

Böcek ısırmasından sonra gelişen ARDS

ARDS Developed Following an Insect Bite
Anesteziyoloji ve Reanimasyon

Başvuru: 08.11.2013
Kabul: 08.02.2014
Yayın: 06.03.2014

Figen Tunalı Türkdoğan¹, Orhan Akpınar¹, Ertan Sönmez², Kenan Ahmet Türkdoğan², Cahit Yılmaz²,
Mücahit Kapçı¹

¹ Isparta Devlet Hastanesi
² Bezmialem Vakıf Üniversitesi

Özet

Akut respiratuar distres sendromu (ARDS) her iki akciğeri de eşit etkileyen, nonkardiyojenik, diffüz infiltrasyonla karakterize, oksijen tedavisine cevap vermeyen akut solunum yetmezliği bozukluğudur. ARDS'ye bağlı ölümlerin çoğu ilk 2-3 hafta içinde olur, daha erken ölümler altta yatan primer hastalıkla ilgilidir. ARDS'de ister pulmoner olsun ister ekstrapulmoner olsun, akciğerde oluşan patofizyolojik değişiklikler farklılık göstermez. İlk 24 saatteki eksudatif faz bazen silik ve karışık tablo ile karşımıza çıkabilir ve sonraki 7-10. günlerde fibroproliferatif faza geçebilir. Nadir gözlenen ekstrapulmoner nedenlerden olan böcek ısırmasına bağlı gelişen ve ilk 24 saatte oluşan ARDS olgusunu sunmak istedik.

Anahtar kelimeler: Acil servis, Böcek sokması ARDS

Abstract

Acute respiratory distress syndrome (ARDS) is a non-cardiogenic acute respiratory failure disorder which equally affects both the lungs, characterized by diffuse infiltration and unresponsive to oxygen therapy. Most of the deaths due to ARDS occur within the first 2-3 weeks, while earlier deaths resulted from the underlying primary disease. Pathophysiological changes occurring in the lung don't differ, regardless ARDS is pulmonary or extrapulmonary. Exudative phase may be encountered as obscure and complex manifestation within the first 24 hours and may shift to the fibroproliferative phase in 7-10 days. We presented a case of ARDS developed due to insect bite, which is rarely observed and occurred within the first 24 hours.

Keywords: Emergency service, Insect bites ARDS

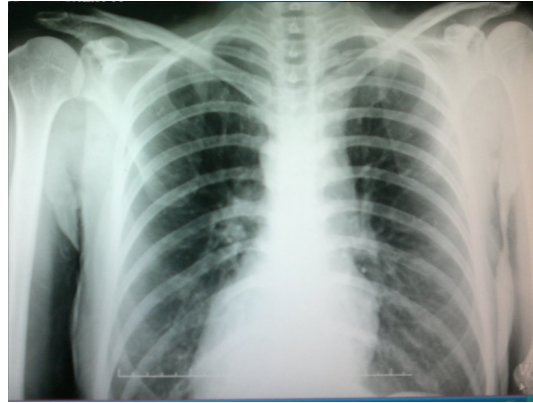
Giriş

Akut respiratuar distres sendromu (ARDS) her iki akciğeri de içine alan nonkardiyojenik özellikteki diffüz infiltrasyonla karakterize, oksijen tedavisine cevap vermeyen akut solunum yetmezliği sendromudur¹. Pulmoner veya ekstrapulmoner nedenlere bağlı olarak gelişebilir ve risk faktörleri içinde sepsis en sık nedendir. ARDS'na bağlı ölümlerin çoğu başlangıçtan itibaren 2-3 hafta içinde olur. Daha erken ölümler altta yatan primer hastalıkla ilgilidir. Tedavi edilerek yoğun bakımdan çıkarılan hastalar normal yaşantılarına dönerler ve akciğer fonksiyon testlerinin düzelmesi için 3-6 aylık bir süreye ihtiyaç vardır. Yaşayan birçok hastada akciğer fonksiyon testleri ve egzersiz toleransı, hastalığın şiddeti, altta yatan sebep ve daha önceki duruma bağlı olarak düzelir². ARDS'de ister pulmoner olsun, ister ekstrapulmoner olsun, akciğerde oluşan patofizyolojik değişiklikler farklılık göstermez. Akciğerde oluşan hasarın başlamasını takiben, kliniğin başladığı ilk 24 saat içindeki eksudatif fazı, daha sonraki 7-10. günlerde fibroproliferatif faz takip eder³. Sunmak istediğimiz olguyla, ender karşılaşılabilecek bir durum olan böcek sokması sonrası gelişen ARDS olgusunu literatür ışığında paylaşmak istedik.

Olgu Sunumu

Dizüri ve karın ağrısı şikayeti üzerine sıvı replasmanı ve medikal tedavisi yapılan 62 yaşında bayan hasta

