

# AKUT ÜST SOLUNUM YOLU ENFEKSİYONLARI

---

DR. CEYHUN YURTSEVER  
KTÜ TIP FAKÜLTESİ AİLE HEKİMLİĞİ ABD  
17.03.2015

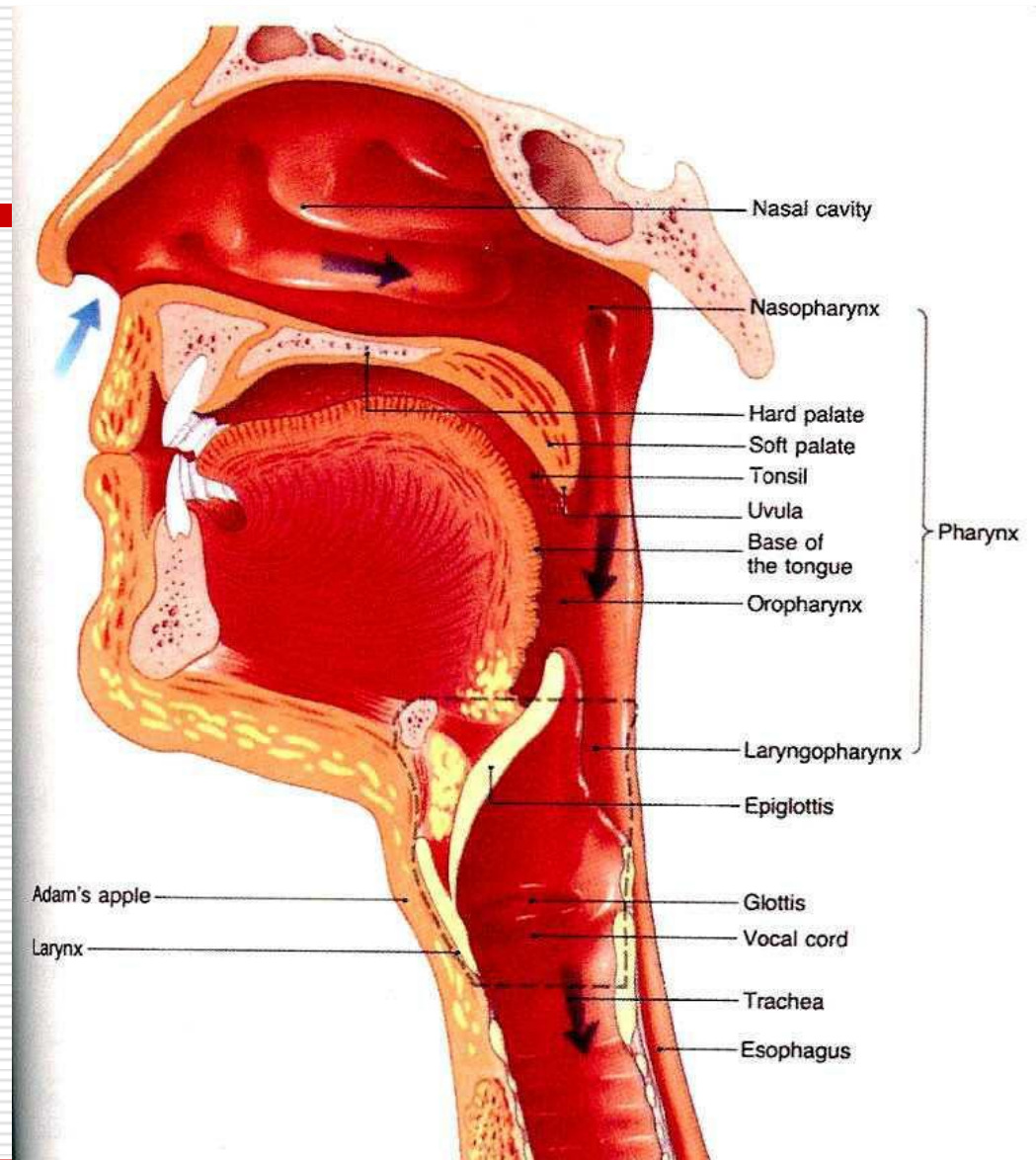
# Plan

---

- ÜS YE nedir?
  - Viral Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu
  - Tonsillofarenjit
  - Akut Otitis Media
  - Rinosinüzit
-

# Üst solunum yolları deyince!

- Burun
- Para nazal sinüsler
- Orta kulak
- Nazofarenks
- Orofarenks
- Larenks
- Adenoid ve tonsillalar



- 
- Birinci basamakta solunum sistemiyle ilişkili en sık konulan tanı üst solunum yolu enfeksiyonudur.
  - ÜSYE şemsiye bir tanıdır ve farklı etkenlerle oluşmasına karşın klinikleri benzer hastalık tablolarını içerir.
-

- 
- ❑ Enfeksiyon etkeni çoğunlukla virüslerdir.
  - ❑ Ancak etken viralde olsa, kişinin günlük aktivitelerinde kısıtlanmaya, iş ve okul devamsızlıklarına neden olmaktadır.
  - ❑ Soğuk algınlığında antibiyotik(AB) tedavinin yeri olmamasına karşın özellikle ateşin yükseldiği ve öksürüğün bulunduğu durumlarda hekimler AB yazma hastalarsa AB isteme eğilimindedir.
-

# ÜSYE EFSANELERİ

---

- ❑ Cereyanda kalmışızdır.
  - ❑ Yeşil veya koyu renkli burun akıntısı antibiyotik gerektirir.
  - ❑ Sıkı giyinmezseniz soğuk alırsınız.
  - ❑ Tedavi edilmezse zatürree oluruz.
  - ❑ Kimseyi öpmeyelim, el sıkmak yeter.
  - ❑ Soğuk algınlığında ciğerlerimizi üşütmüşüzdür.
-

# Akut Üst Solunum Yolu Enfeksiyonları

---

- ❑ Viral Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu
- ❑ Tonsillofarenjit
- ❑ Rinosinüzit
- ❑ Akut Otitis Media



# VİRAL ÜSYE

---





# Viral ÜS YE

---

- ❑ Soğuk algınlığı
  - ❑ Grip (Influenza)
  - ❑ Viral rinofarenjit
-

# Viral ÜSYYE

---



- ❑ Virüslerin neden olduğu 'hafif' seyirli bir hastalıktır.
  - ❑ En sık görülen akut solunum yolu enfeksiyonudur.
  - ❑ Çocuklar yılda genellikle 3-8 kez, erişkinler 2-5 defa soğuk algınlığı geçirebilir.
  - ❑ Kreş ve okula giden çocuklarda özellikle kreşin ilk yıllarında daha sık görülür.
  - ❑ Kötü havalandırma, güneş ışınlarının az oluşu, toplu yaşam gibi faktörler soğuk algınlığı gelişmesini kolaylaştırır.
  - ❑ Soğuk havanın viral ÜSYYE nedeni mi?
-

