

DERLEME

**Mehmet Halis Tanrıverdi¹,
Enver Turan²,
Aytaç Karadağ³**

¹Çorlu Devlet Hastanesi Aile
Hekimliği, Tekirdağ

²İstanbul Eğitim ve Araştırma
Hastanesi Dermatoloji Kliniği,
İstanbul

³İstanbul Üniversitesi, İstanbul
Tıp Fakültesi İç Hastalıkları,
İstanbul

İletişim Adresi:

*Uz. Dr. Mehmet Halis Tanrıverdi
Çorlu Devlet Hastanesi, 59850,
Tekirdağ
Tel: 0282 6526066.
Faks: 0282 6526073
Email: dr.mht@hotmail.com*

Konuralp Tıp Dergisi

e-ISSN1309-3878

konuralptipdergi@duzce.edu.tr

konuralpgeneltip@gmail.com

www.konuralptipdergi.duzce.edu.tr

Çocukluk Çağı Döküntülü Hastalıklarına Yaklaşım

ÖZET

Enfeksiyöz veya nonenfeksiyöz pek çok etkenin vücutta meydana getirdiği patolojik değişiklikler deride kendini döküntü (rash) şeklinde gösterir. Çocukluk çağının döküntülü hastalıklarında sınıflama genellikle primer lezyonun morfolojisine göre yapılır. Lezyonlar makulopapüler, eritematöz, vezikülobüllöz, purpurik veya peteşiyal olabilir. Doğru tanı için ilk yapılması gereken tam bir öykü ve dikkatli bir fizik muayenedir. Öyküde geçirilmiş enfeksiyon hastalıkları, aşılar, döküntülü hastayla temas, çevrede benzer hastalık varlığı, prodromal dönem ve bu dönemdeki belirtiler, döküntünün karakteri, başladığı bölge, dağılımı ve süresi sorgulanmalıdır. Tam kan sayımı, periferik yayma, serolojik testler ve kültür incelemeleri tanıda yardımcı olacak laboratuvar testleridir. Döküntülü hastalığın şiddeti hafif seyirli bir hastalıktan (Roseola Infantum), yaşamı tehdit eden ciddi bir hastalığa (meningokoksemi) kadar değişebileceği için, laboratuvar sonuçları beklenmeden ampirik tedaviye başlanmalıdır.

Anahtar Sözcükler: Çocukluk çağı, döküntü, bulaşıcı hastalık, tanısal yaklaşım

Approach to the Childhood Exanthematous Diseases

ABSTRACT

The pathological changes caused by numerous infectious and noninfectious agents in the body present as rash on the skin. Classification of childhood exanthematous diseases is usually made according to the morphology of the primary lesion. Lesions may be maculopapular, erythematous, vesiculobullous, purpuric or may be petechial. In the first stage, obtaining a complete history and careful physical examination should be performed. Infectious diseases, vaccines, contact with a patient with rash, the presence of similar disease in the near neighborhood, symptoms in the prodromal period, the morphology of the rash, the area of beginning, distribution and duration should be asked in the story. Complete blood count, peripheral blood smear examination, serological tests and culture tests are main diagnostic laboratory studies. Severity of the disease course can be differing from a mild rash illness (roseola infantum) to a serious life-threatening disease (meningococemia). Therefore, empirical treatment should be initiated without waiting the laboratory test results.

Keywords: childhood infectious diseases, rash, diagnostic approach

GİRİŞ

Çocukluk çağının döküntülü hastalıkları çoğu kez ateşle birlikte seyrederek ve ayırıcı tanıya giren hastalık spektrumu oldukça geniştir. Deri döküntüsü bulaşıcı hastalığın majör bulgusu olarak karşımıza çıkabileceği gibi hastalığın seyri sırasında minör bir bulgu olarak da karşımıza çıkabilir. Döküntülü hastalıkların sınıflandırılması genellikle lezyonun morfolojisi esas alınarak yapılır. Lezyonun niteliği makülopapüler, peteşiyal, ürtikeryal, veziküler ya da hem vezikül hem de büllöz lezyonların izlendiği vezikülobüllöz karakterde olabilir. Döküntü kendi kendini sınırlayan hafif seyirli bir hastalığın (Roseola Infantum) bulgusu olabileceği gibi hayatı tehdit eden ciddi bir hastalığın (Toksik Epidermal Nekrolizis) bulgusu da olabilir. Bazen de döküntülü hastalık bulaş potansiyeli nedeniyle klinik önem kazanabilir. Bu nedenle en kısa sürede ampirik tedaviye başlanmalı, laboratuvar sonuçlarına göre tedavi gözden geçirilmelidir. Döküntünün nedeni viral ya da bakteriyel bir enfeksiyon, vaskülit,

