



Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
Anabilim Dalı

Çocuk Servisi
Olgu Sunumu

3 Haziran 2016 Cuma

Ar. Gör. Dr. Emel Nadya Toplar

KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI SERVİSİ

SABAHA TOPLANTISI VAKA SUNUMU
DR. EMEL NADYA TOPLAR

3.6.2016

- 9 yaşında

— erkek hasta

Şikayeti:

- annesi gece uyku sırasında hastanın hırıltısı olduğunu söylüyor

ÖZGEÇMİŞİ

- 40. gebelik haftasında
- sezaryen ile
- 47 cm boyunda 2.800 g ağırlığında doğmuş
- gebelik boyunca düzenli kontrol yapılmış
- izlemlerde bir sorun saptanmamış
- doğduktan sonra solunum sıkıntısı, sarılık gibi şikayetler gelişmemiş

HİKAYESİ

- Hasta yaklaşık üç aylıkken annesi çocuğun kaslarının çok gevşek olduğunu
- başını hiç kaldıramadığını fark etmiş
- dış merkeze başvurmuşlar: Takiplerde sıkıntı yaşandığı için daha sonra tarafımıza başvurmuşlar
- Eylül 2012’de yapılan kas biyopsisiyle sentronükleer myopati (geri planda miyotonik distrofi) tanısı konulmuş
- Hasta düzenli olarak nöroloji polikliniği tarafından takip edilmiş

Soygeçmişı

Anne 34 yaşında sağ sağılıklı

Baba 34 yaşında sağ sağılıklı

Anne baba amca çocukları

1. Çocuk hastamız

2. 2. çocuk 4,5 yaşında kız sağ sağılıklı

Ailede hastalık:

babaanne astım, başka özellik yok

- Hastanın en son poliklinik kontrolünde annesi çocuğun son birkaç aydır gece uykudayken ara ara hırıltısı olduğunu söylüyor.

Fizik Muayene

- Ateş 36 C
- Nabız: 118/dk
- Solunum sayısı: 28/dk
- Kan basıncı: 100/60 mmHg

- Boy: 138 cm (75. p)
- Ağırlık: 54 kg (99. p)
- Bel çevresi: 90 cm
- Beden kitle indeksi: 28,3

- Cilt rengi doğal. Peteşi, purpura, solukluk, sarılık, renk değişim alanı yok.
- Gözlerde çekiklik epikantus yok, konjonktiva ve skleralar doğal, gözlerin her yöne hareketi doğal.
- Burun tıkanıklığı akıntısı yok.
- Boğaz, bademcikler doğal.

- Kalp ritmi doğal, kalp sesleri S1, S2 doğal.
- Ek ses üfürüm yok.
- Her iki göğüs yarısı solunuma eşit katılıyor.
solunum sıkıntısı takipne yok. dinlemekle ral,
ronküs, ekspiryum uzunluğu yok.
- Karın muayenesi doğal.
- Hassasiyet, rebound, defans,
hepatosplenomegali yok.

- Bilinç açık. İletişim, yönelim çevreyle ilgi normal. Kol ve bacak proksimal kaslarda güçsüzlük mevcut. Kas tonusu azalmış.
- Kafa çifti sinirlerinin muayenesi doğal. Derin tendon refleksleri alınamadı. Desteksiz merdiven çıkamıyor. Gowers bulgusu pozitif.
- KBB hekiminin muayenesi: Üst hava yolu obstrüksiyonu saptanmadı

Laboratuvar

- Kan gazları:
 - pH: 7.404 pCO₂: 42.8 HCO₃: 25.8
 - Solunum fonksiyon testi:
 - FEV₁: %45
 - FEV₁/FVC: %115 PEF:% 67 MEF₂₅₋₇₅: %82
(hasta işleme uyum sağlayamıyor)

ÖN TANI ?

- 9 yaşında erkek hasta
- Sentronükleer miyopati tanılı
- Son birkaç aydır ara ara gece uykuda hırıltıları oluyor
- Solunum sistemi muayenesinde patoloji saptanmadı
- Kan gazı ve SFT sonuçları ?

