

BÖLÜM 4

ÇOCUK NÖROLOJİ HASTALARINDA ACİL POLİKLİNİK BAŞVURUSUNA SIKLIKLA YOL AÇAN NON-NÖROLOJİK NEDENLER VE YÖNETİMİ

Yılmaz SEÇİLMİŞ¹
Seda GÜMÜŞTEKİN²
Mehmet Adnan ÖZTÜRK³

GİRİŞ

Gelişen tıbbi tedaviler ve teknolojilerle birlikte kritik nörolojik hastalığı olan bireylerin yaşam süreleri uzamıştır. Böylece acil servise başvuran mekanik ventilatör, enteral beslenme kateteri ya da trakeostomi kanülü gibi teknolojik bir aygıta bağımlı hastaların sayısı gün geçtikçe artmaktadır. Biz de bu noktadan yola çıkarak bu bölümde çocuk acil servise nörolojik olmayan sebeplerle başvuran çocuk nöroloji hastalarının tanı ve tedavisinden bahsetmeyi amaçladık.

1. Dehidratasyon: Dehidratasyon vücut suyunu kaybetme sürecidir. Yetersiz hidrasyon vücut suyunun önemli ölçüde azalmadığı, sıvı dengesinin hormonal düzenlenme ile dengede tutulduğu durumdur. Bu durumda, kan biyobelirteçlerinde (yani plazma sodyum) önemli değişiklik olmazken, idrar hidrasyon biyobelirteçleri (yani idrar ozmolalitesi) yükselir. Bronşiolit, influenza, gingivostomatit ve idrar yolu enfeksiyonları gibi birçok yaygın çocukluk hastalığı dehidratasyona neden olabilir. Fizik muayene yapılarak çocuğun bilinç durumu, solunumu (derinlik, hız, siyanoz), göz

küresi veya fontanel çöküklüğü, ağız ve dil kuruluğu, gözyaşı varlığı, deri turgoru, kapiller geri dolma zamanı, nabız (taşikardi, bradikardi), kan basıncı değerlendirilerek dehidratasyonun derecesi tespit edilmektedir (Tablo1). Kronik hastalıkların malnutrisyona neden olduğu bilinmektedir. Nöromusküler problemler, serebral palsy gibi hastalıklar farklı yollarla ağız sağlığını etkilemektedir. Bu problemler başlıca maloklüzyon, dental erozyon, travmatik diş yaralanmaları, periodontal hastalıklar, diş çürükleri ve mine defektleridir. Orofasiyal bölgedeki değişiklikler, beslenme zorluklarını da yanında getirir. Nörolojik hastalıklarda meydana gelen bu ağız ve yüz çevresindeki değişiklikler nedeniyle; çiğneme, yutma, konuşma, beslenme bozuklukları, dudak kapanışında yetersizlik ve kontrolsüz salya akışı gibi problemler de sık görülmektedir. Alt çenenin kontrolünde meydana gelen güçlük; stres, anksiyete, uyku bozuklukları ve nöroleptik ilaç kullanımını, gibi çeşitli nedenlere bağlanmıştır.^{1,2} Ağır derecede dehidratasyonu veya inatçı kusması olan çocuklarda intravenöz (IV) solüsyonlar kullanılması gerekmektedir.

¹ Dr. Öğr. Üyesi, Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Acil BD., yilmazsecilmis@erciyes.edu.tr

² Arş. Gör. Dr., Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Acil BD., sedagumustekin@erciyes.edu.tr

³ Prof. Dr., Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Acil BD., adozturk2000@yahoo.com

rika Birleşik Devletleri'nde antiepileptik ilaçlara bağlı zehirlenmeler tüm zehirlenmelerin %3'ünü oluşturmaktadır.²⁰ Fenobarbital ve fenitoinin iyi bir antiepileptik etkisi vardır, ancak uzun süreli kullanımları sırasında klinik olarak önemli istenmeyen etkiler ortaya çıkar. Fenobarbital hiperaktiviteye, davranış sorunlarına, sedasyona ve hatta bunamaya neden olabilir. Fenitoinin yan etkileri arasında sedasyon, serebellar sendrom, fenitoin ensefalopatisi, psikoz, lokomotor disfonksiyon, hiperkinezidir. Fenitoinin nörotoksik etkilerine özellikle duyarlı olanlar, birden fazla ilaç kullanan ciddi beyin hasarı olan epileptik çocuklardır. Karbamazepin, trisiklik antidepressanlara benzer bir yapıya sahip olması nedeniyle QRS ve QT aralığının uzamasına neden olabilir. Valporik asit toksisitesinde pankreatit, hiperamonyemi, metabolik ve hematolojik bozukluklar ve kardiyopulmoner arrest oluşabilir. Tedavide ilacın kesilmesi, mide lavajı, aktif kömür uygulaması ilk yapılması gerektirir. Tedavi esas olarak destekleyicidir.

