr, C/S , G3P3Y3
- ❖ Karın şişkinliği nedeniyle dış merkezden tarafımıza yönlendirildi.
- ❖ Postnatal (PN) 7. günde göbek etrafında kızarıklık olması nedeniyle Aile Sağlık Merkezine başvurulmuş. ASM de antibiyotik krem verilmiş. Krem göbek çevresine uygulandıktan sonra var olan kızarıklık azalmış.
- ❖ PN 21. gün başka bir sağlık merkezindeki acil servise karın şişkinliği nedeniyle başvuran hasta yatırılarak takip edilmiş. Hastanın dışkı ve gaz çıkışı mevcutmuş. Kusması yokmuş. Ampisilin ve gentamisin tedavisi verilmiş.
- ❖ PN 23. günde karın şişkinliğinin artması üzerine hastanemize sevk edildi.

ÖZGEÇMİŞ / SOYGEÇMİŞ

- **Doğum Öncesi:** Özellik yok
 - **Doğum:** C/S, 38 GH, 3600 gr,
 - **Doğum sonrası:** Göbek postnatal 8-9. günde düşmüş. Anne sütü alıyor. D vit alıyor. PN 7. günde göbek kızarıklığı için antibiyotik krem kullanılmış.
 - **Soygeçmiş:**
 - ❖ Anne-baba sağlıklı, akrabalık yok
 - ❖ Kardeşler: 1.kız sağlıklı
2.erkek sağlıklı
3. hastamız
2. kardeşi (şu an 5 yaşında erkek , sağlıklı) PN 5. günde **boyun şişkinliği ve göz kızarıklığı** nedeniyle hastanemizde YDYBÜ de yatışı olmuş.



Fizik Muayene

BÇ: 36cm (50-90p)

Boy: 54cm (90p)

Kilo: 4340 gr (90 p) (740 gr/ 3 hafta)

SS : 62/dk, solunum sesleri doğal.

KTA : 150/dk, ek ses yok, üfürüm yok.

TA : Sağ Kol: 77/40mmHg

Sol Kol: 80/45 mmHg

Sağ Bacak: 79/45mmHg

Sol Bacak: 68/38 mmHg

Karın: Distandü görünüm mevcut. Yüzeyel venler rahatlıkla seçilebiliyor. Organomegali saptanmadı. Batın çevresi 42cm. Göbekte kızarıklık +, Akıntı-



