



KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI

ÇOCUK SERVİSİ
OLGU SUNUMU

4 MAYIS 2016 ÇARŞAMBA

İNT. DR. AZİZ DEMİR

SERVİS KID. AR. GÖR. DR. KENAN DOĞAN

KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK HASTALIKLARI SERVİSİ
SABAH TOPLANTISI SUNUMU

İNT. DR. AZİZ DEMİR

04.05.2016

12 aylık, erkek hasta

Şikayet: ateş, huzursuzluk ve sağ boyun bölgesinde aniden oluşan şişlik

Öyküsü:Dış merkezden tarafımıza yönlendirilen hastanın 25.04.2016 tarihinde 1. yaş aşılarının yapılmasından 1 gün sonra başlayan ateş,huzursuzluğu olmuş.aynı zamanda sağ boyun bölgesinde de şişlik meydana gelmiş.Acil polikliniğine başvuran hastanın yapılan doopler US'nda sağ submandibular ve üst servikal zincirde 30*15 mm boyutlu multiple konglomere LAP izlenmiş.Tetkik amacıyla servisimize yatırılı yapılmış.

Özgeçmişi:

Prenatal: Annenin 3.gebeliği. Gebeliği boyunca düzenli doktor kontrolü ve ultrasonografi kontrolü var. Ultrasonografi kontrollerinde bir patoloji saptanmamış.

Natal: Darıca Farabi devlet Hastanesi'nde, NSVY ile, miadında doğmuş

Postnatal: Doğar doğmaz ağlamış. İkter ve siyanoz öyküsü yok. Hastanede yatma ve operasyon öyküsü yok. halen anne sütü almakta. 7 aylıkken ek gıdalara başlamış. Büyüme gelişmesi normalmiş.

Aşılar : Aşıları tam.

Geçirdiği hastalıklar: Su çiçeği

Alerji: özellik yok

Parazit, PICA : Özellik yok.

Soygeçmiş:

Anne: 37 yaşında, ev hanımı, sağ sağlıklı

Baba: 38 yaşında, muhasebeci, sağ- sağlıklı

Anne ve baba arasında akrabalık yok.

1. **çocuk:** 7 yaşında erkek sağ sağlıklı

2. **çocuk:** 5 yaşında kız sağ-sağlıklı

3. **çocuk :** Hastamız

Fizik muayene

Ateş: 36 °C

Nabız: 140/dk

SS: 26/dk

TA: 90/60 mm/Hg

SPO2 : % 100

Boy: 78 cm

Kilo:13 kg

Fizik Muayene

Genel durum: iyi. Etraf ile ilgili

Cilt: Bilateral kasıklarda mantar enfeksiyonu ile uyumlu döküntüler

Baş-Boyun: Saç ve saçlı deri doğal, kafa yapısı simetrik, ***sağ boyunda submandibular bölgede hassasiyet kızarıklık ve kitle.***

KBB: Burun akıntısı yok. Orofarenks ve tonsiller doğal.

Gözler: Bilateral ışık refleksi doğal, pupiller izokorik

SS: Her iki hemitoraks solunuma eşit katılıyor. Toraks deformitesi yok. Ral ve ronküs yok. Ekspiryum uzunluğu yok.

KVS: S1(+), S2(+) doğal S3 yok,

GİS: Batın rahat, defans-rebound yok, hepatosplenomegali yok, traube açık

GÜS: Haricen erkek anomali yok

NMS: Kranial sistem muayenesi doğal. Kas gücü 5/5 oturabiliyor. Ense sertliği, Kernig, Brudzinski yok.

İskelet-Kas: kas kitlesi ve tonusu doğal. Ödem yok. tırnaklar doğal.

