

Atopik Dermatitli Bir Çocukta Kaposi'nin Variselliform Erüpsiyonu

Kaposi's Varicelliform Eruption in a Patient with Atopic Dermatitis

Yonca Tanrıöver, Ayşe Öner*, Cem Mansuroğlu

Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

*Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

Özet

Kaposi'nin Variselliform Erüpsiyonu (KVE) önceden var olan bir dermatoz üzerinde gelişen lokalize veya generalize olabilen viral enfeksiyondur. En sık neden Herpes simplex virustür. Darier hastalığı, psoriasis, tinea kruris, allerjik kontakt dermatit, pemfigus vulgaris, lazer uygulaması sonrası, topikal takrolimus ve pimekrolimus kullanımı sonrası görülmekle birlikte en sık atopik dermatitli hastalarda izlenir. Tedaviye erken başlanması ve sistemik antiviral kullanılması hastalığın ilerlemesini engellemede önemlidir. Burada 4 yaşındaki erkek hastada atopik dermatit lezyonları üzerinde gelişen Kaposi'nin variselliform erüpsiyonuna ait tipik klinik bulgular ve uyguladığımız tedavi sunularak konuya dikkat çekilmektedir. (*Türkderm 2011; 45: 43-5*)

Anahtar Kelimeler: Kaposinin variselliform erüpsiyonu, atopik dermatit, egzema herpetikum

Summary

Kaposi's varicelliform eruption (KVE) is a localized or generalized viral infection, which occurs on a primary dermatosis. Herpes virus is the most common causative agent. KVE may occur in patients with Darier's disease, tinea cruris, allergic eczematous contact dermatitis, pemphigus vulgaris, laser application, use of topical pimecrolimus or tacrolimus, and mostly atopic dermatitis. The cornerstone of therapy is starting systemic antiviral medications immediately. In order to take the attention to the matter and discuss the therapy, we report a 4-year-old male patient with typical clinical features of Kaposi's varicelliform eruption that appeared on atopic dermatitis lesions. (*Turkderm 2011; 45: 43-5*)

Key Words: Kaposi's varicelliform eruption, atopic dermatitis, eczema herpeticum

Giriş

Kaposi'nin Variselliform Erüpsiyonu (KVE) en sık atopik dermatit olmak üzere, var olan bir dermatoz üzerinde; genellikle Herpes simplex virus, nadiren de Cocksackie veya Vaccinia virüsüyle meydana gelebilen, yaygın viral deri enfeksiyonudur. KVE'nun viremi, herpetik keratit, sepsis gibi hayatı tehdit eden komplikasyonları söz konusudur. Hastalık; dermatoz bulunan bir alanda ortaya çıkan umblike vezikülopüstümler lezyonlara eşlik eden ateş, halsizlik ve bölgesel lenfadenopatiyle karakterizedir^{1,2}.

KVE olan tüm olgularda, hastalığın şiddetine bağlı olarak intravenöz veya oral asiklovir tedavisi verilmelidir. Burada atopik dermatitli bir çocukta görülen KVE sunulmaktadır.

Olgu

Dört yaşında erkek çocuk, 4 gün önce kalçada başlayan kızarıklık ve döküntüler nedeniyle polikliniğe getirildi. Dermatolojik muayenede; sağ gluteada eritemli zeminde birkaç veziküler lezyon, sol gluteada rüptüre veziküllere ait erozyon izlendi. Karın ve sırtta eritemli zeminde düzensiz kserotik plakları vardı. Hastada

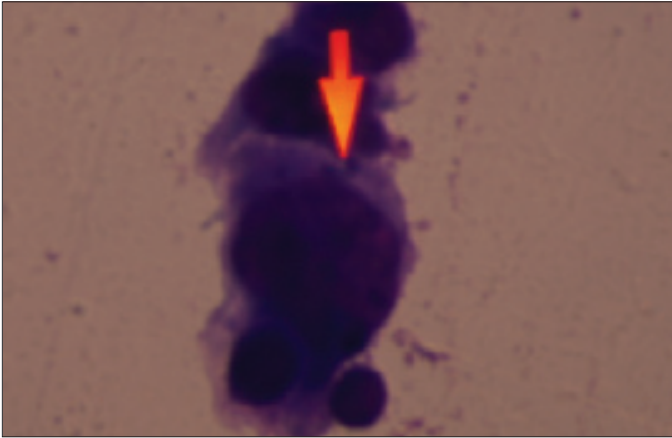
Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Dr. Yonca Tanrıöver, Atatürk Cad. Çam Sk, No: 3/A, Maltepe 34843, İstanbul, Türkiye
Tel: +90 216 399 97 50/1121 E-posta: yoncatan@gmail.com **Geliş Tarihi/Received:** 26.03.2010 **Kabul Tarihi/Accepted:** 21.06.2010

*Türkderm-Deri Hastalıkları ve Frengi Arşivi Dergisi, Galenos Yayınevi tarafından basılmıştır.
Turkderm-Archives of the Turkish Dermatology and Venerology, published by Galenos Publishing.*

