

## BÖLÜM 5

### ÇOCUKLUK ÇAĞI DÖKÜNTÜLÜ HASTALIKLAR

Ali İhsan ÇABUK<sup>1</sup>

#### GİRİŞ

Döküntülü hastalıklar çocukluk çağında sıklıkla karşılaşılan bir olgudur. En sık sebebi viral enfeksiyonlar olmakla birlikte bakteriyel enfeksiyonlara bağlı olarak da ortaya çıkabilir(1). Döküntülü hastalıklar ateş ile seyredebilir.

Döküntü (Rash); “enfeksiyon etkeninin veya toksinlerinin ya da immün yanıtın yol açtığı patolojik değişiklikler sonucu deride meydana gelen lezyonlara verilen isimdir(2).”

Döküntülü hastalıkların belirlenmesinde anamnez oldukça önemlidir. Döküntünün tipi, süresi, ateşin eşlik edip etmemesi, başlangıç ve yayılma bölgeleri hastalığın tanısında yol göstericidir. Döküntü çeşitleri Tablo 1’de gösterilmiştir.

Viral hastalıklara bağlı döküntüler en sık maküler veya maküloapapülerdir, ikinci sırada veziküler döküntüler gelir. Ateşli bir çocukta peteşiyel ve purpurik döküntüler eşlik ediyorsa, aksi ispat edilinceye kadar hasta bakteriyel sepsis kabul edilmelidir(3).

Çiçek hastalığı eradike edildikten sonra, döküntülü hastalıklar kronolojik olarak numaralandırılmıştır. Sırasıyla 1. hastalık kızamık, 2. hastalık kızıl, 3. hastalık kızamıkçık, 5. hastalık Eritema infeksiosum (*Parvovirüs B-19*) ve 6. hastalık Roseola infantum (*Herpes Virüs tip-6*) olarak adlandırılmıştır. Dördüncü hastalık ise “Duke Hastalığı” olarak isimlendirilmişse de günümüzde kabul görmemektedir(3).

---

<sup>1</sup> Uzm. Dr., T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, alihsan.cabuk@saglik.gov.tr

**Tablo 1: Derinin Primer Elementer Lezyonları(2-7)**

Makül	Deri seviyesinde herhangi bir boyuttaki renk değişiklikleri
Papül	Deriden kabarık, solid, çapı 0.5 cm'yi geçmeyen kabarıklıklar
Makülopapüller	Deriden kabarık çapı 0,5 cm üzerinde olan kabarıklıklardır. Çoğunlukla papüllerin birleşmesi ile oluşur.
Vezikül	Deriden kabarık, 1 cm'den küçük, epidermiste gelişen, içi saydam sıvı ile dolu torbacıklar
Bül	Deriden kabarık, 1 cm'den büyük, epidermiste gelişen, içi saydam sıvı ile dolu torbacıklar
Püstül	Veziküle benzer şekil ve büyüklükte, içinde cerahat bulunan lezyonlar
Nodül	Dermis veya subkütan olarak derin yerleşimli, 1 cm'den büyük, yuvarlak ve hücre infiltrasyonuna bağlı sislikler
Purpura	Basmakla kaybolmayan, deriden kabarık olmayan ve eritrositlerin damar dışına çıkışına bağlı olarak meydana gelen döküntülerdir. 3 mm'den küçük olanlarına petesi, daha büyüklerine ise ekimoz adı verilir.

## **KIZAMIK (RUBEOLA)**

Paramiksoviridae ailesinden bir RNA virüstür. Hasta insandan bulaşır ve sadece insanlarda hastalık yapar. Tek serotipi olduğu için hastalık sonrası ömür boyu bağışıklık sağlanır. Kuluçka süresi 10-12 gündür. Toplumsal bağışıklama % 90'nın üzerine çıktığında bulaş zinciri kırılır. Bağışıklanmış toplumlarda, anneden geçen antikolar ilk 6 ay bebeği enfeksiyondan korurken, ilk 6 aydan sonra antikor miktarları azalmaya başlar.

