



Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları  
Anabilim Dalı

Çocuk Servisi  
Olgu Sunumu

8 Haziran 2018 Cuma

Uzman Dr. Kenan Doğan



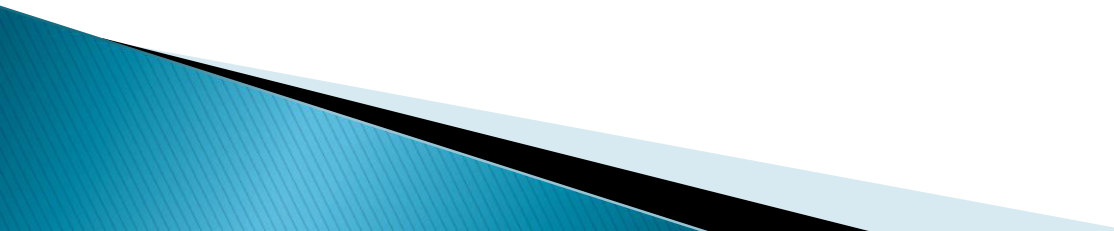
# Olgu Sunumu

## 08.06.2018

Dr. Kenan Doğan

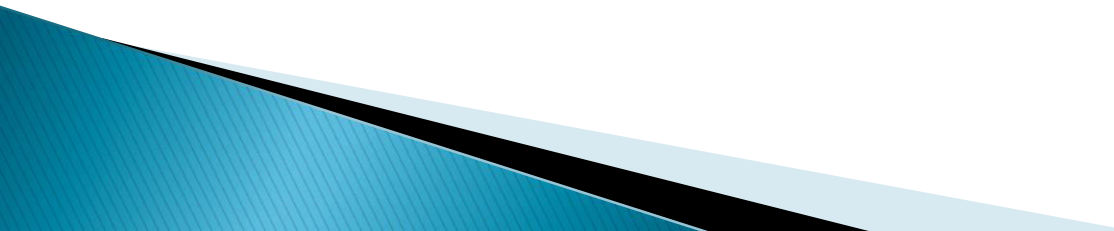
# Olgu 1

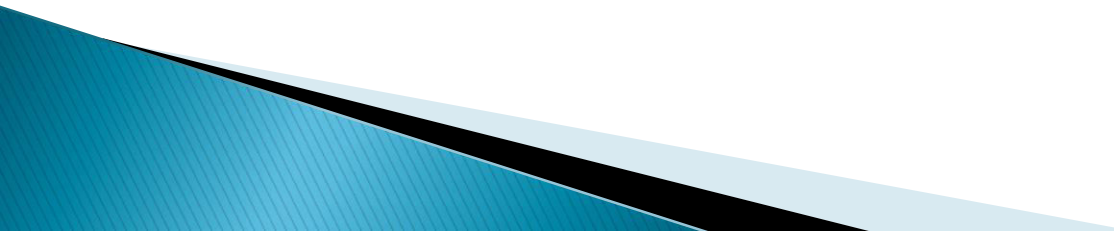
- ▶ 10 yaşında kız hasta
- ▶ Daha önceden bilinen bir hastalığı yok
- ▶ 3 gündür öksürük, balgam şikayeti mevcut

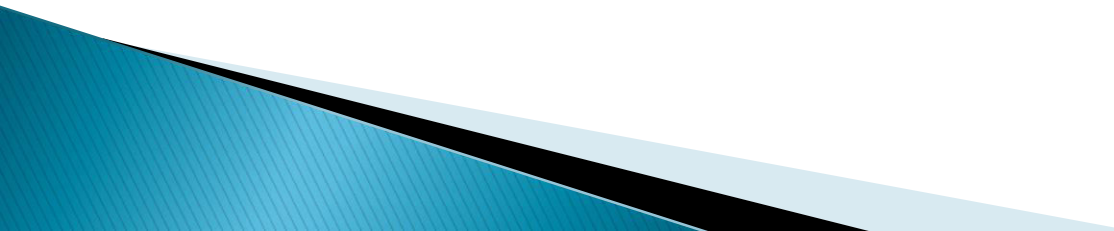
- ▶ Ateş yok
  - ▶ Solunum sayısı,tansiyon normal
  - ▶ SpO2 : % 100
  
