

ACIL SERVİSTE BİR ERİŞKİN EPIGLOTTİT OLGUSU

Şahender Gülbin AYGENCEL, Betül AKBUĞA, Ayfer KELEŞ, Ahmet DEMİRCAN

Akut epiglottit potansiyel olarak ani hava yolu obstruksiyonu yapması nedeniyle yaşamı tehdit eden hastalıklardan biridir. Sıklıkla çocukluk çağında görülmekle birlikte erişkinde de görülebilir. Erişkin döneminde nadir görüldüğü için sıklıkla yanlış tanı alabilir. Burada 43 yaşında ağır infeksiyöz epiglottit tanısı alan bir erkek hasta sunulmuştur. Başlangıçta medikal tedavi verilmiş; fakat medikal tedavi başarısız olmuş ve hastaya hava yolu kontrolü amacıyla trakeotomi açılmıştır. Erişkinde bu hastalığın belirti ve bulgularının bilinmesi erken tanı ve doğru tedavide yol gösterir; morbidite ve mortaliteyi azaltır.

Anahtar Kelimeler: erişkinde epiglottit, tedavisi.

A CASE OF ADULT EPIGLOTTITIS IN THE EMERGENCY DEPARTMENT

Acute epiglottitis, a serious life-threatening disease because of its potential for sudden upper airway obstruction, is most commonly seen in children, although it can occur in adults. Because acute epiglottitis is uncommon in adults, it is often misdiagnosed. We report here the case of a 43-year-old man with serious acute infectious epiglottitis. He was treated first medically but medical treatment failed, and tracheotomy was performed for airway management. Knowledge of the symptoms and signs of the disease lead to early diagnosis and appropriate management, thereby reducing morbidity and mortality rates in adults.

Key Words: adult epiglottitis, management.

GİRİŞ

Akut epiglottit supraglottik yapıların lokal inflamasyonudur. İnfeksiyöz, kostik veya termal sebeplere bağlı olarak görülebilir. Erişkinde insidansı 0,97-2,8 / 100 bin kişidir. Mortalitesi % 0-30 arasında değişmektedir. Erişkinde daha geniş ve rijid bir üst hava yolu yapısının olması nedeniyle pediatrik yaş grubuna göre hava yolu obstruksiyonu açısından daha düşük risk taşımaktadır. Fakat hastalığın erişkinde nadir görülmesi, başlangıç bulgularının silik olması nedeniyle sağlık personeli tarafından kolaylıkla gözden kaçabilmektedir. Bu da erişkinde zaman zaman hayatı tehdit edebilen ve hızla hava yolu obstruksiyonuna gidebilen durumlara neden olabilmektedir (1). Aşağıda erken tanı almış, medikal tedaviye yanıt vermemiş ve hava yolu açıklığının sağlanması için trakeotomi uygulanmış bir erişkin akut epiglottit olgusu sunulmuştur.

