



Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Çocuk Servisi
Olgu Sunumu

12 Ekim 2016 Çarşamba

İnt. Dr. Ali Dayan

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
Anabilim Dalı

Çocuk Servisi
Olgu Sunumu

12 Ekim 2016 Çarşamba

İnt. Dr. ALİ DAYAN

Hasta

- 12 Yaşında Erkek Hasta
- Yakınması : Karın ağrısı, ateş, iştahsızlık, halsizlik, ağız içinde yara, vücutta döküntüler.

Hikayesi

- Yaklaşık 2,5 ay önce gün içinde dalgalanma gösteren ateş, baş ağrısı, gözlerde ağrı şikayetleriyle dış merkeze giden hasta *akut sinüzit* tanısı konulup ağızdan antibiyotik tedavisi ile eve gönderilmiş.
- Antibiyotik tedavisi sonrası ateşi 7-8 gün devam etmiş.
- Ateşle eş zamanlı karın ağrısı, eklem ağrısı oluyormuş.

- 20 gün şikayeti olmayan hasta 1,5 ay önce yine ateş (38-39°C), baş ağrısı, halsizlik şikayetleriyle dış merkeze başvurmuş ve boğaz enfeksiyonu denilip IM ab tedavisine başlanmıştır.
- 2 gün IM antibiyotik tedavisi kullanıp düzelme olmaması üzerine hastanemize başvurulmuştur.

- Tarafımıza başvurulduğunda gözlerde ağrı, sulanma, yüksek ateş, karın ağrısı, halsizlik, döküntü, ağızda yara şikayetleri mevcuttu.
- Döküntüleri kaşıntısız, basmakla solan makülopapüler tarzdaydı.

Özgeçmiş

- **Prenatal:** Annenin 3. gebeliği. Gebelik boyunca düzenli hekim ve ultrason izlemi var. İzlemlerde bir sorun saptanmamış. Gebelik sırasında sigara, alkol, ilaç, madde kullanımı, kanama, akıntı, radyasyonla karşılaşma, idrar yolu enfeksiyonu, döküntülü ya da ateşli hastalık geçirme öyküsü yok
- **Natal:** Dış merkezde ,doktor yardımıyla, izleme göre 39 haftalık gebelik ertesinde baş gelişiyile normal yolla 4025 gr olarak doğmuş.
- **Postnatal:** Doğar doğmaz ağlamış. Morarma, kordon dolanması olmamış. Hemen soluk almış. Soluk alması ya da ağlaması için özel bir işlem uygulanmamış.
- **Beslenme:** Doğumdan sonra ilk kez 1.saatte anne sütü. İlk 4 ay yalnızca anne sütü almış. Anne sütü toplam 4 ay verilmiş. Bebek 4aylık olduğunda ek yiyeceklere geçilmiş. Mama kullanmaya 4aylık olduğunda başlanmış. Özel bir mama kullanımı gerekmemiş.
- **Büyüme-gelişme:** Yaşıtlarına uygun olarak gelişmiş.
- **Aşılar:** Sağlık ocağı aşıları tam
Daha öncesinde bilinen bir hastalığı ,alerji ,kaza öyküsü yok .

Soygeçmiş

- **Anne:** 37 yaşında, ilkokul mezunu, ev hanımı, sağ-sağlıklı .
- **Baba:** 42 yaşında, lise mezunu, çiftçi, sağ- sağlıklı
- Anne baba arasında akrabalık yok .
- **1. çocuk:** Erkek, 15 yaş, sağ-sağlıklı.
- **2. çocuk:** Erkek, 14 yaş, sağ-sağlıklı.
- **3. çocuk:** Hastamız
- **Ailede sürekli hastalık yok.**

Fizik Muayene

- **Ateş:** 38,3 °C
- **Nabız:**100/dk
- **Solunum sayısı:** 20/dk
- **Tansiyon:** 110/50 mmHg
- **Boy:** 156 cm
- **Ağ:** 57 kg

Fizik Muayane

- **Genel durum:** orta.
- **Cilt:** Turgor, tonus doğal. Ödem, ikter, siyanoz yok. Yüz hariç tüm vücutta **basamaklı solan makülopapüler döküntü** mevcut.
- **Baş boyun:** Saç ve saçlı deri doğal. **Boyunda tek taraflı 0,8*1 cm civarında ele gelen LAP** saptandı.
- **Gözler:** Işık refleksi bilateral mevcut. Pupiller izokorik. **Konjonktivalar ve skleralar hiperemik. Gözlerde sulanma** mevcut. Göz kürelerinin her yöne hareketi doğal.
- **Kulak-burun- boğaz:** Bilateral kulak zarları doğal. Burun tıkanıklığı, akıntısı yok. **Stomatit** mevcut.
- **Kardiyovasküler:** S1, S2 doğal. S3 yok. Üfürüm yok. AFN her iki alt ekstremitede alınıyor. Kalp tepe atımı 5. interkostal aralıkta.
- **Solunum sistemi:** Her iki hemitoraks solunuma eşit katılıyor. Toraks deformitesi yok. Retraksiyon yok. Dinlemekle ral , ronküs, ekspiryum uzunluğu yok.

