



Kocaeli Üniversitesi Tıp
Fakültesi
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
Anabilim Dalı

Çocuk Servisi Bilim Dalı
Olgu Sunumu

3 Mayıs 2019 Cuma

Ar. Gör. Dr. Ebru Şakalar

VAKA

- 2 yaş erkek hasta
- Şikayet:Öksürük ,hırıltılı solunum
- Hikaye:
 - 10 gün önce başlayan giderek artan hırıltılı solunum ve öksürük şikayeti olmuş
 - Dış merkeze başvuran hastaya akut bronşiolit ön tanısıyla inhaler tedavi uygulanmış.
 - İnhaler ve sistemik steroid tedavi sonrası solunum sıkıntısı gerilemeyen hasta bu şikayetlerle tarafımıza yönlendirilmiş
 -

- **Öz geçmiş:**

- Prenatal: Annenin gebelik rutin usg kontrollerine gitmiş. Annenin 2.gebeliği, herşey normal seyretmiş.
- Natal:Midında c/s ile 3400 gram doğmuş
- Postnatal: Doğar doğmaz ağlamış. Yoğun bakım yatışı olmamış. Sarılık yok ,peteşi yok, siyanoz yok
- İlk 6 ay sütü almış. Aşıları eksiksiz yapılmış
- Nöromotor gelişimi yaşına uygun olmuş.

- **Soy geçmiş:**

- Anne: 33 Y, Sağ,sağlıklı
- Baba: 35 Y, Sağ,sağlıklı
- Akrabalık yok.

FİZİK MUAYENE

Ateş: 36

Nabız: 97/dk

KB: 96/60

SS: 22/dk

Saturasyon: %96 (oda havasında)

Boy: 81cm(3p-10p)

Kilo: 12kg(50P-75P)

FİZİK MUAYENE

Cilt: Turgor tonus doğal, peteşi, ikter, purpura yok

Baş Boyun: Saç ve saçlı deri doğal, Boyunda kitle

Gözler: Bilateral ışık refleksi alınıyor.

KBB: Orofareks doğal.

KVC: S1(+), S2 (+) ek ses ,üfürüm yok

SS: Sağ hemitoraksta solunum sesleri azalmış. Sağ akciğerde hışıltı,havlar tarzda öksürük

GİS: Batın rahat. Rebound , defans yok, organomegali yok

GÜS: Haricen erkek

Nöroloji:Bilinç açık, koopere, Derin tendon refleksleri alınıyor.
motor duyu defisiti yok

Laboratuar:

- Wbc: 14000/mm³
- Neu:6700/mm³
- HB: 12 g/dl
- MCV: 83 fL
- HCT:36.5
- PLT: 469000/mm³
- Rbc: 4820 mmol/ML
- Glu: 93 mg/dl
- Üre: 24 mg/dl
- Kre: 0.11 mg/dl
- AST: 21 U/l
- ALT: 9 U/L
- T. Bil: 0.38
- İnd. Bil: 0,3 mg/dl
- T.pro: 67.7g/dl
- Alb: 48 g/dl
- Na: 138 meq/l
- K: 4.3 meq/l
- Ca: 9.7 mg/dl
- CRP:0.06

ÖN TANILAR ?



Klinik İzlem

Hastanın çekilen akciğer grafisinde sağ tarafta havalanma artışı ve kostalarda düzleşme mevcuttu.

Klinik İzlem

Aile tekrar sorgulandığında yaklaşık 2 hafta önce annenin parçalayarak fındık verdiği ve sonrasında yarım saat kadar öksürdüğü öğrenildi.

Klinik İzlem

- Yabancı cisim aspirasyonu tanısı ile takip edilen hastaya rijit bronkoskopi planlandı
- Yapılan rijit bronkoskopide sağ ana bronş girişinde, girişi totale yakın tıkayan organik yabancı cisim(fındık?) görüldü.
- Ampisilin –sulbaktam ve nebül tedavisi verildi.

Klinik İzlem

Kontrol akciğer grafisinde iki taraf hemitoraksın havalanması eşitti.

Hava hapsi izlenmedi.

Akciğer sesleri sağ ve sol hemitoraksta eşitti.

Akciğer sesleri doğal. Hışıltı, ral ve ronküs yoktu.

