



# ÇOCUKLARDA ÜST SOLUNUM YOLU ENFEKSİYONLARI

**Prof.Dr.Ergin ÇİFTÇİ**

**Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları BD**

**[www.erginciftci.com](http://www.erginciftci.com)**

# Prof. Dr. Ergin ÇİFTÇİ

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı  
Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanı



Ara...

- Anasayfa
- Özgeçmiş
- Yayınlar
- Dersler
- Bilimsel Toplantılar
- Bilimsel Dergiler
- Basın
- Fotoğraflar
- Ulaşım
- Edebiyat
- Satranç
- Sinema

## Saat



## Anasayfa



## Beni Takip Et!



## Duyurular



Satranç ve Sinema



## Takvim

<< Ağustos 2016 >>

P	S	Ç	P	C	C	P
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

## Prof. Dr. Ergin ÇİFTÇİ

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı  
Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanı

## Hava Durumu



John F. Kennedy Caddesi 24/5 **Telefon : 0312 467 44 88**



# Prof. Dr. Ergin ÇİFTÇİ

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı  
Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanı

- Anasayfa
- Özgeçmiş
- Yayınlar
- Dersler**
- Bilimsel Toplantılar
- Bilimsel Dergiler
- Basın
- Fotoğraflar
- Ulaşım
- Edebiyat
- Satranç
- Sinema

- A. Öğrenci Dersleri
- B. Asistan Dersleri

## A. Öğrenci

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Dönem 5 ve 6 öğrencileri kendilerine Prof. Dr. Ergin Çiftçi tarafından anlatılan derslerin güncel sunumlarına buradan ulaşabilirler.

### DÖNEM 5

1. Çocukluk çağı döküntülü hastalıklar
2. Çocuklarda akut gastroenterit
3. Çocuklarda üst solunum yolu enfeksiyonları
4. Çocuklarda alt solunum yolu enfeksiyonları
5. Çocukta ağızdan sıvı tedavisi

### DÖNEM 6

1. Dehidrasyon: Vaka temelli interaktif tartışma

Yorumlar - Yorum Yaz

## Beni Takip Et!



## Duyurular



Satranç ve Sinema



## Saat



## Takvim

<< Ağustos 2016 >>

P	S	Ç	P	C	C	P
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

## Hava Durumu

Anlık Yarınl

# ÜST SOLUNUM YOLU ENFEKSİYONLARI

## ÜST SOLUNUM YOLU

Orofarenks

Tonsiller

Nazofarenks

Burun mukozası

Orta kulak

Sinüsler

Epiglot

Larinks

## ÜST SOLUNUM YOLU

Upper respiratory tract

Nasal cavity

Pharynx

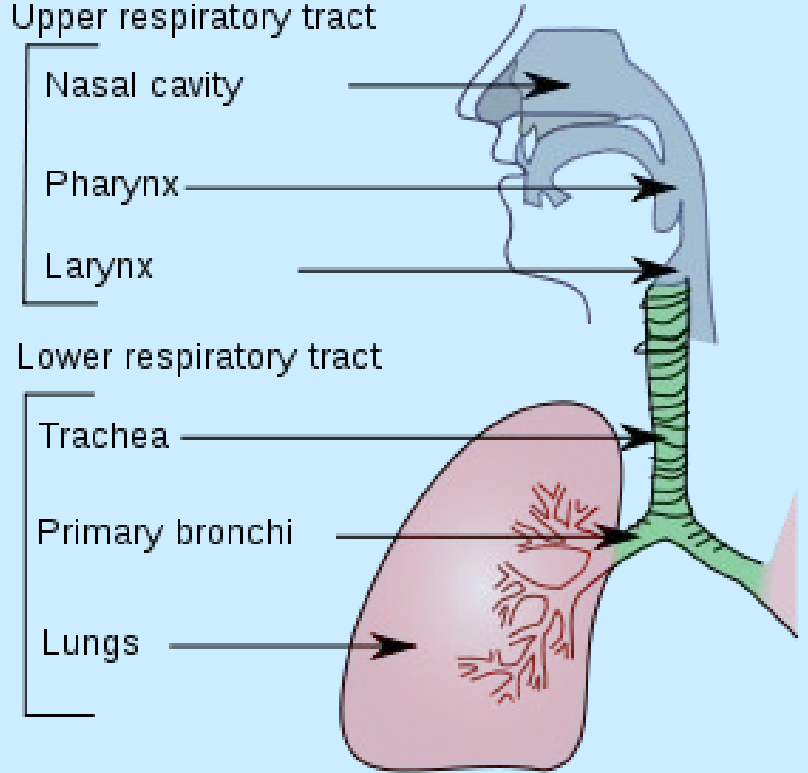
Larynx

Lower respiratory tract

Trachea

Primary bronchi

Lungs



# FARENKS ve TONSİLLERİN ENFEKSİYONU

## ÜST SOLUNUM YOLU

Farenjit

Tonsillit

Tonsillofarenjit

Nazofarenjit

## ÜST SOLUNUM YOLU

Upper respiratory tract

Nasal cavity

Pharynx

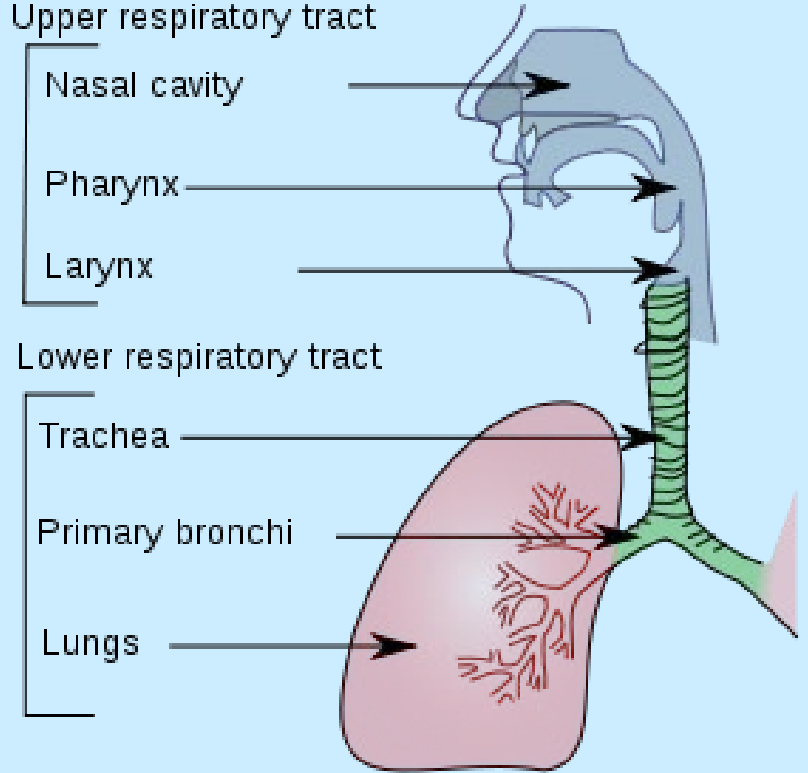
Larynx

Lower respiratory tract

Trachea

Primary bronchi

Lungs





# FARENKS ve TONSİLLERİN ENFEKSİYONU

## Etiyoloji

### ETKENLER

### DIĞER NEDENLER

### ATİPİK ETKENLER

### VİRÜSLER

### BAKTERİLER

*Streptococcus pyogenes* (A grubu)  
*B, C ve G grubu streptokoklar*  
*Arcanobacterium haemolyticum*  
*Corynebacterium diphtheriae*  
*Corynebacterium pyogenes*  
*Corynebacterium ulcerans*  
*Neisseria gonorrhoeae*  
*Neisseria meningitidis*  
*Yersinia enterocolitica*  
*Streptococcus pneumoniae*  
*Salmonella typhi*  
*Leptospira spp.*  
*Borelia spp.*  
*Anaeroplara*

*Epstein-Barr virüs*  
*Adenovirüs*  
*Herpes simpleks virüs 1*  
*Herpes simpleks virüs 2*  
*İnfluenza virüs*  
*Parainfluenza virüs*  
*RSV*  
*Enterovirüsler*  
*Kızamık virüsü*  
*Kızamıkçık virüsü*  
*Sitomegalovirüs*  
*Rhinovirüs*  
*Reovirüs*  
*HIV*

*Mycoplasma pneumoniae*  
*Mycoplasma hominis*  
*Chlamydia pneumoniae*  
*Chlamydia trachomatis*  
*Legionella pneumophila*  
*Coxiella burnetti*

*Candida*  
*Toxoplasma gondii*

*Behçet sendromu*  
*Kawasaki hastalığı*  
*PFAPA*  
*Aftöz stomatit*  
*Steven-Johnson sendromu*  
*İnflamatuvar bağırsak hastalığı*  
  
*Nötropeni*  
*Kemoterapi*  
  
*Sigara*  
*Hava kirliliği veya allerjenler*  
*Kostik maddelerle temas*  
*Sıcak gıda veya sıvı alımı*

# SOĞUK ALGINLIĐI

## SOĞUK ALGINLIĐI

Çocuklarda yılda 4-8 kez görülebilir

En sık etken rhinovirüstür (%40)

Özellikle nazal semptomlar ön plandadır

Boğazda kaşıntı hissi	Konjunktivit
Boğaz ağrısı	Baş ağrısı
Hapşırma	Kas ağrıları
Burun akıntısı	Kuru öksürük
Burunda tıkanıklık	

Ateş hafif derecede yükselir

Boğazda eksudasız kızarıklık vardır

## SOĞUK ALGINLIĐI

Tanı klinik olarak konulur

Antijen tayini, viral kültür, virüs genomunun gösterilmesi ve serolojik yöntemlerle etken kesin olarak gösterilebilir

Tedavi semptomatiktir

**Parasetamol, İbuprofen**  
**Burun damlaları**  
**Serum fizyolojik**  
**Topikal adrenerjik**  
**Antihistaminikler**

# GRİP

## GRİP

İnfluenza A, B ve C ile oluşur.