# Bulaşma yolları

---

- Damlacık yolu (İnfluenza bulaşında sık)
  - Ellerle bulaş
    - Kirli ellerle direkt temas ya da kontamine yüzeylere el teması
  - Küçük aerosoller (RSV bulaşında önemli)
  - İnkübasyon süresi: 24-72 saat
-

# Belirtiler

---

- burun akıntısı
    - Sıklıkla kalın, opak ya da renkli bir akıntı da bulunabilir. Bu tablo enfeksiyonun bakteriyel olduğunu göstermez.
  - boğaz ağrısı
  - öksürük(geç başlar)
  - ateş
  - baş ağrısı
  - kırgınlık hissi
  - burunda kızarıklık, hassasiyet ve kabuklanma
-

# Çocuklarda klinik

---

- Küçük çocuklarda
    - ateş, huzursuzluk ve hapşırma şeklinde başlar,
    - sonra burun akıntısı,
    - daha sonra da genellikle burun tıkanıklığı olur.
  - Küçük bebekler burun solunumu yaptıklarından burun tıkanıklığı nedeniyle beslenmeleri zorlaşır, hatta solunum sıkıntısı ortaya çıkabilir.
-

- 
- 3-7 gün içerisinde iyileşme görülür, nadiren iki haftaya (influenza olabilir) kadar uzayabilir.
  - Çocuklarda ateş birkaç saatte kaybolabilir ya da üç gün kadar da sürebilir.
  - Eğer üç günden sonra ateş yine ortaya çıkmışsa otitis media gibi komplikasyonlar araştırılmalıdır.
-

# EN ÇOK GRIPLE KARIŞIR

	SOĞUK ALGINLIĞI	GRİP
Ateş	nadir	38-39°
Baş ağrısı	nadir	sürekli
Genel ağrı ve sızı	az	genellikle
Yorgunluk	hafif	2-3 hafta
Tıkalı burun	genellikle	bazen
Hapşırma	genellikle	bazen
Boğaz Ağrısı	genellikle	bazen
Öksürük	nadir	genellikle
Komplikasyonları	sinüzit ve kulak ağrısı	bronşit, zatürree
Engellemek	hiç bir şey yapılamaz	Aşılama ve anti viral ilaçlar

# Tedavi

---

- ❑ Antibiyotiklerin yeri yoktur, ikincil bakteri enfeksiyonlarını önleme amaçlı kullanılmaz.
  - ❑ Semptomatik tedavi
  - ❑ Ateşli dönemde yatak istirahati
  - ❑ Parasetamol (Reye sendromu riski nedeniyle asetilsalisilat kullanılmamalı)
  - ❑ Ödem çözücüler ve öksürük şurupları semptomları hafifletebilir. Ancak hastalığı önlemez, tedavi etmez, hastalık süresini kısaltmaz.
-





# Tedavi

---

- C vit, virüs nedenli ÜSYE gidiş ve süresini etkilemez ancak destek amaçlı kullanımında sakınca yoktur.
  - Çinko: Semptomların başlangıcından itibaren 24 saat içinde uygulanan çinko, sağlıklı insanlarda soğuk algınlığı semptomlarının süresini azaltır. Proflaktik olarak kullanılması yönünde çalışılma yok.
  - Sarımsak: Tek bir çalışmada soğuk algınlığının oluşmasını engellediği görülmüş.
-

# Korunma

---



# Korunma

---



# Korunma

---

- ❑ Gripli kişilerden yaklaşık 2 m uzak durulmalı
- ❑ Gripli kişiyle temas mümkün olduğunca kısa tutulmalı
- ❑ Hasta kişi maske takmalı, ellerini yıkamalı
- ❑ Yüksek risk grubunda olan kişiler gripli hasta ile temastan kaçınmalı eğer bu mümkün değilse maske kullanılmalı



