



BOY KISALIĞI: OLGU SUNUMU (PROBLEME DAYALI HASTA SUNUMU)

SHORT STATURE: CASE REPORT (PROBLEM BASED PATIENT REPORT)

Sevgi MİR

Neşe ÖZKAYIN

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Pediatrik Nefroloji Bilim Dalı, Bornova, İzmir

Anahtar Sözcükler: boy kısalığı, vesikoüreteral reflü.

Key Words: short stature, vesicoureteral reflux.

ÖZET

Kısa boylu çocuk, pediatri kliniğinde en sık gündeme gelen konudur. Bu çalışmada da boy kısalığı olan 6 yaşındaki hasta etiyolojik nedenler açısından tartışılmaktadır. Hasta doğumdan beri büyüme geriliği, gece idrar kaçırma ve son bir yıldır tekrarlayan karın ağrısı yakınmalarıyla başvurmuştur. Olgunu ağırlığı 10-25 p olsa da boyu < 3 p altında olması nedeniyle boy kısalığı ile uyumlu bulunmuştur. Yapılan incelemeler sonucu boy kısalığı patolojik ve orantılı olarak değerlendirildi. Prenatal nedenler ekarte edildikten sonra postnatal nedenler arasında kronik hastalıklar araştırılmıştır. İdrar yolu enfeksiyonu (İYE) saptanan hastada renal hastalıklar açısından yapılan incelemeler sonucu 5. derece vesikoüreteral reflü (VUR) saptanmıştır. Oksibutin ve antibakteriyel profilaksi ile tedavi sonrası izlemin 5. ayında hastanın boyunun 3-10 p'e yükseldiği gözlenmiştir.

SUMMARY

Short stature is a very frequent problem in pediatric clinics. In this report 6 years old short statured patient is discussed about etiologic factors. The patient was admitted with the symptoms of growth retardation, nocturnal enuresis and recurrent abdominal pain for a year. On physical examination, weight was 10-25 p whereas height was < 3 p. On evaluation, short stature was pathologic and proportional. After the exclusion of prenatal causes, we examined the patient for postnatal factors causing short stature. Patient was evaluated for renal disease due to urinary tract infection and 5th degree vesicoureteral reflux was detected. After treatment with oxybutynin and antibacterial prophylaxis, height of the patient was increased to 3-10 p at the 5th month follow up.

GİRİŞ

Büyüme, çocukluk döneminin en önemli özelliğidir. Büyüme, birçok faktörün birbiriyle etkileşimi sonunda ortaya çıkan kompleks bir olaydır. Bunların başında genetik ve çevresel faktörler gelmektedir. Enfeksiyon hastalıkları, kronik hastalıklar, beslenme ve psikososyal yapıdan meydana gelen çevre faktörünün büyüme üzerine çok belirgin etkisi olduğu gösterilmiştir (1).

Büyümenin izlemi çocuğun sağlığının değerlendirilmesi ve izleminde kullanılır. Büyüme sırasındaki bir duraksama veya yavaşlama bir enfeksiyon veya bir hastalığın erken bulgusu veya emosyonel bir bozukluğun belirtisi olabilir; kronik bir hastalıkta büyüme hızının düzeltilmesi tedavinin etkinlik derecesini belirleyen bir gösterge olabilir. Büyümenin izleminde kullanılan boy, büyümede en yavaş etkilenen değişkendir. Bu nedenle, boy kısalığı ile gelen her çocukta kronik hastalıklar araştırılmalıdır (2). Bu yazıda, büyümedeki bir duraksama veya yavaşlamanın bir hastalığın erken bulgusu olabileceği vurgulanmak istenmiştir.

Yazışma adresi: Sevgi Mir, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi
Pediatrik Nefroloji Bilim Dalı, Bornova, İzmir

Makalenin geliş tarihi: 09. 07. 2002 ; kabul tarihi: 22. 11. 2002

OLGU SUNUMU

Altı yaşında kız hasta doğumdan beri büyüme geriliği, geceleri idrar kaçırma ve bir yıldır tekrarlayan karın ağrısı yakınmalarıyla başvurmuştur. Öyküsünde doğumdan itibaren yaşlılarından ağırlık ve boyca geri olduğu ifade edilen hastanın aynı zamanda geceleri idrar kaçırmalarının da olduğu belirtilmiştir. Son 1 yıldır zaman zaman tekrarlayan, ateş yüksekliğinin eşlik ettiği karın ağrıları tanımlanmaktadır. Öz geçmişi 37 haftalık olarak NspD ile 2900 gr (50-75 p), 49 cm (50-75 p) doğduğu ifade edilmiştir. Soy geçmişi anne-baba arasında akraba evliliği tanımlanmıştır. Anne boyu 155.4 cm (25-50 p), baba boyu 173 cm (25-50 p). Onsekiz yaşında sağlıklı bir erkek kardeşi olan hastanın. Fizik bakıda özellikleri ağırlık 16.6 kg (10-25 p), boy 102 cm (< 3 p). KN: 72/dk SS: 28/dk KB: 100/70 mmHg (yaşa ve cinse göre sistolik 50-75p, diastolik 75-90p; boya ve cinse göre sistolik 90p, diastolik 90-95 p). Baş boğaz bakışı, solunum ve kardiyovasküler sistem, karın muayenesi normal olarak değerlendirilmiştir. Genital bakışında haricen kız ve prepubertal dönemde (Tanner 1) olduğu gözlenmiştir.

