

ATEŞLİ ÇOCUĞA YAKLAŞIM

Dr. Öğretim Görevlisi Özge METİN AKCAN

N.E.Ü Meram Tıp Fakültesi Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği

Ateş tanımı

- Ateş rektal vücut ısısının $\geq 38^{\circ}\text{C}$
- Vücut ısısı fluktuasyon gösterir (36.6-37.9°C rektal)
 - ❖ Gün içi
 - ❖ Yaş
 - ❖ Menstrüel döngü
 - ❖ Aktivite
- Bebek ve küçük çocuklarda
 - ❖ Bazal metabolik hız yüksek
 - ❖ Vücut yüzey alanı ile ağırlık arasındaki oran yüksek

Ateş ölçümü

- Pratikte
 - Rektum
 - Ağız
 - Koltuk altı
 - Timpanik membran
 - Alın cildi

Ateş ölçümü

- **Rektal ölçüm**
 - Vücut kor ısısına en yakındır
 - Referans kabul edilir
 - Nötropenide kontrendike
- **Ağız yolu ile ölçüm**
 - Kooperere olabilen daha büyük çocuklarda
 - Rektal ateşten daha düşük
- **Koltuk ölçümü**
 - Rektal ateşten daha düşük
 - Değişken
 - Uyum sağlayamayan çocuklarda
- **Timpanik membran ölçüm**
 - Kor ısıya yakındır fakat evlerde, hastanelerde kullanılan cihazlar araştırmalarda kullanılanlar kadar doğru sonuç vermeyebilir

Rektal ateş>oral ateş>aksiller ateş

Ölçüm yapılan bölgeye göre ateşin normal kabul edilen aralıkları değişir

- Koltuk altında $>37,4$ °C
- Ağız içinde $> 37,5$ °C
- Rektal >38 °C
- Timpanik $>37,8$ °C

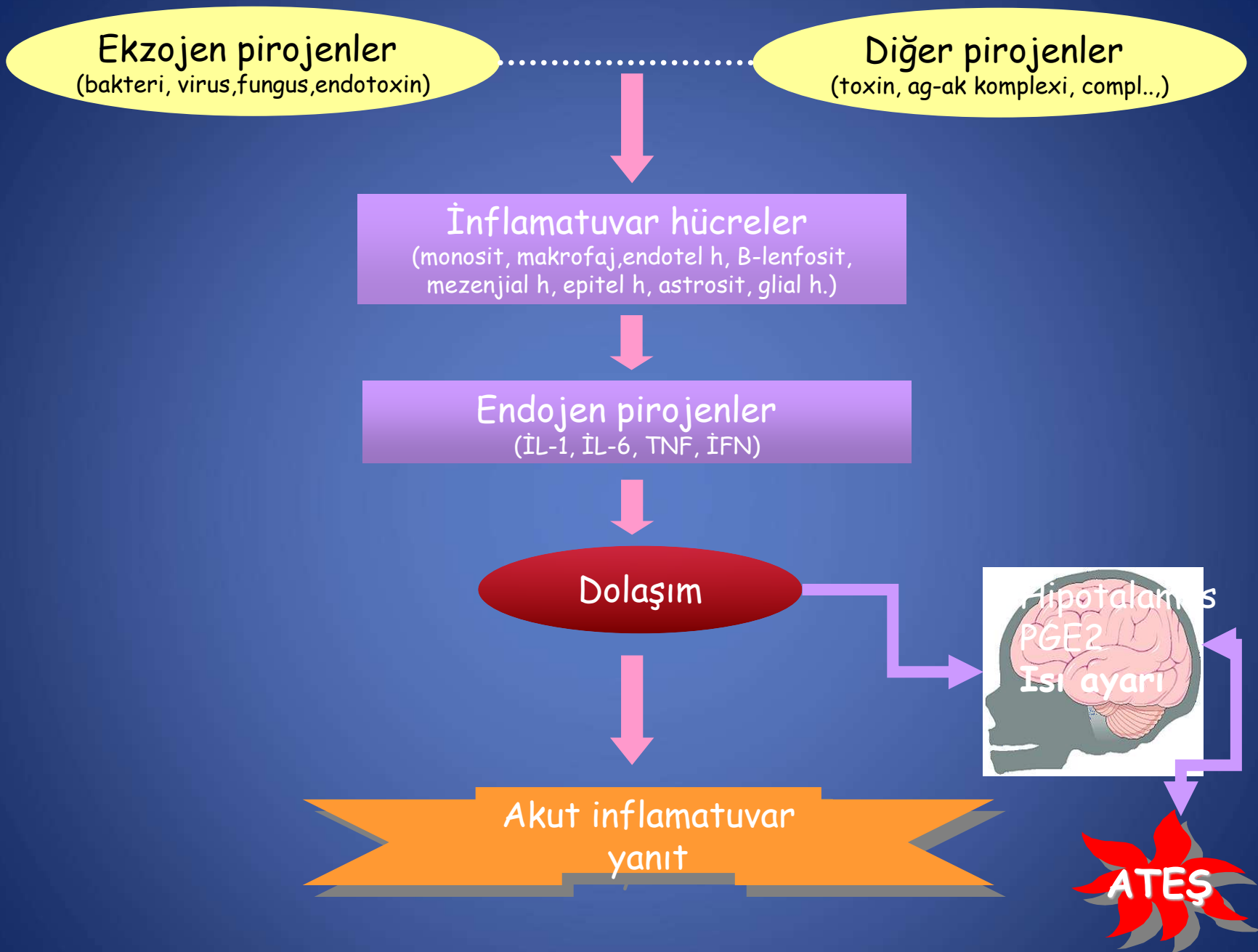


Ateş ölçüm yerleri



Yaş grubu	1. seçenek	2. seçenek	3. seçenek
Yenidoğan	Koltuk altı	Rektal	-
1 ay- 5 yaş	Rektal	Koltuk altı	-
6 yaş ve üzeri	Ağızdan	Timpanik	Koltuk altı

Annelerin dokunma ile ateşi olan çocukların % 94 'nde ateşi doğru tahmin ettikleri görülmüştür.