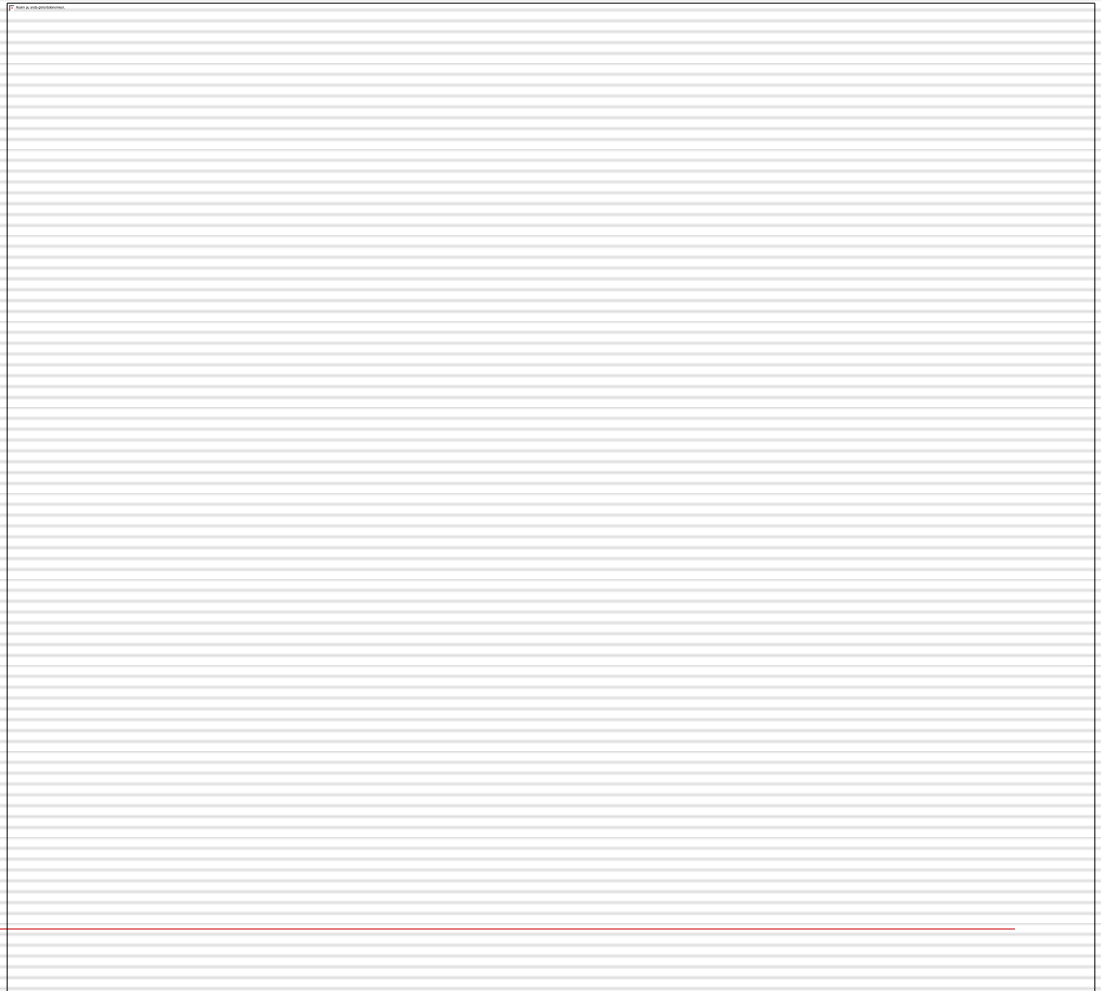
# İzlem

---

- ❑ İmmun Yetmezlikliler
  - ❑ Akciğer, Kalp ve Metabolik hastalığı (DM, obezite gibi) olanlar
  - ❑ 65 yaşın üzerindekiiler
  - ❑ 5 yaşın altındakiler (özellikle < 2 yaş çocuklar)
  - ❑ 19 yaşından genç olup uzun süreli aspirin kullanan kişiler
  - ❑ Gebeler
-

# TONSILLOFARENJIT

---





# Tonsillofarenjit

---

- Değişik mikroorganizmaların yol açtığı, akut inflamasyonla seyreden, farinksi ve tonsillaları etkileyen üst solunum yolu hastalığıdır.
  - Toplu yaşam yerlerinde (kışla, okul, kreş)
  - Sosyoekonomik düzeyi düşük toplumlarda sık
  - Sıklıkla kış ve ilkbahar aylarında görülür.
-

# Etken

---

- ❑ Etken erişkinde % 90 çocukta ise % 60-75 viraldir.
  - ❑ Viral değilse hemen hepsinde etken A grubu beta hemolitik streptokok(AGBHS)tur ve en sık 5-15 yaşındaki çocuklarda görülür.
  - ❑ İki yaş altında maternal antikörlerin koruması ve AGBHS'un mukozaya yapışmasında yetersizlik nedeniyle nadirdir ve neden viruslardır.
-



# Bulaş

---

- ❑ AGBHS'lar sıklıkla hava yolu ve yakın temasla bulaşabildiği gibi, deri lezyonlarından da bulaşabilir.
  - ❑ C ve G grubu beta hemolitik streptokoklar, besin kaynaklı farenjit salgınlarına neden olabilmektedir.
  - ❑ İnkübasyon süresi 2-4 gün
-

# klirik

---

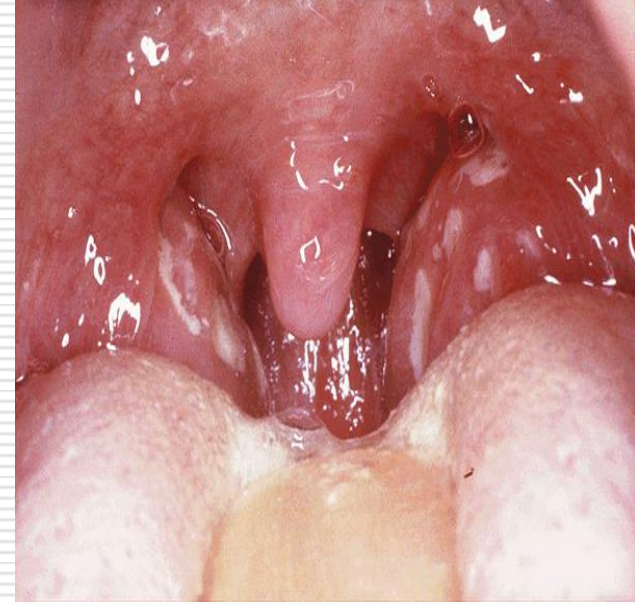
- ❑ Ani başlayan ateş,
- ❑ yutkunma ile boğaz ağrısı,
- ❑ bulantı, kusma,
- ❑ baş ağrısı başlıca semptomlardır.



# FM



- ❑ Fizik muayene; faringeal eritem, tonsillalarda hipertrofi ve pürülan eksuda görülür.
- ❑ Anterior servikal lenf nodları büyümüş ve hassastır.
- ❑ Yumuşak damakta peteşiler görülebilir.



FM

---



Yumuşak damakta peteşiler

servikal LAP

---

# Dikkat!

---

- ❑ Hastalarda nadiren yutkunmada aşırı zorlanma, tükürüğünü yutamama ve konuşamama şikayetleri görülebilir.
  - ❑ Böyle durumlarda peritonsiller apse, derin boyun enfeksiyonu, epiglottit ve Ludwig's anjini gibi klinik tabloları akla getirmek gerekir.
  - ❑ Tonsillalarda asimetri varsa veya uvulada bir yöne deviasyon mevcutsa, peritonsiller apse öncelikle düşünülmelidir.
-

# Ayırıcı tanı

---

- Tonsillalar üzerinde kript ve eksudasyon AGBHS enfeksiyonu dışında, EBV, HSV, Adenovirus, Candida ve HIV enfeksiyonlarında da görülebilir.
  - Ülseratif lezyonlar HSV, herpangina ve enteroviral enfeksiyonlarda sıktır.
  - Yumuşak damakta peteşi AGBHS, EBV, kızamık ve kızamıkçıkta görülür.
-



# Ayırıcı tanı

---

- İnfeksiyöz Mononükleoz
  - Ağrısız LAP
  - Splenomegali
  - Makülopapüler döküntü
- Difteri
  - Kaldırınca kanayan gri-yeşil membran varlığında



# Ayırıcı tanı

---

- ❑ İnfeksiyon dışı tonsillofarenjitin en sık nedeni farinksin alerjik inflamasyonudur.
  - ❑ Hastalarda mevsimsel veya çevresel alerjenlere karşı boğaz ağrısı şikayetleri görülebilir.
  - ❑ Sigara içmek veya pasif sigara içiciliği, non-infeksiyöz farenjit nedeni olabilir.
  - ❑ Yine kış aylarında ev veya iş yerlerinin yetersiz havalandırılması da bu şikayetlere yol açabilir.
-



