

POSTER: 19**Çocukluk Çağında Yineleyen Parotitis****Deniz Tekin, Emine Suskan, Tuğba Belgemen, Oğuzhan Gül, Atakan Comba**

Ankara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD, Ankara.

Yineleyen parotitis, juvenil(idiopatik) parotitisin tekrarlayan formu olarak tanımlanan, etiyojisi tam olarak bilinmeyen tükrük bezinin nadir bir inflamatuvar hastalığıdır. Hastalığın viral infeksiyonlar, otoimmün bozukluklar ve immün yetmezlik ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Yedi yaşında erkek hasta sağ parotis bölgesinde akut başlangıçlı şişlik ve hassasiyet nedeni ile başvurdu. Öyküsünden daha önce 5 kez parotitis geçirdiği öğrenildi. Etiyolojiye yönelik yapılan tüm tetkikleri negatifti. Parotis bezi ultrasonografisi yineleyen parotitis ile uyumlu idi. Antibiyotik ve semptomatik tedavi ile hastanın bulguları düzeldi. Yineleyen parotitis çocuklarda nadir gözlenen bir durumdur ve hasta etiyojisiye yönelik araştırılmalıdır.

POSTER: 20**Altıncı Hastalık ve Fontanel Bombeliği: Bir Vaka Takdimi****Zeynep Tuğba Arıkan, Hatice Tatar Aksoy, Özlem Tekşam**

Hacettepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Acil Ünitesi, Ankara.

Altıncı hastalık, HHV-6 veya HHV-7 etkenleri ile oluşan, daha çok süt çocukluğu ve erken çocukluk döneminde görülen, yüksek ateş ve ateşin ani düşüşünü takiben ortaya çıkan döküntü ile karakterize bir hastalıktır. Gastrointestinal ve üst solunum yolu bulguları, öksürük, servikal ve oksipital lenfadenopatiler, fontanel bombeliği ve nöbetler ise diğer klinik bulgular arasında sayılabilir. İrritabilite, nöbet ve fontanel bombeliği olan vakalar, menenjit ile karışabilmekte, bu vakalarda beyin omurilik sıvısı incelemesi gerekmektedir. 6.5 aylık kız hasta hastanemiz çocuk acil polikliniğine iki gündür olan yüksek ateş nedeni ile başvurdu. Fizik muayenesinde VI: 39 °C, Nb: 140/dk, SS: 30/dk, ön fontanel 2x2 cm normalden bombe idi. Ek patolojik bulgu tesbit edilmedi. Laboratuvar incelemelerinde hemogloblin: 8.4 gr/dl, beyaz küre: 4500 /mm³, trombosit : 203000 /mm³, periferik yaymada %65 polimorfonükleer lökosit , %35 lenfosit mevcut idi. İdrar incelemesinde özellik yoktu. Beyin omurilik sıvısı mikroskopik incelemesinde hücre görülmedi, glukoz: 59 mg/dl, eşlik eden kan şekeri : 100 mg/dl, protein: 14 mg/dl idi. Ateş düşürme önerileri ile gönderilen hasta bir gün sonra döküntü nedeni ile tekrar başvurdu. Öyküsünden döküntünün ateşin düşmesini takiben ortaya çıktığı öğrenildi. Fizik muayenesinde VI: 37.2 °C, tüm vücutta yaygın makülopapüller döküntü tesbit edildi. Hastada öykü ve klinik bulgular ile altıncı hastalık düşünüldü. İzleminde, kızamık ve kızamıkçık için gönderilmiş olan serolojik testlerin negatif olduğu ve beyin omurilik sıvısı kültüründe üreme olmadığı öğrenildi. Bu vaka ile, fontanel bombeliğinin altıncı hastalık klinik bulgularından biri olduğu, altıncı hastalığın menenjit benzeri bulgular ile prezente olabileceği, ateş ve fontanel bombeliği ile başvuran, beyin omurilik sıvısı incelemelerinde patoloji saptanmayan vakaların döküntü yönünden izlenmesi gerektiği vurgulanmak istenmiştir.

