



Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
Anabilim Dalı

Çocuk Servisi
Olgu Sunumu

25 Kasım 2016 Cuma

İnt. Dr. Beyza Soylu



Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
Anabilim Dalı

Çocuk Servisi
Olgu Sunumu

25 Kasım Cuma 2016

İnt. Dr. Beyza SOYLU

- 3 aylık erkek hasta

YAKINMASI:

- Solunum sıkıntısı

HİKAYESİ:

- Hastamızın bir gün önce burun akıntısı başlamış. Ertesi gün hışıltı da eklenmiş.
- Hışıltı şikayeti ile birlikte beslenmesi azalan hasta, nabzının şiddetlenmesi ve solunumunun hızlanması üzerine hastanemizin çocuk acil servisine getirilmiş.

ÖZGEÇMİŞ:

Hasta doğduğu gün omfalosel ve 18 günlükken inguinal herni nedeniyle ameliyat olmuş.

- **Doğum öncesi dönem:** Annenin 3. gebeliği. Gebelik boyunca düzenli hekim ve ultrason izlemi var. İzlemlerinde omfalosel saptanmış.
- **Doğum dönemi:** KOÜ Hastanesi'nde, doktor yardımıyla, 33. haftasında, 46 cm, 2.500 gram olarak doğmuş.
- **Doğum sonrası dönem:** Doğar doğmaz ağlamış. Morarma, kordon dolanması olmamış. Hemen soluk almış. Soluk alması ya da ağlaması için özel bir işlem uygulanmamış. 2 hafta küvözde kalmış.
- **Alerji Öyküsü:** Yok.

SOYGEÇMİŞ:

▪**Anne:** 28 yaşında, ilkokul mezunu, ev hanımı, sağ-sağlıklı.

▪**Baba:** 36 yaşında, lise mezunu, işçi, sağ-sağlıklı

Anne ve baba arasında akrabalık yok

▪**Kardeşler:**

1.**Çocuk:** Erkek, 8 yaşında, sağ-sağlıklı

2.**Çocuk:** Erkek, 5 yaşında, sağ-sağlıklı

3.**Çocuk:** Hastamız

1 tane düşük

FİZİK MUAYENE:

- Ateş: 36,3 C
Nabız: 148/dk
Kan Basıncı: 80/50 mmHg
Solunum: 60/dk
SpO2: %88 (Oda havasında)
- Boy: 58 cm (<3 p)
Ağ: 5.040 gr (<3 p)

- Genel durum:Orta
 - Cilt:Deri rengi normal.Peteşi, purpura, ekimoz, pigmentasyon bozukluğu yok.Turgor normal.
 - Saç ve saçlı deri doğal.
 - Orofarenks doğal.Tonsiller doğal.Burun akıntısı yok.
 - Gözler: Bilateral ışık refleksi +/- . Göz kürelerinin her yöne hareketi doğal.
-
- SS: Göğüs biçimi doğal.Rozari yok.Her iki göğüs yarısı solunuma eşit katılıyor.Morarım yok. **Interkostal çekilme mevcut. Vizing (+). Ekspiryum uzunluğu mevcut. Bilateral sekresyon ralleri mevcut.**
-
- KVS: S1+,S2+, Ek ses yok, üfürüm yok.
 - GİS: Batın rahat. Rebound,defans yok. Hepatosplenomegali yok.
 - GÜS: Haricen erkek.Anomali yok.Sünnetsiz, testisler bilateral scrotumda.
-
- NMS: Bilinç açık. Çevreyle ilgili. Patolojik refleks yok. Ense sertliği yok. Kranyal sinir muayenesi doğal.
 - Ekstremitler: Kas tonusu ve kitlesi doğal. Kas gücü tam. Eklem muayenesi doğal.