  - ▶ Özgeçmiş : Özellik yok
  - ▶ Soygeçmiş : Özellik yok
  
  - ▶ Boy: 135 cm ( 50p, +0.6 SDS )
  - ▶ Kilo : 34 kg ( 25-50p, + 0,3 SDS )
- 

- ▶ Genel durumu iyi, bilinç açık,
- ▶ Cilt: Turgor doğal, tonus doğal, mukozalar doğal,
- ▶ Baş boyun: Kafa yapısı simetrik, boyunda kitle yok, LAP yok.
- ▶ KBB: Orofarenks hiperemik postanazal sarı pürülan akıntı.
- ▶ KVS: S1 (+), S2 (+), ek ses yok, üfürüm yok.
- ▶ Solunum Sistemi: Solunum sesleri bilateral eşit .Ral yok ronküs yok.
- ▶ GİS: Batın ahat, defans yok, rebound yok,hepatosplenomegali yok.
- ▶ GÜS: Haricen kız.
- ▶ NMS: Olağan

# Olgu 2

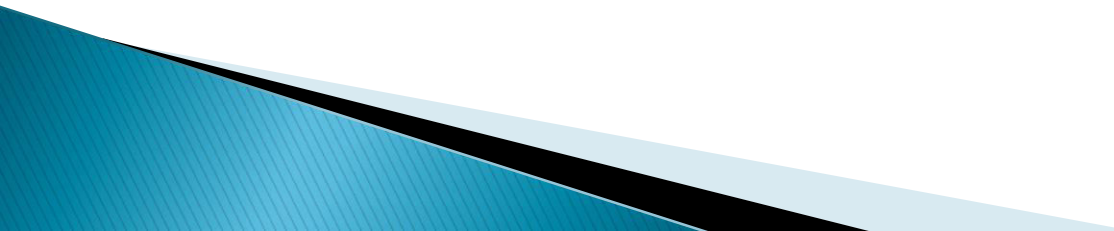
- ▶ 8 yaşında erkek hasta
  - ▶ Bilinen bir hastalığı yok
  - ▶ İlk 3 gün ateş
  - ▶ 15 gündür öksürük
  - ▶ 1 haftadır koyu renkli balgam
  - ▶ Son 3 gündür baş ağrısı mevcut
- 

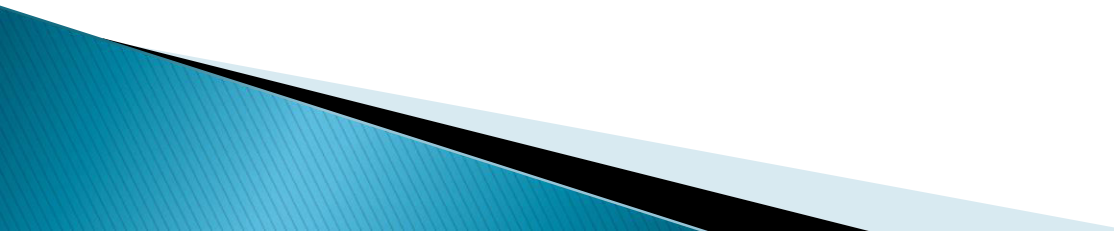
- ▶ Hastaya semptomlarının 10.gününde başvurduğu hekim tarafından klaritromisin reçete edilmiş.
  - ▶ Şikayetleri gerilememiş.
- 

- ▶ Ateş yok
  - ▶ Solunum sayısı,tansiyon normal
  - ▶ SpO2 : % 100
  
  - ▶ Özgeçmiş : Özellik yok
  - ▶ Soygeçmiş : Özellik yok
  
  - ▶ Boy: 124 cm ( 60p, +0,9 SDS )
  - ▶ Kilo : 30 kg ( 75p, + 1,1 SDS )
- 

- ▶ Genel durumu iyi, bilinç açık,
- ▶ Cilt: Turgor doğal, tonus doğal, mukozalar doğal,
- ▶ Baş boyun: Kafa yapısı simetrik, boyunda kitle yok, LAP yok **Orbital-maxiller bölge basmakla hassas**
- ▶ KBB: **Orofarenks hiperemik postanazal pürülan akıntı.**
- ▶ KVS: S1 (+), S2 (+), ek ses yok, üfürüm yok.
- ▶ Solunum Sistemi: Solunum sesleri bilateral eşit .Ral yok ronküs yok.
- ▶ GİS: Batın rahat, defans yok, rebound yok,hepatosplenomegali yok.
- ▶ GÜS: Haricen erkek.
- ▶ NMS: Olağan

