

Üç Yaşında Persiste Kulak Ağrılı ve Ateşli Çocuk

A three year-old Child with Persistent Otalgia and Fever

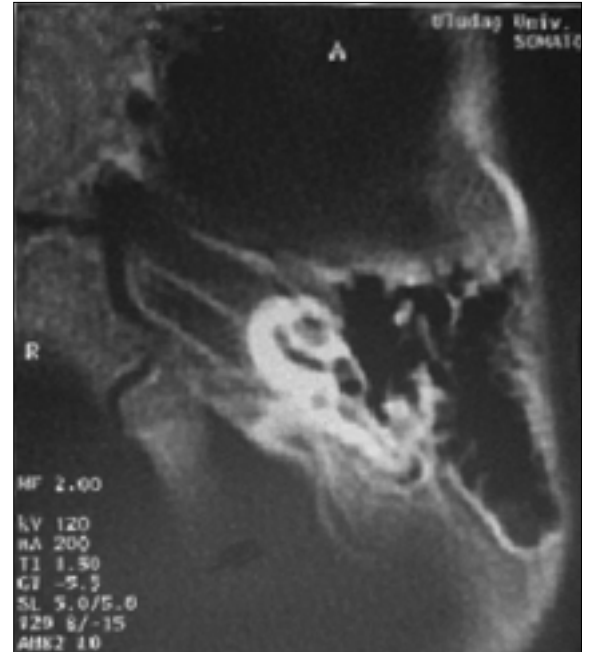
Solmaz Çelebi, Mustafa Hacımustafaoğlu
Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı
Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı , Bursa, Türkiye

Üç yaşında erkek olgu, 2 gün önce ateş yüksekliği yakınması ile başvurdukları sağlık kuruluşunda ağızdan amoksisilin tedavisi başlanmış. Tedaviye rağmen ateş yüksekliği devam eden olgunun kulak ağrısı yakınması olması nedeniyle çocuk acil polikliniğine başvurdu. Sık enfeksiyon geçirme öyküsü yok. Fizik muayenede; ateş 39.0 °C (aksiler), sağ kulak zarı kızarıklık, kalınlaşmış ve bombe, kulak arkasında şişlik, hassasiyet

ve kızarıklık saptandı. Hemogramında; lökosit:36,000/mm³, Hb:11.4 g/dL, trombositler: 247,000/mm³ (periferik yaymada %60 polimorf nüveli lökosit), CRP:17,9 mg/dL ve sedimantasyon hızı: 40 mm/saat olarak saptandı. Olgu tetkik ve tedavi amacıyla kliniğe yatırıldı. Olgunun temporal kemik yüksek rezonanslı bilgisayarlı tomografisi (HRCT) şekil 1 ve şekil 2'de görülmektedir.



Şekil 1. Temporal HRCT görünümü (sağ)



Şekil 2. Temporal HRCT görünümü (sol)

Yazışma Adresi
Correspondence Address
Dr. Solmaz Çelebi
Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı
ve Hastalıkları Anabilim
Dalı, Çocuk Enfeksiyon
Hastalıkları Bilim Dalı
16059 Görükle, Bursa,
Türkiye
Tel./Fax: +90 224 442 81 43
E-posta:
solmaz@uludag.edu.tr

Not: Olgunun tartışması 50. sayfada devam etmektedir.

Tanınız Nedir? (Devamı) Instructive Case (Continued)

Tartışma

Olgunun akut otitis media (AOM) ve akut mastoidit tanılarıyla yatışı yapılarak, sağ kulak zarına miringotomi yapıldı, bol pürülan materyal direne edildi. Alınan materyalin gram boyamasında gram pozitif koklar ve bol polimorf nüveli lökositler saptandı. Olguya parenteral sefuroksim (200 mg/kg/gün) ve klindamisin (40 mg/kg/gün) tedavileri başlandı. Materyalinin kültüründe *Streptococcus pyogenes* üredi. Temporal HRCT'sinde sağ mastoid hücre aerasyonunun belirgin şekilde azaldığı saptandı. Akut mastoidit ile uyumlu olarak bulunan olguda tedavi ile klinik bulguları düzeldi. Parenteral tedaviye yanıt alınan olguya masteidektomi uygulanmadı.