Ateş dost mu?

- Nötrofil migrasyonunu arttırır
- Nötrofillerden salınan süperoksit anyon gibi **antibakteriyel** maddelerin yapımını arttırır
- İnterferon üretimini arttırır
- INF' un **antiviral ve antitümör** aktivitesini artırır
- T-helper hücrelerin aktivasyonu, ekspresyonunu ve sitotoksik aktivitesi arttırır
- Laktoferrin salımını artırır
- İntrasellüler bakterilerin öldürülmesi hızlanır
- Antimikrobiyal ajanların bakterisidal etkinliği artar

Ateş düşman mı?



- Ateş,
 - Oksijen tüketimini
 - CO2 üretimini
 - Kardiyak out-put
 - Febril nöbet



DİKKAT !!!!

kalp hastalığı

kronik anemi

kronik akciğer hastalığı

doğumsal metabolik hastalık

diabetes mellitus

- Normalde ateşle taşikardi beklenir
 - 1°C artış 10 atım/dk (>2 ay)
- **Relatif taşikardi** (ateşten beklenenden daha fazla nabız artışı):
 - Enfeksiyon dışı nedenlerde görülür
 - Toksinler de sebep olabilir
- **Relatif bradikardi** (Ateşe rağmen nabız düşük):
 - Tifo,
 - İlaç ateşi,
 - Kalp tutulumuna bağlı iletim defekti
 - ARA, Lyme, viral miyokardit, enfektif endokardit

- **Malign hipertermi**

- $>41^{\circ}\text{C}$

- Hipotalamusun etkilendiği SSS bozukluğuna bağlı gelişen santral ateş

- Nöroleptik malign sendrom
 - İlaç ateşi
 - Sıcak çarpması

- **Hipotermi**

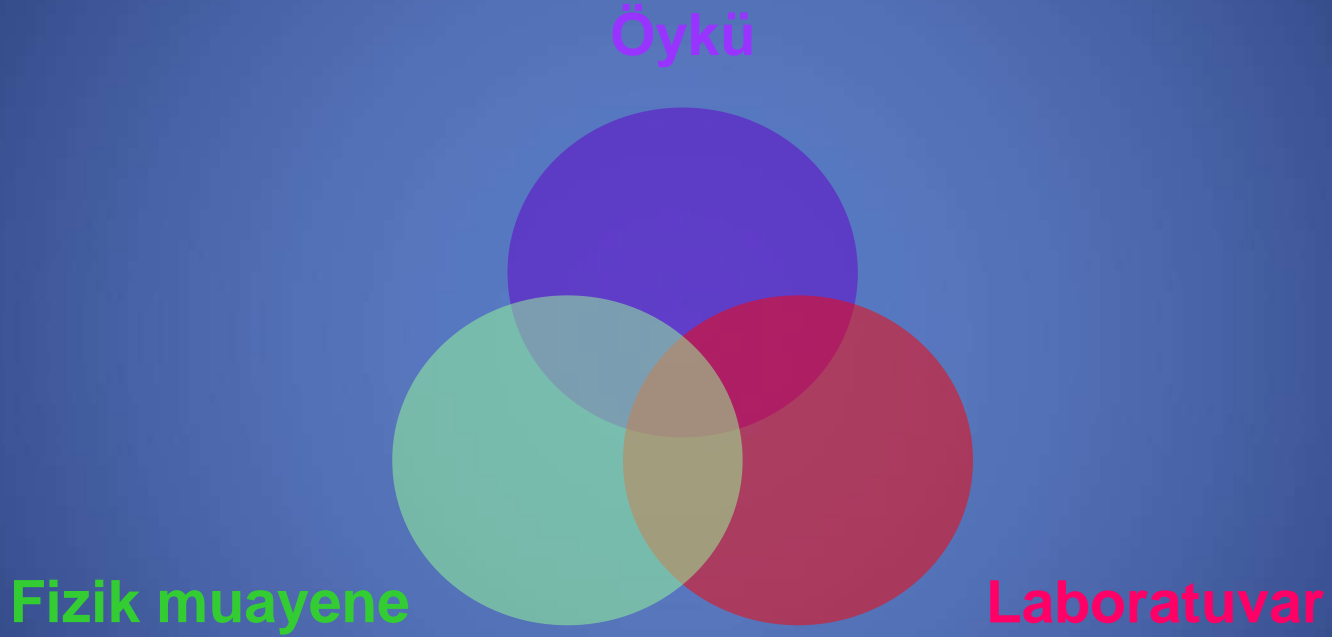
- $<36^{\circ}\text{C}$

- Sepsis
 - Donma
 - Hipotiroidi
 - Antipiretik kullanımı

Ateşli çocuğun değerlendirilmesi

- Ateş, altta yatan hastalığın önemli bir belirtisidir
- Ateşin değerlendirilmesinde ilk adım nedeninin bulunmasıdır
- Ateş bir hastalık değil, fizyolojik bir cevaptır.
- Ateş beyin hasarı oluşturmaz
- Ateşin hastalığı daha da kötüleştirdiğine dair bir kanıt yoktur.
- Ateş düşürücüye verilen yanıt bakteriyel enfeksiyonu, viral enfeksiyondan ayırt etmeye yardımcı olamaz

