

Orijinal Soru: Klinik Bilimler 121

121 Ateş, boğaz ağrısı ve boyunda şişlik yakınmalarıyla başvuran 28 yaşındaki kadın hastanın öyküsünden herhangi bir kronik hastalığı olmadığı, şikâyetlerinin bir haftadır olduğu, ateşinin düşmediği ve gittiği doktor tarafından verilen ampisilin kullanımı sonrası vücudunda ortaya çıkan yaygın döküntüler nedeniyle tekrar başvurduğu öğreniliyor. Fizik muayenede orofarenks hiperemik, posteriyor servikal bölgede daha belirgin, ağrısız ancak palpasyonla hassas en büyüğü 0,5x0,5 cm boyutunda yaygın lenfadenopati ve batın sol üst kadranda hassasiyet saptanıyor. Laboratuvar tetkiklerinde beyaz küre sayısı 24.000/mm³ (%76 lenfosit), Hb 11,8 g/dL, trombosit sayısı 125.000/mm³, AST 110 U/L, ALT 154 U/L bulunuyor.

Bu hastada en olası ön tanı ve öncelikli olarak istenmesi en uygun tetkik aşağıdakilerden hangisinde birlikte verilmiştir?

- A) Akut tonsillit – Boğaz kültürü
- B) Hepatit B – Anti – Hbc total
- C) Enfeksiyöz mononükleoz – Anti-EBV VCA IgM
- D) Toksoplazmoz – Anti-toxoplasma IgM
- E) Kızamıkçık – Anti-rubella IgM

Doğru Cevap:C

ENTEGRE NOTLARIMIZDAN REFERANSLAR

İLGİLİ NOTLAR



TUS HAZIRLIK MERKEZLERİ

7

Streptokoksik farenjitlerde **nötrofilik lökositoz** tipiktir. C reaktif protein genelde pozitifdir. Boğaz kültürü, farenjit varlığında kesin tanı koydurmakla birlikte, her pozitif sonuç enfeksiyon anlamına gelmez. Klinik uygun, **hızlı streptokok antijen belirleme testi** (HSABT) pozitifse tanı kesindir, negatifse boğaz kültürüne baş vurulur. Oldukça özgül (>%95) olmasına karşın HSABT'nin duyarlılığı kültürden düşüktür (%90-95'e karşı %80-90). Boğaz kültürünün **antibiyogramı yapılmaz**.

Tedavide, ilk klinik belirtiyi izleyen **dokuz gün** içerisinde **tek doz benzatin penisilin** veya **10 gün, günde tek doz amoksisilin, penisilin allerjisinde makrolidler, taşıyıcılıkta ise 10 gün klindamisin** kullanılır. İlk doz antibiyotikten 24 saat sonra bulaştırmalık biter.

Önceki yılda yedi kezden, iki ardışık yılda beş kez/yıl'dan ya da üç ardışık yılda üç kez/yıl'dan daha fazla tonsillit atağı söz konusu olduğunda **tonsillektomi** düşünülebilir. Bununla birlikte, tonsillit sıklığının zamanla azalacağı, tekrarlardan ciddi düzeyde etkilenecek hasta sayısının fazla olmaması, çoğu hastada tonsillektominin sınırlı yarar sağlaması ve operasyonun taşıdığı riskler göz önüne alındığında, **tonsillektomi kararının titizlikle verilmesi** önerilmektedir.

Streptokoksik farenjitin **otitis media (en sık)**, peritonsiller ve parafarenjial apse, lenfadenit, mastoidit, sinüzit gibi **lokal komplikasyonlarının** yanı sıra, nadiren beyin apsesi, menenjit, artrit (farenjit sonrası <10 günde), osteomyelit, nekrotizan fasiit, toksik şok sendromu gibi **sistemik, toksik ve uzak piyogenik komplikasyonları** da vardır. Zamanında tedavi edilmemiş AGBHS tonsillit olgularının önemli non-süpüratif komplikasyonları; akut romatizmal ateş (M3, 18 kökenleri) ve akut (diffüz proliferatif) glomerulonefrit (M12 kökenleri).