Damlacık yolu, kontamine sekresyonlar,  
direkt temas ile bulaşır

Semptomlardan önceki 24 saat ve semptom  
süresince bulaştırıcıdır

Kuluçka süresi 1-3 gündür

Özellikle yapısal semptomlar ön plandadır

**Yüksek ateş**

**Boğaz ağrısı**

**Kırıklık**

**Kuru öksürük**

**Konjunktivit**

**Baş ağrısı**

**Kas ağrıları**

**Burun akıntısı**

**Burunda tıkanıklık**

Boğaz normal veya hiperemik olabilir

## GRİP

Tanı klinik olarak konulur

Salgın dönemlerinde hastalığın düşünülmesi  
önemlidir

Antijen tayini, viral kültür, virüs genomunun  
gösterilmesi ve serolojik yöntemlerle etken  
kesin olarak gösterilebilir

Tedavi semptomatiktir

**Parasetamol , İbuprofen**

**(Aspirin VERİLMEZ)**

**Amantadin ve Rimantadin (İnfluenza A)**

**Oseltamivir ve Zanamivir (İnfluenza A/B)**

Antiviral tedavisi semptomlar başladıktan  
sonraki ilk 48 saatte başlanmalı

Antiviral tedavi 5 gün verilir



# GRİP

## GRİP AŞISI

**Aşı öncelikle gribe yakalandığında hastalığın ağır geçmesinin beklendiği kişilere yapılmalıdır.**

**Altı ay ile 18 yaş arasındaki sağlıklı çocuklar**

**Aşı altı aydan küçük yaştaki bebeklere yapılamadığından bu yaştaki çocuklarla aynı evde yaşayan kişiler mutlaka aşılanmalıdır.**

**Astım, kronik bronşit, kistik fibroz gibi akciğer hastalığı olanlar**

**Ciddi kalp hastalığı olanlar**

**Şeker hastalığı gibi metabolik hastalıkları olanlar**

**Böbrek yetmezliği olanlar**

**Bağışıklık sisteminde sorun olanlar**

## GRİP AŞISI

**Kreşe ve okula giden çocuklar yaşadıkları kapalı ve kalabalık ortam nedeniyle risk altındadırlar.**

**Yukarıda belirtilen riskler nedeniyle öncelikle aşılanması gereken kişiler dışında hiçbir risk taşımayan çocuklara da gripten korumak amacıyla aşı yapılabilir.**

# GRİP

## GRİP AŞISI

**İnaktif aşıdır.**

**Altı ay ve daha büyük çocuklara yapılabilir.**

**6-35 ay Yarım doz, 36 ay ve daha büyüklere tam doz yapılır.**

**9 Yaşından küçük çocuklara ilk kez yapıldığında bir ay arayla iki doz yapılır**

**Yumurta allerjisi olanlara yapılmaz.**

**Aşının her yıl **Eylül-Kasım** aylarında yinelenmesi gerekir.**

## GRİP AŞISI





# STREPTOKOK TONSİLLOFARENJİTİ

## TONSİLLOFARENJİT

**En sık 5-15 yaşlarda görülür**

**Damlacık, yakın temas ve gıda yoluyla bulaşır**

**Kuluçka dönemi 2-4 gündür**

**Ateş, baş ağrısı, boğaz ağrısı, karın ağrısı ve kusma ile başlar**

## TONSİLLOFARENJİT

**Farenkste hiperemi, ödem, eksuda görülür**

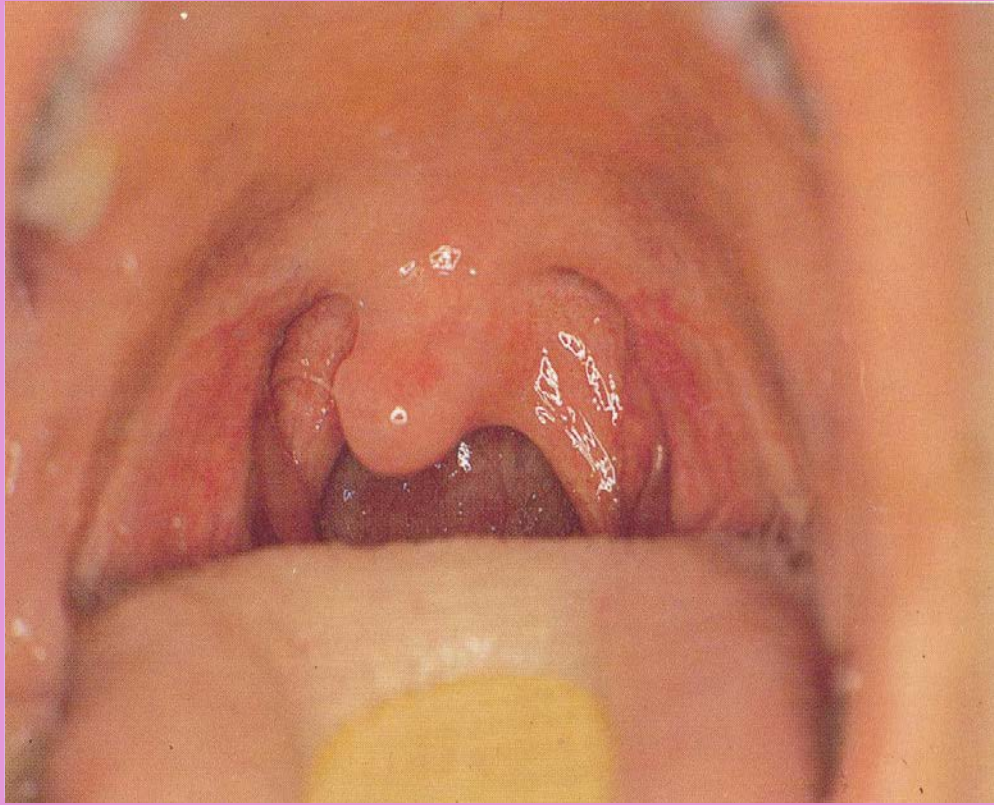
**Çene açısındaki lenf bezleri büyük ve ağrılıdır**

**Hastalık kendiliğinden iyileşir**

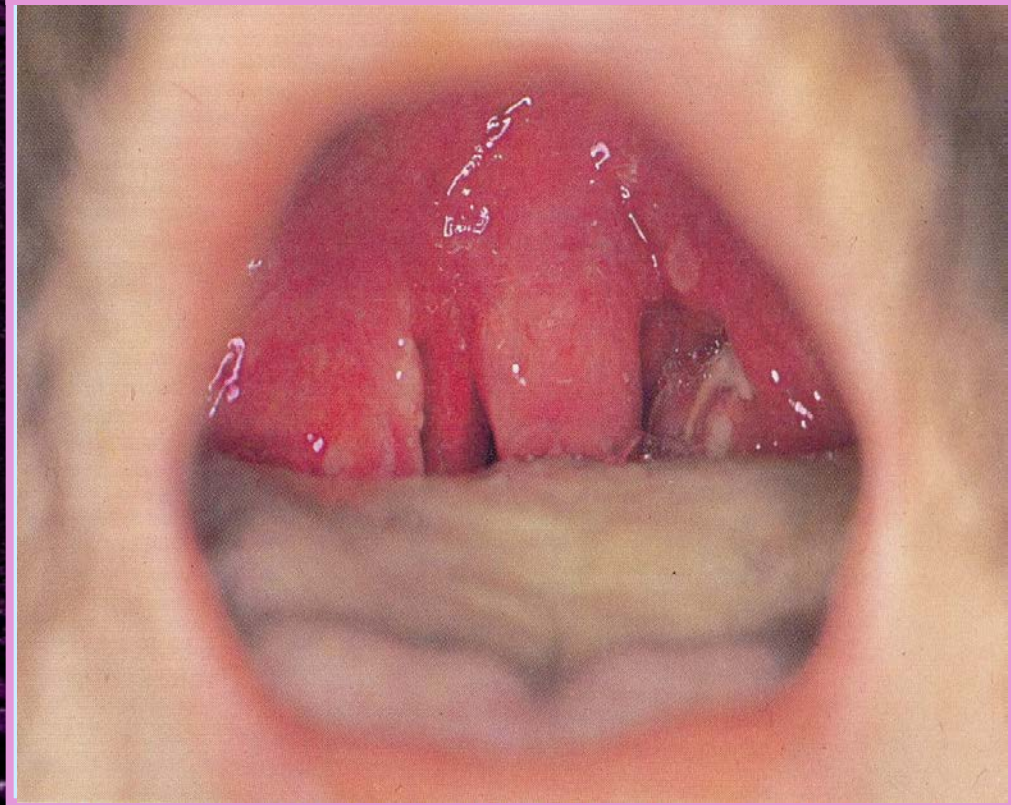


# STREPTOKOK TONSİLLOFARENJİTİ

**TONSİLLOFARENJİT**



**TONSİLLOFARENJİT**





# STREPTOKOK TONSİLLOFARENJİTİ

**TONSİLLOFARENJİT**



**TONSİLLOFARENJİT**





# STREPTOKOK TONSİLLOFARENJİTİ

**TONSİLLOFARENJİT**



**TONSİLLOFARENJİT**





# STREPTOKOK TONSİLLOFARENJİTİ

## AYIRICI TANI

	BAKTERİYEL	VİRAL
Yaş	> 3 yaş	Her yaş
Ateş	> 38.5°C	< 38.0°C
Burun akıntısı	Yok	Sıklıkla var
Öksürük	Yok	Sıklıkla var
İshal	Yok	Görülür
Eksuda	Daha sık	Daha az
Ağrılı LAP	Sık	Seyrek

# STREPTOKOK TONSİLLOFARENJİTİ

## TONSİLLOFARENJİT

### CENTOR KRİTERLERİ

1. Ateş  $>38^{\circ}\text{C}$
2. Öksürük olmaması
3. Ağrılı ön servikal adenopati
4. Tonsillerde şişlik veya eksuda

Her birine 1 puan ver.

