



Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
Anabilim Dalı

Pediatric Servisi
Olgu Sunumu

25 Ağustos 2018 Çarşamba

Arş. Gör. Dr. Naime Akdaş



Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim
Dalı
Çocuk Hastalıkları Servisi
Olgu Sunumu

15.08.2018

Ar.Gör.Dr.Naime Akdaş

Olgu

20 aylık erkek hasta

Yakınma

Boyunda şişlik



Öykü

- Bilinen sağlık sorunu yok
- İki hafta önce ateş ve ateşin 2. gününde boyunda şişlik
- Başka bir sağlık merkezinde değerlendirilen hastaya antibiyotik tedavisi başlanmış.
- Tedavinin 10. gününde boyundaki şişliği daha fazla artan, şişlik üzerinde kızarıklık gelişen ve ateş yakınması devam eden hasta acil polikliniğimize getirildi.



Özgeçmiş:

- Doğum öncesi özellik yok.
- Doğum 38 hafta C/S sağlıklı olarak doğmuş. Herhangi bir sorun olmamış.
- Beslenme: Anne sütü, 6. Aydan sonra ek gıda
- Aşılar: Tam ve zamanında
- Bilinen herhangi bir hastalığı yok. Alerjisi yok.



Soy-geçmiş:

- Anne:31 yaş/sağ/sağlıklı
- Baba:32 yaş/sağ/sağlıklı

Aralarında akrabalık yok.

- 1.Çocuk: 9 yaş, kız, sağ sağlıklı
- 2.Çocuk: 8 yaş, erkek, sağ sağlıklı
- 3.Çocuk: Hastamız
- Ailede bilinen bir hastalık yok.



Fizik Bakı

- Ateş:36°C, nabız:128/dk
- Solunum:32/dk, Kan basıncı:90/60 mmHg
- Kilo:13 kg 73p, Boy:87 cm 64 p
- **Lenf düğümleri: Sağ servikal posteriorda sert özellikte üzeri kızarıklık şişlik (4x5 cm) mevcut.**
- **Diğer sistem incelemelerinde patolojik özellik saptanmadı.**



Patolojik bulgular

- Sağ servikal posteriorda sert özellikte üzeri kızarıklık şişlik şişlik (4x5 cm)
- Ateş
- ÖN TANI?
- EK İNCELEME?



○ 31/07/18

○ Hemogram: Hb:10.2 g/dL KK:4.75 BK:13.4
NEU:8.5 MCV:66.1fL LENF: 3.5 PLT: 344
SEDİM:56mm/h

○ Biyokimya: KRE:0.16mg/dl GLK:94mg/dl CA:9.6
NA:136.1 K:4.32 CL:101.6 AST:34U/L ALT:28U/L
ALB:35g/L LDH:220 Ü.ASİT:3.2mg/L
Mg:2.1mg/L P: 3.6mg/L **CRP:14.95mg/L**

○ Periferik yayma: PY: %74 PNL,%24 Lenfosit,%2
Monosit. Atipik hücre görülmedi.



31/07/18

- **Yüzeyel doku USG:** Sağ üst posterior servikalde 5x4 cm boyutlu öncelikle apse ile uyumlu yoğun içerikli hipoekoik alan izlenmiş olup, komşuluğunda kısa aksı 13 mm ulaşan birkaç adet LAP izlendi.



Modi: Organ Tanım

IS Yüzeysel Doku R
T KRANIAL BT boyun
R TORAKS Akciğer P.A. (Tek
IS Yüzeysel Doku R

KRANIAL CT Order



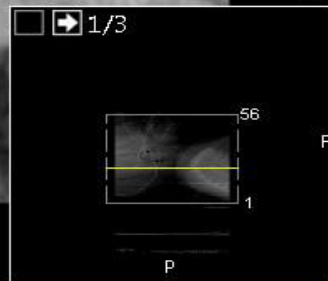
TORAKS CR Order



Yıldırım, Kaan
6127867
29/11/2016
M
Contrast: CE
Gantry: 0°
FoV: 221,25 mm
Time: 750 ms
Kesit: 3 mm
Couch: 17,6
Pos: HFS

C: 40,0, W: 350,0
C=40,0, W=350,0 1/9

F: FC04
80 mA
120 kV
Image no: 23
Toplam 56 görüntüden 23.
01/08/2018, 11:42:43



01/08/18, Boyun Tomografisi

- Sağ lateral paravertebral alanda, posteriorservikal zincire uzanan, 4.5x3 cm boyutlu, santrali sıvı dansitesinde çevresel kontrastlanan lezyon izlendi.
- Abse veya nekrotik LAP olabilir.
- Sağ peritonsiler bölgede yaklaşık 7.5 mm boyutlu sıvı dansitesinde lezyon izlendi peritonsiller abse açısından değerlendirme önerilir.
- Sol juguler zincirde santrali nekrotik 1.5x1 cm boyutlu lezyon mevcuttur nekrotik LAP olabilir.



