

## LARENJİT VE EPİGLOTTİTLERDE ANTİMİKROBİK TEDAVİ

Ülker ÖNEŞ

*Antimicrobial therapy in laryngitis and epiglottitis.*

Çocukluk çağında larenks ufaktır, subglottik bölgedeki konnektif doku da az gelişmiştir ve kıkırdak dokusu yumuşaktır. Süt çocuklarında epiglottis uzundur, tübülerdir ve epiglottis ile glottis arasındaki açığı diktir. Bu nedenle çocuklarda bu bölgenin infeksiyonu çok sık görülür.

Üst solunum yolunun bu bölgedeki infeksiyonlarını şu şekilde sınıflayabiliriz: Larenjit, larengotrakeobronşit, bakteriyel trakeit, difterik larengotrakeit ve epiglottitis (supraglottitis). Bütün bu olaylara "krup" ismi verilir. Ancak gerçek anlamda "krup" subglottik viral larengotrakeobronşitlere verilen isimdir (2,3,5,7).

### Larenjitler

Viral kökenlidir. En sık 3 ay-3 yaş arası çocuklarda görülür. Parainfluenza virusları tip 1,2 ve 3 en sık rastlanan etkenlerdir. Bundan sonra sıra ile influenza virusları, rinoviruslar ve adenoviruslar da etken olabilir.

İnfluenza A'nın neden olduğu larengotrakeobronşit ağır seyretmesi bakımından özellik taşır. Tedavide esas prensip hipoksinin düzeltilmesidir ve solunum yolunun nemlendirilmesidir. Buhar partiküllerini parçalayabilen ultrasonik nebulizasyon tedavide tercih edilir. Nebülizör ile rasemik epinefrin ve fenilefrin iyileşme sağlar (2).

Steroidlerin yeri tartışmalıdır. Aşırı derecede obstrüksiyonu olan ve solunum yetmezliği gelişen hastalara nazotrakeal entübasyon uygulanır.

Komplikasyonları nedeniyle trakeostomiden kaçınmak gereklidir.

### Larengotrakeobronşit

Parainfluenza, influenza A, respiratuar sinsisyal viruslar, adenoviruslar, kızamuk virusu, rinoviruslar, enteroviruslar ve *Mycoplasma pneumoniae* etken olabilmektedir. Sadece *Mycoplasma pneumoniae* durumunda antibiyotiklere yer vardır. Eritromisin 30-50 mg/kg/24 saat (maksimum 1-2 g) dozunda kullanılabilir. 2 haftadan daha uzun süren eritromisin tedavisinden sonra direnç ortaya çıkabileceği iddia edilmiştir. Tetrasiklinler de kullanılabilir. *Mycoplasma pneumoniae* kloramfenikol ve aminoglikozidlere daha az duyarlıdır. Fakat hücre duvarı olmadığından penisilin ve sefalosporinlere dirençlidir. Tetrasiklinler dişleri boyadığı için 8 yaşın altındaki çocuklarda eritromisin tercih edilmelidir. Tedavi ile 48 saatte hasta afebril hale gelebilmektedir. Antibiyotiklerin klinik faydasına rağmen semptom ve bulguların kaybolmasından birkaç hafta sonra bile hastalardan *Mycoplasma pneumoniae* üretilmektedir (2,5,6,7).

Respiratuar sinsisyal virus (RSV)'a bağlı infeksiyonlarda antiviral ajanlardan ribavirin kullanılır. Bu sentetik bir nukleozid analogudur, hem RNA hem de DNA virus çeşitlerine in-vitro etkilidir. Mast hücrelerinden mediatör salınmasına da inhibitör etkileri vardır. RSV'de kısa süreli (3 gün) yüksek dozda (60mg/60ml) aerosol ribavirin 2 saat süre ile günde 2 kez verilebilir veya klasik olarak 20 mg/20 ml konsantrasyonda günde 4-5 kez olmak üzere 12 gün verilir. Ribavirinin yarılanma ömrü 1.9 saattir. Küçük partiküllü aerosol jeneratörü ile verildiğinde daha iyi etki elde edilir.

İnfluenza A infeksiyonunda ise erken verilmek koşulu ile amantadin kullanılabilir. 1 yaşın altındaki çocuklarda bu ilaç kullanılmamaktadır (2).