- 0-1 Puan** Test ve antibiyotik gereksiz  
**2-3 Puan** Test yap, sonucuna göre tedavi ver  
**4 Puan** Test yapmadan antibiyotik ver

## TONSİLLOFARENJİT

### McISAAC KRİTERLERİ

1. Ateş  $>38^{\circ}\text{C}$
2. Öksürük olmaması
3. Ağrılı ön servikal adenopati
4. Tonsillerde şişlik veya eksuda

Her birine 1 puan ver.

- 3-14 yaş** 1 puan ekle  
 **$\geq 45$  yaş** 1 puan çıkar

- 0-1 Puan** Test ve antibiyotik gereksiz  
**2-3 Puan** Test yap, sonucuna göre tedavi ver  
**4-5 Puan** Test yapmadan antibiyotik ver



# STREPTOKOK TONSİLLOFARENJİTİ

## TONSİLLOFARENJİT

**Akut faz reaktanları**

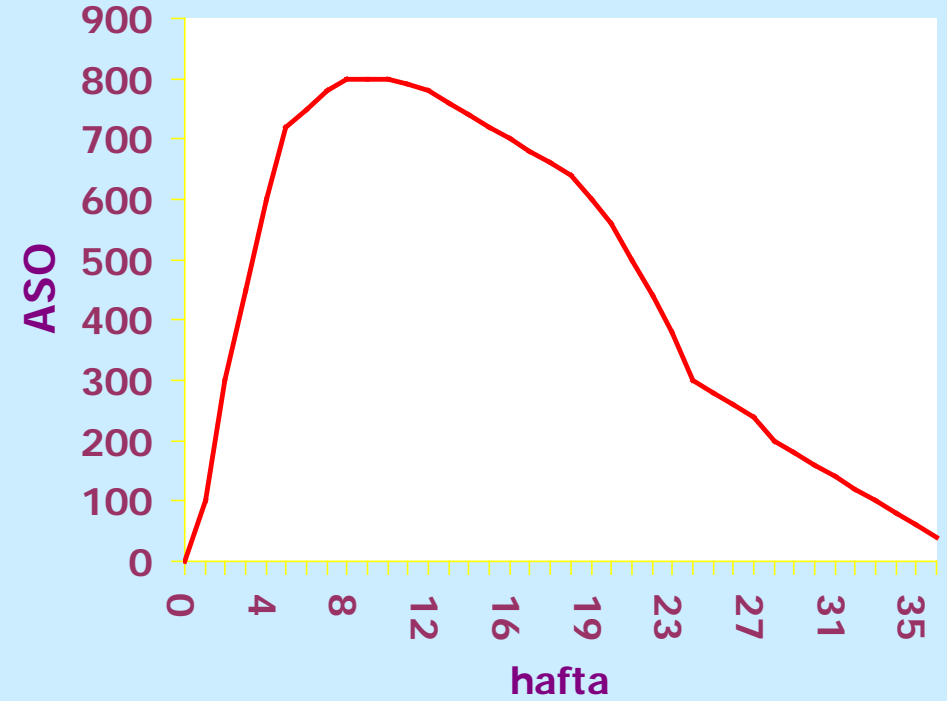
**ASO**

**Hızlı antijen testi**

**Boğaz kültürü**

**ALTIN STANDART TANI YÖNTEMİ  
BOĞAZ KÜLTÜRÜDÜR**

## TONSİLLOFARENJİT



# STREPTOKOK TONSİLLOFARENJİTİ

## TONSİLLOFARENJİT

### HIZLI ANTİJEN TESTLERİ

Boğaz kültürü **1-2 gün** sonra sonuç verir.

Hızlı antijen testlerinin çoğu **15 dakika**dan kısa sürede sonuç verebilir.

## TONSİLLOFARENJİT

### HIZLI ANTİJEN TESTLERİ

Hızlı antijen testleri, hücre duvarındaki **grup A karbonhidrat antijeninin**, immünolojik bir reaksiyonla saptanmasına dayanır.



# STREPTOKOK TONSİLLOFARENJİTİ

## TONSİLLOFARENJİT

### HIZLI ANTİJEN TESTLERİ

Spesifisite yüksek ( $\geq\%95$ )

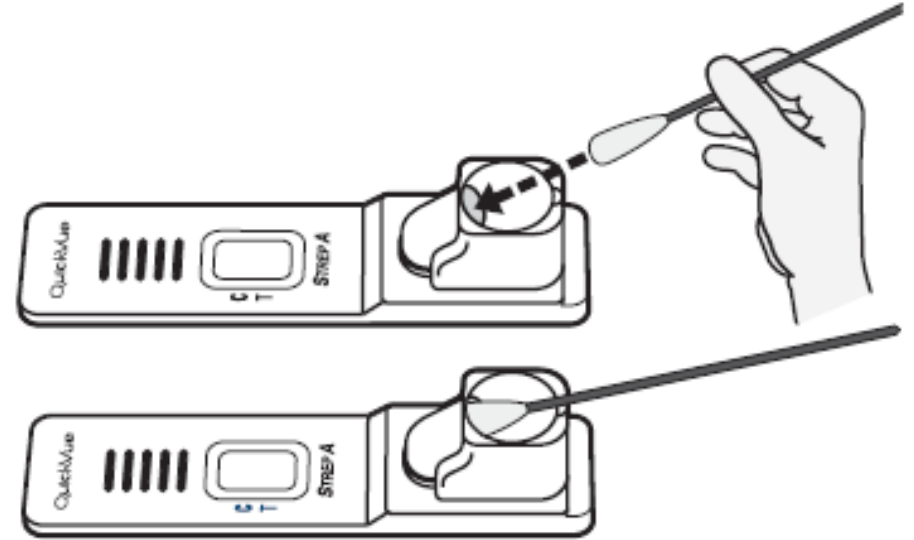
**Hızlı antijen testi pozitifse boğaz kültürü alınmasına gerek yok**

Sensitivite daha düşük ( $\%75-85$ )

