



Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Servisi
Olgu Sunumu

16/09/2022

Araş. Gör. Dr. ELÇİN MAMMADOV



OLGU 1

- 8 aylık kız hasta
- Şikayet: yüzde döküntü.
- 10 gün önce sağ yanağında döküntü görülmesi üzerine dermatolojiye başvurmuş.
- Dermatoloji mupirosin krem reçete etmiş.
- Hasta kullanmaya başladıktan sonra döküntü yüzüne ve göz kapağına yayılmış.

Özgeçmiş

- Prenatal : özellik yok
- Natal :35+1 haftalık C/S ile 2265 gr doğmuş.
- Postnatal :Sarılık olmuş. Bir gün fototerapi almış.

Soygeçmiş

- Anne 33 yaş, sağ/sağlıklı
- Baba 38 yaş, sağ/sağlıklı
- Anne baba akraba değil
- 1.Cocuk : 7 yaş kız, sağ / sağlıklı
- 2.Cocuk: Hastamız

Fizik muayene

- Genel durum iyi. Bilinç açık. aktif, çevreyle ilgili.
- Deri: yüzde sağ tarafta daha çok olmak üzere bazıları kurutlanmış, çok sayıda eritemli papüloveziküler lezyonlar mevcuttu.
- Gözler: sağ periorbital bölgede papüloveziküler çevresi eritemli lezyon mevcuttu.
- KBB: OF doğal. LAP yok.
- Solunum: Dinlemekle ral (-) ronküs (-) Her iki hemitoraks solunuma eşit katılıyor.
- Batın: Doğal. Defans, rebound, hassasiyet yok. Organomegali yok.
- KVS: S1+ S2+ Ek ses yok. Üfürüm yok.
- Nörolojik muayenesi doğal. Duyu ve motor defisiti yok.

Laboratuvar bulgular

- AST - 41,2 U/L
- ALT - 10,6 U/L
- ALP - 221 U/L
- LDH - 304 U/L
- CPK - 200 U/L
- Sodyum - 137 mmol/L
- WBC - 7320 μ l
- NEU - 1480 μ L
- LYM - 4930 μ L
- MONO - 470 μ L
- HGB - 10,80 g/dL
- CRP - <0,5 mg/L
- Sedimentasyon - 4 mm/h

- Olgu 2
- 5 yaş erkek.
- Şikayet : sağ yanakta döküntü,sağ gözde kızarıklık ve sulanma.
- 1 gün önce başlayan sağ gözde kızarıklık,sulanma, sağ yanakta döküntü şikayetleri ile acil servise başvurdu.

Öz geçmiş

- Prenatal : Özellik yok
- Natal : miadında normal vajinal doğuşla.
- Postnatal : Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatış öyküsü ve sarılık öyküsü yok. Aşıları tam yapılmış.
- 2-3 sene önce hasta keratit nedeniyle tedavi almış.

Soy geçmiş

- Anne: 34 yaş, sağ-sağlıklı
- Baba: 36 yaş, sağ-sağlıklı
- Anne ve baba akraba değil.
- 1.ocuk: 12 yaş/ erkek/ sağ-sağlıklı
- 2.ocuk:10 yaş/erkek/sağ-sağlıklı
- 3.ocuk : 8 yaş/erkek/ sağ-sağlıklı
- 4.ocuk: hastamız
- 5.ocuk: 1.5 aylık/erkek/ sağ-sağlıklı

Fizik muayene

- Deri: sağ yanakta göz altında veziküler döküntü, kızarıklık.
- Baş-Boyun: orofarinks doğal
- Solunum: her iki akciğer solunuma eşit katılıyor. Solunum sesleri doğal.
- Dolaşım muayenesi doğal. S1+ S2+ Dinlemekle ek ses ve üfürüm yok.
- GİS: Batın rahat. Organomegalisi yok. Defans ve rebound yok. Barsak sesleri normoaktif.
- GÖZ: sağ gözde sulanma ve kızarıklık.
- Nörolojik muayenesinde: Ekstremiteler hareketli. Motor ve duyu defisiti yok.

