



Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
Anabilim Dalı

Çocuk Servisi
Olgu Sunumu

9 Mart 2017 Çarşamba

Dr. Semih Burak Yabacı





KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI
ÇOCUK SERVİSİ
OLGU SUNUMU

9 MART 2017 PERŞEMBE

DR. SEMİH BURAK YABACI

ŞİKAYET

17 yaş erkek hasta

Sağ bacakta ağrı, kızarıklık, şişlik

HİKAYE

- Sağ bacağında ağrı, sonrasında da kızarıklık ve şişlik şikayetleri eklenen hasta yürümekte zorlanmaya başlamış.
- Travma öyküsü yok.
- Çocuk acil servisimize bu şikayetlerle başvurmuş.

ÖZGEÇMİŞ

- **PRENATAL:** Annenin 1. gebeliği. Gebeliği boyunca düzenli doktor ve USG kontrolü var. USG’de çocuğun gelişiminin normal olduğu söylenmiş. Gebelik sırasında sigara, alkol, radyasyon maruziyeti, enfeksiyon, hastalık geçirme öyküsü yok.
- **NATAL:** 37 haftalık, sezaryen, 3250 gr olarak doğmuş.
- **POSTNATAL:** Doğar doğmaz ağlamış. Solunum sıkıntısı olmamış, ikter öyküsü yok
- **BÜYÜME VE GELİŞME:** Yaşına göre sırasıyla normal zamanda gerçekleşmiş.
- **AŞILAR:** Uygun zamanda eksiksiz yapılmış.
- **GEÇİRDİĞİ HASTALIKLAR:** 2016 Ağustos ayında sağ bacakta benzer şekilde kızarıklık, ağrı ve şişlik olması nedeniyle hastanede yatırılarak tedavi edilmiş (öncesinde travma öyküsü yok)

SOYGEÇMİŞ

- **Anne:** 40 Yaşında, ilkokul mezunu, ev hanımı, sağ-sağlıklı
- **Baba:** 42 Yaşında, lise mezunu, memur, sağ- sağlıklı
- Anne ve baba arasında akrabalık yok.
- **Kardeşler:**
- 1. çocuk: Hastamız
- 2.çocuk: 11 yaş, erkek sağ-tip 1 DM
- 3.çocuk: 5 yaş, erkek sağ-sağlıklı

FİZİK BAKI

- **Ateş:** 38,6°C
- **Nabız:** 117/dk
- **Solunum sayısı:** 24/dk
- **Tansiyon:** 138/74 mmHg

- **Boy:** 176 cm (56p)
- **Kilo:** 116 kg (100p)

FİZİK MUAYENE

- **Genel durum:** İyi
- **Cilt:** Sağ bacakta yaygın kızarıklık ve ödem
- **Baş-Boyun:** Saç ve saçlı deri doğal, kafa yapısı simetrik, boyunda kitle LAP yok.
- **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, ritmik, ek ses yok.
 - Sağ femoral arter nabızı ,inguinal bölgede ağrı ve şişlik sebebiyle palpe edilemedi. Sol femoral arter nabızı palpabl.
- **GİS:** Batın rahat, defans-rebound yok, hepatosplenomegali yok, traube açık
- **GÜS:** Haricen erkek anomali yok, testisler bilateral skrotumda. Sağ inguinal bölgede hassasiyet ve eritem mevcut.
- **NMS:** Bilinç açık. Koopere, oryante, çevreyle ilgili. Ense sertliği, kernig, brudzunski negatif. Babinski, klonus negatif. Kranial sinir muayeneleri doğal
- **Ekstremiteler:** Her iki ayakta mantar enfeksiyonuyla (tinea pedis) uyumlu döküntüler mevcut.

