

Solunum Yolu İnfeksiyonları

Ders-1

**“ VİRAL SOLUNUM YOLU ENFEKSİYONLARI ve BAKTERİYEL
TONSİLLOFARENJİTLER”**

**Prof. Dr. Emel YILMAZ
UÜTF-Enf Hast ve Mikrob AD
Görükle-BURSA**



- Plica vocalisin üst kısmına üst solunum yolu denir

Burun

Farenks

Epiglot

Paranasal sinüsler

Kulak

Rinit

İnfluenza

Tonsillofarenjit

Otit

Rinosinüzit

Epiglottit

Akut Tonsillofarenjit

Akut Tonsillofarenjit Etkenleri

Virüs (%70-80)	Hastalık	%
Rinovirüs	Soğuk algınlığı	20
Koronavirüs	Soğuk algınlığı,SARS	≥5
Adenovirüs (tip 3,4,7,14,21)	Farenjit, konjunktivit	5
Herpes Simpleks virüs (tip 1,2)	Jinjivit, stomatit	4
Parainfluenza virüs (tip 1-4)	Soğuk algınlığı, krup	2
İnfluenza virüs (tip A ve B)	Grip	2
Coxsackie virüs A (2,4-6,8,10)	Herpanjina	<1
Ebstein-Barr virüs	Enfeksiyöz mononükleoz	<1
Cytomegalovirüs	Sitomegalovirus mononükleoz	<1
HIV-1	Primer HIV enf	<1

Akut Tonsillofarenjit Etkenleri

Bakteri (%20-30)

S pyogenes

Grup C ve G BHS

Mikst aerop-anaerop

N gonorrhoeae

C diphtheriae

C ulcerans

Arcanobacterium haemolyticum

Yersinia enterocolitica

Treponema pallidum

Francisella tularensis

Chlamydia pneumoniae

Mycoplasma pneumoniae

Mycoplasma hominis

Fusobacterium necrophorum

Hastalık

Farenjit, tonsillit, kızıl

Farenjit, tonsillit

Jinjivit (Vincent anjini)

