



Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları  
Anabilim Dalı

Çocuk Polikliniği  
Olgu Sunumu

25 Mayıs 2016 Çarşamba

İnt. Dr. Gizem Karagözlü



# VAKA SUNUMU

## GENEL PEDIATRİ POLİKLİNİĞİ

İnt. Dr. Gizem KARAGÖZLÜ



## 2,5 yaşında kız hasta

### Şikayeti:

- Döküntü
- Yutma güçlüğü
- Ateş

# Öykü

- Hastamızda yaklaşık iki gün önce herhangi bir nezle veya grip semptomunun eşlik etmediği aniden başlayan 38,5 derece ateş yüksekliği olmuş.
- 18 saat sonra annesi, ağız çevresinde başlayan makülopapüler döküntülerin ardından el sırtlarında ve ayak tabanlarında ikişer adet papül şeklinde, kaşıntısız döküntü fark etmiş.
- Ardından yutma güçlüğü şikayeti başlayan hasta Genel Pediatri Polikliniğine getirildi.

# Özgeçmiş

- *Prenatal:* Annenin 1.gebeliği. Gebeliği boyunca düzenli doktor kontrolü ve ultrasonografi kontrolü var. Ultrasonografi kontrollerinde bir patoloji saptanmamış.
- *Natal:* Dış merkezde, sezeryan ile,miadında 3280 gr doğmuş
- *Postnatal:* Doğar doğmaz ağlamış. İkter ve siyanoz öyküsü yok.Hastanede yatma ve operasyon öyküsü yok
- *Aşılar :* Aşıları tam.
- *Geçirdiği hastalıklar:* Özellik yok.
- *Geçirdiği ameliyatlara:* Özellik yok
- *Alerji:* Özellik yok.
- *Parazit, PICA :* Özellik yok.



# Soygeçmiş

- Anne: 33 y, SS
- Baba: 36 y, SS
- Anne ile baba arasında akraba evliliği yok.
- 1. Çocuk: Hastamız
- Ailede allerji öyküsü yok, döküntü yok.