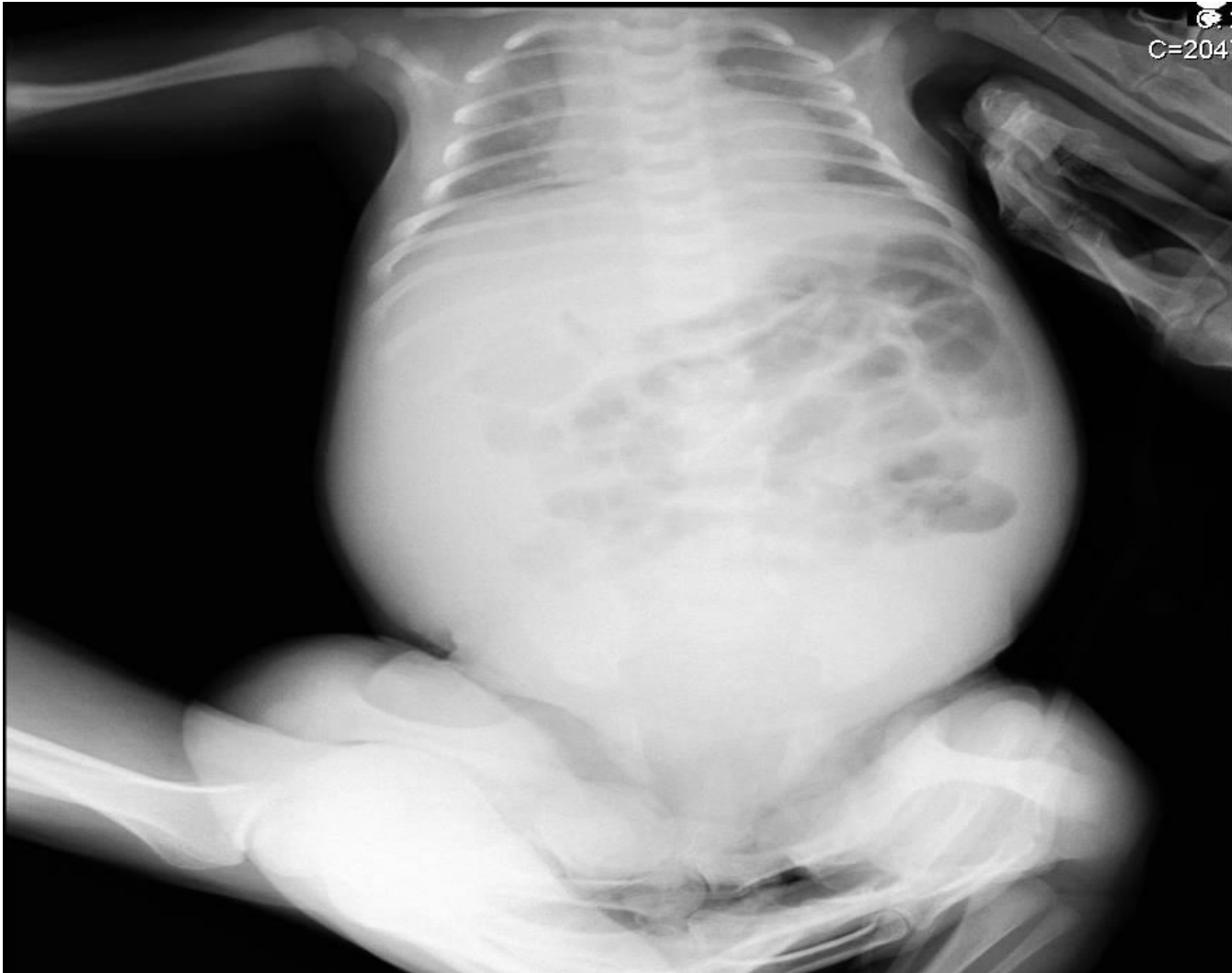
Laboratuvar bulguları

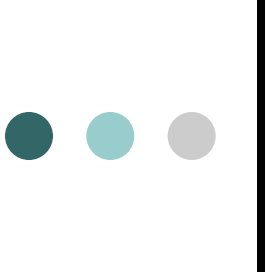
Test	Sonuç	Birim	Referans Değerler
Hemogram			
WBC	7,52	$\times 10^3/\mu\text{L}$	3,6 - 10,2
NEU	* 0,69	$\times 10^3/\mu\text{L}$	1,7 - 7,6
NEU %	* 9,16	%	43,5 - 73,5
LYM	* 3,28	$\times 10^3/\mu\text{L}$	1 - 3,2
LYM %	* 43,67	%	15,2 - 43,3
MONO	* 3,49	$\times 10^3/\mu\text{L}$	0,3 - 1,1
MONO %	* 46,46	%	5,5 - 13,7
EOS	0	$\times 10^3/\mu\text{L}$	0 - 0,5
EOS %	* 0	%	0,8 - 8,1
BASO	0,05	$\times 10^3/\mu\text{L}$	0 - 0,1
BASO %	0,71	%	0,2 - 1,5
NRBC	* 0,58	$\times 10^3/\mu\text{L}$	0 - 0,03
NRW	* 7,77	/100WBC	0 - 0,6
RBC	* 3,234	$\times 10^6/\mu\text{L}$	4,06 - 5,63
HGB	* 10,96	g/dL	12,5 - 16,3
HCT	* 31,54	%	36,7 - 47,1
MCV	* 97,52	fL	73 - 96,2
MCH	* 33,89	pg	23,8 - 33,4
MCHC	34,75	g/dL	32,5 - 36,3
PLT	* 59,3	$\times 10^3/\mu\text{L}$	152 - 348
çift çalışıldı			
MPV	* 11,83	fL	7,4 - 11,4
RDW	* 17,49	%	12,1 - 16,2

