

Suçiçeği İnfeksiyonu Sırasında Dissemine İntravasküler Koagülasyon ve Nefrit Gelişimi

Özden TÜREL (**), Ebru BİLGİÇ (*), Çiğdem YILMAZ (**), Hüsem HATİPOĞLU (**), Osman PİNÇE (**), Rengin ŞİRANECİ (***)

SUMMARY

Dissemine Intravascular Coagulation and Nephritis during Varicella Infection

Varicella is usually a benign disease of childhood and uneventful recovery is the rule. Complications are related to the immunological status of the patient, an underlying disorder such as chronic dermatological or respiratory disease and immunosuppressive therapy, but healthy children can be affected as well. Most common complications are secondary bacterial infections of the skin. Encephalitis, myocarditis, pancreatitis, bleeding diathesis and nephritis are rarely seen. In this report a five year old previously healthy and immunologically intact patient who developed disseminate intravascular coagulation and nephritis during varicella infection was presented and prognosis after therapy was evaluated. The patient whose sister had varicella infection 20 days ago has attended to our hospital with hemorrhagic mostly crusted skin eruptions disseminated to her whole body. She developed thrombocytopenia, necrotic purpura, edema and melena during the disease and fully recovered with early treatment.

Key words: Varicella, child, complication, nephritis, DIC

Anahtar kelimeler: Suçiçeği, çocuk, komplikasyon, nefrit, DIC

Suçiçeği, sağlıklı çocuklarda hafif seyreden bir infeksiyon hastalığı olarak kabul edilmesine rağmen immün yetersizliği olmayan bireylerde de hayatı tehdit edici komplikasyonlara neden olabilir. Sağlıklı çocuklarda mortalite oranı 100.000 olguda 1-4'tür⁽¹⁾. Aile içindeki ikincil olgularda hastalığın daha ağır seyrettiği ve daha uzun sürdüğü, ancak komplikasyon sıklığının artmadığı bildirilmektedir⁽²⁾. Hastalığın olası komplikasyonları açısından dikkatli olunmalıdır. 5 yaş altı çocuklarda en sık görülen komplikasyon sekonder bakteriyel deri infeksiyonudur. Nadir komplikasyonlar ise ensefalit, miyokardit, pankreatit, kanama diyatezi ve nefrittir^(1,2).

Bu yazıda daha öncesinde sağlıklı ve immün yetersizliği olmayan 5 yaşında bir hastada suçiçeği infeksiyonu sırasında DİK tablosu, nefrit gelişimi ve tedavi sonrası prognozu ele alınmıştır.

OLGU

O.K. 5 yaşında kız hasta; döküntü, ateş, uykuya meyil şikayetleri ile başvurdu. Beş gün öncesine kadar yakınması olmayan hastanın yüzünde ve vücudunda veziküller şeklinde başlayıp kurutlanan döküntünün yanında son 2 gündür halsizlik, ateş ve uyuklama olması üzerine hastanemize başvurmuş. Öyküsünde NSD ile miadında hastanede doğduğu, 2 ay anne sütü ile beslenip daha sonra formül mamaya geçildiği, aşılarının sağlık ocağında, zamanında ve tam yapıldığı, bugüne kadar önemli bir hastalık geçirmediği öğrenilen hastanın kardeşinin 2 hafta önce suçiçeği geçirdiği bildirildi. Fizik muayenesinde; şuur açık, ateş 38.5°C (aksiller), TA 70/50 mmHg, tüm vucutta, yüzde ve saçlı deride çoğunlukla kabuklanmış, hemorajik görünümde suçiçeği döküntüleri mevcut idi. Sağ inguinal bölgede 4x5 cm boyutlarında ekimotik lezyon saptandı. Solunum dispneik, takipneik, dinlemekle akciğer sesleri kaba, KTA 160/dk, ek ses ve üfürüm yok, karın serbest, hepatosplenomegali yok, diğer sistem bulguları normaldi. Tetkiklerinde BK 8100/mm³, Hct % 26.8, Hb 8.1 g/dl, trombosit 40.000/mm³, ESR 30 mm/saat, CRP 48 mg/dl, PT 20sn, APTT 30 sn, aktivite % 41.3, tam idrar tetkiki normal, üre 70, kreatinin 1.48, total protein 5 g/dl, albümin 2.9 g/dl, ALT 443, AST 226, LDH 1498, diğer laboratuvar bulguları normal bulundu. Hemorajik suçiçeği, purpura fulminans ön tanıları ile interne edilen hastaya antibiyoterapi ve iv asiklovir tedavisi başlandı. PT, APTT uzun olan hastaya 3 gün taze donmuş plazma verildi. DİK tablosu gelişmesi üzerine 15 Ü/kg/saat olarak heparin trombosit sayısı 100.000'in üzerine çıkıncaya kadar verildi. TA düşük seyreden hastaya dopamin verildi. Takibinde alt ekstremitelerde ve ayak sırtında ödem gelişen, üre ve kreatinin değeri yüksek bulunan hastanın batın ultrasonografisinde her iki böbreğin ekojenitesi artmış ve global olarak büyümüş olarak tespit edildi. Yapılan nefroloji konsültasyonu ile suçiçeğinin geçici nefriti düşünüldü. Takibinde hemogram, PT, APTT, biyokimya ve infeksiyon göstergeleri düzelen hasta taburcu edildi. Sağ inguinal bölgede yer alan ekimotik lezyon için plastik cerrahiye sevk edildi.