KAYNAKLAR

1. Lobbezoo F, Naeije M. Bruxism is mainly regulated centrally, not peripherally. *J Oral Rehabil* 2001; 28(12): 1085-91.
2. Veiga N, Ângelo T, Ribeiro O, Baptista A. Bruxism – Literature review. *Int J Dent Oral Health* 2012; 1(5): 1-5.
3. United Nations International Children's Emergency Fund, Diarrhoeal disease. <https://data.unicef.org/topic/childhealth/diarrhoeal-disease/>, 2019
4. Teziç T, Kükner Ş. 1014 Akut İshal Olgusunun İncelenmesi ve Ağızdan Sıvı Tedavisi. *Türkiye Klinikleri Journal of Pediatrics*. 1992;1(2):46- 49.
5. Rendi-Wagner P, Kollaritsch H. Drug prophylaxis for travelers' diarrhea. *Clin Infect Dis*. 2002 Mar 1;34(5):628-33.
6. M.C. Pasteur, D. Bilton, A.T. Hill, C.F.G.G British thoracic society bronchiectasis non, British thoracic society guideline for non-CF bronchiectasis *Thorax*, 65 (Suppl 1) 2010:1-58
7. Castro-Rodriguez JA, Rodriguez-Martinez CE, Sosa-Bricen MP. Principal findings of systematic reviews for the management of acute bronchiolitis in children *Paediatric Respiratory Reviews* 2015; 16: 267-75.
8. Carrie NG, Mark Foran, Alex Koyfman. Do glucocorticoids provide benefit to children with bronchiolitis? *Ann Emerg Med* 2014; 64: 390-392.
9. Mikalsen IB, Davis P, Øymar K, et al. High flow nasal cannula in children: a literature review. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med* 2016; 24: 93.
10. N. Shaikh, N.E. Morone, J.E. Bost, M.H. Farrell Prevalence of urinary tract infection in childhood: a meta-analysis *Pediatr Infect Dis*, 27 (2008), p. 302-308
11. S.M. Finnell, A.E. Carroll, S.M. Downs, Subcommittee on Urinary Tract Infection Diagnosis and management of an initial UTI in febrile infants and young children *Pediatrics*, 128 (3) 2011:749-770
12. A. Hoberman, E.R. Wald, R.W. Hickey, M. Baskin, M. Charron, M. Majd, et al. Oral versus initial intravenous treatment for urinary tract infections in young febrile children *Pediatrics*, 104 (1) 1999.p. 79-86
13. J.C. Routh, F.D. Grant, P.J. Kokorowski, C.P. Nelson, F.H. Fahey, S.T. Treves, et al. Economic and radiation costs of initial imaging approaches after a child's first febrile urinary tract infection *Clin Pediatr*, 51 (1) 2012, p. 23-30
14. Pallin DJ, Egan DJ, Pelletier AJ, et al. Increased US Emergency Department visits for skin and soft tissue infections, and changes in antibiotic choices, during the emergence of community-associated methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*. *Ann Emerg Med*. 2008;51: 291-298.
15. L. Holmes, C. Ma, H. Qiao, et al. Trimethoprim-sulfamethoxazole therapy reduces failure and recurrence in methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* skin abscesses after surgical drainage *J Pediatr*, 169 2016; 128-134.
16. Liu C, Bayer A, Cosgrove SE, et al. Clinical practice guidelines by the Infectious Diseases Society of America for the treatment of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* infections in adults and children: executive summary. *Clin Infect Dis*. 2011;52: 285-292.
17. D.J. Williams, W.O. Cooper, L.A. Kaltenbach, et al. Comparative effectiveness of antibiotic treatment strategies for pediatric skin and soft-tissue infections *Pediatrics*, 128 2011; 479-487
18. Shulman ST, Bisno AL, Clegg HW, et al. Clinical practice guideline for the diagnosis and management of group A streptococcal pharyngitis [published correction appears in *Clin Infect Dis*. 2014;58(10):1496]. *Clin Infect Dis*. 2012;55(10):86-102.
19. Servey JT, Reamy BV, Hodge J. Clinical presentations of parvovirus B19 infection. *Am Fam Physician*. 2007;75(3):373-376.
20. Litovitz T.L., Klein-Schwartz W., Rodgers G.C., Jr., Cobaugh D.J., Youniss J., Omslaer J.C. Annual report of the American Association of Poison Control Centers toxic exposure surveillance system. *Am. J. Emerg. Med*. 2002;20(5):391-452.