



Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Çocuk Servisi Yeşil Servis Olgu Sunumu
Arş. Gör. Dr. Ayten İbrahimova



OLGU

16 yaş erkek

řikayeti;

Ağızdan kan gelmesi

HİKAYE

- 3 gün önce **boğaz ağrısı** ve **ateşi** başlayan hastanın sabah uyandıktan sonra **ağzında ve yastığında kan** görülmüş
- Hastanın burun kanaması, hemoptizi, sert cisim yeme, travma öyküsü yokmuş
- Öksürük, ishal, kusması olmamış

ÖZGEÇMİŞ

- Miadında 2500 gr normal doğmuş
- Doğumdan sonra 3 gün sarılık olmuş, fototerapi almamış
- Aşıları sağlık bakanlığı takvimine göre eksiksiz yapılmış.

SOYGEÇMİŞ

- Anne: 48 yaş, sağlıklı
- Baba: 42 yaş, sağlıklı
- 1.Çocuk: 24 yaş, kız ,Epilepsi
- 2.Çocuk: 22 yaş, kız, sağlıklı
- 3.Çocuk: Hastamız
- 4.Çocuk: 14 yaş, erkek sağlıklı
- Ailede bilinen hastalık yok
- Anne baba **birinci derece kuzen**

FİZİK MUAYENE

Ağırlık: 53.5 kg (31p)

Boy: 166 cm (73 p)

BKİ: 19.4 (17p)

FİZİK MUAYENE

Vital Bulgular:

- Ateş: 36.5 C
- KTA: 92 dk
- Solunum Sayısı: 22 dk
- Kan Basıncı: 120/80
- SPO2: 98

Fizik Muayene

- Genel durum orta, bilinci açık.
- **Deri:** Turgor, tonus doğal. Boyun sol tarafında skar izleri mevcut(2,5 yaşında kaynar su dökülmesi sonrası yanığa bağlı)
- **Baş-Boyun:** Saç ve saçlı deri doğal, kafa yapısı simetrik. LAP yok. **Orofarenks hiperemik, yumuşak damakta posteriorda kan görüldü (uvula sağında)**
- **Gözler:** Bilateral ışık refleksi var. Her yöne göz hareketleri doğal. Anizokori yok, pupiller izokorik. Sklera ve konjunktiva doğal.
- Boyun hareketlerinde kısıtlılık, trismus, ağız açıklığı kısıtlılığı, boğuk ses, oral alımda kısıtlılık, burun tıkanıklığı, burun akıntısı yok

FİZİK MUAYENE

- **Solunum Sistemi:** Bilateral akciğer sesleri doğal. Her iki hemitoraks solunuma eşit katılıyor. Dinlemekle ral, ronküs yok. Retraksiyon yok. Toraks deformitesi yok. Ekspiryum uzunluğu yok.
- **Dolaşım Sistemi:** S1+ S2+ Ritmik, Ek ses yok. Üfürüm yok.
- **GİS:** Batın rahat. Defans, rebound yok.
- **Ürogenital Sistem:** Haricen erkek. Anomali yok.

LABORATUVAR

Hemogram

- WBC- $7.31 \times 10^3/\mu\text{L}$
- ANS- $5.080 \times 10^3/\mu\text{L}$
- LYM- $1.320 \times 10^3/\mu\text{L}$
- MONO- $800 \times 10^3/\mu\text{L}$
- EOS- $40 \times 10^3/\mu\text{L}$
- HGB- 15.6 g/dl
- HCT-44.9 %
- MCV-78 fl
- PLT- $239 \times 10^3/\mu\text{L}$
- **CRP: 39 mg/l**
- Sedimentasyon:14 mm/h
- Periferik yaymasında %68 PNL, %20 lenfosit, %6 monosit, %6 band görülmüş, atipik hücre görülmedi.

Biyokimya

- AKŞ-97 mg/dl
- Na-140 mmol/l
- K-5.34 mmol/l
- Ca-9.9 mg/dl
- Üre-23.3 mg/dl
- Kre-0.78 mg/dl
- Mg-2.08 mg/dl
- Fosfor-3.36 mg/dl
- Ürik asit-5.8 mg/dl

Patolojik Bulgular

- Orofarenks hiperemik
- Yumuşak damakta posteriora, uvula sağında kan görüldü
- Boyunda kitle, lap yok, sağ SCM superiora ağrı, hassasiyet mevcut
- Ateş

Ön tanılar ?