LABORATUVAR

Periferik Yayma

- Nötrofil: %62
- Lenfosit: %36
- Eozinofil: %2

LABORATUVAR

- **Üre:** 28 mg/dl
- **Kreatinin:** 0.4 mg/dl
- **AST:** 26 U/L
- **ALT:** 27 U/L
- **T.Protein:** 7,1 g/dl
- **Albumin:** 4,4 g/dl
- **Na:** 138,2 mEq/L
- **K:** 4,10 mEq/L
- **Cl:** 99 mEq/L
- **Ca:** 9,0 mg/dl
- **HbA1c:** 5,3
- **Glukoz:** 95
- **CRP:** 2,66 mg/dl
- **Sedim:** 4
- **WBC:** $16.184 \times 10^3/\mu\text{L}$
- **NEU:** $14.818 \times 10^3/\mu\text{L}$
- **HB:** 14.1 g/dl
- **HTC:** % 42.38
- **MCV:** 83 fL
- **PLT:** $189.0 \times 10^3/\mu\text{L}$
- **PT:** 14.0 sn
- **APTT:** 27.6 sn
- **INR:** 1.09

ÖN TANILAR?

SAĞ ALT EKSTREMİTE VENÖZ DOPPLER US RAPORU

DVT izlenmedi.

Sağ krural bölgede selülit ile uyumlu bulgular.

Sağ femoral bölgede büyüğü yaklaşık 25X12mm boyutlu multipl LAP izlendi.

KLİNİK İZLEM

- Hasta selülit tanısıyla çocuk servisine yatırılarak ampisilin sülbaktam ve klindamisin tedavisi başlandı.
- Sağ bacağında şişliğin artması üzerine kompartman sendromu açısından ortopedi anabilim dalınca değerlendirildi. Kompartman sendromu düşünülmedi.
- Bacak üzerinde akıntısı olması üzerine sürüntü kültürü gönderildi, üreme olmadı.
- Kan kültüründe üreme olmadı.

KLİNİK İZLEM

- Bir yıl içinde iki kez selülit öyküsü olması üzerine çocuk alerji ve immünoloji bölümüne danışılarak immün yetmezlik açısından değerlendirildi, ilgili tetkikler gönderildi.
- 14 gün antibiyotik tedavisi alan hastanın izleminde şikayetleri geriledi.



SELÜLİT

- Selülit, gevşek bağ dokusunun enfeksiyon ve inflamasyondur. Dermiste sınırlıdır ve epidermis göreceli olarak korunmuştur.
- Geçirilmiş travma, cerrahi ya da deri bütünlüğünün bozulmasına neden olan durumlar selülit gelişmesini kolaylaştırır.
- Lenfatik dolaşımda bozukluk, diabetes mellitus ya da immün baskılanması olan kişilerde daha sıktır.

KLİNİK BULGULAR

- Deri üzerinde ödemli, sıcak, kızarıklık ve hassas bir bölge.
- Lezyonun sınırları belirgin değildir. (Dermise ek olarak cilt altı derin doku tutulumu da eşlik etmesi nedeniyle)
- Basınç uygulaması ile iz bırakır.
- Klinik bulgularla sorumlu etkenin ayrımı kesin olarak yapılamamakla birlikte *Staphylococcus aureus* nedenli selülit daha sınırlı olmaya eğilimlidir.
- *Streptococcus pyogenes*'in etken olduğu selülit olgularında lezyon daha hızlı ve daha derin dokulara ilerleyebilir, lenfanjit eşlik edebilir.
- Bölgesel lenf düğümlerinde büyüme, ateş, titreme, halsizlik ve kırıklık gibi yakınma ve bulgular sıktır.