LABORATUVAR:

▪ BK: 20.666 (↑)

Ans: 9.662

Eos: 983

Lenfosit: 7.619

Hb: 11,41

Hct: 34,39

Mcv: 86,34

Plt: 659.600 (↑)

CRP: 2,99 (↑)

Üre: 6 mg/dl (↓)

BUN:3 mg/dl (↓)

Kreatinin: 0.30 mg/dl

AST: 43 IU/l

ALT: 24 IU/L

Total Protein:5 g/dl (↓)

Albumin: 3.4 g/dl (↓)

Na: 135.8 mEq/l (↓)

K: 5.53 mEq/l (↑)

Cl: 102 mEq/l

Mg: 2.18 mg/dl

İnorganik Fosfor:5.5mg/dl (↑)

- Kan Gazı:

pH: 7.218 (↓)

pO₂: 28.0 mmHg

pCO₂: 60.8 mmHg (↑)

Laktat: 19 mg/dl

Be: -4.0

HCO₃: 23.8 mmol/l

Doğru, Bebek
1194862
16.08.2016
M

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



05.11.2016, 19:57:00

PA
1

PATOLOJİK BULGULAR

- Burun akıntısı, hışıltı, beslenmede azalma
- Takipne, taşikardi
- Wheezing, sekresyon ralleri
- İnterkostal çekilme
- Solunumsal asidoz

?

TANI:

AKUT BRONŞİYOLİT + PNÖMONİ

AKUT BRONŞİYOLİT

Akut bronşiyolit

- iki yaşından küçük çocuklarda
- sıklıkla viral etkenlerin neden olduğu,
- hızlı solunum, göğüste çekilmeler ve hışıltılı solunum (vizing) ile karakterize,
- bronşiyollerin inflamasyonu ile seyreden klinik bir hastalıktır.

- İki yaşın altındaki çocukların %10-20'sinde görülebilir.
- Sık görülmesi, astıma benzemesi, tekrarlayan bronşiyolitlerin astım ile ilişkili olması ve süt çocuğunda ciddi morbidite oluşturmaları açısından önemlidir.

ETİYOLOJİ VE EPİDEMİYOLOJİ

- Akut bronşiyolit sıklıkla kış aylarında epidemilere yol açar.
- En sık etken respiratuvar sinsityal virüs (RSV) olup, geç sonbahar ve kış aylarında epidemilere yol açar.

Daha az sıklıkla rinovirüs, parainfluenzavirüs, influenza virüsü, adenovirüs ve insan metapnömovirüsü de hastalığa neden olmaktadır.

PATOGENEZ

- Bronşiyol epiteli etkenin hedef dokusudur.
- Epitelin virüsler tarafından invazyonundan sonra enflamasyon ve epitel nekrozu oluşur.
- Silyaların işlevinin bozulması sonucu salgılar atılamaz.
- Lümen içi ödem nedeniyle de mukus sekresyonu artar.
- Süt çocuklarında zaten dar olan bronşiyoller tıkanır.

KLİNİK BULGULAR ve TANI-1

- İlk bulgular burun akıntısı, öksürük ve hafif ateş gibi üst solunum yolu enfeksiyonu şeklinde başlar.
- Bir-iki gün içinde hışıltılı solunum, öksürük, solunum sayısında artış ve göğüste çekilmeler gelişir.
- Huzursuzluk, beslenme güçlüğü ve kusma gözlenebilir.