KLİNİK SEYİR

- Hastanın genel durumu orta, vitalleri stabil, yutmada zorluk (sıvı, katı gıdalar), yutarken ağrı mevcut, boyun hareketlerinde kısıtlılık yok ama sağ boyun tarafında ağrı, hasasiyet var, trismus, boğuk ses, oral alımda kısıtlılık yok
- Çocuk enfeksiona danışılan hasta peritonsiler abse tanısıyla servise yatırıldı.
- Ampisilin sulbaktam 4x2 gr başlandı.
- Hastadan boğaz ve kan kültürleri alındı, sonuç takibi yapılıyor

KLİNİK SEYİR

- Boyun BT; (sağ peritonsiller alanda 7x15mm boyutlu periferik kontrastlanan ortası hipodens alan peritonsiler abse ile uyumlu olabilecek alan izlendi. sağda hava yolu hafif daralmıştır, majör vasküler yapılar açık ve intakt görünümde)
- Hasta KBB konsülte edildi - Panendoskopide ek kanama şüpheli alan izlenmemiş. Hastanın uygun antibiyoterapisinin düzenlenmesi önerildi
- Hastanın yatışının ilk 24 saatinde şikayetleri geriledi, ateşi olmadı

PERİTONSİLER ABSE

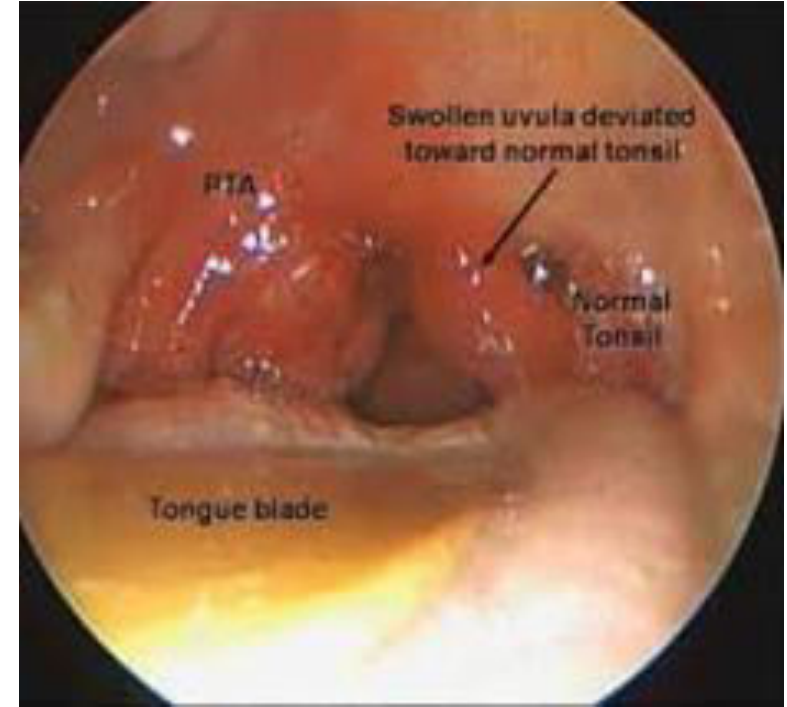
- Çocuklarda sıklıkla görülen baş ve boyunun en sık derin enfeksiyonudur
- Akut tonsillit ya da peritonsiller selülit sonrası, tonsil kapsülü ile superior konstriktor faringeal kas arasındaki boşlukta püy birikmesi ile karakterize bir hastalıktır
- Sonbahar ve ilkbaharda aylarında daha sık görülmektedir

EPİDEMİYOLOJİ

- Çocuk yaş grubunda en sık izole edilen etkenler;
 - *S.aureus*
 - *S.pyogenes*
- Peritonsiler abse sıklıkla polimikrobiyal bir enfeksiyondur
 - Peptostreptococcus türleri,
 - Fusobacterium nucleatum,
 - Prevotella melaninogenica,
 - Prevotella türleri de dahil olmak üzere ağız içindeki anaerob etkenler de enfeksiyona neden olabilir