# Olgu 3

- ▶ 14 yaşında kız hasta
  - ▶ 10 gündür özellikle sabahları kalktığında balgamı olduğunu söylüyor
  - ▶ Özellikle akşamları öksürük şikayeti oluyormuş
  - ▶ Burun tıkanıklığı son 3 gündür.
  - ▶ İlaç kullanmamış
- 

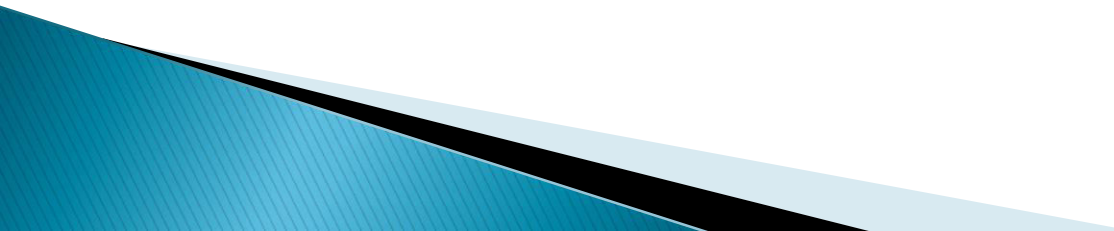
- ▶ Ateş yok
  - ▶ Solunum sayısı,tansiyon normal
  - ▶ SpO2 : % 100
  
  - ▶ Özgeçmiş : Özellik yok
  - ▶ Soygeçmiş : Özellik yok
  
  - ▶ Boy: 152cm ( 30p, -0,3 SDS )
  - ▶ Kilo : 45 kg (45p, + 0,1 SDS )
- 

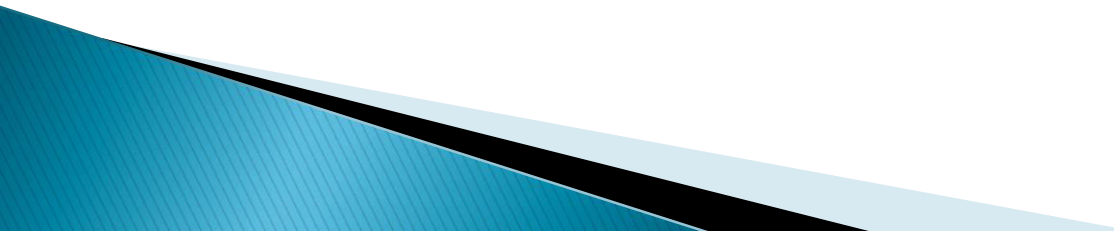
- ▶ Genel durumu iyi, bilinç açık,
- ▶ Cilt: Turgor doğal, tonus doğal, mukozalar doğal,
- ▶ Baş boyun: Kafa yapısı simetrik, boyunda kitle yok, LAP yok
- ▶ KBB: Orofarenks normal **nazal-postanazal pürülan akıntı.Burun tıkanıklığı.**
- ▶ KVS: S1 (+), S2 (+), ek ses yok, üfürüm yok.
- ▶ Solunum Sistemi: Solunum sesleri bilateral eşit .Ral yok ronküs yok.
- ▶ GİS: Batın rahat, defans yok, rebound yok,hepatosplenomegali yok.
- ▶ GÜS: Haricen kız.
- ▶ NMS: Olağan

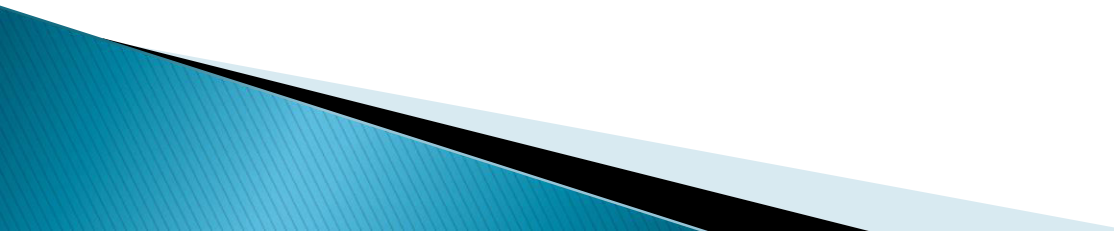
Hastalara nasıl yaklaşalım ?

