



Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Çocuk Servisi Olgu Sunumu

08/08/2023

Arş. Gör. Dr. Ayten İbrahimova



OLGU

14 yaş erkek

řikayet

Bulanti, kusma, karın ağrısı

Öykü

İki yıldır kronik böbrek yetersizliği tanılı ve 1 yıldır periton diyalizi tedavisi gören hasta 7 gün önce başlayan bulantı, kusma, karın ağrısı ve ateş yüksekliği şikayetleri ile acil servise başvurmuş.

Özgeçmiş

-38 haftalık normal doğum

-Bilinen alerjisi yok

-Aşıları tam

-İki yıl önce hızlı ilerleyen glomerulonefrit, kronik böbrek yetersizliği tanısı almış

Soygeçmiş

1. çocuk: erkek, 38 yaşında, sağ-sağlıklı
2. çocuk: erkek, 35 yaşında, sağ-sağlıklı
3. çocuk: erkek, 32 yaşında, sağ-sağlıklı
4. çocuk: erkek, 23 yaşında, sağ-sağlıklı
5. çocuk: erkek, 20 yaşında, sağ-sağlıklı
6. çocuk: kadın, 18 yaşında, sağ-sağlıklı

Anne- 50 yaş sağlıklı

Baba- 60 yaş sağlıklı

Akraba evliliği mevcut. Anne ve baba kuzenler
Dedeye 75 yaşında diyaliz uygulanmaya başlanmış.

Fizik Muayene

Ateş-37.2 C

Nabız-86 dk

Solunum sayısı-24/dk

Kan basıncı-100/60 mmHg

SpO₂-%98

Boy 167 cm (33p -0.46 SDS)

Kilo 47 kg (5p -1.66 SDS)

BMI 16.9 (< 5p -1.83 SDS)

Genel durum: İyi, bilinç açık

Cilt: Rengi, turgor, tonus doğal, siyanoz, peteşi, purpura, pigmentasyon bozukluğu yok.

Kardiyovasküler: S1, S2 doğal. Üfürüm yok. Kapiller dolum zamanı normal.

Solunum: Her iki hemotoraks solunuma eşit katılıyor.
Ral, ronküs yok

Batın: Bağırsak sesleri doğal. Defans, rebound yok. Karaciğer, dalak ele gelmiyor.

Nörolojik muayene: Kranial sinir muayenesi doğal.

Kas iskelet: Kas kitlesi ve tonusu doğal.

Laboratuvar

Biyokimya

TKŞ: 103 mg/dL
Na: 130 mmol/L
K: 6.2 mmol/L
Ca: 8.6 mg/dL
Mg: 2.37 mg/dL
P: 5.37 mg/dL
Ürik Asit: 5.7 mg/dL
Üre: 128 mg/dL
Kre: 9.8 mg/dL
ALT: 7.2 U/L
AST: 11.1 U/L
ALP: 265 U/L
LDH: 161 U/L
CRP: 15.7 mg/L
Sedim: 91 mm/h

Hemogram

WBC: $23.37 \times 10^3 / \mu\text{L}$
NEU: $20.410 \times 10^3 / \mu\text{L}$
LYM: $1.620 \times 10^3 / \mu\text{L}$
HB: 8 g/dL
MCV: 81 fL
PLT: 169.000 / μL

Tam İdrar Analizi

Renk: Açık sarı
Dansite: 1.008
pH: 8
Glukoz: Negatif
Keton: Negatif
Lökosit: Negatif
Nitrit: Negatif



Ön Tanı?

Klinik Seyir

Klinik olarak peritonit düşünölen hastadan periton sıvısı alındı.

Periton sıvısından alınan örnekte hücre sayımında bol lökosit göröldü. Bakteri görölmedi.

Gram boyama-negatif saptandı.

İdrar-kan kültüründe üreme olmadı.

Hastaya sefepim, intraperitoneal (İP) tedavi olarak başlandı.

Kültür ve antibiotik duyarlılık sonuçları öğrenildikten sonra antibiotik tedavisinin etkene yönelik şekilde devam etmesi planlandı.

Yatışının ilk gününde karın ağrısı olan hastanın, 3. gününde karın ağrısı geriledi.

Yatışının 6. gününde ateş yüksekliği (37.6 derece) oldu. Öksürük ve baş ağrısı gelişti. Vitalleri stabil seyir etti. Fizik muayinesinde sol tarafta hafif ralleri duyuldu. PA akciğer grafisi çekildi. Sağ hiler bölgede infiltrasyon alanı görüldü. Hastaya piperasilin-tazobaktam başlandı. Yatışının 8 gününde şikayeti geriledi.

Yatışın 2. gününde tekrar alınan periton sıvısı kültüründe üreme olmadı.

Yatışın 5. gününde tekrar alınan periton sıvısı kültüründe üreme olmadı.

Peritonit

Karın zarının iltihaplanması neticesinde oluşan bir hastalıktır.

Karın içi organları örten doku ile sindirim kanalındaki bir delinme veya karın içi bir enfeksiyondan ileri gelmektedir.

Hastalığın belirtileri arasında ateş, bulantı, kusma, karın ağrısı, karında hassasiyet ve öksürme vardır.