Prodromal dönem 3-5 gün sürer. Bu dönemde yüksek ateş, öksürük, burun akıntısı konjunktivit ve lenfadenopatiler görülebilir. Özellikle ateş ve öksürük çoğu kızamık vakasında görülür. İkinci molar diş hizasında görülen beyaz renkteki "Koplik lekeleri" her vakada görülmesi de kızamık için patognomaniktir. Yüksek ateş düşme eğilimine girerken, ense ve alın saç çizgisinden başlayarak boyuna, gövdeye ve ekstremitelere yayılan kaşıntısız, birleşmeye eğimli makülopapüler döküntüler görülür. Döküntüler yaklaşık bir hafta sonra kahverengi bir iz bırakarak oluşma sırasıyla kaybolur.

Laboratuvar bulgularında akut faz reaktanlarında artma gözlenmezken, lökopeni, lenfopeni, nötropeni, trombositopeni görülebilir.

Kızamığın tedavisi destek tedavisidir. Hidrasyon, antipiretikler, gerekirse solu-

num desteği ve özellikle malnütrisyonu olan çocuklarda A vitamini desteği sağlanmalıdır.

Korunmada temel yol aşıdır. Ulusal aşı takviminde belirtildiği üzere ülkemizde 12. ve 48. ayda olmak üzere 2 defa KKK aşısı yapılmaktadır. Aşılamadan 1-2 hafta içerisinde koruyuculuk başlar. İntravenöz İmmünglobulin (İVİG) tedavisi, kan ve kan ürünlerinin verilmesi KKK aşısının etkinliğini düşüreceği için, KKK aşılması İVİG veya kan ürünleri verilmesinden 3 ay sonra yapılmalıdır(3).

Kızamığın sık karşılaşılan komplikasyonları sekonder bakteriyel pnömoniler, akut orta kulak iltihabı, merkezi sinir sistemi tutulumudur. Tüberküloz reaktivasyonuna neden olabilir. Geç dönem komplikasyonu ise Subakut Sklerozan Panensefalittir.

## **KIZIL**

A Grubu Beta-Hemolitik Streptokoklar etkindir. Ateş, ağız çevresinde solukluk, aksiller ve antekubital bölgede deri kıvrımlarında peteşiler (Pastia çizgileri), çilek dili, basmakla solan makulopapüler döküntüler, boğazda streptoksik tonsilit, servikal lenfadenopatilerin varlığı hastalığın klinik bulgularıdır.

Hastalığın döküntüsü 5-7 gün kadar sürer. Döküntüler iyileşirken parmak uçlarında soyulmalar görülür.

Tedavide ilk seçenek penisilindir. Tek doz benzatin penisilin 27 kg altı için 300.000 IU, 27 kg üstü için 600.000 IU kas içine (IM) uygulanır. Oral tedavide ise fenoksimetil penisilin veya ampisilin tercih edilebilir. Tedavi süresi 10 gün olmalıdır.

Nadir olarak hipotansiyon, çoklu organ yetmezliği ve şok tablosuyla seyreden Toksik Şok Sendromu görülebilir(2).

## **KIZAMIĞIÇIK (RUBELLA)**

Togaviridae ailesinden tek sarmallı bir RNA virüsüdür. Kuluçka süresi 2-3 haftadır. Virüs sadece insanda hastalığa neden olur ve damlacık yoluyla bulaşır. Bulaştırıcılık enfeksiyondan 10 gün sonra başlayıp, döküntülerden 2 hafta sonrasına kadar sürebilir. Ateş, boğaz ağrısı, halsizlik, konjunktivit gibi semptomlar görülmesine rağmen kızamığa göre daha hafif seyirlidir. Oksipitalde ağrılı lenfadenopati bulunabilir. Suboksipital, posterior aurikular ve anterior servikal bölgede lenfadenopati bulunabilir (Thoder Bulgusu). Yumuşak damakta ise Forchheimer lekeleri adı verilen peteşiler görülebilir.

Döküntüler yüz ve boyundan başlayıp, gövdeye doğru yayılır. Döküntüler kızamığın aksine birleşme eğilimi göstermeyen makülopapüler döküntü şeklindedir.

