



2. TÜRK PEDIATRİ KURUMU GENÇ PEDIATRİSTLER KONGRESİ & PRATİKTE GÜNCELLEMELER SEMPOZYUMU

2 - 4 ARALIK 2016, İSTANBUL
HILTON İSTANBUL BOSPHORUS



www.gnctpk2016.org

Bildiri ve Özet Kitabı

2. TÜRK PEDIATRİ KURUMU GENÇ PEDIATRİSTLER KONGRESİ & PRATİKTE GÜNCELLEMELER SEMPOZYUMU

2 - 4 ARALIK 2016, İSTANBUL
HILTON İSTANBUL BOSPHORUS



ve diğer intestinal parazitler görülmedi. Hastaya bir haftalık ornidazanol tedavisi uygulandı. Tedavi sonrası şikâyetlerinde belirgin gerileme, muayene bulgularında düzelme görüldü. Kontrol dışı tetkikinde B.hominis kistleri saptanmadı, relaps izlenmedi.

Olgumuzda, parazitler infeksiyonların gelişmekte olan ülkelerde ürtiker ayrıtı tanısında etiyolojik bir neden olduğunu ve tedavi edilebilirliğini vurgulamayı amaçladık. Gelişmiş ülkelerde prevalansı düşük olup diğer nedenler dışlandıktan sonra göz önünde bulundurulmalıdır. Patojenisitesi ihmal edilen B.Hominis, etiyolojisi açıklanamayan, hayat kalitesini bozan, tedaviye dirençli, inatçı, akut ürtikerde akılda tutulmalı ve eradikasyon tedavisi düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: Akut Ürtiker, Blastocystis Hominis infeksiyonu

PS-028 Montelukast ve Nöropsikiatrik Yan Etkileri

Endi Romano¹, Fatma Tuba Coşkun¹, Hülya Ercan Sarıçoban²

¹Yeditepe Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.B.D., İstanbul

²Yeditepe Üniversitesi Çocuk Allerji A.B.D., İstanbul

GİRİŞ: Montelukast; 1998 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde (A.B.D) kullanıma girmiş bir lökotrien reseptör antagonistidir. İlk olarak astım profilası ve kronik tedavisinde kullanılmak üzere onay almıştır fakat günümüzde kullanım endikasyonları genişletilmiş olup egzersiz ile tetiklenen bronkospazm ve mevsimsel alerjik rinit bulgularını kontrol altına almak amaçlı da kullanılmaktadır. Yüksek güvenilirliği olan bir ilaç olarak kabul edilse de 2008 yılında Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi tarafından Montelukast ile nöropsikiatrik semptomların ortaya çıkmasında artmış risk olduğu bildirilmiştir. Vaka sunumumuz ile; masum bilinen Montelukast kullanımı ile ciddi boyutlara ulaşabilecek yan etkilerin gelişebileceğine dikkat çekilmek istendi.

VAKA: Dört yaş 5 aylık kız hasta Yeditepe Üniversitesi Hastanesi, Çocuk Allerji polikliniği tarafından Reaktif Hava Yolu hastalığı tanısı ile takip edilmekte olup Montelukast tedavisine başlandı. Hasta ek olarak başka ilaç kullanmamaktaydı, anamnezide 2,5 yaşında bir ay süre ile montelukast kullanımı mevcuttu. Yan etki tariflenmemişti. Tedavi başladıktan 72 saat sonra hastanın vizüel ve duysal halüsinasyonları başladı. Tedaviye son verildi. Tedavi kesildikten sonra 48 saat içinde halüsinasyonlar tamamen kayboldu. İkinci vakamız ise; 5 yaş 5 aylık kız hasta reaktif hava yolu hastalığı nedeniyle takip edilmekte olup tedavide inhaler salbutamol, inhaler budesonid, oral setirizin kullanmakta idi. Birinci hastamızda olduğu gibi 2 yaşında, 5 gün süre ile montelukast kullanım öyküsü mevcuttu. Yan etki tariflenmemişti. Tedavi

başlandıktan 1 ay sonra davranış değişikliği, uykusuzluk, paranoid düşünce, halüsinasyonları başladı. Hastanın tüm tedavisi kesildi. Şikâyetleri 2 ay sonra geriledi. Takibinde salbutamol, budesonid ve setirizin kullanıp yan etki gelişmeyen hastanın şikâyetleri Montelukast ile ilişkilendirildi.

