

Yabancı Cisim Aspirasyonu Öyküsüyle Gölgelenmiş Bir Kolinerjik Zehirlenme Olgusu

A Cholinergic Poisoning Case Shaded with Foreign Body Aspiration Story

Özlem TOLU KENDİR,^a
Ercüment PETMEZCİ,^b
Sinem SARI GÖKAY,^a
Tuğçe ÇELİK,^a
Rıza Dinçer YILDIZDAŞ,^b
Hayri Levent YILMAZ^a

^aÇocuk Acil BD,
^bÇocuk Yoğun Bakım BD,
Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Adana

Geliş Tarihi/Received: 17.02.2016
Kabul Tarihi/Accepted: 08.12.2016

Yazışma Adresi/Correspondence:
Özlem TOLU KENDİR
Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Çocuk Acil BD, Adana,
TÜRKİYE/TURKEY
otolu80@yahoo.com

Bu çalışma Uluslararası Katılımlı
XII. Ulusal Çocuk Acil Tıp ve Yoğun Bakım
Kongresi (15-19 Nisan 2015, Antalya)'nde
poster olarak sunulmuştur.

ÖZET Organofosfat-karbamatlar kırsal kesimde sık görülmekte ve hayati önem arz etmektedir. Birimize yabancı cisim aspirasyonu ön tanısıyla getirilen, fizik incelemede kolinerjik zehirlenme bulguları saptanan bir olgu, klinik şüphe hâlinde sorgulayıcı yaklaşımın tanıya önemli katkı sağladığını vurgulanmak amacıyla sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Kolinerjik agonistler; respiratuar aspirasyon; fosforik asid esterleri

ABSTRACT Organophosphates and carbamates are often seen in rural areas and vitally important. Here is presented a case referred to our hospital with the diagnosis of foreign body aspiration, however revealed the signs of cholinergic poisoning in physical examination. The aim in this case is the questioning approach related with clinical suspicion contributes substantially to diagnosis is emphasized.

Key Words: Cholinergic agonists; respiratory aspiration; phosphoric acid esters

Türkiye Klinikleri J Pediatr 2016;25(4):221-3

Organofosfat ve karbamatlar kaza ile ya da özkıyım amaçlı alınabilmektedir. Alım şekli özkıyım ise ölüm oranlarının yüksek olduğu saptanmıştır.¹

Acil koşullarda görülen hastaların değerlendirilmesinde, öykü ve fizik muayene bulgularının uyumlu olup olmadığına da dikkat edilmesi, tanı ve ayırıcı tanıda çok önemli bir yer tutmaktadır.

OLGU SUNUMU

Aniden nefes alamama, gözlerini bir noktaya dikme ve bilinç bulanıklığı yakınmalarıyla dış merkeze getirilen, orada solunum durması nedeni ile entübe edilen 15 aylık erkek olgu, yabancı cisim aspirasyonu ön tanısıyla acil servisimize 112 ambulansı ile getirildi.

Olgunun ilk değerlendirmesinde genel durumu kötü, bilinci kapalı, entübe idi. Ateş: 35,6°C, kalp atım hızı: 146/dk, solunum çabası mevcut, solunum sayısı: 48/dk, kan basıncı: 120/90 mmHg idi. 112 ekibi tarafından %100 O₂+balon maske ile solutma desteği yapılarak getirilen olgunun O₂ satüras-

yonu %100, kapiller geri dolun zamanı <2 sn, nabızı dolgun, cildi terli, pupilleri toplu iğne başı büyüklüğünde idi, ışığa tepkisi iğne başı pupil nedeni ile belirlenemedi. Her iki akciğer eşit havalandırıyordu, yaygın sekretuar ralleri mevcuttu. Diğer sistem muayenelerinde özellik yoktu. Elma yerken morardığı solunum sıkıntısı nedeni ile hastaneye götürüldüğü, ulaşabileceği yerde herhangi bir ilaç olmadığı, hiç nöbet geçirmediği ve bilinen sistemik bir hastalığı olmadığı öğrenildi.

Akciğer radyografisinde, yabancı cisim aspirasyonu lehine görünüm izlenmedi. Glukoz gelişinde 460 mg/dL, kontrolü 139 mg/dL, sodyum 127 mmol/L, potasyum 2,5 mmol/L idi. Arteriyel kan gazı değerleri; pH: 7,38, pCO₂: 21,5 mmHg, pO₂: 86,7, BE: -11, HCO₃: 16 mmol/L olup, kompanse metabolik asidozu vardı. Serum psödokolinesteraz düzeyi düşüktü (2,9 KU/L; laboratuvar referans aralığı: 4,9-11,9 KU/L) şeklinde düşük olarak saptandı. Elektrokardiyografisinde ritim bozukluğu yoktu.