alerjik bir reaksiyon ya da reaktif bir dermatoz olabilir (1,2). Döküntünün mevsimsel olabileceği de unutulmamalıdır. Sık görülen deri lezyonlarının sınıflandırılması ve tanımları **Tablo 1'** de gösterilmiştir.

Döküntünün karakteri, eşlik eden diğer bulgular ile bir arada değerlendirildiğinde bazen tanı koydurucu olabilir (**Tablo 2**). Perioral bölge, göz kapakları ve çenenin tutulmadığı, yanaklarda parlak kırmızı renkli ani başlangıçlı eritem beşinci hastalık (Eritema infeksiyozum) için tipik iken, 2-4 günlük Prodromal dönem semptomları sonrası bukkal mukozada, üst molar dişler hizasında görülen Koplik lekeleri ile birlikte makülo-papüler bir döküntü kızamık için oldukça özgündür (3). Saçlı deriyi de içerecek şekilde ağırlıklı olarak merkezi dağılım gösteren papül, vezikül, püstül ve krutlu lezyonların bir arada olması Suçiçeği (varisella) için tanı koydurucudur. Doğru teşhis için ayrıntılı bir öykü ve dikkatli bir fizik muayene şarttır (1,2).

Tablo 1. Derinin Primer Elementer Lezyonları

| Lezyon Tipi | Tanım |
|----------------|---|
| Makül | Deri seviyesinde herhangi bir boyuttaki renk değişiklikleri |
| Papül | Deriden kabarık, solid, çapı 0.5 cm'yi geçmeyen kabarıklıklar |
| Plak | Deriden kabarık çapı 0,5 cm üzerinde olan kabarıklıklardır. Çoğunlukla papüllerin birleşmesi ile oluşur. |
| Ürtiker | Yuvarlak, oval, deriden kabarık, sert, üzeri düz, skuamsız lezyonlar |
| Purpura | Basmakla kaybolmayan, deri seviyesinde ve eritrositlerin ekstrasvazasyonuna bağlı olarak meydana gelen döküntüler |
| Vezikül | Sınırları belirgin, çapı 0,5 cm'yi geçmeyen içi sıvı dolu kabarcıklar |
| Bül | Vezikül ile aynı, ancak çapı 0,5 cm'nin üzerinde olan lezyonlar |
| Püstül | İçi pürülan materyalle dolu deriden kabarık lezyon |
| Nodül | Papüle benzer fakat dermis veya subkutan dokuda daha derin yerleşimli, papülden boyutundan ziyade palpe edilebilmesi ve daha derinde olmasıyla ayrılır. |

Tablo 2. Deri döküntüleri ve görüldüğü önemli hastalıkları (1-3).

| Lezyon Tipi | Hastalık |
|------------------------------|---|
| Makülopapüler Döküntü | Kızamık, Kızamıkçık, Suçiçeği, Çiçek, İnfeksiyöz Mononükleoz, ECHO virüs enfeksiyonları, Eritema İnfeksiyozum, Sifiliz, Tifüs grubu hastalıklar, Tifo, Lyme Hastalığı, leptospiroz, Kandidiyazis, Meningokoksemi, HIV |
| Eritem | Kızıl, Stafilokoksik Toksik Şok Sendromu, Kawazaki Sendromu |
| Vezikül ve Bül | Çiçek, Suçiçeği, Zona, Herpes Simplex enfeksiyonu, Enterovirus enfeksiyonu, Vibrio Fulnificus |
| Püstül | Streptokok enfeksiyonu, Stafilokok enfeksiyonu, Pseudomonas enfeksiyonu, Meningokoksemi, Gonokoksemi, Şarbon |
| Nodül | Noneritematoz Candida enfeksiyonu, Nokardiya enfeksiyonu, Atipik Mikobakteriler, Eritema Noduzum, Tüberküloz, Lepre, SLE, Sarkoidoz, Ülseratif kolit, Crohn koliti, Behçet hastalığı, ilaçlar |
| Purpura | <i>N. meningitidis</i> , Riketsiya enfeksiyonu, EBV, CMV, Coscackie A9, Echovirus |

