



Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
Anabilim Dalı

Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı
Olgu Sunumu

11 Ekim 2016 Salı

Ar. Gör. Dr. Sefa Kazancı

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
Anabilim Dalı

Çocuk Göğüs hastalıkları bilim dalı
Olgu Sunumu
DR.SEFA KAZANCI



8 aylık kız hasta

Şikayeti: öksürük

Hikayesi

15 Gün öncesinde burun akıntısı, hapşırık şikayeti olan hastanın;
10 gündür öksürük şikayeti mevcutmuş
3 gün önce acil servise başvurulmuş.
Ventolin ve atrovent tedavisi verilen hasta şikayetlerin devam etmesi üzerine polikliniğimize getirildi.

Özgeçmiş

Prenatal: Annenin 2. gebeliği. Gebeliği boyunca düzenli doktor kontrolü yok. Gebelikte bir sorun yaşamamış. Anne gebeliğinde progestan ve demir kullanmış.

Natal: Dış merkezde (hastanede), 38 gh, 3100 gram doğmuş.

Postnatal: Doğar doğmaz ağlamış,

Büyüme gelişme: Normal.

Aşıları: Tam yaşına göre.

Soygeçmiş

Anne: 35 y/ ilkokul mezunu/ ev hanımı / sağ-sağlıklı

Baba: 34y/ ilkokul mezunu/ serbest meslek/ sağ-sağlıklı

Anne baba arasında akrabalık yok.

Ailede sürekli hastalık:yok

Annede intrauterin ölüm öyküsü yok

1.Çocuk: E/ 10 yaş / sağ-sağlıklı 2 hafta önce grip olmuş.

2.Çocuk: Hastamız

Fizik Muayene

Ateş: 36.9° C

Nabız: 136/dk

TA:74/50 mmHg

SpO₂: % 98 oda

havasında

SS. :50/dk

Boy: 78 cm (50-75 P)

Ağ: 9.020 gr (25-50 P)

Fizik Muayene

Genel durum: İyi

Cilt: Turgor, tonus doğal. Ödem, ikter, siyanoz, peteşi, purpura, Yok.

Baş boyun: Saç ve saçlı deri doğal. Kafa yapısı simetrik. Boyunda kitle ve LAP yok.

Gözler: Işık refleksi bilateral mevcut. Pupiller izokorik. Konjonktivalar ve skleralar ikterik. Göz kürelerinin her yöne hareketi doğal. Bilateral lameller katarakt.

Kulak-burun-boğaz: Bilateral kulak zarları doğal. Burun tıkanıklığı, akıntısı yok. Orofarenks ve tonsiller doğal

Kardiyovasküler: S1, S2 doğal. S3 yok. Üfürüm yok. AFN her iki alt ekstremitede alınıyor. Kalp tepe atımı 4. interkostal aralıkta.

Solunum sistemi: Her iki hemitoraks solunuma eşit katılıyor. Toraks deformitesi yok. **İnter-kostal çekilmeleri, bilateral ekspiryum uzunluğu ,vizingi mevcut .**



Gastrointestinal sistem: Batın normal bombelikte. Barsak sesleri doğal. Palpasyonla defans, rebound yok. Hepatomegali ve splenomegali yok. Traube alanı açık.

Genitoüriner sistem: Haricen kız. Anomali yok.

NÖROMUSKÜLER SİSTEM :Doğal.

Özkan, Elif
1107669
04.06.2015
F

C: 2048,0, W: 4096,0
C=2048,0, W=4096,0 1/2



17.02.2016, 10:09:25

PA
1



PATOLOJİK BULGULAR

- ✓ Öksürük
- ✓ İnterkostal çekilmeler
- ✓ Ekspiryum uzunluğu
- ✓ PA AC filminde havalanma artışı
- ✓ PA AC filminde kostalarda düzleşme



Ön tanılarınız nelerdir?

AKUT BRONŞİOLİT

Akut bronşiyolit (AB)

Üç yaşından küçük çocuklarda sıklıkla viral etkenlerin neden olduğu, hışıltı (*'vizing'*), öksürük, hızlı solunum, göğüste çekilmeler ve ekspiryumda uzama ile karakterize

bronşiyollerin inflamasyonu ile seyreden bir hastalıktır.