Ateşli çocuğun değerlendirilmesi



ATEŞ

Ayrıntılı öykü

Yaş,
Ateşin derecesi, süresi,
paterni
Eşlik eden yakınmalar
Temas öyküsü
Seyahat öyküsü
Aşılama
Altta yatan hastalıklar
İmmün yetmezik
Kemoterapi/Steroid
kull.
Metabolik/Kronik
hastalık
Antibiyotik/antipiretik

Fizik muayene

Ateş ölçümü
Vital bulgular
Toksik- hasta görünüm ?
Doku perfüzyonu
Bilinç durumu:
Letarji, uykuya eğilim,
Huzursuzluk,irritabilite
Hipotoni, Hipertoni
Bilinç
değişikliği, Koma
**Tam bir sistemik
muayene(tepeden
tırnağa)**

ATEŞ

Öykü ve fizik muayene bulgularına göre

- Farenjit, tonsillit
 - ✓ AGBHS için hızlı antijen ve boğaz kültürü
- Solunum sistemi semptom ve bulguları
- Hipoksi
 - ✓ Akciğer grafisi
 - ✓ Hızlı antijen testleri (RSV, influenza)
 - ✓ PCR testleri
- Disüri, karın ağrısı, VUR öyküsü
 - ✓ TİT, idrar kültürü
- İshal
 - ✓ Gayta tetkikleri, gayta kültürü

ATEŞ

Ciddi fokal ve sistemik hastalık klinik bulguları

Toksik görünüm, Bilinç değişikliği, Meningismus,
Havayolu obstruksiyonu, Yetersiz oksijenizasyon/ventilasyon
Dolaşım yetmezliği, Hemorajik döküntü, Aşırı hiperpireksi

EVET

Menenjit, Sepsis, Epiglottit,
Pnömoni, Perikardit...

HAYIR

İmmün yetmezlik ?

EVET

HAYIR

Kan: CBC, sedimentasyon, CRP
Kan kültürü
BOS: hücre sayımı, glukoz, protein,
Gram yayma, kültürü
Görüntüleme tetkikleri

Odağı
olmayan
ateş



Akut Odağı Olmayan Ateş

- <36 ay çocuklar için kullanılan bir tanıdır
- Akut başlayan ve 1 haftadan kısa süredir varolan, dikkatli bir öykü ve ayrıntılı fizik muayene ile ateş odağı saptanamayan

AKUT ODAĞI OLMAYAN ATEŞLİ HASTALARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

- 0-28 gün
- 1 ay-3 ay
- 3-36 ay

AKUT ODAĞI OLMAYAN
ATEŞ

0-28 GÜN

0-28 gün

- Sınırlı enfeksiyon belirtileri
- Ciddi bir bakteriyel veya viral hastalık arasında klinik ayırımı zorlaştırmaktadır
- İyi görünen ateşli y.d.' larda 7% ciddi bakteriyel enfeksiyonlar
 - Bakteriyemi, menenjit, pnömoni, osteomyelit, septik artrit, İYE
- Laboratuvar testlerine ihtiyaç var
- Değerlendirme ölçekleri kullanılabilir

Rochester, Philadelphia, Boston

0-28 gün



Ateş $\geq 38 C^{\circ}$



HASTANEYE YATIR

Mutlaka;

Kan kültürü

Tam idrar tetkiki

İdrar kültürü ***

BOS incelemesi (hc sayımı, glukoz, protein, Gram ve kültür, HSV, enterovirüs PCR)

Gerekli ise;

PAAC grafisi

Gaita tetkiki

0-28 gün

Tedavi:

Ciddi bakteriyel enfeksiyon oranı yüksek olduğundan tüm ateşli yenidoğanlar antibiyotik almalıdır

Sefotaksim veya gentamisin

+

Ampisilin

Nöbet, hipotansiyon, transaminaz yüksekliği, BOS pleositoz, veya annede genital HSV

Asiklovir

AKUT ODAĞI OLMAYAN
ATEŞ

1-3 AY

1-3 ay

- En sık görülen enfeksiyon; viral enfeksiyonlar
 - Kış mevsiminde RSV, influenza
 - Yaz ve sonbaharda, enterovirüs, parechovirüs idrar yolu enfeksiyonu
- Ciddi bakteriyel enfeksiyonlar da olabilir
 - *E. coli*,
 - grup B *Streptococcus*, *S. aureus*
 - *L. monocytogenes*,
 - *Salmonella enteritidis*,
 - *N. meningitidis*,
 - *S. pneumoniae*,
 - *H. influenzae type b*,
- En sık bakteriyel enfeksiyon
 - Piyelonefrit; *E. coli*
 - Sünnetsiz ve idrar yolu anomalisi
 - OM, pnömoni,
 - Omfalit, mastit, diğer cilt ve yumuşak doku enfeksiyonları

1-3 ay



Ateş $\geq 38 C^{\circ}$



Toksik görünüm

EVET

HAYIR

HASTANEYE YATIR

Mutlaka;

Kan kültürü

Tam idrar tetkiki

İdrar kültürü ***

BOS incelemesi (hc sayımı, glukoz, protein,
Gram ve kültür, HSV, enterovirüs PCR)

Gerekli ise;

PAAC grafisi

Gaita tetkiki

Risk kriterlerini belirle



**BOSTON KRİTERLERİ
PHILADELPHIA PROTOKOL
PITTSBURGH GUIDELINES
ROCHESTER CRITERIA**

Tablo-1: Ateşli bebeklerin değerlendirilmesinde uygulanabilen Boston, Philadelphia ve Rochester kriterlerinin özellikleri ve farklılıkları