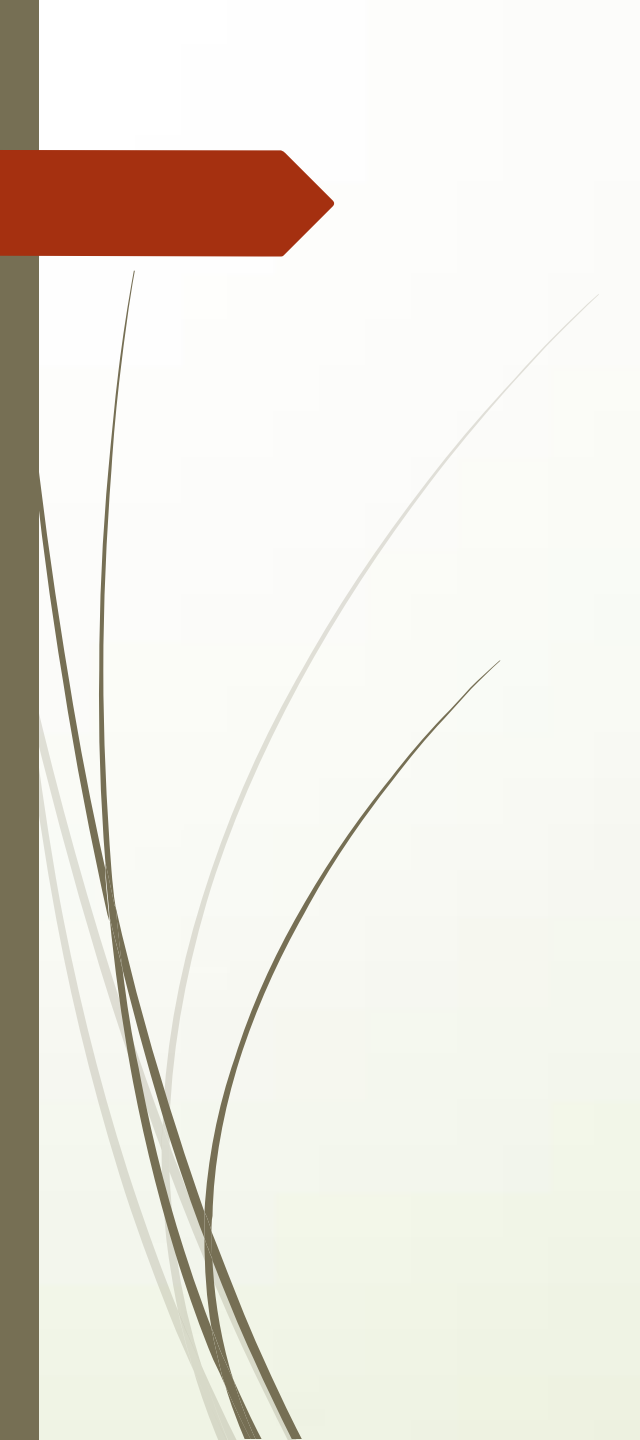
# Fizik Muayene-1

- Boy: 98 cm (25-50 p )
- Kilo: 12 kg (25-50 p )
- KTA: 128/dk
- Kan Basıncı: 80/50 mmHg
- Ateş: 37.4° C

