



Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Çocuk Servisi-3(Sarı Servis) Olgu Sunumu

23.11.2022

Arş. Gör. Dr. Berfin TÜRKAN



Olgu:

9 yaşında erkek hasta

- Şikayeti: Kollarda ve bacaklarda kızarıklık ve şişlik

Hikaye:

- Bilinen bir hastalığı olmayan 9 yaşında erkek hasta, 3 gündür devam eden boğaz ağrısı ve yeni başlayan kollarında ve bacaklarında kızarıklık, şişlik şikayeti ile dış merkeze başvurmuş.
- Dış merkez değerlendirilmesinde selülit ve kriptik tonsilit ön tanıları olan hasta ileri tetkik, tanı ve tedavi amacıyla tarafımıza yönlendirilmiş.

Özgeçmiş:

- ⑩ Prenatal: Anne gebelik süresince USG kontrollerine düzenli gitmiş. Anne tansiyon yüksekliği nedeniyle yakın takip edilmiş.
- ⑩ Natal: Miadında 4100 gram olarak C/S ile doğmuş.
- ⑩ Postnatal: 3 gün fototerapi almış. YDYBÜ yatışı yok

- ⑩ Aşılar: Takvime uygun.
- ⑩ Geçirdiği hastalıklar: Tanı almış bir hastalığı yok.
- ⑩ Alerji: Bilinen alerjisi yok.
- ⑩ Geçirilmiş ameliyat öyküsü yok.

Soygeçmiş:

Anne: 35 yaş, sağ-sağlıklı

Baba: 35 yaş, sağ-sağlıklı

Anne baba arasında akrabalık öyküsü yok.

1.Çocuk: Hastamız

2.Çocuk: 7 yaş sağ sağlıklı

Fizik Muayene

- Vital Bulgular
 - ✓ Ateş: 37.5 °C
 - ✓ KTA: 98 atım/dk (55-115atım/dk)
 - ✓ Solunum sayısı: 22/dk (16-25/dk)
 - ✓ Kan basıncı: 100/60 mmHg (50-95p)
 - ✓ SPO2: %97
- Boy
 - ✓ 142 cm (90p)
- Vücut ağırlığı
 - ✓ 50kg (97p)

Fizik Muayene

- Genel durum iyi.
- Deri: Turgor, tonus doğal. Kollarda ve bacaklarda multiple kızamık nodüler lezyonlar
- Baş-Boyun: Saç ve saçlı deri doğal, kafa yapısı simetrik. LAP yok
- Gözler: Göz çevresi bilateral hiperemik. Bilateral ışık refleksi var. Her yöne göz hareketleri doğal. Anizokori yok, pupiller izokorik. Sklera ve konjonktiva doğal.
- KBB: Orofarenks hiperemik

Fizik Muayene

- Solunum Sistemi: Bilateral akciğer sesleri doğal. Her iki hemitoraks solunuma eşit katılıyor. Dinlemekle ral, ronküs yok. Retraksiyon yok. Toraks deformitesi yok. Ekspiryum uzunluğu yok.
- Dolaşım Sistemi: S1+ S2+ Ritmik. Üfürüm yok.
- GİS: Batın rahat. Defans, rebound yok. Hepatosplenomegali yok.
- Ürogenital Sistem: Haricen erkek. Anomali yok.
- Ekstremiteler: Tonus doğal. Motor kuvvet doğal. Kas gücü 5/5
- Nörolojik muayene: Bilinç açık. Oryante, koopere. Kranial sinirler intakt. Serebellar sistem muayenesi doğal. Patolojik refleks yok.