	BOSTON	PHILADELPHIA	ROCHESTER
Çalışma planı	Prospektif	Prospektif	Prospektif
Çalışma süresi	3 yıl (1987-1990)	5 yıl (1987-1992)	8 yıl (1984-1992)
Hasta yaş grubu	28-89 günler	29-60 günler	≤60 gün
KRİTERLER			
Ateş, rektal ısı, °C	≥38.0	≥38.2	≥38.0
Anamnez	Son 48 saatte aşılama yok, Son 48 saatte antimikrobiyal kullanımı yok	Tanımlanmamış	Perinatal antibiyotik kullanımı yok Altta yatan bir hastalık yok Doğum sonrası anneden daha fazla yatırılma öyküsü yok
Klinik görünüm iyi, fizik muayenede lokal enfeksiyon odağı yok	Evet	Evet	Evet
Gebelik süresi	Tanımlanmamış	Tanımlanmamış	≥37 hafta
Daha önce tamamen sağlıklı	Evet	Tanımlanmamış	Evet
Dehidratasyon yok	Evet	Tanımlanmamış	Tanımlanmamış
Lökosit sayısı, mm ³	<20 000	<15 000	5 000-15 000
Band/nötrofil oranı (I/T)	Tanımlanmamış	<0.2	Tanımlanmamış
İdrar analizi, lökosit sayısı	<10	<10	≤10
BOS, lökosit, mm ³	<10	<8	Tanımlanmamış
Akciğer grafisi	İnfiltrasyon yok (film çekildiyse)	İnfiltrasyon yok	Fokal infiltrasyon yok (klinik endikasyon varlığında)
Dışkı analizi	Tanımlanmamış	Kan ve lökosit yok (gerekli görüldüyse)	≤5 lökosit (gerekli görüldüyse)

BOS: Beyin omurilik sıvısı. [Ateş şikayeti ile getirilen bebeklerde protokollerin tüm kriterleri sağlanıyor ise bebekler bakteriyel enfeksiyon açısından düşük riskli olarak kabul edilmektedir.]

DÜŞÜK RİSK KRİTERLERİ

- İyi görünen
- Daha önce sağlıklı
- Cilt, yumuşak doku, kemik, eklem ve kulak enfeksiyonu olmayan
- BK sayısı normal olan (5000-15000/mm³)
- Normal absolü nötrofil sayısı olan
- İdrar sedimentinde, ≤ 10 beyaz küre olan
- Diarezi olan ve gaita yaymasında ≤5 beyaz küre olan olgulardır

VAR



Hastanede ya da evde izlem

Seçenek 1:

Kan kültürü

İdrar kültürü

BOS incelemesi

Antibiyotik tedavisi başla ***

24 saat sonra değerlendir

Seçenek 2:

24 saat sonra değerlendir

YOK



Hastaneye yatır

Sefotaksim veya gentamisin

+

Ampisilin

+/-

Vankomisin

AKUT ODAĞI OLMAYAN
ATEŞ

3-36 AY

3-36 ay

- Viral enfeksiyonlar
- Ciddi bakteriyel enfeksiyonlar
 - *S. pneumoniae*,
 - *N. meningitidis*,
 - *Salmonella*
- Okult bakteriyemi
 - $VI \geq 39^{\circ}C$, $WBC \geq 15,000/\mu L$ (ANS artışı), sedimentasyon, CRP artışı
- Tedavisiz pnömokok bakteriyemisi spontan iyileşebilir veya menenjit, pnömoni, selülit, perikardit, OM, septik artrit

3-36 ay



Toksik görünüm



Ateş $\geq 39^{\circ}\text{C}$; toksik

YATIŞ

Kan kültürü
İdrar kültürü
BOS incelemesi

Antibiyotik tedavisi başla ***

Ateş $\geq 39^{\circ}\text{C}$; toksik değil

TARTIŞMALI
Laboratuvar

50 mg/kg tek doz seftriakson

İK
PAAG
KK

Ateş $< 39^{\circ}\text{C}$; toksik değil

İZLEM
Araştırmaya
gerek yok

Her ateşli çocuğa idrar tetkiki yapılmalı mı?

- Çocuklarda İYE prevalansı % 2-5
- Ateş İYE olan bebeklerde tek yakınma olabilir

YÜKSEK RİSKLİ HASTALAR

- Beyaz ırk,
- <12 ay kız çocuklar,
- <6 ay erkek çocuklar,
- < 12 ay sünnetsiz erkek çocuklar (risk 8-9 kat artar)
- ateş odağı olmayan çocuklar,
- ateş $\geq 39^{\circ}\text{C}$.

İdrar örneği **ÜRETRAL KATETERİZASYON** ile alınmalıdır

American Academy of Pediatrics. Pediatrics. 1999

Her ateşli çocuğa akciğer grafisi çektirelim mi?

Solunumsal semptomu yok ise, PA-AC grafisi çekilmeli mi?

>3 ay

Ateş > 39°C

BK > 20.000/mm³

3-36 ay

Kan kültürü üreme S.Pneumoniae(+)

Toksik değil
Ateşi yok
Fizik incelemesi normal
Antibiyotik tedavisi almamış
(ilk muayenede)

Toksik
Ateş devam ediyor
Fizik incelemesinde enfeksiyon odağı yok

Kan kültüründe
h.inf ve
N.meningitidis
üremesi

Kan kültürü al
Oral Antibiyotik başla
7-10 gün

Kan kültürü al
Menenjit için değerlendir
LP yap
Hastaneye yatır
Uygun antibiyotik tedavisini başla

Nedeni bilinmeyen ateş

- Ayaktan hastalarda 3 haftadan uzun süren
- Hastanede yatan hastalarda 1 haftadır devam eden ateş

En sık nedenler

Enfeksiyonlar

Romatolojik hastalıklar

Otoinflamatuvar hastalıklar

Maligniteler

- Bu enfeksiyonlar tanısı konulamayan ve kendiliğinden düzelen viral enfeksiyonlar olduğu gibi,
- Sık rastlanan viral enfeksiyonların atipik seyri de (enfeksiyöz mononükleoz, sitomegalovirüs enfeksiyonu, viral hepatitler) olabilir.
- Ayrıca salmonelloz, tüberküloz, bruselloz, kedi tırnağı hastalığı, tularemi gibi bakteriyel enfeksiyonlar da bu tabloya yol açabilir.

