

Pediyatrik Hastada Nadir Bir Enfeksiyon: Herpetik Dolama

Rare infections in pediatric patients: Herpetic whitlow

Mehmet Açıkgöz¹, Ahmet Güzel¹, Hakan Tuncer², Ayşe İrem Sofuoğlu¹, Emine Malhun Şahiner¹

¹Ondokuzmayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Samsun, Türkiye

²Ondokuzmayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp Bilim Dalı, Samsun, Türkiye

ÖZET

Herpetik dolama herpes simpleks virüsünün neden olduğu en sık parmak distal falanksını daha nadir olarak da ayak distal falanksını etkileyen ağrılı bir deri enfeksiyonudur. Nadir görülen herpetik dolama, eritem ve ağrılı nonpürülan veziküller ile karakterizedir. Bakteriyel enfeksiyonlar ile karıştığından sıklıkla yanlış tanı ve uygunsuz tedaviye neden olmaktadır. Herpetik dolama tanı ve tedavisine dikkati çekmek için 13 aylık bir herpetik dolama vakasını sunduk. CAYD 2015;2(2):99-102.

Anahtar Kelimeler: Çocuk, herpetik dolama, acil servis

ABSTRACT

Herpetic whitlow is a painful cutaneous infection caused by the herpes simplex virus that affects most commonly the fingers and occasionally the distal phalanx of the toes. This rare form of herpes virus infection is characterized by painful and non-purulent vesicles. Misdiagnosis of herpetic whitlow usually leads to inappropriate interventions. We presented a 13 month old patient with herpetic whitlow to increase awareness of its diagnosis and management. CAYD 2015;2(2):99-102.

Key words: Children, herpetic whitlow, emergency

Kayıt Tarihi: 12.01.2015

Kabul Tarihi: 05.02.2015

İletişim: Mehmet Açıkgöz, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD, 55139, Samsun, Türkiye

GİRİŞ

Herpetik dolama, herpes simpleks virüsünün (HSV1, HSV2) neden olduğu en sık el parmak distal falanksını bazen de ayak distal falanksını etkileyen ağrılı bir deri enfeksiyonudur. İlk kez “herpetik whitlow” terminolojisi 1959’da kullanılırken, el parmaklarında herpes simpleks virüs enfeksiyonu 1909’da tanımlanmıştır. Sıklıkla ağız ve ağız çevresi bölgesinde çalışan ve oral sekresyonlara maruz kalan sağlık personelinde görülmekle birlikte çocuk ve genç popülasyonda da nadir olarak görülür.¹ Çocuklarda sıklıkla aftöz gingivostomatit ile birliktelik gösterir. Hastalar el yada ayak parmaklarının distal falanks derisini etkileyen ağrılı, ödemli ve nonpürülan veziküllü cilt lezyonu nedeni ile başvururlar. Herpetik dolama tedavisinin farklı olması sebebiyle bakteriyel enfeksiyondan ayırımının yapılması önemlidir.²

Bu makalede çocukluk çağında parmak şişliği ve ağrı ile başvuran herpetik dolama tanısı alan bir vaka sunulmuştur

VAKA SUNUMU

On üç aylık erkek hasta ateş, sol el ikinci parmak ucunda giderek artan morarma, şişlik şikâyetleriyle hastanemiz çocuk acil servisimize başvurdu. Hastaya 7 gün önce ağzında yara, iştahsızlık ve ateş nedeni ile başvurduğu başka bir sağlık merkezinde gingivostomatit tanısı ile ayaktan tedavi verilmiş. Hastanın ağzındaki yaraların iki günde azaldığı ancak hemen sonrasında, sol el ikinci parmak ucunda içi sıvı dolu kabarcıklar ile birlikte parmak ucunda morluk oluşmaya başladığı ve bu morluğun giderek arttığı öğrenildi. Özgeçmişinde aralarında akrabalık olmayan anne ve babanın ilk çocuğu olarak, miadında ve 3100 gr doğmuş. Üç aylıken inguinal herni operasyonu dışında kronik hastalık öyküsünün olmadığı, aşılarının tam olduğu, gelişiminin yaşıtları ile benzer olduğu ve ailesinde benzer şikâyet olmadığı öğrenildi.