Laboratuvar

Hemogram	Biyokimya		TİT	AFR
WBC: 15520 mm ³	Kreatinin: 0.59 mg/dL	Total protein: 79 g/L	Renk: Açık sarı	Sedimentasyon : 75 mm/h
NEU: 11910 mm ³	Üre: 25 mg/dL	Albumin: 42 g/L	pH: 6	CRP: 131,4mg/L
LYM: 2540 mm ³	BUN: 11,7 mg/dL	Na: 135,9 mmol/L	Dansite: 1025	
MONO:1020 UI	Total Bilirubin: 0.38 mg/dL	K: 4.19 mmol/L	Kan: Negatif	
EOS: 10µL	Direkt Bilirubin: 0.19 mg/dL	Cl: 98 mmol/L	Lökosit: Negatif	
BASO: 50 µL	AST: 11 U/L	Ca: 9,44mg/dL	Glukoz: Negatif	
Hb:11,8 g/dL	ALT: 11 U/L	Mg: 2,08 mg/dL	Protein: Negatif	
PLT: 436.000 mm ³	ALP: 159 U/L	P: 4,37 mg/dL	Keton: Negatif	
MCV: 72fL	LDH: 198 U/L		Nitrit: Negatif	

Laboratuvar

- ASO:515 IU/ml (<20 IU /ML)
- ELISA:
- Rubella IG G+
- Rubella IG M-
- CMV IG G+
- CMV IG M-

Patolojik Bulgular

- Fizik Muayenede;
 - ✓ Bacaklarda ve kollarda multiple kızamık nodüler lezyonlar
- Laboratuvarda;
 - ✓ Akut faz reaktanlarında yükseklik
 - ✓ ASO yüksekliği

- Ön tanımlarınız nelerdir?

Eritema Nodosum

- Pannikülit, deri altı hücresele dokuyu etkileyen heterojen bir enflamatuar hastalıktır.
- İki gruba ayrılır:
 - Lobüler pannikülit
 - Septal pannikülit
- Eritema nodosum (EN), pannikülitin en sık görülen şeklidir ve prototipik septal pannikülittir .
- Esas olarak pretibial bölgede alt ekstremitelerde hassas eritematöz nodüller ile karakterizedir.

Epidemiyoloji

- Eritema Nodosum görülme sıklığı tetikleyici faktöre ve coğrafi koşullara göre değişir.
- Kuzeybatı İspanya'da yapılan bir çalışmada, 14 yaş ve üzerindeki nüfusta biyopsi ile kanıtlanmış EN'nin yıllık insidans oranı 52/1.000.000 saptanmıştır.
- Streptokok enfeksiyonlarının daha sık olduğu yılın ilk yarısındaki aylarda EN'nin daha sık görüldüğü fark edilmiştir.
- 1994 ve 2002 yılları arasında bildirilen vakaların en sık görülen nedeni Mısır'da tüberküloz iken, İspanya'da sarkoidoz olarak görülmüştür.