Lökopeni, lenfopeni, trombositopeni görülebilen, CRP değerlerinden artış beklenmez.

Hastalığın tedavisi destek tedavisidir. Primer koruyucu olarak KKK aşısı kullanılırken, sekonder koruyucu olarak ise temas sonrası 3 gün içinde aşı yapılması teorik olarak koruyucu kabul edilir.

Gebeler, kızamıkçık geçiren çocuklardan sakınmalıdır. Rubella virüsü, transplental geçerek fetal anomalilere, konjenital rubella sendromuna, sebep olabilir.

## **ERİTEMA İNFEKSİYOSUM (5. HASTALIK)**

Parvovirüs ailesinden tek sarmallı bir DNA virüsüdür. *Parvovirüs B-19* sadece insanda hastalık yapar, damlacık ve kan ürünleri ile bulaşabilir. Sıklıkla okul çağı çocuklarında görülür.

Klinik olarak ateş, baş ağrısı, halsizlik, lenfadenopati, myalji, “tokatlanmış yüz” olarak adlandırılan kaşıntısız eritem ve makülopapüler döküntüler görülebilir. Döküntüler gövde ve ekstremitelerde de görülebilir. “Dantel” gibi döküntü görülebilir.

Tedavisi semptomatiktir.

## **ROSEOLA İNFANTUM (6. HASTALIK)**

*Human Herpes Virüs-6* (HHV-6) virüsünün çocukluk dönemine özgü ateşli ve döküntülü bir hastalığıdır. Kuluçka dönemi 10-15 gündür. Hastalığın prodromal döneminden sonra 40 °C olabilen ateş görülür. Ateşli dönem 3-5 gün sürer. Ateşin düşmesinden 12-24 saat içinde döküntüler başlar. Döküntüler sıklıkla gövdedir, yüze ve ekstremitelere yayılabilir.

Hastalığın tedavisi semptomatiktir. Antipiretikler kullanabilir. Hastalığın ateşli döneminde febril konvülsiyonlar görülebilir. Hastalık sonrası da akut otitis media sıklıkla görülür(3).

## **SUÇİÇEĞİ HASTALIĞI**

*Varisella-Zoster* virüsü etkindir. Virüs primer olarak suçüçeğı hastalığına neden olurken, latent olarak kalıp ileriki yıllarda “zona” hastalığı olarak karşımıza çıkabilir. Lezyonla temas ve hava yoluyla bulaşabilir.

Suçiçeği polimorfik-kaşıntılı-veziküler döküntülerle seyreder. Aynı anda farklı evrelerdeki döküntüler görülebilir. Döküntüler saçlı deri, yüz ve gövde de başlar. Mukoza tutulumu olabilir. Bulaşıcılık döküntüden 7 gün önce başlar, tüm lezyonlar kabuklana kadar devam eder. Resim 1’de Suçiçeği hastalığının döküntüleri görülmektedir.

Eradike edilen çiçek virüsünde tüm lezyonlar aynı evrede ve ekstremiteler de daha yaygın görülür. Veziküller gövdede yaygınsa suçiçeği, ekstremitelerde yaygınsa el-ayak-ağız hastalığı olarak düşünülebilir (3).

İmmunsuprese hastalarda suçiçeği komplikasyonları görülebilir. İnvazif varisella, yaygın iç organ tutulumu, koagülopati ve hemoraji ile karakterize bir komplikasyondur.

Ulusal aşı takvimine göre 12. ayda suçiçeği aşısı uygulanmaktadır.



**Resim 1:** Suçiçeği Hastalığı Döküntüleri

## EL-AYAK-AĞIZ HASTALIĞI

*Coxsackie* virüslerin neden olduğu bir hastalıktır. Yüksek ateş, Resim 2’de görülen el ve ayakta makülopapüler döküntüler, boğazda veziküler döküntüler görülür. Döküntüler kaşıntısızdır. Gövdede döküntü görülmez. Veziküller aynı anda, aynı evrede görülürler. Tırnaklarda onikolizis, kırılma veya tamamen düşme görülebilir.