**Hızlı antijen testi negatifse boğaz kültürü alınmalıdır**

## TONSİLLOFARENJİT

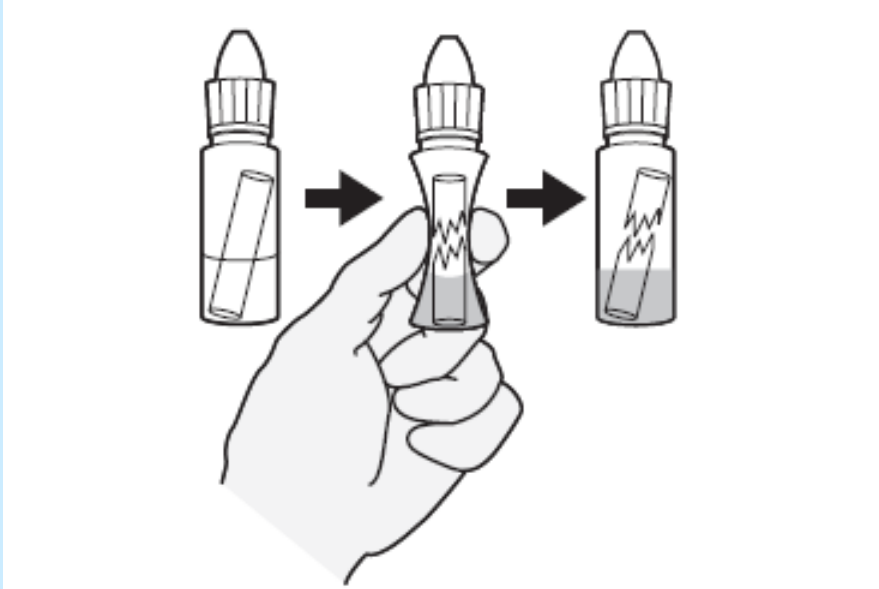
### HIZLI ANTİJEN TESTLERİ



# STREPTOKOK TONSİLLOFARENJİTİ

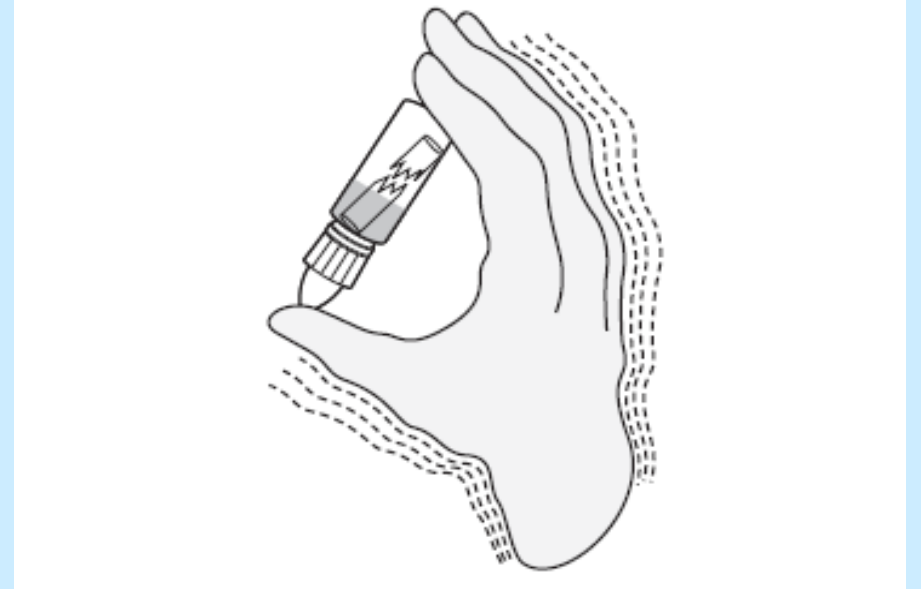
## TONSİLLOFARENJİT

### HIZLI ANTİJEN TESTLERİ



## TONSİLLOFARENJİT

### HIZLI ANTİJEN TESTLERİ

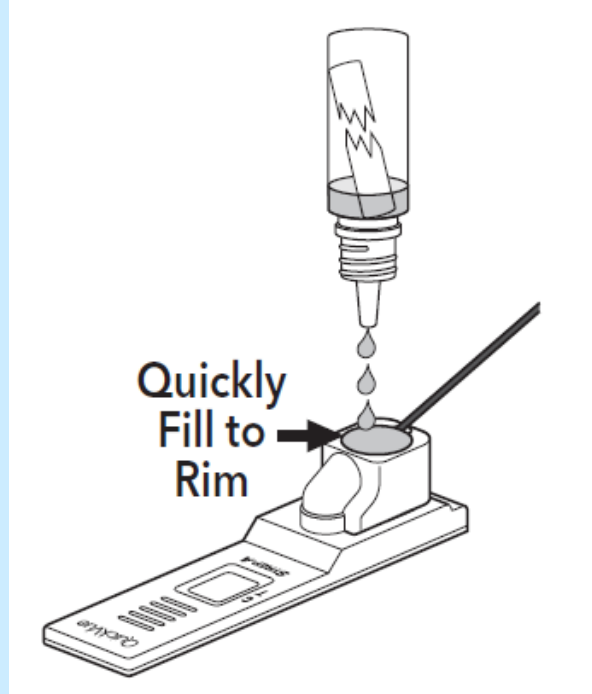




# STREPTOKOK TONSİLLOFARENJİTİ

## TONSİLLOFARENJİT

### HIZLI ANTİJEN TESTLERİ



## TONSİLLOFARENJİT

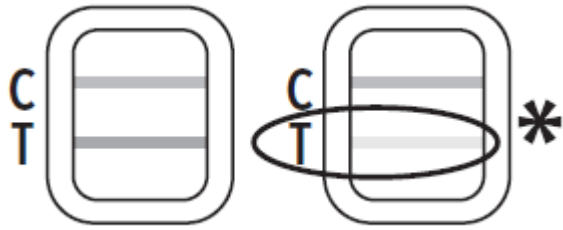
### HIZLI ANTİJEN TESTLERİ



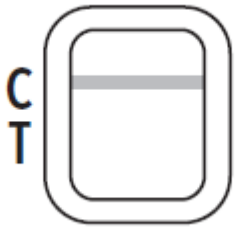
# STREPTOKOK TONSİLLOFARENJİTİ

## TONSİLLOFARENJİT

### HIZLI ANTİJEN TESTLERİ



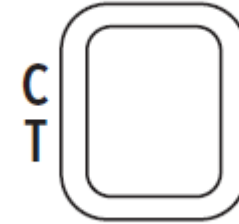
**POZİTİF**



**NEGATİF**

## TONSİLLOFARENJİT

### HIZLI ANTİJEN TESTLERİ



**GEÇERSİZ**



# STREPTOKOK TONSİLLOFARENJİTİ

## TANI

### TONSİLLOFARENJİT

BOĞAZ KÜLTÜRÜ

HIZLI ANTİJEN TESTİ

NEGATİF

POZİTİF

NEGATİF

POZİTİF

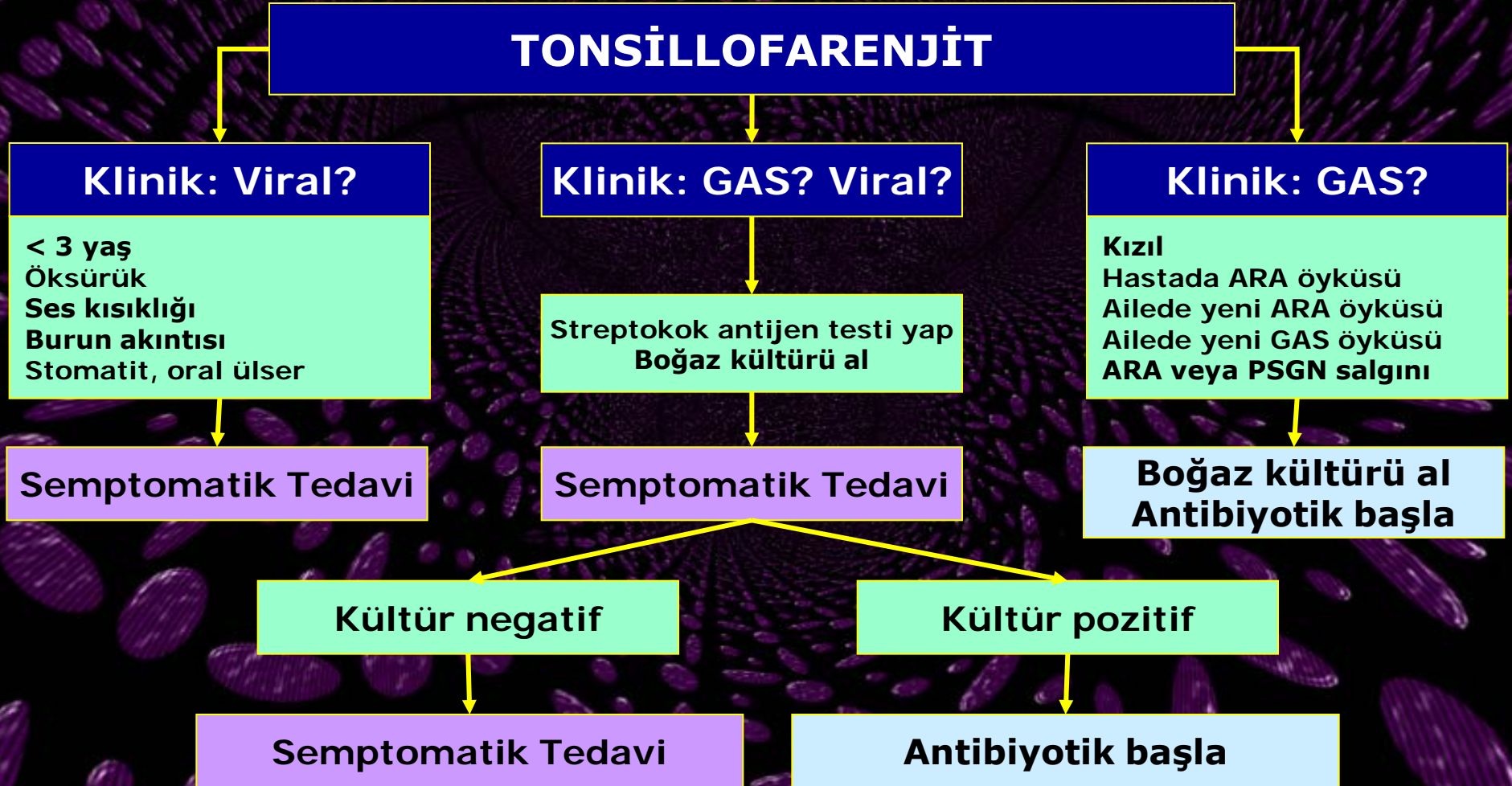
Semptomatik  
tedavi

**ANTİBİYOTİK**

Semptomatik  
tedavi

**ANTİBİYOTİK**

# STREPTOKOK TONSİLLOFARENJİTİ



**Klinik GAS düşündürüyor ve test yapma olanağı yoksa antibiyotik başla**



# STREPTOKOK TONSİLLOFARENJİTİ

## TONSİLLOFARENJİT

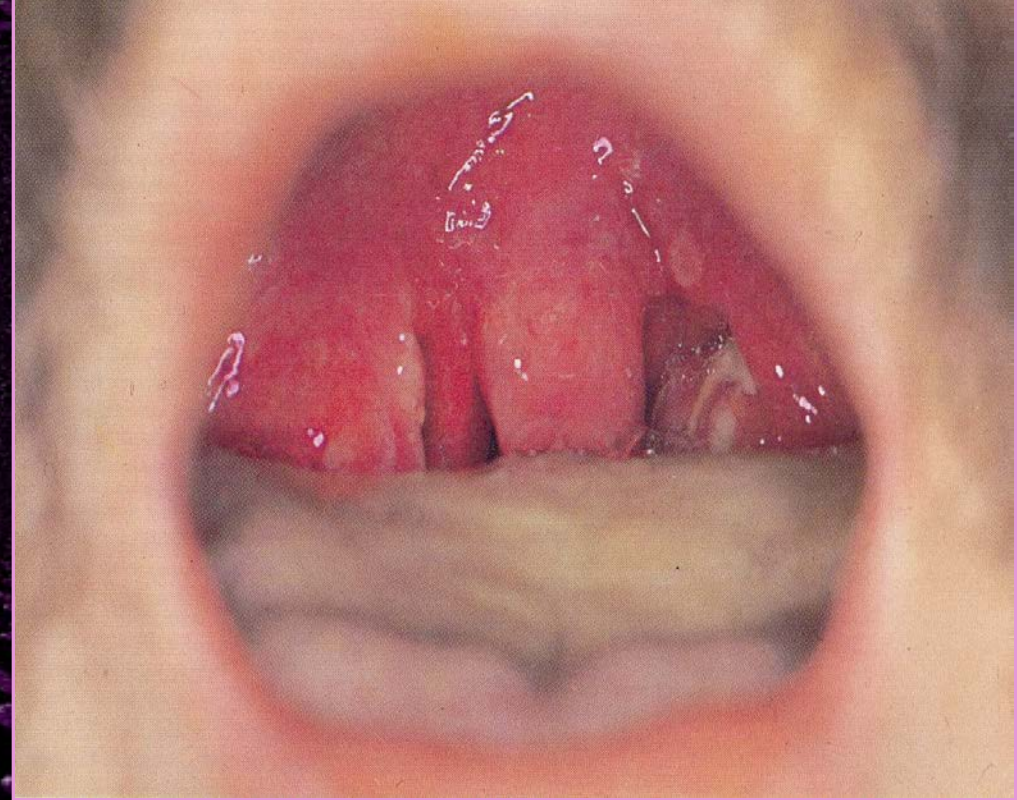
**STREPTOKOKSİK TONSİLLOFARENJİT  
NİÇİN TEDAVİ EDİLMELİDİR?**

**Klinik iyileşmenin sağlanması**

**Enfeksiyonun yayılmasının önlenmesi**

**Komplikasyonların önlenmesi**

## TONSİLLOFARENJİT



# STREPTOKOK TONSİLLOFARENJİTİ

## TONSİLLOFARENJİT

### ERKEN KOMPLİKASYONLAR

Servikal lenfadenit

Peritonsiller apse

Retrofarengeal apse

Akut otitis media

Akut sinüzit

Bronkopnömoni

Menenjit

Beyin apsesi

Septik artrit

Osteomyelit

Endokardit

Sellülit

Nekrotizan fasiit

Bakteriyemi

Streptokoksik toksik şok sendromu

## TONSİLLOFARENJİT

### GEÇ KOMPLİKASYONLAR

Akut romatizmal ateş

Poststreptokoksik glomerülonefrit

Poststreptokoksik reaktif artrit

**PANDAS**

(Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorders  
Associated with Streptococcal Infections)



# STREPTOKOK TONSİLLOFARENJİTİ

## TEDAVİ

<i>Antibiyotik</i>	<i>Doz</i>	<i>Doz sayısı</i>	<i>Veriliş yolu</i>	<i>Süre</i>
<i>Benzatin penisilin G</i>	600 000 Ü ( $\leq 27$ Kg) 1 200 000 Ü ( $> 27$ Kg)	1	IM	Tek doz