# Viral düşün!

---

- Öksürük
  - Ses kısıklığı ve rinit
  - Konjonktivit
  - Kırıklık, halsizlik, iştahsızlık
  - Hafif ateş
  - Anterior stomatit
  - İshal
  - Laringeal tutulum
-

# Tanı – Centor kriterleri

Boğaz ağrısı ile gelen hastada	
Ateş öyküsü (>38° C)	1 puan
Ağrılı ve hassas ön servikal lenfadenopati	1 puan
Tonsillalar üzerinde eksuda/hiperemi bulunması	1 puan
Burun tıkanıklığı/akıntısı, hapşırma, ses değişikliği, öksürük, konjonktivit bulunmaması	1 puan
Yaş	
3-14	1 puan
45 üstü	-1 puan

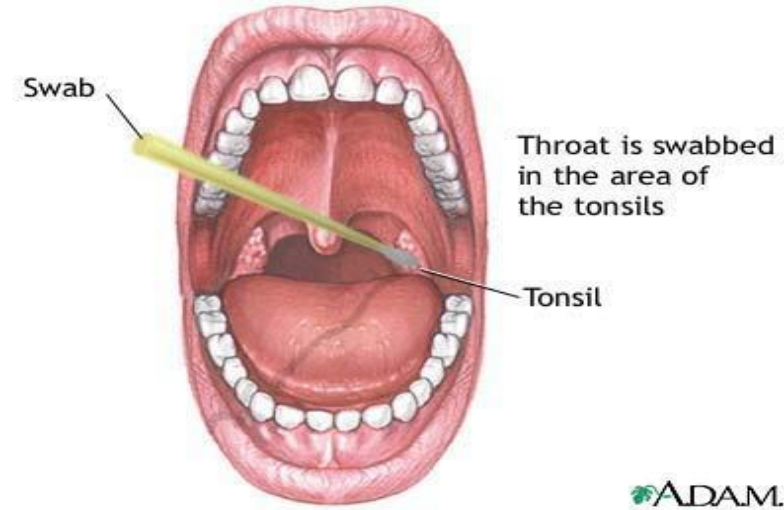
Boğaz kültürü ile karşılaştırıldığında %75 sensitivite, %75 spesifite

# Tanı – Centor kriterleri

Skor	AGBHS riski	Yaklaşım
0	% 1-2.5	Semptomatik tedavi
1	% 5-10	
2	% 11-17	Boğaz kültürü veya hızlı antijen testi sonucuna göre antibiyotik tedavi
3	% 28-35	
4	% 51-53	Ampirik antibiyotik tedavi Boğaz kültürü veya hızlı antijen testi negatif çıkarsa tedaviyi sonlandır.

# Tanı – Boğaz kültürü

- AGBHS tonsillit tanısında altın standart boğaz kültürüdür.
- Duyarlılık: %90-95
- Teknik: Sürüntü her iki tonsilla yüzeyi ile farinksten alınmalıdır. Ağızdaki diğer bölgelere işlem öncesi ve sonrası dokunulmaktan kaçınılmalıdır.



- 
- Hasta kültür sırasında antibiyotik alıyorsa, yalancı-negatif sonuçlar beklenmelidir.
  - Boğaz kültüründe antibiyogramın yararı yoktur çünkü AGBHS'da penisiline direnç yoktur.
-

# Tanı – Hızlı Tanı Testleri

---

- ❑ Duyarlılığı % 76–87, özgüllüğü% 92-100
  - ❑ Duyarlılığı düşük olduğundan kültürün yerini alamaz.
  - ❑ Test (+) ise, AGBHS tonsillofarenjiti kabul edilerek tedavi edilebilir.
  - ❑ Yetişkinlerde AGBHS tonsillit olasılığı ve buna bağlı sekellerin seyrek olması nedeniyle, (-) hızlı tanı testi AGBHS'ü ekarte etmek için yeterli.
-

# Komplikasyonlar

---

- Süpüratif komplikasyonlar
    - retrofarengeal, peritonsiller abse
    - süpüratif lenfadenit
    - erizipel veya piyodermi.
    - sinüzit, otit, mastoidit, septik artrit, osteomyelit, kavernöz sinus trombozu ve bakteriyemi
    - rekürren tonsillofarenjit
    - streptokokal toksik şok sendromu
  - Non-süpüratif komplikasyonlar
    - Akut romatizmal ateş,
    - Akut post streptokokal glomerulonefrit.
-

# Tedavi

---

- GAS infeksiyonu tedavisindeki amaçlar;
    - Akut romatizmal ateşi önleme
      - Tedaviye 9 gün içerisinde başlanması ARA yı önler
    - Süpüratif komplikasyonları önleme,
    - Klinik bulgu ve belirtilerin iyileşmesi
    - Etkenin hastanın yakın temaslılarına geçişini önleme
    - Uygunsuz antimikrobiyal tedavinin olası istenmeyen etkilerini minimize etme
-



# Antibiyotik tedavi

---

- ❑ AGBHS tonsilla ve boğaz enfeksiyonu tedavisinde ilk seçenek antibiyotik penisilinlerdir.
  - ❑ Öncelikle, 10 gün süreli ağızdan penisilinle tedavi yeğlenmelidir.
  - ❑ Ağızdan tedaviye uyum sorunu, hastada ya da ailesinde romatizmal kalp hastalığı varsa kas içine tek doz benzatin penisilin verilmelidir.
  - ❑ Penisilin alerjisi varsa eritromisin
-

---

<b>İlaç</b>	<b>Günlük doz- çocuk</b>	<b>Günlük doz- yetişkin</b>
Penisilin V	50-100ıu mg kg	500 mg x 3-4
Benzatin penisilin	600000 ünite	1200000 ünite
Amoksisilin	20-45 mg/kg (max 1 gr)	250-500 mg x 3
Eritromisin	40 mg/kg (2-4 dozda) (max 1 gr)	500 mg x 2-4
Klindamisin	20 mg/kg (3 dozda) (max 1,8 gr)	

---

<b>Penisilin V</b>	<b>1 ölçek</b>	<b>Fiyat</b>
Pen-os 750 80 Ml Şurup	750.000 IU	10,25 TL
Pen-os 400 80 Ml Şurup	400.000 IU	6,81 TL
Penoksil 5 cc. Şurup	400.000 IU	
Cliacil		
Tablet formlar: Pen-os		