Hastanın vücut ısısı 36.5°C, kalp tepe atımı: 120/dk, solunum sayısı: 36/dk, kan basıncı: 100/60 mmHg olarak saptandı. Fizik muayenede ağırlık; 11kg (25-50. persantil), boyu; 75cm (25-50. persantil), sol el ikinci parmak distal falanks derisini tamamen kaplayan kızarıklık, ödem ve içinde bulanık sıvı olan vezikülobüllöz cilt lezyonu (Resim 1) ve ağız ve dudak mukozasında hiperemik zemin üzerinde nonpürülan birkaç adet veziküler lezyonu mevcuttu (Resim 2).

Genital muayene normaldi. Laboratuvar tetkiklerinde; beyaz küre: 10.360/mm³, hemoglobin: 13,7 g/dL, trombosit: 413.000 /mm³, MCV: 77,6 fL, CRP: 0,3 mg/dL, böbrek ve karaciğer fonksiyon testleri normal idi.

Çocuğun parmak emme alışkanlığının olması ve ağız mukozasındaki veziküler lezyonunun birlikteliğinin varlığı nedeni ile klinik olarak herpetik dolama tanısı konuldu. Hastaya intravenöz asiklovir tedavisi başlandı. Sonrasında veziküler lezyonun içeriğinin pürülan görünüm kazanması üzerine, ikincil bakteriyel enfeksiyon düşünülerek tedaviye ampicilin eklendi. Klinik olarak düzelmeye başlayan hastanın tedavisinin üçüncü gününde oral tedaviye geçildi. Enfeksiyon polikliniğine kontrole gelmesi önerisiyle taburcu edildi.

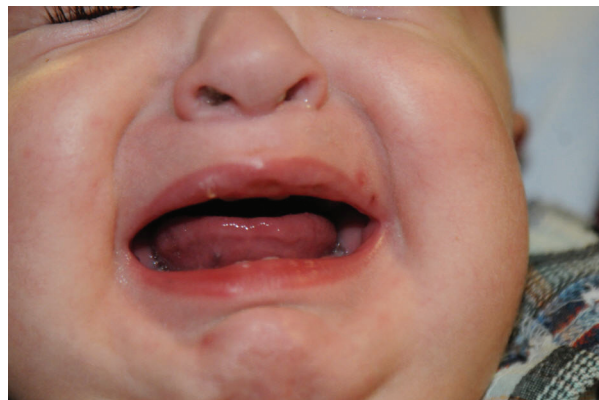
TARTIŞMA

Herpetik dolama, pürülan olmayan veziküller, kızarıklık ve ağrı ile karakterize parmakların HSV1 veya HSV2’nin neden olduğu herpetik enfeksiyondur.¹ Çocuklarda genellikle stomatit, orolabial ve genital enfeksiyon sonrası otoinokülasyon ile oluşur. Bazen de herpes labialis olan aile üyelerinden kişiden kişiye direkt temas ile gerçekleşir.² Vakamızda 7 gün önce gingivostomatit varlığı, hastanın herpetik dolamasının otoinokülasyonla olduğunu düşündürmektedir.

Ellerde herpes enfeksiyonu 10 yaşından küçük çocuklarda ve 20-30 yaşlardaki genç yetişkinlerde daha sık rastlanır.² Vakamız da 13 aylık ve parmak emme alışkanlığı



Resim 1. El ikinci parmak distal falanks derisini tamamen kaplayan kızarıklık, ödem ve içinde bulanık sıvı olan vezikülobüllöz cilt lezyonu



Resim 2. Ağız ve dudak mukozasında hiperemik zemin üzerinde non - pürülan birkaç adet veziküler lezyon

vardı. Sağlıklı yetişkinlerin %2,5'inin salyasından HSV izole edilir. Bu sebeple enfekte kişiyle veya otoinokulasyonla bulaş herpetik dolamaya neden olur. Ayrıca parmak emme alışkanlığı, lezyon olsun yada olmasın herpetik dolama riskini artırır. Lezyonlar özellikle parmak ucunda görülür.³ Vakamızda emme alışkanlığı mevcut olup lezyon terminal falanksta tespit edildi.