Epidemiyoloji

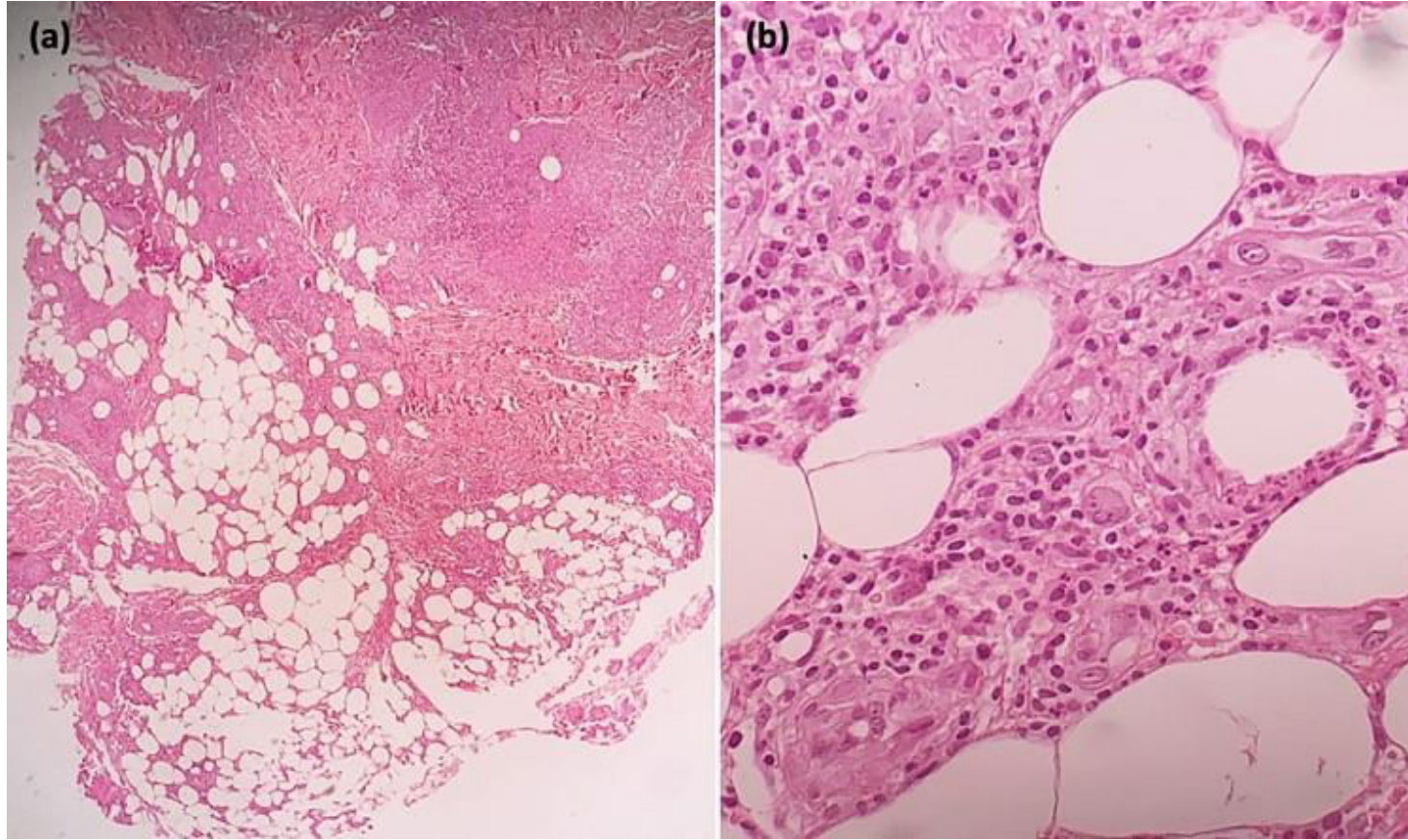
- Eritema Nodosum iki yaşın altında çok nadir görülür.
- 25-40 yaşları arasındaki kadınlarda sık saptanır.
- Erişkinlerde kadın-erkek oranı yaklaşık 5 / 1 iken; 12 yaş altı olgularda kız - erkek oranı 1/3 saptanmıştır.
- 12 yaş sonrası olgularda kız/erkek oranının arttığı saptanmıştır. Bu artış adölesan dönemde seks hormonlarının yaptığı pik ile açıklanabilir.

Patogenez

- Eritema Nodosum, çeşitli antijenik uyaranlara karşı oluşan bir aşırı duyarlılık reaksiyonudur.
- İmmün komplekslerin oluşumu ve bunların deri altı yağ septalarının venüllerinde birikmesinin bir sonucu eritema nodozumun oluşabileceği öne sürülmüştür.

Histolojik Bulgular

- Eritema nodozum, septal pannikülitin karakteristik özelliklerini gösterir.
- Erken lezyonlar, septadan komşu lobüllerin periferine sızan lenfositler, histiyositler, eozinofiller ve çok sayıda nötrofilden oluşan belirgin bir karışık inflamatuvar infiltrat ile hemoraji ve ödematöz septa ile kendini gösterir .
- Geç lezyonlar; lenfositler, histiyositler, çok çekirdekli dev hücreler ve sadece birkaç nötrofil tarafından infiltre edilmiş fibrotik ve kalınlaşmış septa ile lobüllerin efasmanını gösterir.
- Radyal Miescher granülomları, merkezi bir yıldız şeklindeki yarık etrafında düzenlenmiş küçük histiyosit koleksiyonlarından oluşur. Bu nispeten spesifik ancak patognomonik olmayan bir özelliktir.