Tablo 1. Laboratuvar incelemeleri

Hemogram	Hb 10 gr/dL, Hct % 33.3, MCV 77.6 fi, BKH 8.400 /mm ³ , PLT 398.000 /mm ³ Periferik yayma: % 52 PNL ve % 48 lenfosit, hemoliz bulgusu yok.
Akut faz reaktanları	Eritrosit sedimentasyon hızı 70 mm/saat, CRP 1.38 mg/L
Rutin idrar	Miktar: 600 cc/G (1.5 cc/ kg/s) Görünüm: Sarı bulanık. Dansite 1015 pH 6.5 Nitrit (+) Sediment: Bol lökosit ve bol bakteri.
İdrar KAB	10 ⁶ koloni/ml E. Coli.
Biokimyasal tetkikler	T. kolesterol 223 mg/dL (75-90 p), TG 170 mg/dL (> 95 p), HDL 33 mg/dL (< 5 p), LDL 125 mg/dL (90 p), Fe 34 mikrogr/dL, DBK 154 mikrogr/dL, TS % 22
El bilek grafisi	Kemik yaşı 3.5 yaş ile uyumlu.
Anti-endomisyum antikor	(-)
Akciğer grafisi	Normal.

TARTIŞMA

Hastanın değerlendirmesinde öncelikle şu sorulara yanıt arandı.

1) Bu hastada boy kısalığı var mı?

Fizik bakıda ağırlık 16.6 kg (10-25 p, SDS = -1.05), boy 102 cm (< 3 p, SDS = -2.26) olan hastada boy kısalığı mevcuttur.

2) Boy kısalığı patolojik mi?

Ailesel ve yapısal boy kısalıkları patolojik olarak kabul edilmemektedir (3). Bu açıdan değerlendirdiğimizde hastanın takvim yaşı = 6 yaş, kemik yaşı = 3 yaş, boy yaşı =

4 yaş'tı. Takvim yaşı > boy yaşı > kemik yaşı olarak belirlenmiştir. Ailesel boy kısalığında takvim yaşı = kemik yaşı > boy yaşı; yapısal boy kısalığında ise takvim yaşı > kemik yaşı = boy yaşı'dır. Bulgular bunlarla uyumlu olmadığından hastanın boy kısalığı patolojik olarak değerlendirilmiştir.

3) Boy kısalığı orantılı mı, yoksa orantısız mı?

Bu konuda yol gösterici olan ayrıntılı ölçümlerden, baş çevresi 51 cm, göğüs çevresi 55 cm, kulaç uzunluğu 102 cm, oturma boyu 56.4 cm (SDS = -4.15), baş-pubis uzunluğu 56 cm, oturma yüksekliği/boy = % 55.2 (SDS = +0.31) bulunmuştur. Baş pubis/pubis ayak oranı = 1 olduğundan hastada orantılı boy kısalığı vardı.

4) Boy kısalığının etiolojisinde neler düşünülmelidir? Orantılı boy kısalığı nedenleri prenatal veya postnatal olabilir (4). Doğum ağırlığı ve boyunun gestasyon yaşına göre 50-75 p olması, dismorfik özelliklerinin olmaması prenatal nedenlerden uzaklaştırmıştır. Kronik hastalıklar, malnütrisyon, endokrin bozukluklar ve psikososyal nedenler postnatal nedenli boy kısalığı ile sonuçlanmaktadır. Glomerüler filtrasyon oranı 99 ml/dk olarak normal sınırlarda saptanan olgunun idrar KAB'da E. coli ürettiğinden kronik nedenlerden renal hastalıklar ön planda düşünülmüştür. Bunlardan VUR'a sık rastlanır. Normal popülasyonda oran % 0.4-1.8 iken üriner enfeksiyon saptananlarda oran % 30-50'a yükselmektedir (5). İstenen karın ultrasonografi (USG)'da bilateral böbrek ekosu artmış olup bilateral böbrek uzun akslarının 7 cm, parankim kalınlıklarının 8 mm olduğu, sağ toplayıcı sistem normal olmasına rağmen solda hidroüreteronefroz gözlenmiştir. İleri tetkik olarak yapılan miksiyosistüroretrografi (MSUG)'da solda 5. derece VUR saptandı. Zaten, VUR'un özelliği, genellikle üriner enfeksiyon sırasında tanı konmasıdır (6).