Üç yaşın altındaki çocukların %10-20'sinde görülebilir.



ETYOLOJİ

Akut bronşiyolit sıklıkla kış aylarında epidemilere yol açar.

Özellikle düşük sosyo-ekonomik seviyesi olan ailelerde, kalabalık yaşam koşulları olan, sigara dumanına maruz kalan ve anne sütü almayan bebeklerde daha sık görülür.



En sık etken

respiratuar sinsityal virüs (RSV) olup, geç sonbahar ve kış aylarında epidemilere yol açar.

Daha az sıklıkla

parainfluenza virüs,

influenza virüs,

adenovirüs ve human metapnömovirüs de hastalığa neden olmaktadır.



PATOGENEZ

Bronşiyol epiteli, etkenin hedef dokusudur. Epitelin virüslar tarafından invazyonundan sonra

inflamasyon ve epitel nekrozu oluşur.

Dejenere olan siliyalı epitelin, sekresyonları

üst solunum yollarına taşıma fonksiyonunun bozulması nedeni ile sekresyonlar lümen içinde birikir.



PATOGENEZ

Submukoza ve adventisya oldukça ödemlidir, aşırı mukus sekresyonu vardır. Solunum yolunda ödem, nekrotik döküntüler, silyaların kaybı ve artmış müküs yapımının hepsi bronşiyol lümeninde tıkanmaya neden olur.



PATONEGEZ

Kısmi solunum yolu obstrüksiyonu
bronşiyollerde

`check-valve' mekanizması ile
havalanma fazlalığına neden olurken,
tam tıkanmalar atelektazi ile
sonuçlanır.



AYIRICI TANI

ASTİM

YABANCI CİSİM ASPİRASYONU

KİSTİK FİBROZ

PRİMER SİLYER DİSKİNEZİ

REFLÜ



DOĞAL SEYİR VE PROGNOZ

Genellikle hastalık hafif veya orta şiddette geçirilir.

Hastalık belirtileri iki-üç günde giderek artar, yedi-on

gün içerisinde azalır,

öksürük silyaların rejenerasyonuna kadar haftalarca devam edebilir.



Altı haftadan küçük bebeklerde,
altta yatan kardiyopulmoner hastalığı olanlarda
(kistik fibroz,
bronkopulmoner displazi,
konjenital
kalp hastalıkları),
prematür bebeklerde,
bağışıklık sistemi zayıf hastalarda,
daha ağır seyreder ve
hayatı tehdit edici olabilir.



KOMPLİKASYONLARI

Akut bronşiyolitinin komplikasyonları solunum yetmezliği, hipoksi ve hiperkapniye bağlı santral sinir sistemi bulguları, uygunsuz ADH salınımı, miyokardit ve bronşiyolitisi obliteranştır.

Ölüm akut bronşiolitli bebeklerin %1'den azında görülmektedir.

Hangi çocukta astım gelişebilir?

Çocukta ve ailede atopi ve alerji öyküsü,
çocuğun solunum yollarının doğuştan dar olması
ve pasif sigara içiciliği,
tekrarlayan hışıltı atakları gelişmesi
için risk faktörleridir.
Bu tür hastalar astım yönünden
değerlendirilmelidir

ASTIM PREDİKTİF İNDEKS

✓ Zayıf indeks: 1 yıl içinde 3 den az hışıltı +1 majör ya da 2 minör

✓ Güçlü indeks: 1 yılda 3'ten çok hışıltı + 1majör ya da 2 minör

1 MAJÖR

Ebeveynlerde astım

Atopik dermatit

2 MİNÖR

Allerjik rinit

ÜSYE dışında hışıltı

Eozinofili > %4

AKUT BRONŞİOLİTTE HASTA İZLEMİ

- Hastalık şiddetinin değerlendirilmesi için hastanın genel durumu, dakikadaki solunum ve nabız sayısı ve göğüste çekilmelerin varlığına göre bir sınıflandırma kullanılır.
- Sınıflandırmada hastanın oksijen satürasyonu ve oksijen satürasyonunu %93'ün üzerinde tutabilmek için gerekli oksijen yüzdesi (FiO₂) düzeyi de dikkate alınır.