### **Benzatin penisilin**

Benzapen-la 1,2/2,4 Iu 1 Flakon

Penadur-la 1,2/2,4 Miu 1 Flakon

Deposilin 1,2/2,4 Iu 1 Flakon

<b>Amoksasilin</b>	<b>1 ölçek</b>	<b>Fiyat</b>
Largopen 125 mg/ 5 ml 80 ml şişe/kutu	125 mg	3,29 TL
Largopen 250 mg/ 5 ml 80 ml şişe/kutu	250 mg	2,91 TL
Largopen-bid 200 Mg 100 Ml Süspansiyon	200 mg	5,19 TL
Largopen-bid 400 Mg 100 Ml Süspansiyon	400 mg	6,53 TL
Tablet formlar: Alfoxil, amoksina, amoxicil, largopen		

## **Amoksisilin ve Klavulanik Asit**

Tablet formlar: Amoklavın, Amoksilav BID, Augmentin, Bioment BID, Croxilex BID, Klamoks BID, Klavunat

<b>Eritromisin</b>	<b>1 ölçek</b>	<b>Fiyat</b>
Erythrocin 200 Mg 100 Ml Süspansiyon	200 mg	8,97 TL
Erythrocin 100 Mg 100 Ml Süspansiyon	100 mg	5,54 TL

---

# Semptomatik tedavi

---

## □ Parasetamol

- Çocukta 10 mg/kg/doz gerekirse 4-6 saat arayla tekrarlanır(en çok 60 mg/kg/gün)
- Erişkinde en çok 4 gr/gün.

## □ İbuprofen

- 10 mg/kg doz gerekirse 4-6 saat arayla tekrarlanır(en çok 60 mg/kg/gün)
-

<b>Parasetamol</b>	<b>1 ölçek</b>	<b>Fiyat</b>
Calpol 120 Mg 150 MI Süspansiyon	120 mg	3,09 TL
Calpol-6 Plus 250 Mg/5 MI 150 MI Şurup	250 mg	4,45 TL
Parol 120 Mg/5 MI 150 MI Oral Süspansiyon	120 mg	2,63 TL
Parol 250 Mg/5 MI 150 MI Plus Süspansiyon	250 mg	3,88 TL
Tamol Plus 250 Mg/5 MI 150 MI Süspansiyon	250 mg	4,41 TL
Vermidon Ped.5 MI 160 Mg 120 MI Şurup	160 mg	3,29 TL
Minoset 150mg/5 MI 100 MI Pediatrik Şurup	150 mg	2,88 TL
Tablet formlar: Parol, Calpol, Minoset, A-ferin, Benical ...		

<b>İbuprofen</b>	<b>1 ölçek</b>	<b>Fiyat</b>
Dolven Pediyatrik 120 MI Şurup	100 mg	2,54 TL
Pedifen 100 Mg 100 MI Şurup	100 mg	2,41 TL
İbufen Pediyatrik Şurup 1 ölçek	100 mg	2,35 TL
Tablet formlar: Dolven, Dolorin, droflu, nurofen ...		

# Sevk kriterleri

---

- ❑ Retrofaringeal/peritonsiller abse
- ❑ Tedaviye yanıtızsızlık
- ❑ 48-72 saat içerisinde ateşin düşmemesi ve belirtilerin sürmesi



# AGBHS taşıyıcılığı

---

- ❑ AGBHS tonsillitini, AGBHS taşıyıcısında ortaya çıkan viral enfeksiyondan ayırmak güç.
  - ❑ Tonsilla büyüklüğü taşıyıcılıkta risk faktörü değil.
  - ❑ Romatizmal ateş riski artmaz.
  - ❑ Süpüratif komplikasyon riski artmaz.
  - ❑ Bulaşma riski son derece düşük.
-



# AGBHS taşıyıcısında (endike ise) antibakteriyel tedavi

---

- ARA geçiren ve penisilin proflaksisi uygulanan hastaların aile bireyleri taşıyıcılık açısından araştırılabilir ve kültürde AGBHS saptanan kişilerin tedavisi önerilir.
  - İlk seçenek: Klindamisin
    - Çocuk: 20 mg/kg/gün, 3 dozda, 10 gün
    - Yetişkin: 600 mg, 3 dozda, 10 gün
  - Alternatif ilaçlar:
    - Amoksisillin/klavulanat: 80-100 mg/kg, 2-3 dozda, 10 gün
    - Rifampin: 10 mg/kg, 2 dozda, 4 gün + Benzatin penisilin (Kombinasyon)
-

# Tonsillektomi endikasyonları

---

## □ Kesin endikasyonlar

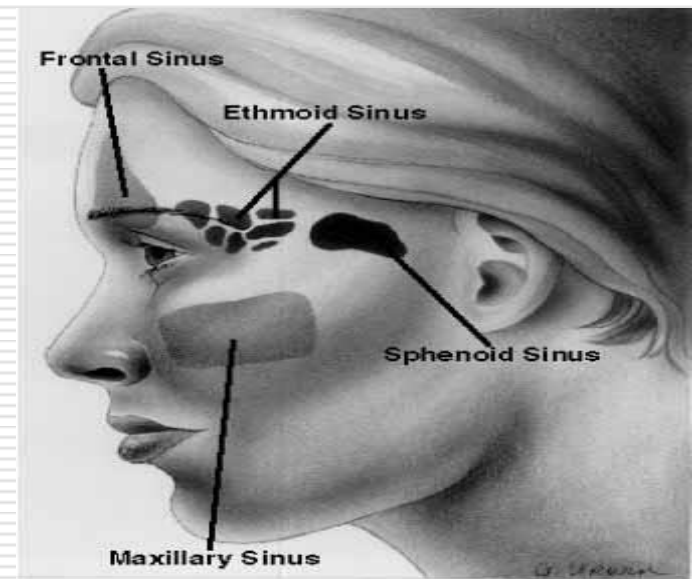
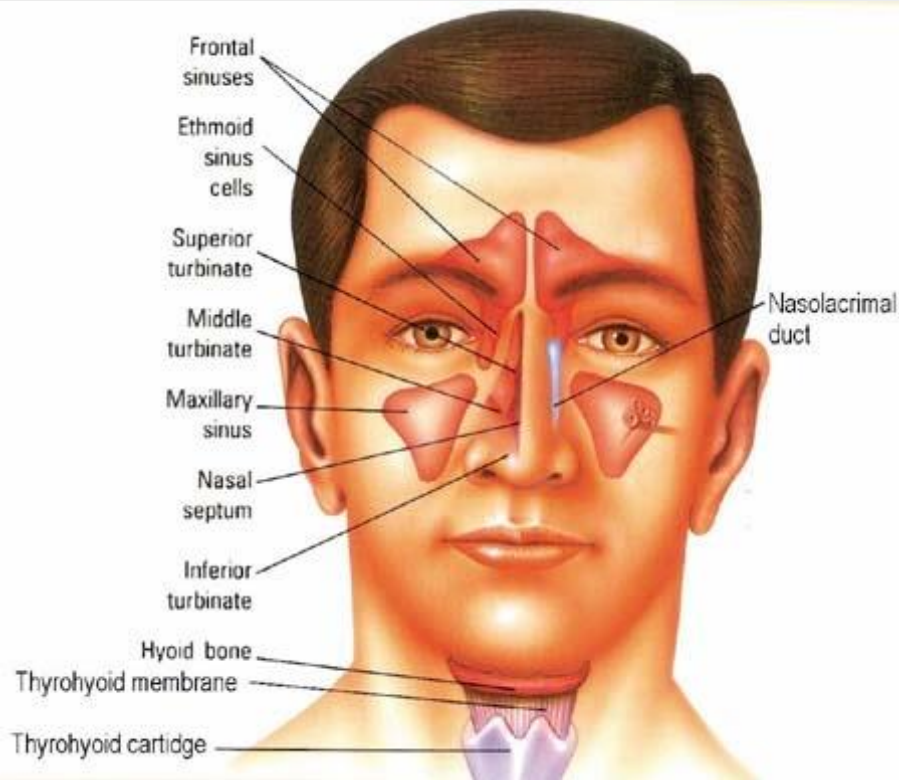
- Obstruksiyon
- Tekrarlayan kanama
- Malignite

