



Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Çocuk Polikliniği
Olgu Sunumu

23 Mart 2018 Cuma

İnt.Dr. Hilâl Sarı
Dr. Didem Yıldırımçakar



Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
Anabilim Dalı

Çocuk Hastalıkları Polikliniği
Olgu Sunumu

23 Mart 2018 Salı

İnt.Dr. Hilâl Sarı

Dr. Didem Yıldırımçakar



Olgu

- 7,5 yaşında kız hasta

Yakınma

- Yanaklarda ve vücutta kızarıklık ve döküntü
- Ateş yüksekliği

Hikaye

- İki gün önce başlayan en yüksek 38,2 derece olan ateş yüksekliğinin yanında önce yanaklarda sonra da daha çok kol ve bacaklarda olmak üzere tüm vücutta kızarıklık ve döküntü başlamış.
- Sınıfında 3 kişide daha aynı şekilde ateş ve döküntü varmış.

Fizik muayene

- Ateş 37,6 °C
- Genel durumu iyi
- Yanaklarda kırmızı eritem, kollarda harita benzeri eritemli makülopapüler lezyonlar
- Orofarenks ve tonsiller doğal
- Solunum sistemi muayenesi doğal
- Kardiyovasküler sistem muayenesi doğal
- Gastrointestinal sistem muayenesi doğal



- **Ön tanılar?**

Çocukluk çağının ateşli ve döküntülü hastalıkları

- Genellikle kendilerini sınırlayan hastalıklardır.
- Morfolojileri oldukça karakteristiktir ancak bazen tanı koymak güç olabilir. Bu vakalarda;
- Karşılaşma öyküsü,
- Aşı kayıtları
- Daha önce geçirilen döküntülü hastalıklar
- Prodromal bulgular
- Mevsim göz önünde bulundurulmalıdır.

- Döküntülü hastayı değerlendirirken döküntünün;
- Başlangıcı
- Dağılımı
- Morfolojisi
- İlerlemesi
- Kaşıntı
- Ateş ile ilişkisi incelenir.

- Çocukluk çağında ateş ve döküntü ile karşımıza gelebilecek sık görülen hastalıklar;

Beşinci Hastalık

- Parvovirüs B19 enfeksiyonuna bağlı oluşan orta dereceli ateş yüksekliği ve tipik döküntü ile seyreden çocukluk çağı döküntülü hastalıklarından biridir.
- Eritema enfeksiyozum olarak da adlandırılır.
- Genellikle kışın sonlarında ve ilkbahar döneminde görülür.
- Okul çağındaki çocukları sıklıkla etkiler.

- Parvovirus B19 virusu ile enfekte olan bireylerde yaklaşık bir hafta sonra(inkübasyon dönemi), 1 hafta süren yoğun viremi gelişir.
- Bu dönemde ateş, burun akıntısı, baş ağrısı, kusma ve ishal gibi ayırt ettirici olmayan prodromal semptomlar ortaya çıkar.

- Virüs maruziyetinden yaklaşık 17 gün sonra tipik hastalık döküntüsü ortaya çıkar.
- Bu döküntü yanaklarda eritem (tokatlanmış çocuk görünümü) şeklinde başlar, ağız çevresi soluktur. Yüzdeki döküntü ile aynı zamanda veya birkaç gün sonrasında gövde ve ekstremitelere yayılan dantela şeklinde eritemli döküntü görülür.
- Bazı olgularda tipik döküntü dışında, morbiliform veya veziküler döküntüler olabilir. Kızamıkçık başta olmak üzere diğer viral döküntülerle karışabilir.



- Döküntü başladığında viremi dönemi bittiğinden hasta kendini iyi hisseder.
- Döküntüler 9-10 gün sürebilir, viral döküntülü hastalıklar içinde döküntü süresi en uzun olan hastalıktır.
- Bazen sıcaklık artışı, güneşe maruz kalma, egzersiz ve emosyonel strese bağlı olarak yüzde görülen döküntüler tekrarlayabilir.
- %10 vakada artralji eşlik eder. Erişkin enfeksiyonlarında eklem tutulumu daha sıktır.