Laboratuvar bulguları

BUN		6	mg/dL	6 - 20
Kreatinin	*	0,09	mg/dL	0,5 - 0,9
Bilirubin, Total		1,2	mg/dL	< 1,2
Bilirubin, Direkt	*	0,47	mg/dL	< 0,3
AST (SGOT)	*	33	ug/dL	< 32
ALT (SGPT)		8	U/L	< 33
LDH	*	336	U/L	135 - 214
ALP (Alkalen Fosfataz)	*	179	U/L	35 - 104
Amilaz	*	2	U/L	28 - 100
Lipaz	*	8	U/L	13 - 60
Protein, Total	*	5	g/dL	6,6 - 8,7
Albumin	*	2,8	g/dL	3,97 - 4,94
Sodyum (Na)	*	132,8	mEq/L	136 - 145
Potasyum (K)	*	5,55	mEq/L	3,5 - 5,1
Klor (Cl)		99,8	mEq/L	98 - 107
Kalsiyum		9,2	mg/dL	8,6 - 10,6
Magnezyum (Mg)		2,1	mg/dL	1,6 - 2,6
Fosfor (P)	*	5,2	mg/dL	2,5 - 4,5
Ürik asit	*	1,4	mg/dL	2,4 - 5,7
CRP	*	4.73	mg/dL	< 0,5

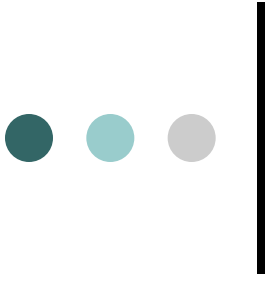
Ayakta direk batın grafisi



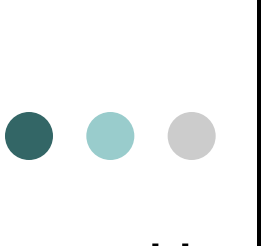


PATOLOJİK BULGULAR

- PN 7. günde göbekte kızarıklık,
- PN 21. günde karında şişlik ve göbekte kızarıklık
- Nötropeni
- Trombositopeni
- Kardeşinde yenidoğan döneminde boyunda şişlik ve enfeksiyon tanısıyla yoğun bakım yatışı



Ön tanılar?



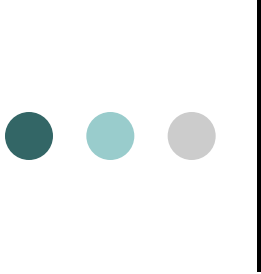
YDYBÜ' de

- ❖ Hastanın beslenmesi kesildi. Toplam sıvısı 120 cc/kg/gün olacak şekilde intravenöz sıvı başlandı.
- ❖ Dış merkezde yatışı olduğu için ve göbek çevresi kızarıklığı olduğundan dolayı dış merkezde başlanan Ampisilin + Gentamisin kesildi. Vankomisin ve Meropenem tedavisi başlandı.
- ❖ Doğuştan enfeksiyonlar açısından virüs seroloji incelemeleri gönderildi.
- ❖ Metabolik hastalık açısından Tandem MS, idrarda organik asit profil taraması ve idrarda redüktan madde gönderildi.
- ❖ Batın US: **Batın içi yaygın serbest sıvı.** Organomegali yok. Portal ven ve splenik ven akımı normal. Portal ven basıncı normal sınırlarda.

Laboratuvar bulguları

Test	Sonuç	Birim	Referans Değerler
Anti HBs	* 19,69 Pozitif		< 10 NEGATİF (-) > 10 POZİTİF (+)
Anti HCV	* 0,06 Negatif		> 1,0 POZİTİF (+) < 1,0 NEGATİF (-)
Rubella IgG	* 27,1 Reactive		< 4,9 NEGATİF (-) > 10 POZİTİF (+)
Rubella IgM	* 0,12 Nonreactive		> 1,60 POZİTİF (+) < 1,20 NEGATİF (-)
CMV IgG	* 189,6 Reactive		> 15 POZİTİF (+) < 15 NEGATİF (-)
CMV IgM	* 0,2 Nonreactive		< 0,399 NEGATİF (-) > 0,500 POZİTİF (+)
Toxoplazma IgG	* 95,9 Reactive		1,6 - 3,0 < 3,0 POZİTİF (+) < 1,6 NEGATİF (-)
Toxoplazma IgM	* 0,18 Nonreactive		0,499 - 0,600 > 0,600 POZİTİF (+) < 0,499 NEGATİF (-)

Test	Sonuç
HSV 1/2 PCR	
HSV Tip 1 PCR	NEGATİF (-)
HSV Tip 2 PCR	NEGATİF (-)
Parvovirus B19 PCR	NEGATİF (-)