- Eritema nodozum (EN) histopatolojik özellikleri. Hematoksilen ve eozin boyama. A) A ağırlıklı olarak septal pannikülit, x 5 büyütmede. b)x 100 büyütmede nötrofiller ve dev çok çekirdekli hücrelerin varlığı ile lenfohistiyoitik infiltrat

Klinik Bulgular

- EN'nin klinik seyri, akut başlangıçlı hassas ve eritematöz nodüller ve 1-6 cm çapında plaklarla karakterizedir .
- Lezyonlar iki taraflı ve simetriktir.
- Tipik olarak pretibial bölgelerde ve distal alt ekstremitelerde dağılım gösterir; ancak lezyonlar ayak bilekleri, uyluklar ve önkollarda da görülebilir.



Klinik Bulgular

- Deri lezyonlarına sıklıkla
 - Ateş,
 - Halsizlik,
 - Baş ağrısı,
 - Gastrointestinal şikayetler (karın ağrısı, kusma ve ishal gibi),
 - Öksürük,
 - Lenfadenopati,
 - Kilo kaybı
 - Özellikle ayak bilekleri ve dizlerde artralji gibi sistemik semptomlar eşlik eder .

Tanı

- Tanı genellikle karakteristik lezyon ve klinik bulgularla konulur .
- Tanı bol miktarda subkutan yağ içeren derin insizyonel veya eksizyonel biyopsi ile doğrulanmalıdır.
- Patolojik tanı konulduktan sonra altta yatan hastalık patolojisi araştırılmalıdır.

Etyoloji

- Eritema nodozum; enfeksiyonlar, inflamasyon, neoplaziler ve/veya ilaçlar tarafından tetiklenen sistemik bir hastalığın ilk belirtisi olabilir .
- En yaygın nedenler
 - Streptokok enfeksiyonları,
 - Primer Tüberküloz,
 - Sarkoidoz,
 - Behçet hastalığı,
 - İlaçlar
 - İnflamatuvar barsak hastalığıdır .

•Behçet Hastalığı

- Behçet hastalığı tanısı konan hastaların yaklaşık %44'ünde EN lezyonları ile başvurur ve vakaların %5,7'sine kadar EN hastalığının başlangıç belirtisidir.
- Eritema Nodosum Behçet hastalığının tanı kriterlerinden birisidir.

•İnflamatuar barsak hastalığı

- İnflamatuar bağırsak hastalığı (IBD) ülseratif kolit veya Crohn hastalığı olarak ortaya çıkabilir.
- Gastrointestinal semptomlara ek olarak, bu hastaların %40 kadarında çeşitli ekstraintestinal belirtiler olabilir.

• Sarkoidoz

- Sarkoidozda en sık görülen deri lezyonu EN'dir .
- Sarkoidozun akut bir durumu olan Löfgren sendromu; EN, bilateral hiler lenfadenopati ve ateş ile karakterizedir.
- EN lezyonları ile bağlantılı olarak hastalarda periartiküler ayak bileği inflamasyonu ve diz ve dirseklerde papüler lezyonlar olabilir.