- Juvenil idiyopatik artrit, sistemik lupus eritematozus gibi kollojen doku hastalıklarında başlangıç nedeni bilinmeyen ateş gibi olabilir.
- Kawasaki hastalığı çocukluk çağının en sık vaskülitlerindedir. Ateş en önemli tanı kriteridir.

Table 177-5 Diagnostic Considerations of Fever of Unknown Origin**ABSCESSSES**

Abdominal
Brain
Dental
Hepatic
Pelvic
Perinephric
Rectal
Subphrenic
Psoas

BACTERIAL DISEASES

Actinomycosis
Bartonella henselae (cat-scratch disease)
Brucellosis
Campylobacter
Francisella tularensis (tularemia)
Listeria monocytogenes (listeriosis)
Meningococemia (chronic)
Mycoplasma pneumoniae
Rat bite fever (*Streptobacillus moniliformis*; streptobacillary form of rat bite fever)
Salmonella
Tuberculosis
Whipple disease
Yersiniosis

LOCALIZED INFECTIONS

Cholangitis
Infective endocarditis
Mastoiditis
Osteomyelitis
Pneumonia
Pyelonephritis
Sinusitis

SPIROCHETES

Borrelia burgdorferi (Lyme disease)
Relapsing fever (*Borrelia recurrentis*)
Leptospirosis
Rat bite fever (*Spirillum minus*; spirillary form of rat bite fever)
Syphilis

FUNGAL DISEASES

Blastomycosis (extrapulmonary)
Coccidioidomycosis (disseminated)
Histoplasmosis (disseminated)
Chlamydia
Lymphogranuloma venereum
Psittacosis

RICKETTSIA

Ehrlichia canis
Q fever
Rocky Mountain spotted fever
Tick-borne typhus

VIRUSES

Cytomegalovirus
Hepatitis viruses
HIV
Epstein-Barr virus

PARASITIC DISEASES

Amebiasis
Babesiosis
Giardiasis
Malaria
Toxoplasmosis
Trichinosis
Trypanosomiasis
Visceral larva migrans (*Toxocara*)

RHEUMATOLOGIC DISEASES

Behçet disease
Juvenile dermatomyositis
Juvenile idiopathic arthritis
Rheumatic fever
Systemic lupus erythematosus

HYPERSENSITIVITY DISEASES

Drug fever
Hypersensitivity pneumonitis
Serum sickness
Weber-Christian disease

NEOPLASMS

Atrial myxoma
Cholesterol granuloma
Hodgkin disease
Inflammatory pseudotumor
Leukemia
Lymphoma
Pheochromocytoma
Neuroblastoma
Wilms tumor

GRANULOMATOUS DISEASES

Crohn disease
Granulomatous hepatitis
Sarcoidosis
Angitis

FAMILIAL AND HEREDITARY DISEASES

Anhidrotic ectodermal dysplasia
Autonomic neuropathies
Fabry disease
Familial dysautonomia
Familial Hibernian fever
Familial Mediterranean fever and the many other autoinflammatory diseases (see Chapter 163)
Hypertriglyceridemia
Ichthyosis
Sickle cell crisis
Spinal cord/brain injury

MISCELLANEOUS

Addison disease
Castleman disease
Chronic active hepatitis
Cyclic neutropenia
Diabetes insipidus (nephrogenic and nonnephrogenic)
Factitious fever
Hemophagocytic syndromes
Hypothalamic-central fever
Infantile cortical hyperostosis
Inflammatory bowel disease
Kawasaki disease
Kikuchi-Fujimoto disease
Metal fume fever
Pancreatitis
Periodic fever syndromes
Poisoning
Pulmonary embolism
Thrombophlebitis
Thyrotoxicosis, thyroiditis

Öyküde

- Ateşin süresi,
- Günlük pik sayısı,
- Hayvanlarla temas,
- Pastörize edilmemiş süt ürünü tüketimi
- Seyahat öyküsü

Fizik muayene

- Döküntü,
- Konjunktivit,
- Artrit,
- Lenfadenopati,
- HSM
- Ayrıntılı göz muayenesi

Laboratuvar incelemeleri

- Hastanın aciliyeti ve hastanın durumuna göre planlanmalı, kronik hastalıkta tetkikler sırayla ancak hastanın durumu kritikse acilen yapılmalıdır.

İlk basamak tetkikler;

- Kan sayımı ve periferik yayma
- CRP,
- Sedimantasyon,
- Tam biyokimyasal inceleme,
- Viral belirleyiciler (EBV, CMV),
- brusella serolojisi,
- İdrar ve kan kültürü,
- Akciğer grafisi,

İkinci basamak tetkikler

- Yinelenen kan kültür örnekleme
- Tüberküloz taraması ve kültürleri
- İmmunglobulin düzeyleri
- Mantar kültürleri
- Kedi tırmığı hastalığı ve Lyme hastalığı serolojisi
- ANA
- Ekokardiyografi
- Abdomen ve toraks görüntüleme
- Ekokardiyografi,
- Ultrasonografi,
- Kemik iliği aspirasyonu ve gerektiğinde biyopsi incelemesi
- BT, MR (kontrastlı)
- Sintigrafi

- Çocuklarda ateş ve enfeksiyon eş anlamlı değildir
- Antimikrobiyal ajanlar, antipiretik ilaçlar olarak kullanılmamalıdır
- İlaçların ampirik denemelerinden genellikle kaçınılmalıdır.