Laboratuvar bulguları

Test

Sonuç

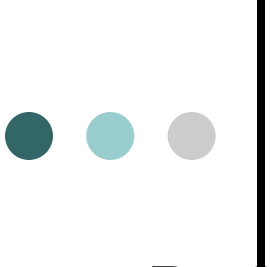
Kan Kültürü (Tüp Kodu:90007266 - Örnek T:29/05/2017 14:32)

Kültür Sonucu

BAKTERİ ÜREMEDİ



Test	Sonuç
Redüktan Madde (İdrarda)	NEGATİF



İzlem

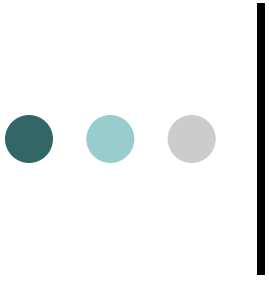
- ❖ Pn 24. günde antibiyotik desteğine ek olarak GM-CSF başlandı. 5 cc/kg 'dan human albumin replasmanında bulunuldu.(Albumin değeri 2,2 g/dl). Karın çevresi 41 cm ölçüldü.
- ❖ PN 25.günde karın çevresi 44,5 cm ölçüldü.antibiyotik tedavisine metranidazol eklendi.
- Karın BT; Karında *yaygın serbest sıvı mevcuttur. Karaciğerde heterojen ve hipodens görünüm. Dalakta yaygın hipodens görünüm (nonspesifik). **Perfüzyon bozukluğuna, ödem, enfeksiyona bağlı olabilir.** Periportal alanda ödem, karaciğer ödemi ile uyumlu olarak değerlendirildi.*

C: 50,0, W: 33,0
C=50,0, W=33,0
Z

0000207
06/05/2017
F
Contrast: CE
Gantry: 0°
FoV: 264,062 mm
Time: 500 ms
Kesit: 5 mm
Couch: -50
Pos: HFS



1/3



- Hasta çocuk gastroenteroloji bilim dalına danışıldı. Furosemid ve Spironalakton tedavisi başlandı (Portal HT?). Tanısal amaçlı parasentez planlandı.
- ❖ PN 26. günde parasentez gerçekleştirildi.

PERİTON SIVISI



Parasentez bulguları

Test	ASİT		Birim	SERUM	
	Sonuç			Referans Değerler	
Açlık Kan Şekeri (AKŞ)	89		mg/dL	74 - 106	71 (01/06/17)
Globulin	* 1		g/dL	1,1 - 3,5	1,9 (01/06/17)
LDH	* 134		U/L	135 - 214	383 (01/06/17)
Protein, Total	* 2,3		g/dL	6,6 - 8,7	4,7 (01/06/17)
Albumin	* 1,3		g/dL	3,97 - 4,94	2,8 (01/06/17)

Parasentez bulguları

Test

Hücre Sayımı

Sonuç

silme lökosit ve eritrosit görüldü.

Test

Gram Boyama (Tüp Kodu:90015210 - Örnek T:01/06/2017 09:57)

Sonuç

Birim

Referans Değerler

Direkt Mikroskopi

EPİTEL,LÖKOSİT GÖRÜLDÜ.BAKTERİ GÖRÜLMEDİ.

Test

M.tbc. complex

Sonuç

NEGATİF(-)

Birim

Referans Değerler

M.tuberculosis complex analizinde; M.tuberculosis, M.africanum, M.bovis, M.bovis BCG, M.microti, M.pinnipedii türleri tanımlanmaktadır.
LÜTFEN 3(ÜÇ) GÜN ARKA ARKAYA İDRAR BALGAM VB NUMUNELERİ AYNI HASTALARDAN
GÖNDERMEYİNİZ. İRTİBAT TEL :85 71-82 66

Test

Atipik Mycobacterium Paneli

Sonuç

M.abscessus

NEGATİF(-)

M.avium complex

NEGATİF(-)

M.gordonae

NEGATİF(-)

M.haemophilum

NEGATİF(-)

M.kansasii

NEGATİF(-)

M.marinum/ulcerans

NEGATİF(-)

M.peregrinum

NEGATİF(-)

M.simiae

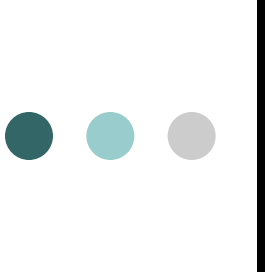
NEGATİF(-)

