

Depo Penisilin Sonrası Gelişen Stevens-Johnson Sendromu Olgusu

Uzm.Dr.Avni Kaya*, Dr.Muhammed Akıl**, Uzm.Dr.Mesut Okur*,
Uzm.Dr.Fatih Erbey*, Uzm.Dr.Mehmet Nuri Acar*

*Van Kadın ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Çocuk Kliniği, Van

**Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Tıp Fakültesi Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları

Anahtar Kelimeler: Stevens-Johnson sendromu, çocuk, penisilin

Key-words: Stevens-Johnson syndrome, child, penicilin

OLGU

3 yaş 9 aylık kız hasta, yaygın döküntü, ateş şikayetiyle getirildi. Özgeçmişinde ve soygeçmişinde bir özellik yoktu. Daha önce herhangi bir allerji öyküsü yoktu. Yakın akrabalarında ilaç alerjisi olan kimse yoktu. Fizik muayenesinde genel durum orta, bilinci açık ve tüm vücutta yaygın ekzfoliyatif döküntüleri vardı. Tonsiller belirgin şekilde hiperemik ve hipertrofikti ancak kript görülmedi. Kardiyovasküler, solunum ve batın muayeneleri doğaldı. Vücut ağırlığı 12.6 kg (3-10 persentil), boyu 95 cm (10-25 persentil) idi. Arteriyel tansiyon 80/60 mmHg idi. Kalp tepe atımı 124/dakika, vücut sıcaklığı 36,50C (kulaktan), solunum sayısı 28/dakika idi. Laboratuvar incelemesinde hemoglobin 13 g/dL, beyaz küresi 19300/mm³, sodyum 125,9 mEq/dL geldi. Karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri normaldi. Tam idrar tetkiki normaldi. İdrar kültüründe üreme olmadı. Boğaz kültüründe üreme olmadı. Anti streptolisin O 60 IU/mL, sedimantasyon 2 mm/saat ve C-reaktif protein 27,6 mg/dL (N: 0-5) idi. Olgu ilk etapta kızıl olarak değerlendirilerek kristalize penisilin, ibuprofen ve parasetamol tedavileri başlandı. İlk doz penisilinden sonra döküntüleri artarak dudaklar, ağız içi ve konjunktivalarda oldu (Resim 1).

Aile tekrar sorgulanınca iki gün önce dış merkezde depo penisilin yaptırdığı ve penisilinden sonra döküntülerinin geliştiği öğrenildi. Kullandığı penisilin tedavisi kesildi. Beyaz küre ve C-reaktif protein yüksekliğinin enfeksiyon göstergesi olduğu düşünülerek seftriakson başlandı. Prednizolon, feniramin, topikal steroid ve cilde nemlendirici (excipial lipo) verildi. Olgunun tedaviden bir gün sonra cildinin soyulmaya başladığı görüldü. Tedavinin 3. günü hiperemisi tamamen geçti. Takibinin 10. gününde hiperemileri kayboldu. Olgu poliklinikten semptomsuz izlenmektedir.



Resim 1. Hastamızın döküntülerinin görünümü.

Stevens-Johnson sendromu kutanöz bir lezyondur. Genellikle başlangıçta eritamotöz makül şeklinde başlar hızlıca ve çok değişik şekillerde vezikül ve bül gelişir. Yüz, gövde ve ekstremitelerde soyulmalar oluşur. İlaçlar, kısmen sulfonamidler, non steroidale anti inflamatuvar ajanlar, antibiyotikler ve antikonvülsanlar çoğunlukla Stevens-Johnson sendromunu indükleyebilir (1). Stevens-Johnson sendromu çocuklarda daha sık olmak üzere yılda 0.4-1.6/1 milyon kişi sıklığında görülmektedir. Erkeklerde kadınlara oranla daha sık görülmektedir (2). 1997-2002 yılları arasında Stevens-Johnson sendromu tanısı ile takip edilen 14 hastalık vaka serisinde tüm hastaların erkek olduğu, yaşlarının 11 ay ile 11.6 yıl arasında (ortalama 4.5 yıl) değiştiği, olguların %71.4'ünde antiepileptiklerin, %21.4'ünde antibiyotiklerin iritan faktör ol-

İletişim: Dr. Avni KAYA

İş adresi: Van Kadın ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Çocuk Kliniği, Van

Ev adresi: Vali Mithat Bey mah. Sıhke cad. Beyaz Elmās sitesi B blok no: 8 Van

E-mail: avnikaya@gmail.com

İş telefonu: 0432 217 1983

Cep telefonu: 0505 2677045

duğunu %7.1'inde ise etkenin saptanamadığı bildirilmiştir (3). Stevens-Johnson sendromunun tedavisi semptomatik ve destekleyicidir. Sendroma neden olan ilaç kesilmelidir.

Hastamız kız cinsiyette idi. İrritan faktör olarak içerisinde penisilin G benzatin 600.000 IU, penisilin G prokain 300.000 IU, penisilin G sodyum 300.000 IU içeren depo penisilini tespit ettik. Hastamızın kullandığı penisilin tedavisini keserek seftriakson başladık. Prednizolon, feniramin, topikal steroid ve cilde nemlendirici (excipial lipo) verdik. Tedavinin 3. günü hiperemisi tamamen geçti. Takibinin 10. gününde hiperemileri kayboldu. Bu vaka dolayısıyla Stevens-Johnson sendromunun penisilin grubu antibiyotiklerin kullanımına bağlı olarak gelişebileceğini hatırlatmak isteriz.

KAYNAKLAR

1. Morelli GJ. Vesiculobullous Disorders. In: Kliegman RM, Stanton BF, Schor NF, Geme JW, Behrman RE, (eds): 19th edition. Nelson Textbook of Pediatrics, WB Saunders Co, Philadelphia; 2011. pp 2241-9

2. Forman R, Koren G, Shear NH. Erythema Multiforme, Stevens-Johnson Syndrome and Toxic Epidermal Necrolysis in children. Drug Safety 2002;25: 965-72.

3. Colic-Hadzic CB, Mladina N, Latifagic A, Zulic S. The Stevens-Johnson syndrome personal experience. Med Arch 2002; 56: 54-6.