- Hastanın kesin tanısı polisomnografi ile konuldu.
 - 7 obstrüktif apne ve 1 santral apne olmak üzere toplam 8 apne
 - apne indeksi 1.0 (/sa)
 - apne hipopne indeksi 9,7(/sa) bulundu

Tıkalıcı uyku apnesi hastalığı

Obstrüktif Uyku Apne Sendromu

- Obstrüktif Uyku Apne Sendromu (OSAS) yenidoğan döneminden adolesan yaş grubuna kadar tüm çocukluk yaş gruplarında görülebilen uykuda normal solunum örüntüsünü bozan uzamış kısmi üst solunum yolu obstrüksiyonu ve/veya aralıklı tam obstrüksiyonu tanımlar .
- Tonsil ve adenoid dokunun en hızlı büyüdüğü okul öncesi çağda daha sık gözlenmektedir.
- Prevalansı %1-3 bildirilmekte, kız ve erkek çocuklarda eşit oranda görülmektedir

Apne-hipopne indeksi (AHI)

- Apne indeksi (AI) bir saatlik uykuda en az iki solunum siklusu süresince oluşan obstrüktif ve mikst apne sayısıdır.
- Çocukluk çağı OSAS'da AI >1'dir.
- Obstrüktif hipopne,
 - hava akımında %50'den fazla azalma,
 - oksijen saturasyonunda %4'den fazla azalma ya da %90'ın altına düşmesi
 - ve/veya uyanmayı ifade eder.
- AHI bir saatlik uykuda obstrüktif apne, mikst apne ve hipopne toplamıdır.

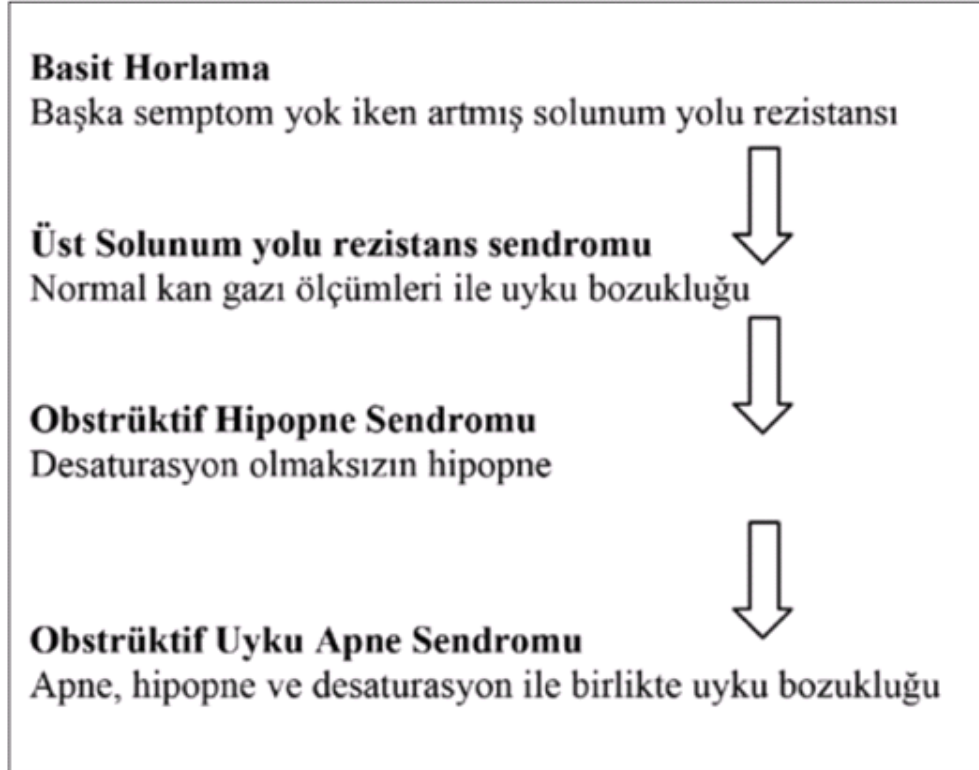
- Çocukluk çağı OSAS'da
 - AHI 1 ila 5 arasında olan olgular *hafif*,
 - 5 ila 9 arasında olanlar *orta*
 - 10'un üzerindekiler ağır OSAS olarak değerlendirilirler .