Farenjit

Difteri

Farenjit, difteri

Farenjit, skarlatiform döküntü

Farenjit, enterokolit

Sekonder sifiliz

Orofarengeal tularemi

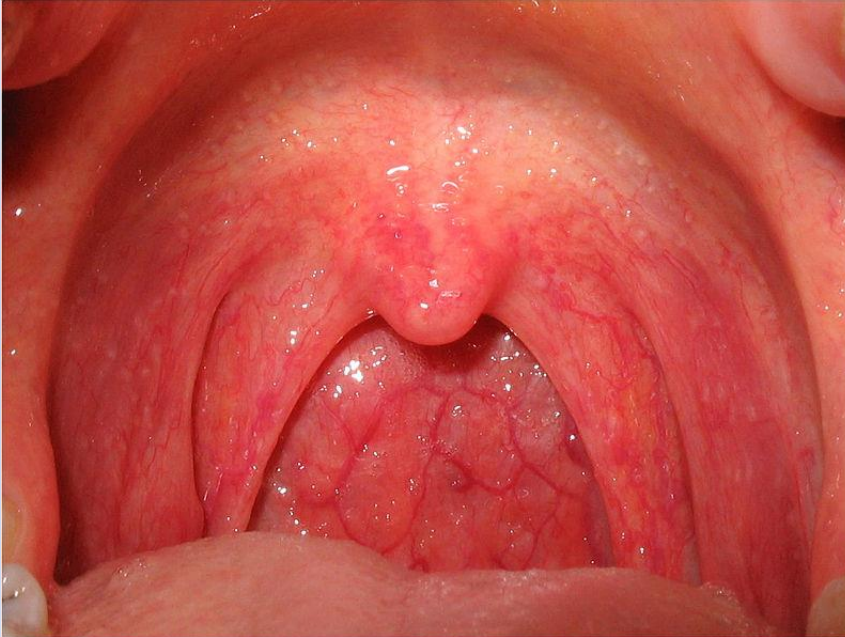
Pnömoni, bronşit, tonsillit

Pnömoni, bronşit, farenjit

Farenjit

Farenjit, tonsillit, Lemierre Sendromu

Viral Farenjit



- Viral
 - Konjunktivit
 - Nezle
 - Öksürük
 - İshal

Damakta peteşiyal kanama

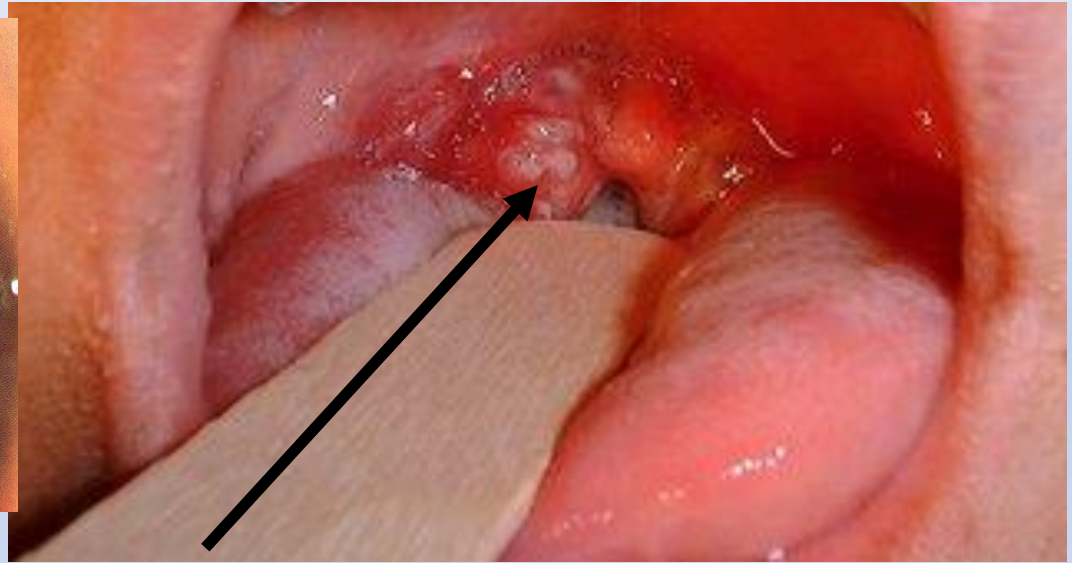
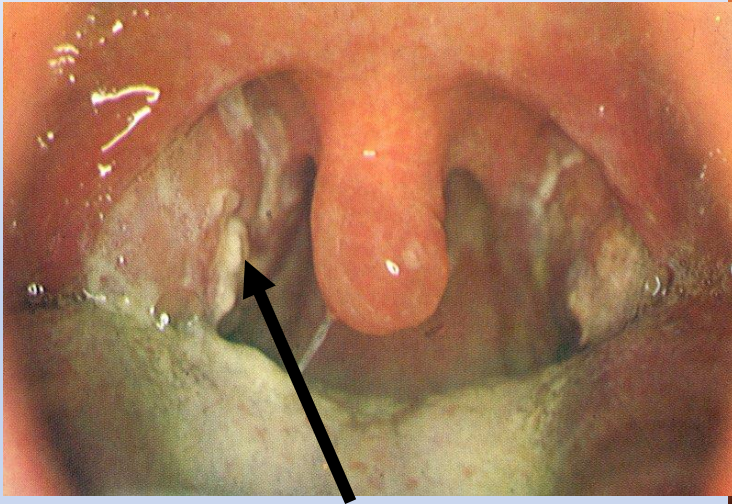