02/08/18

- KBB tarafından apse boşaltılması yapıldı.
- Apse PCR: *Francisella tularensis* negatif
- Apse Kültürü: *S.aureus* (Klindamisin-Sefoksitin duyarlı)

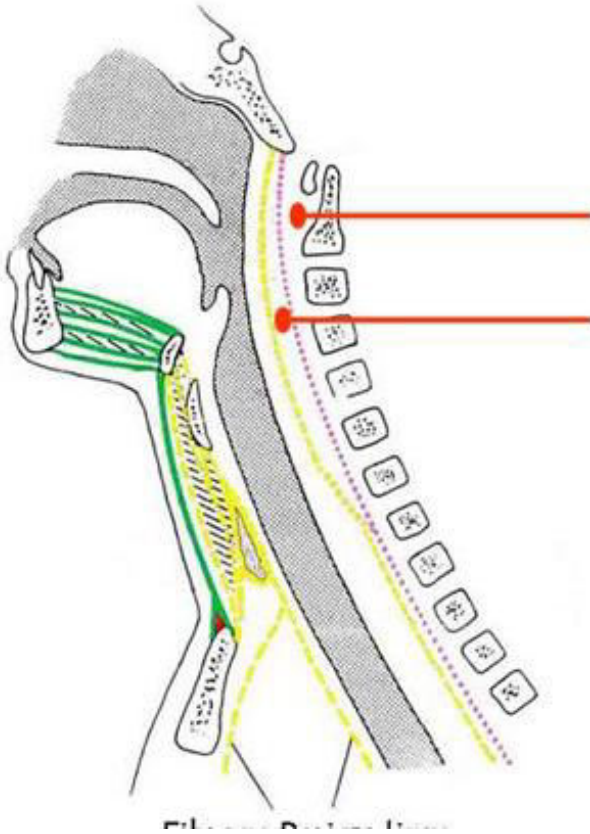


Tedavi: Klindamisin 4x10mg/kg 14 gün,

Ampisilin-sülbaktam 4x50 mg/kg 14 gün



Derin Boyun Alanları



- Retrofarengeal alan
 - *farenks ve özefagusun arkası*
 - *derin fasiyanın alar tabakasının önünde*
 - *kafatasından T1-T2 vertebraya kadar uzanır*
- Prevertebral alan
 - *önden prevertebral fasya*
 - *arkadan vertebra cisimleri ve derin boyun kasları*



DERİN BOYUN ABSESİ

- Derin boyun enfeksiyonları, derin servikal fasya ile çevrili potansiyel boşluklarda selülit-flegmon olarak başlayıp tedavi edilmediğinde apse gelişimi ile sonlanan enfeksiyonlardır.
- Boyundaki yerleşim yerlerine göre peritonsiller, parafaringeal ve retrofaringeal enfeksiyonlar olarak isimlendirilirler .
- Çocuklarda baş boyun bölgesinin karışık anatomisi ve derin boyun enfeksiyonlarının başlangıç belirtilerinin basit bir boyun şişliğinden hayatı tehdit eden hava yolu tıkanıklığına kadar geniş bir klinik göstermesi nedeniyle erken tanısında zorluklar yaşanmaktadır.
- Geç tanı konulması ya da yetersiz tedavi edilmesi ise, boyundaki yaşamsal yapıları içeren komşu boşluklara yayılabilmeleri nedeniyle, hayatı tehdit edici sorunlara neden olabilmektedir.



Mikrobiyoloji

- Olgu serilerinde çocuk yaş grubunda en sık izole edilen etkenler *S. aureus* ve *S. pyogenes*
- Genellikle birden fazla mikroorganizmanın etken olduğu enfeksiyonlardır
- Enfeksiyonun ortaya çıktığı bitişik mukozal yüzeylerin normal florasını temsil eder.
- Anaeroblar genel olarak ağız boşluğunun tüm mukozal yüzeylerinde aeroblardan 10: 1 kat fazladır.
- Peptostreptococcus türleri, Fusobacterium nucleatum, Prevotella melaninogenica (eski Bacteroides melaninogenicus) ve Prevotella türleri de dahil olmak üzere ağız içindeki anaerob etkenlerde enfeksiyona neden olabilir.