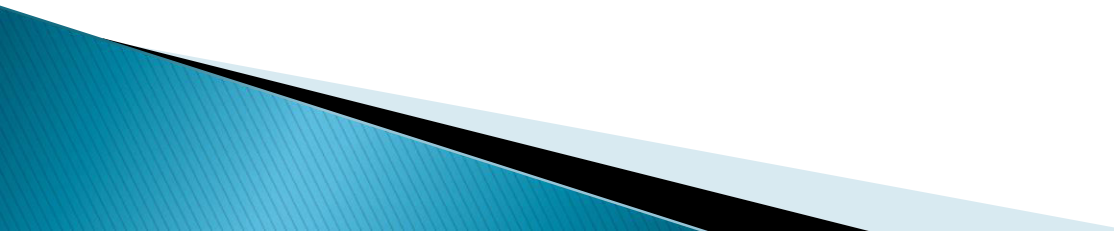
Ek tetkik ?

Tedavi ?



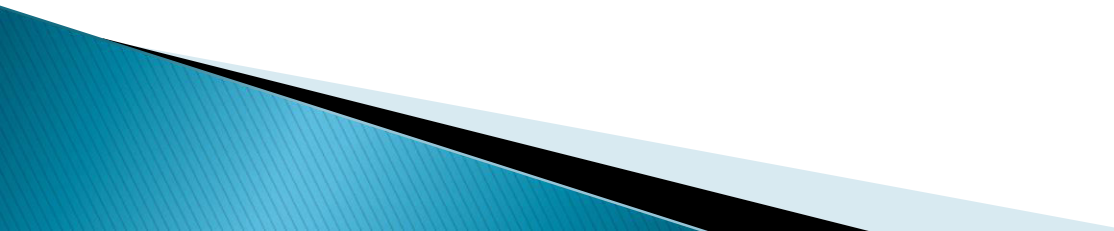
- ▶ Sinüzit, en az bir paranasal sinüsün inflamasyonudur.
  - ▶ Rinosinüzit, pürülan burun akıntısı veya postnazal akıntıdan en az birine fasiyal ağrı veya baş ağrısından en az birinin eşlik etmesi olarak tanımlanır.
  - ▶ Akut bakteriyel rinosinüzit çocukluk çağında en sık antibiyotik reçete edilen beşinci hastalıktır.
- 

- ▶ Bu hastalıktan her yıl Amerika Birleşik Devletleri'nde yılda 31 milyon kişi etkilenmekte, 18–22 milyon kişi, sinüzit semptomları nedeniyle hastaneye başvurmaktadır.
  - ▶ Türkiye'de ise 0–6 yaş grubunda görülen hastalıkların %42,6'sını ÜSYE vakaları oluşturmaktadır.
- 

- ▶ Akut rinosinüzit      10 gün – dört hafta
  - ▶ Subakut rinosinüzit    4–12 hafta
  - ▶ Kronik rinosinüzit      >12 hafta
- 

- ▶ *Streptococcus pneumoniae*,
- ▶ Tiplendirilemeyen *Haemophilus influenzae* (%20),
- ▶ *Moraxella catarrhalis* (%20),
- ▶ *Staphylococcus aureus*
- ▶ A grubu  $\beta$ -hemolitik streptokok
- ▶ Anaerobik bakteriler
- ▶ Bağışıklık sistemi baskılanmış olgularda, mantar

- ▶ **Infectious Diseases Society of America (IDSA) rehberine göre, çocuklarda üç klinik bulgunun olması durumunda ARBS olasılığı düşünülmelidir.**
- ▶ Bunlar;
  - On günden uzun süren nazal–postnazal akıntı ve öksürük,
  - ÜSYE bulgularının (ateş yüksekliği, koyu pürülan burun akıntısı, baş veya yüz ağrısı ve periorbital ödem) birbirini takip eden dört günden uzun sürmesi ve
  - ÜSYE bulgularının düzelmeye başladıktan beş–altı gün sonra aniden ağırlaşmasıdır.