AGBHS

EMN

Kızamık

A Grubu Beta Hemolitik Streptokok



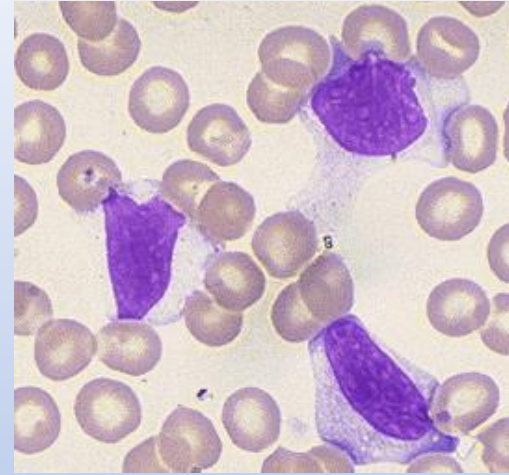
Eksüdatif Tonsillofarenjit $\neq$ Bakteriyel
İnfeksiyon



Herpes simpleks tip 1 ve 2

Coxcaki virüs (Herpangina)

Enfeksiyöz Mononüklez



LAM
Splenomegali

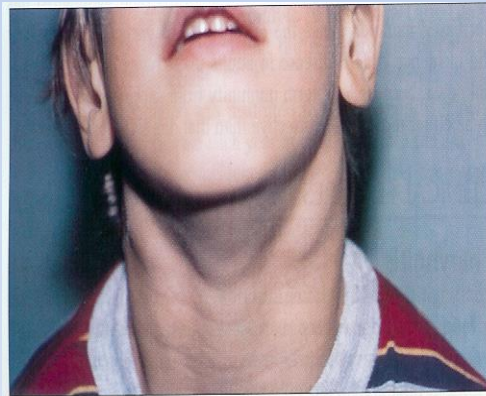


Fig. 31.4 Adenopathy associated with EBV.

Adenovirus Tonsillofarenjiti



Fig. 31.3 Adenoviral pharyngitis.

Difteri



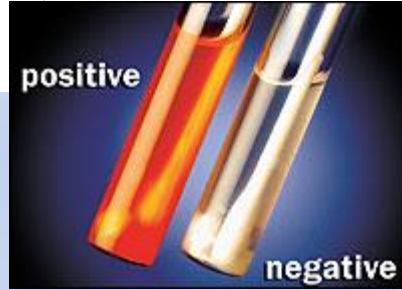
Kandidoz



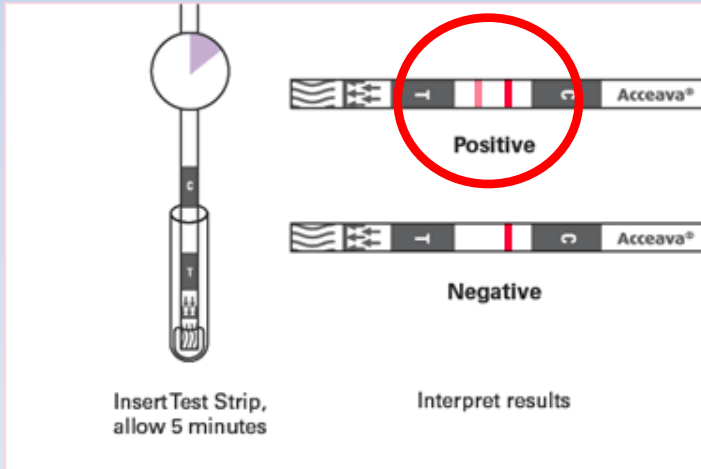
Tularemia



Hızlı Streptokok Antijen Tarama Testi



- Pahalı
- Her yerde yok



Spesifite %90
Sensitivite %75-85

Boğaz Kültürü-Altın Standart

- Her yerde kültür yapılmıyor
- Hastanın tekrar gelmesi gerekli
- Hasta ve doktor 24-48 saati beklemiyor

AGBHS Düşündüren Tonsillofarenjit

Klinik Puanlaması-Modifiye **CENTOR Kriteri**

- | | |
|------------------------------|----|
| – Ateş $>38^{\circ}\text{C}$ | 1 |
| – Öksürük olmaması | 1 |
| – Tonsillalarda eksüda | 1 |
| – Ön servikalde ağrılı LAM | 1 |
| – 5-15 yaş | 1 |
| – 15-44 yaş | 0 |
| – ≥ 45 yaş | -1 |

