



EDİTÖRE MEKTUP / LETTER TO THE EDITOR

13 yaşındaki bir çocuğun ası ile başarısız özkıyım girişimi

Failed suicide attempt of a 13-year-old boy by hanging

Dilek Yeniay¹ , Nur Köprülü Çetinkaya¹ 

¹Giresun Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi, Giresun, Turkey

Cukurova Medical Journal 2022;47(1):468-470

Sayın Editör,

Özkıyım, bireyin kültürel, toplumsal, ekonomik ve ruhsal problemleri sonucu kendi isteği ile yaşamına son vermesidir. Adölesanlarda intihar görülme sıklığı %3-11 arasında olup bu sıklık giderek artmaktadır. Bu yaş grubunda daha çok başarısız girişimler şeklinde acil servislerde karşımıza gelen bu durum artık daha küçük yaşlarda görülmeye başlanmış ve yoğun bakımlarda takip edilir duruma gelmiştir¹. Bu olguda, ası ile özkıyım girişiminin ardından yoğun bakımda takip ve tedavi sonrası şifa ile evine taburcu edilen on üç yaş erkek çocuğunu sunmayı amaçladık.

On üç yaşında olan erkek çocuğu annesi tarafından evin çatı katında asılı vaziyette bulunduktan ve ası ipinden indirildikten sonra nabız alınamadığı için yaklaşık 10 dakika(dk) kadar komşusu tarafından temel yaşam desteği uygulanmış ardından 112 ile ilçe devlet hastanesi acil servisine götürülmüş. Acil servise ilk gelişinde nabızı 120 atım/dk, arteriyel kan basıncı 85/58 mmHg, Glaskow koma skoru:6 ve bilinci konfüze olan hasta entübe edilmiş. Hastanın ilk muayenesinde pupiller miyotik, ateş:37.0°C ve boynunda ası ipine bağlı telem izi olduğu saptanmış. Beyin, servikal ve toraks bilgisayarlı tomografi (BT) çekilen hasta 3. düzey yoğun bakımda takip ve tedavi amacıyla hastanemize sevk edildi. Hasta yoğun bakıma alındıktan sonra monitorize edilerek mekanik ventilatöre bağlandı. Acil serviste ilk alınan biyokimyasal ölçümünde lökosit=10.2 K/uL, kan şekeri=185mg/dl, kreatinin=0.43 mg/dl, aspartat aminotransferaz (AST)=24 IU/L, alanin aminotransferaz (ALT)=12 IU/L, amilaz=87 U/L,

C-Reaktif protein(CRP)=26, venöz kan gazında pH=7.11, pO₂=23 mmHg, pCO₂=71 mmHg, HCO₃=22mmol/L, spO₂=32 olarak tespit edilmiş. Hasta mekanik ventilatöre (MV) bağlanarak tidal volümü 10 ml/kg olacak şekilde SIMV-PC modda, fiO₂: %45, pozitif ekspirasyon sonu basıncı(PEEP):8 mmHg, solunum sayısı:22/dk, inspiyum/ekspiryum (İ: E) oranı:1/1.2 olarak düzenlendi. Çok fazla solunum çabası vardı ve entübasyon tüpü içinden bol köpüklü pembe renkli sekresyon gelmekteydi. Toraks BT'sinde her iki akciğerde parankimal ödem vardı ve dinlemekle akciğer seslerinde kaba raller duyulmaktaydı. Hasta kürarize edilerek 24 saat boyunca 0,5mg/kg esmeron infüzyonu verildi. İkili antibiyoterapi başlandı (teikoplanin ve meropenem). İnhaler ventolin ve budezonid tedavisi verildi. Taşikardisi artan ve tansiyonu düşen hastaya dopamin 0,6 mg/kg/sa hızla infüzyon başlandı. Aldığı çıkardığı takip edilerek 0,5 ml/sa idrar çıkışı sağlandı. Beyin BT'si normal olan hastaya antiödem tedavisi verilmedi, beyin koruma amaçlı 1 mcg/kg dozda fentanyl, 2 mg/kg dozda propofol ve 1 amp /gün %15 magnezyum sülfat infüzyonu ve kandaki sodyum değerini >150 mmol/l tutmak için 4x150 ml %3 hipertonic salin başlandı. Sık aralıklarla kan gazı alınıp MV'de değişiklikler yapılarak PaCO₂=30-35 mmHg arasında tutulmaya çalışıldı. 2.gün hızla kan gazı toparlaması, fiO₂: %40'a kadar düşülmesi ve MV'de basınçların düşmesi ile sedasyonları kesildi. 0,5 mcg/kg dexmedetomidine puşe ardından 0,2 mcg/kg dozda infüzyon başlandı ve ajite olmadan hasta uyanmaya başladı. MV'de CPAP moda alınan hastanın bilinci tamamen yerine geldikten sonra