Laboratuvar bulgular

- GGT - 8 U/L
- ALP - 154 U/L
- LDH - 232 U/L
- Sodyum - 135 mmol/L
- CRP - 9,92 mg/L
- WBC - 8130 μ L
- NEU - 5300 μ L
- LYM - 2170 μ L
- MONO - 560 μ L
- HGB - 11,60 g/dL
- HCT - 34,1 %
- PLT - 324000 / μ L

Ön tanılar???

Herpes Simplex Virüsü

- Herpes simpleks virüs tip 1 ve 2 (HSV-1 ve HSV-2) Herpesvirus ailesine ait büyük çift sarmal DNA virüsleridir ve başlıca epidermis ve mukozal yüzeyleri enfekte ederler.
- Duyusal nöral ganglionlarda latent olarak varlığını sürdürmesi en önemli özelliklerindendir.
- HSV-1 oral mukozada enfeksiyon yaptıktan sonra trigeminal gangliyonda, HSV-2 ise genital mukozada enfeksiyon yaptıktan sonra sakral gangliyonda latent döneme geçerler.
- İmmünosüpresyon gibi belli şartlarda virüs reaktif olarak, hücresel hasarlı akut enfektif epizota yol açar.

- Virusun bütünlüğü bozulmuş deri veya mukoza yüzeyler yoluyla konağa girmesiyle enfeksiyon başlar
- Genel kabul gören hipoteze göre , inokülasyon bölgesinde virüs minimal replikasyonla deri yüzeyindeki nöronlara girer ve nöronlar yoluyla duysal nöronlara göç eder.
- Burada enfeksiyöz virüs sentezlenerek periferik duysal nöronlar aracılığıyla yeniden inokülasyon bölgesine gelip çoğalırlar ve epitel hücre hasarına yol açarak görülebilir lezyonlara yol açarlar.

- Başlangıçta veziküler lezyonlar epidermal ve dermal tabakalar arasında yer alır ve büyük miktarda virüs , debris ve iltihabi hücreler içerir.
- Daha fazla iltihabi hücre geldikçe veziküler lezyonlar yerini püstüler görüntüye bırakır ve ardından iyileşme gerçekleşir.

HSV'NİN CİLT TUTULUMU

- Primer gingivostomatit
- Rekürren fasiyal- oral herpes simpleks
- Primer genital herpes
- Rekürren genital herpes
- Herpetik dolama
- Herpes gladiatorum
- Herpetik keratokonjunktivit
- Ekzema herpetikum

OLGU 1

EGZEMA HERPETİKUM

- HSV infeksiyonu vücudun herhangi bir yerinde ortaya çıkabilir.
- Eritemli zeminde veziküllü krutlu lezyonlar veya erozyonlar şeklindedir.
- İmpetigo veya H. Zosterle karıştırılabilir.
- Bazen deri belirtileri olmadan prodromal belirtilerle seyreder. Bebeklerde ve çocuklarda daha çok atopik dermatitle birlikte görülen ve Kaposi'nin variselliform döküntüsü olarak da bilinen egzema herpetikum, HSV'nin yaygın dağılım gösteren bir infeksiyonudur.
- Atopik dermatite ek olarak, yanıklar, pemfigus, mikozis fungoides, iktiyoz vulgaris, keratoz folikularis (Darier hastalığı) ve Sezary sendromuyla birlikte görülür.
- Tanıda kullanılabilecek bir ipucu, belirgin, 2-3 mm'lik hemorajik krutlardır.

OLGU1

Dermatoloji konsultasyonu

Sağ göz kapağı üzerinde yoğunlaşan sağ göz etrafında yaklaşık 25-30 adet, alında, yanaklarda 2-3'er adet 1-2 mm çapında yaygın hemorajik-impetijinize krutların eşlik ettiği eritemli papüloveziküller izlendi. Egzema Herpetikum + İmpetigo ?

Göz konsültasyonu

Göz muayenesinde patolojiye rastlanmadı.
Göz kapağındaki çapaklı sekretuvar bölge
ve periorbital lezyonlardan herpes pcr,
bakteri kültür ve mantar kültür içim
sürüntü örneği gönderilmesi önerildi.

HSV Tip 1 PCR - POZİTİF(+) görüldü.