AGBHS Tonsillofarenjit olma ihtimali

- 0 Puan= %2-3 teste gerek yok
- 1 Puan= %4-6
- 2 Puan= %10-12
- 3 Puan= %27-38
- 4 Puan= %38-63
- 5 Puan

Test yapılmalı

Ampirik tedavi

Ateş
Öksürük Ø
Eksüda
Ağrılı LAM
5-15 yaş

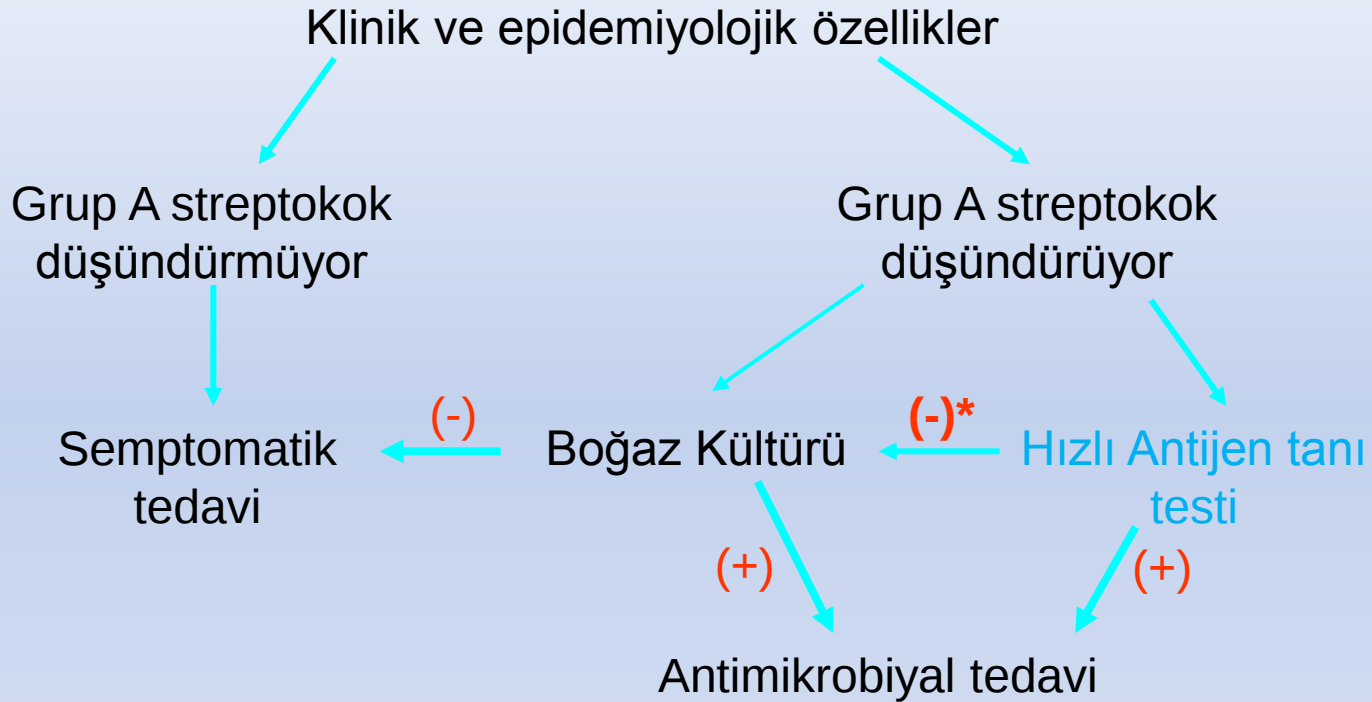
Tedavide Amaç

- Klinik şikayetlerin **kısa sürede düzelmesi**
- **Süperatif komplikasyonların** önlenmesi
 - Peritonsiller apse, AOM, pnömoni vs
- **Nonsüperatif** komplikasyonların önlenmesi
 - ARA, GN
- Yakın temastaki kişilere **bulaşın** önlenmesidir

Normalde kendini sınırlar

Akut Tonsillit Tanı ve Değerlendirmesi

Akut komplike olmayan tonsillit vakalarında tanısal yaklaşım



IDSA 2002 önerilerinde hızlı antijen testinin negatif olmasının Beta-hemolitik streptokok ekarte etmek için **yetişkinlerde** yeterli olduğu kabul edildi.