KLİNİK BULGULAR ve TANI-2

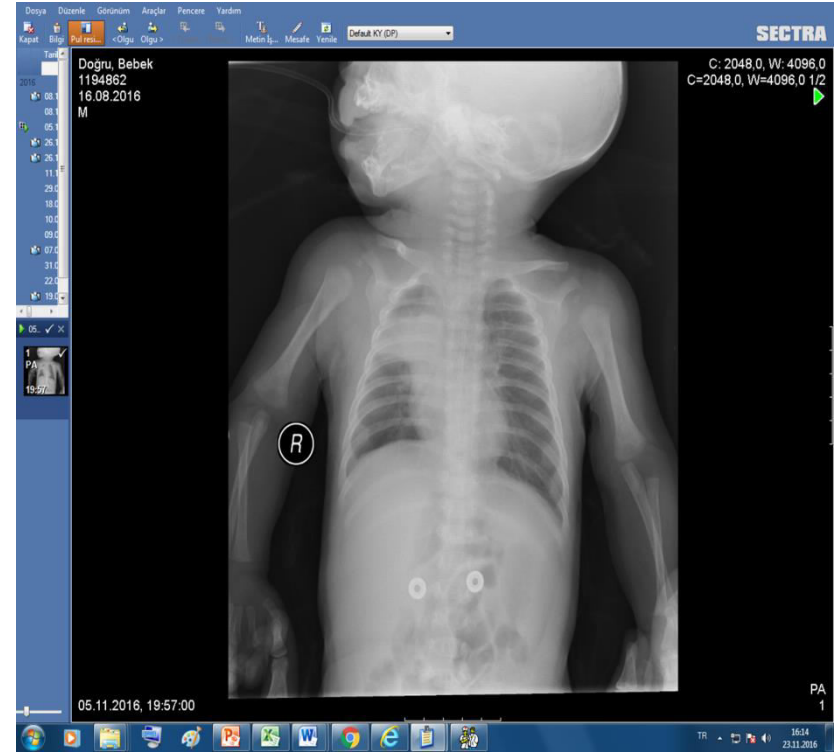
- Fizik muayenede solunum sayısı artmıştır, taşikardi vardır.
- Vücut sıcaklığı normal olabileceği gibi yüksek ateş de görülebilir.
- Konjonktivit, otit ve farenjit de bazı hastalarda eşlik edebilir.

KLİNİK BULGULAR ve TANI-3

- Dinlemekle akciğerlerde vizing ve raller duyulabilir.
- Ağır olgularda siyanoz ve apne görülebilir.
- Karaciğer kosta kenarını geçebilir, bu bulgu akciğerlerdeki aşırı havalanmaya ya da kalp yetmezliğine bağlı olabilir.

KLİNİK BULGULAR ve TANI-4

- Radyolojik olarak her iki akciğerde havalanma fazlalığı, peribronşiyal infiltrasyonlar ve atelektaziler görülebilir.
- Yama tarzında dansite artışı (konsolidasyon) ikincil bakteri enfeksiyonuna bağlı olarak gelişebilir.



- Akut bronşiyolit tanısı öykü ve fizik muayene bulgularıyla konulur.
- Ağır olgular dışında radyolojik incelemeler ve etkenin gösterilmesi için laboratuvar incelemelerinin yapılmasına gerek yoktur.

Hastalığın ciddiyetini gösteren risk etmenleri

- Prematürelilik (Gebelik yaşı <37 hafta)
- <12 hafta
- Bronkopulmoner displazi
- Konjenital ve anatomik havayolu defektleri
- Konjenital kalp hastalığı
- İmmün yetersizlik
- Nörolojik hastalık
- Pasif içicilik, kalabalık aile, sosyo-ekonomik düzey, kardeş bulunması.

Hastaneye yatış ölçütleri:

- Toksik görünüm, beslenememe (olağan günlük oral alımının en az %50 azalması), letarji, dehidratasyon
- Solunum sıkıntısına eşlik eden,
 - Burun kanadı solunumu
 - İnterkostal, subkostal, suprasternal çekilmeler
 - Solunum sayısı $> 70/\text{dk}$
 - Dispne ya da siyanoz
- Apne
- Hiperkapninin eşlik ettiği ya da tek olarak hipoksi ($\text{PaCO}_2 > 45 \text{ mmHg}$)
- $\text{SpO}_2 < \%94$

Akut Bronşiyolit Hastalık Derecelendirilmesi:

	Hafif	Orta	Ağır
Beslenme	İyi	İştahsız	Beslenemez
Apne	Yok	Yok	Var
Solunum sayısı/dk	<50	50-70	>70
Nabız/dk	<140	140-160	>160
Retraksiyonlar	Hafif	Orta	Ağır
SpO2	>%93	%86-92	<%86
Siyanoz	Yok	Olabilir	Var
FiO2 (SpO2>93)	-	%21-40	>%40



Tedavi:

- Salbutamol
- Epinefrin
- Hipertonik salin
- Steroidler
- Oksijen, yüksek akımlı nazal kanül
- Heliox
- Ribavirin
- Sürfaktan

Salbutamol

2014 AAP kılavuzu salbutamol önermiyor.

Epinefrin

- Hastanede yatan hastalarda yatış süresi üzerine ya da diğer parametrelere olumlu etki yok.
- Düzenli olarak alanlarda gereksinim olduğunda alanlara göre yatış süresi daha uzun.