TARTIŞMA

VZV, duyarlı bireylerde suçiçeği infeksiyonuna yol açar ve etkilenen bireylerin bağışıklık sistemi ile ilgili olarak genellikle kendi kendini sınırlar (5). Okült bakteriyemi özellikle hastalığın ilk üç gününde görülür. Diğer deri komplikasyonları ise hemorajik veziküller, büllöz varisella, nekrotizan fasiit ve purpura fulminanstır (1,2).

Komplikasyonların hastanın bağışıklık durumuna, kronik cilt ya da akciğer hastalığı gibi altta yatan bir nedene ve immünosupresif tedaviye bağlı olduğu düşünülmektedir. Özellikle T hücre yetersizliği olan hastalar virüsün akciğer, karaciğer, beyin, kalp ve böbrekler gibi iç organlara yayılımı açısından risk altındadır (2). Ancak, sağlıklı bireylerde de ciddi komplikasyonlara rastlanabilir. Daha sık görülen ve hafif seyreden komplikasyonlar otitis media, sublinik hepatit, serebellar ataksi, döküntünün bakteriyel süperinfeksiyonudur. Nadir komplikasyonlar ise ensefalit, miyokardit, pankreatit, kanama diyatezi ve nefrittir (1,2). Almanya'da 119 sağlıklı çocukta yapılan bir çalışmada, su çiçeğine bağlı komplikasyonun en sık okul öncesi çocuklarda görüldüğü ve infeksiyöz komplikasyonların deri infeksiyonu en sık olmak üzere 4 yaş altı çocuklarda görüldüğü, ağır suçiçeği komplikasyonlarının oranı ise 8.5:100.000 olarak bildirilmiştir (2). Bizim olgumuzda da ciltte nekrotik lezyonlar ve DİK mevcuttu. Yapılan çalışmalarda, VZV infeksiyonu sırasında koagülasyon proteinlerine karşı otoantikolar sıklıkla tespit edilmiş, ancak trombotik komplikasyonlarla ilişki kurulamamıştır (4). Hastamızda akut dönemde düşük bulunan protein C, protein S ve AT 3 seviyeleri kontrollerde normal olarak bulundu.

Varicellaya bağlı nefrit oldukça nadir görülür, 2534 hastada yapılan bir çalışmada yalnızca 3 (% 0.12) klinik nefrit gelişmiştir. Ancak, fatal olgularda renal lezyon gelişmesi daha yüksek oranda bildirilmiştir. Histopatolojik bulgular. konjeste ve kanamalı glomerüller, endotelial hiperplazi ve değişen derecede tubuler nek-

rozdur. Akut dönemde periton diyalizi gerekebilir. Tam iyileşme veya asemptomatik persistan mikroskopik hematüri ya da hafif böbrek yetersizliği gelişebilir (2). BUN ve kreatinin yüksekliği ve batın US'de her iki böbreğin ekojenitesi artmış, global olarak büyümüş olması nedeni ile nefroloji konsültasyonu yapılarak suçiçeği geçici nefriti olarak değerlendirildi. Takibinde diürezi iyi olan hastanın biyokimyasal değerleri normale geldi.

İmmün yetersizlikli hastalar erken intravenöz asiklovir tedavisinden fayda görür. İntravenöz asiklovir tedavisi yaşa ve önceki sağlık durumuna ve semptomlarını süresine bakılmaksızın disseminasyon gösteren ağır su çiçeği olgularında önerilmektedir. Oral asiklovir tedavisi sağlıklı çocuklarda, komplikasyon olmayan su çiçeğinde önerilmez. Ev içi temas olmuş sağlıklı çocuklarda profilaktik olarak da kullanılmaz. Nedeni, immün cevabı zayıflatarak reinfeksiyona karşı korunma oluşmaz ya da erken zonaya karşı predispozisyon yaratabilir (2,3). Hastamızda disseminasyon gösteren suçiçeği infeksiyonu ve ağır komplikasyonlar görüldüğünden iv asiklovir tedavisi kullanıldı.

Varicella infeksiyonunun seyri sırasında sağlıklı bireylerde dahi ciddi komplikasyonlar gelişebileceği akla gelmelidir.

KAYNAKLAR

1. Ziebold C, Kries RV: Severe complications of varicella in previously healthy children in Germany. *Pediatrics* 2001. 5(108):
2. Phuah HK, Chong CY: Complications of varicella zoster infections in 8 pediatric patient and review of literature. *Singapore Medical Journal* 50(3):345-52, 2001.
3. Tucciane L, Tomassani A: Disseminated intravascular coagulation during chicken pox; Description of a case in a child. *Minerva Pediatr* 53(6):581-6, 2001.
4. Josephson C, Nuss R, Jacobson L: The varicella autoantibody syndrome. *Pediatr Res* 50(3):345-52, 2001.
5. Abrams D, Derick G: Cardiac complications in children following infection with VZV. *Cardiol Young* 11(6):647-52, 2001.