şikayetlerinin düzelmemesi ve eklem ağrılarının olması nedeniyle acilimize saat 23:00 sularında sevk edildi. Özgeçmişinde özellik olmayan hastanın vital bulguları stabildi. Hastanın muayenesinde karın sağ alt kadranda hassasiyet vardı. Kostavertebral açı hassasiyeti olmayan hastanın iskelet kas sisteminde eklem hareketlerinde hassasiyeti mevcuttu. Ekstremitelerde hiperemi, ısı artışı veya dolaşım defisiti yoktu. Tetkiklerinde, beyaz küresi $10.2 \times 10^3/\text{ul}$, hemoglobin 11 g/dl, trombosit $232 \times 10^3/\text{ul}$ idi. Biyokimyasal testleri normal olan hastanın tam idrar tetkikinde +4 eritrosit mevcut idi. Çekilen ilk posteroanterior akciğer grafisi (PA AC) normaldi. Destek tedavisi ile beraber acilde gözlenmeye başlanan hasta 07:00 sularında nefes darlığı ile beraber kollarındaki ağrının arttığını belirtti. Muayenesi tekrarlanan hastanın dinlemekle AC sesleri azalmış olarak duyulmaktaydı. Elektrokardiyografi (EKG)'sinde sinüs taşikardisi vardı. Hastanın PA AC grafisinde bilateral interstisyel infiltrasyon görüldü. Bilinci bulanıklaşan hastaya ventüri maske ile FiO_2 yaklaşık 0.45 den oksijen verildi. Alınan kan gazındaki Ph' sı 7.44, PO_2 65 mmHg, PCO_2 si 35 mmHg, HCO_3 si 24 mmol/l, base excess +1.42. Hastanın klinik durumundaki hızlı kötüleşme nedeniyle yakınlarından tekrar detaylı bilgi alındı. İlk anamnezinden farklı olarak sabah saatlerinde bahçede çalışırken küçük bir böcek tarafından sol el 2. parmakta ısırıldığı öğrenildi. ARDS ön tanısı düşünülen hasta entübe edildi ve anestezi yoğun bakıma yatırıldı. Senkronize aralıklı zorunlu ventilasyon basınçlı moda mekanik ventilatör tedavisine başlandı. 26 saat sonra extübe edilen hasta, yatışının 7. günü taburcu edildi.



Şekil 1A : İlk başvuru PA AC grafisi



Şekil 2A : ARDS tablosu gelişen ikinci PA AC grafisi

Tartışma ve Sonuç

ARDS, direkt akciğeri ilgilendiren sebeplerden (pulmoner ARDS) veya sistemik bir hastalığa sekonder (ekstrapulmoner ARDS) olarak gelişebilir¹. Bizim olgumuzda ARDS ekstrapulmoner nedene bağlı gelişmiştir.

Akciğerlerde, ekstrasvasküler akciğer sıvısının artması, kompliyansın düşmesine, dolayısı ile solunum işinin artmasına neden olur. Ventile olmayan akciğer alanlarında devam eden perfüzyon nedeniyle oksijen tedavisine rağmen hipoksemi devam eder. Bu safhada akciğer röntgeninde bilateral infiltrasyon, bilgisayarlı tomografide alveol içinde homojen olmayan görüntüler tesbit edilebilir⁴. Bizim olgumuzda da ilk 24 saatte hipoksemi gelişmiş ve oksijen tedavisine cevap alınamamıştır. Çekilen ikinci AC filminde bilateral interstisyel tutulum gelişmiş olup plevral efüzyon yoktu.

ARDS konusunda son tanımlamaların yapıldığı Berlin Kriterlerine göre; akut akciğer hasarı (ALI) terimi kaldırıldı ve ARDS hafif ($200 < PaO_2/FiO_2 \leq 300$), orta ($100 < PaO_2/FiO_2 \leq 200$) ve ciddi ($PaO_2/FiO_2 \leq 100$) olarak 3'e ayrıldı⁵. Bizim vakamızda FiO_2 'si 0.45 den oksijen verdiğimizden parsiyel oksijen basıncı 65 mmHg idi. PaO_2/FiO_2 oranı 144 olduğu için orta derece ARDS kabul edildi.

ARDS'li hastalarda çocukluk yaş grubunda özellikle 3 yaş altında yabancı cisim, epiglottit ve krup, erişkinlerde astım, kronik obstrüktif akciğer hastalığı alevlenmesi, kalp yetmezliği ve pulmoner tromboemboli mutlaka dışlanmalıdır. Bizim hastamızın EKG'sinde pulmoner arter basıncı ve ejeksiyon fraksiyonu normaldi. Arterial kan gazında tip 2 solunum yetmezliği yoktu.

Akrep, yılan ve çeşitli böcek sokmalarında acile başvuran hastalar kliniğine göre 6-8 saat acilde takip edilmeli ya da hasta yakınlarına evde takip konusunda detaylı bilgi verilmelidir. Şikayetleri gerilemeyen ve kliniğinde tam rahatlama gözlenmeyen hastalar acilden kesinlikle taburcu edilmemeli ve taburcu olmaları için acele edilmemelidir.

Kaynaklar

1. Özyurt Y, Erkal H, Demirhan R, Arıkan Z. ACUTE RESPIRATORY DISTRESS SYNDROME (ARDS). Turkish J Thorac Cardiovasc Surg 2002;10:126-130
2. McIntyre RC Jr et al. Thirty years of clinical trials acute respiratory distress syndrome. Crit Care Med 2000;28:3314-31.
3. Elliott CG. Pulmonary sequelae in survivors of the adult respiratory distress syndrome. Clin Chest Med 1990;11:789-800.
4. Desai SR. Acute respiratory distress syndrome: Imaging of the injured lung. Clin Radiol 2002;57:8-17.
5. Ferguson ND et al. The Berlin definition of ARDS: an expanded rationale, justification, and supplementary material. Intensive Care Med. 2012 Oct;38(10):1573-82. Epub 2012 Aug 25.

Sunum Bilgisi

TATKON 2013 Acil Tıp Kongresinde Poster olarak sunulmuştur.