## □ Relatif endikasyonlar

- Sık epizod(7/yıl, 2 yılda 5/yıl, 3 yılda 3/yıl)
  - Kronik tonsillit (semptomlar 3-6 aydan uzun)
  - Servikal adenit
-

# AKUT BAKTERİYEL RİNOSİNÜZİT

---



# Akut bakteriyel rinosinüzit

---

- Paranasal sinüslerin enfeksiyonudur.
  - Enfeksiyonun tipini belirleyen; bulgulardaki değil, süredeki farklılıktır.
    - Akut: 10 gün-3 hafta
    - Subakut: 4-6 hafta
    - Kronik: 6 haftadan uzun semptomlar
    - Rekürren: Bir yılda 6 defa akut atak geçirenler
-

# Etken

---

- Etyolojide rol oynayan başlıca bakteriyel etkenler
    - S.pneumoniae (%25-30)
    - H.influenzae (%20-30)
    - M.catarrhalis (%15-20) (Çocuklar)
    - S.pyogenes (%2-5) (Erişkinde cerrahi, Çocukta antibiyotik)
    - Anaerob bakterilerin (%2-5) (Diş operasyonları)
  - Viruslar %20 (Rhinovirus, Influenza virus, Parainfluenza virus ve Adenovirus) etkendir.
  - Mantarlar (İmmun yetmezlik)
-

# Risk faktörleri

---

- Alerjik rinit
  - Viral ÜSYE
  - Anatomik yapı bozukluğu: Örselenme, zedelenme, kırık ya da travma. Sinüs obstrüksiyonu. Nazal polip
  - Sigara, kirli/ kuru hava gibi çevresel faktörler
  - İmmün sistemin baskılanması
  - Diş enfeksiyonu
  - Gastroözefajiyal reflü
  - Kontamine suda yüzme
  - Mukosiliyer disfonksiyon
-

# Tanı

---

- Öykü + Fizik Muayene
  - Rinitte
    - 5 günden sonra semptomlarda artış
    - Semptomların > 10 gün sürmesi
    - Viral semptomların azlığı, nazal akıntının pürülans kazanması
  - Akut rinosinüziti düşündürmelidir
-

# Öykü

---

- burun tıkanıklığı
  - baş ağrısı
  - yüzde ağrı veya basınç hissi (eğilmeyle artabilir)
  - koku almada bozukluk
  - uzamış öksürük (özellikle çocuklarda)
  - ağız kokusu
  - ateş
  - geniz akıntısı, burun akıntısı
  - halsizlik
  - maksiller diş ağrısı
  - nazal konuşma
  - kulaklarda basınç
-



# Fizik muayene

---

- Burun ve geniz akıntısı
  - Yüzde palpasyonla duyarlılık
  - Ateş
  - Periorbital ödem (özellikle çocukta)
-

# Tanı yöntemleri

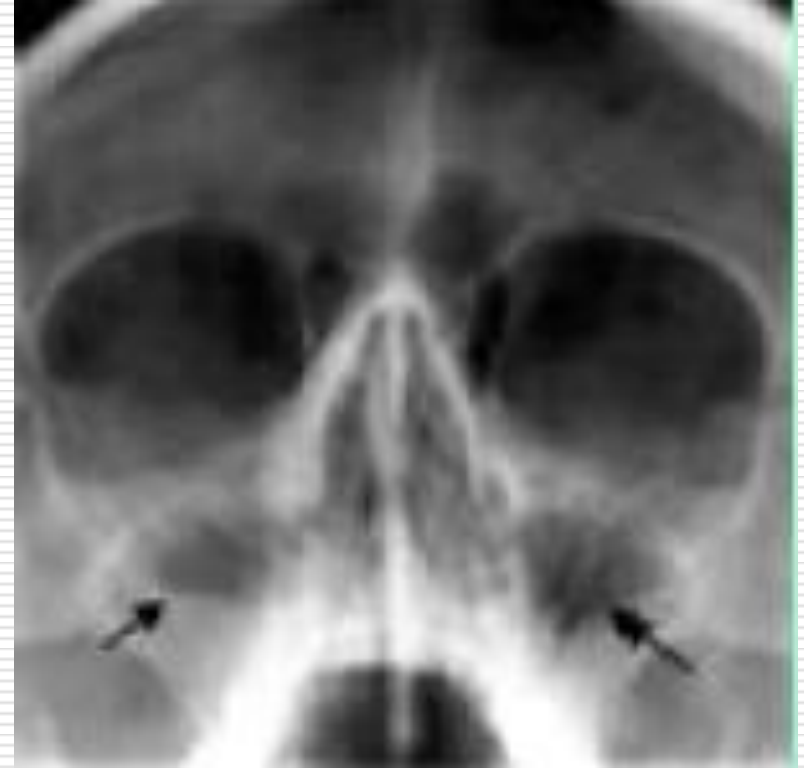
---

- Sinüs içinden kültür
    - Sinüs kültüründe  $>10^5$ /ml bakteri  $\Rightarrow$  Altın standart
    - Rutin olarak önerilmez. Tedaviye yanıt vermeyen olgularda düşünülmelidir.
  - Sinonazal endoskopi
  - Radyografi
  - BT
    - Tedaviyeye yanıt alınamayan, komplike rinosinüzit olguları ve cerrahi girişim düşünülen olgularda tomografi yapılması önerilmektedir.
  - USG
  - MR
  - Transilluminasyon
  - Burun kültürü
-