Laboratuvar

WBC: 40 200 /mm³

NEU: 32 500/mm³

HGB: 10.1 g/dl

PLT: 557,000 /mm³

MCV: 77.5fl

CRP: 7.04 mg/dl

Sedimentasyon: 59

Kreatinin: 0,19 mg/dl

AST: 22 U/L

ALT: 13 U/L

Na: 137 mEq/L

K: 4.7mEq/L

Ca: 9.8 mg/dl

Albümin: 4.2 g/dl

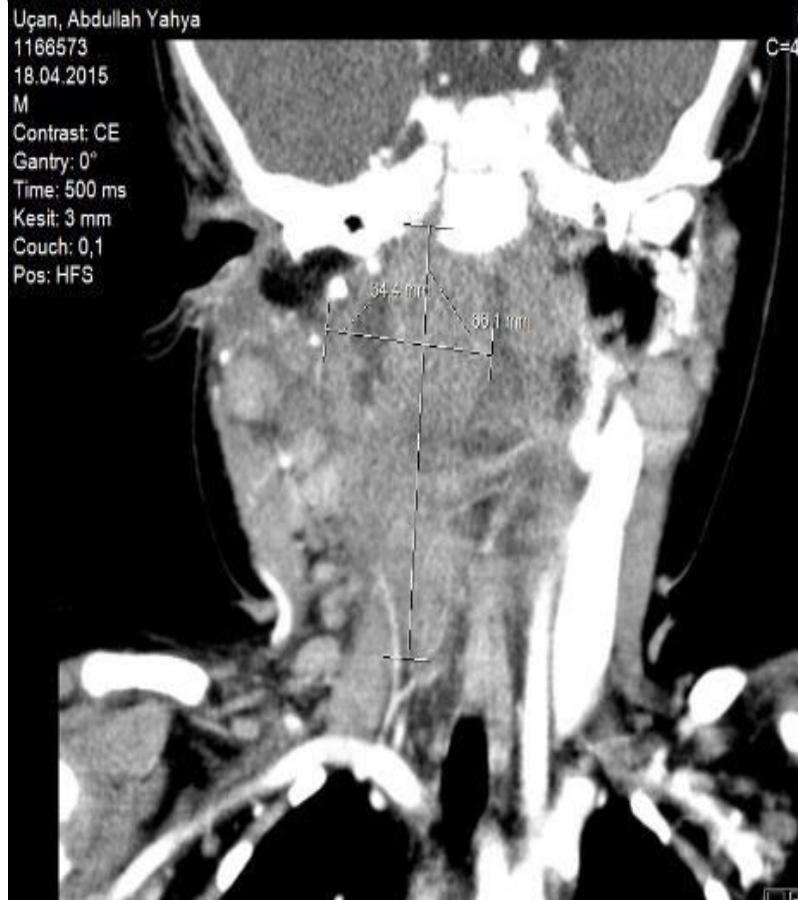
ÖN TANILAR ?????

- *12 aylık erkek hasta*
- *Ateş*
- *Huzursuzluk*
- *Sağ boyunda şişlik kızarıklık*
- *Akut faz reaktanlarında yükseklik*
- *Beyaz küre yüksekliği*
- *Boyun USG de konglomere multiple LAP*

Klinik İzlem

- Hasta Çocuk Onkoloji B.D. Tarafından lenfoma şüphesi ile yatırıldı
- Çocuk Enfeksiyon B.D. Tarafından Ampisilin –Sulbaktam+Klindamisin tedavisi önerildi
- Hastaya Çocuk Onkolojisi tarafından kesitsel görüntüleme yapıldı.

Sağda parafarengial alanda tonsil komşuluğundam başlayarak inferiora doğru ilerleyen 6.5*3.5*3.5 cm boyutlarında multikompartmante abse lehine sıvı



DERİN BOYUN ENFEKSİYONLARI

TANIM

Yüzeysel ve derin boyun fasyasının, boyun kaslarını ve boyundaki organları sararak oluşturduğu kompartmanlarda oluşan enfeksiyonlara derin boyun enfeksiyonları (DBE) denilmektedir.

Antibiyotikler, USG, BT ve MR sayesinde insidansları ve mortaliteleri azalmıştır.

Cerrahi bir hastalık olarak tanımlansalarda erken vakalar antibiyotiğe cevap verirler.

Bütün bu olumlu yönlere rağmen halen hayatı tehdit eden bir rahatsızlıktır.