Etyoloji

Primer Peritonit

- Spontan peritonit
- Tbc peritoniti
- Periton diyalizine baęlı

Sekonder Peritonit

- Organ perforasyonu
- Ameliyat sonrası
- Travma sonrası

Tersiyer Peritonit

Etyoloji belirsiz

İmmunsupresyon

Virulansı düşük, fırsatçı mikroplar (Kandida, Staf. Epidermis, Enterobact)

İntraabdominal Apseler

Risk Faktörü

Yapılan çalışmalarda, çocuklarda, depresyon ve anksiyete skoru yüksek olanlarda,

Sosyoekonomik durumu ve eğitim seviyesi düşük olanlarda

Öncesinden antibiyotik kullanımı,

Fungal peritonitler

İmmünsüpresyon

HİV pozitif

S.aureus nazal taşıyıcılığı

Tnel enfeksiyonu

Düşük albumin düzeyleri

Periton diyalizinin bađlantı sistemleriyle ilgili sorunlar

El temizliđinin iyi olmaması, yetersiz ve eksik hasta eđitimi

Periton diyalizi (PD) ilişkili peritonit PD'nin ciddi bir komplikasyonudur.

Karın ağrısı ve/veya bulanık periton sıvısı

Periton sıvısının beyaz küre sayısı $>100/\mu\text{l}$ veya $>0.1 \times 10^9 /\text{l}$ (en az 2. saatlik bekletme süresinden sonra) ve hücrelerin %50'den fazlası polimorfonükleer lökosit (PMN);

Pozitif periton sıvı kültürü

Peritonitten şüphelenildiğinde, PD diyaliz sıvısının hücre sayımı, hücrelerin ayrımı, Gram boyama ve kültür açısından test edilmesi gereklidir.

Bulanık periton sıvısı ile başvuran PD hastalarının tanı doğrulanana kadar peritonit olarak kabul edilmesi gerekir.

Peritonitli hastalar genellikle bulanık periton sıvısı ve ağrı ile başvururlar. Hücresel olan ve olmayan nedenlere göre sınıflandırılan başka ayırıcı tanılar olmasına rağmen, bulanık periton sıvısı hemen daima enfeksiyöz peritoniti gösterir .

Bazı hastalar bulanık periton sıvısı ile başvurur, ancak karın ağrısı yoktur veya çok azdır. Öte yandan, karın ağrısı ile başvuran PD hastasında, periton sıvı berrak olsa bile ayırıcı tanıda peritonit de düşünülmelidir.

Başvuru semptomlarına ek olarak, hasta son zamanlardaki herhangi bir kontaminasyon, kazara bağlantının ayrılması, endoskopik veya jinekolojik işlemler ve ayrıca kabızlık veya ishal varlığı açısından sorgulanmalıdır. Ayrıca, hasta önceki peritonit ve çıkış yeri enfeksiyonu öyküsü açısından da değerlendirilmelidir.

Tanı

- Primer karın içi enfeksiyon odağını dışlamaya dayanır. (kontrastlı BT)
- Ampirik antibiyoterapiye 48-72 saatte yanıt alınır. (lökosit sayısı)
- ADBG ile GİS perforasyonu ekarte edilmesi.
- USG ile peritoneal sıvı artışının gösterilmesi.
- Parasentez ile alınan sıvı örneğinde gram boyama , kültür, bazı özel boyamalar (Tbc için EZN boyama) yapılması.

Tedavi

Kültür ve duyarlılık sonuçlarına göre antibiyoterapi yeniden düzenlenir.

Primer bakteriyel peritonit düşünölen ancak kültür steril olan olgularda klinik yanıt yanında antibiyoterapi ile 24-48 saat içinde $> \% 25$ lökosit sayısında azalma tanımı destekler.

10-14 gün I.V (komplike olmayan olgularda oral) antibiyoterapi.

Clinical evaluation.
Examine exit site and lumen, catheter tunnel.
Collect PD fluid for cell count, differential count, Gram stain, and culture.

Start IP antibiotics as soon as possible
Allow to dwell for at least 6 hours
Empirical gram-positive and gram-negative coverage,
based on patient history and center sensitivity patterns

Gram-positive coverage:
first-generation
cephalosporin or
vancomycin

Gram-negative coverage:
third-generation
cephalosporin or
aminoglycoside

Monotherapy with
fourth generation
cephalosporin

Consider adjuvant treatment: pain control; IP heparin
Recommend anti-fungal prophylaxis.
Admit if fever, septic, significant pain or unable to perform PD at home
Education and assess IP injection technique.
Ensure follow-up arrangements.

Prognoz

Kötü prognostik faktörler

- Renal yetmezlik
- Hipotermi
- Hiperbilirubinemi
- Hipoalbuminemi

Peritonitin Önlenmesi

- Kateter tipi / çıkış yerinin yönü
- Elle temasın önlenmesi
- Eğitim
- S. aureus kolonizasyon tedavisi
- Profilaktik antibiyotik tedavisi
- PD sisteminin ıslak kontaminasyonundan sonra profilaktik antibiyotik kullanılmalı ama kuru kontaminasyonda antibiyotiğe gerek yok