M.smegmatis

NEGATİF(-)

M.szulgai

NEGATİF(-)

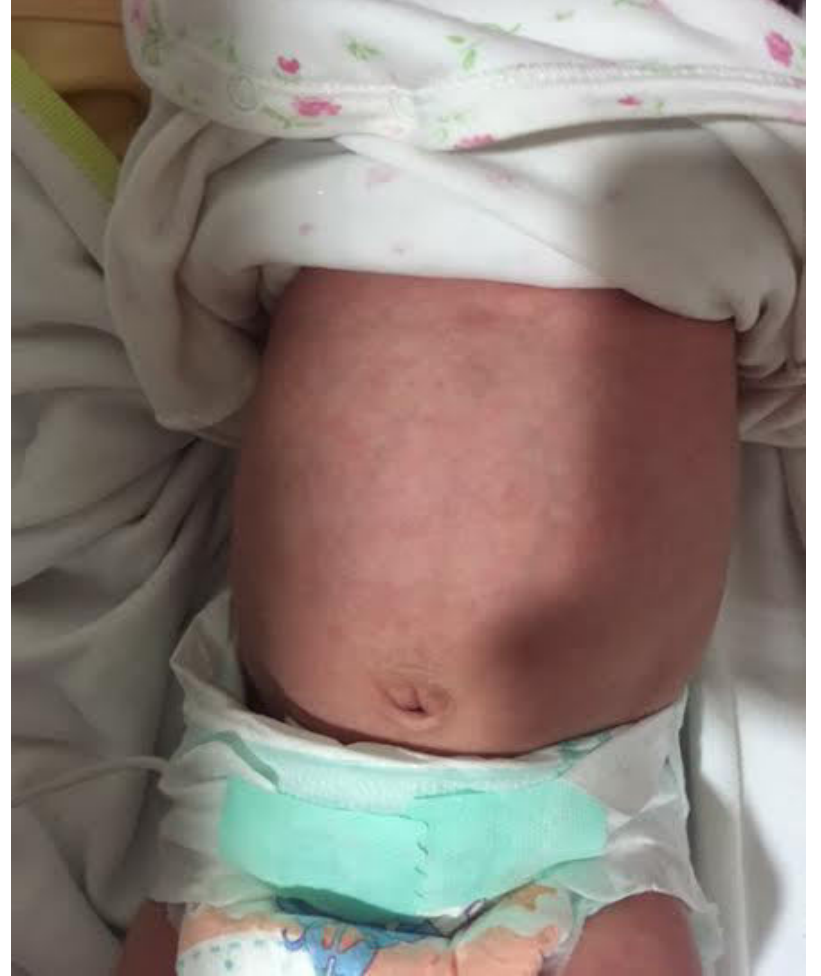


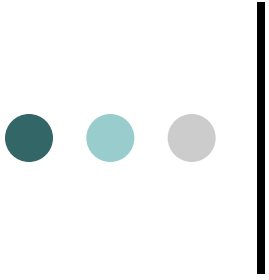
İzlem

- Hasta yenidoğan peritoniti kabul edildi. Vankomisin, meropenem ve metranidazol tedavisine devam edildi.
- Tedavinin 10. günü karın şişliğinin belirgin azalması nedeniyle hasta anne yanına alındı.
- Spironolakton ve furasemid tedavisi kesildi.

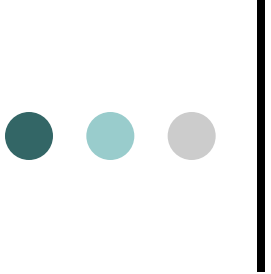
12/6/2017

- PN 37.gün
- Tedavinin 15. günü
- Karın çevresi:36,5 cm.
- Karın US: Normal
- Trombositleri normal
- Mutlak nötrofil sayısı: 226
- Spironolakton ve furasemid tedavisi kesildi.
- Antibiyotikleri 21 güne tamamlanacak





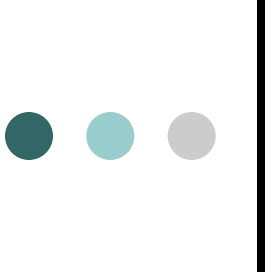
- Hastanın 2. kardeşı, yenidoğan döneminde saptanan enfeksiyon öyküsü ve nötropenisi olması nedeniyle immün yetmezlik değerlendirmesi için kontrole çağrıldı. Nötropeni saptanmadı.



