

# Orijinal Soru: Klinik Bilimler 124

124.Her iki gözde kızarıklık ve sulanma, ateş, boğaz ağrısı ve öksürük yakınmalarıyla başvuran 23 yaşındaki kadın hastanın öyküsünden iki önce yüzme havuzuna girdiği ve birlikte gittiği arkadaşında da benzer yakınmalar olduğu öğreniliyor. Fizik muayenede vücut sıcaklığı  $38,4^{\circ}\text{C}$ , konjunktivalarda kızarıklık, farinkste yaygın hiperemi ve ağrılı servikal lenfadenopati saptanıyor.

Bu tabloya yol açabilecek en olası etken aşağıdakilerden hangisidir?

- A) Adenovirus
- B) Acanthamoeba spp.
- C) Coronavirus
- D) Haemophilus influenzae
- E) Streptococcus pyogenes

Doğru Cevap:A

## ENTEGRE NOTLARIMIZDAN REFERANSLAR

## İLGİLİ NOTLAR



TUS HAZIRLIK MERKEZLERİ

7

Streptokoksik farenjitlerde **nötrofilik lökositoz** tipiktir. C reaktif protein genelde pozitiftir. Boğaz kültürü, farenjit varlığında kesin tanı koymakla 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 bulaşınçılık 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 sağlama 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), osteomiyelit, nekrotizan fasit, toksik şok sendromu gibi **sistemik, toksik ve uzak piyojenik komplikasyonları** da vardır. Zamanında tedavi edilmemiş AGBHS tonsillit olgularının önemli non-süpüratif komplikasyonları; akut romatizmal ateş (M3, 18 kökenleri) ve akut (diffüz proliferatif) glomerülonefrit (M12 kökenleri).

### Diger Önemli Farenjitler

*Fusobacterium necrophorum*; farenjit, peritonsiller apse ve **internal juguler ven septik trombozu** ile seyreden **Lemierre sendromu** olgularının %80'inden sorumludur.

Klinik Bilimler 124. soru  
Tusdata Entegre Enfeksiyon Hastalıkları (Volkan Özgüven) 1. Fasikül  
Sayfa 007

Palatal petesi bulunmasına rağmen **burun tikanıklığı, öksürük ve göz yaşaması** varlığında ise etken olarak **adenovirus** düşünülmelidir.

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

**Kızamıkçıktı** 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 ayırcı tanısı

	Ateş	Farinks/Klinik	LAP	Damak peteşisi	Laboratuvar
Streptokoksik	Çok yüksek	Hiperemik, noktavi eksüda	Ön servikal, tek tek	Var	Nötrofilik lökositoz
Difteri	Genelde subfebril	Tonsillayı aşan psödomembran	Konglomere, Bull neck	Yok	Belirleyici özellik yok
EBV	Değişken, yüksek	Çok şiş ve çok ağırlı, gri-beyaz membranlar,	Konglomere	Var	Atipik lenfositoz, lökositoz, heterofil antikor

**Klinik Bilimler 124. soru**

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

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	Dalgalı, Pel-Ebstein ateşi	Farenjit yok	Konglomere, lastik kıvamlı	Yok	Değişken, yanılıcı, lenf nodu biyopsisi

**LARENJİT****Etkenler**

Solunum yolunda enfeksiyonlara neden olabilen bütün virüsler larenjite de yol açabilir. En sık etkenler influenza virüsü, adenovirus, rhinovirus, coronavirus ve parainfluenza virüstür. *Chlamydophila 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 açıklanabilmştir. 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 yöneliktedir.