### Bakteriyel trakeit

*Staphylococcus aureus* ve daha az oranda da streptokok türleri ve *H. influenzae* ile oluşur. Genellikle akut viral krupların sekonder bir bakteriyel infeksiyonu olarak kabul edilir.

Kültür sonuçlarına göre antibiyotik tedavisi yapılması uygundur.

### Akut epiglottitis

Epiglot ve bunu çevreleyen odakların şiddetli inflamasyonu ile karakterizedir. Ön planda *H. influenzae* ve daha nadiren de A grubu beta-hemolitik streptokoklarla oluşur (1,6).

Daha nadiren de pnömokok ve stafilokoklar etken olabilmektedir.

Çocukluk çağında çok sık görülür. Akut larenjit ve epiglottitisli çocuklarda yaptığımız bir çalışmada *H. influenzae* oranı % 66.7 bulunmuştur (8).

Tedavide öncelikle yeterli solunum sağlanmalıdır. Nazotrakeal entübasyon uygulanabilir.

Hayatı tehdit eden bir hastalık olması nedeniyle derhal intravenöz antibiyotik tedavisine başlanmalıdır.

Epiglotit ampisiline dirençli *H. influenzae* suşları ile meydana gelebileceğinden etken olan mikroorganizma üretilinceye kadar tedaviye ampisilin (200 mg/kg/gün) ve kloramfenikol (75-100 mg/kg/gün) kombine olarak başlanır. Antibiyotik duyarlılığına göre bu antibiyotiklerden birisi kesilebilir. Tedaviye en az 7-10 gün süre ile devam edilmelidir. Tek ilaçla tedaviden de iyi sonuçlar alınır (2,4).

Günümüzde direnç oluşumunu önleyen sulbaktamla kombine ampisilin ve klavulanik asitle kombine amoksisilin tercih edilmektedir. Hafif olgularda sefaklor 40 mg/kg/gün dozunda oral kullanılabilir. Direnç oranının yüksekliği nedeniyle eritromisin ve trimetropim-sulfametoksazol kombinasyonu pek kullanılmamaktadır.

IV veya IM olarak sefuroksim (150 mg/kg/gün) 8 saat ara ile, sefotaksim (150 mg/kg/gün) 6 saat ara ile ve seftriakson (75 mg/kg/gün) 12 saat ara ile verilebilir (1,2,7).

Epiglottitli hasta ile ev içi teması olan 4 yaşından küçük çocuklara profilaksi amacı ile rifampisin (20 mg/kg/gün) (maksimal 600 mg) 4 gün süre ile verilmelidir. *H. influenzae* ile epiglottit geçiren hastalarda kapsüller polisakkarit antijenine karşı yüksek titrede antikor oluştuğu için bu hastaların ikinci bir atak geçirmeleri son derece nadirdir (6).

### KAYNAKLAR

1. Bass J W: Acute epiglottitis, "J D Nelson (ed): *Current Therapy in Pediatric Infectious Disease*" kitabında s.34, C V Mosby Co, St Louis (1986).
2. Cunningham J C, Lynn M T: Diseases of the MID and lower respiratory tract, "J D Nelson (ed): *Current Therapy in Pediatric Infectious Disease*" kitabında s.29, C V Mosby Co, St Louis (1986).
3. Denny F W, Clyde W A: Acute respiratory tract infections. An overview, *J Pediatr* 17: 1026 (1983).
4. Faden H S: Treatment of Haemophilus influenzae type B epiglottitis, *Pediatrics* 63: 402 (1979).
5. Melvin I M: *Pediatric Infectious Diseases for the Practitioner*, s 265, Springer Verlag, New York (1985).
6. Mendelman P M, Smith A L: Haemophilus influenzae, "R P Feigin, JD Cherry" (eds): *Textbook of Pediatric Infectious Diseases*" kitabında s 1142, W B Saunders, Philadelphia (1987).
7. Öneş Ü: Üst solunum yolları infeksiyonlarında antibiyotik tedavisi, *İst Çocuk Klin* 22: 141 (1986).
8. Öneş Ü, Kasımoğlu Ö, Aydoğan Ü: Akut larenjitli çocuklarda bakteriyel etioloji, "*Adelosannın Sağlık Problemleri*" kitabında s 585, Özdem Kardeşler Matb, İstanbul (1986).