Klinik Bilimler 121. soru

Tusdata Entegre Enfeksiyon Hastalıkları (Volkan Özgüven) 1. Fasikül Sayfa 007

Çok şiddetli boğaz ağrısı streptokoktan uzaklaştırılmalıdır; özellikle palatal **peteşi, çok büyük (öpüşen), membranlarla örtülmüş tonsillalar ve büyük, paketler yapmış (konglomere) lenf nodlarının varlığı**, öncelikle **EBV tonsillitini** akla getirmelidir. Lenfositik lökositoz ve transaminaz patolojileri elde edilir.

Palatal peteşi bulunmasına rağmen **burun tıkanıklılığı, öksürük ve göz yaşarması** varlığında ise etken olarak **adenovirüs** düşünülmelidir.

Difteride ise tonsillaları aşmış, **çekince kanayan psödomembranlar** ve **boğa boynu** görülür; genel durum bozukluğuna rağmen, ateş genelde çok yüksek değildir.

Kızamıkçıkta tipik maküler cilt döküntüleri, farenjit olmaksızın yumuşak ve sert damakta peteşiler (**Forchheimer döküntüleri**) ve konglomere servikal LAP (**Theodor arazi**) vardır (Tablo-1).

Tablo-1: Farenjit ve/veya servikal LAP ile seyreden hastalıkların ayırıcı tanısı

	Ateş	Farinks/Klinik	LAP	Damak peteşisi	Laboratuvar
Streptokoksik	Çok yüksek	Hiperemik, nokta ve eksüda	Ön servikal, tek tek	Var	Nötrofilik lökositoz

Klinik Bilimler 121. soru

Tusdata Entegre Enfeksiyon Hastalıkları (Volkan Özgüven) 1. Fasikül Sayfa 008

EBV mononükleoz	Değişken, yüksek	Çok şiş ve çok ağrılı, gri-beyaz membranlar, hepatomegali, splenomegali	Konglomere	Var	Atipik lenfositoz, lökositoz, heterofil antikor pozitifliği, seroloji
Adenoviral	Orta düzeyde	Membranlı; ek olarak konjunktivit, rinore, öksürük	Belirleyici değil	Var	Lökopeni, lenfositoz
Rubella	Subfebril	Farenjit yok; cilt döküntüleri	Konglomere, Theodor arazi	Var, Forchheimer	Lökopeni, lenfositoz, seroloji
Rubeola	Yüksek	Enantemler, Koplik lekeleri	Belirleyici değil	Yok	Lökopeni, lenfositoz, seroloji
Hodgkin lenfoması	Dalgali, Pel-Ebstein ateşi	Farenjit yok	Konglomere, lastik kıvamlı	Yok	Değişken, yanıtıcı, lenf nodu biyopsisi

LARENJİT**Etkenler**

Solunum yolunda enfeksiyonlara neden olabilen bütün virüsler larenjite de yol açabilir. En sık etkenler influenza virüsü, adenovirüs, rhinovirüs, coronavirüs ve parainfluenza virüstür. *Chlamydia pneumoniae*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Bordetella pertussis*, *Corynebacterium diphtheriae* ve farenjit etkeni streptokoklar da akut larenjite yol açabilen bakteriyel patojenlerdir. Akciğer tüberkülozunun kronik bir komplikasyonu olarak ya da primer olarak larinks tüberkülozu görülebilir.

Epidemiyoloji

Bütün akut solunum yolu semptomlarının %2'si akut larenjit ile açıklanabilmektedir. Kadınlarda erkeklerden daha sık rastlanır.

Klinik Özellikler

Akut larenjit; ses kısıklığı, seste boğuklaşma, afoni ve kuru öksürükle giden bir enfeksiyon hastalığıdır. Diğer üst solunum yolu enfeksiyonlarıyla birlikte geliştiğinde tabloya nezle ve boğaz ağrısı da eklenebilir.

Tedavi

Semptomlara yöneliktir.