Öykü ve Fizik Muayene

Döküntülü bir hastada ilk yapılması gereken kapsamlı bir öykü almaktır. Öyküde hastanın geçirdiği döküntülü enfeksiyon hastalıkları, aşılar, spesifik bir hastalık için risk grubunda olup olmadığı, medikal bir tedavi alıp almadığı, seyahat öyküsü, aldığı gıdalar, hasta kişilerle veya hayvanlarla temas varlığı, güneş maruziyeti, şüpheli cinsel temas, bilinen kalp kapak hastalıkları, splenektomi ve alerji varlığı sorgulanmalıdır. Öykü alma sırasında özellikle döküntü ateş ilişkisi, prodromal dönem belirtileri, döküntünün morfolojik özelliği ile dağılım paterni, ne kadar sürede yayıldığı, kaşıntı olup olmadığı mutlaka sorgulanmalıdır (**Tablo 3**). Fizik muayenede varsa tanı koydurucu bulguların saptanması önemlidir. Tanının kesinleştirilmesinde laboratuvar tetkiklerine başvurulabilir. Tam kan sayımı, periferik yayma tanyaya yardımcı olacak laboratuvar testleridir. Gerekli görüldüğü takdirde serolojik testler ve kültür incelemelerine başvurulabilir (1,2,4).

Fizik muayenede ilk olarak hastanın vital bulguları (ateş, nabız, solunum değerlendirmesi, tansiyon, hidrasyon durumu) değerlendirilmelidir. Hastanın genel durumu yanında müköz membran tutulumu, multiorgan yetmezliğine ait bulguların olup olmadığı (lenfadenopati, organomegali, yeni üfürüm, nörolojik defisit, mental durum değişikliği vb.) ortaya konmalıdır (4).

Ayrıntılı fizik muayene bulguları ile birlikte lezyonların morfolojik karakterinin (makülopapüler, vezikülobüllöz, papülopüstüler, ürtikeryal, peteşiyal, purpurik, veya nodüler) ortaya konması tanıda algoritmik bir yaklaşıma olanak sağlar. Bazı döküntülü hastalıklarda döküntünün karakteri hastalığın seyri sırasında morfolojik değişikliğe uğrayabilir. Suçiçeğinde döküntülü lezyonlar vezikül şeklinde başlayarak zamanla püstüle dönüşür ve krut bağlayarak iyileşme gösterir. Bu değişikliklerin belirlenmesi döküntülü hastalığın tanısına götürebilir (1-3,4).

Döküntünün özellikleri

Döküntülerin muayenesi yapılırken tüm deri yüzeyi aydınlık bir ortamda gözden geçirilmeli, bazı deri lezyonları bulaştırıcı olabildiğinden muayene eldiven ile yapılmalıdır. Saçlı deri, mukozalar, tırnaklar, kasıklar, koltuk altları, oral ve genital bölgelerin muayenesi de ihmal edilmemelidir.

Döküntülü lezyonlar değişik karakterde olabilir. Lezyonların tamamı aynı morfolojik karaktere sahipse “monomorf”, iki farklı lezyon türü varsa “dimorf”, ikiden fazla sayıda morfolojik karakter taşıyorsa “polimorf” olarak adlandırılır. Kızamıkta ve çiçekte döküntü monomorf veya dimorf iken, suçiçeğinde polimorftur. Döküntünün ortaya çıkışı, dağılımı, iyileşme paterni de farklılık gösterebilir. Döküntü gövdeden başlayıp distale doğru ilerliyorsa “santrifugal”, distalden başlayıp gövdeye doğru ilerliyorsa “santripedal” olarak adlandırılır. Çocukluk çağının döküntülü hastalıkları genellikle santrifugal bir dağılım gösterirler ve iyileşme de döküntünün ilk görüldüğü yerden başlar (4).