GABHS Tedavi Şeması

- Benzatin Penisilin G 1 200 000 Ü IM tek doz
- Penisilin V 4x250 mg PO 10 gün
- Amoksisilin 3x500 mg PO 10 gün
- Sefalekssin 2x 500 mg PO 10 gün

Penisilin alerjisi durumunda;

- Eritromisin steareate 4x500 mg PO 10 gün ????
- (piyasada yok)
- Azitromisin
 - 1. gün 500 mg 2-5. gün 250 mg PO 5 gün

- Penisilinle eradikasyon %10-30 oranında başarısızlık var
- GABHS'ta bildirilmiş penisilin direnci yok

Akut Tonsillofarenjitte Tedavi Başarısızlığı

- Beta-laktamaz yapan mikroflora
- Bakteriyel interferans
- Hasta **uyumunda yetersizlik**
- **Yetersiz doz**
- **Yetersiz tedavi süresi**
- Viral enfeksiyon GABHS taşıyıcılığı
- Direnç (makrolid)
- Uygun olmayan antibiyotik kullanımı

GABHS Taşıyıcıları

- **Tedaviye gerek yok** (ARA geçirme öyküsü, ailede ARA geçirmiş birey dışında)
- **Romatizmal ateş riski yok**
- **Süperatif komplikasyon riski yok**
- Bulaş riski son derece düşük

Çok Sayıda Kültür Pozitif Atak Geçiren Semptomatik Hastaların Tedavisi

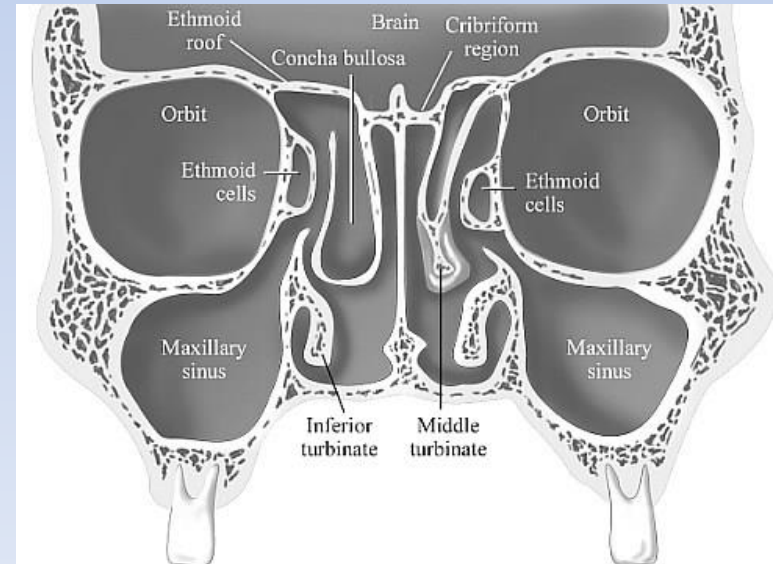
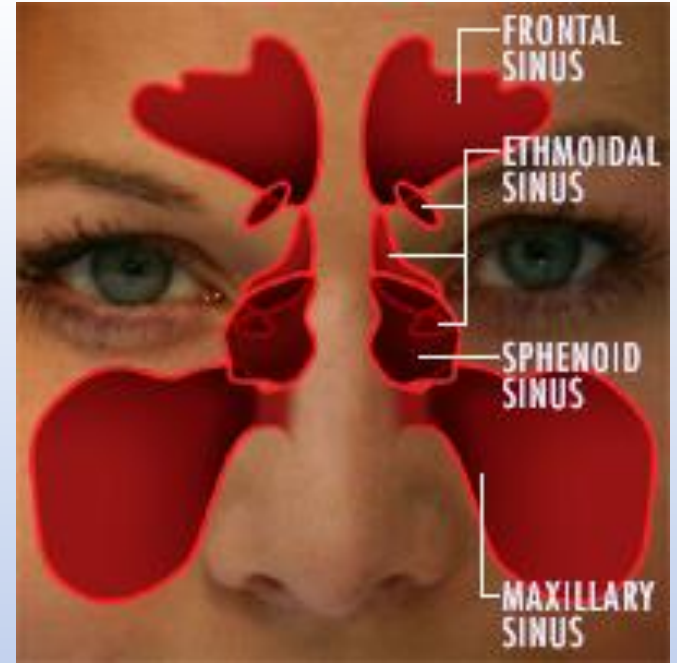
- Klindamisin 2-4x600 mg 10 gün
- Amoksisilin/klavunat 2x500 mg 10 gün
- Benzatin Penisilin G tek doz+Rifampisin 2x300 mg PO 4 gün

