



Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
Anabilim Dalı

Çocuk Servisi
Olgu Sunumu

9 Şubat 2017 Perşembe

Aile Hekimliği Anabilim Dalı
Ar. Gör. Dr. Büşra Özoğlu



Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
Anabilim Dalı

Çocuk Servisi
Olgu Sunumu

9 Şubat 2017

- 8 yaş erkek hasta
- **Şikayeti:** Vücutta yaygın döküntü, kızarıklık ve solunum sıkıntısı

Hikayesi

- ▶ 2 gün önce başlayan ateş, öksürük ve hırıltı şikayetleri üzerine hastanemizin acil servisine getirildi.
- ▶ Acil serviste pnomoni ön tanısıyla tarafımıza yönlendirilen hasta pediatri servisine yatırıldı.
- ▶ Antibiyotik tedavisi planlandı.

Özgeçmiş:

- Annenin 2. gebeliği. İzleminde bir patoloji saptanmamış.
- Dış merkezde 35 haftalık, C/S ile 3.850 gram olarak doğmuş.
- Akciğer hastalığı nedeniyle yenidoğan yoğunbakım biriminde yatış öyküsü var.
- Aşıları tam
- Serebral palsili.6 kere hidrocefali nedeniyle şant, 1 kere göbek fıtığı, 1 kere hipospadias, 1 kere tonsillektomi nedeniyle ameliyat olmuş.

Özgeçmiş:

- Ateş ve nefes darlığı şikayetiyle acil servise başvuru
- Ampisilin-sülbaktam i.v alınmasından dakikalar içinde kırmızı döküntüler
- KTA> 200 ve EKG'de SVT
- Pediatri YBÜ'ye yatış

Özgeçmiş:

- Özellikle balkabağı yedikten yaklaşık 4 saat sonra olan döküntü, ishal, kusma ve hırıltı şikayetleri
- Çocuk göğüs hastalıkları poliklinik kontrolünde total IgE: 559 (>20)

Soygeçmiş:

- Anne: 32 yaşında, SS.
- Baba: 37 yaşında, SS.
- Anne ve baba arasında akrabalık yok.
- 1. çocuk: abortus
- 2. çocuk: Hastamız
- Ailede bilinen alerji öyküsü yok

Fizik Muayane

Yaşamsal bulgular:

- Ateş: 36°C
- Nabız: 116/dk
- DSS: 34/dk
- Kan basıncı: 80/40 mm Hg

Genel durum: iyi

Fizik Muayene:

- **Cilt:** Turgor, tonus doğal. İktter, siyanoz, yok. Kırmızı döküntüler mevcut
- **Baş boyun:** Boyunda kitle ve LAP yok.
- **Kulak-burun- boğaz:** Orofarenks ve tonsiller doğal
- **Kardiyovasküler:** S1 S2 doğal, S3 yok, üfürüm yok,
- **Solunum sistemi:** HIHTSEK. Dinlemekle bilateral ral duyuluyor.
- **Gastrointestinal sistem:** Batın normal bombelikte. Defans, rebound yok.
HSM yok. Traube alanı açık.
- **Genitoüriner sistem:** Haricen erkek
- **Nöromuskuler sistem:** SPlı hasta. Bilinç açık.

Laboratuvar:

- BK: $6.848 \times 10^3/\mu\text{L}$
- NÖT: $2.804 \times 10^3/\mu\text{L}$
- EOS: $0.026 \times 10^3/\mu\text{L}$ (%0.37)
- LYM: $3.057 \times 10^3/\mu\text{L}$
- HGB: 14.64 g/dL
- MCV: 88.31 fL
- PLT: $117 \times 10^3/\mu\text{L}$

- CRP: 6,91 mg/dl
- Alyuvar çökelme hızı: 4 mm/st

Laboratuvar:

- Glikoz: 74 mg/dl
- Kreatinin: 0.57 mg/dl
- Ca: 8,9 mg/dl
- Mg: 1,96 mg/dl
- Na: 139 mmol/dl
- K: 3,84mmol/dl
- P: 3,2 mg/dl
- T. Bil: 0.25 mg/dl
- Albumin: 4,2 g/dl
- ALT: 43 U/L
- AST: 68 U/L
- T.prot: 7,2 g/dl

Görüntüleme:

- Akciğer Grafisi : Bilateral infiltrasyonlar mevcut.

- ÖN TANI??