ETİYOLOJİ

- **En sık rastlanan etiyolojik ajanlar**

- S. pyogenes*

- S. aureus*

- **Tekrarlayan nefrotik sendromu olan çocuklarda**

- E. coli*

- **Nadiren**

- S. pneumoniae*

- Grup G ve C streptokoklar

- **Yenidoğanda**

- Grup B streptokoklar

- E. coli*

- **İmmün yetmezliklilerde ve Diyabetik hastalarda**

- Pseudomonas aeruginosa*

- Aeromonas hydrophila*

- Legionella suşları

- Mucor, Rhizopus suşlar

- Cryptococcus neoformans*

TANI

- İnflamasyon bölgesinden alınan aspirat, cilt biyopsisi ve kan kültürleri selülit vakalarının yaklaşık %25'inde etken organizmayı belirlemeyi sağlar.
- Selülitin kaynak bölgesi, abrazyon veya ülser kaynaklıysa; etken organizma yaklaşık 1/3'inde saptanır.
- Enflamasyonun en fazla olduğu noktadan alınan aspirat etkeni kenardan alınan aspirattan daha fazla gösterir.
- Organizmanın saptanmasındaki başarısızlık, lezyon içindeki organizma sayısının azlığından kaynaklanır.

AYIRICI TANIDA NELER DÜŞÜNMEİYİZ?

- Septik Artirit
- Postenfeksiyöz Artirit
- Juvenil Romatoid Artirit
- Osteomiyelit

AYIRICI TANIDA GÖRÜNTÜLEME

- **DÜZ RADYOGRAFİ**

Genelde travma ve yabancı cisim gibi diğer nedenleri dışlamak için başlangıç değerlendirilmesi olarak kullanılır.

- **MR**

Apselerin tanınması, kemik ve yumuşak doku enfeksiyonlarını ayırt edilmesi için en iyi radyolojik görüntüleme tekniğidir.

- **USG**

Subperiostal bölgede ve yumuşak dokuda eklem efüzyonlarını ve sıvı toplanmasını belirlemede yardımcıdır. Eğer yapılacaksa aspirasyon veya apse boşaltılması için lokalizasyonda yol göstericidir

TEDAVİ

- Ampirik tedavide hastanın hikayesi, yaşı, bağışıklık durumu, selülitin yeri ve karakteri göz önünde bulundurulmalıdır.

YENİDOĞAN

- Tam bir sepsis taraması gerektirir.
- Ampirik olarak iv:

Ampisilin + Gentamisin

ya da

Ampisilin-sulbaktam + Gentamisin

BEBEK YA DA 5 YAŞINDAN KÜÇÜK ÇOCUK

- Etken olarak *S.pyogenes*, *S.aureus*, *Hib*, *S.pneumoniae* akılda tutularak tedavi düzenlenmelidir.
- Kan kültürü alınmalıdır.

Ampisilin-Sulbaktam

Veya

Ampisilin-Sulbaktam+Klindamisin

KOLLAR VE BACAKLARDA SELÜLİT

- Bu olgularda genellikle *S.pyogenes* ve *S.aureus* etkindir.
- Genel durumu iyi olan olgularda bakteriyemi riski azdır.
- Sepsisten kuşkulandırılması durumunda kan kültürü alınmalıdır.
- Ateş, lenf düğümlerinde büyüme ve diğer yaygın yakınmalar yoksa ağız yoluyla antibiyotik tedavisi verilebilir.

KOLLAR VE BACAKLARDA SELÜLİT

- Ateş, lenf düğümlerinde büyüme ve sistemik bulguların varlığına damar yoluyla antibiyotik tedavisi gereklidir.
- Ampisilin-sulbaktam, 1. kuşak sefalosporinler, sefuroksim tedavi seçenekleridir.
- Sistemik bulgular varsa ve hastanın genel durumu iyi değilse tedaviye klindamisin eklenmesi uygun olabilir.

TEDAVİ VE PROGNOZ

- Kızarıklık ve şişlik belirgin olarak azaldığında hasta taburcu edilebilir. Tedavi 10-14 güne tamamlanmalıdır.
- Özellikle tedavinin erken döneminde etkilenen ekstremitedeki şişlik ve ağrının azalması için hareket kısıtlaması ve ekstremitenin yüksekte tutulması önerilir.

KOMPLİKASYONLAR

- Cilt altı apsesi
- Bakteriyemi
- Osteomiyelit
- Septik artirit
- Tromboflebit
- Endokardit
- Nekrotizan fasiyit
- *S. pyogenes* enfeksiyonunu lenfanjit ya da glomerülonefrit de izleyebilir.

TEŞEKKÜRLER...