VUR renal parankim hasarına neden olabilir. Yapılan çalışmalarda VUR'un böbreğe zarar vermesi için intrarenal reflü gerekliliği ortaya konmuştur. İntrarenal reflü, idrar steril olduğunda çok uzun dönemde ve yüksek basınçlarda skarlaşmaya yol açarken, enfeksiyon varlığında daha hızlı skarlaşmaya neden olmaktadır (7). İYE geçiren hastanın renal skar açısından statik renal sintigrafi (DMSA) ile değerlendirilmesinde uptake solda % 43, sağda % 57, total % 29.7 olarak değerlendirilmiştir. Sol üst polde belirgin kontür defekti, sol alt polde rölatif hipoaktivite, sağ üst lateral kenarda kortikal defektif alan gözlenmiştir. 46 mikrogr/dakika düzeyinde mikroalbüminüri saptandı. Sonuç olarak, hastada İYE, VUR ve renal skar (VUR nefropatisi) saptanmıştır.

5) Hastanın tedavisini nasıl yönlendirilmelidir?

İdrar KAB'da E. coli üreyen hastaya öncelikle akut İYE tedavisi verilmelidir. 30 mg/kg/gün dozunda sefuroksim tedavisi verilen hastanın tedavisinin 3. gününde tekrar idrar KAB alınmıştır. Klinik düzelme gözlenen hastanın kontrol KAB'da da üreme olmaması nedeniyle tedavi 10

güne tamamlanıp daha sonra 5 mg/kg/gün dozunda gece yatarken tek doz halinde profilaksiye geçilmiştir. Profilaksinin 2. gününde ve daha sonra aylık idrar KAB kontrolleri ile hasta izlenmiştir. Bu izlem sonucu hastanın karın ağrıları tekrarlamayıp idrar KAB'larında da üreme olmamış, buna rağmen idrar kaçırılmaları devam ettiği için mesane disfonksiyonundan kuşkulananlar ürodinami yapılmıştır. Ürodinamide kapasitesi azalmış ve kompliyansı normal mesane yanısıra instabil kontraksiyonlar gözlemlenmiştir. İnstabil mesane nedeni ile profilaksiye 0.3 mg/kg/gün dozunda oksibutin eklenmiş, ayrıca İYE eğitimi verilmiştir. Bu tedavi sonrası idrar kaçırılmalarında düzelme sağlanmıştır. Hastada profilaktik antibiyotik tedavisi ile İYE'nun baskılanarak ve antikolinergik tedaviyle mesane instabilitesi düzeltilerek yeni skar oluşması engellenmeye çalışılmıştır.

6) Hastanın büyümesinde ilerleme olmuş mudur? Beş aylık izlemi sonunda ağırlığı 18 kg (10-25 p, SDS = -0.6), boyu 106 cm (3-10 p, SDS = -1.5)'e yükselmiştir.

7) Hastanın bundan sonraki izleminde neler planlandı?

Enürezis yakınmaları kaybolan hastanın 6. ayda yapılacak sistometri bulgularıyla birlikte antikolinergik tedavinin sonlandırılması, yinelenen MSUG ile VUR tedavi şekli ve kontrol DMSA ile izlemi yapılacaktır. Bunun yanısıra, hastanın ağırlık, boy ve mikroalbüminüri yönünden de izlemi planlanmaktadır.

Sonuç olarak: Büyümenin izlemi çocuğun sağlığının değerlendirilmesi ve izleminde çok önemlidir. Büyüme sıradaki bir duraksama veya yavaşlama bir enfeksiyon veya bir hastalığın erken bulgusu olabilir. Büyümenin izleminde kullanılan boy, büyümede en yavaş etkilenen değişkendir. Bu nedenle, boy kısalığı ile gelen her çocukta kronik hastalıklar araştırılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Egemen A, Akşit S. Büyüme ve gelişme. A. Cura ed, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, İzmir, EÇV yayınları 1999; S 1-12.
2. Hintz RL, Ritzen M. Short stature. Practical Algorithms in Pediatric Endocrinology. ed: Hochberg Z. Karger 1998 4-6.
3. Lifshitz F, Cervantes CD. Short stature. Lifshitz F. Ed. Marcel. Pediatric Endocrinology.3 rd. Marcel Dekker İne, New York, 1996:1-18.
4. Bauchner H . Failure to Thrive, Behrman, Kliegman, Arvin. Nelson Textbook of Pediatrics 15th W.B. Saunders Company. USA 1996: 122-123.
5. Belman AB. Vesicoureteral reflux. Ped Clin North Am 1997; 44: 1171-1190.
6. Tekgül S. Veziköüreteral reflü. İmran Özalp, Murat Tuncer, ed. Katkı Pediatri Dergisi. Ankara: 1998;42-49.
7. H. Gil Rushton JR. Vesicoureteral Reflux and scarring (T. Martin Barrat, Ellis D. Avner, William E. Ed. Pediatric Nephrology 4th edition. A Wolters Kluwer Company. USA. 1999 ; 851-871.