Tanısı klinik olarak konulur. Tedavisi semptomatiktir. Asiklovir etkisizdir(3).



**Resim 2:** El-Ayak-Ağız Hastalığı Döküntüleri

## MENİNGOKOKSEMİ

Ateşli bir çocukta peteşi, purpurik döküntüler aksi ispat edilinceye kadar meningokoksemi olarak kabul edilmelidir. Resim 3'te döküntüler görülebilir. Etken *Neisseria meningitidis*'tir. Şüphe duyulan vakalarda hastane yatışı gerekebilir. İntravenöz antibiyotik tedavisine (Seftriakson) başlanır. Hastalığın prognozu çok hızlı kötüleşebilir.



**Resim 3:** Meningokoksemi Döküntüleri

## KAWASAKİ HASTALIĞI

Akut, kendini sınırlayan, orta çaplı arterlerin tutulumuyla seyreden çocukluk çağı vaskülitidir. Hönoch-Schönlein purpurasından sonra çocukluk çağından en sık görülen ikinci vaskülitir. Beş yaş altı ve erkek çocuklarda daha sıklıkla görülür(8).

Koroner arterleri tuttuğu için tedavisiz olgularda % 25 oranında koroner arter hastalığına sebep olmaktadır. Kawasaki hastalığı, gelişmiş ülkelerde edinsel kalp hastalığının en sık sebebidir(8).

Ateş, konjunktivit, deri ve mukoza tutulumu, servikal lenfadenopati ve polimorf ekzantemlerle seyreder.

Spesifik tanı testi yoktur. Beş gün boyunca devam eden ateşe ek olarak aşağıdaki 5 bulgudan 4'nün bulunması tanı koydurur(9, 10).

- Akut dönemde el ayası, ayak tabanında ödem. (subakut dönemde) parmaklarda soyulma
- Eritamatöz ve çatlamış dudaklar, çilek dili
- Bilateral bulbar konjunktivit
- Genellikle tek taraflı, 1,5 cm'den büyük servikal lenfadenopati
- Polimorf ekzantem (veziküler ve büllöz olmayan)

McC Crindle ve arkadaşlarının geliştirdiği başka bir tanı algoritmasına göre, 5 gün süren ateşe ek olarak klinik bulguyu destekleyen 4'ten az bulgu olması durumunda ise eşlik eden 3 ve daha fazla laboratuvar bulgusu (Anemi, trombositoz, Albumin <3g/dl, ALT yüksekliği, Beyaz Kan Hücresi>15.000/mm<sup>3</sup>, idrarda lökosit >10/high-power field) olması, veya laboratuvar bulgusu 3'ten az ise Eko sonucu pozitif ise inkomplet Kawasaki Hastalığı tanısı koyulabilir(10).

## **PEDİATRİK MULTİSİSTEM İNFLAMATUAR SENDROM (MISC)**

Çocuklarda Covid-19 hastalığı sonrası aşırı immün yanıt sonrası "pediatrik multisistem inflamatuvar sendrom" (PIMS veya MISC) gelişebilir. Kalp, beyin, akciğerler, böbrekler ve gastrointestinal sistem etkilenebilir(11). Sıklıkla Covid-19 virüsü ile enfekte olduktan 2-6 hafta sonra gelişmektedir(11). Vakaların çoğunluğu sağlıklı çocuklarda meydana gelmektedir(11). MISC'a bağlı deri lezyonları Resim 4'te görülebilir.

Hastalığın tanısı için Dünya Sağlık Örgütü ve Amerikan Hastalıkları Önleme ve Kontrol Merkezi'nin yayınladığı farklı kriterler vardır.

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre 3 günden fazla ateşi olan 0-19 yaş aralığında çocuklarda, aşağıdaki bulguların en az ikisi

- Döküntü veya bilateral nonpürülan konjunktivit veya mukokutanöz inflamasyon belirtileri
- Hipotansiyon veya şok
- Koroner anormallikler (EKO bulguları, yüksek Troponin proBNP değerleri) veya Miyokardiyal disfonksiyon, perikardit, valvülit

- Koagülopati
- Akut gastrointestinal sistem problemleri (ishal, kusma, karın ağrısı vb.)