Herpetik dolama benzer semptomları sebebiyle, felon, bakteriyel paronişi ve fleksör tenosinovit ile karışabilir. Fleksör kılıf enfeksiyonu ve herpetik dolama arasındaki benzerlik (şişlik, kızarıklık) tanıda zorluğa ve yanlış tedavilere yol açabilir.⁴ HSV enfeksiyonlarının laboratuvar tanısında; hücre kültüründe virus izolasyonu, virus antijenlerinin gösterilmesi, moleküler teknikler ve serolojik testler uygulanmaktadır. Toplumda HSV enfeksiyonlarının yaygın olarak görülmesi nedeniyle serolojik testler tanıda yarar sağlamamakta, daha çok epidemiyolojik çalışmalarda uygulanmaktadır.⁵ Klinik görünüm tanı için yeterlidir, ancak kesin tanı polimeraz zincir reaksiyonu (PCR) ya da kültür ile yapılabilir.² Vakamızda bir hafta öncesi gingivostomatit hikayesi, parmak emme alışkanlığı, ağız çevresinde lezyonların görülmesi ve parmaktaki tipik lezyon klinik olarak tanıyı desteklediğinden ilave tetkike ihtiyaç duyulmadı.

Herpetik dolamada ortaya çıkan temiz veziküler sıvı klinik gidişat sırasında bulanık veya hemorajik vasıf kazanabilir.¹ Vezikül sıvısında bulanıklaşma beyaz küre sayısındaki artış nedeni ile olur.² Her ne kadar bu durum bakteriyel enfeksiyon olmasa da klinik olarak ayırım yapılamadığından hastamızda temiz veziküler sıvının bulanıklaşması sebebiyle antibakteriyel tedavi de tedaviye eklendi.

Vakamızın takibinde herhangi bir komplikasyon görülmüdü.

Herpetik dolama genellikle prognozu iyi bir hastalıktır. Komplike olmayan vakalar kendiliğinden 3 hafta içinde düzelir. Sistemik viremi, oküler enfeksiyon, tırnak distrofisi, tırnak kaybı, skar, lokalize hiperestezi veya hipoestezi nadir görülen komplikasyonlardır.¹ Hastamızda herhangi bir komplikasyon gelişmedi.

Herpetik dolamada tedavi konservatiftir (istirahat, elevasyon ve antienflamatuvar ilaçlar). Bulaşmayı önlemek için lezyonlar kuru pansuman ile kapatılmalıdır.

Topikal asiklovirin etkinliği gösterilememiştir. Oral veya intravenöz asiklovir sadece ciddi enfeksiyonu olan ve immünsuprese hastalarda önerilmektedir.⁶ Bununla birlikte yaygın primer enfeksiyon ve tekrarlayan atakların süresini kısaltmada intravenöz asiklovir kullanımının etkili olduğu kabul edilmiştir.³ Sekonder bakteriyel enfeksiyon olmadıkça antibakteriyel tedavinin gereksiz olduğu bildirilmektedir.⁶ Hastamızın yaşının küçük olması ve enfeksiyonu da ağır olduğu için hastamıza asiklovir tedavisi verildi. Veziküler lezyonu bulanıklaşması ve sekonder bakteriyel enfeksiyonu dışlayamadığımız için antibakteriyel tedavi verdik.

Herpetik dolamada enfeksiyonun sağlam dokulara yayılma riski nedeniyle cerrahi önerilmemektedir. Bakteriyel paronişi ayrıca tanısının doğru yapılması önemlidir; çünkü bu durumda cerrahi ve abse boşaltımı yapılması gereklidir.

SONUÇ

On yaş altındaki pediatrik hasta grubunda herpetik dolama sık görüldüğünden klinik olarak tanınması, bakteriyel enfeksiyondan ayırımı, tedavi modalitelerinin klinisyen tarafından bilinmesi hastaların doğru yönetimi için önemlidir.

KAYNAKLAR

1. Rubright JH, Shafritz AB. The herpetic whitlow. J Hand Surg Am. 2011;36(2):340-2.
2. Szinnai G, Schaad UB, Heininger U. Multiple herpetic whitlow lesions in a 4-year-old girl: case report and review of the literature. Eur J Pediatr. 2001;160:528-33.
3. Hoff NP, Gerber PA. Herpetic whitlow. CMAJ. 2012 ; 20;184:924.
4. Brkljac M, Bitar S, Naqui Z. A Case Report of Herpetic Whitlow with Positive Kanavel's Cardinal Signs: A Diagnostic and Treatment Difficulty. Case Rep Orthop.; 2014;906487. doi: 10.1155/2014/906487.
5. Ustaçelebi Ş. Diagnosis of herpes simplex virus infections. J Clin Virol 2001; 21: 255-9.
6. McDonald LS, Bavaro MF, Hofmeister EP, Kroonen LT. Hand infections. J Hand Surg Am. 2011;36:1403-12.