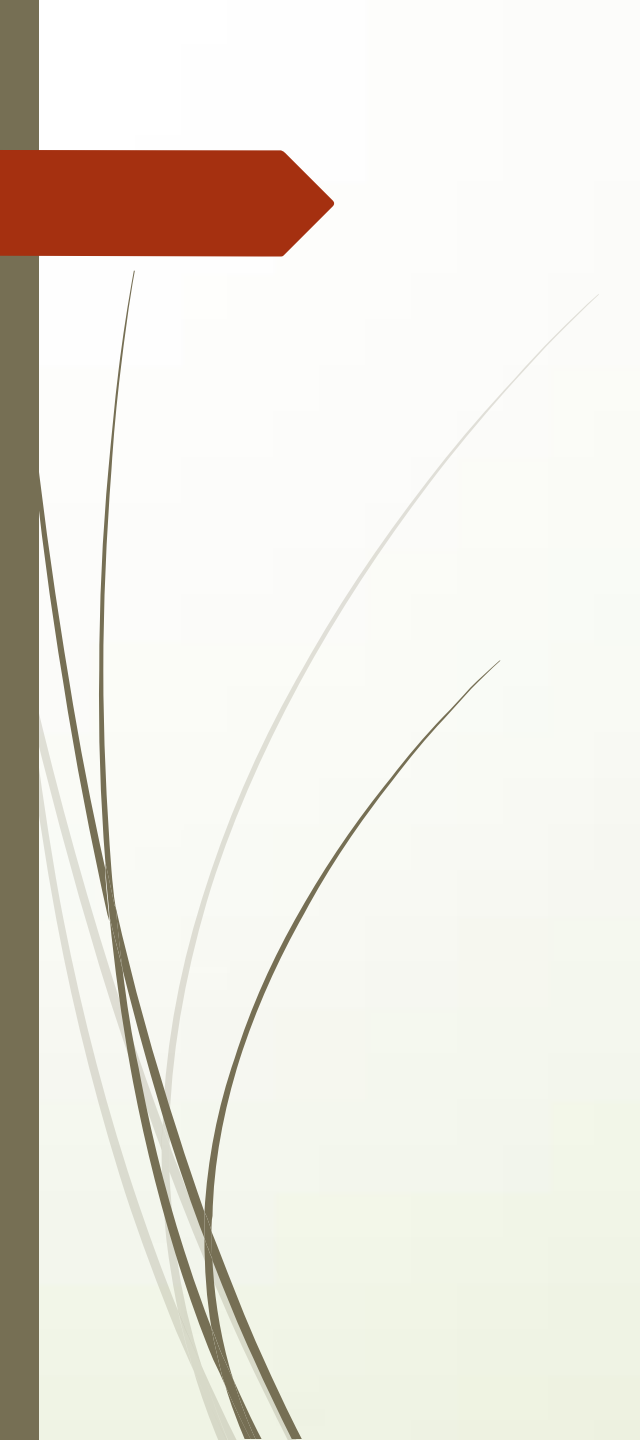
# Fizik Muayene-2

- Genel durum iyi.
- Cilt: Turgor, tonus doğal, ödem, siyanoz sarılık yok. **El sırtlarında papüler,**
- Baş-Boyun: Saç ve saçlı deri doğal, kafa yapısı simetrik, boyunda kitle LAP yok. **Dudak çevresinde ağrılı ülserler-papüloveziküler tipte döküntü.**
- KBB: Burun akıntısı yok, **Orofarengial bölgede sert damak tavanında yaklaşık 2mm çaplarında çok sayıda kırmızı renkli döküntü+veziküller.** Tonsillerde hiperemi-hipertrofi yok. Bilateral kulak zarı doğal.
- Solunum Sistemi: Her iki hemitoraks solunuma eşit katılıyor. Ral, ronküs yok.
- Kardiyovasküler Sistem: Doğal, ek ses üfürüm yok.
- Batın rahat. hepatomegali yok, splenomegali yok.
- Nörolojik sistem: Doğal
- Ekstremiteler: El sırtlarında döküntü.





Ek Tetkik İster misiniz?



ÖN TANI?

# Ayırıcı Tanılar

- İlaç allerjisi (anamnez, öykü) yaş aralığı
- İd reaksiyonu,
- Kontakt Dermatit
- **Eritema İnfeksiyozum (5. Hastalık, ParvovirüsB19)** (4-10 yaş, inkübasyon periyodu:1-2 hafta, düşük ateş baş ağrısı, kas ağrısı, nezle ardından döküntü.Yanaklarda ödemli eritematöz plaklar (tokatlanmış). 1-4 günde solarak yerini gövde ve extremitelerde retiküler kaşıntılı döküntülere bırakır.Döküntüler toplamda 5-10 gün)
- **Rozeola İnfantum (exantem subitum)(6. hastalık)** ( HHV6 nadiren 7 , nazofarengeal sekresyonlar-bulaş, **6ay-4yaş**, hastalık geçirince bağışıklık kazanılır, ani yüksek ateş 3-7 gün, genel durum çok iyi,ateşin düşmesini takiben döküntü, göz kapaklarında ödem, servikal LAP, hafif USYE, gövdede başlayıp boyuna ve ekstremitelere yayılan çevresi açık renkli pembe makulopapul döküntü, DİHSS(ilacın tetiklediği hipersens. send.)





- **Kızamık:** ( aşılamaya dikkat , etnik grup ).İnkübasyon 9-14 gün.Döküntü öncesi ve prodromal dönemde koplik lekelerinin görülmesi tanısaldır.Döküntü: Sınırları belirgin, makulopapüler özellikte,boyun bölgesinden ve kulak arkasından başlayıp 3 gün içerisinde ayaklara ulaşan birleşmeye eğilimli döküntü.



- **Kızamıkçık (Rubella):** 3 gün kızamığı. İnkübasyon 14-21 gün. prodromal dönem genellikle yok. Kulak arkası LAP. Döküntü 3 gün sürer. Teratojenik.



- **Varisella ( Suçiceği):** İnkübasyon 1-21 gün. 1-3 günlük prodromal evre. Döküntüsü:Kırmızı maküller --- etrafı eritematöz küçük veziküller---püstül--- etrafı kabuklanan püstül düşer---skarsız iyileşme. Lezyonlar yüz ve gövdeden başlar kaşıntılıdır. .Eski ve yeni lezyonlar aynı anda görülebilir.Lezyonların tümü kabuklandıktan sonra bulaştırıcılık kaybolur.

# El Ayak Ağız Hastalığı



- Ağız içi ve ağız çevresinde döküntüler,
- Ellerde ve ayaklarda daha sık olan maküler-makülopapüler ve/veya veziküler döküntülerle karakterizedir.
- İlke kez Kanada-Toronto da 1957 yaz ayında patlama gösteren Koksaki A16 virüsü nedenli viral döküntülü hastalık olarak tanımlanmıştır.
- O dönemden beri , en çok Koksaki A virüslerinin neden olduğu el-ayak-ağız hastalığına 15ten fazla enterovirüs serotipinin de sebep olduğu bilinmektedir.
- Benzer olarak 22 enterovirüs serotipi ve en çok Koksaki A virüsü enfeksiyonu sonucu gelişen **herpanjina** ise ateş ve ağrılı papülo-veziküloülseröz ağız içi lezyonlar ve ön planda gingivostomatit eşlik etmesi ile el-ayak-ağız hastalığındana ayrılır.



