



Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
Anabilim Dalı

Çocuk Servisi
Olgu Sunumu

14 Şubat 2017 Salı

İnt. Dr. Damla Aslan
İnt. Dr. Fatih Cumhuri





Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları

Anabilim Dalı

Çocuk Servisi

Olgu Sunumu

14 Şubat 2017 Salı

- 6 yaşı 5 ay, erkek hasta

- Yakınma: Boyunda şişlik

Öykü

- 2 hafta önce ateş ve döküntüsü olmuş ve
- Suçiçeği geçirmiş.
- 3 gün önce başlayan boğaz ağrısı ve sağ kulak altında şişlik
- Boyun hareketleri ağrılı
- Eşlik eden ateş yok

Öykü

- Dış merkezde yapılan USG'de;
 - Sağda belirgin olmak üzere her iki servikal zincirde, submandibular ve jugulodigastrik bölgede en büyükleri **sağ jugulodigastrik bölgede 41x14mm ve sol jugulodigastrik bölgede 20x12 boyutlarında ekojen hilusları seçilebilen korteksleri kalınlaşmış**, bir kısmı kistik dejenerasyon ile uyumlu ekojenite artışı izlenmiştir (lenfadenit?)
- Tetkik ve tedavi amacıyla servisimize yatışı yapıldı

Özgeçmiş ve Soygeçmiş

- Doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası öyküsünde özellik yok
- Anne: 35 yaş, sağ-sağlıklı
- Baba: 36 yaş, sağ-sağlıklı
- Akraba evliliği yok
- 1. çocuk: Kız, 12 yaşında, sağ-sağlıklı
- 2. çocuk: Hastamız

Fizik muayene

- Ateş: 36,3 °C
- Nabız: 126/dk
- SS: 26/dk
- TA: 90/60mm/Hg

- Boy: 120 cm (50-75p)
- Tartı: 21 kg (50p)

Fizik Muayene

- **Genel durum:** İyi
- **Cilt:** Deri rengi normal solukluk siyanoz, sarılık yok. Döküntü yok. Turgor normal
- **Baş-Boyun:** Saç ve saçlı deri doğal, kafa yapısı simetrik. **Sağ Servikal bölgede 4x5 cm büyüklüğünde ağırlı kitle. Sol servikal bölgede 2x3 cm büyüklüğünde ağırsız kitle**
- **KBB:** Kulan biçimi yerleşimi doğal. Burun tıkanıklığı akıntısı yok, orofarenks ve tonsiller doğal.
- **Gözler:** Bilateral ışık refleksi doğal, pupiller izokorik. Göz kürelerinin her yöne hareketi doğal.
- **SS:** Her iki hemitoraks solunuma eşit katılıyor. Toraks deformitesi yok. Ral ve ronküs yok. Ekspiryum uzunluğu yok.
- **KVS:** Kalp ritmi doğal. S1(+), S2(+) doğal S3 yok. Üfürüm yok. Femoral atar damar nabızı iki yanlı alınıyor
- **GİS:** Çöküklük kabarıklık kitle yok. Üfürüm yok. Batın rahat, defans-rebound yok, hepatosplenomegali yok, traube açık, fıtık saptanmadı.
- **GÜS:** Haricen erkek. Anomali yok. Sünnet derisi doğal. Her iki testis skrotumda ele geliyor.Kostovertebral açı hassasiyeti yok.
- **NMS:**Bilinç açık. İletişim, yönelim, çevreye ilgi normal. Ense sertliği yok. Kafa çifti sinirlerinin muayenesi doğal. Derin tendon ve yüzeysel refleksleri iki taraflı doğal
- **Ekstremiteler:** Kas kitlesi ve tonus doğal. Deformite yok.

Laboratuvar

- **Beyaz küre:** 12.882 /mm³
- **ANS:** 8.474/mm³
- **HGB:** 11.8 g/dl
- **PLT:** 440.000 /mm³
- **CRP:** **2.84** mg/dl
- **Sedim:** **42** mm/h
- **Periferik yayma:** Atipik hücre izlenmedi
- **EBV VCA IGM:** Negatif
- **EBV VCA IGG:** Negatif
- **CMV IGG:** **Pozitif 81.6** AU/ml
- **CMV IGM:** **Pozitif 0.69**

Biyokimyasal tetkikleri normal sınırlarda değerlendirildi.