SONUÇ: Montelukast yaygın kullanılmasına rağmen ilaç yan etkileri nadir bildirilmiştir. İkibin on üç yıldan itibaren ürün etiketinde ajitasyon, davranış değişikliği, depresyon, dezoryantasyon, dikkat bozukluğu, halüsinasyonlara karşı uyarı yer almaktadır. Montelukast ile nöropsikiatrik yan etkilerin mekanizması henüz açıklanamamış olsa da her zaman akılda tutulmalıdır. Özellikle süt çocukluğu döneminde ifade zorluğu yaşanabileceğinden ajitasyon, uyku düzeninde değişikliklerin varlığında dikkatli olunmalıdır.

Anahtar Kelimeler: montelukast, nöropsikiatrik, yan etki

PS-029 Hamman Sendromu

Emrah Aydın

Bahçelievler Devlet Hastanesi - Başcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Cerrahisi, İstanbul

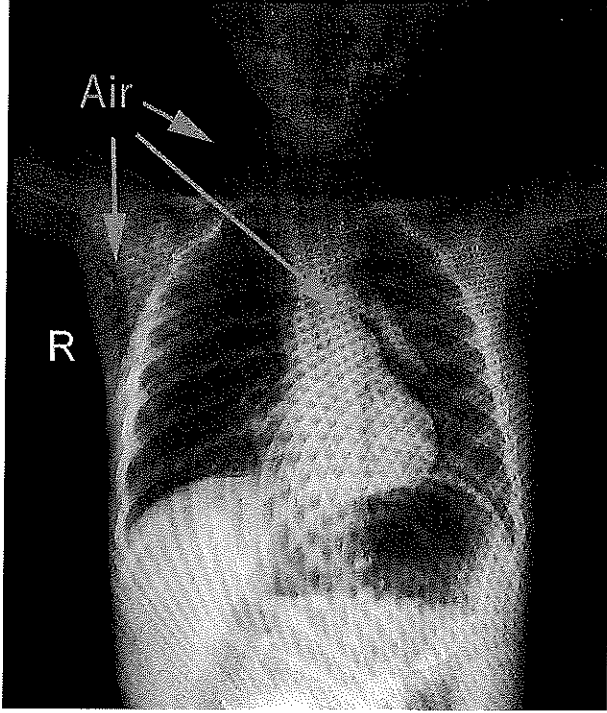
AMAÇ: Rastlantısal olarak tanı alan Hamman sendromu olgusunu sunmak.

OLGU: İki yaşında erkek olgu son iki haftadır devam eden hırıltı şikâyeti ile acil servise başvurdu. Bu süreç içinde olgu aralıklı olarak bronkodilatör tedavi alan hastanın herhangi bir travma ya da cerrahi müdahale öyküsü bulunmamaktaydı. Fizik muayenede kan basıncı 100/60mmHg, solunum hızı 32/dak, ateşi 36,7°C ve kan oksijen saturasyonu %98'di. Her iki hemitoraks solunuma eşit katılıyordu ancak oskültasyonda yaygın hırıltı duyuluyordu. Boyun bölgesinde palpabıl subkutanöz amfizem mevcuttu. Tüm kan tetkikleri kardiyak enzimleri dahil olmak üzere normal sınırlardaydı. Sadece CRP 5 kat artmıştı. Akciğer grafisinde mediasten, boyun ve aksillada serbest hava görülmekteydi. (Resim 1) Olguya BT çekildi. BT'de pnömonik infiltrasyon, pnömomediasten ve amfizem saptandı. Olgunun çekilen özefagogramında özefagus bütünlüğü tam görüldü. (Resim 2) Ekosu normal sınırlardaydı. Olguya iv seftriakson, steroid, bronkodilatör ve oksijen tedavisi başlandı. Olgunun 7. günde klinik yakınması tamamen düzeldi ve tedavinin 10. gününde taburcu edildi.

SONUÇ: Uygun tedavi almamış uzun süreli reaktif hava yolu hastalıklarında spontan pnömomediasten gelişebileceği akılda bulundurulmalıdır. Alttı yatan patolojinin düzeltilmesi ile pnömomediasten gerilemektedir.