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Dr. Dilek Yeniay, Giresun Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi, Giresun, Turkey E-mail: dgyniay@gmail.com
Geliş tarihi/Received: 30.11.2021 Kabul tarihi/Accepted: 11.01.2021

weaning kriterleri uygulanarak ekstübe edildi. Periferik saturasyonda düşme olmayan hasta sorulan her soruyu bilinçli ve doğru yanıtladı. Bu çalışma için hastanın ailesinden bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

Bu olgumuzda zorlu bir yoğun bakım sürecinden geçen on üç yaş erkek çocuğunun ası aracılığı ile gerçekleştirdiği özkıyımı tartışılacaktır. Özkıyım davranışı; özkıyım girişimleri, düşünceleri ve tamamlanmış eylemler olarak sınıflandırılmaktadır. Özkıyım, erişkinlerde ölüm nedenleri arasında genel olarak onuncu sıradayken, 10-24 yaş arasındaki ergen ve genç erişkinlerde ise ikinci sırada yer almaktadır¹. Ergenlik döneminde özkıyım girişimi, ölme isteğinden ziyade ilgi çekme isteği kendini ifade etme biçimi, yardım arama girişimi ve olarak da değerlendirilebilir. Ergen özkıyımlarına neden olan risk faktörlerini incelediğimizde; yaş, hastalık, cinsiyet, ailesel faktörler, sorunlara neden olan yaşam olayları, çevresel faktörler, ergenin kendi psikopatolojik faktörleri, zorbalık, sosyal ilişkilerde kopukluk, geçmişle ilgili olumsuz nedenler, patolojik internet kullanımı, cinsel uyum sorunları gibi birçok etken üzerinde durulmaktadır². Küçük yaşlarda görülme sıklığındaki artışın görsel ve yazılı medya görülen şiddet olaylarından etkilenmeye bağlı olduğu da bildirilmektedir³.

Özkıyım girişiminde kullanılan yöntemler ergenin cinsiyetine, özkıyım isteğindeki ciddiyetine ve kültürel faktörlere göre değişiklik göstermektedir. Ası, kesici delici aletler, ilaç, suda boğulma, ateşli silahlar ve yüksekten atlama en sık kullanılan yöntemler arasında bildirilmiştir⁴. Ası yöntemi daha çok intihar amacıyla kullanılsada bazen cinayet veya kaza şeklinde olabilen bir bağ ile boğulma olayıdır. Asıya bağlı ölüm sebepleri boyun damarlarında ve solunum yollarında tıkanma sonrası boyundaki reseptörlerin uyarılmasıyla gelişen refleks kardiyak arrest ve medulla spinalis lezyonlarıdır. Kurtulanlarda yetersiz solunuma bağlı hiperkarbi, hipoksi ve asidoz gelişebilmektedir. Bu mekanizmaların sonunda başta akciğer ve beyin olmak üzere birçok sistemde çeşitli patolojiler olabilmektedir⁵. Hastane dışında yapılacak ilk yardımda ve hastanede yürütülen tedavide ilk amaç hipoksinin biran önce düzeltilmesidir⁶. Komşusu tarafından yapılan temel yaşam desteği sayesinde hastamızın hipoksik kalmadığını düşünmekteyiz.

Nörojenik akciğer ödemi (NAÖ), merkezi sinir sistemindeki (MSS) ağır yaralanmalar sonucu gelişen, akciğerlerde hemoraji, vasküler konjesyon ve parankimal ödemin meydana geldiği, dakikalar içinde

mortaliteyle sonuçlanabilen klinik bir tablodur⁷. Bizim hastamızda beyin BT’de patolojik bir bulgu yoktu fakat hastada NAÖ düşündürülen bulgular mevcuttu. Hastanın zaman kaybetmeden mekanik ventilatöre bağlanması, pozitif basınçlı ventilasyon uygulanması ve uygun destek tedavi ile hızlı bir düzelme sağlandı.