OLGU SUNUMU

43 yaşında erkek hasta iki gündür devam eden ateş, boğaz ağrısı, nefes darlığı, yutkunmada güçlük ve boyun hareketlerinde kısıtlılık şikayetleri ile acil servisimize başvurdu. Hastanın özgeçmişinde bir özellik yoktu. Fizik muayenesinde taşikardi (120/dakika), takipne (32/dakika), ateş (38,7°C), stridor, ses kısıklığı, boyunun sol tarafında şişlik ve hassasiyet, boyunun fleksiyonunda ağrı ve kısıtlılık bulguları mevcuttu. Hastanın orofaringeal muayenesinde sadece hiperemi görüldü. Laboratuvar bulgularında lökositozu (35.900/mm³) ve hipoksisi (SaO₂: %87) belirlendi. Biyokimyasal değerleri normaldi. Yumuşak dokuyu gösteren lateral boyun grafisinde larinkste hava sütununda belirgin daralma ve prevertebral yumuşak dokuda ödem görüldü (Resim 1). Hastada öncelikle derin boyun enfeksiyonundan şüphe edilerek boyun ultrasonografisi (USG) ve boyun bilgisayarlı tomografisi (CT) istendi. Boyun USG'sinde solda her iki ön ve arka servikal zincirde çoklu sayıda lenfadenopatiler (LAP) görüldü. Boyun CT'sinde yine solda hyoid kemik superiorundan başlayıp inferiorda laringeal düzeye kadar uzanan yumuşak doku artışı ile, bu düzeyde hava sütununda asimetri ve daralma tespit edildi (Resim 2). KBB ile konsülte edilen hastanın yapılan indirekt laringoskopik muayenesinde; sol ariepiglottik katlantılarda belirgin hiperemi ve ödem saptandı. Hasta akut epiglottit tanısı aldı. Hastaya hidrasyon, antibiyotik, kortikosteroid ve oksijen tedavisi başlandı. Medikal tedaviye rağmen solunum sıkıntısı, takipne ve taşikardisi artan hastanın gelişinden yaklaşık 4 saat sonra lokal anestezi altında acil trakeotomi açıldı ve KBB kliniğine yatırıldı. Bu bölümdeki takibi sırasında, yatışının üçüncü gününde tekrardan ateşi yükselmesi üzerine çekilen akciğer grafisinde infiltrasyon tespit edildi. Pnömoni düşünülerek almakta olduğu antibiyotik (Seftriakson) tedavisine Klaritromisin eklendi. Şikayetlerinde belirgin gerilemesi olan hasta trakeotomisi kapatılarak onbeşinci günde sorunsuz bir şekilde taburcu edildi.

TARTIŞMA

Akut epiglottit, epiglot ve/veya supraglottik yapıların (fa-rinks, uvula, dil kökü, ariepiglotik katlantılar ve yalancı vo-kal kordlar gibi) genellikle infeksiyöz bir etkene bağlı olarak ortaya çıkan inflamatuvar bir hastalığıdır (1). En sık 2-5 yaş arasındaki çocuklarda görülür; ama erişkinlerde de rastlanabilir. Erişkin erkeklerde, beyaz ırkta ve 30-70 yaş arasında en sık görülür. Erişkinlerde pediatrik yaş grubuna göre etken olan mikroorganizma daha nadir gösterilebilir ve görülme sıklığındaki mevsimsel değişkenlik bu çağdaki kadar belirgin değildir. Medikal tedavi ile semptomlar daha rahat kontrol altına alınabilir ve hava yolu obstruksiyonuna gidış daha nadirdir (2). Epidemiyolojik çalışmalar, gelişmiş ülkelerde çocuklarda akut epiglottit vaka sayısının uygun aşılama ile belirgin olarak azaldığını buna karşılık erişkin vakalarda belirgin bir artış olduğunu göstermiştir. Yine bu çalışmaların sonucu yetişkinlerdeki epiglottitten ölüm oranının çocuklardaki ölüm oranından daha fazla olduğunu gösterirken; bu sonucun en belirgin nedeni de; yanlış tanı, geç tanı, uygunsuz ya da yetersiz tedaviye bağlanmıştır (3).

Erişkinde akut epiglottitte görülen en sık semptomlar: odinofaji (%100), sekresyonları yutmada güçlük ve ağızdan salya akması (%83), boğaz ağrısı (%67), dispne (%58), kısık ve boğuk ses (%50) ve stridordur (%47). Servikal LAP'ler ve boyunda diffüz şişlik akut epiglottit için spesifik olmamakla birlikte takipne ve stridor ile kombine olduğunda akut epiglottit tanısını düşündürmelidir (4). Akut epiglottit vakalarında orofaringeal muayenenin normal olması tanıyı dışlamaz. Tanı en iyi indirek, direk veya fleksible laringoskopi ile konulur. Laringoskopik muayene çocukların aksine erişkinlerde güvenle yapılabilir. Yumuşak dokuyu gösteren yan boyun grafisi hastaların ancak %88'de patolojiktir. Boyun CT

