



Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Servisi
Olgu Sunumu

04/01/2023

Arş. Gör. Dr. Büşra Nur KOTAN



Olgu

- 3 yaş erkek hasta
- Yakınma: Sağ kolda döküntü, kızarıklık

Hikaye

- Bilinen hastalığı olmayan hastanemize başvurudan 3 gün önce sağ kolda hiperemik, ağrılı, çok sayıda vezikül oluşmaya başlamış. Ateşi olmamış.
- Dış merkeze başvurusunda amoksisilin klavulanik asit , mupirosin pomad, fenistil jel reçetesi ile taburcu edilmiş.
- Şikayetleri gerilemeyen hasta hastanemiz çocuk acil servisine başvurmuş.

Özgeçmiş

- 38 gestasyonel haftada, C/S 3300 gr olarak doğum
- YDYBÜnde 10 gün yatış öyküsü
- Düzenli kullandığı ilaç yok
- Aşıları Sağlık Bakanlığı takvimine göre uygun

Soygeçmiş

- Anne: 30 yaş sağ-sağlıklı
- Baba : 30 yaş sağ-sağlıklı
- Anne baba arası akrabalık yok.
- 1. çocuk: hastamız

Fizik Muayene

Kilo: 14,5 kg (-0,16 SDS)

Boy: 96cm (-0.20 SDS)

Acil servisimize ilk başvuru vitalleri:

Ateş: 36.8C° DSS: 28

Nabız : 120 TA: 90/60 SPO2: %99

Fizik muayene

- Genel Durum: İyi, bilinç açık
- Cilt: Turgor ve tonusu doğal. **Sağ kolda yaygın eritemli zemin üzerinde veziküler yer yer krutlanmış döküntü.**
- Baş-boyun: Saç ve saçlı deri doğal. Boyunda kitle yok. OF doğal.
- Göz Muayenesi: Bilateral IR ++/+++ , pupiller izokorik, konjuktiva ve skleralar doğal.
- Kardiyovasküler Sistem : S1-S2 doğal, S3 yok, üfürüm yok. Nabızlar bilateral palpabl.
- Solunum Sistem: Her iki hemitoraks solunuma eşit katılıyor. Gastrointestinal Sistem: Batın rahat. HSM yok. Barsak sesleri normoaktif.
- Genitoüriner Sistem: Haricen erkek. Anormali yok
- Nöromusküler Sistem: Bilinç açık. Duyu-motor defisit yok

Laboratuvar

WBC (Lökosit)	6,89 x10 ³ /μL (3,46 - 10,04)
NEU (Nötrofil Sayısı)	2,360 x10 ³ /μL (1,47 - 7,34)
NEU % (Nötrofil Yüzdesi)	∨ 34,2 % (42,7 - 73,2)
LYM (Lenfosit Sayısı)	∧ 3,560 x10 ³ /μL (1,05 - 3,17)
LYM % (Lenfosit Yüzdesi)	∧ 51,7 % (21,6 - 48,5)
MONO (Monosit Sayısı)	0,780 x10 ³ /μL (0,25 - 0,95)
MONO % (Monosit Yüzdesi)	11,3 % (4,2 - 13,5)
EOS (Eozinofil Sayısı)	0,130 x10 ³ /μL (0,03 - 0,29)
EOS % (Eozinofil Yüzdesi)	1,9 % (0,6 - 5,2)
BASO (Basofil Sayısı)	0,060 x10 ³ /μL (0,02 - 0,16)
BASO % (Basofil Yüzdesi)	0,9 % (0,2 - 1,4)
RBC (Eritrosit)	4,80 x10 ⁶ /μL (3,87 - 5,6)