POSTER: 21**Streptococcus Pneumonia'ya Bağlı Purpura Fulminans: Olgu Sunumu ve Literatür Özeti****Necati Balamtekin, Mustafa Gülgün, Duygu Hacıhamdioğlu, A. Emin Kürekcı**

GATA Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD, Ankara.

Giriş: Purpura fulminans (PF), septik şok veya DIC'de deri ve yumuşak dokunun nekrozu ile sonuçlanan bir komplikasyonudur. Burada, Streptococcus pneumonia sepsisine bağlı PF gelişen bir olgu sunulmuştur.

Olgu: 3,5 aylık erkek hasta 2 gün önce başlayan ateş ve inlemeli solunum nedeniyle kliniğe yatırıldı. Fizik muayenede genel durum kötü, ateş 39,3 °C, nabız 180 vuru/dk, solunum sayısı 56/dk, tansiyon arteryel (TA) 80/50 mmHg idi. Cilt soluk ve emmesi azalmıştı. Laboratuvar incelemesinde Hb 10,9 g/dl, WBC 16700 /mm³, Plt 102000 /mm³ saptandı. Periferik yaymada (PY) %72 PMNL, %20 lenfosit ve %2 monosit görüldü. TİT ve rutin biyokimya normaldi. Arteriyel pH 7,37, pO₂ 81 mmHg, pCO₂ 25,4 mmHg, HCO₃ 15 mmol/l idi. PT 26,2 sn, aPTT 61,5 sn, INR 2,63 ölçüldü. BOS normaldi. Klinik sepsis tanısıyla seftriakson ve vankomisin başlandı. Yatışının 12. saatinde interkostal çekilmeleri olunca entübe edildi. Yatışının 2. gününde oligüri, hipotansiyon, nötropeni ve trombositopeni gelişti. Hastaya dopamin, dobutamin ve steroid başlandı, ama hipotansiyon düzelmedi. Kilo artışı ve yaygın ödem nedeniyle %5'lik albümin solüsyonu verildi. Hastanın kan ve BOS kültüründe S. pneumonia üredi. Genel durumu düzelmeyen hastada mekanik ventilasyona rağmen oksijen saturasyonu %85-90 idi. Yatışının 4. gününde her iki uyluk lateralinde, simetrik, ekimoz (PF) saptandı. Hastaya heparin tedavisi başlandı. D-dimer 8,57 µg/mL (0-0,5) idi. Hasta, yatışının 6. gününde DIC nedeniyle kaybedildi.

Tartışma: PF nadir görülen ancak hayatı tehdit eden sendromdur. Klinikte akut infeksiyöz, hemostaz başlangıçlı ve idiyopatik tip olarak 3'e ayrılır. Pnömoкокkal infeksiyonlara bağlı PF nadirdir ve hastalarda sıklıkla aspleni gibi başka patoloji bulunmaktadır PF'in erken cilt bulguları burun, kulak, yanaklar, el parmakları veya ayak başparmağı gibi yerlerde purpurik veya eritematöz makül oluşur ve 48 saatte purpurik maküller simetrik periferik gangrene dönüşebilir. Cilt bulguları erken tanı ve tedavide önemlidir. Sunulan olguda her iki uyluk lateralinde ekimoz oluştu ve gangrene dönüştü. PF'da patogenezi tam olarak bilinmemekle birlikte, endotel hücreleri hasarı veya fonksiyon bozukluğunun olduğu düşünülmektedir. PF'da %85-89 DIC birlikteliği görülebilmektedir (2). Bu nedenle PF varsa hastalar DIC yönünden incelenmelidir. Akut infeksiyöz PF'da protein C düzeyleri oldukça düşüktür. Yapılan çalışmalarda fizyolojik antikoagulan sistemleri içinde sadece aktif protein C tedavisi septik hastalarda multiorgan yetmezliği ve ölümü azaltmıştır. Ancak tüm hastalar rekombinant protein C tedavisinden fayda görmemektedir (1). Sepsiste tüm rağmen mortalite yaklaşık %30 olarak bildirilmektedir. PF sepsis ve DIC'de önemli bir fizik muayene bulgusudur. Erken tanı ve tedavi hayati önem taşımaktadır.