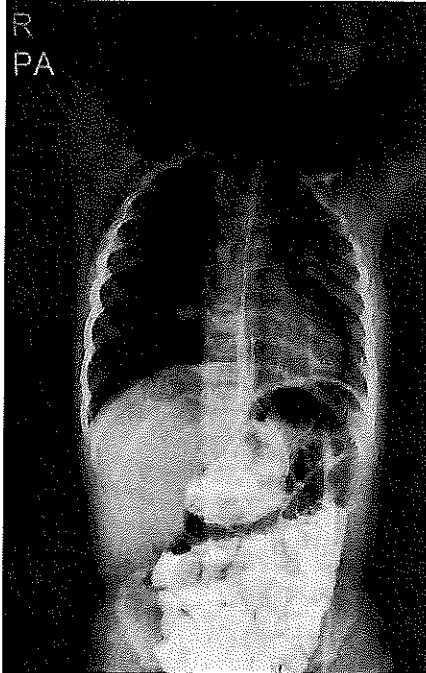
Anahtar Kelimeler: Hamman sendromu, spontan pnömomediasten

Resim 1: Boyun, aksilla ve mediastende serbest hava



Boyun, aksilla ve mediastende serbest hava

Resim 2: Olgunun özefagogramı



Olgunun özefagogramı

PS-030

Havayollarını %100 Tıkayan Subglottik Darlık: Vaka Sunumu

Ceren Hasanoğlu¹, Mey Talip Petmezci¹, Hasan Serdar Kılıç¹, Osman Yeşilbaş¹, Elif Eviz¹, Mehmet Murat¹, Erkan Çakır²

¹Bakırköy Dr. Sadi Konuk EAH, Çocuk Yoğun Bakım Bölümü, İstanbul

²Bezmialem Tıp Fakültesi, Çocuk Göğüs Hastalıkları Bölümü, İstanbul

Subglottik alan, havayolunun en dar bölgesidir. Vokal kordların arka kenarından başlayarak, krikoid kartilajın alt sınırına kadar uzanır. Subglottik stenoz genellikle benidir ve çeşitli hastalıklara bağlı oluşabilir. Ama en sık nedeni entübasyon girişimleri sonrası meydana gelen hasarlanmadır. Öncesinde 2 ay boyunca, yaklaşık 1.5 ayı entübe, mekanik ventilatör desteğine bağlı şekilde yenidoğan ünitesinde solunum yetmezliği tanısıyla yatmış olan 2 aylık kız bebek, taburculuktan dört gün sonra emme güçlüğü, öksürük, solunum sıkıntısı şikayetiyle tarafımıza başvurdu.

Yoğun bakıma ihtiyacı sebebiyle, çocuk yoğun bakım ünitemizde tedavi altına alınan, tedavinin 5.günü entübasyon gereksinimi olan hasta için, balonlu 3.5 numaralı endotrakeal tüp ile entübasyon girişimi denendiğinde vokal kordları geçince tüpün ilerlemediği görüldü. Bunun üzerine tüp numaraları küçültülerek, 3 ve 2.5 nolu balonsuz endotrakeal tüplerle entübasyon girişimlerinin de sonuçsuz kalması üzerine, hastanın solunumu larengeal mask airway (LMA) ile desteklenerek acil şartlarda hastaya trakeostomi açıldı. Hastanın trakeostomi açıldıktan sonraki takiplerinde solunum sıkıntısının hızla düzeldiği görüldü. Tedavileri kesilerek takibe devam edilen hasta kısa sürede oda havasında spontan solunumunu sürdürebilir hale geldi. Zor entübasyon nedeninin açıklanmasına yönelik olarak hastaya laringoskopi işlemi uygulandı. Sonuçta, subglottik alanda lümeni tama yakın tıkayan karnibahar görünümünde darlık tespit edildi. Bu vaka; solunum sıkıntısı ile başvuran hastalarda anamnezin önemine ve alta yatabilecek patolojilere karşı önceden hazırlıklı olunulmasına dikkat çekmek amacıyla sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: subglottik stenoz, zor entübasyon, trakeostomi