



KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

ENFEKSİYON BİLİM DALI YEŞİL SERVİS OLGU SUNUMU

17 Mayıs 2023 Çarşamba

ARAŞ. GÖR. DR. SEVGİ TALE



Olgu

- 1 yaş 4 aylık kız hasta

Şikayet

- Sol gözde kızarıklık, yara
- Ateş

Hikaye

- Bilinen bir hastalığı olmayan hasta ateş (ölçülen en yüksek ateş 39 derece) gözünde sarı renkli akıntı ve sol gözde kızarıklık ve yara olması sebebiyle dış merkeze başvuran hastaya arpacık tanısıyla amoksisilin-klavulanik asit, tobramisin göz damlası, fusidik asit ve betametazon içeren krem ve muporisin içeren krem reçete edilmiş.
- Tedaviyi 4 gün kullanan ve şikayetleri gerilemeyen hasta Çocuk Enfeksiyon polikliniğine başvurmuş.

Özgeçmiş

- **Antenatal**

Annenin 2.gebeliđi,takipli sorunsuz gebelik

Natal

37 GH, C/S, 2850gr

- **Postnatal:**

–Aşıları sağlık bakanlığı takvimine uygun olarak yapılmış.

Soygeçmiş

- Anne: 27 yaş, Hipotiroidi tanılı-Euthyrox kullanıyor.
- Baba: 33 yaş, sağ-sağlıklı.
- 1.Çocuk: 7 yaş, kız, sağ, sağlıklı.
- 2.Çocuk: 7 yaş, kız, sağ, sağlıklı.
- 3.Çocuk: Hastamız.
- Soygeçmişte özellik yok.
- Anne baba arasında akrabalık öyküsü yok.

Fizik Muayene

- Ağırlık: 9.6 kg (24p)
- Boy: 75 cm (6 p)

Vital Bulgular

- Ateş: 36.3 derece
- KTA:125 atım/ dk (10-90 p)
- Solunum Sayısı:30 soluk/ dk (10-90p)
- Kan Basıncı:90/60 mmhg (90p)
- SPO2: % 97 (oda havasında)

Fizik Muayene

- Genel durum iyi, bilinci açık. Çevreye ilgili.
- **Deri**
Turgor, tonus doğal. **Sol göz alt ve üst göz kapağında ve göz etrafında üzeri yer yer impetiginize yer yer hemorajik krutlu, sarı renkli akıntının eşlik ettiği zemini eritemli veziküller ,Sol yanakta 1 adet ve çenede 2-3 adet birleşmeye eğilimli zemini eritemli veziküller izlendi.**
- **Baş-Boyun**
Saç ve saçlı deri doğal, kafa yapısı simetrik. LAP yok.
- **Gözler**
Bilateral ışık refleksi var. Her yöne göz hareketleri doğal. Anizokori yok, pupiller izokorik. **Sol sklera hafif 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, ek ses yok. Üfürüm yok.

- **Gastrointestinal Sistem**

Batın rahat. Defans, rebound yok.

- **Ürogenital Sistem:**

Haricen kız. Anomali yok.

Laboratuvar- Hemogram

- WBC: 10 630 mm³ (3500-10 000)
- NEU: 3200 mm³ (1000- 7500)
- LYM: 6370 mm³ (1000- 3000)
- Hb: 11.20 g/dl (12-16)
- MCV: 71 fL (80- 98)
- PLT: 478 000 mm³ (150 000- 350 000)

Laboratuvar- Biyokimya

- AST (SGOT):30.3 U/L (< 40)
- ALT (SGPT) 11.3U/L (< 41)
- CRP:7.1 (>0.5),
- Sedimentasyon :10 (<20)

Laboratuvar- Biyokimya

- Sodyum (Na): 137 mmol/L (136 – 145)
- Potasyum (K): 4,96 mmol/L (3,5 - 5,1)
- Klor (Cl):102 mmol/L (98 – 107)
- Düzeltilmiş Sodyum:136,0 mmol/L (136,0 - 145,0)
- Düzeltilmiş Kalsiyum:9,76 mg/dL (8,60 - 10,60)

Laboratuvar-TİT

- Renk: Açık sarı
- pH : 8 (5,5 - 8,0)
- Dansite:1.014 (1,005 - 1,027)
- Kan:-
- Glukoz:-
- Protein:-

Patolojik Bulgular

- Sol göz çevresinde kurutlu, hemorajik krutlu veziküler döküntü
- CRP yüksekliği

Ön Tanılar?

Ek tetkik öneriler ?