Akut Sinüzit

ABRS

- Maksiller
- Etmoid
- Frontal
- Sfenoid

En sık maksiller sinüzit
2. sıklık etmoid sinus izler



1. Akut : 30 gün <
 2. Subakut: 30-90 gün
 3. Kronik: 90 gün ≥
- Komplikasyonları nadir fakat ciddidir
 - İntrakraniyal komplikasyonlar
 - Menenjit
 - Beyin absesi
 - Orbital sellülit
 - Kavernöz sinüs trombozu
 - Epidural-subdural ampiyem

Akut Sinüzit Etkenleri

Akut Sinüzit

Virüsler	%	Bakteriler	%
Rinovirüs	15	<i>S pneumoniae</i>	31
İnfluenza virüs	5	<i>H influenzae</i>	21
Parainfluenza virüs	3	<i>S pneumoniae+ Hinfluenzae</i>	5
Adenovirüs	-	α hemolitik streptokoklar	9
		<i>M catarrhalis</i>	8
		Anaeroplara	6
		<i>S aureus</i>	4
		<i>S pyogenes</i>	2
		Gram negatifler	9

Kronik Sinüzit

Mantarlar

Semptom ve Bulgular

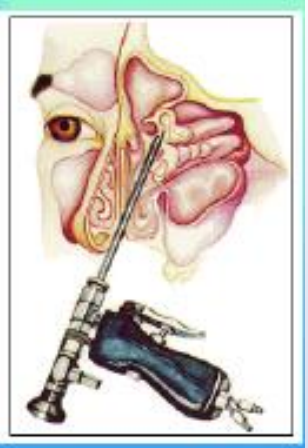
- Burun tıkanıklığı
- Pürülan akıntı
- Yüz ağrısı
- Maksiller diş ağrısı
- Ateş
- Öksürük
- Kulaklarda basınç
- Ağız kokusu



Akut sinüzit?



Akut bakteriyel
sinüzit??