Tedavi yaklaşımları



Destek Tedavi
Antipiretik Tedavi
Nedene Yönelik Tedavi

Destek tedavi

Oda ısısı 21-22°C olmalı

İnce, hafif ve gevşek giysiler giydirilmeli

Bol sıvı verilmeli

Ateş çok yüksekse ılık duş yaptırılmalı



Hangi antipiretik?



Parasetamol
İbuprofen

OLGU1

2 AY ERKEK HASTA

ŞİKAYET : ATEŞ , KUSMA ,
BESLENEME

HİKAYESİ

- BİR GÜN ÖNCE BAŞLAYAN ATEŞ, KUSMA, HUZURSUZLUK, BESLENEMEME
- ATEŞ EN FAZLA 38.5' DERECE
- KUSMA HER BESLENDİĞİNİ BOL MİKTARDA, FIŞKIRIR TARZDA DEĞİL.
- 19 GÜN ÖNCE PNÖMONİ+İYE ? TANISI İLE YENİDOĞAN YATIŞ ÖYKÜSÜ.
- ÖZGEÇMİŞ SOYGEÇMİŞTE EK ÖZELLİK YOK

FİZİK MUAYENE :

- VS: 36,9°C. KTA: 156 /DK. SOLUNUM: 56 /DK. KAN BASINCI: 90/50 mmhg SAO2: %98
AĞIRLIK: 3720GR (%25-%50). BOY:46 CM (%3). BAŞ ÇEVRESİ:34 CM(%3) GENEL DURUMU
ORTA, İNLEMELİ SOLUNUM.
- CİLT-MUKOZA: NORMAL. DERİ MUAYENESİ NORMAL SARILIK: YOK.
- BAŞ-BOYUN: ÖN BİNGİLDK 2,5X2,5 CM AÇIKLIKTA. KABARIKLİK: NORMAL. LAP: YOK
- KULAK ZARI: DOĞAL AĞIZ: DOĞAL
- SOLUNUM SİSTEMİ: :HER İKİ GÖĞÜS SOLUNUMA EŞİT KATILYOR. RAL YOK RONKÜS YOK
- KALP: SESLER VE RİTİM TABİİ.
- KARIN: RAHAT. KARACİĞER VE DALAK ELE GELMİYOR.
- EKSTREMİTE: ÖZELLİK YOK
- GENİTOÜRİNER: HARİCEN ERKEK.SÜNNETSİZ. AFN++/++
- SAĞ SKROTAL HERNİ+
- NÖROLOJİK:GÖZ BEBEKLERİ EŞİT VE NORMAL. IŞIĞA TEPKİ: +/+ ANNEYİ TANIYOR.
ANLAMLI TEPKİLERİ VAR. KAS KÜTLESİ: NORMAL. KAS GÜCÜ: KENDİNİ İYİ ÇEKİYOR VE
BAŞINI TUTUYOR. EMME ZAYIF
- KAS TONUSU: NORMAL DTR: ÜST: ++/++ ALT: ++/++ KLONUS -/- BABİNSKİ -/-

LABORATUAR :

- LÖKOSIT : 18.290 /uL
- ANS 8970 /uL
- ALS 6900 /uL
- HGB 10.3 g/dl
- MCV 90.4 fL
- HCT 28.3 %
- PLT 415.000 /uL
- BFT: NORMAL
- KCFT: NORMAL
- SEDİM : 17 mg/h
- CRP 116.83 mg/dl (0-5)

TANILAR NELER ? HANGİ TAHLİLLERİ İSTERİZ ?

- ÖN TANI: ATEŞ ETYOLOJİSİ
- HANGİ TETKİKLERİ PLANLARSINIZ?
- SONDA İLE TIT, İDRAR KÜLTÜRÜ
- LOMBER PUNKSIYON
- KAN KÜLTÜRÜ
- PA AC GRAFİSİ

PAA
C

ID:8084432
Name:GOKHAN MAHIN SELIM
11.02.2019 M

Study Date:29.03.2019
Study Time:09:49:29
Study Desc:AKCÄ°Ä°ER GRAFÄ°SÄ° P.A. (TEK YON)
Operator:mgr