HGB (Hemoglobin)	∨ 11,90 g/dL (12,1 - 16,6)
HCT (Hematokrit)	∨ 32,1 % (36,9 - 52,9)
MCV (Ortalama Eritrosit Hacmi)	∨ 66,90 fL (81,8 - 98)
MCH (Ortalama Hücre Hemoglobin)	∨ 24,80 pg (25,6 - 32,3)
MCHC (Ortalama Hücre Hemog.Konsant.)	∧ 37,10 g/dL (28,2 - 31,7)
RDW-SD	∨ 31,20 fL (38 - 50)
RDW-CV	13,20 % (11,2 - 14)
PLT (Trombosit)	239 x10 ³ /μL (172 - 380)
MPV (Ortalama Trombosit Hacmi)	9,60 fL (9,2 - 12,2)
PCT (Platekrit)	0,23 % (0,19 - 0,41)
PDW (Trombosit Dağılım Genişliği)	10,60 fL (9,5 - 15,5)
NRBC	0,00 x10 ³ /μL (0 - 0,015)

Laboratuvar

Albumin	48,9 g/L	Açlık Kan Şekeri (AKŞ)	97,1 mg/dL
Düzeltilmiş Sodyum	136,0 mmol/L	Ürea	26,1 mg/dL
Sodyum (Na)	136 mmol/L	BUN (Kan üre azotu)	12,20 mg/dL
Potasyum (K)	4,64 mmol/L	Kreatinin	0,33 mg/dL
Klor (Cl)	102 mmol/L	Bilirubin, Total	0,26 mg/dL
Kalsiyum	9,99 mg/dL	Bilirubin, Direkt	0,12 mg/dL
Düzeltilmiş Kalsiyum	9,28 mg/dL	Bilirubin, İndirekt	0,14 mg/dL
Magnezyum (Mg)	2,17 mg/dL	AST (SGOT)	25,2 U/L
Fosfor (P)	4,72 mg/dL	ALT (SGPT)	9,1 U/L
Ürik asit	3,7 mg/dL	ALP(Alkalen Fosfataz)	362 U/L
CRP	1,04 mg/L	LDH	237 U/L

- Ön tanınız?

Dermatoloji konsültasyonu (1/2):

- Hasta değerlendirildi sağ kolda 3 gün önce başlayan kızarıklık sonrasında gelişen su dolu kabarcık şikayeti mevcut. Sağ koldan tenar bölgeye uzanan alanda ve sağ skapula üzerinde eritemli zeminde grube veziküller izlendi.
- Ön planda Herpes Zoster enfeksiyonu düşünüldü.

- **HERPES ZOSTER (ZONA)**

Herpes zoster (ZONA)

- Deride dermatomal dağılım gösteren veziküler lezyonlarla karakterize döküntülü hastalık.
- Etkeni; varisella zoster virüsü (VZV)
- Herpes virüs ailesinin alfa herpes grubundan çift sarmallı DNA virüsü
 - -Birincil enfeksiyon; Suçiçeği
 - -İkincil enfeksiyon; Zona

- Virüs birincil enfeksiyondan sonra arka kök gangliyonlarında latent olarak kalır.
- VZV reaktivasyonu hücresel hasara yol açarak ilgili ganglionun inerve ettiği dermatomlar üzerinde lezyonlara neden olur.
- Tüm yaşlarda torasik bölge dermatomları %53, servikal bölge dermatomları %15 ve lumbosakral bölge dermatomları %11 oranda tutulurlar.
- Çocukluk döneminde de lezyonlar en çok torasik bölgede dağılım gösterirler.

Anti HBs	91,7 IU/L
IgA (İmmün kompleks)	0,66 g/L
IgG (İmmün kompleks)	8,81 g/L
IgM (İmmün kompleks)	1,52 g/L

Klinik izlem

- Hastamızın immun yetmezlik açısından IG G-A-M ve Flow sitometri tetkikleri alındı.
- IgG/A/M yaşına göre normal aralıkta.

- Herpes zoster, genellikle ileri yaşlarda görölen, çocukluk çağında nadir görölen bir hastalıktır.
- Herpes zoster, çocukluk çağında malignite, immün yetmezlik, immün supresif ilaç kullanımını durumlarda daha sık olarak karşımıza çıkabilir.
- Sağlıklı çocuklarda nadir olarak görölmektedir.