Epidemiyoloji ve Etyoloji

Çocuklarda yabancı cisim aspirasyonlarının (YCA) %80'i üç yaş altında olup, en sık 2 yaş altında bildirilmektedir. Risk faktörleri;

- Çevrelerini keşfetmek için sürekli hareket halindedir
- İnce motor hareketler gelişmeye başladığından her bulduklarını ağızlarına götürürler.
- Molar dişleri gelişmediği için çiğnemeyi tam yapamazlar.
- Bunun yanında sert taneli yiyeceklerin erken dönemde başlanması
- Hareket halindeki beslenme alışkanlıkları,
- Küçük oyuncak parçaları ile oynama,
- Hava yollarının ufak olması
- Büyük kardeş

Epidemiyoloji ve Etyoloji

- En sık aspire edilen cisimlerin başında besin maddeleri özellikle fındık, yer fıstığı, çekirdek, diğer kabuklu yemişler, patlamış mısır vs.
- Besin maddelerini oyuncak parçaları, para, iğne, kalem kapağı gibi organik olmayan cisimler izlemektedir.

Epidemiyoloji ve Etyoloji

- Aspire edilen yabancı cisimlerin çoğunluğu bronşlara yerleşir.
- Larinks ve trakeada daha az sıklıkla görülür.
- Bu yabancı cisimlerin lokalizasyonuna bakıldığında
 - %60 sağ akciğerde (% 52 Sağ ana bronşta),
 - % 23 sol akciğerde (% 18 sol ana bronşta)
 - %13 trakea /karinada, % 3 larinkste
 - % 2 her iki akciğerde

Sağ ana bronşta sıklıkla görülmesinin sebebi sağ ana bronşun trakeadan dik açı ile ayrılması, daha kısa ve çapının daha geniş olmasıdır

Epidemiyoloji ve Etyoloji

- Aspire edilen cismin özellikleri hasarın derecesini belirler
- Organik cisimler sıvı absorbe ettiğinden şişerek hava yolu tıkanması riskini arttırmaktadır
- Özellikle fındık , fıstık gibi yağlı besinler bronş mukozasında yoğun enflamasyona ve granülasyon dokusu gelişimine sebep olmaktadır
- Yağlı besinleri aspire eden çocuklarda solunum sistemine bağlı semptom ve bulgular daha ağır olup acil tedavi gerektirir

Bulgu ve Semptomlar

YC'nin yerleşimine göre değişir.

- **Laringotrakeal:** Laringotrakeal YC yaygın değildir. (%5-17) ancak özel olarak hayatı tehdit edicidir.
Semptomları stridor, wheezing ve dispnedir. Bazen de ses kısıklığıdır. Bu yerleşimde en çok akut respiratuar distres ile başvurur. Laringeal YC veya delici büyük YC'ler özafagus ile ilgili semptomlara da sebep olabilir.
- **Büyük Bronş:** Genel semptomları öksürme ve wheezingdir. Hemoptizi, dispne, boğulma, nefes darlığı, respiratuar distres, azalmış solunum sesleri, ateş ve siyanoz da oluşabilir.
- **Daha alt havayolları:** Bu çocuklar başlangıç boğulmadan sonra çok daha az akut distreste olurlar

BAŞVURU

- Şiddetli respiratuvar distres, siyanoz ve mental durum değişikliği ile başvuran çocuklar acil tanı, yaşam desteği ve YC'nin çıkartılması için rijit bronkoskopi gerektiren gerçek bir medikal acildir.
- Daha yaygın olarak YCA'lı çocuklar parsiyel hava yolu tıkanmasıyla başvururlar.
- En yaygın semptom takipne ve stridorun takip ettiği öksürük; sıklıkla fokal, monofonik wheezing veya azalmış hava girişidir.
- Havalanmada bölgesel varyasyon tanı için önemli bir ipucudur
- Öksürüğün ve jeneralize wheezingin non spesifik bulguları sıklıkla vardır.
- Wheezing, öksürük ve azalmış solunum sesleri triadı her zaman olmayabilir.
- Klasik triad %57 çocukta vardır.
- Triadın spesifitesi yüksektir (%96-98) ancak sensitivitesi düşüktür (%27-43)

TANI

İyi bir hikaye alımı !!!