Bunlara ek olarak CRP ve prokalsitonin gibi enfeksiyon belirteçlerinde artış, başka mikrobiyal inflamasyon nedenlerinin dışlanması ve Covid-19 tanısı ve temas öyküsü olması gerekmektedir(12).

MISC bazen Kawasaki Hastalığı ile karışabilir de farklılıkları mevcuttur. Kawasaki hastalığı genellikle 5 yaşın altındaki çocuklarda görülürken MISC ise genellikle 7 yaş üstü çocukları etkilemektedir. MISC’de gastrointestinal semptomlar, myokardiyal disfonksiyon ve şok, yüksek enflamatuvar belirteçler ve düşük lenfosit ve trombosit sayısı Kawasaki hastalığına göre daha yaygındır(13).

Tedavide ilk olarak kardiyak ve vazodilatör şok açısından değerlendirme ve resüsitasyon gerekmektedir(11). Kortikosteroid, İVİG, aspirin ve antikoagulanlar, bakteriyel enfeksiyonlara yönelik geniş spektrumlu antibiyotikler kullanılmaktadır(11). Solunum sistemi tutulan hastalarda ise oksijen ve mekanik ventilatör desteği verilmektedir.



**Resim 4:** MISC Deri Lezyonları



## KAYNAKLAR

1. Goodyear HM, Laidler PW, Price EH, Kenny PA, Harper JI. Acute infectious erythemas in children: a clinico-microbiological study. *Br J Dermatol.* 1991;124(5):433-8.
2. Artantaş AB. Çocukluk Çağında Döküntülü Hastalıklar. *Türkiye Klinikleri J Fam Med.* 2017;8(5):386-91.
3. Varkal M, Yıldız, İ., Ünüvar, E. ÇOCUKLARDA ATEŞLİ DÖKÜNTÜLÜ HASTALIKLAR. *Journal of Istanbul Faculty of Medicine* 2015;78:23-32.
4. Tanrıverdi MH. Çocukluk Çağı Döküntülü Hastalıklarına Yaklaşım. *Konuralp Medical Journal.*2(2):18-21.
5. McKinnon Jr HD, Howard TM. Evaluating the febrile patient with a rash. *American family physician.* 2000;62(4):804-16.
6. Özaras R. Ateş ve Döküntülü Hastaya Yaklaşım. *İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri.* 2008;Toplumdan Edinilmiş Enfeksiyonlara Pratik Yaklaşımlar Sempozyum Dizisi:25-30.
7. Narayan S. Rash. *Medicine.* 2009;37(1):47-50.
8. Şahin A, Şahin L, Karabulut M, Dalgıç N. Kawasaki hastalığı tanısı ile takip edilen olgularımızın klinik ve epidemiyolojik özellikleri. *J Pediatr Inf.* 2018;12(3):87-92.
9. Sánchez-Manubens J, Bou R, Anton J. Diagnosis and classification of Kawasaki disease. *Journal of Autoimmunity.* 2014;48-49:113-7.
10. McCrindle BW, Rowley AH, Newburger JW, Burns JC, Bolger AF, Gewitz M, et al. Diagnosis, treatment, and long-term management of Kawasaki disease: a scientific statement for health professionals from the American Heart Association. *circulation.* 2017;135(17):e927-e99.
11. Gottlieb M, Bridwell R, Ravera J, Long B. Multisystem inflammatory syndrome in children with COVID-19. *The American Journal of Emergency Medicine.* 2021;49:148-52.
12. Organization WH. Multisystem inflammatory syndrome in children and adolescents with COVID-19: scientific brief, 15 May 2020. World Health Organization; 2020.
13. Bautista-Rodriguez C, Sanchez-de-Toledo J, Clark BC, Herberg J, Bajolle F, Randanne PC, et al. Multisystem inflammatory syndrome in children: an international survey. *Pediatrics.* 2021;147(2).