



Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
Anabilim Dalı

Çocuk Servisi
Olgu Sunumu

7 Şubat 2018 Çarşamba

Dr. Gökberk Özcan



16 yaş, kız hasta

- **Yakınma:** Sol ayakta ağrı, 2. ve 3. parmaklarda kızarıklık, şişlik, akıntı

Hikaye

- Beş gün önce sol ayak 2. ve 3. parmağında akıntısı olmuş ve parmakları şişmiş.
- Ertesi gün halsizlik ve baş dönmesi yakınmalarının başlaması nedeniyle çocuk acil polikliniğimize başvurmuş.
- İki gündür ara ara yükselen ateş, evde ölçülmemiş.

Özgeçmiş

- Zamanında doğum
- Gelişim basamakları yürüme dışında yaşına uygun olarak izlenmiş.
- 18 aylıkken yürümeme nedeniyle değerlendirilmiş.
- Spina bifida (kapalı) ve gergin omurga (tethered cord) saptanmış
- Gergin omurga nedeniyle cerrahi düzeltme yapılmış.
- Ameliyat sonrası yürümeye başlamış.
- 2008 yılında sağ ayakta osteomyelit nedeniyle ameliyat
- 2013 yılında skolyoz nedeniyle ameliyat
- 2014 yılında ikinci kez gergin omurga (tethered cord) nedeniyle ameliyat
- Hastada her iyi ayakta his kaybı ve idrar kaçırma sorunu bulunmakta

Soygeçmiş

- Anne: 39 yaş, ev hanımı, sağ-sağlıklı (SS)
- Baba: 39 yaş, işçi, SS
- Anne-baba arası akrabalık yok
- 1. çocuk: hastamız
- 2. çocuk: 13 yaş, K, SS
- 3. çocuk: 9 yaş, K, nörofibromatozis, skolyoz
- 4. çocuk: 6 yaş, E, SS

Fizik Muayene

- Genel durumu iyi, bilinci açık, oryante-koopere
 - Batın rahat, defans yok, rebound yok, organomegali yok.
 - Dinlemekle rahat solunum sesleri, ral yok, ronküs yok.
 - Belde kıllanma artışı(+)
 - Kardiyo-vasküler sistem incelemesi doğal
 - Eklem hareketleri doğal
 - Sol ayak 2. ve 3. parmakta şişlik-soyulma-akıntı
 - Sağ ayak 1. parmakta morarma
 - İki yanlı ayaklarda his kaybı
-
- Boy: 151 cm (3-10p)
 - Kilo: 46 kg (5p)

Laboratuvar

- Beyaz küre: 6885 mm³
- Nötrofil: 6579 mm³
- Hemoglobin: 12,3 g/dl
- MCV: 89,38 fL
- Trombosit: 194700 mm³
- CRP: 0,99 mg/dl
- ESR: 18 mm/s
- Kan biyokimya incelemelerinde patolojik bulgu saptanmadı.

ÖN TANILAR NELERDİR?

- Selülit
- Apse
- Osteomiyelit

Klinik İzlem

- Hastamızda ön planda yumuşak doku enfeksiyonu düşünerek 200mg/kg/gün dozunda Ampisilin-sülbaktam tedavisi başlandı.
- Eşlik eden osteomyelit kuşkusu nedeniyle manyetik rezonans görüntülemesi (MRG) yapıldı.

SELÜLİT

TANIM

- Selülit, gevşek bağ dokusunun enfeksiyon ve enflamasyonu ile karakterizedir. Dermiste sınırlıdır ve epidermis nispeten korunmuştur.
- Geçirilmiş travma, cerrahi veya bir deri lezyonu selülit kolaylaştırır.
- Lenfatik staz, diabetes mellitus ya da bağışıklık sisteminin baskılanması durumunda daha sıktır.

- Erizipel (yılancık) ise lenfatik tutulumun ön planda olduğu yüzeysel dermisin tutulduğu bir selülit tipidir.
- Hemen daima grup A streptokoklar tarafından oluşturulur.
- Hastalık ateşle birlikte, sağlam deriden belirgin bir hatla ayrılan, ağrılı, parlak kırmızı, ödemli ve portakal kabuğu görünümünde bir lezyon ile başlar.

EPİDEMİYOLOJİ

- Selülit orta yaş ve yaşlı hastalarda daha sık görülür.
- Erizipel ise çocuklar ve yaşlılarda sık görülür.
- Selülite apse de eşlik edebilir.

Selülit/Cilt apsesi için kolaylaştırıcı etmenler

- Travma nedeniyle deri bütünlüğünün bozulması
- Deride inflamasyon (egzema, radyoterapi)
- Bozulmuş lenfatik drenaj sonucunda oluşan ödem
- Venöz yetersizlik sonucunda oluşan ödem
- Obezite
- Bağışıklık sisteminin baskılanması (diyabet, HIV enfeksiyonu)
- Önceden gelişmiş deri enfeksiyonları (tinea pedis, impetigo, suçiçeği)

ETİYOLOJİ

- **En sık etkenler**
 - *Streptococcus pyogenes*
ve
 - *Staphylococcus aureus*
- **Tekrarlayan nefrotik sendromu olan çocuklarda**
 - E.coli
- **Nadiren**
 - S.pneumonia
 - 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

KLİNİK BULGULAR

- Selülitin görünümü deri üzerinde ödemli, sıcak, kızarıklık ve hassas bir bölgedir.
- Selülitte dermise ek olarak cilt altı deri doku tutulumu da eşlik etmesi nedeniyle lezyonun sınırları belirgin değildir.
- Erizipelde lezyon sınırları belirgindir.
- Erizipelde basınç uygulaması ile iz kalır.