•Enfeksiyonlar

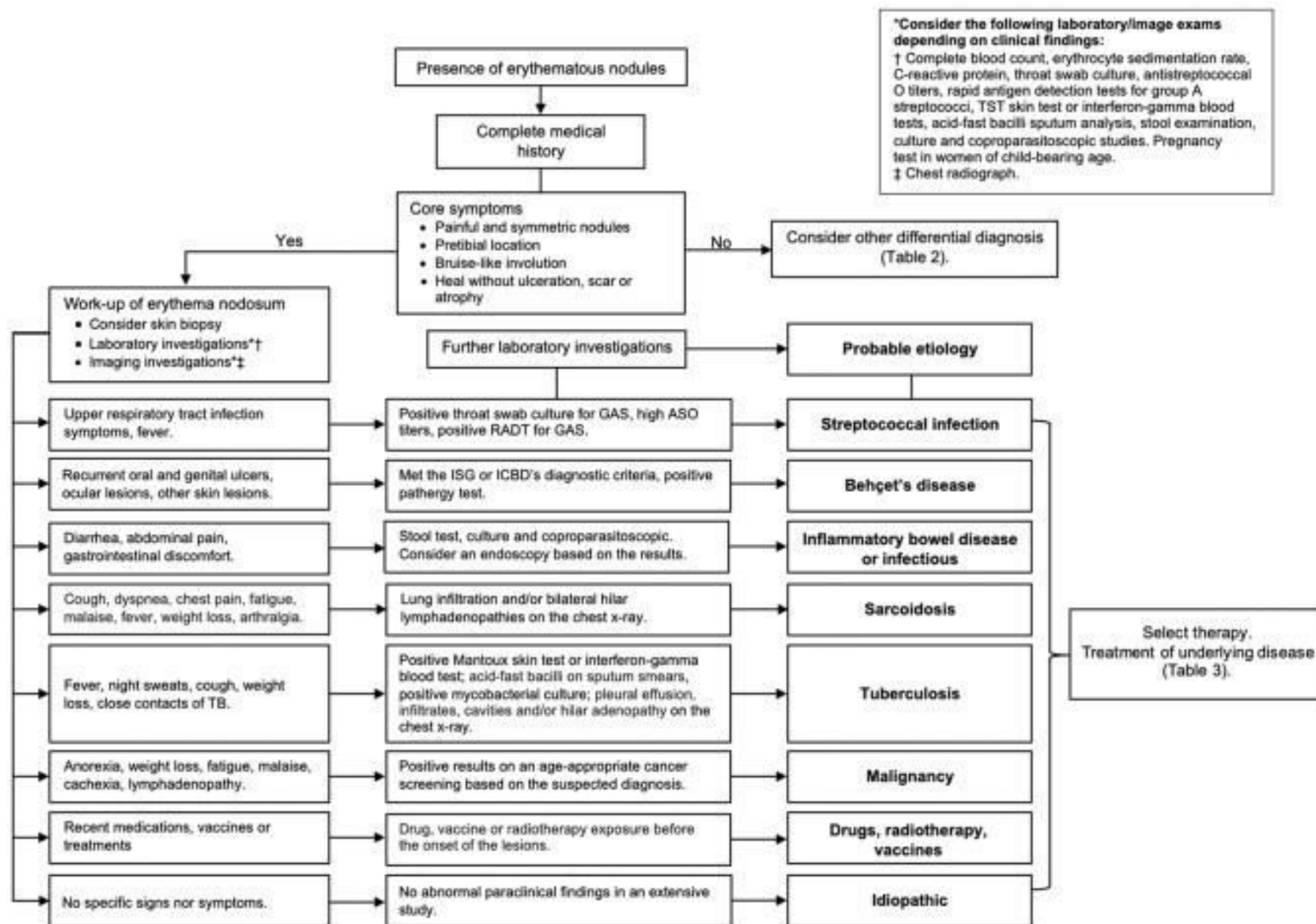
- Eritema nodozum, bakteriyel, viral, fungal ve protozoal enfeksiyonlar gibi reaktif bir kutanöz bulgu olarak ortaya çıkabilir.
- Streptokok Enfeksiyonu
 - Faringeal streptokok enfeksiyonundan sonra, deri lezyonları yaklaşık 2-3 hafta içinde ortaya çıkar.
 - Bu etiyolojiden şüphelenildiğinde boğaz kültürü, hızlı antijen *Streptokok* testi veya antistreptolizin O titreleri istenmelidir .
 - Antikor yanıtı ilk olarak akut atağın ikinci veya üçüncü haftasında görülür ve genellikle 4-5 haftada zirve yapar.
 - Boğaz kültürü bu hastalarda A grubu β -hemolitik *Streptokokların* varlığını belgelemek için altın standarttır .