İmmünoloji izlem

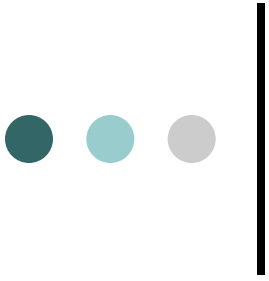
Hastanın:

- IgA: 108 (11-14), IgG:583(386-1485), IgM:128 (22-87), IgE: 8.4
- Lenfosit subgrupları istendi sonuç bekleniyor.
- Hasta enfeksiyon tedavisi sonrası Kostman ve diğer immün yetmezlikler açısından takip edilecek.

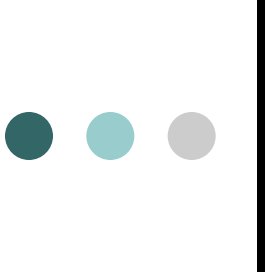


PERİTONİT

- Peritonit; peritonun tümü veya bir kısmının inflamasyonudur.
- Karın içi enfeksiyon sonucunda gelişir. Enfeksiyon sınırlandırılabilirse peritonit lokal olarak sınırlanır. Eğer savunma yetersiz kalırsa yaygın peritonit, SIRS ve septik şok gelişir.

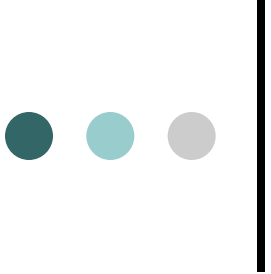


- Peritonitler; birincil, ikincil, üçüncül peritonitler ve karın içi apseler olarak incelenir.



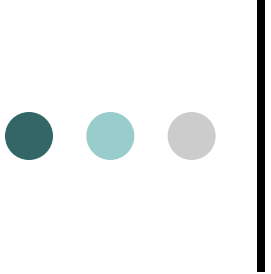
Birincil peritonitler

- Periton dışı bir kaynaktan enfeksiyonun kan yoluyla yayılımı sonucu oluşur. Siroz, SLE, TBC, asitli hastalar, **omfalit**, nefrotik sendrom, periton diyalizi yapılan hastalarda görülür.
- Parasentezde alınan sıvıda lökosit sayısı 100/ml den fazla olması ve gram boyama da tek bakteri görülmesi, periton sıvısı kirli gelmesiyle tanı konur.



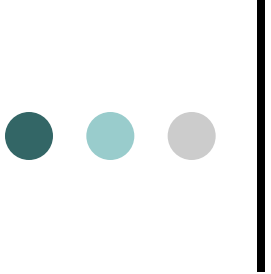
İkincil Peritonitler

- Spontan Perforasyon (NEK)
- Postoperatif nedenler
- Posttravmatik nedenler



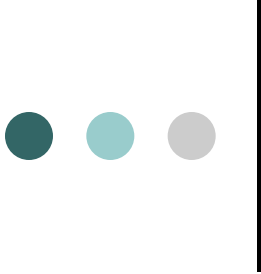
Üçüncül Peritonitler

- Sekonder peritonitlerin antibiyotik ve cerrahiyle başarıyla tedavi edilmesinden sonra gelişen peritonitlerdir. Konakçıda savunma yetmezliği söz konusudur. Enfeksiyöz bir odak bulunamaz. Ancak sepsisin tüm klinik belirtileri vardır.
- Genelde koagulaz negatif stafilokoklar ve düşük patojeniteli bakteriler veya mantarlar izole edilir.
- Klinikte hiperdinamik kardiyovasküler sistem bulguları, düşük ateş, hipermetabolizma bulguları ile karakterizedir. Destek tedavisi ön plandadır.



Karın içi apseler

- Apseler birincil ve ikincil peritonitlerden sonra gelişebilirler. Lokalize oldukları için prognozları yaygın peritonitlerden daha iyidir.
- Patolojinin başlangıcında savunma mekanizmaları enfeksiyöz etkene karşı başarılı olurlarsa apse gelişir. Apseler rüptüre olursa yaygın peritonit gelişir.
- Tedavide antibiyotik, perkütan veya cerrahi drenaj uygulanır.