Tanı

- Klinik ile tanı konulur, laboratuvar tetkikleri genellikle gereksizdir.
- Direkt floresan antijen tayini (DFA)
- Lezyonlarının zemininden kazıma (Tzanck smear) testinde enfekte hücrede çekirdek içi inklüzyonlar görülür.
- VZV DNA'sını tayin etmek için PCR
- Viral kültür

Bulaş

- Bilinen en bulaşıcı hastalıklardan birinin etkeni olan VZV, birincil enfeksiyonda(suçiçeği) hava yolu, damlacık veya duyarlı kişi ile doğrudan temas sonucu bulaşmaktadır.
- İkincil enfeksiyon olan zona sırasında viremi eşlik etmediği için solunum yolu ile bulaşma olmaz. Ancak doğrudan temas ile bulaşıcılık söz konusudur.

Klinik

- Çocukluk döneminde herpes zoster kliniği erişkin dönemden farklılık gösterir.
- Hastalığın süresi daha kısadır ve komplikasyonlar nadiren görülür.
- Ağrının ön planda olduğu erişkin hastalığının aksine çocukluk döneminde genellikle ateş, baş ağrısı ve kaşıntı ön planda olabilir.

- Ateş, kırgınlık, anoreksi, baş ağrısı, hafif karın ağrısı döküntü çıkmadan 24-48 saat önce görülebilen prodromal semptomlardır.
- Sistemik bulgular ve ateş döküntüden sonra genellikle 2-4 günde kaybolurlar.
- Gruplu, kuşak (zoster) tarzında ve ağrılı veziküler lezyonlara (herpes zoster) yol açarlar. Genelde tek tarafta tutulum gösterir, tipiktir.
- İmmünite sorunu olan hastalarda ise lezyonlar lokalize kalmaz, suçiçeğine benzer sistemik yayılım izlenebilir.

Ayırıcı tanı

- HSV
- *Coxsackie* virüs enfeksiyonları
- Ekovirüs enfeksiyonları
- Egzema herpetikum
- Riketsiyal döküntüler

Komplikasyonlar

- Üveit, keratit, konjonktivit
- Postherpetik nevralji
- Periferel parezi, paralizi
- Bakteri süperenfeksiyonu, pnömoni, hepatit, meningoensefalit, aseptik menenjit
- Ramsay-Hunt Sendromu

Tedavi

- **Antiviral tedavinin amacı;**

Deri lezyonlarının daha hızlı iyileşmesini sağlamak

Akut nevrit ile ilişkili ağrının şiddetini ve süresini azaltmak

Postherpetik nevralji olarak adlandırılan kronik ağrının insidansını veya şiddetini potansiyel olarak azaltmaktır.

Tedavi

- Klinik bulguların ortaya çıkmasından sonraki ilk 72 saat içinde tedaviye başlanmalıdır.
- 72. saatten sonra, yeni lezyonlar ortaya çıkmaya devam ediyorsa antiviral tedavi başlanabilir, ancak etkinliği net olarak bilinmemektedir.
- Bağışıklık sistemi baskılanmış hastalarda ilk 72 saat geçmiş olsa da antiviral tedavi başlanmalıdır.

Tedavi

- **Asiklovir;**

- Ayakta tedavi:

≥ 12 yaş; Oral: 5 ila 7 gün boyunca her 4 saatte bir 1800 mg (günde 5 doz)

- Hastanede yatan hasta:

- ≤ 2 yaş bebek ve çocuklar: IV 7 ila 10 gün boyunca her 8 saatte bir 10 mg/kg/doz .

- ≥ 2 yaşındaki çocuklar ve ergenler: IV 7 ila 10 gün boyunca her 8 saatte bir 500 mg/m²/doz bazı uzmanlar 8 saatte bir 10 mg/kg/doz önermektedir

Dermatoloji konsültasyonu(2/2):

- IV Asiklovir başlanması için Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları görüşü alınması
- Lezyonların disseminasyonu açısından yakın takip edilmesi
- Stafine krem 2x1 , ıslak kompres 4x1 başlanması önerilir.

Klinik izlem

- Hastamıza uyguladığımız tedavi;
- Asiklovir 10 mg/kg/doz iv 8 saatte bir
- Sefazolin 100 mg/kg/gün iv 8 saatte bir
- 4x1 ıslak pansuman
- 2x1 stafine pomad

- TEŞEKKÜRLER..