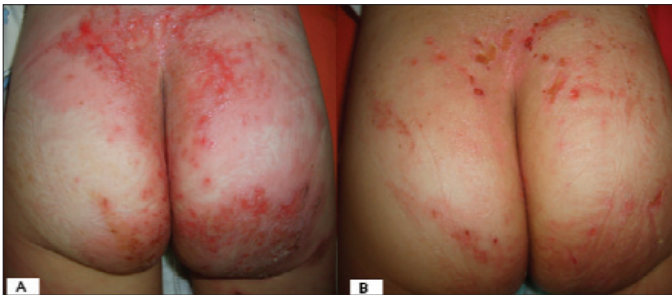
Dennie-Morgan çizgileri ve periorbital koyuluk mevcuttu. Olgunun öyküsü, klinik görünümü, kullandığı ilaçlar değerlendirildiğinde ön planda KVE düşünülerek tanıyı doğrulamak için Tzanck testi uygulandı ve test pozitif sonuçlandı (Resim 1). Oral asiklovir ve topikal antibiyotik verilerek 2 gün sonra kontrole çağırıldı. Hasta 2 gün sonra genel durum bozukluğu, iştahsızlık, ateş ve döküntülerde artış şikayetiyle geldi ve tedaviye başlanmadığı öğrenildi. Ateşi 38,5°C ölçülen hastanın dermatolojik muayenesinde; gluteal bölgelerde daha yaygın rüptüre veziküller lezyonları mevcuttu. Yüzde, periorbital bölgede, dış kulak yolunda ve gövdede eritemli zeminde skuamli, yer yer ekzoriye lezyonlar izleniyordu.

Hastanın; hemoglobini 13,9 gr/dL , lökosit sayısı 17,6/mm³, sedimentasyon hızı 9 mm/s, CRP'si 4,4, IgE: 414 IU/ml idi. Boğaz kültürü, nazal sürüntü kültürü, gluteal bölgedeki ülsere lezyondan yara kültürü alındı.

Hasta servise kabul edilerek; asiklovir 10 mg/kg/gün 3x1 İV, sefazolin sodyum 500 mg 3x1 İV ve oral olarak ise parasetamol ve hidrokiszin şurup tedavisi başlandı. Yatışı süresince hastanın ateşi olmadı, genel durumunda ise 3. günden itibaren belirgin olarak düzelme oldu. Yara sürüntü kültüründe metisiline hassas S.aureus üredi. Göz hastalıkları konsültasyonu istendi ve öneri doğrultusunda hastaya profilaktik tedavi başlandı. Yatışının 6. gününde lezyonlarında büyük oranda gerileme izlendi (Resim 2) ve herhangi bir komplikasyon gelişmedi. Oral asiklovir ve antibiyotik tedavisine geçilerek, toplam 10 güne tamamlandı.



Resim 1. Vezikül tabanından hazırlanan Tzanck preparatı. (GiemsaX100)



Resim 2. Gluteal bölgedeki lezyonların tedavi öncesi (A) ve tedavinin 5. günü (B) görünümü

Tartışma

KVE ilk kez 1887 yılında Moritz Kaposi tarafından fungal infeksiyona sekonder olarak gelişen bir hastalık olarak tanımlanmıştır³. HSV'nin etken olduğu formuna "Ekzema herpetikum" adı verilir. Hastalık en sık atopik dermatitli hastalarda görülmekle birlikte Darier hastalığı, psoriasis, tinea kruris, allerjik kontakt dermatit, iktiyozis vulgaris, pemfigus vulgaris, pemfigus foliaceus, ikinci derece yanık, lazer uygulaması sonrası, topikal takrolimus ve pimekrolimus kullanımı sonrası, mikozis fungoides olgularında da gelişebilir. HSV replikasyonunu; epidermal bütünlüğün bozulması, dolayısıyla konağın lokalize infeksiyona karşı direncinin azalması, büyük ölçüde kolaylaştırır¹. Topikal immunomodülatör tedavisi sonrası olguların yaklaşık %2'sinde KVE görülebilir⁴. KVE daha önceden var olan deri hastalığı üzerinde zımbayla delinmiş tarzda vezikül ve püstüllerle karakterize, lokalize veya generalize olabilen, en fazla HSV Tip 1 ve Tip 2, daha seyrek olarak Coxsackie A-16 ve Vaccinia virüslerin etken olduğu akut viral bir infeksiyondur⁵. Hastalık en sık 1. ve 3. dekadlar arasında, kadın ve erkekte eşit oranda görülür. En sık baş ve vücudun üst kısımlarında tutulum izlenir, 5-19 gün arası değişen inkübasyon süresi vardır. Bu süre sonunda hemorajik olabilen, göbekli veya zımbayla delinmiş gibi görünen, vezikülopüstüler lezyonlarla karakterizedir. Ateş, kaşıntı, halsizlik, iştahsızlık, kusma, diyare de görülebilir¹. KVE'de nadir olarak gelişse de herpetik keratit; stromal sikatrize neden olarak körlük yapabilir. Viremi geliştiğinde akciğeri, karaciğeri, beyni ve gastrointestinal sistemi etkileyebilir. Erode alanlardan köken alan S.aureus infeksiyonları sekonder olarak sepsise yol açarak, mortalite ve morbiditeyi artırabilir⁶. Olgumuzun gluteal bölgesindeki erode ve ülsere alanlardan sürüntü kültürü alınarak profilaktik olarak sefazolin sodyum 500 mg 3x1 iv başlandı. Kültürde metisiline hassas S.aureus üremesi üzerine tedavisine devam edildi. Periorbital alanda eritem ve ödemi olan hastadan göz hastalıkları konsültasyonu istendi ve önerileri doğrultusunda profilaktik olarak tobramisın damla 3x1 ve asiklovir oftalmik krem 3x1 başlandı.