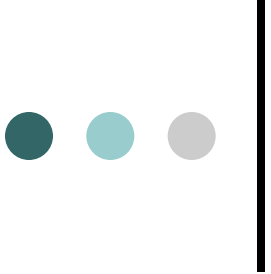
Etkenler

- Gram pozitif %60-70
S.aureus ve S.epidermidis
- Gram negatif %15-25
- Anaerob ve/veya polimikrobiyal %6
- Mantarlar %2
- Etken izole edilemeyen %15

OMFALİT

- Göbek kordonunun düşmesini izleyen birkaç gün içinde ortaya çıkan;
 - Seröz, irinli ya da kanlı akıntı
 - Göbekte şişlik
 - Kaşıntı ve kızarıklık
 - Kötü koku





OMFALİT

- Enfeksiyon göbek kordonunda sınırlı kalabileceği gibi, çevre deriye sıçrayarak eriteme neden olabilir. Deride ısı artışı ve hiperemi ile giden bu tabloda en sık etken E.coli ve stafilokoklardır. Antistafilokokal etkinliği de olan **parenteral antibiyotikler** ve **göbek bakımı** ile tedavi edilmelidir.
- Omfalit ilk hafta boyunca açık kalabilen damarlar yoluyla, hızla sistemik enfeksiyona ve sepsise yol açabileceği için erken girişim gerekmektedir. Klostridiumun etken olduğu, subkutan yağ doku ve fasyalarda nekroz ile seyreden fulminan omfalitlerde mortalite yüksektir ve parenteral antibiyotik dışında cerrahi olarak nekrotik dokular uzaklaştırılmalıdır.

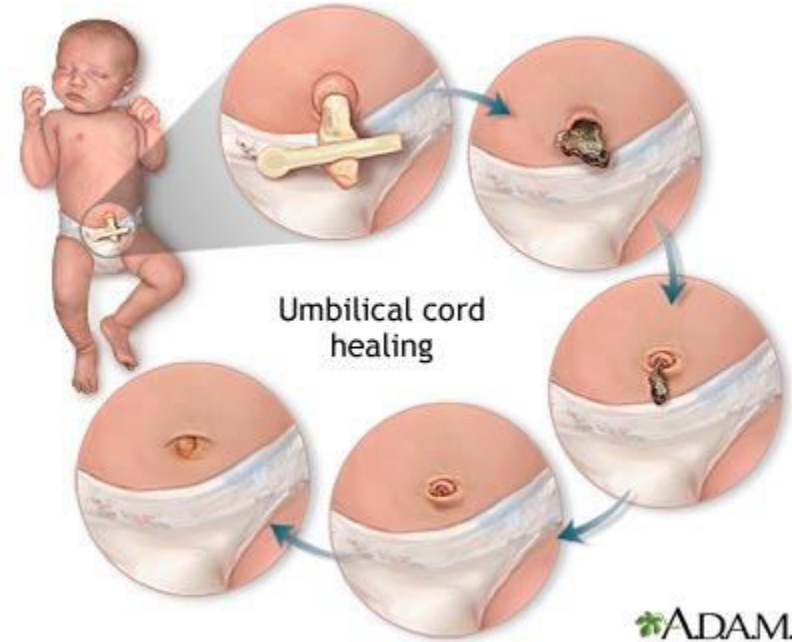
Göbek bakımı

- Göbek kordonu düşünceye kadar enfeksiyon ve kanama riski açısından dikkatli olunmalıdır
- Göbek temiz ve kuru tutulmalı
- Alt değiştirmeden önce eller yıkanmalı
- Alt bezi göbeğin altında kalacak ve göbeğe temas etmeyecek şekilde bağlanmalı



Göbek bakımı

- Göbeği temiz ve kuru tutmak yeterlidir.