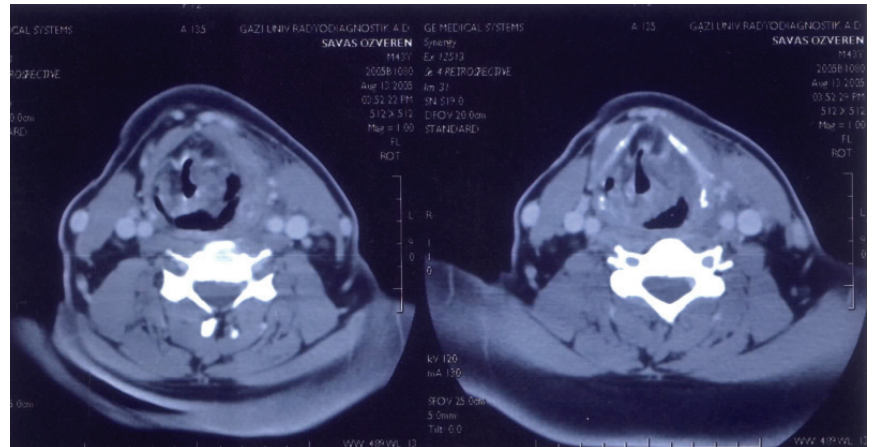


Resim 1: Erişkin epiglottit olgumuzun yan boyun grafisinde daralmış hava sütunu görülmektedir.

veya MRI akut epiglottitin ilk tanı aşamasında önerilmemekle birlikte muhtemel tanılarının ekarte edilebilmesi için yapılabilir. Arteriel kan gazları, tam kan sayımı, boğaz ve kan kültürleri diğer istenebilecek tetkiklerdir. Hastalarda uzamış klinik; epiglottik abse, uvulitis ya da pnömoni gibi komplikasyonların geliştiğini akla getirir (5).

Akut epiglottitin ayırıcı tanısında; infeksiyöz mononükleozis, difteri, pertusis, krup, tonsilit, retrofaringeal, perifaringeal veya peritonsiller abseli Ludwig anjini, subglottik larenjit gibi enfeksiyöz hastalıkların yanı sıra allerjik reaksiyonlar, anjionörotik ödem, yabancı cisim aspirasyonu, refleks laringospazm, laringeal travma, tümörler, hidrokarbon aspirasyonu, SLE ve aşırı ısınmış buhar ile toksik gazların inhalasyonu gibi infeksiyöz olmayan hastalıklarda bulunur (6).

Akut epiglottit tedavisinde hemen damar yolu açılmalı, hasta kardiyak ve vital bulgular açısından monitorize edilmeli ve pulse oksimetre ile oksijen saturasyonu takibi yapılmalıdır. Sıvı tedavisi, nemlendirilmiş oksijen, antibiyotik (3.kuşak sefalosporin gibi) ve kortikosteroid tedavisi başlanmalıdır. Hasta laringoskopiye ya da etkin hava yolu açma girişimini beklerken nebulize adrenalin verilebilir. Adrenalin inhalasyonunun etkinliğini gösteren net bir bilgi yoktur ve rebound hava yolu obstruksiyonuna yol açma tehlikesi önemli bir ayrıntı olarak akılda tutulmalıdır (7). İlerleyen kliniğin farkında olmak, hava yolunun korunmasına özen göstermek ve uygun antibiyotik tedavisi yetişkinlerdeki ölüm oranını en aza indirmede etkili önlemlerdir. Hava yolu açıklığının sağlanması ve korunması, çocuklarda olduğu kadar erişkinlerde de önemlidir. Hava yolu açıklığı için orotrakeal ya da nazotrakeal entübasyon veya tra-keotomi yapılabilir (8). Fakat bir çok araştırmacı antibiyotik, kortikosteroid ve nemlendirilmiş oksijenden oluşan ılımlı bir tedavi şemasının yeterli olabileceğini düşünmektedir. Respiratuar stres, stridor, takipne (30/dakika üstünde), tripod pozisyonu (hafif öne doğru eğilerek oturma ve kolların dizden destek alması), sekresyonları yutma güçlüğü ve ağızdan salya akması, klinikte saatler içinde kötüye gidış, bilinçte bozulma, kan gazlarında parsiyel karbondioksit basıncında yükselme, altta yatan komorbid hastalık varlığı, artmış beyaz küre sayısı,