Hipertonik Salin

- Ayaktan hastalarda yatış oranını azaltmamış.
- Hastaneye tekrar başvuruları azaltmamış.
- Yatan hastalarda hastanede kalış süresi 1,5 gün azalmış.

Glukokortikoidler

Diğer tedavilere karşın yanıt alınamayan olgularda ya da hastalığın şiddetinin orta ya da ağır olduğu durumlarda prednizolon 1-2 mg/kg dozunda 2-3 gün denenebilir.

Ribavirin

Rutin önerilmemekte, ancak immün baskılı veya RSV'ye bağlı ciddi hastalık durumunda antiviral olarak kullanılabilir.

Surfaktan

Yoğun bakım hastalarında mekanik ventilasyon süresinin kısalttığı izlenmiş

	Hafif
Beslenme	İyi
Apne	Yok
Solunum sayısı/dk	<50
Nabız/dk	<140
Retraksiyonlar	Hafif
SpO2	>%93
Siyanoz	Yok
FiO2 (SpO2>93)	-

Hafif Dereceli Hastalık:

- ✓ Solunum sıkıntıları bulguları anlatılır.
- ✓ Beslenme önerileri
- ✓ Erken kontrol
- ✓ Sigara maruziyeti engellenir.

	Orta
Beslenme	İştahsız
Apne	Yok
Solunum sayısı/dk	50-70
Nabız/dk	140-160
Retraksiyonlar	Orta
SpO2	%86-92
Siyanoz	Olabilir
FiO2 (SpO2>93)	%21-40

Orta dereceli hastalık:

- ✓ Oksijen
- ✓ Adrenalin verilmesi düşünülebilir.
- ✓ İlaç verilip etkisi gözlenerek tedavi verilebilir.
- ✓ Düzelmezse hastaneye yatırılır.

	Ağır
Beslenme	Beslenemez
Apne	Var
Solunum sayısı/dk	>70
Nabız/dk	>160
Retraksiyonlar	Ağır
SpO2	<%86
Siyanoz	Var
FiO2 (SpO2>93)	>%40

Yatan Hastalarda Tedavi:

- ✓ Oksijen (gerekirse)
- ✓ Hipertonik salin
- ✓ İlaç verilip etkisi gözlenerek tedavi edilebilir.
- ✓ Kötüleşirse yoğun bakıma alınır.

Taburculuk ölçütleri:

- Solunum sayısı $<70/\text{dk}$
- Hastaya bakan kişinin hava yolunu burun aspirasyonu ile temizleyecek yeterlilikte olması
- Oksijen ihtiyacının olmaması ($\text{SpO}_2 > \%93$)
- Dehidratasyon gelişmemesi için yeterli oral alımının olması
- Evde yeterli tedaviyi devam ettirebilecek donanımın bulunması
- Ailenin eğitiminin tamamlanmış ve yeterli bakımı evde devam ettirecek güveni edinmiş olması

Bronşiyolit Tedavi Özet-1:

- Acil serviste adrenalin nebul denenebilir.
- Hastaneye yatırılan çocuklara nebulize hipertonic salin (%3) verilebilir.
- Sistemik ya da inhale kortikosteroid verilmemelidir.
- SpO2 %93'ün üzerindeki olgularda oksijen verilmeyebilir.
- Sürfaktan mekanik ventilasyon gerektiren olgulara verilebilir.

KLİNİK İZLEM

- Çocuk Göğüs Hastalıkları ve Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları tarafından değerlendirilen hastada 14 gün klaritromisin ve ampisilin-sulbaktam kullanıldı.
- Yatışında alınan nazofarenks sürüntüsünde çalışılan PCR testi sonucunda rinovirüs saptandı.
- Hastada ventolin ve hipertonic salin nebul kullanıldı.
- Çocuk gastroenteroloji bilim dalı tarafından değerlendirilen hastaya mama (*Infantrini*) başlandı.