Article types

[Clinical Trial](#)
[Review](#)
[Customize ...](#)

Text availability

[Abstract](#)
[Free full text](#)
[Full text](#)

PubMed Commons

[Reader comments](#)
[Trending articles](#)

Publication dates

[5 years](#)
[10 years](#)
[Custom range...](#)

Species

[Humans](#)
[Other Animals](#)

[Clear all](#)

[Show additional filters](#)

Format: Summary ▾ **Sort by:** Most Recent ▾

Search results

Items: 3

☐ [Major complications of omphalitis in neonates and infants.](#)

1. Ameh EA, Nmadu PT.
Pediatr Surg Int. 2002 Sep;18(5-6):413-6. Epub 2002 Jun 19.
PMID: 12415368
[Similar articles](#)

☐ [A prolonged nursery epidemic associated with a newly recognized type of group A streptococcus.](#)

2. Nelson JD, Dillon HC Jr, Howard JB.
J Pediatr. 1976 Nov;89(5):792-6.
PMID: 789841
[Similar articles](#)

☐ [Omphalitis and peritonitis in the neonatal period.](#)

3. HOLVE LS, SMITH FM.
U S Armed Forces Med J. 1955 Apr;6(4):491-9. No abstract available.
PMID: 14359568
[Similar articles](#)

Send to ▾ **Filters:** [Manage Filters](#)

Find related data

Database:

Search details

omphalitis[All Fields] AND
("infant, newborn"[MeSH Terms]
OR ("infant"[All Fields] AND
"newborn"[All Fields]) OR
"newborn infant"[All Fields] OR

[See more...](#)

Recent Activity

[Turn Off](#) [Clear](#)

PubMed

PubMed

[See more...](#)

ORIGINAL ARTICLE

Emmanuel A. Ameh · Paul T. Nmadu

Major complications of omphalitis in neonates and infants

Accepted: 6 November 2001 / Published online: 19 June 2002
© Springer-Verlag 2002

Table 1. Complications of omphalitis in 19 neonates and infants

Complication	No. of patients (%)
Evisceration	5 (26)
Necrotizing fasciitis	5 (26)
Peritonitis	3 (16)
Superficial abscess	3 (16)
Liver abscess	2 (11)
Peritoneal adhesion	1 (5)
Total	19 (100)

Necrotizing Fasciitis

A Serious Sequela of Omphalitis in the Newborn

KEVIN P. LALLY, M.D.,* JAMES B. ATKINSON, M.D., MORTON M. WOOLLEY, M.D.,
G. HOSSEIN MAHOUR, M.D.

We reviewed all cases of omphalitis seen at Childrens Hospital of Los Angeles from 1961 to 1981. One hundred and forty patients were seen and, of these, eight had necrotizing fasciitis. All patients with necrotizing fasciitis acquired omphalitis at home, making the incidence of necrotizing fasciitis 10% in

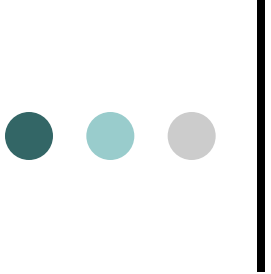
From the Division of Pediatric Surgery, Department of Surgery, Childrens Hospital of Los Angeles and the University of Southern California School of Medicine, Los Angeles, California

Peritonitis Following Duodenal Ulcer Perforation in a Newborn: A Case Report

ABDOLHAMID AMOUEI¹, FATEMEH EHSANI², MOJTABA BABAEI ZARCH³, SEYED MOSTAFA TABATABAEI⁴, ZAHRA GHODRATIPOUR⁵

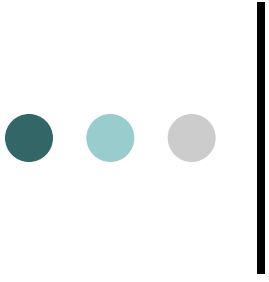
ABSTRACT

Duodenal ulcer is an uncommon condition in children, that is why it is not usually considered as the differential diagnosis unless it presents with complications including perforation and haemorrhage. Moreover, duodenal ulcer perforation is an uncommon entity in paediatric age group. Early diagnosis and treatment is crucial in order to improve survival. A three-day-old male neonate was admitted to our hospital because of abdominal distension. The neonate was lethargic. He underwent laparotomy. There was a perforated ulcer, 5×5mm in size, on the anterior aspect of the first part of the duodenum. The perforated ulcer was closed with a single layer. Six-month follow-up revealed no abnormality.



SONUÇ

- Basit bir enfeksiyon gibi görünen omfalitin; peritonit, sepsis gibi ağır durumlara ilerleyebileceği bilinmeli ve damar yoluyla antibiyotik verilerek tedavi edilmelidir.



TEŞEKKÜRLER...