

Boğaz Kültürü/Sorular

Threat Culture/Questions

Mustafa Hacımustafaoğlu

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı,
Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı, Bursa, Türkiye

Soru 1: Grup A Beta hemolitik streptokok (GABHS) üreyen bir çocukta penisilin tedavisinden 10 gün sonra tekrar üreme gördük. Tekrar tedavi vermek gerekir mi? Taşıyıcılık tedavisinde nasıl davranmak gerekir?

Soru 2: Ayaktan olgularda boğaz kültürünün nasıl yorumlanması gerektiğini kısaca özetleyebilir misiniz?

(Bu soruların benzerleri değişik hekimler tarafından sorulmuş olup iki soru şeklinde özetlenmiştir)

Yanıt 1 ve 2 (Mustafa Hacımustafaoğlu, Bursa, Türkiye):

Üst solunum yolu enfeksiyonları en sık görülen, doktora başvuru çocukluk hastalıklarındandır. Akut tonsilofarenjitler üst solunum yolu enfeksiyonlarının en sık bölümünü oluşturur. Viral enfeksiyonlar en sık görülen etkenlerdir.

Boğaz kültüründe GABHS ve bazı az görülen bazı diğer etkenlerin (boğmaca etkeni; *Bordetella pertussis*, difteri etkeni, *Corynebacterium diphtheriae*, tüberküloz mikobakterisi, *Mycoplasma pneumoniae* gibi) üremesi anlamlıdır. Diğer bakterilerin boğaz kültüründe üremesi sıklıkla kolonizasyon elemanları olduklarından genellikle anlamlı değildir ve kültürde rapor edilmemeleri gerekir ve tedavide dikkate alınmaz. Akut otitis medya ve sinüzit olgularında orta kulak sıvısı ve sinüs sıvısından aspire edilen örneklerin kültürü etiyolojik olarak anlamlıdır. Bu olgularda boğaz kültüründe üremeleri ise gerçek etken veya kolonizasyon ayrımı yapılamadığından dikkate alınmaz.

Bakteriyel enfeksiyonlardan akut tonsilofarenjit açısından klinik önemi olan tek etken grup A Beta hemolitik streptokoktur (GABHS). Tekrarlayan viral akut tonsilofarenjit olguları bazen tekrarlayan GABHS olguları olarak değerlendirilebilir. Boğazda mevcut GABHS taşıyıcılığı bu çerçevede tekrarlayan GABHS akut tonsilofarenjit olarak düşünülebilir. GABHS tanısını destekleyen bulgular arasında; ani başlayan ateş, servikal lenf adenit bulguları,

boğaz ağrısı, baş ağrısı, karın ağrısı varsa makülopapüler kızıl döküntüsü önemlidir. Viral tonsilofarenjiti özellikle destekler bulgular arasında (GABHS'nin aksine) ses kısıklığı, burun akıntısı, ishal, belirgin öksürük sayılabilir. Ancak kesin tanının sadece kültür pozitifliği ile konulacağını akılda tutmak gerekir. Bu yüzden klinik açıdan özellikle GABHS'ı destekler bulguları olan 2 yaş üzeri ve okul çağı bir çocukta boğaz kültürü endikasyonu vardır. Akut tonsilofarenjit kliniği olan bir çocukta boğaz kültürü yapmanın tek amacı GABHS varlığını saptamak ve penisilin tedavisi konusunda karar verebilmektir. Çok özel risk durumları dışında, akut tonsilofarenjiti olan bir çocukta diğer bakterilerin üremesi klinik olarak anlamsızdır. Diğer üreyen bakteriler için antibiyogram yapılmamalıdır, yapılmış antibiyogram dikkate alınmamalı ve buna yönelik tedavi planı yapılmamalıdır. GABHS üremesi rapor edildiğinde ayrıca kültür antibiyogram yapılmasına gerek yoktur rutin olarak on günlük penisilin tedavisi verilebilir. Penisilini tolere edemeyen olgulara, ampisilin, amoksisilin, dar spektrumlu sefalosporin (birinci kuşak) verilebilir. Penisilin alerjisi olan çocuklarda eritromisin verilebilir. Eritromisini tolere edemeyen olgulara klaritromisin (10 gün) veya azitromisin (5 gün) verilebilir. Bazı antibiyotikler ile daha kısa tedavi uygulaması da yapılabilir, ancak standart tedaviler yukarıda belirtildiği gibidir. GABHS penisiline esas olarak duyarlıdır. Dirençli suş bildirilmemiştir. FDA GABHS üreyen olgularda penisilin ve diğer beta laktam antibiyotikler için rutin antibiyogramın klinik açıdan gerekli olmadığını belirtmektedir. Bu nedenle orta derecede duyarlı veya dirençli suşların üremesi halinde, test edilmek üzere referans laboratuvarına gönderilmeleri gerekir. Tedaviden sonra boğaz kültüründe tekrar GABHS üremesinin devam etmesi beklenen bir durum değildir. Bu durum taşıyıcılığa bağlı olabilir. GABHS taşıyıcılığında streptokoka bağlı aktif enfeksiyon bulguları mevcut değildir. ASO yüksekliği beklenmez ve romatizmal ateş gibi geç komplikasyonlar genellikle gelişmez. Taşıyıcıların normalde tedavi endikasyonu yoktur. Ancak çevrede akut