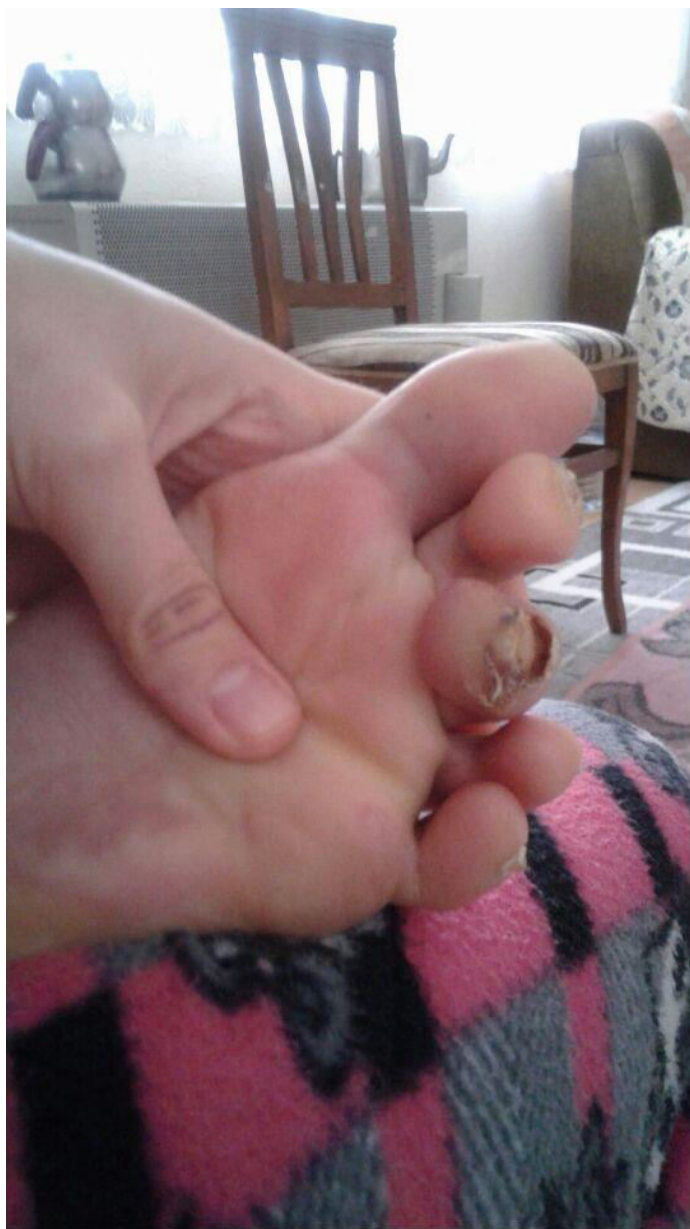


KLİNİK

- Klinik bulgularla sorumlu etkeni ayırımı 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 düğülerinde büyüme, ateş, titreme, halsizlik ve kırıklık gibi yakınma ve bulgular sıktır.

AYIRICI TANIDA GÖRÜNTÜLEME

- **DÜZ RADYOGRAFİ:** Genelde travma ve yabancı cisim gibi diğer nedenleri dışlamak için başlangıç değerlendirilmesi olarak kullanılır.
- **MRG:** Abselerin tanınması, kemik ve yumuşak doku enfeksiyonlarının 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.
- En sık görülen iki etkeni (*Staphylococcus aureus* ve *Streptococcus pyogenes*) kapsayacak şekilde tedavi düzenlenmelidir.

- **Ampisilin-Sulbaktam**

Veya

Ampisilin-Sulbaktam+Klindamisin

TEDAVİ

- Ayak bakımı
- Eşlik eden tırnak mantarı varsa tedavisinin düzenlenmesi

Klinik İzlem

- Damar yoluyla ampisilin sulbaktam tedavisi 10 güne tamamlandı.
- Ayak MR görüntülemesinde apse ya da osteomyelit bulgusu izlenmedi.
- Tırnak mantarı için tedavi verildi.
- Nörolojik sorunları nedeniyle ayakta oluşan duruş bozukluğu ve yürüme sorunu açısından ileriki dönemde cerrahi düzeltme gereksinimi olabileceği belirtilerek ortopedi anabilim dalınca izleme alındı.

Klinik İzlem

- Ayak bakımı eğitimi için podoloji bölümüne yönlendirildi.
- İdrar kaçıрма yakınması nedeniyle nefroloji poliklinik izleminin devamı planlandı.



TEŞEKKÜRLER...