- ▶ Akut bakteriyel rinosinüzit tanısı klinik olarak konulmaktadır
  - ▶ Tanı için laboratuvar incelemeye ve radyolojik görüntülemeye ihtiyaç yoktur
  - ▶ Görüntüleme uygun tedaviye yanıtsızlık, altta yatan anatomik bozukluk ya da komplikasyon oluşmuş hastalarda tercih edilir
  - ▶ Belirtilen durumlarda tercih edilecek ilk yöntem bilgisayarlı tomografidir
  - ▶ Waters grafisi hiçbir aşamada yer almamaktadır
- 

- ▶ Akut bakteriyel rinosinüzitin ayırıcı tanısında viral ÜSVE ve allerjik rinit bulunmaktadır
- ▶ Şeffaf burun akıntısı, öksürük ve ateş viral ÜSVE’de görülebilir; ancak genellikle semptomlar 10 gün içinde kendiliğinden geriler. Nadiren de olsa bazı olgularda yakınma ve bulgular 10 günü geçebilir
- ▶ Allerjik rinit genellikle mevsimseldir. Hapşırık, burun veya göz kaşıntısı, ağız içinde kaşıntı ile göz sulanması klinik tabloya eşlik eder

- ▶ Rinosinüzitlerin %90'ı virüs kaynaklıdır.
- ▶ Rinosinüzit semptomlarının 10 günden uzun sürmesi (yüksek ateş, toksik görünüm gibi ağır klinik seyir bulgularının olmadığı hastalar) durumunda enfeksiyon kaynağının bakteriyel olabileceği düşünülür ve antibiyotik tedavisi başlanmalıdır.
- ▶ Semptomatik tedavide serum fizyolojik lavaj ve gerektiği durumlarda antienflamatuvar/antipiretik verilebilir.
- ▶ Topikal kortikosteroid, oral/topikal antihistamik ilaçların tedavide yeri yoktur