Alerji

- Besinler (süt ve süt ürünleri, yumurta, kuruyemiş vb)
- İlaçlar (nsaii, beta laktam, kas gevşeticiler, kan ürünleri vb)
- Arı sokması

Penisilin ve diğer beta-laktam antibiyotik alerjisi

- Toplumun %5-10'u penisilin alerjisi
- Doğru ilacın kullanılmaması
- Gereksiz, pahalı, güçlü antibiyotiklerin kullanımı
- Testlerle bunların %90'ı gerçek alerji değil

Epidemiyoloji

- Beta-laktam antibiyotiklere bağlı alerjik reaksiyon % 1-10 arasında gelişmektedir.
- İlaçlara bağlı anafilaksi olgularının % 75'ine penisilin ve türevleri neden olmaktadır
- Beta laktam ile tedavi edilen çocukların %1-5 oranında döküntü görülür, bunlarda alerjik değerlendirme yapıldığında <%10 gerçek pozitiflik tespit edilir

RİSK FAKTÖRLERİ

- Yaş: En sık 20-49 yaşlar
- Beta adrenerjik bloker kullanımı
- **Atopi**: Reaksiyon riski artmaz
- Anafilaksi halinde ölüm riski artar
- Aile öyküsü
- Başka bir ilaca alerji
- Daha önceden penisilinle karşılaşma
- Kullanım yolu : Parenteral > oral

KLİNİK TANI

- Ayrıntılı öykü
- Deri testleri / serolojik testler
- Provokasyon

Öykü

- Tepki kaç yaşında ortaya çıkmıştır?
- Hasta hangi antibiyotiği, ne yolla almış?
- Hasta antibiyotiği hangi nedenle alıyordu?
- Hasta başka ilaçlar alıyor muydu?
- Hasta tepkiden önce veya sonra beta-laktam antibiyotikler almış mı?
- Klinik belirtilerin özellikleri nelerdir?
- Klinik belirtiler ilaç alımından ne kadar süre sonra ortaya çıkmıştır?
- Alerjik reaksiyon için uygulanan tedavi nedir?

- **Deri belirtileri**

- o Ürtiker-anjioödem

- o Kaşıntı

- o Kızarıklık

- o Dilde, dudaklarda, uvulada ödem

- Küçük çocuklarda ağızdaki kaşıntı, dil şakırdatmak veya eli ağza götürmek, kulak kaşıntısı, kulağı çekiştirmek

- **Solunum sistemi**

- o Dispne
- o Vizing-bronkospazm
- o Üst solunum yolunda anjioödem
- o Rinit

- **Kalp-damar sistemi**

- o Baş dönmesi
- o Senkop
- o Hipotansiyon
- o Taşikardi

- Sindirim sistemi

- o Bulantı

- o Kusma

- o İshal

- o Karın ağrısı-karında kramplar olması

- Diğerleri

- o Baş ağrısı

- o Substernal ağrı

- o Konvülziyon

Tanı Kriterleri: Laboratuvar

İn vivo testler

1. Prick ve intradermal deri testi (tip 1) (rapor ve reçete ile yurtdışından gelen solüsyon ile)
2. Yama testi
3. Oral provakasyon testi

Çocuklarda Anafilaksi Tanı Kriterleri

1. Bir allerjenin (ilaç, besin veya arı venomu v.b.) alınmasından dakikalar veya saatler sonra aniden ortaya çıkan yaygın ürtiker, kaşıntı veya kızarıklık; dudaklarda-dilde-uvulada şişme.

Ve ek olarak aşağıdakilerden en az birinin olması:

- a. Solunum sistemi tutulumu(dispne, hırıltılı solunum, bronkospazm, stridor, hipoksemi)
- b. Kan basıncında düşme veya uç organ fonksiyonlarında bozulma belirtileri (şok, senkop veya inkontinans v.b.).

2. Muhtemel bir allerjenle karşılaşmadan sonra aşağıdaki durumlardan en az ikisi ortaya çıkarsa da anafilaksi düşünülmelidir.

- a. Deri ve/veya mukoza tutulumu(yaygın ürtiker, kaşıntı-kızarıklık, dudaklarda –dilde –uvulada şişme olması.
- b. Solunum sistemi tutulumu (dispne, hırıltılı solunum, bronkospazm, stridor, hipoksemi)
- c. Kan basıncında düşme veya uç organ fonksiyonlarında bozulma belirtileri (şok, senkop veya inkontinans v.b.).
- d. İnatçı sindirim sistemi belirtileri(kramp tarzında karın ağrısı, kusma gibi)

3. Bilinen bir allerjenle karşılaşmadan sonra ortaya çıkan tek başına hipotansiyon da anafilaksiyi düşündürmelidir.

KLİNİK SEYİR

- Hastamıza servise yatışında ampisilin-sülbaktam alerji öyküsü üzerine azitromisin ve sefuroksim başlandı.
- Yatışının 3. gününde pnömoni tablosunun iyileşmesi üzerine taburculuğu planlandı.

KLİNİK SEYİR

- Hasta ampicilin- sülbaktam allerjisi olduğu öngörülerek azitromisin ve sefuroksim aksetil ile taburcu edildi.
- Akut enfeksiyon durumunun geçmesiyle ilaç testi yapılması açısından alerji ve immünoloji polikliniğine yönlendirildi.

TEŞEKKÜR EDERİM.