ETYOLOJİ

Odontojenik kaynaklar erişkinlerde en sık nedendir.

Pediyatrik populyasyonda tonsillitler ve ÜSYE en sık sebeptir.

Tükürük bezi enfeksiyonları

Travma

Yabancı cisim varlığı

Özefagoskopi veya bronskopi benzeri enstrümantasyonlar

Lokalize veya süperfisyal enfeksiyonun yayılımı

İV ilaç kullanımı

Bezold absesi

Laringopyosel

Hastaların %20 sinde kaynak bulunamaz.

PATOFİZYOLOJİ

Oral kavite, yüz veya boynun yüzeysel bölgelerindeki enfeksiyon lenfatik sistemle derin boyun boşluklarına taşınabilir.

Lenfadenopatiler süpüre olup fokal abse formasyonu gösterebilir.

Enfeksiyon, boşluklar arasındaki ilişkilerle yayılabilir.

Penetran travmalar enfeksiyonun direkt gelişimine neden olabilir.

BAKTERİOLOJİ

Etkenler geniş bir yelpazeyi kapsamaktadır.

Bir çok absemikstbakteriyal flora içerir.

Aerob etkenler arasında Alfa hemolitik Streptokoklar ve Stafilokoklar yer alır.

Anaerob etkenler arasında ise Bactorides ve Peptostreptokokusbenzeri bakteriler yer alır.

Aeroplara %90, anaeroplara %50 hastada saptanır.

İmmunosüpresif olgularda oral florada yer almayan gram negatifler, salmonella, Eikenellacorodens (klindamisine dirençli) gibi nadir organizmalar da etken olabilir.

KLİNİK

Semptomlar :

- Ağrı
- Ateş
- Şişlik
- Disfaji-Odinofaji
- Trismus
- Solunum sıkıntısı
- Dental (ağrı, çekilme)

Bulgular:

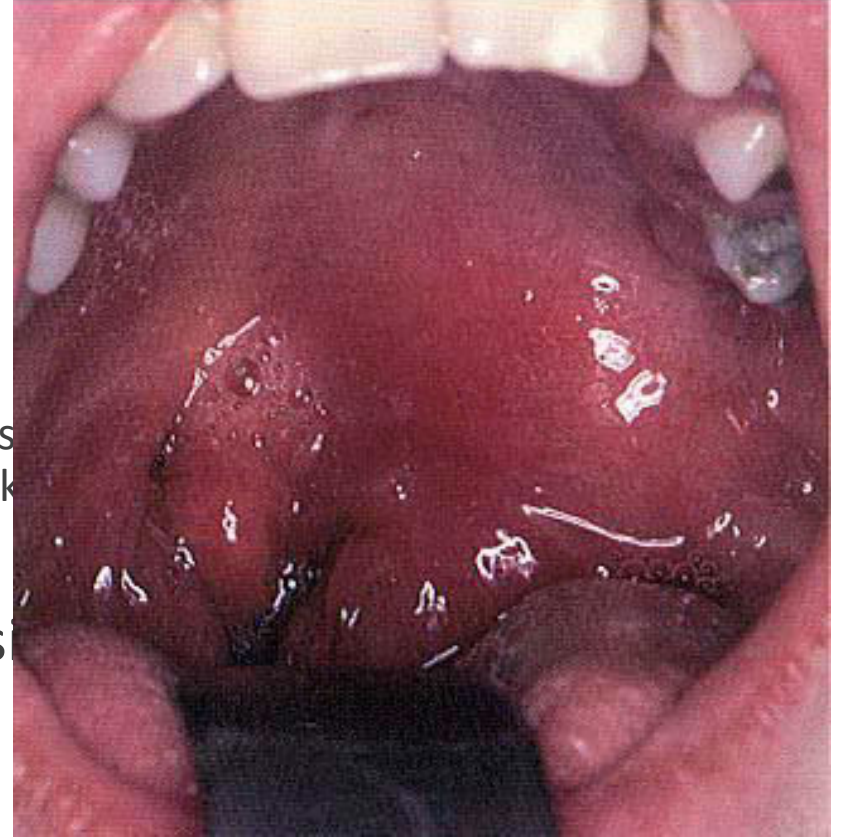
- Şişlik (%50 lateralfarengeal duvar)
- Dental Anormallikler
- Fluktasyon
- Orofaringeal Anormallikler
- Trismus
- Laringeal Anormallikler

