



Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Çocuk Servisi-2 (Sarı Servis) Olgu Sunumu

03.09.2024

İnt. Dr. Semanur Yeşil



OLGU

- 15 yıl , kadın hasta

YAKINMA

- Nefes darlığı, öksürük

ÖYKÜ

- Bilinen astım, alerjik rinit, atopik dermatit tanısı olan hasta
- Son bir haftadır olan nefes darlığı, balgamlı öksürük , ateş, göğsünde sıkışma şikayeti
- Son 1 yıldır 3 kez ventolin ihtiyacı olan astım atak öyküsü
- Eforla solunum sıkıntısı, gece öksürük atakları
- Sık hastalık öyküsü, daha önce hastane yatış öyküsü yok.
- Sürekli kullandığı bir ilacı yok.
- Profilaksi almıyordu

ÖZGEÇMİŞ

- Prenatal, natal, postnatal özellik yok
- Büyüme ve gelişmesi: Akranları ile eşdeğer zamanlarda ilerlemiş.
- Aşılı: Zamanında yapılmış.
- Bilinen astım, alerjik rinit, atopik dermatit tanısı mevcut. Düzenli kullandığı ilaç yok
- Daha öncesinde alerji testi yapılmamış.

SOYGEÇMİŞ

A: 33, ilkokul mezunu, ev hanımı, sağ, DM

B: 45 , ilkokul Mezunu, inşaat işçisi, sağ-sağlıklı
Akraba evliliği yok

1. Çocuk: Hastamız
2. Çocuk: Kız, 14y, sağ-sağlıklı
3. Çocuk: Kız , 10y, sağ-sağlıklı
4. Çocuk : Erkek 5y, sağ sağlıklı
5. Çocuk : Kız 3y , sağ , sağlıklı
Düşük, ölü doğumlar yok.

FİZİK MUAYENE

Ateş: 36,7 C derece

Nabız: 130/dk (68-92)

Solunum sayısı: 36/dk (13-19)

Tansiyon: 100/60 mmHg

SPO2: %96 (oda havasında)

FİZİK MUAYENE

- Genel durum orta - iyi
- Gözler: Işık refleksi her iki yanlı var. Pupiller izokorik, gözlerin her yöne hareketi doğal.
- Kulak, burun, boğaz dizgesi: Orofarenks doğal , hiperemi , hipertrofi görülmedi.
- Dolaşım dizgesi: Kalp tepe atımı 5. Kaburgalararası aralıkta. Kalp ritmi doğal, S1, S2 doğal. S3 yok. Üfürüm duyulmadı.
- Solunum dizgesi: **Dinlemekle bilateral bazalde daha belirgin ral+ ronküs+ ekspiryum uzunluğu+**
Her iki göğüs yarısı solunuma eşit katılıyor. Morarma, solunum sıkıntısı, takipne yok. Çekilme yok.
Hışıltı yok.
- Karın: Bağırsak sesleri doğal. Duyarlılık, defans, rebound yok. Organomegali palpe edilmedi.
- Haricen kız.
- **Ektremite fleksör yüzlerinde atopik dermatit mevcut.**

LABORATUVAR

WBC: 13.170 / μ l(4500-11000)

NEU: 12.460/ μ l(1500-7000)

LYM: 5400/ μ l

MONO: 1200/ μ l

EOS: 200/ μ l

BASO: 300/ μ l

HGB: 14.10 g/dL

HCT: 40.5 %

MCV: 85.10fL

PLT: 370.000

AKŞ: 128.5 mg/dL

Ürea: 20.5 mg/dL

BUN: 9.58 mg/dL

Kreatinin: 0.57 mg/dL

Ürik asit: 4.1 mg/dL

AST: 17.5 U/L

ALT: 11.4 U/L

LDH: 307 U/L(100-250)

CRP: 14.96mg/L(<3)

SEDİM: 4 mm/h

Protein, total: 70.3g/L

Albumin: 44.1 g/L

Globulin: 26.2 g/L

Düz. Na: 137.5 mmol/L

K: 4.14 mmol/L

Cl: 104 mmol/L

Düz. Ca: 9.44 mg/dL

Mg: 1.8 mg/dL

P: 2.53 mg/dL

Kan gazı; pH: 7.41, pO₂: 42.3mmHg, pCO₂: 33.3mmHg , Laktat: 3.5mEq/L , cHCO₃: 20.9mEq/L , Anyon gap: 23.2mEq/L

GÖRÜNTÜLEME



Bilateral infiltrasyon

PATOLOJİK BULGULAR

Nefes darlığı , balgamlı öksürük

Nabız: 130/dk , solunum sayısı: 36/dk

Dinlemekle ral, ronküs, ekspiryum uzunluğu mevcut

CRP: 14.96 mg/L

WBC: 13.170/ μ l

NEU: 12.460/ μ l

TANI ?