Fizik muayene

Radyolojik inceleme

Bronkoscopi

- Genelde aspirasyon öyküsü olmakla birlikte , klasik triad
 - Ani başlayan öksürük
 - Hışıltı
 - Solunum seslerinde azalma
- Olgular tamamen asemptomatik olabileceği gibi, farklı derecelerde solunum distressi, kronik öksürük, atelektazi, tekrarlayan pnömoni tablosu ile gelebilir.

DEĞERLENDİRME

- Değerlendirme ve tedavi başvuru sırasında hastanın klinik durumuna bağlıdır.
- Tam veya kısmi hava yolu kapanan hastalar acilen müdahaleye yönlendirilir
- YC şüphesi olan stabil hastalar detaylı değerlendirmeye alınır.
- Hayatı tehdit eden YCA: Eğer bir çocuk tam hava yolu obstrüksiyonu ile başvurursa (konuşma ve öksürük yok) infantlarda sırtta vurma ve göğüs kompresyonu; daha büyük çocuklarda Hemlich manevrası yapılması gerekir.
- Konuşabilen veya öksürebilen çocuklarda parsiyel tıkanıklığı tam tıkanıklığa çevirebileceği için bu manevralar yapılmamalıdır.
- Aynı sebeple ağzın dikkatsiz bir şekilde temizlenmesi de engellenmelidir.
- Hayatı tehdit eden YC rijit bronkoskopi mümkün olana kadar biraz ventilasyona izin verebilir.
- Oksijen uygulaması ve diğer hayat sürdürücü bakım bronkoskopi uygulanıncaya kadar sağlanmalıdır.

GÖRÜNTÜLEME

- Asemptomatik veya semptomatik ancak stabil olan YCA şüphesinde ilk basamak düz göğüs grafileridir.

DÜZ GRAFİLER

- Düz göğüs grafisi hava yolu tıkanıklığı derecesinin ne kadar olduğu, yabancı cismin radyoopak olup olmadığına bağlı olarak tanıda yardımcı olabilir veya olmayabilir.
- YC radyoopak ise (YC'nin %10) düz radyografi ile kolayca konulur.
- YC çoğu radyolusendir ve hava yolu obstrüksiyonu veya diğer komplikasyonları eşlik etmediği aspirasyonlarda standart grafilerle saptanamaz.
- Sonuç olarak radyografide normal bulgular YCA'yı dışlamaz
- Klinik ve hikaye bronkoskopi uygulanıp uygulanmaması için ana belirleyicidir.
- Göğüs grafisi vakaların en az %30 unda normaldir. Göğüs grafisinin sensitivitesi %68-76 spesifitesi %45-67 dir. İdeal olarak hem insprasyon hem eksprasyon grafileri alınmalıdır. Eksprasyonda grafi alınamayan küçük çocuklarda sol dekübit filmler alınabilir. Laringotrakeal YCA de boyun grafileri alınmalıdır.

GÖRÜNTÜLEME

Alt hava yolu YCA'lı çocuklarda en yaygın radyografik bulgular;

- 1) **Hiperinflasyonlu akciğer:** Bunun sebebi hava tuzaklı havayolu tıkanması nedeniyle insprasyonla havanın geçmesi ekspirasyonla geçmemesidir.
- 2) **Atelektazi :** Genellikle tam tıkanma nedeniyledir.
- 3) **Mediastinal shift :** Yabancı cismin olduğu taraftan karşı tarafa doğrudur.
- 4) **Pnömoni:** Enfeksiyon sıklıkla tıkanmış hava yolunun distalinde gelişir. Konsolide infiltrat da olası bulgudur. Pulmoner apse ve bronşiektazi geç manifestasyonlardır.

GÖRÜNTÜLEME

BİLGİSAYARLI TOMOGRAFİ

- BT, asemptomatik veya semptomatik ancak stabil, grafilerde normal veya şüpheli hastalarda bir seçenektir.
- BT, negatif direkt görüntülemelerde bronkoscopi kararı için kullanılabilir.
- Ancak çoğu vakada BT'siz direkt bronkoscopi uygulanır.
- BT'nin avantajı radyolusen YC'leri görüntüleyebilmesidir. Dezavantajı radyasyon maruziyetidir.

BRONKOSKOPİ

- Orta ve yüksek şüpheli YCA'da rijit bronkoscopi

TEDAVİ

- Rijit bronkoskopidir
- Yabancı cisim aspirasyonun en etkin tedavisi
önlenmesidir