Peritonsiller enfeksiyon

ateş, kırılgılık
disfaji,odinofaji

“sıcak patates” konuşması, trismus
uvulanın deviye olması ve yumşak
damağın itilmesi

kaynak— tonsillitin ilerlemesi



Retrofarengeal enfeksiyon

Retrofarengeal abse

- %50 vakalar 6-12 aylık hastalar olmaktadır.
- %96 vakalar 6 yaşın aşındadır.
- Çocuklarda-ateş, huzursuzluk, lenfadenopati, tortikollis, oral alımın zorlaşması, boğaz ağrısı, hipersalivasyon
- Erişkinlerde –ağrı, disfaji, anoreksiya, nasal obstruksiyon, nasal rejutiasyon, horlama
- Dispne ve respirator distres de ola bilir.

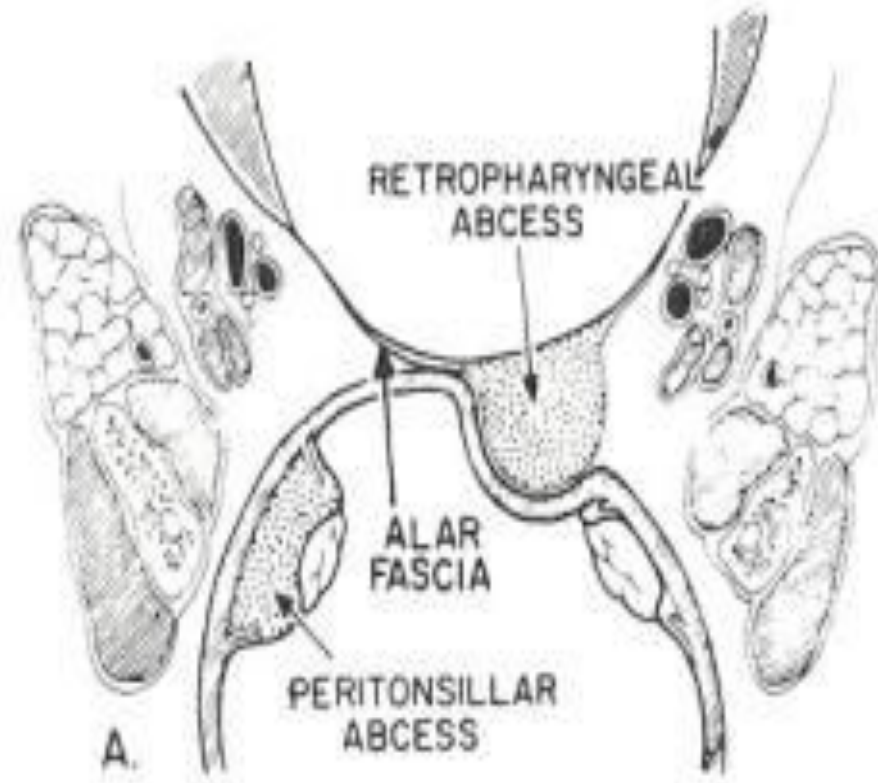
Lateral posterior oropharyngeal duvarda şişme

Çocuklarda kaynak:

- lenf nodlarındaki süpürasyon
- Nasal,adenoid,tonsil enfeksiyonları

Erişkinlerde kaynak:

travma, instrumentasyon
ve üsye enf.



“danger space”=tehlikeli alan

Prevertebral fasiya ve alar fasiya arasındaki boşluk

Enfeksiyonları ;

Burun ve boğazdan gelen lenfatik drenaj ile olur.

Bulgular ilkin etkilenen bölge ile alakalıdır daha sonradan toksik görünüm alır.

Mediastinit ve ampiyem gelişir.

Tedavisi drenaj ve İV antibiyotiktir.