Resim 2: Erişkin epiglottit olgumuzun bilgisayarlı boyun tomografisinde etraf yumuşak dokularda artış ve hava yolunda daralma görülmektedir.

yüksek ateş, boğaz ve kan kültüründe üreme olması entübasyon ihtiyacı ile ilgili major bulgu ve semptomlardır (8,9). Gerçekli vakalarda entübasyon ideal bir biçimde uygulanmalıdır. Tanı ve tedavi aşamasında tam bir ekip çalışması olmalıdır. Bu ekipte acil tıp uzmanı, KBB uzmanı, anesteziyolog ve infeksiyon hastalıkları uzmanı bulunmalıdır.

Bizim olgumuz 43 yaşındadır. Altta yatan bir hastalığı yoktur. Ancak geldiğinden beri var olan solunum sıkıntısı ve takipnesi uygun medikal tedaviye rağmen ilerlemiştir. Hastanın başvuru sırasında yüksek ateşi, lökositozu ve hipoksisi tespit edilmiştir. Tüm bunlar literatür eşliğinde değerlendirildiğinde hastada hava yolu kontrolü için ileri müdahale gerekebileceğini bize göstermiştir. Sonuçta da hastaya trakeotomi açılmıştır. Hava yolu açıklığındaki daralma entübasyonu engelliyor ise veya başarısız entübasyon sonucu dokulardaki ödem ve kanama hava yolu açıklığını hızla daraltıyor ise trakeotomi yapılabilir (9, 10). Bizim olgumuzda da ilk olarak entübasyon denenmiş; fakat entübasyon için yeterli açıklığın olmadığı görülerek trakeotomi açılmıştır.

Sonuçta akut epiglottit erişkinde nadir görülen ve genellikle iyi seyirli bir hastalıktır. Ancak hasta acilde tanı aldığı andan itibaren hayatı tehdit edebilecek komplikasyonlar açısından yakın takip edilmelidir.

Yazışma Adresi

Dr.Ş.Gülbin Aygencel

GÜTF Acil Tıp Anabilim Dalı, 06510 Beşevler/ ANKARA

İş Tel:0 312 202 5524

KAYNAKLAR

1. Carey M.J. Epiglottitis in adult. Am J Emerg Med. 1996; 14: 421-424.
2. Frantz TD, Rasgon BM, Quesenberry CP. Acute epiglottitis in adults: analysis of 129 cases. J Am Med Assoc 1994; 272: 1358-60.
3. Hugosson S, Silfverdal S, Garpenholt O, Esbjörner E, Lindquist B, Vikerfors T, Werner B, Olcen P. Invasive haemophilus influenzae disease: Epidemiology and clinical spectrum before large-scale H. influenzae Type b vaccination. Scand J Infect Dis 1995; 27: 63-7.
4. Chaisson RE, Ross J, Gerberding JL, Sonde MA, Clinical aspects of adult epiglottitis. West J Med 1986; 144: 700-3.
5. Dort JC, Frohlich AM, Tate RB. Acute epiglottitis in adults: diagnosis and treatment in 43 patients. J Otolaryngol 1994; 23: 281-5.
6. Ayache D, Amanou L, Manac'h Y, Rouleav P. Epiglottite aigue de l'adulte. Ann Otolaryngol Chir Cervicofac 1996; 113: 40-4.
7. Mayo-Smith MF, Spinale JW, Donskey CJ, Yukawa M, Li RH, Schiffman FJ. Acute epiglottitis: an 18-year old experience in Rhode Island Chest 1995; 108: 1640-7.
8. Mayo-Smith MF, Hirsch PJ, Wodzinski SF, Schiffman FJ. Acute epiglottitis in adults, an eight-year experience in the State of Rhode Island. N Engl J Med 1986; 314: 133-9.
9. Baxter FJ, Dunn GL. Acute epiglottitis in adults. Can J Anaesth 1988; 35: 428-35.
10. Park KW, Darvish A, Lowenstein E. Airway management for adult patients with acute epiglottitis: a 12-year experience at an academic medical center (1984-1995). Anaesthesiology 1998; 88: 254-261.