# Radyoloji

---

- Akut sinüzit:  
Radyografik kriterler;
  - Tam opasifikasyon,
  - Hava sıvı seviyesi varlığı
  - mukozal kalınlaşma erişkinde  $> 5$  mm, çocukta  $> 4$  mm



# Pratikte Tanı;

---

- ❑ Sıklıkla klinik ve hikayeyle konur.
  - ❑ Tek bir klinik bulgu tanı için yeterli değil.
  - ❑ Yakınmaların süresi ve ciddiyeti akut bakteriyel sinüzit için en belirgin kriter.
-

# Ayırıcı Tanı

---

- Viral ÜSYE
  - Alerjik rinit
  - Adenoid vejetasyon
  - Yabancı cisim
  - Nazal polip
  - Tümör
  - Migren
  - Gerilim başağrısı
  - Trigeminal nevralji
  - Çene eklemi hastalıkları
-

# Tedavi amacı

---

- Enfeksiyon tedavisi
- Doku ödeminin azaltılarak sinüs boşalım ve havalanmasının sağlanması



# İlaç dışı tedaviler

---

- Bol sıvı alımı
  - Akut dönemde serum fizyolojikle burun lavajı
  - Burun temizliği
  - İstirahat
-

# Antibiyotik tedavi

---

## □ İlk seçenek: Amoksisilin

- Çocukta 40-45 mg/kg/gün, 8 saat arayla, 10 gün (son bir ay içinde penisilin grubu kullanımı, AOM öyküsü varsa 80-90 mg/kg/gün)
- Erişkinde 1,5-3 g/gün, 8 saat arayla, 10 gün.
- Antibiyotik tedavisi 14 güne uzatılabilir.

## □ Penisilin alerjisi varsa;

- Makrolidler(eritromisin, klaritromisin 10 gün, azitromisin 5 gün)
-



- 
- İkincil seçenek tercih nedenleri
    - iki ayda 2 veya daha çok akut sinüzit geçirmişse
    - Son iki ayda herhangi bir nedenle birinci seçenek ilacı kullanmışsa
    - İlk seçenikle 3. günde başarılı olunamamışsa.
  - Amoksisilin-klavulonik asit: çocukta 80-90 mg/gün
  - İkinci kuşak sefalosporinler (sefuroksim aksetil) PO.
-

# Semptomatik tedavi

---

- ❑ Analjezik-antipiretik (parasetamol)
  - ❑ Antihistaminikler: Yalnızca alerjik olgularda kullanılabilir.
  - ❑ Lokal / Sistemik dekonjestanlar
    - Çocuklarda kullanılmamalı.
    - Erişkinde kullanılabilir. Yaşlı, hipertansifte dikkat!
    - Lokal dekonjestanlar 5 günden uzun kullanılmamalı.
  - ❑ Tuzlu su kr. sinuzitte etkili, ABS ?
  - ❑ Burun içi steroidler ?
  - ❑ Buhar, ekineea, çinko, vitamin C X
-

# Komplikasyonlar

---

- ❑ Orbital selülit,
  - ❑ Abse,
  - ❑ Optik nörit
  - ❑ İntrakraniyal olası Komplikasyonlar
    - Menenjit
    - Epidural abse
    - Subdural abse
    - Beyin absesi
    - Osteomyelit
    - Kavernoöz sinüs trombozu
-

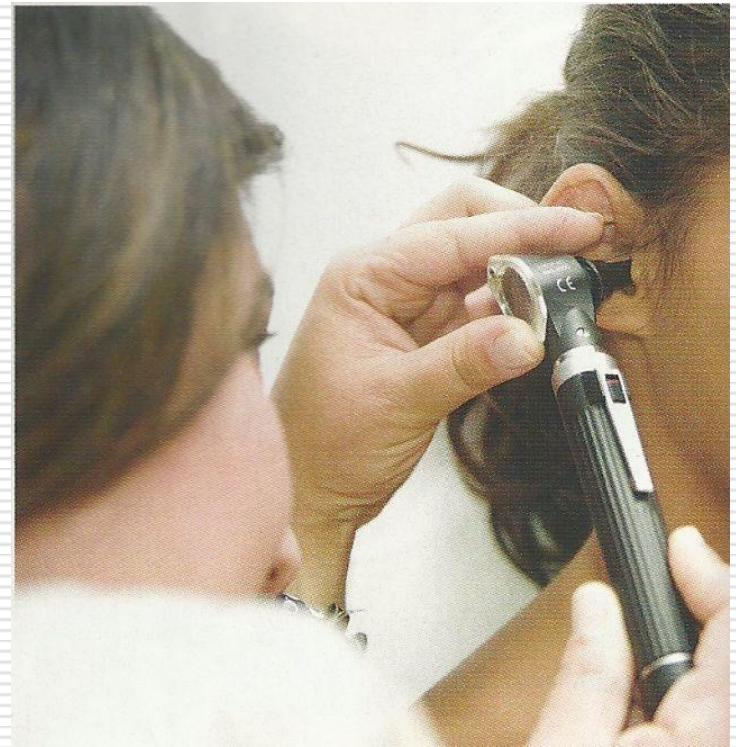
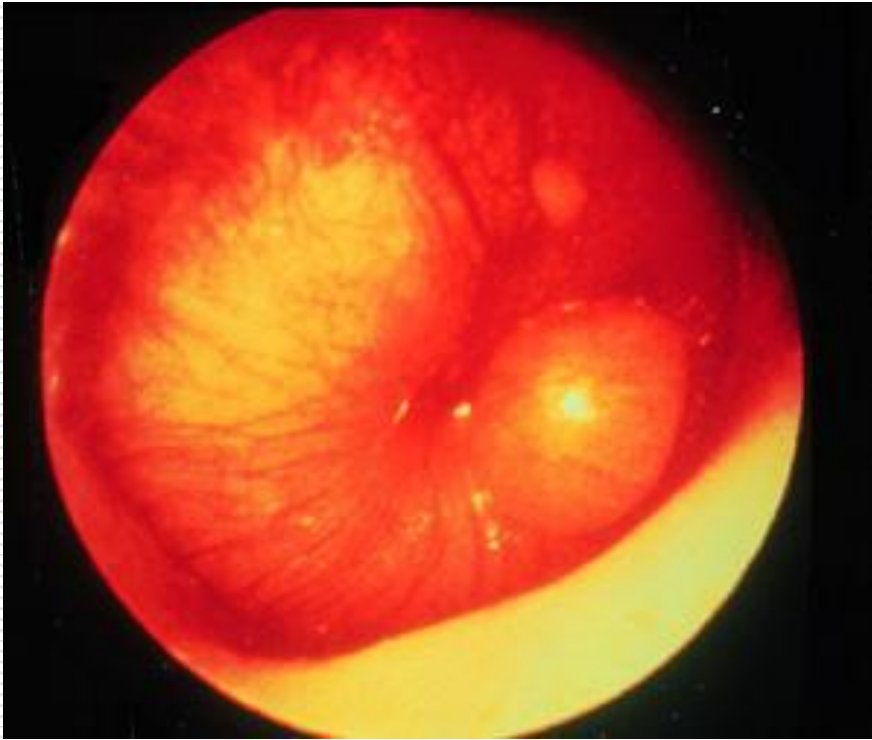
# Sevk Kriterleri