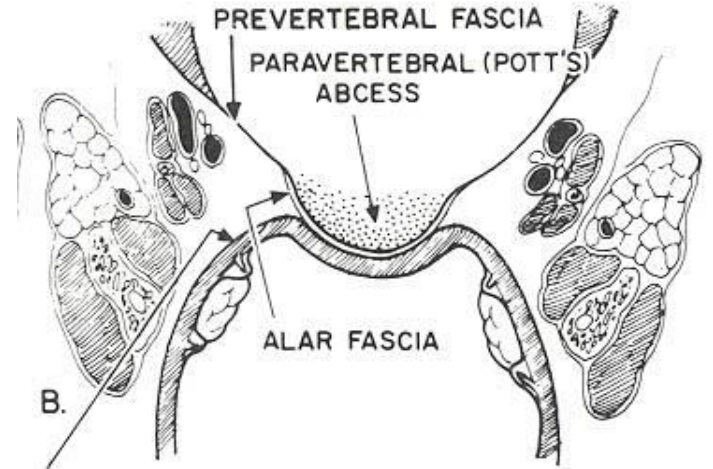
Mediastinel yayılım için torakotomi uygulanır.

Prevertebral alan enfeksiyonu

- Sırt, boyun, omuz ağrısı
- Yutma zamanı şikayetler daha da artıyor
- Disfaji, dispne

Kaynak:

pott absesi, travma,
osteomiyelit, retrofarengial ve
tehlikeli alandan enfeksiyon
yayılım



Submandibular alan enfeksiyonu

- ağrı, disfaji, boyunda sertlik, ağız sulanması
- ağız tabanı ödemi, çenealtında şişlik

Kaynak:

*%70-85 odontojenik
sialadenit*

lymphadenit

ağız tabanı yaralanması

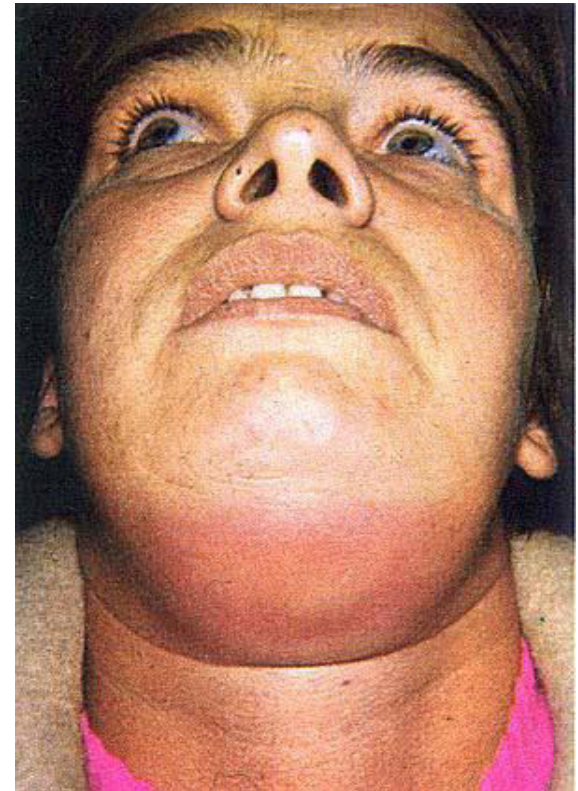
mandibula fraktürleri



Ludwig's angina

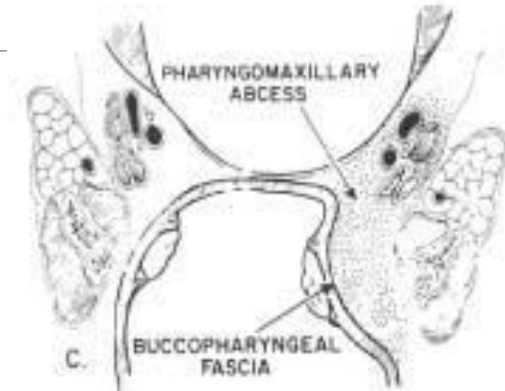
- Sellulit var, abse yoktur
- submandibuler alana sınırlıdır
- Fasya, kaslar, konnectiv doku tutulu var
- fluktuans yoktur,ama boyun ön derisi ödemli,sert ve gergindir
- Sıcak potates konuşması,hipersalivasyon