Ası ipine bağlı boyunda oluşan ize telem denilmektedir. Yeri ve şekli adli tıp açısından hem boğulma ve asılma ayrımı hemde ası için kullanılan materyalin saptanabilmesi açısından önemlidir⁸. Bizim hastamız özkıyım amacıyla kendini çatı katında tavandan geçen tahta kolona, kolan denilen kalın örme ip ile asmıştı ve boynunda geniş telem izi mevcuttu.

Çamurdan’ın³ yaptığı çalışmada bilgisayar, televizyon, internet veya telefon gibi günümüz teknolojilerinin aşırı kullanılması, çocukların ve ergenlerin beden ve ruh sağlığını ciddi oranda tehdit ettiği bildirilmektedir. Bu durum bize, hastamızın ası yöntemini seçmesinde medya veya çevrenin etkisinin olabileceğini düşündürmüştür.

Sonuç olarak; tüm dünyada olduğu gibi bizim ülkemizde de özellikle ergen çocuk grubunda özkıyım girişimlerinin giderek artması endişe vermektedir. Ergenlerin öncelikli problemleri belirlenmeli, bu konuda eğitilmiş personeller ile birlikte okul, sağlık ve toplumsal alanlarda önleme programları uygulanmalıdır. Ayrıca hayatta kalan hastalarda solunum fonksiyonları normal sınırlara dönebildiğinden toplumun temel yaşam desteği (ilk yardım) konusunda eğitilmesi çok önemlidir.

Yazar Katkıları: Çalışma konsepti/Tasarımı: DY; Veri toplama: DY; Veri analizi ve yorumlama: DY; Yazı taslağı: DY; İçerinin eleştirel incelenmesi: NK; Son onay ve sorumluluk: DY, NK; Teknik ve malzeme desteği: NK; Süpervizyon: DY; Fon sağlama (mevcut ise): yok.

Etik Onay: Bu çalışma için editöre mektup niteliğinde olup, etik kurul onayına gerek yoktur.

Hakem Değerlendirmesi: Editöryal değerlendirme

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması beyan etmemişlerdir.

Finansal Destek: Yazarlar finansal destek beyan etmemişlerdir.

Author Contributions: Concept/Design : DY; Data acquisition: DY;

Data analysis and interpretation: DY; Drafting manuscript: DY; Critical revision of manuscript: NK; Final approval and accountability: DY, NK;

Technical or material support: NK; Supervision: DY; Securing funding (if available): n/a.

Ethical Approval: For this study, it is a letter to the editor and does not need the approval of the ethics committee.

Peer-review: Editorial review.

Conflict of Interest: Authors declared no conflict of interest.

Financial Disclosure: Authors declared no financial support

KAYNAKLAR

1. Karaman D, Durukan İ. Çocuk ve ergenlerde özkıyım. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 2013;5:30-47.

2. Borowsky IW, Ireland M, Resnick MD. Adolescent suicide attempts: Risks and protectors. *Pediatrics*. 2001;107:485-93.
3. Çamurdan AD. Görsel medyanın çocuk sağlığına etkileri. *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi*. 2007;16:25-30.
4. Ünlü G, Aksoy Z, Ersan EE. İntihar girişiminde bulunan çocuk ve ergenlerin değerlendirilmesi. *Pamukkale Tıp Dergisi*. 2014;7:176-183.
5. M Tutunç, G Bilen, C Zeren, M Boşnak, A Karakuş. Çocuk yoğun bakım ünitesinde takip edilen suda boğulma ve boğulayazma olguları. *Adli Tıp Dergisi*. 2011;25:179-180.
6. Salomez F, Vincent JL. Drowning: A review of epidemiology, pathophysiology, treatment and prevention. *Resuscitation*. 2004;63:261-268.
7. Baumann A, Audibert G, McDonnell J, Mertes PM. Neurogenic pulmonary edema. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2007;51:447-55.
8. Dogan KH, Demirci S, Erkol Z, Gulmen MK. Accidental hanging deaths in children in Konya, Turkey between 1998 and 2007. *J Forensic Sci*. 2010;55:637-641.