- Döküntüler kendi kendini sınırlar, tedavi gereksinimi yoktur.
- Artraljisi olanlarda ağrı kesiciler kullanılabilir.
- Döküntüler başladığında bulaştırıcılık kaybolduğundan okuldan uzaklaştırmaya gerek yoktur.

Parvovirüs B-19

- Parvoviridae ailesinin Erytrovirus genusunda yer alan küçük bir DNA virüsüdür.
- Parvovirüs B19, solunum yolu salgıları başta olmak üzere kan transfüzyonu, organ nakli ve plasenta aracılığıyla bulaşmaktadır.
- Virüse özgül virüs karşıtı tedavi yoktur.

- Parvovirüs B19 ile ilişkilendirilmiş beş tablo tanımlanmıştır. Bunlar:
 - ❖ Eritema enfeksiyozum (5. hastalık)
 - ❖ Artropati
 - ❖ Aplastik kriz (kronik hemolitik hastalığı olanlarda)
 - ❖ Non immün hidrops fetalis, intrauterin ölüm, düşük
 - ❖ Eritroid seride aplazi (immün sistemi baskılanmış hastalarda) olarak sayılabilir.
- Normal bireylerde hematolojik bulgu olarak hafif, kısa süreli anemi, lökopeni ve trombositopeni görülebilir.

- Eritema enfeksiyozum hastalığının tanısı tipik klinik bulgulara göre konulur. Aplastik kriz, artropati gibi nadir vakalarda ve gebelerde serolojik testler gerekir.

- Gerekli vakalarda enfeksiyonun tanısı, viral DNA dizilerini belirleyen moleküler teknikler ve virusa spesifik kapsid proteinlerine özgül antikorların kullanıldığı immünolojik yöntemler ile yapılmaktadır.
- IgM, viremi semptomlarının başlangıcından sonra üç gün içinde, IgG'de birkaç gün sonra saptanabilir. IgM antikorları bir ay boyunca artmaya devam eder, 2-3. aydan sonra kaybolur. IgG antikorları ise hayat boyu serumda bulunur

Kızamık (Rubeola)

- Kuluçka dönemi 10-12 gün sürer, sonrasında prodromal dönem başlar, 3-5 gün sürer.
- Prodromal dönem bulguları;
- Ateş
- Öksürük
- Konjunktivit
- Koplik lekeleri (2.molar diş hizasında yanak mukozasında eritemli zemin üzerinde beyaz eksüda *tanı koydurucudur)
- Lenfadenopati olarak sayılabilir.

- Prodromal dönem biterken ateş sıklığı azalır ve baştan başlayıp gövde ve ekstremitelere yayılan, kaşıntısız, birleşme eğiliminde olan makulopapüler döküntüler başlar. Döküntüler daha çok gövdededir.
- Döküntüler yaklaşık 1 hafta sürer, yerinde kahverengi iz bırakarak iyileşebilir.



- %10-30 vakada komplikasyon gelişir.
- İkincil bakteriyel pnömoni, orta kulak iltihabı, merkezi sinir sistemi enfeksiyonları akut dönemde görülen komplikasyonlardır. Geç dönemde subakut sklerozan panensefalit görülebilir.

- Kızamık tanısı klinik bulgularla konulursa da bağışıklama oranının yüksek olduğu günümüzde serolojik testler ile doğrulanmalıdır.
- Tedavi semptomatiktir, malnutrisyonu olan ve 2 yaş altındaki hastalarda A vitamini desteği verilebilir.

Kızamıkçık (Rubella, 3 gün kızamığı)

- Kuluçka dönemi 14-21 gün sürer, prodromal dönem bulguları kızamığa göre daha hafiftir.
- Prodromal dönemde özellikle suboksipital, posterior auriküler ve anterior servikal bölgede lenfadenopati belirgindir (Theodor bulgusu).