	HAFİF	ORTA	AĞIR
APNE	YOK	YOK	VAR
SOLUNUM SAYISI	<50	50-70	>70
NABİZ	<140	140-160	>160
ÇEKİLME	HAFİF	ORTA	AĞIR
SPO2	>%93	86-92	<% 85
SİYANOZ	YOK		VAR
SPO2 >%93 İÇİN GEREKLİ FİO2		0.21-0.4	>0.4



HASTANEYE SEVK ÖLÇÜTLERİ

- ✓Üç aydan küçük bebekler
- ✓Gebelik yaşı 34 haftadan küçük, 1 yaşın altında olanlar
- ✓Orta-ağır dereceli bronşiyolitler

HASTANEYE YATIŞ ÖLÇÜTLERİ

- ✓ Ağır bronşiyolitler
- ✓ Toksik görünümlü bebekler
- ✓ Takipnesi olan, beslenemeyen bebekler
- ✓ Ağızdan alımı yetersiz olanlar (Olağan günlük ağızdan alımının en az %50 azalması)
- ✓ Altta yatan kardiyopulmoner hastalık/immün yetmezlik olan bebekler

HASTANEYE YATIŞ ÖLÇÜTLERİ

- ✓ Akciğer grafisinde atelektazi/konsolidasyon varlığı
- ✓ Sosyal endikasyon
- ✓ 35 haftadan küçük doğanlar veya 3 aydan küçük bebeklerde hastalık hızlı ilerleyeceği ve daha ağır seyredeceğinden,
bu bebeklerin hastaneye yatış endikasyonlarında daha dikkatli olunmalıdır

HANGİ DURUMLARDA BESLENME KESİLİR

- ✓ Solunum sayısı 60/dakikanın üzerinde devam ediyorsa,
- ✓ Süregen kusmalarda,
- ✓ Oksijen tedavisine karşın, beslenme sırasında oksijen saturasyonu %90'ın altına düşüyorsa,
- ✓ Emme, yutma ve nefes alma eşgüdümlü yapılamıyor, solunum sıkıntısı artıyorsa

TEDAVİ

Hafif bronşiolitte:

- ✓ Bu bebeklerin tedavisi evde yapılabilir.
- ✓ Aileye solunum sıkıntısı belirtileri anlatılıp, beslenme önerileriyle yakın dönemde kontrole çağırılmak üzere hasta eve gönderilebilir.
- ✓ Aileye sık el yıkanmasının ve bebeğin ayrı tutulmasının söylenmesi diğer bireylere bulaşın önlenmesine katkı sağlar.

TEDAVİ

- ✓ Antibiyotik, antihistaminik, buhar tedavisi, oral dekonjestanlar ve nazal vazokonstrüktörlerin tedavide etkisi yoktur.
- ✓ Bu grup hastalarda, çok yaygın kullanılmasına karşın oral salbutamolün iyileştirici etkisinin bulunmadığı kanıtlanmıştır

TEDAVİ

Orta dereceli bronşiolitte:

- ✓ Hastaneye sevk edilir, yatış gerekebilir.
- ✓ Oksijen desteği, monitörizasyon, oral alamayacak hastalara IV sıvı başlanır.
- ✓ Hasta komplikasyonlar açısından izlenir, hışıltısı varsa inhale salbutamol veya epinefrin denenebilir.
- ✓ Yalnızca hipertonik salin ve helioks gazının tedavide etkinliği kanıtlanmıştır.



TEDAVİ

Hastalık derecesi hafife inerse hasta taburcu edilir ve sık aralıklarla (2 günde bir) kontrole çağırılır.

TEDAVİ

Ağır bronşiyolitte :

- ✓ Hasta olanak varsa YBÜ'ye yatırılır.
- ✓ Kan gazı izlemi ve kardiyopulmoner monitörizasyon gereklidir.
- ✓ İnhalasyon salbutamol, inhale epinefrin ve sistemik prednizolon denenebilir.
- ✓ Ağır akut bronşiolitte ventilatöre bağlanan ve diğer tedavilerden fayda görmeyen hastalara magnezyum sülfat ve teofilin verilebilir.



Hastamıza hipertonic salin ve
ventolin verildi, şikayetlerinde
belirgin düzelme görüldü.