Yakınma ve bulgular enfeksiyonun bulunduğu anatomik bölgeye göre değişiklik gösterir.

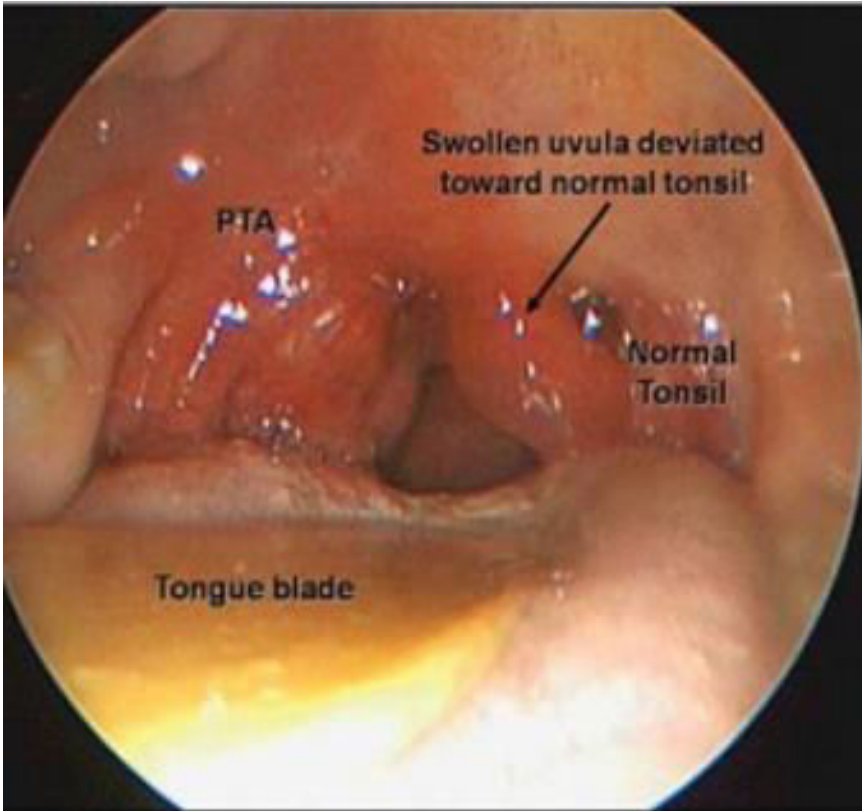
- Peritonsiller, parotis, parafaringeal ve submandibular apseler genellikle boğaz ağrısı ve trismus ile ilişkilidir (çene açmak için yetersizlik).
- Tükürük birikmesi ve orofarenksi asimetrisi olabilir. Lenfadenopati genellikle mevcuttur.
- Disfaji ve odinofaji, krikoaritenoid eklemlerin inflamasyonuna ikincil gelişen bulgulardır.
- Disfoni ve ses kısıklığı boyun enfeksiyonlarında geç bulgulardır ve 10. kranial sinirin tutulumunu gösterebilir.
- Stridor ve dispne, hava yolu tıkanıklığının göstergesidir ve lokal basıncın ya da mediastene enfeksiyonun yayılmasının belirtileri olabilmektedir.



Derin boyun boşluk enfeksiyonları:

- **Peritonsiller bölge enfeksiyonu** genellikle tonsilit veya farenjit ile başlar apseye kadar ilerleyebilir.
- Peritonsiller apse (PTA) ayrıca enfeksiyon geçirmeden de oluşabilir; Bu tür olgularda başlatıcı nedenin Weber bezlerinin tıkanması olduğu düşünülmektedir.





- Peritonsiller enfeksiyon üst hava yolunu tehlikeye atabilir ya da masseter ve pterygoid kaslar ve karotis kılıfı da dahil olmak üzere çevredeki yapılara yayılabilir.



- 18 yaşın altındaki çocuklarda klinik kuşkuya dayanan şüpheli PTA'nın görülme sıklığı 100.000'de 14, ergenlerde sıklık 100.000'de 40
- Apse boşaltılmasıyla doğrulanmış PTA sıklığı her yaş için her 100.000'de 3'tür.



