

Yenidoğanda Ciddi Solunum Sıkıntısı Nedeni: Bir Laringo- Trakeomalasi Olgusu

Serdar Cömert, Ayça Vitri nel, N. Ayça Gül, Feza Aksoy, Yasemin Akın,
Turgut Ağzıkuru, Gülay Çiler Erdağ

Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1. Çocuk Kliniği, İstanbul

ÖZET

Yenidoğanda ciddi solunum sıkıntısı nedeni: Bir laringo-trakeomalasi olgusu

Yenidoğanda üst solunum yolu tıkanıklığı nadirdir. Yenidoğanda solunum sıkıntısı yaratabilecek hava yolu tıkanıklıkları nazal-nazofarengeal, oro-orofarengeal, larengeal ve trakeal lezyonlardır. En sık semptom stridor iken siyanoz, apne, dispne, retraksiyonlar, hiperkapni, beslenme güçlüğü, anormal ağlama, öksürük görülebilir. Laringomalasi yenidoğanda stridorun en sık nedenidir. Trakeal hava yolu anomalilerinden en sık görüleni de trakeomalasidir. Tedavi hafif olgularda konservatif iken, ciddi olgularda cerrahi tedavi ve trakeotomi gerekebilmektedir.

Normal spontan vajinal doğum ile 3500g doğan, doğum odasında resüsite edilerek pozitif basınçlı ventilasyon uygulanan, fizik muayenesinde hipotonisite, siyanoz ve inspiratuar stridor saptanan bebek Yenidoğan Ünitesine yatırıldı. Solunum sıkıntısı izlemde artan, kan gazlarında kötüleşme saptanması üzerine entübe edilerek ventilatör desteği verilen olguda yapılan bronkoskopi sonrasında laringomalasi ve trakeomalasi tespit edildi ve trakeostomi açıldı. Yenidoğan döneminde sık görülen ve çoğu kez konservatif tedavi ile ilerki aylarda düzelen laringomalasinin, ağır formlarının ileri derecede solunum sıkıntısına neden olabileceği ve trakeomalasi ile birlikteğinde cerrahi girişim gerekebileceğini vurgulamak amacıyla bu olguyu sunduk.

Anahtar kelimeler: Yenidoğan, solunum sıkıntısı, laringomalasi, trakeomalasi

Yenidoğanda Ciddi Solunum Sıkıntısı Nedeni: Bir Laringo- Trakeomalasi Olgusu

Serdar Cömert, Ayça Vitrinel, N. Ayça Gül, Feza Aksoy, Yasemin Akın,
Turgut Ağzıkuru, Gülay Çiler Erdağ

Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1. Çocuk Kliniği, İstanbul

ABSTRACT

Cause of severe respiratory distress in a newborn: a case of laryngo-tracheomalacia

Upper airway obstruction in neonatal period is rare. The obstructive airway anomalies that may cause respiratory distress in newborns are nasal-nasopharyngeal, oral-opharyngeal, laryngeal and tracheal lesions. The most common symptom is stridor. Apnea, cyanosis, dyspnea, retractions, hypercapnia, feeding intolerance, abnormal cry and cough may be seen. The most common cause of stridor in neonatal period is laryngomalacia. Tracheomalacia is the most frequent type of tracheal airway anomaly. Though in mild cases treatment is conservative, severe cases may require surgery and tracheotomy.

A child born 3500 g. with spontaneous vaginal delivery, resuscitated in the delivery room with positive pressure ventilation was admitted to the Neonatology Unit with findings of hypotonia, cyanosis and inspiratory stridor. The child developed severe respiratory distress and due to worsening of blood gases she was intubated and ventilated with mechanical ventilation. Since severe laryngomalacia and tracheomalacia were observed during bronchoscopy, the child was operated to perform tracheostomy. With this case report we tried to emphasize that although laryngomalacia frequently observed during neonatal period usually disappears with conservative treatment, severe forms of the disease may cause severe respiratory distress in newborns and surgical treatment may also be needed in coexistence with tracheomalacia.