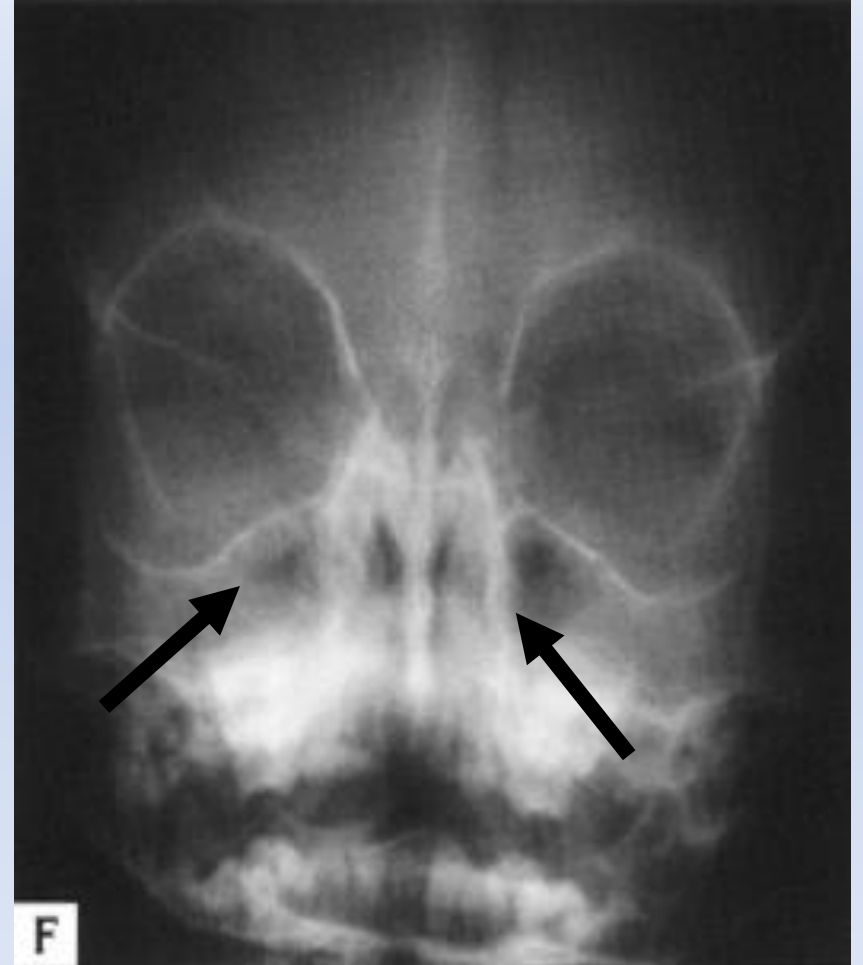
- Bakteriyel olduğunu gösteren hızlı, basit, güvenilir test yok
- Tanı;
 - Endoskopi
 - Grafi
 - BT
 - MR
 - USG
 - Kültür

Sinüs kültürü $>10^5/\text{mL}$ bakteri
altın standart
Pratik değil!
Uzmanlık gerekir
Ağrı yakınması fazla

Viral?
Bakteriyel?
Alerji?

Radyoloji

- Akut sinüzit:
radyografik kriterler;
 - Tam opasifikasyon,
 - En az 4 mm'lik mukozal kalınlaşma,
 - **Hava sıvı seviyesi varlığı**



Bilgisayarlı Tomografi



Viral?
Bakteriyel?
Ayrımı yapılamaz

- Tanı genelde **klirik** ve **öykü** ile konur
- Yakınmanın **süresi** ve **ciddiyeti** akut bakteriyel sinüzit için en belirgin kriterdir



Periorbital sellülit
Kafa içi abse
Kavernöz sinüs trombozu

**CERRAHİ
KONSULTASYONU**



Fig 32.4 Acute sinusitis with facial swelling and periorbital edema

Sinüzitte Tedavi Endikasyonları

- Spontan düzelme oranı
 - çocuklarda % 49,6
 - erişkinlerde %46,6
- Şikayetlerin **>7 gün olması**
(nazal akıntı veya obstrüksiyon, öksürük, baş ağrısı, ateş vs)
veya
- Semptomları 5-7 gün sonra kötüleşme gösterirse antibiyotik başlanır.
- Tedavi süresi 10-14 gündür

*****BT ve MRG: komplikasyonlu rekürren veya kronik sinüzit varlığında**

Akut Sinüzit

Dekonjestan
Atopide antihistaminik

Antibiyotik tedavisi
10-14 gün

Acil±
Komplikasyon

Tedaviye yanıt var

Tedaviye yanıt yok

Tomografi±
Nazal endoskopi

Farklı antibiyotik

Tedaviye yanıt yok

Tomografi±
Nazal endoskopi

Rekürren sinüzit?
Kronik sinüzit?

Aminopenisilin

Tedavi daha önce almışsa;
AMC
kinolonlar

Tedavi-Semptomatik

- Bol sıvı alımı
- 1. kuşak antihistaminikler Ø (Sadece alerjik sinüzit)
- Oral dekonjestanlar ✓
 - **Yaşlı, hipertansiyonu** olan hastada **dikkat**
- Topikal dekonjestanlar???
- Topikal antikolinerjik ???
- Tuzlu su ✓
- Buhar ✓
- Mukolitik ajanlar, proteolitik ajanlar?