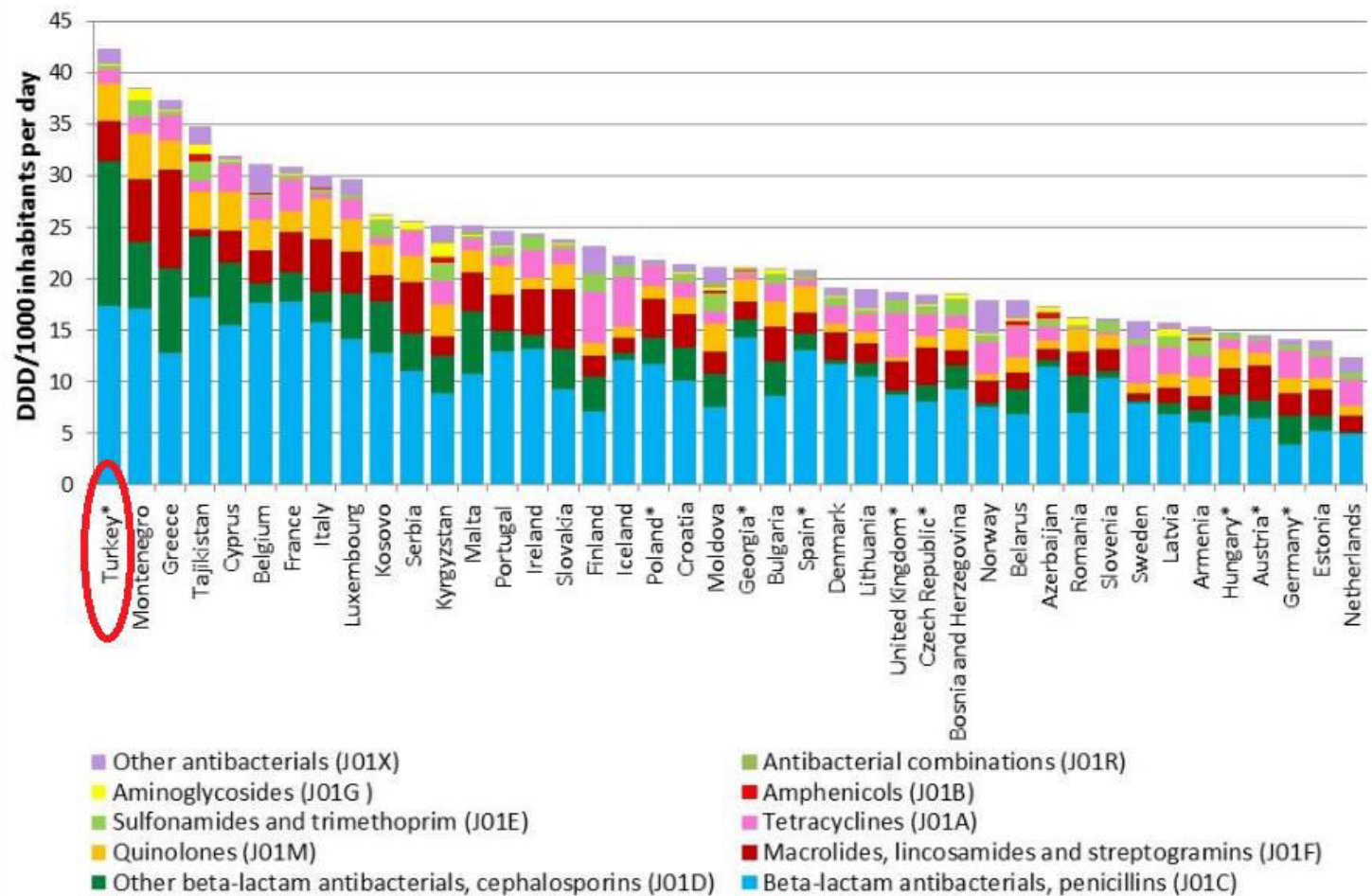
## **AAP ve IDSA ya göre ;**

- ▶ İlk tercih yüksek doz (80–90 mg/kg/gün) amoksisilin–klavulanik asit
- ▶ Alternatif beta laktam grubu antibiyotikler;
  - Sefdinir (7 mg/kg/gün)
  - Sefuroksim aksetil (30 mg/kg/gün)
  - Seftriyakson (50 mg/kg tek doz )
- ▶ İlk tercih antibiyotik kullanılamaması veya ilk basamak tedaviye yanıtızlıkdurumunda; moksifloksasin, levofloksasin, 3.kuşak sefalosporin+klindamisin kombinasyonu

- Marmara Bölgesinde yaptığımız çalışmada bir ayda ABRS tanısı konulan hasta sayısı ile çalışmaya katılan meslek grupları arasındaki ilişki irdelendiğinde **pratisyen hekimlerin ABRS tanısını diğer hekim gruplarından daha az oranda kılavuzlara uygun olarak koydukları görülmüştür.**

- ▶ Pediatrik ABRS'de ilk seçenek olarak tercih edilen antibiyotikler ele alındığında yanlış kriterlerle antibiyotik başlanması durumunda hasta başına tahminen 10–18₺'lik gereksiz maliyet oluştuğunu hesapladık.
- ▶ Türkiye'de her yıl çocukların ortalama dört–sekiz kez viral ÜSYE'ye maruz kaldığı ve bunların yalnızca %5–10'unun ABRS ile birlikteliği düşünüldüğünde yılda yaklaşık 3 milyar Türk Lirası kadar bir maliyeti, hekimleri doğru ve güncel yaklaşımlar hakkında bilgilendirilerek ortadan kaldırmak mümkün olabilir

- ▶ Çalışmamızda hekimlerin viral ÜS YE ile ARBS'yi klinik olarak ayırma oranı %8,4 olarak saptanırken 1996 yılında ABD'de yapılan benzer bir çalışmada bu oran %75 olarak bulunmuştur.
- ▶ Ülkemiz Avrupa ve OECD ülkeleri arasında antibiyotik kullanımında ve mikroorganizma direncinde en üst sırada



- ▶ Sonuç olarak basit virüs nedenli ÜSYE, sinüzit, otit, bronşiyolit vs tanılarını koyarken uygun klinik kriterler ile koyup doğru tedavi etmek doğrudan toplum sağlığını etkileyen bir durumdur.

Teşekkürler.....