Submandibular boşluk enfeksiyonları((**Ludwig's angina**):

Ludwig'in anjina, submandibular boşluğun (submylohyoid ve dil altı boşlukları içeren), genellikle ikinci veya üçüncü mandibular molar dişlerle ilişkili ağız tabanından başlayan iyi yanlı bir enfeksiyondur.

Tipik olarak ağız boşluğunun florasını içeren birden fazla etkenin neden olduğu bir enfeksiyondur.

Lenfadenopati olmayan agresif, hızla yayılan selülitir.



Pretrakeal boşluk enfeksiyonu:

- Pretrakeal boşluk enfeksiyonları en sık olarak anterior özofageal duvarın perforasyonunun bir sonucu olarak, bazen bir retrofaringeal boşluk enfeksiyonundan bitişik uzatma yoluyla veya uzamış trakeostominin bir sonucu olarak ortaya çıkar.
- Klinikte şiddetli dispneyle karşımıza çıkar, ancak ses kısıklığı ilk şikayet olabilir.
- Bir pretrakeal boşluk enfeksiyonu, hava yolu tıkanıklığı ve mediastene olası uzantı nedeniyle her zaman ciddidir.



Retrofaringeal Boşluk Enfeksiyonları

- Retrofaringeal apseler en ciddi derin boşluk enfeksiyonları arasındadır, çünkü enfeksiyon superior mediasteninin ön veya arka bölgelerine veya arka mediasteninin tüm uzunluğuna doğrudan tehlike alanı boyunca uzanabilir.
- Retrofaringeal enfeksiyonlar hem çocuklarda hem de yetişkinlerde ortaya çıkabilir. Ancak 5 yaşın altındaki bireylerde görülme sıklığı daha fazladır.



Komplikasyonları

- Yaygın nekrotizan süreç
- Ampiyem
- Mediastinal apse
- Plevral veya perikardiyal efüzyonlar, sıklıkla tamponad ile.
- Aspirasyon pnömonisi, retrofaringeal boşluk enfeksiyonunun başka bir potansiyel komplikasyonudur.



Parafaringeal Boşluk Enfeksiyonları

Karotis kılıf içeriklerini (Ortak karotis arter, internal juguler ven, vagus siniri) içerdiği için hayati tehlikesi daha yüksektir.

Klinik bulgular birincil enfeksiyonun bulguları şeklinde olabileceğinden, parafajieal alan tutulumunun tanısı sıklıkla gecikmektedir.

Parafaringeal alanın enfeksiyonu, boyundaki farklı kaynaklardan ortaya çıkabilir.

Diş enfeksiyonları en sık görülen altta yatan nedendir, peritonsillar apse ve nadiren parotitis, otitis veya mastoidit diğer nedenler arasındadır.



Klinik özellikleri:

- Trismus,mandibula altında şişme
- Faringeal duvarın medial şişkinliği
- Ateş ve sistemik toksisite

Komplikasyonları:

- Karotis kılıfı tutulumu
- Supüratif jugular tromboflebit



Tedavi

- Uygun tüm olgularda öncelikle apse boşaltılması
- Antibiyotik tedavisi mutlaka damar yoluyla tedavi olarak başlamalıdır. En sık izlenen etkenler göz önüne alınarak tedavi planlanmalıdır.
- Ampisilin-sulbaktam
- Klindamisin
- *metisilin dirençli gram-pozitif koklar etken olarak düşünüldüğünde tedaviye vankomisin ya da linezolid eklenmelidir.



- Damar yoluyla tedavi, hastanın ateşı kontrol altına alınıp klinik iyileşme sağlanana kadar sürdürülür. Daha sonra tedaviye ağızdan antibiyotik ile devam edilebilir.



KLİNİK SEYİR

- Hastanın klinik izleminde boyundaki şişliği geriledi.
- Laboratuvar olarak da akut faz reaktanları geriledi:

CRP:14.95—1.76

Sedimentasyon:56—21

○ 13.08.2018 USG

Sağ servikal süperior alanda cilt altı dokuda 3*1 cm boyutlarında komplike sıvı izlenmektedir.Rezidü abse olarak değerlendirildi.Komşuluğunda kısa aksı 1cm'yi bulan çok sayıda LAP izlenmektedir.



Hasta ağızdan amoklavin-klavulonat tedavisi ile taburcu edildi.

İki hafta sonra poliklinik kontrolü planlandı.





Teşekkürler...