ÖN TANILAR?

MR

- Boyun MR : İç kısmı nekrotik, dış tarafı ödemli derin boyun enfeksiyonu ile uyumlu olabileceği düşünülen lenfadenopati. Malignite düşünülmedi.



Klinik İzlem

- Ampisilin sulbaktam ve klindamisin başlandı
- 5 gün antibiyotik tedavisi uygulanan hastanın takiplerinde boyun şişliği geriledi. Boyun hareketlerindeki ağrı ortadan kalktı.
- Kontrol tetkiklerinde akut faz belirteçlerinde gerileme izlendi.
- Genel durumu iyi olan, yakınması bulunmayan hasta antibiyotik tedavisinin ağız yoluyla toplam 14 gün olacak biçimde devam edilmesi planlanarak taburcu edildi

Lenfatik Sistem

- Lenfatik sistem, vücudun korunmasında ve immünolojik işlevin yürütülmesinde önemli görevler üstlenen;

❖ *Lenfositler*

❖ *Lenf damarları ve lenf bezleri*

❖ *Dalak*

❖ *Tonsiller ve adenoid bezler*

❖ *Peyer plakları*

❖ *Timustan oluşur*

Lenfatik Sistem

- Lenf bezleri lenfatik damarlar boyunca yerleşmiş kapsüllü yapılardır. Büyüklükleri birkaç mm'den birkaç cm'ye kadar değişen boyutta olabilir
- Yenidoğan döneminde genellikle ele gelmez. Yaşla birlikte büyüklükleri artar ve çocukluk çağında servikal, aksiller ve inguinal lenf bezleri muayeneyle ele gelir.

Lenfadenopati

- Lenf dğümlerinin boyutu ve yapısının bozulması
- Fizik inceleme sırasında sık karşılaşılan bir bulgu
- Çoğu iyi huylu



Fizyopatoloji

Bir lenf bezi;

- Bir antijenin uyarısı sonucu normal lenfositlerin ve makrofajların sayılarının artması (EMN gibi enfeksiyöz)
- Lenf bezinin kendi enfeksiyonları sonucunda inflamatuvar hücrelerin infiltrasyonu (lenfadenit)
- Lenfositlerin ve makrofajların neoplastik infiltrasyonu (lenfoma)
- Depo hücrelerin infiltrasyonu (Gaucher's hastalığı gibi)

ile büyüyebilir.

Niçin önemli?

- Enfeksiyonlar ve çeşitli malign hastalıkların seyrinde ilk bulgu
- Bu hastalarda tanıda geç kalınması önemli tıbbi sorunlara yol açabileceğinden lenf nodları dikkatle değerlendirilmeli
- Eğer lenf nodu patolojik boyutta ise lenfadenopatinin nedeni mutlaka tanımlanmalı

Boyutları ne olmalı?

- *1 cm'nin altındaki lenfadenopatiler genellikle nonspesifik*

Çocukluk çağında:

- *Supraklavikular 0,3 cm*
- *Epitroklear, oksipital postaurikuler 0,5 cm*
- *Servikal, aksiller 1 cm*
- *Inguinal 1,5 cm*
- *Abdomen 2 cm*
- *Mediasten 1,5 cm büyüklüğe kadar normal kabul edilebilir*

Lenfadenopati nedenleri

- CHICAGO
- C: Canser (HL,NHL,AL,KL,MM) solid:meme,ac,rcc,prostat
- H: Hypersensitivity (ilaç, aşılama vs.)
- İ : İnfection (viral, bakteriyel vs.)
- C: Collagen vascular disease (RA, SLE, dermatomyozit vb)
- A: Atypical LAP (CD, AILD, angiosentrik İPH, LG, WG)
- G: Granulomatous (tbc,mikobakteryel enf,silikozis)
- O: Other (inflamatuvar psödo tümör)