TEDAVİSİ

- Hastaya 30 mg/kg/gün 8 saatde bir asiklovir iv ve 100 mg/kg/gün 8 saatde bir sefazolin başlandı.
- Tedavisi 7 güne tamamlanan hasta önerilerle taburcu edildi.

OLGU 2

HERPETİK KERATOKONJONKTIVIT

Primer infeksiyonu; şiddetli gözkapağı ödemi, eritem, vezikülasyon, sulanma, fotofobi, kemozis ve preoriküler lenfadenopatiyle birlikte tek ya da çift taraflı keratokonjunktivit olarak kendini gösterir.

Korneada yüzeysel erozyon ve ülserasyon (epitelyal keratit) patognomonik bir bulgudur.

Komplikasyonları arasında kornea ülserasyonu ve skarlanması, glob rüptürü ve körlük bulunur.

Olgu 2

Dermatoloji konsültasyonu

- Sağ alt göz kapağından sağ infraorbital alana yayılan eritemli zeminde vezikül, sağ gözde hiperemi izlendi. Ön planda herpes simpleks enfeksiyonu düşünüldü.

Göz konsültasyonu

Sağ gözde minimal hiperemi mevcut,
korneada eski geçirilmiş herpetik?
keratite ait haze ve kornea alt
periferinde noktasal boya tutulumu
alanları mevcut.

TEDAVİSİ

- Hastaya 30 mg/kg/gün 8 saatte bir asiklovir tedavisi başlandı.
- 7 güne tamamlanması planlandı.

TANI

Herpes simpleks infeksiyonlarının tanısında viral kültür, direkt floresan antikor düzeyleri (DFA), moleküler teknikler ve seroloji yer almaktadır. Erken dönem lezyonlardan yapılan Tzanck yaymada, multinükleer dev epitel hücreleri görülür (%75). Tzanck yayması sık kullanılmasına karşın, sensitivitesi sadece %60-70'dir ve nonspesifiktir. DFA erken sonuç vermesi ve HSV ile VZV'yi ayırt etmesi yanında daha hassas olması nedeniyle tercih edilir. Son zamanlarda "real time PCR" tekniğiyle HSV 1 ve HSV 2'nin eş zamanlı olarak saptanabileceği gösterilmiştir. Herpes infeksiyonunda anneden geçen Ig G antikorları sebebiyle serolojik tanının da klinik değeri azdır.

TEDAVİ

Herpes enfeksiyonlarının tedavisinde tercih edilen öncelikli ilaç asiklovirdir.

Viral DNA polimerazı inhibe ederek viral DNA protein sentezini önler.

Valasiklovir asiklovirin bir ester formudur, oral biyoyararlanımı asiklovire göre daha iyidir. Antiviral spektrumu ve direnç özellikleri asiklovir ile aynıdır.

Asiklovir/Valasiklovir direnci olması halinde verilecek ilaç foscarnettir.

TEDAVİ

İmmünsağlıklı konaklarda genital olmayan mukakutanöz enfeksiyonlarda asiklovirin etkinliği ile ilgili kısıtlı veri mevcuttur. Primer gingivostomatitde asiklovirin yararı kısıtlı sayıda çocukta bildirilmiştir. Tekrarlayan labial herpesli erişkinlerde oral asiklovirin az da olsa yararı gösterilmiştir. Topikal asiklovir etkisizdir.

TEDAVİ

- Herpetik gingivostomatit özellikle küçük çocuklarda oral beslenme ve sıvı alımını bozarak dehidratasyona yol açabilir.
- Bazı hastalarda parenteral sıvı ve ağrı kontrolü için hospitalizasyon gerekebilir.
- Antiviral tedavi verilecekse ilk 3 gün içinde asiklovir verilmesi en etkili tedavidir.

TEDAVİ

Herpes simpleksin mukakutanöz enfeksiyonlarında bağışıklığı baskılanmamış hastalarda genital herpes dışında ancak seçili vakalarda antiviral tedavi verilebilir . Bunun dışında tedavi semptomatiktir.

Bağışıklığı baskılanmış hastalara herpes simpleks enfeksiyonlarında damardan asiklovir tedavisi verilmelidir.

Genital herpes enfeksiyonlarında ağızdan ya da damardan tedavi verilebilir.

- TEŞEKKÜR EDERİM.