EK TETKİKLER ?

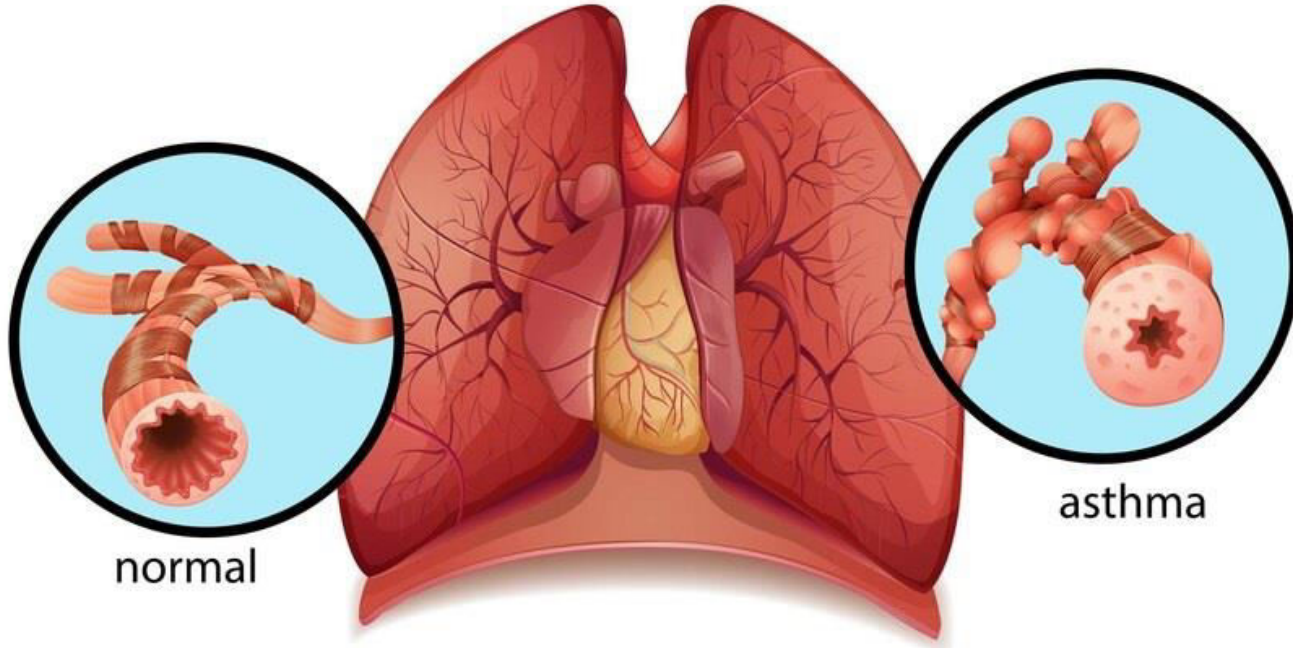


KLİNİK SEYİR

- Hasta pnömoni olarak kabul edildi, çocuk enfeksiyon önerisiyle ampisilinsulbaktam, azitromisin tedavisi başlandı.
- 3 kez 20 dakika ara ile Ventolin-Atrovent atak tedavisi verildi. Flixotide başlandı.
- Takipnesi devam ettiği ve rahatlaması olmadığı için IV prednol de uygulandı.

ASTIM

Asthma - Inflamed Bronchial Tube



normal

asthma

TERMİNOLOJİ

Astım: Kronik inflamasyon ve bronş hiperreaktivitesi sonucu gelişen, spontan veya ilaçlarla **reverzibilite** gösteren havayolu obstrüksiyonudur.

Pnömoni: Sıklıkla bakteriler ve viruslar gibi enfeksiyöz ya da enfeksiyöz olmayan etkenlere yanıt olarak akciğer parankiminde (alveol, interstisyum) gelişen akut bir enflamasyondur.