# Tanı

- Enteroviral hastalık tanısı için **öykü ve klinik bulgular yeterli** olmakla birlikte etiyolojik ajanın her zaman gösterilmesi şart ve mümkün değildir.
- Hastane yatışı gerektiren komplikasyon gelişmiş vakalarda serotiplendirme.



# Bulaş

- Feko- oral yol ,
  - Bazı suşlarda solunum yolu sekresyonlar ile bulaş
- 

# Patogenezi

- Enterovirüsler yutulduktan sonra barsaklarda önce submukozal lenf dokuda ve daha az sıklıkla da farinkste çoğalır. Ardından bölgesel lenf nodlarına yayılır.
- Bu **minör viremi** döneminde sınırlı kalmazsa retiküloendotelyal dokularda ve santral sinir sistemi, kalp, dalak ve cilt dokusuna yayıldığı takdirde **majör viremi** olarak adlandırılır. Konakta tipe-özüml antikorlar üretilir.
- Varicella zoster ve herpes enfeksiyonlarının aksine döküntüler içinde-veziküllerden biyopsi alındığında intrasitoplazmik/nükleer cisimcikler bulunmaz. Fibrin nekroz ürünleri, lenfositler ve nötrofiller gözlenir.

# Sıklık;

- El ayak ağız hastalığı, her yaş grubunda görülse de özellikle küçük çocuklarda sıktır.
- EAAH'nın tüm toplumdaki yıllık insidansı 144,8/100,000
- 5 yaş altı çocuklarda 3066,8/100,000'dir.
- Zhou ve arka.'nın çalışmasında **erkeklerin** kızlara oranı 1,4 bulunmuştur.

# Epidemiyoloji

- EAAH genellikle kendi kendini sınırlayan ve iyi gidişli bir hastalıktır.
- Ni ve ark.'nın yaptıkları çalışmada Enterovirus A71 suşunun saptanması, temas öyküsü, ateş, kusma gibi kesin ve erken bulgular ve periferik kanda nötrofil oranı ciddi seyirli EAAH ile ilişkili bulunmuştur. (akut flask paralizi, aseptik menenjit, rhombensefalit, pulmoner ödem, kalp yetm.. )
- Mortalite riski en yüksekler EV71, CVA6, Cox A16 , Cox A10, olarak çeşitli çalışmalarda bildirilmiştir.
- Yeni tanımlı (2008) Koksakivirüs A& , ciddi enf; daha yüksek ateş, geniş deri tutulumu, uzun süre, 1-3 hafta sonra avuç içlerinde soyulmalar, 1-2 ay sonra tırnak distrofileri..



# Klinik

- Döküntü
- Ateş
- İshal
- Bulantı-Kusma
- İştahsızlık
- Halsizlik
- Baş ağrısı

# Döküntü



- Ağız içindeki döküntüler bukkal mukoza, diş eti, damak, posterior farenks ve dilde olabilir.
- Bu lezyonlar 4-8 mm çapında eritemli ülserasyonlara yol açabilir
- El ve ayaklardaki döküntüler makülopapüler, veziküler, püstüler karakterde olabilir.
- Ortalama 1 hafta içerisinde döküntüler geriler.



# Özet

- Enteroviral hastalık özellikle 5 yaş ve altı küçük çocuklarda çoğunlukla da **yaz ve sonbahar** aylarında görülen bir hastalıktır.
- Genellikle tanı için klinik bulgular yeterlidir ve çoğunlukla spesifik tedavi gerektirmez ve kendi kendini sınırlar.
- Hastalık bulaş ve korunmasında el ve besin temizliği, şüpheli klinik bulguları olanların okul-kreş veya ilk basamak sağlık merkezlerinde erken tanınıp izolasyonunun sağlanması hastalığın yayılımını büyük ölçüde engeller.
- Aşı çalışmaları (EVA71, faz 3 ) mevcuttur.