Key words: Neonate, respiratory distress, laryngomalacia, tracheomalacia

Bakırköy Tıp Dergisi 2006;2:104-105

GİRİŞ

Yenidoğanda üst solunum yolu tıkanıklığı nadirdir. Yenidoğanda solunum sıkıntısı yaratabilecek hava yolu tıkanıklıkları nazal-nazofarengeal, oro-orofarengeal, larengeal ve trakeal lezyonlar olarak sınıflandırılabilir. En sık semptom stridordur. Siyanoz, apne, dispne, retraksiyonlar, hiperkapni, beslenme güçlüğü, anormal ağlama, öksürük görülebilir. Laringomalasi yenidoğanda stridorun en sık nedenidir. Trakeal hava yolu anomalilerinden en sık görüleni de trakeomalasi-dir. Tedavi hafif olgularda konservatif iken, ciddi olgularda cerrahi tedavi ve trakeotomi gerekebilmektedir.

Yenidoğan döneminde sık görülen ve çoğu kez konservatif tedavi ile ileriki aylarda düzelen laringomalasinin ağır formlarının ileri derecede solunum sıkıntısına neden olabi-

leceği ve trakeomalasi ile birlikteliğinde cerrahi girişim gerekebileceğini vurgulamak amacıyla bu olguyu sunduk.

OLGU

Normal vajinal doğum ile 40 haftalık olarak doğan canlı kız bebek, doğum sonrası hipotonisite, siyanoz ve inspiratuar stridor saptanması üzerine Yenidoğan Ünitesi'ne yatırıldı. Doğum tartısı 3500g, boy 50cm, baş çevresi 35 cm idi. Genel durum kötü, nabız 156/dakika, aksiller vücut ısısı 37°C idi. Tonus azalmış, solunum sıkıntısı mevcut ve siyanoze idi. Solunum sistemi muayenesinde solunum 80/dakika, interkostal çekilme, burun kanadı solunumu ve inspiratuar stridoru vardı. Kardiovasküler ve gastrointestinal sistem muayenesi doğaldı. Nörolojik muayenede tonus azalmış, yenidoğan refleksleri zayıf olarak alınıyordu. Prenatal öyküsünde özellik yoktu. Annenin doğum öncesi takibi düzenli değildi. Natal öyküsünde 41 yaşındaki annenin 4. gebeliğinden normal spontan vajinal doğum ile miadında, tartısı 3500 g, 1. dakika Apgar 3, 5. dakika Apgar 5 olarak doğmuş ve doğum odasında pozitif basınçlı ventilasyon uygulanmıştı. Soy geçmişinde an-

Yazışma adresi / Address reprint requests to: Serdar Cömert
Dr. Lütfi Kırdar Kartal EAH, 1.Çocuk Kliniği, İstanbul

Telefon / Phone: +90-216-441-3900/2537

Elektronik posta adresi / E-mail address: serdarcomert@superonline.com

Geliş tarihi / Date of receipt: 20 Nisan 2006/ April 20, 2006

Kabul tarihi / Date of acceptance: 7 Haziran 2006 / June 7, 2006

ne baba sağlıklı, akraba evliliği yoktu. Doğum odasında resüsitasyon sonrası hipotonisite, siyanoz ve inspiratuar stridoru devam eden bebek Yenidoğan Ünitesi'ne yatırıldı. Başlık ile oksijen desteği verilen olgunun oksijen saturasyon değerlerinde düşme, huzursuzluk ve solunum sıkıntısında artış olması kan gazlarında hiperkarbi saptanması nedeniyle entübe edilerek mekanik ventilatöre bağlandı. Laboratuar tetkiklerinde hematokrit %60, hemoglobin 20g/dl, beyaz küre 21700/mm³, trombosit 101 000/mm³, periferik yayması normal; biokimyasal testlerinde özellik yoktu. Akciğer grafisinde patoloji saptanmadı. Elektrokardiografisi normal idi. Arter kan gazında paCO₂ 60 mmHg olarak saptandı. Bu bulgularla olguya yapılan direkt laringoskopik muayene sonrası vokal kordların doğal, paralizisi olmadığı ve laringomalasi tespit edildi. Olgunun ekokardiografisinde özellik saptanmadı. Kranial ultrasonografisi normal idi. Özefagus pasaj grafisinde patoloji yoktu. Toraks yüksek rezolüsyonlu bilgisayar tomografisi normal olarak değerlendirildi. Doğumdan hemen sonra başlayan inspiratuar stridor ve entübasyon gerektirecek kadar ağır solunum yetmezliğine neden olan etyolojiyi aydınlatmak amacıyla olguya fleksibl bronkoskopik muayene yapıldı. Yapılan muayenede nazofarenksten itibaren yumuşak dokunun çok gevşek özellikte olduğu, belirgin laringomalasi ve trakeomalasi gözlemlendi. Olguya trakeostomi açılarak hava yolu açıklığı sağlandı.