EPİDEMİYOLOJİ

Astım herhangi bir yaşta başlayabilir.

% 30'u 1 yaşında semptomatik

%80-90'ı 4-5 yaşlarında semptomatik

Astım puberte öncesi Erkek/Kız: 2/1

Puberte sonrası ve erken yetişkinlikte bu eğilim tersine döner,

Orta ve geç yetişkinlikte kadınlar erkeklerden daha sık etkilenmektedir.

ETYOLOJİ



Kişisel faktörler

Genetik

- Atopi

- Havayolu aşırı duyarlılığı

Cinsiyet

Obezite

Çevresel faktörler

Allerjenler

Sigara

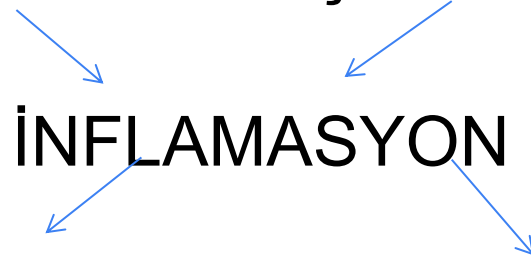
Hava kirliliği

Solunum yolu enfeksiyonları

Beslenme şekli

PATOFİZYOLOJİ

Genetik faktörler + Çevresel faktörler



Bronşial hiperreaktivite

Yapısal değişiklikler

Hava yolu obstruksiyonu

SINIFLAMA

Atopik astım (ekstresek astım)

Allerjenlerin rol oynadığı, Spesifik IgE artışı veya cilt testi pozitifliği, Eozinofili ile giden, genelde 2 yaşın üzerinde ve genç erişkinde başlayan tiptir.

%70'i hayat boyu devam eder. Ergenlik döneminde hafifleyebilir, erişkinlikte tekrar alevlenir.

Non-Atopik Astım (İntrensek astım)

Allerjen saptanamayan, IgE düzeyleri normal, Deri testleri negatif olan, genelde 2 yaşından önce veya ileri yaşlarda görülmektedir.

Tamamına yakını ergenlik dönemine kadar kaybolur.

TANI

Öykü

Fizik muayene

Solunum fonksiyon testleri: Spirometre , Havayolu aşırı duyarlılığının ölçülmesi

Risk faktörleri (allerjenlerin tespiti)

Havayolu tıkanıklığına ait semptomlar

Öksürük

Hışıltı

Nefes darlığı , göğüs ağrısı

Hızlı soluma

Ek testler :

Total Ig E - 3865 IU/mL

HX2 (D1,D2,H2,I6) - > 100 kU/L

Tekrarlayan ($3 \geq$) Hışıltısı olan çocukta Astım Tanısında Kullanılan

Major kriterler

Ailede astım hikayesi

Atopik dermatit

İnhalen allerjenlere karşı Sp IgE pozitiflikleri

Minör kriterler

Allerjik rinit

Soğuk algınlığı dışında hışıltılı solunum

Eozinofili ($> \% 4$)

Gıdaya karşı Sp IgE pozitifliği

Güçlü İndeks: Sık hışıltı ($>3/\text{yıl}$) + 1 majör veya 2 minör kriter

Zayıf İndeks: Sık hışıltı ($<3/\text{yıl}$) + 1 majör veya 2 minör kriter

Tekrarlayan Öksürük Veya Vizing Atakları Olan Çocuklarda Astımı Düşündüren Hikayedeki İpuçları

Epizodik vizing, solunum güçlüğü, dispne, öksürük varlığı

ÜSYE sonrası uzun süren öksürük ve/veya hışıltının olması.

Semptomların aeroallergenlerle, iritanlarla, egzersizle belirgin hale gelmesi veya artması

Semptomların gece veya sabah uyanırken oluşması veya artması

Öksürüğün nöbetler halinde ve kuru olması

%50 Hışıltı+kronik öksürük

%30 Yalnız hışıltı

%20 Yalnız kronik öksürük (Cough variant asthma)