Tanıda klinik bulguların yanısıra; deri lezyon tabanından alınan örnekten yapılan Tzanck testi, taze veziküller sıvıdan yapılan viral kültür, ülseratif lezyonlardan alınan sürüntü kültürlerinin kullanıldığı direkt florasan antikor testleri kullanılabilir. Hızlı ve kesin tanı için HSV tip 1 ve 2'ye karşı oluşan spesifik monoklonal antikorlar kullanılabilir. Kesin tanıda en güvenilir yöntem ise deri lezyonlarından alınan örnekte virusun üretilmesidir¹. Olgumuzda tanıyı doğrulamak için; özgünlüğü düşük olmakla beraber, en hızlı, en ekonomik ve basit yöntem olan Tzanck testini uyguladık⁷. İnfeksiyonun ilk günlerinde tedaviye başlanması önemlidir. Tedavide en önemli basamak ise sistemik antiviral kullanımıdır. Oral tedavi; pediatrik hastalarda 40-80 mg/kg/gün (3 doza bölünerek), erişkinde ise 5x200 mg/gündür. Şiddetli olgularda pediatrik doz 10 mg/kg 3x1 ve yetişkinlerde 10-15 mg/kg 3x1, İV olarak verilmelidir^{1,8}. Tedavide İV asiklovir

kullanılmasıyla, daha önceden yüksek olan mortalite ve morbidite oranları düşmüştür¹. Hastamızın verilen oral asiklovir tedavisini kullanmadığı 2 gün süresinde lezyonlarının yaygınlaşması, sistemik bulguların eşlik etmesi nedeniyle asiklovir tedavisi parenteral olarak başlanmıştır. Olgumuz parenteral asiklovir tedavisine iyi yanıt vermiş, veziküler lezyonlar 6 günde belirgin olarak gerileyerek, tedavisi 10 güne tamamlanmıştır.

Ekzema herpetikumlu hastalarda sekonder bakteriyel infeksiyon tedavisinde topikal ve sistemik antibiyotiklere sıklıkla başvurulur. Olgumuzda asiklovirle eşzamanlı olarak sistemik antibiyotik de başlanmıştır ve kontrol kültürlerinde üreme olmamıştır.

Sonuç olarak KVE; herpetik keratit, viremi, sepsis gibi ciddi komplikasyonları olsa da, erken tanıyla sistemik antiviraller ve destekleyici tedavilerin kombinasyonu ile başarıyla tedavi edilebilen bir hastalıktır. Topikal immunmodülatör kullanımının yaygınlaşması, immunsuprese hasta sayısının artması, etkenin virulans değişikliği gibi nedenlerle KVE olgularıyla daha sıklıkla karşılaşabiliriz.

Kaynaklar

1. Öztürkcan S: Derinin Viral Hastalıkları. Dermatoloji. Ed. Tüzün Y, Gürer M A, Oğuz O, Aksungur V L. 3. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi, 2008; 599-601.
2. Susan Bayliss Mallory, Alanna Bree, Peggy Chern: Illustrated manual of pediatric dermatology diagnosis and management. 1. United Kingdom, Taylor & Francis, 2005;406
3. Karabulut A A, Serel B İ, Güngör E, Astarci M, Ekşioğlu M, Üstün H: Pemfigus foliyaseuslu hastada kaposi'nin variselliform erüpsiyonu. KÜ Tıp Fak Derg 2008; 9:26-8.
4. James W D, Berger T G, Elston D M: Andrew's deri hastalıkları klinik dermatoloji. 1. İstanbul, İstanbul Medikal Yayıncılık, 2008;365-75.
5. Wolff K, Johnson R A, Suurmond D: Fitzpatrick'in renkli atlası ve klinik dermatolojinin özeti. 5. İstanbul. Sigma Publishing, 2006:798-809.
6. Çalka Ö, Metin A, Cesur Y: Kaposi'nin variselliform erüpsiyonu. Türkiye Klinikleri J Pediatri 2001;10:99-101.
7. Stockfleth E: Viruses. Braun-Falco's dermatology. Ed. Burgdorf W H C, Plewig G, Wolff H H, Landthaler M. 3rd edition. Italy, Springer medizin, 2009;82-3
8. Marques A R, Straus: Herpes simplex. Fitzpatrick's dermatology in general medicine. Ed. Wolff K, Goldsmith L A, Katz S I, Gilchrist B A, Paller A S, Leffell D J. 7th edition. United States of America, Mc Graw Hill medical, 2008;1877-83.