- Döküntü yüz ve boyunda başlar, sonrasında daha çok gövdede yerleşen küçük toplu iğne başı büyüklüğünde, birleşme eğilimi göstermeyen makülopapüler şekildedir.
- Döküntüler 3 günde kaybolur.
- Ateş kızamık kadar yüksek ve dirençli değildir.
- Yumuşak damakta hemorajik peteşiler eşlik edebilir (Forcheimer lekeleri).

Rozeola infantum (6. hastalık)

- Etken HHV-6'dır.
- En sık 6ay-3 yaş arasında görülür.
- Kısa prodromal dönem sonrası başlayan yüksek ateş 3-5 gün sürer, ateşin düşmesini takiben 12-24 saat sonra gövdede daha yoğun gül rengine kaşıntısız makülopapiler döküntüler başlar. Yüze ve ekstremitelere yayılır.
- Döküntüler 1-3 günde geçer.
- Yüksek ateş döneminde febril konvulziyon görülme riski fazladır.



Suçiçeği (Varisella)

- Etken Varisella-Zoster virüsüdür.
- Birincil enfeksiyon su çiçeğidir, etken servikal ve torakal gangliyonlarda latent kalabilir. Latent enfeksiyonun reaktivasyonu zonadır.
- Bulaştırıcılık döküntüden 7 gün önce başlar, döküntülerin hepsi kabuklanıncaya kadar devam eder.

- Döküntülerin tipik özelliği aynı anda farklı evrede lezyonların bulunması ve gövdede yoğun şekilde bulunmasıdır.
- Lezyonlar ilk aşamada makül, sonrasında papül ve içi sıvı dolarak vezikül haline gelirler.
- Orofarenks ve vajina gibi mukozalar tutulabilir.



El-ayak-ağız hastalığı

- Etken Cocksackie virüslerdir.
- Özellikle ilkbahar ve yaz aylarında gözlenir.
- Yüksek ateş, boğazda veziküler döküntüler, el ve ayaklarda makülopapüler ve veziküler döküntüler ile karakterizedir.
- Polimorfik değildir, kaşıntısızdır, gövdede döküntü eşlik etmez.



Kızıl

- Etken A grubu beta hemolitik streptokoklardır (S.Pyogenes).
- Makülopapüler karakterdeki döküntüler tüm vücutta yaygındır. Tonsillit, Pastia çizgileri (ekstremitelerin gövdeye bileşke yerlerinde kahverengi çizgiler), çilek dili eşlik eder.
- Döküntü 5-7 gün sürer, iyileşme döneminde parmak uçlarından başlayan deride soyulmalar görülebilir.
- Tanıda klinik bulgular yanında boğaz kültüründen yaralanılır, tedavide penisilin ilk seçenektir.



Enfeksiyöz Mononükleoz

- Etken Epstein-Barr virüstür.
- Bulaşma enfekte kişilerin salgıları özellikle de tükürük ile olur (öpücük hastalığı olarak da bilinir).
- Döküntüler özellikle gövdede yerleşir, makülopapüler karakterdedir. Tipik özelliği özellikle ampisilin başta olmak üzere antibiyotik kullanımı sonrası ortaya çıkmasıdır.
- Yüksek ateşe eşlik eden lenfadenopatiler, splenomegali ve eksüdatif tonsillit diğer tipik bulgularıdır.

Özetle

- Ateşli ve döküntülü hastalarda, döküntünün tipi belirlendikten sonra, lezyonların gelişim özelliği, yerleşim yeri, hastanın yaş grubu ve eşlik eden diğer klinik bulgular birlikte değerlendirilerek, çoğunlukla etkene yönelik spesifik testlere gerek olmadan tanı konulabilmektedir.

Teşekkürler 😊