Lenfadenopatiye Yaklaşım

- Lenf düğümünün büyüklüğü
- Yakınmaların süresi (Akut, kronik)
- Diğer yakınmaların varlığı, geçirilmiş enfeksiyonlar
- Ağrı, kızarıklık, ısı artışı, fluktuasyon, fistülizasyon, ciltte yara, travma hikayeleri: Enfeksiyon?
- Kriptik tonsillit, makulopapuler döküntü, splenomegali, ateş, ampisilin sonrası ortaya çıkan döküntü: EMN?
- Sistemik bulgu varlığı (ateş, kilo kaybı, gece terlemesi var mı, B kriterleri): Malignite?
- Ağrı genellikle bir inflamatuvar süreç ve süpürasyonun sonucu olmasına rağmen, nadiren malign bir lenf nodunun nekrotik merkezi içine kanamadan da kaynaklanabilir.
- Kedi-köpek teması var mı ?(*Bartonella henselae*?)

Lenfadenopatiye Yaklaşım

Yaygın lenfadenopati

- Birbirine komşu olmayan iki lenf bezi bölgesinde lenf düğümlerinde büyüme saptanması
- *Yaygın lenfadenopati* görülen hastalıklar:
 - Enfeksiyonlar
 - Otoimmün hastalıklar
 - Hipersensitivite reaksiyonları
 - Depo hastalıkları
 - Neoplastik ve proliferatif hastalıkları

Lokalize lenfadenopati

- Bir lenf bezi bölgesi ya da birbirine komşu lenf bezi bölgelerinde çıkan lenfadenopati

Lokalizasyon	Direnaj Bölgeleri	Eşlik Edebilen Hastalıklar
Servikal	Dış kulak, larinks, parotid, kafa ve yüzün yüzeysel dokuları, tiroid, dil, trakea	Ön servikal bölgede: Enfeksiyonlar, EBV, CMV Kawasaki hast, Malignite; Arka servikal bölgede: Tüberküloz, lenfoma, Kawasaki hastalığı
Submandibular/Submental	Bukkal mukoza, diş etleri, dişler, dil	Farenjit, otit, impetigo, sellülit, toksoplazma, EBV, CMV, rubella, adenovirüs, tüberküloz, lösemi, lenfoma
Preauriküler	Yanak, konjonktivalar, göz kapağı, temporal kafa derisi	Göz ve deri enfeksiyonları, tularemi, kedi tırmığı hastalığı
Oksipital	Arka kafa derisi	Lokal enfeksiyonlar, pedikülozis, roseola infantum, rubella, seboreik dermatit
Supraklaviküler	Abdomen, kollar, kafa, akciğerler, mediastinum, boyun, yüzeysel toraks,	Sol supraklaviküler LAP genellikle abdomenden; Sağ supraklaviküler LAP, genellikle toraks içindeki bir hastalıktan kaynaklanır.
Mediastinal	Toraks organları	Tüberküloz, nörojenik tümörler, teratom, histoplazmozis, kistik fibrozis, enfeksiyonlar
Aksiller	Kol, göğüs, göğüs duvarı, el, üst ve yan abdominal duvarlar	Enfeksiyonlar, BCG aşısı, kedi tırmığı hastalığı, brusella, JRA, Lenfoma, meme kanseri, melanom
Epitrokleer	Ön kol, el	Enfeksiyon, sarkoidoz, tularemi, sekonder sifiliz
Abdominal/pelvik	Abdomen, alt ekstremitte, pelvik organlar	Enfeksiyonlar, apendisit, lenfoma, tifo
İliak	Mesane, alt abdomen, genital bölgenin bir kısmı, üretra	Enfeksiyonlar, malignite
İnguinal	Gluteal bölge, alt anal kanal, alt ekstremitte, perine, skrotum, penis, alt abdominal cilt, vulva ve vajen	Lokal enfeksiyonlar, diaper dermatit, sifiliz, böcek sokmaları, malignite
Popliteal	Diz eklemi, bacak ve ayak derisi	Alt ekstremitte enfeksiyonu, travma, jeneralize hastalıklar, malignite

Lenfadenopatiye Yaklaşım-laboratuvar

- Tam kan sayısı
- Periferik yayma
- Sedimentasyon hızı
- Karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri (LDH, Ca, P, ürik asit)
- Özellikle yaygın LAP varsa EBV, CMV, HIV ve toksoplazmaya yönelik testler

Lenfadenopatiye Yaklaşım- *Görüntüleme*

- Akciğer grafisi (mediastinel genişleme var mı?)
- Ultrasonografi
- MR
- Tomografi
- Galyum sintigrafisi

Ne zaman biyopsi yapılmalı?

