

S. Oba, M. Aydoğmuş, Ö. Özbağrıaçık, M. E. Açık, S. B. Pehlivan. Çocuk hastada nadir görülen katater komplikasyonu: Olgu sunumu. Ş.E.E.A.H. Tıp Bülteni 2013;47(1):41-44.

Sayın Editör,

Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteninin 47'inci cilt 1'inci sayısında "Çocuk hastada nadir görülen katater komplikasyonu: Olgu sunumu" başlıklı olgu bildirisini okudum. Okuyucuların yanlış bir izlenim edinmemeleri için aşağıdaki açıklamayı yollamayı uygun buldum.

1. Yazı içerisinde "Hastanın işlem öncesi akciğer grafisi Resim 1'de görülmektedir" denilmektedir. Ancak Resim 1'de hastada port takılı olup preop film olması mümkün değildir.
2. Yazı içerisinde de belirtildiği gibi port kateterin ucu vena kava superior içerisinde olmalıdır. Makale içerisindeki Resim 1 ve Resim 2'de görüldüğü üzere kateterin ucu damar dışındadır. Bu durumda ya işlem sırasında yanlış konumlandırılmış (primer malpozisyon), yada post op ilk gün içinde damar dışına doğru yer değiştirmiştir (sekonder malpozisyon).
3. Port rezervuarı genellikle pektoral kas üzerine yerleştirilir. Pektoral bölgeye yerleştirilmesine engel bir durum (yanık, açık yara, geçirilmiş cerrahi, radyoterapi...) varsa parasternal alan, trapez veya deltoid kas gibi port rezervuarına destek olabilecek sert zeminlere de konulabilir. Ancak bu vakada yine resimlerde görüldüğü üzere rezervuar toraks yan duvarındaki yağ dokusu içerisine bırakılmıştır.
4. İşlem öncesi tüm aparatlar hasta vücuduna yerleştirilmeden önce kontrol edilmelidir. Buna kateter lümeninin yıkanması da dahildir. Kateterde bir delik varsa bu sırada tespit edilmesi mümkündür.
5. Kateterlerin vücuda yerleştirilmesini takiben 24 saat içerisinde kateter çevresinde fibrin kılıf oluşmaya başlar. Kateter uç deliği tıkanıp zaman (ki bu vakada kateter damar içerisinde olmadığı için buna gerek yoktur) aspirasyon yapılamaz, verilen sıvı kateter ucundan geriye ilerleyerek vücut

dışına sızar. Yeni oluşmaya başlayan fibrin kılıfta basınçla kontrast verildiğinde kontrast kateterin etrafında geriye doğru ilerlerken görece zayıf olan alanlarda ekstravaze olur ve Resim 2'dekine benzer bir görünüm oluşturur. Bu durum ayırıcı tanıda göz önünde bulundurulmalıdır. Kateter vücut dışına çekildiğinde fibrin kılıf vücut içinde kaldığı için kateterin üzerinde bir şey görülmez.

6. Subklavian venöz giriş santral venöz kateterizasyona bağlı trombüs ve darlığın en sık sebebidir. Tüm venöz yollar içinde trombüs gelişme ihtimali en düşük yol internal juguler vendir. Subklavian ven darlıkları ileride diyaliz amaçlı fistül açılması gereken durumlarda yeterli akım sağlanamayacağı için o ekstremitenin kullanılmasına engel olur. Subklavian girişte pnömotoraks ve hemotoraks gelişme riski internal jugular ven girişine göre daha fazladır. Pinch-off sendromu subklavian venden yerleştirilen kateterlerde görülür. Bu sebeplerle mümkün olan tüm hastalarda internal jugular ven (özellikle kalbe doğru düz bir izlediği için sağ taraf) tercih edilmesi gerekirken makalede niye sol subklavian yolun tercih edildiği ile ilgili bir açıklama bulunmamaktadır.

Saygılarımla

Uzm. Dr. Nurullah Doğan

Özel Bursa Bahar Hastanesi Radyoloji Servisi,
Kıbrıs Şehitleri Cad. No: 179, Osmangazi, Bursa
Telefon / Phone: +90-507-237-7252
E-posta / E-mail: drndogan@gmail.com

KAYNAK

1. Doğan N. Görüntüleme Yöntemleri Kılavuzluğunda Santral Venöz Kateterizasyon. Ankara.2009. Güzelad

YAZARIN YANITI

Sayın Editör,

Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteninin 47'inci cilt, 1'inci sayısında "Çocuk hastada nadir görülen katater komplikasyonu: Olgu sunumu" başlıklı bildirimiz ile ilgili Uzm. Dr. Nurullah Doğan'nın katkıları için teşekkür ederim.

Resim 1 kontrast madde verilmeden önceki grafidir. "Preop film" olarak yanlış ifade kullanılmıştır.

Port kateterin ucu muhtemelen kullanımdan sonra yer değiştirmiş olmalıdır çünkü kateter takıldığı gün kan geldiği kontrol edildikten sonra hasta servise gönderilmiştir.

Hastamız 7 aylık, 6600 gramlık bir bebek olduğundan port rezervuarını ideal koşullarda konumlamada zorluk yaşanmıştır.

Biz de işlem öncesi tüm aparatları hasta vücuduna yerleştirmeden kontrol etmekteyiz.

Anestezi kliniğimizde subklavien kateter takmada daha tecrübeli olduğumuz için bu yolu tercih ediyoruz. Bu olguda da çalışmada da belirttiğimiz gibi önce sağ subklavien yol denenmiş ancak başarılı olunamayınca sol subklavienden port katater takılmıştır.

Genel bir sonuç olarak, hastanemizde port katater işlemlerinde radyoloji kliniği uzmanları ile beraber çalışmanın kateterizasyonların başarısını arttıracak fikri oluşmuştur.

Saygılarımla

Uzm. Dr. Sibel Oba

Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anestezi ve Reanimasyon Kliniği, Şişli, İstanbul
Telefon / Phone: +90-212-373-5000/5477
E-posta / E-mail: sibel.oba@sislietfal.gov.tr