Klinik Seyir

- Hasta poliklinikte deęerlendirildi.
- 4 gün tedavi kullanmasına rağmen ilerleyen, sarı renkli akıntının da eşlik ettiği multipl krutlanmış ekskoriye lezyonlar nedeniyle dermatolojiye konsülte edildi. Herpes virüs enfeksiyonu + Sekonder impetijinizasyon olarak değerlendirilen hastaya fusidik asit+Betametazon içeren krem ve ıslak kompres 4x15 dakika (Kaynatılmış-soğutulmuş su ile) yapılması önerildi.
- Göz tutulumu açısından göz hastalıklarına danışılan hastanın yapılan muayenesinde kornea temiz sol göz fakik, kornea temiz, boya tutulumu yok, epitel defekti yok, dentritik lezyonlar izlenmedi şeklinde değerlendirildi.

Klinik Seyir

- Herpes simpleks tanısı alan hastaya çocuk enfeksiyon tarafından Aiklovir 10 mg/kg/doz 8 saatte 1 ve Ampisilin-Sulbaktam 200 mg/kg/gün 6 saatte bir iv tedavisi başlandı.
- Alınan yara ve kan kültüründe üreme olmadı.
- Günlük göz hastalıklarına danışılan hastanın takiplerinde göz tutulumu saptamadı.

HERPES SIMPLEX VİRÜS

- Herpes simpleks virüs tip 1 ve 2 (HSV-1 ve HSV-2), Herpesvirus ailesine ait büyük çift sarmal DNA virüsleridir.
- Başlıca epidermis ve mukozal yüzeyleri enfekte ederler.
- Duyusal nöral ganglionlarda latent olarak varlığını sürdürmesi en önemli özelliklerindedir.
- Virüs, bütünlüğü bozulmuş deri veya mukoza yüzeyler yoluyla konağa girmesiyle enfeksiyon başlar.

- Burada enfeksiyöz virüs sentezlenerek periferik duyuşal nöronlar aracılığıyla yeniden inokulasyon 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'NIN CİLT TUTULUMU

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



HERPETİK GINGIVOSTOMATİT

- Herpetik gingivostomatit, HSV Tip 1'in neden olduğu en yaygın semptomatik HSV enfeksiyonudur.
- Prodromal belirtileri takiben eritemli zeminde ağrılı ve bazen de umblike veziküller ortaya çıkar; bunlar püstüllere, erozyon ve ülserasyonlara dönüşür.
- Orofarinks mukozasındaki şiddetli ödem, ağrı ve ülserasyon; disfajiye, kötü nefes kokusu ve salya akmasına neden olabilir.

HERPES LABIALIS

- En sık görülen rekürren herpes simpleks infeksiyonudur.
- Dudaklarda en çok da vermilyon sınırında yerleşir. Yanaklar, göz kapakları veya kulaklarda da görülebilir.
- Trigeminal ganglion hücrelerinde latent olan virüsün aktivasyonu sonucunda ortaya çıkar.



HERPES LABIALIS

- Bir-iki gün süren yanma, batma, kaşıntı gibi semptomları takiben eritemli zeminde grup yapmış veziküller ve erozyonlar gelişir.
- Orolabial herpes; zaman zaman herpanjina, aftöz stomatit, Stevens-Johnson sendromu, farenjit, oral kandidiyazis ve kemoterapi alan hastalarda ilacın neden olduğu mukozitle karıştırılabilir.

GENİTAL HERPES

- Hem HSV-1 hem de HSV-2, genital herpesse neden olabilir bununla birlikte, enfeksiyon genellikle subklinik olduğu için genital HSV sıklıkla yeterince tanınmamaktadır.
 - Ağrılı genital ülserler, dizüri, ateş, hassas lokal inguinal lenfadenopati başvuru yakınmalarıdır. Ancak diğer hastalarda enfeksiyon hafif, subklinik veya tamamen asemptomatiktir.
 - Enfekte olan virüse (yani, HSV-1'e karşı HSV-2) dayalı klinik prezentasyonda belirgin farklılıklar yoktur.
-



HERPES GLADIATORUM

- Güreş gibi temas sporcularında ortaya çıkar, lezyonlara doğrudan temasla yaygın herpetik lezyonlar gelişir.
- En çok baş boyun ve üst ekstremitelerde görülür. Deri belirtilerine ateş, halsizlik, baş ağrısı, boğaz ağrısı, lenfadenopati eşlik eder.

HERPETİK KERATOKONJONKTIVIT

- Primer infeksiyonu; şiddetli gözkapağı ödemi, eritem, vezikülasyon, sulanma, fotofobi, kemozis ve preoriküler lenfadenopatiyle birlikte tek ya da çift taraflı keratokonjonktivit olarak kendini gösterir.
- Korneada yüzeysel erozyon ve ülserasyon (epitelyal keratit) **patognomonik** bir bulgudur.
- Komplikasyonları arasında kornea ülserasyonu ve skarlanması, glob rüptürü ve körlük bulunur.





EGZEMA HERPETIKUM

- 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 kullanılacak bir ipucu, belirgin, 2-3 mm'lik hemorajik krutlardır.

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.

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 foskarnettir.

Tedavi

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

Tedavi

- 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.

Tedavi

- 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 intravenöz tedavi verilebilir.

TEDAVİ

- 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

Teşekkürler