<i>Penisilin V</i>	250 mg (400 000 Ü)/doz ( $\leq 27$ Kg) 500 mg (800 000 Ü) /doz ( $> 27$ Kg)	2-3	Oral	10 gün
<i>Amoksisilin</i>	50 mg/kg/doz (en çok 1000 mg/doz) 25 mg/kg/doz (en çok 500 mg/doz)	1 2	Oral	10 gün

# STREPTOKOK TONSİLLOFARENJİTİ

## PENİSİLİN ALLERJİSİ OLANLARDA TEDAVİ

<i>Antibiyotik</i>	<i>Doz</i>	<i>Doz sayısı</i>	<i>Veriliş yolu</i>	<i>Süre</i>
<i>Eritromisin</i>	40 mg/kg/gün	2-4	Oral	10 gün
<i>Klaritromisin</i>	15 mg/kg/gün	2	Oral	10 gün
<i>Azitromisin</i>	12 mg/kg/gün	1	Oral	5 gün



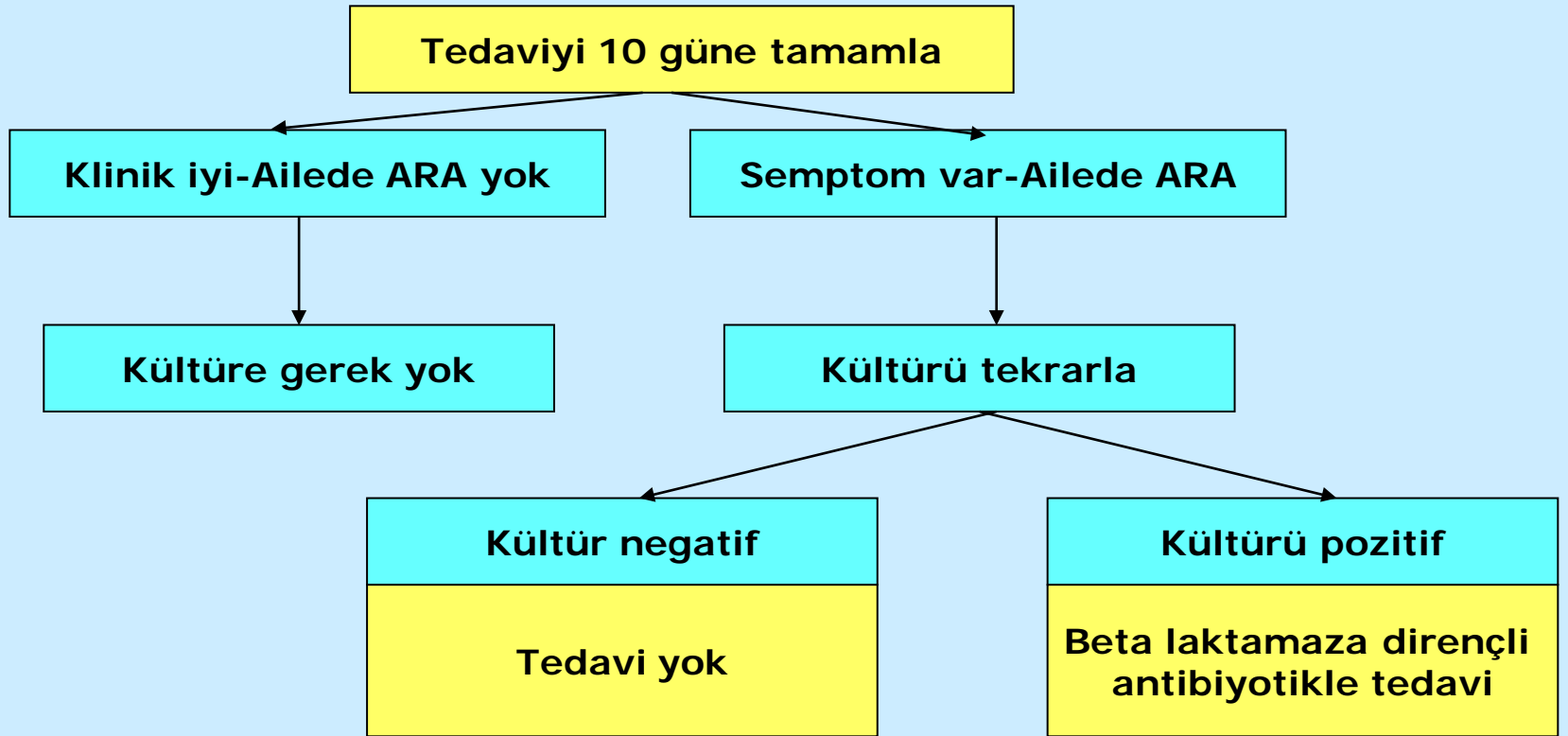
# STREPTOKOK TONSİLLOFARENJİTİ

## PENİSİLİN ALLERJİSİ OLANLARDA TEDAVİ

<i>Antibiyotik</i>	<i>Doz</i>	<i>Doz sayısı</i>	<i>Veriliş yolu</i>	<i>Süre</i>
<i>Sefalekssin</i>	40 mg/kg/gün	2	Oral	10 gün
<i>Sefadroksil</i>	30 mg/kg/gün	1	Oral	10 gün
<i>Klindamisin</i>	21 mg/kg/gün	3	Oral	10 gün

# STREPTOKOK TONSİLLOFARENJİTİ

## TEDAVİ BİTİMİNDE İZLENECEK YOL





# STREPTOKOK TONSİLLOFARENJİTİ

## TONSİLLOFARENJİT

### STREPTOKOK TAŞIYICILIĞI

**Etken üretilmesine karşın klinik bulgu yoktur**

**Bulaştırıcı değildir**

**Nonsüpüratif komplikasyon riski yoktur**

**Streptokokların ekstrasellüler antijenlerine**

**karşı antikor yanıtı oluşmaz**

**Eradikasyonu güçtür**

**Ülkemizde taşıyıcılık oranı ~%10-25'dir**

**Özel koşullar dışında tedavisi gerekmez**

## TONSİLLOFARENJİT

### TAŞIYICILIĞIN ERADİKASYONU GEREKEN DURUMLAR

**Hastada veya ailede ARA öyküsü varsa**

**ARA veya AGN salgınları sırasında**

**Ev içi temas olan kişilerde GAS toksik şok sendromu veya nekrotizan fasiit saptanmışsa**

**Yeterli tedaviye rağmen aile içinde çok sayıda semptomatik GAS farenjiti atakları görülmeye devam ediyorsa**


**Kapalı toplumlarda GAS farenjiti salgını varsa**

**Taşıyıcılık için tonsillektomi düşünülüyorsa**

**Ailede GAS ile ilgili aşırı endişe varsa**

# STREPTOKOK TONSİLLOFARENJİTİ

## TAŞIYICILIĞIN ERADİKASYONU

Antibiyotik	Doz	Doz sayısı	Veriliş yolu	Süre
<i>Klindamisin</i>	20 mg/kg/gün (max 1.2 g)	3-4	Oral	10 gün
<i>Amoksisilin-klavulonat</i>	40-45 mg/kg/gün	2	Oral	10 gün
<i>Benzatin penisilin G</i>	600 000 Ü ( $\leq 27$ Kg) 1 200 000 Ü ( $> 27$ Kg)	1	IM	Tek doz
 <i>Rifampin</i>	20 mg/kg/gün	2	Oral	4 gün
 <i>Penisilin V</i>	250 mg (400 000 Ü)/doz ( $\leq 27$ Kg) 500 mg (800 000 Ü) /doz ( $> 27$ Kg)	2-3	Oral	10 gün