- **Gastrointestinal sistem:** Batın normal bombelikte. Barsak sesleri doğal. Palpasyonla defans, rebound yok. Hepatomegali ve splenomegali yok. Traube alanı açık.
- **Genitoüriner sistem:** Haricen erkek. Anomali yok. Sol testis skrotumda değil. Sünnetli.
- **Nöromusküler sistem:** Bilinç açık. Koopere, oryante, Ense sertliği, kernig, brudzunski negatif. Babinski, klonus negatif. Kranial sinir muayeneleri doğal.
- **Ekstremiteler:** Kas kitlesi ve tonusu doğal. Deformite yok.

Laboratuvar(19/09/2016)

- BK: **2.468/uL**
- Hgb: 12,62 g/dl
- PLT: **121.600/uL**
- LYM: **%45,88**
- Sed.: 6 mm/st
- CRP: **6,54 mg/dl**

BUN: 9,0 mg/dl
Kreatinin: 0,74 mg/dl
AST: 117 U/L
ALT: 80 U/L
Alb: 4,0 g/dl
Na: 134,7 mEq/l
K: 4,43 mEq/l
Ca:9,1 mg/dl

- Hasta, çocuk servisinde 5 gün takip edildi.
- Semptomların viral enfeksiyonu kaynaklı olduğu düşünülüp, farengo-konjonktival ateş ön tanısıyla 5 gün sonra ateşi olmayan, genel durumu düzelen hasta poliklinik kontrolü önerilerek taburcu edildi.
- Ancak taburculuk sonrası tekrar ateş, karın ağrısı, halsizlik şikayetleri başlayan hasta için, dış merkezde bir genel cerrahi polikliniğine başvurulmuş ve çocuk hematolojiye yönlendirilmiş.

Ön Tanınız?

Patolojik bulguları

- Karın ve eklem ağrısı
- Dalgalanma gösteren ateş
- Halsizlik
- Kilo kaybı (2,5 ayda 4 kilo)
- Gözlerde sulanma, kaşıntı, batma, ağrı
- Basmakla solan makülo-papüler tarzda döküntü
- Stomatit
- Servikal LAP

- Tekrar tarafımıza kontrole getirilen hastaya Çocuk Hematoloji Bölümü tarafından kemik iliği aspirasyonu (KİA) yapıldı.
- KİA sonucunda *yabancı hücre infiltrasyonu* **saptanmadı.**
Eritroid ve myeloid hücre sayı ve matürasyonu **uygun** saptandı.

Hastanın öyküsü derinleştirildiğinde köyde yaşadığı ve kaynatılmamış süttten yapılan peyniri tükettiğı öğrenildi.

- Hastaya yapılan Brusella aglütinasyonu (Wright) 1/40'da pozitif olarak geldi.
- Yapılan kemik iliği aspirasyonu aerop kan kültüründe *B. melitensis* üredi.

Doksisiklin + Rifampisin (6 hafta)

ve

Gentamisin (ilk 7-14 gün) tedavisi başlandı.

Bruselloz

- Bruselloz primer olarak hayvanların hastalığı olmakla birlikte insanlar da hayvan ve hayvan ürünleriyle temas ettiklerinde enfekte olurlar.
- Brusellalar hareketsiz, spor oluşturmeyan gram (-) kokobasillerdir. Çoğalmaları çok yavaş olduğundan en az 21 günde kültürde pozitif üreme gözlenir.

- İnsanda en çok enfeksiyon yapan
B. melitensis,
B. abortus,
B. suis tir.
- B. Canis ile insanda enfeksiyon seyrek

B. melitensis → En invaziv ve ağır tablo

Keçi, koyun, inek; bulaş kaynağı

* Malta Humması

B. Suis → Yaygın enfeksiyon/Süpüratif hastalık

Domuz, inek ; bulaş kaynağı

B. abortus → Çok hafif seyreder ve yayılmaz

İnek , at ; bulaş kaynağı

* Bang Hastalığı



Patogeneze

- Brusellalar RES hücrelerinde, özellikle mono-nükleer fagositik hücrelere yerleşen intra-sellüler basillerdir.
- Epitelyal hücrelerde çoğalırlar.
- Brusella enfeksiyonu tüberkülin tipinde gecikmiş aşırı duyarlılık reaksiyonuna neden olur.
- Brusellanın bazı kökenleri diğer gram(-) mikro-organizmalara benzer endotoksin içerir.

- Brusellalar vücuda sıyrılmış deri, orofarenks ve daha az olarak da konjuktiva ve solunum sisteminden girerek lenfatik sisteme geçer.
- Bölgesel lenf nodlarında çoğalıp kana geçerler. Buradan RES hücrelerinden zengin organlar olan Dalak, karaciğer, kemik iliği, lenf bezi, böbreğe yerleşirler.
- Brusellalar çeşitli organlarda granülomlar oluşturur. B.suis ve bazen B.melitensis enfeksiyonlarında apse oluşabilir.