TARTIŞMA

Yenidoğanda üst solunum yolu tıkanıklığı nadirdir. Tıkanıklığın yeri ve derecesine bağlı olarak çoğunlukla dramatik ve ciddi solunum sıkıntısı vardır. Larenks ve trakeayı etkileyen anomalilerde gürültülü solunum ve sıklıkla inspiratuar stridor vardır (1). Doğumda veya yaşamın ilk birkaç haftası içinde solunum sıkıntısına yol açabilir. En sık semptom stridordur. Siyanoz, apne, dispne, retraksiyonlar, hiperkapni, beslenme güçlüğü, anormal ağlama, öksürük görülebilir (2). Olgumuzda hemen doğum sonra-

sı başlayan, kan gazlarında kötüleşmeyle birlikte ventilatör gereksinimi yaratan ağır solunum sıkıntısı mevcut idi. Fizik muayenesinde belirgin inspiratuar stridoru, siyanozu ve interkostal çekilme, burun kanadı solunumu saptandı.

Yenidoğanda solunum sıkıntısı yaratabilecek hava yolu tıkanıklıkları nazal-nazofarengal, oro-orofarengal, larengeal ve trakeal lezyonlar olarak sınıflandırılabilir (2). Laringomalasi yenidoğanda stridorun en sık nedenidir ve çocukluk çağı larengeal problemlerin %60'ı oluşturur. Trakeal hava yolu anomalilerinden en sık görüleni de trakeomalasi (3). Trakeomalasi trakea ve bronşların kırıldık desteğindeki yetersizlik sonucu oluşur. Değişik düzeylerde hava yolu tıkanıklığına neden olur. Primer olgular olabileceği gibi trakeoözefageal fistül, bronkopulmoner displazi gibi sekonder nedenlerle de oluşabilir. Ağır formları hayatı tehdit eden apneik ataklar, ekstübasyon zorluğu ve epizodik pnömoni ile başvurabilir (4). Tedavi hafif olgularda konservatif iken, ciddi olgularda cerrahi tedavi ve trakeostomi gerekebilmektedir. %15-20 olguda trakeostomi ihtiyacı olur. Trakeostomi olgumuzun oksijen saturasyon değerlerinin düşmesi, kan gazında hiperkarbi saptanması üzerine uygulanmıştır. Laringomalasi için cerrahi endikasyonlarının oksijen saturasyon değerinin %92'nin altına düşmesi ve gelişme geriliği olarak belirtilmiştir (5).

Laringomalasi ve trakeomalasi olgularının incelendiği bir çalışmada konjenital kalp hastalığı, trakeoözefageal fistül ve sendromlarla birliktelik tanımlanmıştır (6). Eşlik edebilecek anomaliler açısından olgumuzun yapılan tetkiklerinde patoloji saptanmadı.

Yenidoğan döneminde inspiratuar stridora neden olarak solunum sıkıntısı yapabilecek durumlardan ikisi de laringomalasi ve trakeomalasi (3). Çoğu kez ciddi solunum sıkıntısına neden olmayan laringomalasi düşünülen olgularda solunum desteği gerektirecek kadar ağır bir tablo varlığında mutlaka eşlik edebilen diğer anomaliler açısından değerlendirilmesi ve cerrahi tedavi uygulanması gerekmektedir.

KAYNAKLAR

1. Gülsevin T. Solunum sıkıntısı yapan diğer nedenler. Murat Y, Gülşen E (ed). Neonatoloji (2.baskı). Ankara: Alp Ofset Matbaacılık, 2004: s. 468-476.
2. Zeynep İ. Yenidoğanda Solunum Sorunları. Olcay N, Türkan E (ed). Pediatri (3.baskı). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi, 2002: s. 367-68.
3. Altman KW, Wetmore F, Marsh RR. Congenital airway abnormalities in patients requiring hospitalization. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 1999; 125: 525-528.
4. Messineo A, Filler RM. Tracheomalacia. Semin Pediatr Surg 1994; 3: 253-258.
5. Jani P, Koltai P, Ochi JW, Bailey CM. Surgical treatment of laryngomalacia. J Laryngol Otol 1991; 105: 1040-1005.
6. Masters IB, Chang AB, Patterson L, et al. Series of laryngomalacia, tracheomalacia and bronchomalacia disorders and their associations with other conditions in children. Pediatr Pulmonol 2002; 34: 189-195.