# ÜST SOLUNUM YOLU ENFEKSİYONLARI

## ÜST SOLUNUM YOLU

Larinks

## ÜST SOLUNUM YOLU

Upper respiratory tract

Nasal cavity

Pharynx

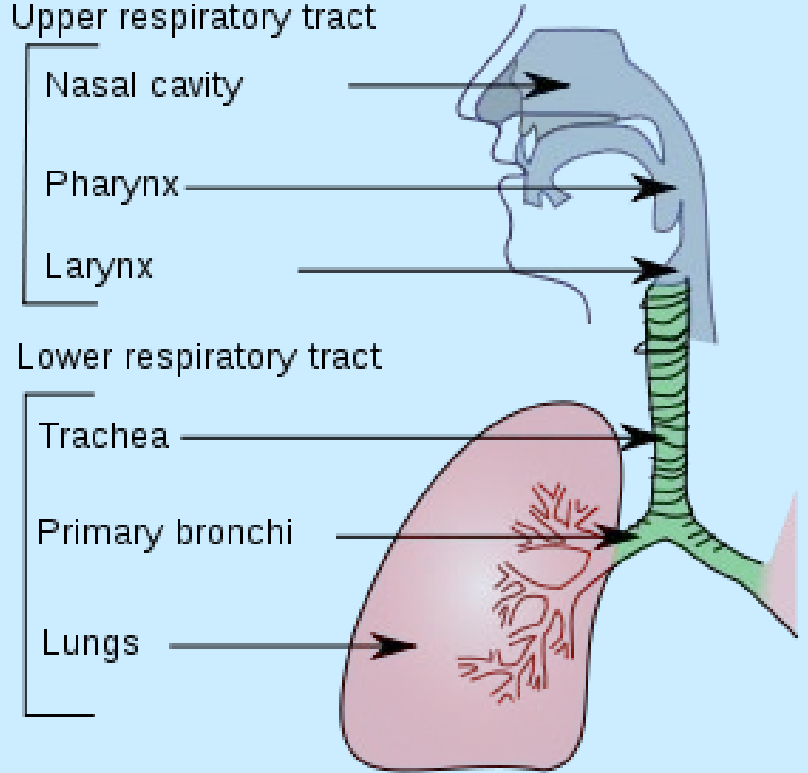
Larynx

Lower respiratory tract

Trachea

Primary bronchi

Lungs



# KRUP

## KRUP

Larenjit

Larengotrakeit

Larengotrakeobronşit

Spazmodik krup

Bakteriyel trakeit (Bakteriel krup)

## KRUP

### ETKENLER

Parainfluenza virüs 1, 2, 3

İnfluenza virüs A, B

Adenovirüs

RSV

Rhinovirüs

Enterovirüs

Kızamık

*M. pneumoniae*

*S. aureus*

*M. catarrhalis*

*H. influenzae* tip b

*S. pyogenes*

*S. pneumoniae*

**Loftis L.**

**Acute infectious upper airway obstructions in children.**

**Semin Pediatr Infect Dis 2006; 17:5-10.**



# KRUP

## KRUP

### SEMPTOM ve BULGULAR

Burun akıntısı, öksürük, hafif ateş

Ses kısıklığı, kabalaşma

Havlama tarzında öksürük

Stridor

Değişik derecelerde solunum sıkıntısı vardır

Hastaların genel görünümleri iyidir

Toksik görünüm yoktur

Geceleri artar, ağlamayla artar

## KRUP



# KRUP

## KRUP

### SEMPTOM ve BULGULAR

Burun akıntısı, öksürük, hafif ateş

Ses kısıklığı, kabalaşma

Havlama tarzında öksürük

Stridor

Değişik derecelerde solunum sıkıntısı vardır

Hastaların genel görünümleri iyidir

Toksik görünüm yoktur

Geceleri artar, ağlamayla artar

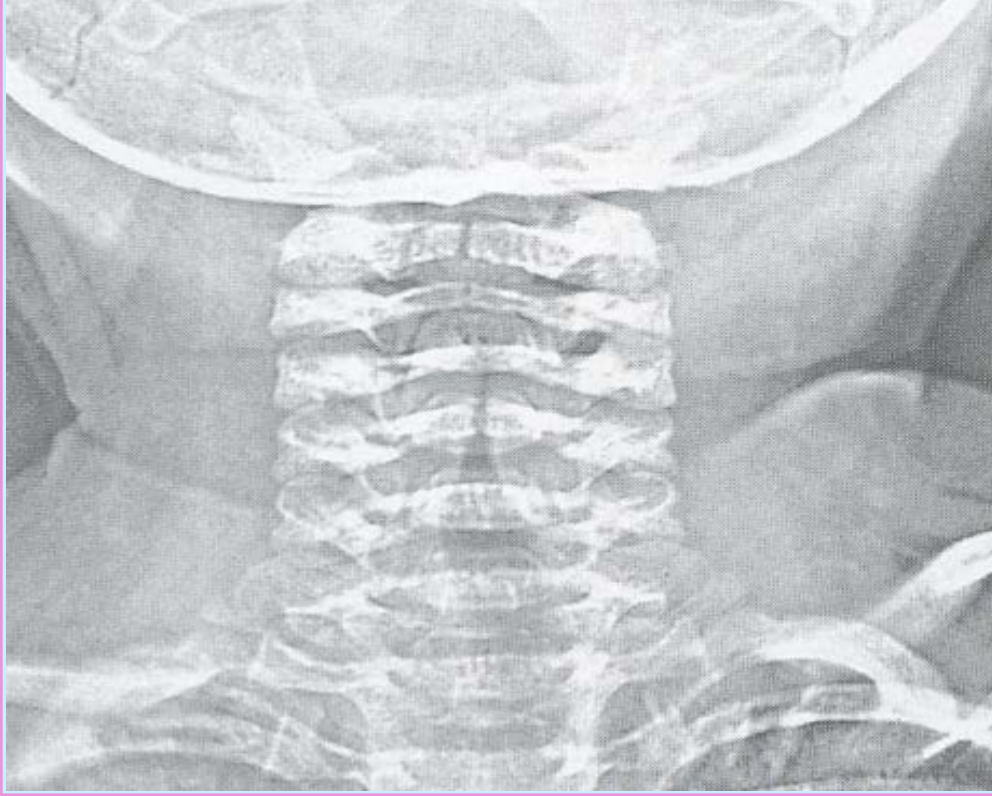
## KRUP



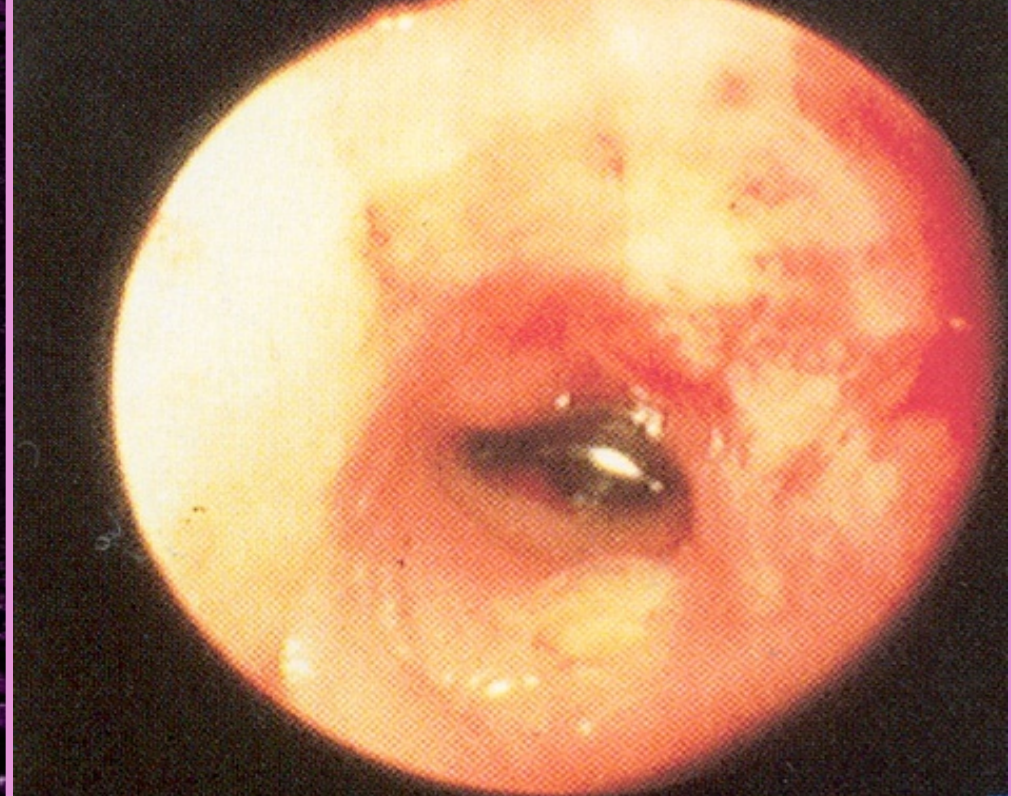


# KRUP

**KRUP**



**KRUP**





# KRUP

## KRUP

### TEDAVİ

### OKSİJEN

### SOĞUK BUHAR TEDAVİSİ

### SİSTEMİK STEROİD

Deksametazon 0.15-0.6 mg/kg/gün, oral tek doz  
Deksametazon 0.6 mg/kg/doz, IV/IM 6 saatte bir