Klinik

- Çocuklarda semptomatik enfeksiyon erişkinden siktir.
- Kuluçka dönemi 1-3 hafta arasındadır. (Bazı hastalarda birkaç ay kadar uzayabilir.)
- Olguların hemen yarısında başlangıç sinsidir ve uzun sürer. Ani başlangıç da olabilir.

Başlıca semptomlar;
Ateş,
Titreme,
Terleme,
Halsizlik,
Artralji'dir.

- Ateş birkaç gün veya hafta süren ateşli ve ateşsiz dönemler göstererek (*febris ondülans*) aylarca sürer.
- Çocuklarda ateşin gidişi genellikle atipiktir.
- İştahsızlık, kilo kaybı, öksürük, dizüri, baş dönmesi, kulak çınlaması, epistaksis de görülebilir.

- Özellikle servikal ve aksiller bölgede olmak üzere lenfadenopatiye sık rastlanır.
- Bakteremili olguların %50'sinde HM, %25'inde SM saptanır. Ağır olgularda ikter ve kanamalar oluşabilir.
- Kronik bruselloz halsizlik, baş ağrısı, terleme, depresyon gibi özgül olmayan belirtiler ve omirilikte apselere neden olabilir.
- Çocuklarda kronik bruselloz nadirdir.

Tanı

- **ÖYKÜ**

- Anemi, lökopeni, relatif bir lenfositoz vardır.
- Klinik tablosu non-spesifik olduğundan kesin tanı m.o'nın kan, kemik iliği, lenf bezi veya granülomatoz lezyonlardan izole edilmesi ile konur.
- Kültür yapılamayan veya kültürden sonuç alınamayan vakalarda tanı için serolojik yöntemler kullanılır.

Tablo 4. Bruselloz tanısında kullanılan laboratuvar testleri

LABORATUAR TESTİ	HASTA ÖRNEĞİ	YORUM
Bakteriyolojik tanı için testler		
Kan kültür	Kan, kemik iliği aspirasyonu,	Antibiyotik verilmeden önce kültürler alınmalı, İnkübasyon süresi klasik yöntemlerde 3-21 gün, otomatize kan kültürlerinde 3-7 gün.
Diğer materyallerden kültür	BOS, eklem sıvısı, apse materyali, biyopsi materyali (dalak, karaciğer ve lenf bezi aspirasyonu)	Örnekler bir saat içinde laboratuvara ulaşmayacak ise buzdolabında bekletiniz veya soğuk zincir ile gönderiniz.

Serolojik tanı için kullanılan rutin testler		
Rose Bengal plak testi	Serum	Hızlı tarama testidir. Pozitif sonuçlar mutlaka kültür ve SAT ile doğrulanmalıdır.
Standart tüp aglutinasyon testi (SAT)	Serum	Titre artışını gözlemek için bir hafta sonra testin tekrarı gerekir. 1/ 160 ve daha yukarı pozitif titre tanısal değeri yüksektir. Daha önce tedavi edilen hastalarda titre uzun süre yüksek kalabilir.
ELISA	Serum	Tedavi takibinde kullanılabilir. Başarılı tedavi ile IgM, IgA, IgG titresi düşer. Relaps durumlarında IgA ve IgG titresi artar.

- *En iyi serolojik test aglütinasyon testidir. 1/160'ın üstündeki titreler akut brusella enfeksiyonu düşündürür.*

Tekrarlanan örneklerde titrelerde başlangıçtan 4 kat kadar artış görülmesi kesin tanıyı koydurur.

- Çapraz reaksiyon nedeniyle F.tularensis, V.cholerae enfeksiyonları yanlış pozitif sonuç verebilir.

Tedavi

- Erken antibiyotik tedavisi komplikasyon oranını anlamlı derecede azaltır.
- ***Doksisiklin*** en etkili ajandır, aminoglikozidlerle kombine edildiğinde relaps oranı büyük ölçüde azalmaktadır.

< 8 yaş

**TMP-SMZ(TMP 10mg/kg/gün max. günlük doz
480mg/gün)**

+

Rifampisin(15-20mg/kg/gün)

45gün

(ve

Gentamisin 3-5mg/kg/gün 1-2 hafta eklenebilir)

>8 yaş

Doksisiklin (200mg/gün) **6hafta**

+

Rifampisin (600-900mg/gün)

(ve

Gentamisin 3-5mg/kg/gün **1-2 hafta eklenebilir)**

- Prognoz genellikle iyidir.
- Olguların %10-15'inde komplikasyon oluşur.
- En sık olarak süperatif artrit ve osteomyelit
- daha nadir olarak da meningoensefalit, intrakranial kanama, endokardit, pnömoni, plevral efüzyon, diffüz interstisyel nefrit görülür.
- *Mortalite genellikle endokardite bağlıdır.*

TEŞEKKÜRLER