KLİNİK

- A. Çocuğa bakan kişi çocuğun uyku süresince horlama, sıkıntılı solunum, solunumda nefes tıkanıklığı tanımlıyorsa
- B. Bakan kişi aşağıdakilerden en az birini tanımlıyor:
 - İnspirasyon boyunca paradoksal göğüs çekintisi
 - Hareket arousal'ları
 - Terleme
 - Uykuda boyun hiperekstansiyonu
 - Gün içinde çok uyuma, hiperaktivite ya da agresif davranış
 - Büyümede yavaşlık
 - Sabah başağrıları
 - Sekonder enürezis

- C. Bir saatlik uykuda en az bir skorlanabilir solunum olayı (örneğin en az iki solunum siklusu süresince apne ya da hipopne)
- D. PSG kaydında aşağıdakilerden birinin olması (i yada ii)
 - i-aşağıdakilerden en az birinin olması*
 - Artmış solunum eforu ile birlikte sık sık uyku bölünmeleri
 - Apneik epizodlarda arteriyel oksijen desaturasyonu
 - Uyku boyunca hiperkapni
 - Belirgin negatif özefagial basınç dalgalanmaları
 - ii-uykuda hipoksi-hiperkapni, inspiyumda paradoksal göğüs hareketleri ile birlikte*
 - Sık arousal
 - Belirgin negatif özefagial basınç dalgalanmaları

- E. Hastalığın başka bir uyku hastalığı, nörolojik hastalık, ilaç ya da madde kullanımı ile ilişkilendirilmemesi



Şekil 1. Obstrüktif uyku hastalıklarının spektrumu

Tablo 2. Çocukluk çağı OSAS için risk faktörleri

Majör risk faktörleri

- Adenotonsillar hipertrofi
- Obezite
- Nöromusküler hastalık
- Kraniasiyal anomaliler

Diğer risk faktörler

- Laringomalazi
- Metabolik ve genetik hastalıklar
- Faringeal flap cerrahisi
- Orak hücreli anemi
- Beyin kökünde yapısal malformasyonlar

Tablo 3. Çocukluk çağı OSAS sekelleri

Kardiyovasküler

- Kor pulmonale
- Kalp yetmezliği
- Sol ve/veya sağ ventriküler hipertrofi
- Polisitemi
- Sistemik hipertansiyon

Genel önlemler

- Risk faktörlerinin azaltılması
 - Kilo verme
 - Uykuda uygun yatış pozisyonu
 - Alkol- sedatif-hipnotiklerden sakınma
- Eşlik eden hastalıkların tedavisi
 - Hipotiroidizm
 - Akromegali
 - DM
 - Aşırı androjen salınımı
 - Üst solunum yolu hastalıkları
 - Nörolojik hastalıklar
 - Solunum sistemi hastalıkları
 - Kardiyovasküler hastalıklar

- Hava yolu açıklığını etkileyen durumlar varsa düzeltilmelidir.
 - adenoidektomi
 - ortodontik cihazlar
- Nazal CPAP faringeal dilatör kasları desteklemek, havayolu direncini azaltmak ve faringeal yapıların çökmesini azaltmak için kullanılabilir.
 - Adenotonsillektomi sonrası
 - nöromusküler hastalık, obezite, kraniofasial anomali ilişkili OSAS
 - diğer tedavi modaliteleri başarısızsa

- Diğer bütün yöntemler başarısızsa ya da kraniofasial cerrahi bekleniyorsa trakeostomi uygulanabilir.

Tablo 4. OSAS tanı ve tedavisinde Amerikan Toraks Derneği önerileri

1. Tüm horlayan çocuklar OSAS açısından değerlendirilmelidir.
2. Yüksek riskli hastalar deneyimli merkezlerde değerlendirilmelidir.
3. Kardiyopulmoner yetmezliği olan hastalar acil değerlendirilmelidir.
4. Basit horlama ile OSAS arasında ayırıcı tanı yapılmalıdır.
5. Çoğu hastada adenotonsillektomi ilk tedavi seçeneğidir.
6. Adenotonsillektomi birçok hasta için ilk tedavi seçeneğidir. CPAP cerrahi uygulanamayan hastalarda ya da cerrahiye yanıtız hastalarda tedavi seçeneğidir
7. Hastalar cerrahi sonrası ek tedavi gereksinimi açısından takip edilmelidir.

TEŞEKKÜRLER