### İNHALE STEROİD

Budesonid 2 mg/doz, günde tek doz

### İNHALE ADRENALİN

## KRUP





# KRUP

## KRUP

### **TEDAVİ** **İNHALE ADRENALİN**

### **TEDAVİ KRİTERLERİ**

**İstirahat halinde orta-ağır stridor**  
**Entübasyon olasılığı görünmesi**  
**Solunum sıkıntısı**  
**Hipoksi**

**L – ADRENALİN 1:1000**  
**0.5 mL/kg, maksimum 5 mL = 5 mg**  
**Nebülizatör ile**

**Taşikardi, Fallot, ventikül çıkış obstrüksiyonu**  
**varlığında dikkatli olunmalı**

## KRUP

### **EVE GÖNDERME KRİTERLERİ**

**Adrenalinden sonra 2-3 saat gözlenmiş**  
**İstirahat halinde stridor yok**  
**Akciğere hava girişi normal**  
**Pulse oksimetri normal sonuç veriyor**  
**Hastanın bilinci normal**  
**Hastaya steroid yapılmış**

### **ANTİBİYOTİK TEDAVİSİ GEREKSİZ**

**HELIOX**

# KRUP

## KRUP

KATEGORİ	SKOR
<b>Bilinç Düzeyi</b>	
Normal	0
Disoryantasyon	5
<b>Siyanoz</b>	
Yok	0
Ajitasyonda var	4
İstirahatte var	5
<b>Stridor</b>	
Yok	0
Ajitasyonda var	1
İstirahatte var	2
<b>Hava girişi</b>	
Normal	0
Azalmış	1
Belirgin azalmış	2
<b>Retraksiyon</b>	
Yok	0
Hafif	1
Orta	2
Şiddetli	3

KATEGORİ	SKOR	TEDAVİ
<b>HAFİF</b>	<b>0-2</b>	Budesonid veya deksametazon tek doz <b>Yaş &gt;6 ay ise eve gönderilebilir</b> <b>Evde soğuk buhar</b>
<b>ORTA</b>	<b>3-5</b>	Deksametazon <b>Soğuk nemlendirilmiş oksijen</b> <b>Çocuğun sakinleştirilmesi</b> <b>Altı saat sonra hafif skorda ise eve gönder</b>
<b>ŞİDDETLİ</b>	<b>6-11</b>	Deksametazon <b>Soğuk nemlendirilmiş oksijen</b> <b>Çocuğun sakinleştirilmesi</b> Adrenalin 5 mg <b>Tedaviye yanıt var</b> Orta skora inerse acil serviste gözlenebilir Gerekirse adrenalin ve deksametazon yinelenabilir <b>Tedaviye yanıt yoksa YBÜ yatırılır</b>
<b>AKUT HAYATİ TEHLİKE</b>	<b>12-17</b>	YBÜ Entubasyon Trakeostomi



# EPIGLOTTİT

## EPIGLOTTİT

### ETKENLER

*Haemophilus influenzae* tip b

*Streptococcus pyogenes*

*Streptococcus pneumoniae*

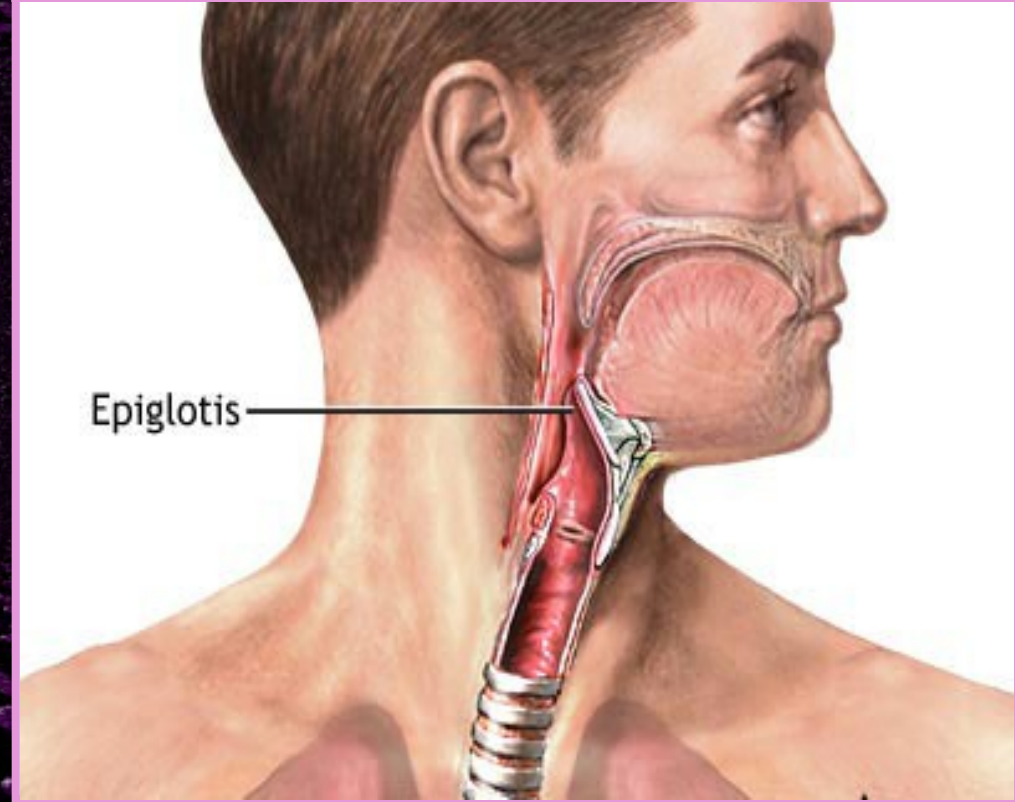
*Staphylococcus aureus*

*Moraxella catarrhalis*

Gram negatif basiller

Virüsler

## EPIGLOTTİT



# EPİGLOTTİT

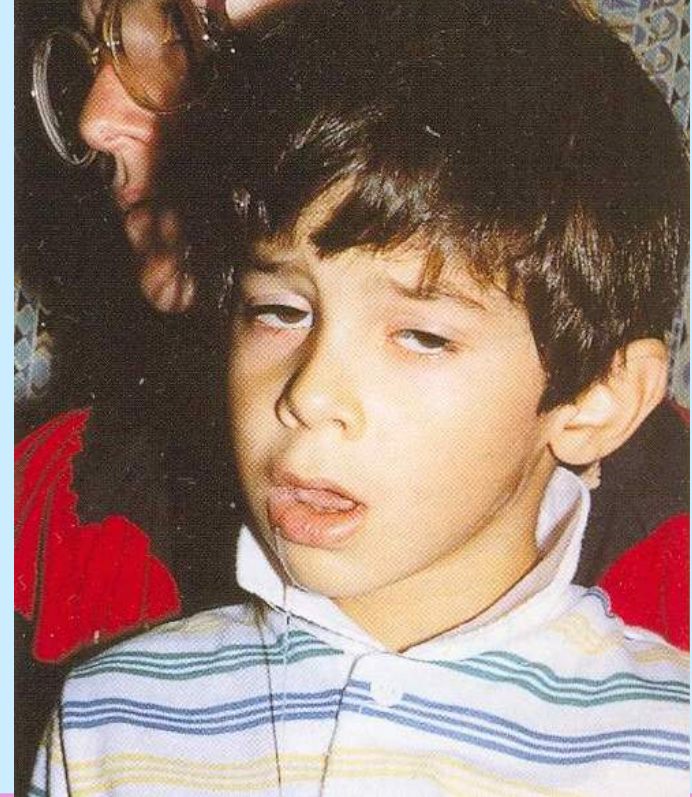
## EPİGLOTTİT

Ani yükselen ateş, boğaz ağrısı  
Saatler içinde toksik görünüm, yutma  
güçlüğü, solunum sıkıntısı ortaya çıkar  
Ağızdan tükürük akmaya başlar  
Korku, endişe, hava açlığı  
Sırt üstü yatamaz hale gelir, oturur durumda  
özel bir pozisyon alır  
Bilinç bozular  
Siyanoz  
Koma

**3D TRİADI: Drooling, Disphagia, Distress**

Stridor, seste boğuklaşma geç bulgudur  
Öksürük yoktur veya çok az boğuk bir  
öksürük vardır

## EPİGLOTTİT





# EPİGLOTTİT

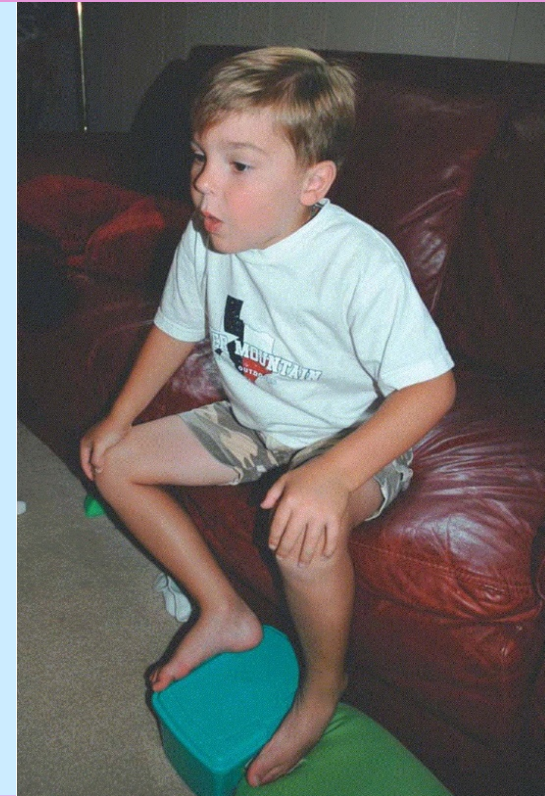
## EPİGLOTTİT

Ani yükselen ateş, boğaz ağrısı  
Saatler içinde toksik görünüm, yutma  
güçlüğü, solunum sıkıntısı ortaya çıkar  
Ağızdan tükürük akmaya başlar  
Korku, endişe, hava açlığı  
Sırt üstü yatamaz hale gelir, oturur durumda  
özel bir pozisyon alır  
Bilinç bozular  
Siyanoz  
Koma