Yazışma Adresi

Correspondence Address

Dr. Mustafa
Hacımustafaoğlu
Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı
ve Hastalıkları Anabilim
Dalı, Çocuk Enfeksiyon
Hastalıkları Bilim Dalı
16059 Görükle, Bursa,
Türkiye
Tel./Fax: +90 224 442 87 29
Faks: +90 224 442 87 49
E-posta:
mkemal@uludag.edu.tr

romatizmal ateş veya post streptokoksik glomerulonefrit salgını varsa, kapalı bir çevrede (kreş, sınıf gibi) GABHS akut tonsilofarenjit salgını varsa, aile içinde belli bir sürede ardışık veya tekrarlayan semptomatik GABHS akut tonsilofarenjit vakaları varsa, ailede akut romatizmal ateş profilaksisi alan bir başka çocuğun varlığında veya hastanın akut romatizmal ateşli bir çocuk olması durumunda veya ailenin bu konuda çok tedirgin olduğu durumlarda taşıyıcıların tedavi edilmesi gündeme gelebilir. Bunun için Klindamisin (20 mg/kg/gün, oral, 10 gün), Amoksisilin/klavulonik asit (50-90mg/kg/gün, oral 10 gün), Azitromisin (12 mg/kg/gün, oral 5 gün) veya kombinasyon tedavisi verilebilir. Kombinasyon tedavisi için penisilin V veya penisilin G benzetin rutin dozlarına ek olarak tedavinin son 4 gününde oral rifampisin (20 mg/kg/gün 2 doza bölerek) eklenebilir. Bu tedavilerle eradike edilen olgularda daha sonra uzun süreli takipte tekrar GABHS kolonizasyonu gelişebilir.

Akut otitte kulak sıvısı, sinüzitte sinüs sekresyon sıvısı gibi solunum yolu örneklerinde üreyen *Haemophilus* spp de bazı klinik ile ilişkili mikrobiyolojik değerlendirmeler yapılabilir. Ampisiline duyarlı olan suşlar aynı zamanda amoksisiline de duyarlıdır. Hemophilus spp beta laktamaz üretebilir. Beta laktamaz pozitif olan suşlar ampisilin ve amoksisiline dirençlidir. Bu nedenle beta laktamaz testi hızlı bir ampisilin/amoksisilin duyarlılık testi olarak kabul

edilebilir. Çok nadiren bazı nadir *Haemophilus* suşları beta laktamaz negatif olmalarına rağmen ampisilin dirençlidir (Beta laktamaz negatif, ampisilin rezistan suşlar; BLNAR). BLNAR suşları ampisilin/klavulonik asit ampisilin sefaklor, sefprozil, sefuroksim, lorakarbef gibi antibiyotiklere invitro duyarlı gözükse de rezistan kabul edilmelidir. Bunlara, eğer duyarlı iseler, üçüncü kuşak sefalosporinler uygun bir alternatif olarak düşünülebilir. Aslında durumunda klinik açıdan, antibiyogram tedavinin yönlendirilmesinde şart değildir. Antibiyogramın özellikle sürveyans ve epidemi analizi durumlarında yararı olur. Aslında pratikte solunum yolu örneklerinde üretilen *Haemophilus* spp de, antibiyogram yapılamayan durumlarda verilen ampirik tedavi yaklaşımları genellikle klinik başarı sağlar. Antibiyogram olmadan ampirik olarak; antibiyotik yazılması durumunda amoksisilin/klavulonik asit, azitromisin, klaritromisin, sefaklor, sefprozil, sefuroksim, lorakarbef, sefiksime, verilebilir.

Kaynaklar

1. American Academy of Pediatrics. (Hepatitis B). In: Pickering LK, Baker CJ, Long SS, McMillan JA, eds. Red Book: 2006 Report of the Committee on Infectious Diseases. 27th ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 2006: 335-55.
2. Antibiyotik duyarlılık testleri için uygulama standartları: onbeşinci bilgi eki, Gür D (editör). Ankara, Bilimsel Tıp, Ocak 2005.