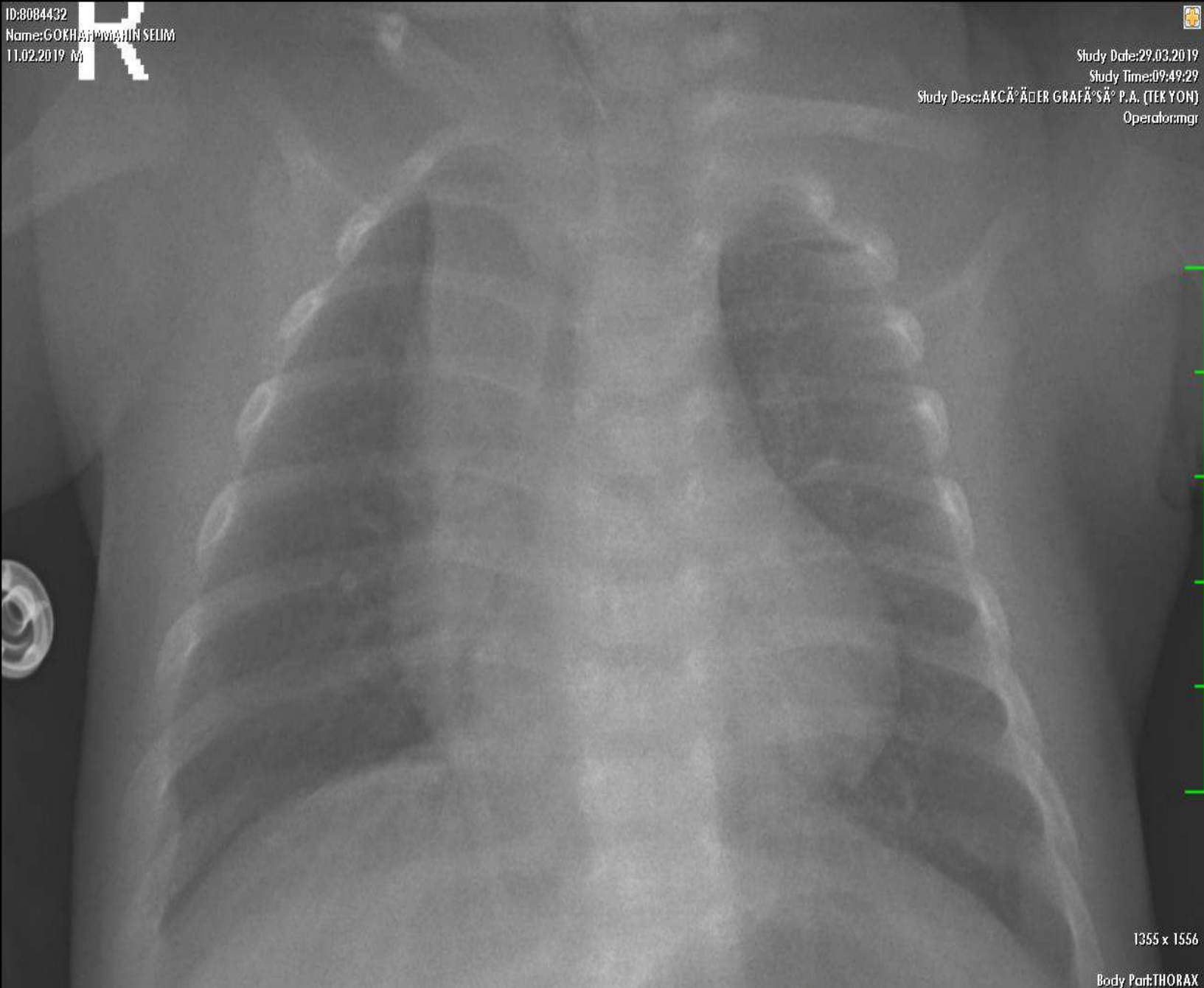
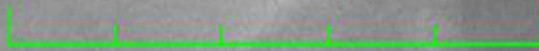


Image:1
KVP:90
1 Chest AP Yatarak



1/1

1355 x 1556
Body Part:THORAX
Sensitivity:
Zoom: 1.16x
WC/WW:2048/4096

- TAM İDRAR TETKİKİ: NORMAL

LOMBER POKKSİYON :

- BOS incelemesi normal, kültür gönderildi

- HANGİ TEDAVİYİ ÖNERİRSİNİZ?
- 3. KUŞAKSEFALOSPORİN

KÜLTÜRLER :

- BOS KÜLTÜRÜ : NEGATİF
- BOS PCR : NEGATİF
- KAN KÜLTÜRÜ : NEGATİF

• İDRAR
KÜLTÜRÜNDE ESBL
+ KLEBSIELLA

1. KLEBSIELLA SPP	1. [50000] Koloni Sayısı :	
Antibiyotik Adı	1	2
Amikacin	Duyarlı	
Amoksisilin/klavulanikasit	Dirençli	
Ampicillin	Dirençli	
Aztreonam	Dirençli	
Cefazolin	Dirençli	
Cefazolin	Dirençli	
Cefepime	Dirençli	
Cefoxitin	Duyarlı	
Ceftazidime	Dirençli	
Ceftriaxone	Dirençli	
Cefuroxime	Dirençli	
Cefuroxime - axetil	Dirençli	
Ciprofloxacın	Orta Duyarlı	
Ciprofloxacın	Orta Duyarlı	
Ertapenem	Duyarlı	
Fosfomicin	Orta Duyarlı	
Gentamicin	Dirençli	
Levofloksasin	Orta Duyarlı	
Levofloxacın	Orta Duyarlı	
Meropenem	Duyarlı	
Nitrofurantoin	Dirençli	
Piperacillin/Tazobactam	Duyarlı	
Siprofloksasin	Orta Duyarlı	
Trimethoprim/Sulfamethoxazole	Dirençli	

OLGU2

7 AY ERKEK HASTA

ŞİKAYET : ATEŞ

HİKAYESİ:

- 4 GÜNDÜR ATEŞ, ATEŞİ EN YÜKSEK 39,5 ÖLÇÜLMÜŞ.
- EK ŞİKAYETİ YOK , FİZİK MUAYENEDE ATEŞ DIŞINDA ÖZELLİK YOK

ÖZGEÇMİŞ :