- Öykü, fizik bakı ve laboratuvar bulguları maligniteden şüphelendiriyorsa (gece terlemesi, kilo kaybı, fizik muayenede ağrısız, sert, çevre dokuya yapışık lenf düğümü, sitopeni)
- Supraklavikular, epitrohlear ya da arka servikal lenf düğümlerinde büyüme
- Lenf düğümlerinde yaygın büyüme olması
- Lenf nodu hızla büyüyorsa
- 2 haftalık uygun antibiyotik tedavisine yanıt alınamaması ya da tedavi altında lenf düğümlerinde büyümenin devam etmesi

Derin Boyun Enfeksiyonu

- Derin boyun enfeksiyonları (DBE) baş-boyun, akciğer ve üst özegafustan kaynaklanarak boyunun derin dokularını etkileyen bakteriyel enfeksiyonlardır.
- Enfeksiyon lenfadenit, boyun dokularının selülitisi şeklinde görülebileceği gibi apse oluşumu da gözlenebilir. Potansiyel olarak hayatı tehdit edebilen ve yoğun medikal tedavi gerektiren durumlardır.

Derin Boyun Enfeksiyonu

Etiyoloji

Her yaş grubunu etkileyen bu durumun etiyolojisinde:

- Tonsillit/farenjit
- Tükruk bezi enfeksiyonları
- Diş çürükleri/apseleri veya operasyonları
- Baş boyun bölgesine cerrahi veya diğer şekillerde oluřan travmalar
- Deri bütünlüğünün bozulması
- Endoskopi / bronkoskopi gibi invaziv girişimler

Olguların % 20'den çoğunda etiyolojik neden saptanamaz.

Derin boyun enfeksiyonu

Belirtileri nelerdir?

- Klinik bulgular tutulan bölgeye bağlı olarak değişmekle birlikte genel olarak boyunda şişlik ve boyun asimetrisi, boğaz ağrısı, etkilenen bölgede ısı artışı, kulak ağrısı, yutma güçlüğü, yutma sırasında ağrı, trismus (pterygoid kas tutulumuna bağlı), solunum sıkıntısı ve disfonidir.
- Tortikollis ve boyun hareketlerinde kısıtlılık görülebilir.
- Ateş, genel durum düşüklüğü, halsizlik ve iştahsızlık, taşikardi bulunabilir.

Derin boyun enfeksiyonu

Tanı

- Olgulardan ayrıntılı öykü alınması gerekir. Öyküde geçirilmiş üst solunum yolu enfeksiyonları, diş sorunları, cerrahi işlem, travma öyküsü sorgulanmalı ve tam bir sistemik muayene yapılmalı.
- Kontrastlı boyun BT tanıda altın standart olup boyun MRI belirli durumlarda kullanılabilen görüntüleme yöntemleridir.
- USG sık kullanılan bir görüntüleme yöntemi olup DBE yerleşimi, büyüklüğü, apse varlığı ve çevre dokularla ilişkili yardımcı bilgiler verebilir

Derin boyun enfeksiyonu

Tedavi

- Hava yolu sağlanması
- Antibiyotik tedavisi (En sık etkenler; *Staphylococcus aureus* ve *Streptococcus pyogenes*, bu etkenler göz önüne alınarak tedavi düzenlenmeli)
- Apse oluşumu varsa cerrahi boşaltma yapılmalı

Derin boyun enfeksiyonu

Komplikasyonlar

- Enfeksiyonun ilerlemesi sonucu ampiyem, perikardit, mediastinit, perikardial effüzyon yapabilir. Karotis arter rüptürü, aortopulmoner fistül görülebilir.
- Ayrıca kraniyal sinir paralizileri, servikal nekrotizan fasiit, juguler ven trombozu, venöz emboli, septik şok, yaygın damar içi pıhtılaşma, böbrek yetersizliği, menenjit, epidural apse gibi komplikasyonlar da görülebilir.

Teşekkürler...