Döküntülü enfeksiyon hastalıklarında ateşin başlaması ile döküntünün ortaya çıkması arasında geçen süre tanıda yol gösterici olabilir. Döküntüler kızılta hastalığın 2. gününde, kızamıkta 3-4 günde, riketsiyozda ise 3-5 günde başlar. Eritema infeksiyozum, kızamıkçık ve suçiçeğinde belirgin bir prodrom dönemi yoktur ve ateş ile döküntü genellikle birlikte başlar (5-6). Bu hastalıklar arasında meningokoksemi, gram negatif sepsis, stafilokokkal soyulmuş deri sendromu, endokardit ve toksik epidermal nekroliz gibi yaşamı tehdit eden hastalıklar düşünüldüğünde hasta hastaneye yatırılarak hızlı bir şekilde değerlendirilmeli ve tedaviye mümkün olan en kısa zamanda başlanmalıdır (7).

Döküntülü hastalıkların birçoğunda sadece klinik olarak tanı konulabilmekle birlikte, bu tanı bazı hastalıklarda gerekli mikrobiyolojik çalışmalar ile desteklenmelidir.

Tablo 3. Öykü ile döküntülü hastalık arasındaki ilişki

| Öykü | Enfeksiyon Hastalığı |
|----------------------|---|
| Gıda Alımı | <i>Vibrio fulnificus</i> (iyi pişmemiş deniz ürünleri) |
| Seyahat | Viral hemorjik ateşler, Deng, Tifo, Şistozomiyaz, Filarya |
| Mevsim | Riketsiyöz (ilkbahar, yaz), Lyme hastalığı (ilkbahar, yaz), Enterovirus enf (yaz, sonbahar) |
| Hasta ile temas | Kızamık, Kızamıkçık, Meningokoksemi, Enterovirus enf., Suçiçeği, CMV |
| Hayvanlarla temas | Köpek (<i>Capnocytophaga sp.</i>), Kuşlar (<i>Chlamydia sp.</i>), Fare (Fare ısırgığı ateşi), Kene (Riketsiyöz, Kırım Kongo Kanamalı Ateşi, Lyme hastalığı, Erlikiya) |
| Kuşkulu cinsel temas | HIV enfeksiyonu, Sifiliz, Gonore |
| IV ilaç kullanımı | Endokardit (<i>S. aureus</i>), HIV enfeksiyonu |
| Tampon kullanımı | <i>Staphylococcus aureus</i> (TSS) |
| Su ile temas | Hayvan idrarı ile temas (<i>Leptospira</i>), Tuzlu su teması (<i>Vibrio vulnificus</i>) |

KAYNAKLAR

1. Furness C, Sharma R, Harnden A. Morbilliform rash. BMJ 2004; 329: 719-723.
2. Narayan S. Rash. Medicine 2008; 37: 47-50.
3. Lopez FA, Sanders CV. Lopez FA, Sanders CV. Fever and rash in the immunocompetent patient-II. In: Rose BD, editor, UpToDate, Wellesley, MA: UpToDate Inc.
4. Tabak F. Ateş ve döküntülü hastada tanıya yaklaşım. Ed: Tabak F. Enfeksiyon Hastalıkları Kitabı, 2.baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 2003;119-123.
5. Ramundo MB. Fever and rash. In: Medical Management of Infectious Disease. Ed: Grace C. New York: Marcel Dekker Inc., 2003;129-150.
6. Weber DJ, Cohen MS, Rutala WA. The acutely ill patient with fever and rash. In: Principles and Practice of Infectious Diseases. Eds: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R. Philadelphia: Churchill Livingstone, 2005;729-746.
7. Özaras R. Ateş ve döküntülü hastaya yaklaşım İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Toplumdan Edinilmiş Enfeksiyonlara Pratik yaklaşımlar. Sempozyum Dizisi 2008; 61:25-30.