- ÖZELLİK YOK
- AŞILARI:TAM

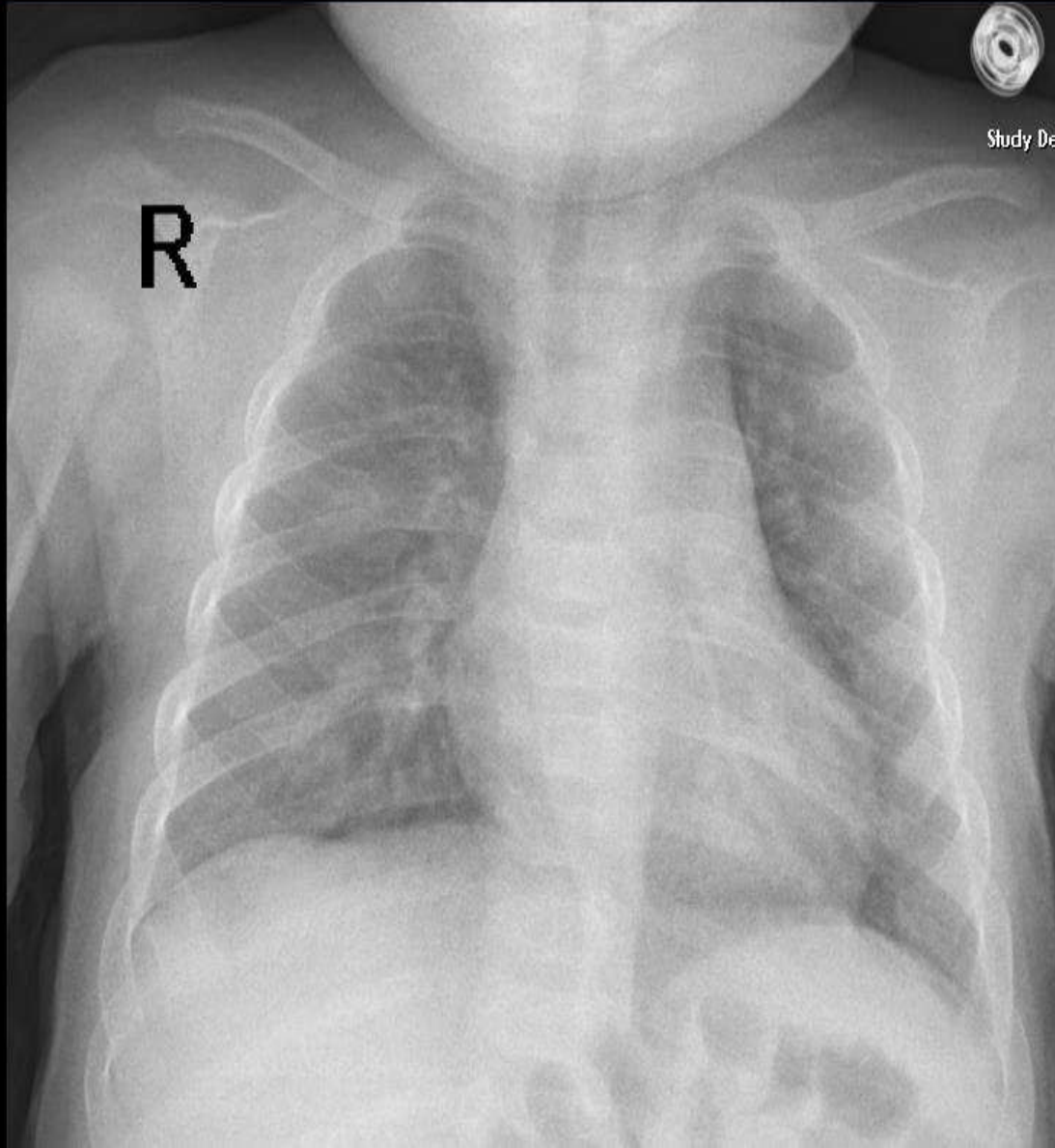
FİZİK MUAYENE :

- ORAL ALIM İYİ.
- VS: 37,6 °C
- FM:
- OROFARENKS: DOĞAL
- KULAK ZARI: DOĞAL
- SOLUNUM: HER İKİ AKCIĞER EŞİT HAVALANIYOR.
RAL YOK. RONKÜS YOK.
- KARDİYAK: S1+S2+RİTMİK
- KARIN: RAHAT. DEFANS YOK. REBOUND YOK.
ORGANOMEGALİ ELE GELMEDİ. BARSAK SESLERİ
NORMOAKTİF.
- ÖN FONTONEL: 2*2 CM HAFİF BOMBE
- AKTİF DÖKÜNTÜSÜ YOK

- TANI: AKUT ODAĞI OLMAYAN ATEŞ
- HANGİ TETKİKLERİ PLANLARSINIZ?
- PA AC GRAFİSİ
- SONDA İLE TIT, İDRAR KÜLTÜRÜ
- KAN KÜLTÜRÜ
- LOMBER POKKSİYON?

PAAC

ID:7978813
Name:UYU^UMUT
28.08.2018 M



Study Date:08.04.2019
Study Time:10:26:17
Study Desc:AKCÄ°ÄDER GRAFÄ°SÄ° P.A. (TEK YON)
Operator:mgr



- TİT→NORMAL
- İDRAR KX →ÜREME YOK
- WBC:18.000/uL ANS:15.000/uL CRP:80 mg/dl
- GENEL DURUMUNUN ORAL ALIMININ İYİ OLMASI NEŞELİ CANLI BAKIŞLI GÜLEN AKTİVİTESİ ÇOK İYİ OLAN HASTAYA LOMBER PONSİYON YAPILMADI (AĞIRLIĞI YAŞINA UYGUN TAM)
- TEK DOZ SEFTRİAKSON YAPILIP KONTROLE ÇAĞIRILDI

OLGU 3

- 5 yaş erkek hasta
- 4 gündür devam eden ateş, boğaz ağrısı, halsizlik nedeni ile başvuru
- Fizik muayenesinde orofarenks hiperemik, membranöz tonsiller +

- 3 gün önce dış merkeze başvuru, oral amoksisilin-klavulanik ait uygun dozda başlanmış, ayrıca deposilin yapılmış.
- Őikayetleri geçmeyince tekrar başvuru, WBC: 19500/ ul, CRP: 65 mg/dl, i.m seftriakson tedavisi balanmıř,
- Takibinde Őikayetleri geçmeyince hastanemize başvuru

- Ön tanı?
- VIRAL ÜSYE
- Tedavi
- Destek tedavisi

Teşekkürler.....