**3D TRİADI: Drooling, Disphagia, Distress**

Stridor, seste boğuklaşma geç bulgudur  
Öksürük yoktur veya çok az boğuk bir  
öksürük vardır

## EPİGLOTTİT



# EPİGLOTTİT

## EPİGLOTTİT

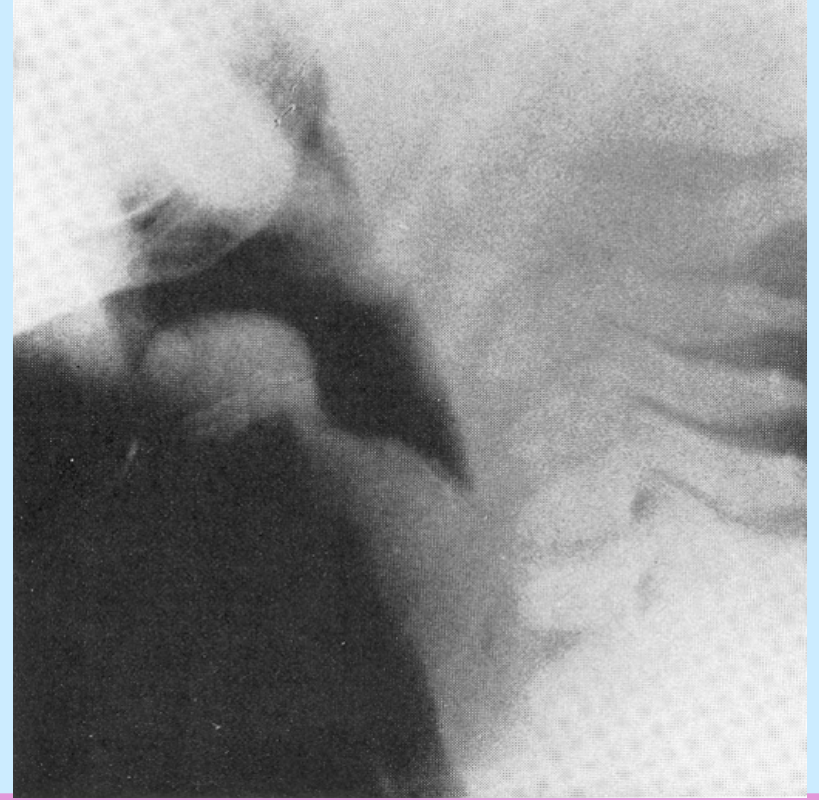
Hasta derhal entubasyon/trakeostomi için yoğun bakım/ameliyathaneye alınmalıdır  
Laringoskopik muayene yapılır  
Tanı doğrulanırsa solunum sıkıntısından bağımsız olarak nazotrakeal entubasyon veya trakeotomi uygulanır

Epiglotit olasılığı düşük görünen hastalara laringoskopi öncesi lateral boyun grafisi çekilebilir

### KAÇINILMASI GEREKEN DURUMLAR

- Kan almak
- Damar yolu açmak
- Çocuğu sırt üstü yatırmak
- Orofarenks muayenesi yapmaya çalışmak

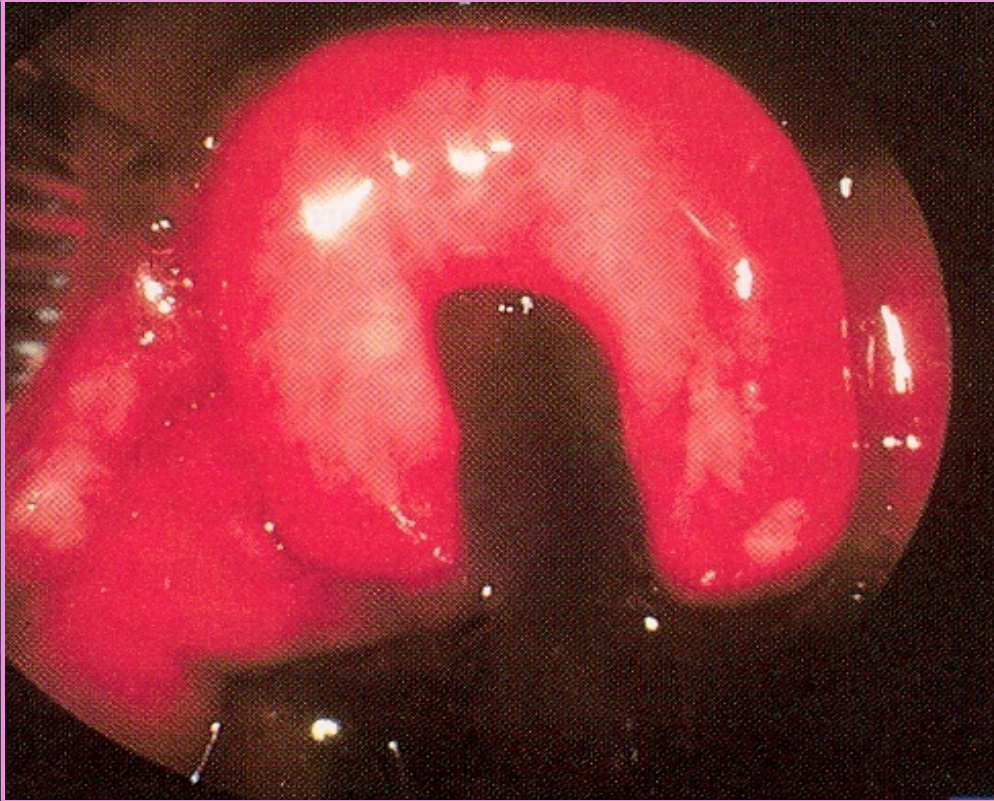
## EPİGLOTTİT



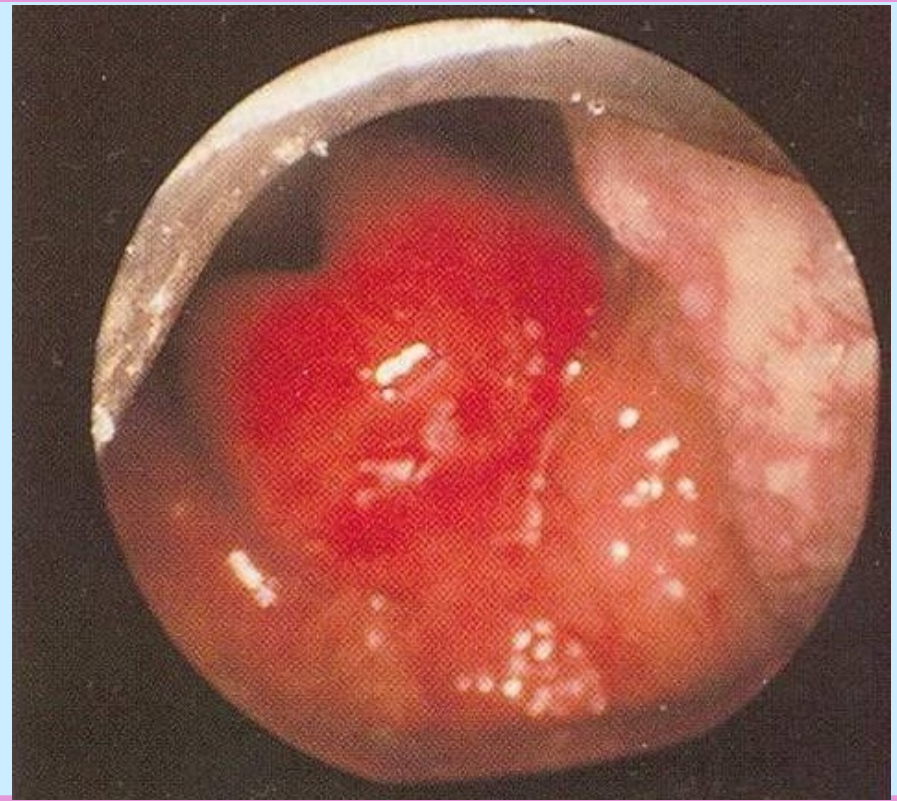


# EPIGLOTTİT

**EPIGLOTTİT**



**EPIGLOTTİT**





# EPİGLOTTİT

## EPİGLOTTİT

### TANI

Klinik bulgular

Radyolojik bulgular

Larengoskopi (Kesin tanı)

Etken izolasyonu

Epiglot sürüntü kültürü

Kan kültürü

BOS kültürü

## EPİGLOTTİT

### AMPİRİK ANTİBİYOTİK TEDAVİSİ

Seftriakson

Sefotaksim

Meropenem

Tedavi 7-10 gün sürdürülür.

### ENTUBASYON

Genelde 2-3 gün entubasyon yeterlidir.

Ekstubasyon kararı epiglotun laringoskopik görünümüne bakılarak kararlaştırılabilir.