•Maligniteler

- Açıklanamayan EN semptomları olan hastalarda EN nedeni altta yatan bir malignite sorumlu olabilir.
- Hematolojik maligniteler (lösemi ve lenfoma) en sık EN lezyonları ile ilişkilidir ve daha nadiren akciğer,kolon kanseri suçlanır.
- Tekrarlayan EN'si olan veya konvansiyonel tedavilere yanıtı az olan hastalar, altta yatan bir malignite açısından araştırılmalıdır.

•Tüberküloz

- Tüberküloz sıklığının yüksek olduğu bazı gelişmekte olan ülkelerde, *Mycobacterium tuberculosis* enfeksiyonunun EN gelişiminde bir etiyolojik faktör olduğu gösterilmiştir.
- Akciğer tüberkülozunu ekarte etmek için akciğer grafisi, balgamda aside dirençli basil yayması, mikobakteriyel kültür ve Mikobakteri pcr örneği gönderilmelidir.
- Ek olarak, bir tüberkülin deri testi veya interferon- γ salınım(Qunatiferon) testi yapılmalıdır .



Tedavi

- Destek tedaviler hastalar için yeterli bir yaklaşımdır.
- Ödem ve ağrının giderilmesi için bandaj ve ekstremitte elevasyonu yapılabilir.
- Ağrı kontrolü için 100-150 mg/gün indometazin veya 500 mg/gün naproksen gibi non-steroidal antiinflamatuar ilaçlar kullanılabilir.
- Diğer tedavi seçenekleri; potasyum iyodür, kortikosteroid, kolşisin, hidroksiklorokin, etenercept, adalimumab ve infliximab gibi tümör nekroz faktörü- α inhibitörleri dirençli hastalığı olan hastalarda kullanılabilir.

Prognoz

- Eritema nodozum prognozu genellikle iyidir ve çoğu hastada lezyonların spontan gerilediği görülür.
- Altta yatan hastalık tespit edildiğinde tedavi edilmeli ve eğer bir ilaç etyoloji olarak tanımlanmışsa ilaç kesilmelidir.

Klinik seyir

- Hastanın acil servisteki takiplerinde subfebril ateşleri devam etti. Kanlı dışkılama, eklem ağrısı ,karın ağrısı olmadı.
- Hasta Dermatoloji, Çocuk enfeksiyon ve Çocuk Romatoloji Bilim dallarına danışıldı.
- Dermatoloji nodüler lezyonları eritema nodozum olarak değerlendirdi. Eau borique ile 4x1 pansuman ve elevasyon önerisinde bulundu.
- Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim dalı tarafından, selülit ayırt edilemeyeceği için Ampisilin sulbaktam tedavisi uygun görüldü.
- Çocuk Romatoloji Hastalıkları Bilim dalı tarafından ibuprofen tedavisi tedavi başlanan hasta Çocuk romatoloji servisine ileri tetkik ve tedavi amacıyla yatırışı yapıldı.

Klinik seyir

- Servis takiplerin ateşı olmayan ,nodüler lezyonları azalmaya eğilimi gösteren hasta oral antibiyoterapisi ve ibuprofen tedavisinin devam etmesi planlandı, kontrole çağırılarak taburcu edildi.

Eve götürülmesi Gerekenler

- EN'li hastaların büyük bir yüzdesinin etiyolojisi bilinmemekle birlikte, bazı hastalarda sistemik bir hastalığın ilk belirtisi olabilir.
- Altta yatan hastalığın yönetimi için erken teşhis önemlidir; bu nedenle, ilk inceleme sırasında ayrıntılı bir tıbbi öykü, fizik muayene, laboratuvar testleri ve görüntüleme çalışmaları yapılmalıdır.

Teşekkürler.