Akut mastoidit, orta kulak enfeksiyonuna bağlı gelişen nadir ancak ciddi komplikasyondur. Küçük bebeklerde mastoid hücreler tam gelişmediğinden, antrumun tıkanıklığı mastoidit gelişimi için yeterlidir. Büyük çocuklarda ise üç evrede gelişir; başlangıçta additus ad antrumda tıkanıklık sonucu mastoid hücrelerde eksuda birikir, ilerleyen dönemde pürülan materyal periosteuma yayılır, ardından periosteit ve subperiosteal abse gelişir (1). Orta kulak enfeksiyonu tedavisi almayan ya da uygunsuz tedavi alan olgularda mastoidit sık görülmesine karşın, yapılan çalışmalarda tanıdan önce antibiyotik kullanımının akut mastoidit komplikasyonunu her zaman önlemediği bildirilmektedir (2). Olgumuz AOM tanısı ile ağızdan amoksisilin tedavisi kullanmasına rağmen akut mastoidit komplikasyonu gelişmişti. Son yıllarda özellikle küçük bebeklerde tam nedeni belirlenememesine rağmen akut mastoidit sıklığında artış olduğu bildirilmektedir (1,3,4). Akut mastoidit bebeklerde ve üç yaşından küçük çocuklarda daha ağır seyir gösterir (5). Güney İsrail'de yapılan çalışmada 14 yaşından küçük çocuklarda akut mastoidit sıklığı

6.1/100.000 olarak bulunmuştur (5). Antibiyotik kullanımından önce akut mastoidit sıklığı AOM'lı çocukların %20'sinde görülmekte iken, bu oran %2.8'e gerilemiştir (6). *Streptococcus pneumoniae* ortakulak sıvısından en sık izole edilen etken mikroorganizma olmasına karşın, akut mastoidit'de *Streptococcus pyogenes* sıklığının AOM'dan yüksek olduğu bildirilmektedir (1). Yapılan çalışmalarda *S.pneumoniae* akut mastoidit'li olguların %9.9'unda, AOM'lu olguların ise %35'den izole edilmiştir (7,8). Olgumuzdan miringotomi ile alınan materyalin kültüründe *S.pyogenes* üremesi oldu, antibiyoterapi ile klinik bulguları düzeldi. Akut mastoidit'li çocuklarda cerrahi olarak masteidektomi antibiyotik tedavisine yanıt vermeyen olgulara, kolesteatoma ya da temporal kemik dışı süpüratif komplikasyonu varsa önerilmektedir (9). Olgumuza miringotomi ve antibiyoterapi uygulandı, klinik yanıt alınması nedeniyle masteidektomi uygulanmadı.

Kaynaklar

1. Niv A, Nash M, Slovik Y, et al. Acute mastoiditis in infancy: the "Soroka" experience: 1990-2000. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2004; 68: 1435-9.
2. Linder TE, Briner HR, Bischoff T. Prevention of acute mastoiditis: fact or fiction? *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2000; 56: 129-34.
3. Hoppe JE, Koster S, Bootz F, Niethammer D. Acute mastoiditis: relevant once again. *Infection* 1994; 22: 178-82.
4. Bahadori RS, Schwartz RH, Ziai M. Acute mastoiditis in children: an increase in frequency in Northern Virginia. *Pediatr Infect Dis J* 2000; 19: 212-5.
5. Katz A, Leibovitz E, Greenberg D, et al. Acute mastoiditis in Southern Israel: a twelve year retrospective study (1990 through 2001). *Pediatr Infect Dis J* 2003; 22: 878-82.
6. Fliss DM, Leiberman A, Dagan R. Medical sequelae and complications of acute otitis media. *Pediatr Infect Dis J* 1994; 13: S34-40.
7. Luntz M, Brodsky A, Nusem S, et al. Acute mastoiditis-the antibiotic era: a multicenter study. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2001; 57: 1-9.
8. Bluestone CD, Stephenson JS, Martin LM. Ten-year review of otitis media pathogens. *Pediatr Infect Dis J* 1992; 11(Suppl): S7-11.
9. Taylor MF, Berkowitz RG. Indications for mastoidectomy in acute mastoiditis in children. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 2004; 113(1): 69-72.