Toplu iğne başı pupil, hipertansiyon, taşikardi, hipokalemi, nemli cilt ve sekretuar rallerin olması nedeni ile kolinerjik sendrom yaratan zehirlenme düşünülen olgu yoğun bakım ünitesine yatırıldı. İlk iki saatlik izleminde beşer dakika arayla 0,02 mg/kg dozunda atropin, bir doz da pralidoksim (25 mg/kg) uygulandı. Uygun mayi desteği yapıldı. Salivasyon, lakrimasyon, bronkorea, pupil boyutu, nabız, solunum sayısı, kan basıncı, bilinç durumu, akciğer dinleme bulgusu, barsak peristaltik sesleri “flushing”, SpO₂ bulgularının yer aldığı “kolinerjik zehirlenme tedavisi takip çizelgesi” ile tedavi yönlendirildi. Kolinerjik zehirlenme bulguları devam eden olguya, elma yerken morarma öyküsü de olması nedeni ile bronkoskopi işlemi de uygulandı. Yabancı cisim rastlanmadı. Ardından atropin tedavisine, bulgular takip edilerek önce 10-15 dk, sonrasında 30 ve 60 dk aralıklarla devam edildi. Yatışının 12. saatinde hasta ekstübe edildi. Organofosfat-karbamat zehirlenmelerinde (özellikle lipofilik özellikli olanlarda), klinik bulguların düzelmesi ile birlikte atropinin doğrudan kesildiği hastalarda belirti ve bulguların tekrar etme olasılığı nedeni ile atropin, uygulama sıklığı azaltılarak üçüncü günün sonunda kesildi.¹

Tedavisi sırasında, tarım ilacına temas olmayacağını ısrarla belirten aileye bu yönde sorular tekrar yöneltildi. Bir hafta önce evinin ilaçlandığı öğrenilen akrabalarının evine olgunun olay günü gittiği ve elmayı o sırada yediği öğrenildi. Daha sonrasında, ev içinde ilaçlı bölgelerin mevcut olduğu, ilaçlama için carbofuran (2,3-dinitro-2,2 dimetil benzofuna-7 metil karbamat) kullanıldığı belirlendi. İzlemi sırasında ek problem yaşamayan olgu, yatışının 6. gününde şifa ile taburcu edildi.

Bu çalışma için olgunun ailesinden bilgilendirilmiş olur alınmıştır.

TARTIŞMA

Ulusal Zehir Danışma Merkezinin 2008 Yılı Çalışma Raporu'na göre Türkiye'deki bütün zehirlenmeler içerisinde tarım ilaçları ile zehirlenmeler ikinci sırada (%8,34) olup, bu durum pestisitlerin yaygın ve bilinçsiz kullanımına bağlı olabileceği ile ilişkilendirilmiştir.² Gelişmekte olan ülkelerde pestisitler daha çok kırsal kesimde, kaza ile ya da özyıkım amaçlı alınmaktadır.³ Budhathoki ve ark. kaza ile alıma bağlı zehirlenme olgularının beş yaş altında daha fazla olduğunu bildirmişlerdir.⁴ Tomruk ve ark., tarım ilacı ile zehirlenmelerin en çok yaz aylarında kaza ile alım sonucunda görüldüğünü ve en sık organofosfatlı maddelerle temas olduğunu bildirmişlerdir.⁵ Olgumuz, literatürde belirtilenin aksine, birimimize kasım ayında getirilmiştir. Kentsel bölgede yaşadığı öğrenilmiştir.

Organofosfat-karbamatlı bileşikler, asetilkolinesteraz (AChE) enzimini inhibe ederek otonomik, santral sinir sistemi ve nöromusküler bileşkede aşırı asetilkolin birikimi sonucu akut kolinerjik krize yol açmaktadır. Tanı klinik bulgularla konulmaktadır. Plazma psödokolinesteraz düzeyi ile klinik ağırlık arasında ilişki yoktur. Tedavide ilk seçenek muskarinik reseptörlerde asetilkolin ile yarışan atropindir. 0,02-0,05 mg/kg dozunda intravenöz ya da intraosseöz verilmektedir. Asetilkolin enzimini reaktif eden oksimler; daha çok pralidoksim (PAM) kullanılmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü, atropin ihtiyacına yönelik belirtiler veren bütün hastalara PAM tedavisi başlanmasını öner-

mektedir. En az 30 dk'lık infüzyon şeklinde 25-50 mg/kg (en çok 2 g/doz) yükleme dozu önerilmektedir. Ardından 10-20 mg/kg/saat'lik infüzyon tedavisine geçilebilir.³ PAM'ın AChE enzimini reaktif etme etkisi organofosfatın türü ve plazma konsantrasyonu ile ilişkili olup klinik yanıt süresi değişebilmektedir. Olgumuzda yanıt ikinci günden sonra alınmıştır.