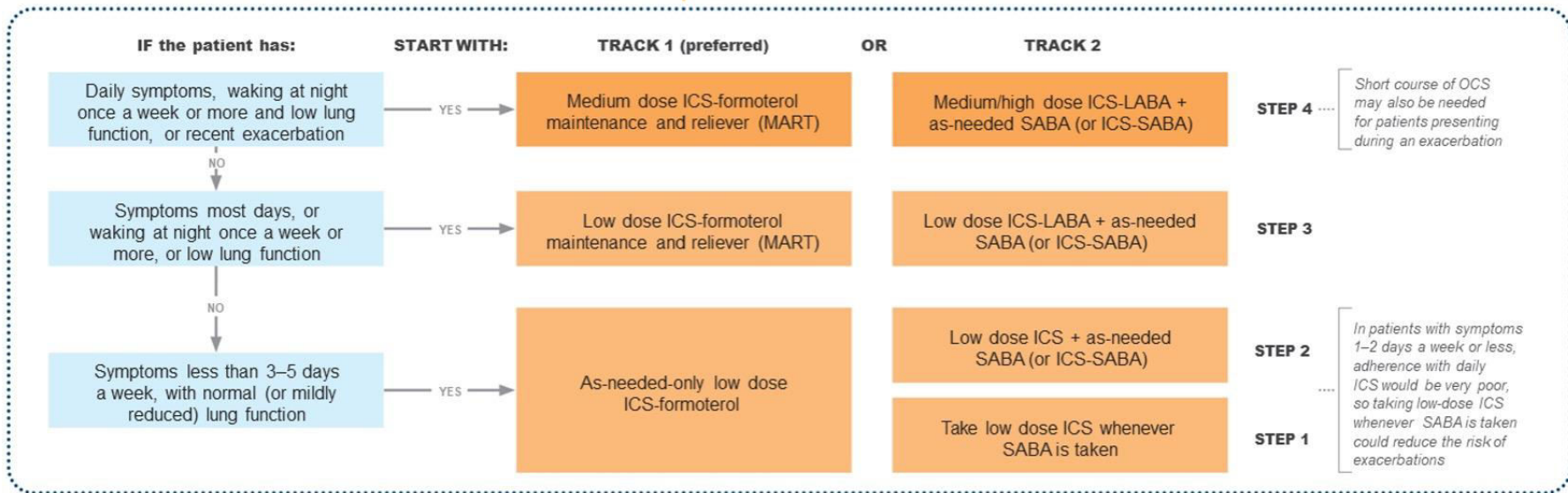
Symptoms
Exacerbations
Side-effects
Lung function
Comorbidities
Patient (or parent/
caregiver) satisfaction



Confirm diagnosis if necessary
Symptom control & modifiable
risk factors (see Box 2-2)
Comorbidities
Inhaler technique & adherence
Patient (and parent/caregiver)
preferences and goals

ICS-containing medications
(as below)
Treatment of modifiable risk
factors and comorbidities
Non-pharmacological strategies
Education & skills training

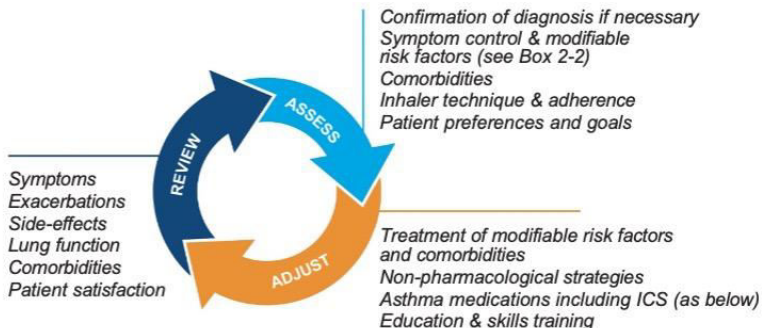
These recommendations are
based on the (little) available
evidence and consensus