Taşipne,dispne,stridor



Parapharyngeal alan enfeksiyonu

- ateş, titreme, huzursuzluk
- ağrı, disfaji, trismus
- lateral farengial duvarın mediale itilmesi



Kaynak

- adenoid, tonsil
farenks, mastoid, diş
enfeksiyonları, süpüratif
lenfadenit



TANI

Anamnez

Fizik muayene

Laboratuvar

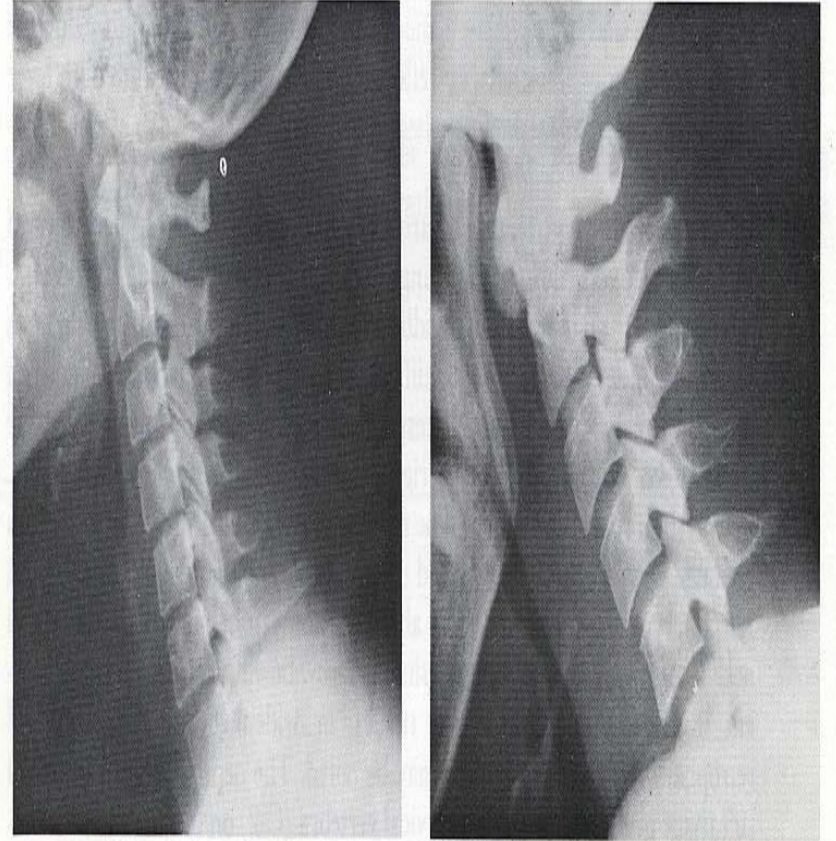
Görüntüleme

GÖRÜNTÜLEME

LATERAL BOYUN FİLMİ

kolay ve ucuz.

özellikle retrofarengial abse
tanısında değerlidir



Yüksek çözünürlüklü USG

Avantajları

- radyasyon olmaması
- portabil olması

Dezavantajları

- Kullanım alanı sınırlıdır
- Yorum yapana bağlı
- Derin yapıları iyi göstermez

MRG

Avantajları:

- radyasyon alınmaması
- derin yapıların daha net gösterilebilmesi

Dezavantajları:

- zaman alması

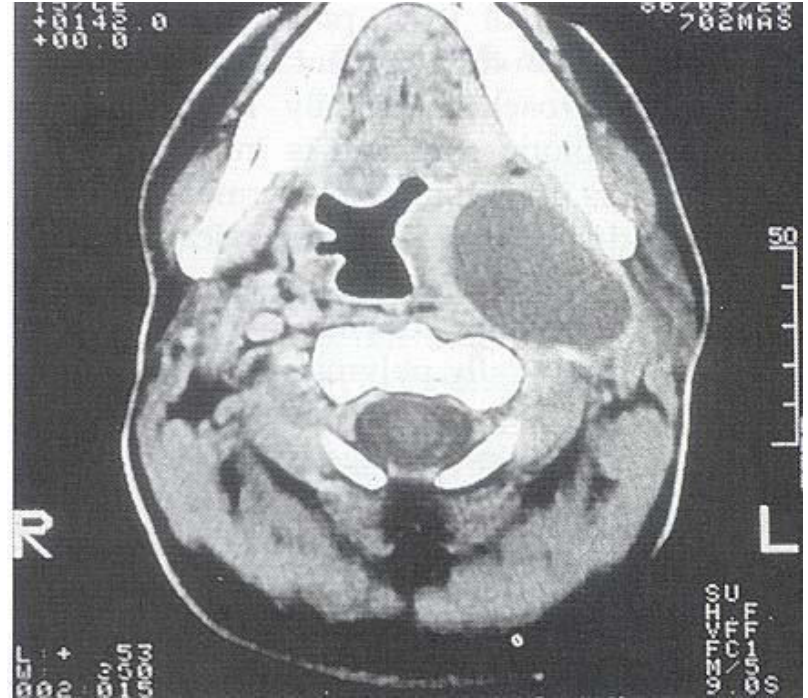
BT

Avantajları:

- derin ve yüzeyel anatomik yapıları daha ayrıntılı gösteriyor.
- Abse ve sellülit ayırımını yapmaya yardımcı olur

Dezavantajları

- radyasyon alınması
- artefaktlar
- yumuşak doku seçiciliği MR kadar değil



TEDAVİ

Hava yolu sağlanması

Antibiyotik tedavisi

Cerrahi drenaj

Hava yolu saglanması

gözlem

entubasyon

trakeotomi

A solid orange horizontal bar at the bottom of the slide.

Antibiotik tedavi

- Polymikrobia enfeksiyonlar
 - Aerobik Strep, anaerobes
(immun sađlam kiřilerde)
 - **Ampicillin/sulbactam** veya **penisilin G** + **metronidazole** veya **klindamisin** (oral kaynak)
 - **Ampicillin/sulbactam** veya **Seftriakson** + **metronidazole** veya **Siprofloksasin** + **Klindamisin** (otit kaynaklı)
(immun suprese kiřilerde)
 - **Sefepim** + **metronidazol** veya **imipenem** veya **meropenem** veya **piperasilin-tazobaktam**

Komplikasyonlar

Hava yolu obstruksiyonu

Abse rüptürü

Pneumonia

Akciger Absesi

İnternal juguler ven trombozu

- Lemierre sendromu
- SCM boyunca şişme ve ağrı
- Bakteriyemi, dural sinus trombozu, septik emboli

Tedavi

- İv antibiyotik tedavisi
- Ligasyon ve eksizyon

Karotis arter rüptürü

- mortalite %20-40
- Ciddi kanama
- Büyük kısmı internal karotis arterden, az kısmı eksternal karotis arterden

Tedavi

- Proksimal ve distal kontrol
- Ligasyon
- Greftleme veya yamama

Mediastinit

- mortalite %40
- Artan dispne ve göğüş ağrısı
- CXR = genişlemiş mediastinum

Tedavi

- erken tanı ve erken müdahile
- Agressiv İV antibiotik tedavisi
- Cerrahi müdahile
 - Transcervical yaklaşım
 - Göğüş tüpü ve torakotomi

Rekürren Derin Boyun Enfeksiyonları

- Altında konjenital anomali olabilir
- Görüntüleme taniya yardımcı oluyor.

Klinik İzlem

- Hasta Çocuk Hastalıkları Servisine devir alındı
- Ampisilin-Sulbaktam+Klindamisin tedavisi 6.gününde
- Abse tanısı ile yatışının 2.gününde KBB tarafından drenaj lokalizasyonu nedeniyle uygun görülmedi
- Ateş ve huzursuzluk yok. FM'de lezyonda belirgin gerileme görüldü
- Tekrar görüntüleme planlandı

TEŞEKKÜRLER...