KLİNİK

- Ateş, boğaz ağrısı yutma güçlüğü ve trismus en sık görülen yakınmalardır.
- Peritonsiller apse belirtileri akut tonsillit belirtilerine benzerdir, ancak şiddetlidir
- Genellikle unilateraldir (boğazdaki rahatsızlık hissi 2-3 gün önce başlar)



KLİNİK

- Odinofaji (yutmanın ağrılı olması)
- Yutkunma güçlüğü
- Oral alımın azalmasıyla birlikte salya akması
- Ateş ve titreme
- Trismus(hastaların yaklaşık %20)
- Vokal kalitesinde değişiklik(boğuk ses)
- Baş ağrısı, boyun tutulması(ağrıya bağlı olarak boynu hareket ettirmede isteksizlik)
- Boyunda şişlik, kitle veya lenfadenopati
- Solunum sıkıntısı (stidor, taşipne), hastalık ilerledikçe stridor gelişir

TANI

Klinik olarak konulur

orofarinks muayenede yumuşak damakta genişleme,
hasta taraf tonsilde mediale itilmeye bağlı asimetri ve
uvulanın karşı tarafa itilmesi)

Laboratuar değerlendirmede;

lökositöz,

kan kültüründe pozitiflik görülür aynı zamanda

A grup streptokoklar için standart bir test (boğaz kültürü veya hızlı tanı testi) yapılmalıdır

TANI

Görüntüleme;

hava yolunu tehlikeye sokan herhangi bir belirti yoksa ilk olarak yan boyun röntgeni çekilebilir,

şüphe yüksekse kontrastlı BT tercih edilir

İğne aspirasyonu;

peritonsiler apsenin tanı ve tedavisinde standart yöntemdir

TEDAVİ

Ponksiyon ve aspirasyondan sonra antibiyotik tedavisi başlanmalıdır

Ampirik tedavi;

A grup strep., staph aureus ve solunum yolu anaeroblarını kapsamalır,

Drenaj yapılırsa veya tedaviye klinik yanıt alınırsa kültür sonuçlarına göre tedavi değiştirilir.

Ampisilin sulbaktam(50mg/kg) veya klindamisin(15mg/kg) iv ,

Amoksisilin-klavulonat (45mg/kg) po

İntravenöz tedavi ateş düşene ve klinik olarak iyileşene kadar, PO tedavi ise 14 gün verilir.

Metisilin dirençli gram pozitif koklar etken olarak düşünöldüğünde tedaviye vankomisin ya da linezolid eklenmelidir

Cerrahi drenaj;

(hayatı tehdit eden durumlarda-hava yolu obstruksiyonu) absenin drene edilmesi gerekli

PTA hastalarında TONSİLLEKTOMİ endikasyonları

- Üst solunum yolu tıkanıklığı veya diğer komplikasyonlar
- Daha önce şiddetli tekrarlayan farenjit veya PTA atakları
- Tonsillektomi için diğer endikasyonlar(horlama gibi)
- Apsenin diğer drenaj teknikleriyle giderilememesi

TEDAVİYE YANIT

- Başarılı tedaviye yanıt hastanın 24 saat içinde şikayetlerinde azalmadır
- Bizim hastamızda;
 - Şikayetler tedavinin 24.saatinde azaldı, halen tedavisine iv olarak devam edilmekte
- Tedaviye yanıt alınmayan, komplikasyon gelişen hastalarda;
 - altta yatan sorunlar (örn: konjenital kist veya kanal) değerlendirilmeli,
 - tekrar görüntüleme,
 - antimikrobiyal tedavinin genişletilmesi gerekli

AYIRICI TANI

- Diğer enfeksiyonlar;
 - epiglottit, krup, bakteriyel trakeit, retrofarengeal selülit, tonsillit
- Travma;
 - penetran yabancı cisim(hava yolunda ve ya yemek borusunda),
 - arka farenksde termal veya yakıcı yanıklar
- Tümörler;
 - lenfanjiom, hemanjiom

KOMPLİKASYONLAR

- Solunum güçlüğü ve üst solunum yolu obstrüksiyonu
- Beslenme güçlüğü ve sıvı alımında yetersizlik(dehidratasyon)
- Mediastinit
- Perikardit
- Pnömoni
- Menenjit
- Endokardit
- Sepsis

TEŞEKKÜRLER