GINA 2024 – Adults & adolescents 12+ years

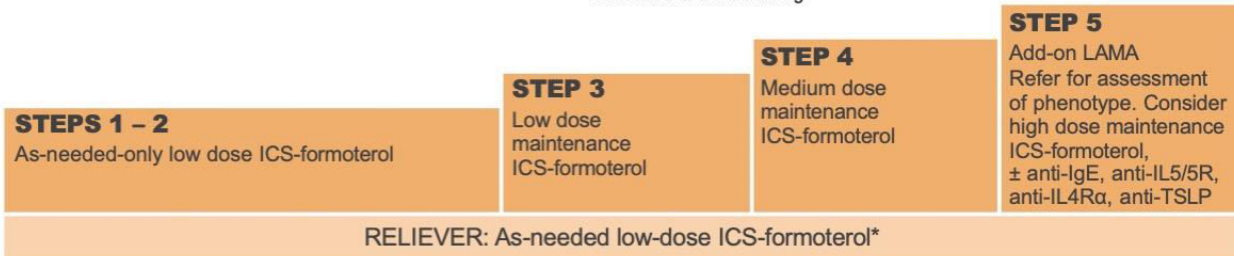
Personalized asthma management

Assess, Adjust, Review for individual patient needs



TRACK 1: PREFERRED CONTROLLER and RELIEVER

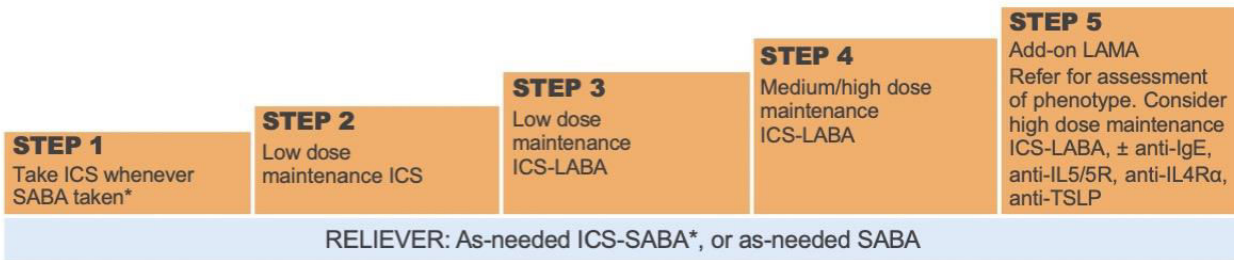
Using ICS-formoterol as the reliever* reduces the risk of exacerbations compared with using a SABA reliever, and is a simpler regimen



See GINA severe asthma guide

TRACK 2: Alternative CONTROLLER and RELIEVER

Before considering a regimen with SABA reliever, check if the patient is likely to adhere to daily controller treatment



Other controller options (limited indications, or less evidence for efficacy or safety – see text)

Low dose ICS whenever SABA taken*, or daily LTRA [†] , or add HDM SLIT	Medium dose ICS, or add LTRA [†] , or add HDM SLIT	Add LAMA or add LTRA [†] or add HDM SLIT, or switch to high dose ICS-only	Add azithromycin (adults) or add LTRA [†] . As last resort consider adding low dose OCS but consider side-effects
---	---	--	--

*Anti-inflammatory reliever; †advise about risk of neuropsychiatric adverse effects

KLİNİK SEYİR

- Hastanın ampisilin-sulbaktam tedavisi 7 gün, azitromisin tedavisi 3 gün olarak planlandı, servis yatışı yapılarak pnömoni tedavisi tamamlandı.
- Rezervuarlı maskede izlenen hastanın tedavi süresince kademeli olarak oda havasına geçişi sağlandı.
- Salbutamol(Ventolin), İpratropium bromür(Atrovent) ve Flutikazan propiyonat (Flixotide) nebül tedavileri başlanan hasta ; tedavileri tamamlandıktan sonra inhaler kortikosteroid profilaksi (ICS+formeterol)ve atopik dermatit önleme tedavisi önerileri ile taburcu edildi.

KİMİ HASTANEYE YATIRALIM?

- Başvuru anında:
Solunum sıkıntısı nedeniyle konuşamıyor, su/mama biberonla alamıyor
Siyanoz
Subkostal çekilmeler
Oda havasında Sat O₂ < %92
Oskültasyonda sessiz akciğer
- Kronik hastalıklar (konjenital kalp hastalıkları, nörolojik hastalıklar, bağışıklık sistemini baskılayan ilaçlar)
- Plevral efüzyon ya da ampiyem varlığı
- 3 kez salbutamole rağmen devam eden takipne
- Hastanın ailesinin evde tedaviyi uygulayamayacağını öngörme durumu

KAYNAKÇA

- https://ginasthma.org/wp-content/uploads/2024/05/GINA-2024-Strategy-Report-24_05_22_WMS.pdf
- <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/781430>
- https://www.uptodate.com/contents/an-overview-of-asthma-management-in-children-and-adults?search=astim&source=search_result&selectedTitle=1%7E150&usage_type=default&display_rank=1#H31



Dinlediğiniz için teşekkürler.