Çocuklarda organofosfat zehirlenmeleri çok farklı bulgu ve belirtilere yol açtığından ayırıcı tanısı acil şartlarda zor olabilmektedir. Literatürde Akyıldız ve ark., diyabetik ketoasidoz (DKA) tablosu ile uyumlu, Shahid ve ark. ise DKA kliniğini taklit eden organofosfat zehirlenme olguları bildirmişlerdir.^{6,7} Waheed ve ark., standart antiepileptik tedaviye yanıt vermeyen status epileptikus tablosunda nadir bir kolinerjik zehirlenme olgusu bildirmişlerdir.⁸ Olgumuz ise belirti ve bulguları kolinerjik zehirlenme ile uyumlu olmasına rağmen öykü ile desteklenmiyordu.

Hastanın değerlendirilmesinde fizik muayene ve öykü birbirini tamamlayıcı unsurlardır. Tutarlı olmayan durumlarda öykü ayrıntılandırılmalı ve yenilenmelidir. Hasta yakınları bazen önemsiz ol-

duğunu düşündükleri konuları uzmanlara söylemekten kaçınabilmektedir. Bazen bu tutarsızlığın ihmal/istismar yüzünden de olabileceği hatırlanmalıdır. Olgumuzda olduğu gibi şüphe durumunda ailelerden gerekli bilgilendirmeler yapılarak yeniden öykü alınması gerekebilir. Özellikle üçüncü basamak acil servislere getirilen hastalar, önceden bir hekim tarafından değerlendirilmiş olup, sıklıkla ön tanılar ile yönlendirilmektedir. Acil hekimlerinin ise ön tanılara şartlanmadan hastayı kapsamlı değerlendirmesi çok önemlidir.

SONUÇ

Organofosfat-karbamat zehirlenmelerinde doğru tanı, zamanında ve uygun tedavi prognozu etkileyen önemli etmenlerdir. Farklı ön tanılar ile gönderilmiş bile olsa kolinerjik toksidrom bulguları saptandığında zehirlenme olasılığı akla gelmeli, zaman kaybetmeden tetkik ve tedavi planı yeniden düzenlenmelidir.

Çıkar Çatışması

Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması bildirmemiştir.

KAYNAKLAR

1. Yılmaz HL. [The approach to common endemic poisonings]. Yıldızdaş RD, Yılmaz HL, editörler. Çocuk Yoğun Bakımı El Kitabı. 1 Baskı. Adana: Akademisyen Kitabevi; 2011. p.723-48.
2. Özcan N, İkindioğulları D. [2008 Study Summary Report of National Poison Information Center]. Turk Hij Den Biyol Der 2009; 66 (ER-3):29-58.
3. Yılmaz HL, Çıtak A, Güzel A. [Toxicological emergencies]. Karaböcüoğlu M, Yılmaz HL, Duman M, editörler. Çocuk Acil Tıp-Kapsamlı ve Kolay Yaklaşım. 1. Baskı. 2. Cilt. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi; 2012. p.1679-84.
4. Budhathoki S, Poudel P, Shah D, Bhatta NK, Dutta AK, Shah GS, et al. Clinical profile and outcome of children presenting with poisoning or intoxication: a hospital based study. Nepal Med Coll J 2009;11(3):170-5.
5. Tomruk Ö, Öğüt S, Gökben Çetin N. [Assessment of the pesticide poisoning admitted to emergency medicine]. Akademik Acil Tıp Dergisi 2009;8(4):33-7.
6. Akyıldız BN, Kondolot M, Kurtoğlu S, Akın L. Organophosphate intoxication presenting as diabetic keto-acidosis. Ann Trop Paediatr 2009;29(2):155-8.
7. Shahid M, Sarfaraz A, Mahar SA, Asghar A, Nakeer R. Organophosphorus poisoning presenting as diabetic ketoacidosis: a real challenge for the endocrinologist. Journal of College of Physicians and Surgeons Pakistan 2014;24(11):877-8.
8. Waheed S, Sabeen A, Ullah Khan N. New onset refractory status epilepticus as an unusual presentation of a suspected organophosphate poisoning. Case Rep Emerg Med 2014;2014:676358.