---

- ❑ Komplikasyon gelişmesi
  - ❑ Uygun tedaviye rağmen iki haftada iyileşmeme
  - ❑ Yılda en az erişkinlerde 4, çocuklarda 6 kez akut bakteriyel rinosinüzit geçirenler
  - ❑ Uygun tedaviye rağmen hastalığı 6-12 haftadan uzun sürenler (kronik).
-

# AKUT OTITIS MEDIA

---



# Akut otitis media

---

- ❑ Orta kulak ve hava boşluklarının süpüratif enfeksiyonudur.
  - ❑ En sık 6-24 ay arasında görülür.
  - ❑ 7 yaşına kadar çocukların %93'ü en az bir kez geçirmiştir, %75'inde tekrarlayan enfeksiyonlar olmuştur.
  - ❑ Östaki disfonksiyonu bakteriyel kolonizasyonun temel nedenidir.
-

# Risk faktörleri

---

- Erkek cinsiyet
  - Yatarak biberonla beslenme
  - Kreş (Solunum yolu enfeksiyonuna maruziyet)
  - Ebeveynin sigara içmesi
-

# Etiyoloji

---

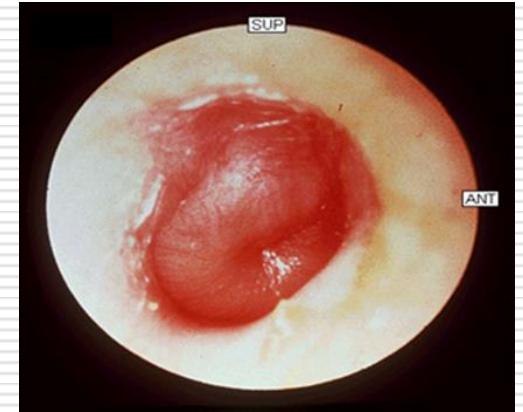
- Sıklıkla bakteriyel, etken orta kulağa nazofarenksten ulaşır.
  - Etkenler
    - S. Pneumoniae %25-40
    - H. İnfluenzae %10-30 (5 yaşından küçük çocuklarda)
    - M. Catarrhalis %2 -15
-



# Tanı

---

- Öykü + fizik muayene(otoskopik bulgular)
- 3 Kriter:
  - Ani başlangıç,
  - orta kulak efüzyonu ve
  - orta kulak inflamasyon klinik belirtileri.



# Tanı

---

- Orta kulak inflamasyon belirtileri
    - Ateş
    - Şiddetli kulak ağrısı
    - Çocukta ağlama, huzursuzluk
    - İşitme azlığı
    - Kusma
    - Kulak kepçesini kurcalama (bebekte)
      - Kulak akıntısı
      - Halsizlik, irritabilite
      - Tinnitus, vertigo
-

# Tedavide amaçlar

---

- Enfeksiyonun giderilmesi
  - Orta kulak havalanmasının sağlanması
  - Ağrının giderilmesi
  - Komplikasyonların önlenmesi
-

# Tedavi

---

- Antibiyotik Tedavisi
  - Ağrı Tedavisi
  - Ateş Tedavisi
-

# Antibiyotik tedavi

---

- Birinci seçenek: Amoksisilin 14 gün
    - 2 yaşından küçükler
    - otoresi olanlar
    - dirençli pnömokok olasılığı
    - son bir ayda penisilin grubu kullanımı
    - AOM öyküsü varsa
      - Doz iki katı
  - Eritromisin veya Klaritromisin 10 gün
  - Veya Azitromisin 5 gün süreyle.
-

---

## □ İkinci seçenek AB

- Amoksisilin-klavulonat PO 10 gün,
  - İkinci kuşak sefalosporinler (sefuroksim aksetil) PO 10 gün.
-

# Ağrı – Ateş tedavisi

---

- Parasetamol
  - AOM şüphesi varken, buşon nedeniyle zar görülemiyorsa kulak lavajı YAPILMAMALIDIR.
-

# Korunma

---

- ❑ Viral ÜSZE sırasında burun hava yolu açık tutulmalı
  - ❑ Anne sütü ile beslenme
  - ❑ Evde sigara içilmemeli.
  - ❑ Süt çocuklarının yatarak beslenmemesi, 45 derecelik açı ile tutulması.
-



# Ayırıcı tanı

---

- Bebekte ağlamaya bağlı kulak zarı kızarıklığı
  - Çene veya diş kaynaklı ağrı(F.M kulak zarı,kulak ağrısına karşın normaldir)
  - Eksternal otit
  - Kronik Otitis Media
  - Ağız boşluğu ve boğaz enfeksiyonu(F.M kulak zarı,kulak ağrısına karşın normaldir)
-

# İzlem

---

- Tedavi başladıktan 3-5 gün sonra otoskopik muayene
- Kulak zarı ve işitme 4-6 hafta sonra



# Komplikasyonlar

---

- Kronik otitis media
  - Akut mastoidit
  - Menenjit
  - Fasial paralizi
  - Periost altı abse
  - Beyin absesi
-

# Sevk kriterleri

---

- Kulak zarı perforasyonu
  - İkinci seçenek antibiyotiğe başladıktan 48-72 saat sonra bulguların gerilememesi
  - Altı ay içinde üç, bir yıl içinde 4 veya daha fazla AOM saptanması
  - Komplikasyon gelişmesi
  - Tedavinin başlangıcından 6 hafta sonra işitme azlığının devam etmesi
-



Teşekkürler...