



Toplum Kaynaklı Pnömoniye Eşlik Eden Ülseratif Stomatit ve Vezikülobüllöz Lezyonlar

Community-acquired Pneumonia Associated with Ulcerative Stomatitis and Vesiculobullous Lesions

Ayşe Büyükcem¹

¹ Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı, Ankara, Türkiye

Makale atfı: Büyükcem A. Toplum kaynaklı pnömoniye eşlik eden ülseratif stomatit ve vezikülobüllöz lezyonlar. J Pediatr Inf 2018;12(3):126-128

Daha önce sağlıklı olan 7 yaşındaki kız çocuğu, hastanemize ateş ve cildinde oldukça ağrılı büllöz, hedef (target) lezyonlar ve oral mukozal ülserasyonlar ile başvurdu. Hastanın öyküsünden, 10 gün önce ateş ve boğaz ağrısı şikayeti ile başka bir hastaneye gittiği, ilk olarak amoksisilin-klavulanat reçete edildiği ancak dört gün sonra ateşinin devam ettiği, öksürüğünün başladığı, ağız çevresinde veziküler lezyonlar ve oral mukozasında ülserasyonların başladığı öğrenildi. Hastanın hastanemize başvurusunda vücut sıcaklığı 38.2°C; solunum sayısı 32/dakika; nabız 136/dakika; kan basıncı 100/60 mmHg idi. Fizik muayenesinde hastanın dudaklarının kırmızı ve şiş olduğu, ağızda ülseratif lezyonlar, cildinde ağrılı büllöz ve hedef lezyonlar ile akciğerin sol tarafında tek taraflı krepital raller olduğu tespit edildi (Resim 1). Laboratuvar bulgularından tam kan sayımında hemoglobin 11.8 g/dL, lökosit sayısı 10.100/mm³ (%54 nötrofil, %30 lenfosit, %16 monosit) trombosit sayısı 387.000/mm³ idi. Karaciğer fonksiyon testleri, böbrek fonksiyon testleri ve tam idrar tetkiki normaldi. Sedimentasyon hızı 51 mm/saat, C-reaktif protein (CRP) 7 mg/dL (normali: 0-0.8 mg/dL) idi. Göğüs radyografisinde akciğer grafisinde sol akciğerde difüz interstisyel infiltratlar görüldü (Resim 2). Hastaya pnömoni tanısı konuldu ve hastaya intravenöz seftriakson (100 mg/kg/gün 2x) başlandı. Tedavinin 4. gününde hastanın oral mukozal ülserler kötüleşmesi ve



Resim 1. Yüzde makülopapüler, büllöz ve hedef lezyonlar.

yüzünde, üst gövdede ve ekstremitelerde yeni eritematöz ve hedef lezyonlar ortaya çıkması üzerine hastanın seftriakson tedavisi kesildi. Ayrıca *Mycoplasma pneumoniae* IgM: 6.8 RU/mL (0-1.1) ve IgG: negatif olarak tespit edildi ve hastaya oral klaritromisin (15 mg/kg/gün 2x) tedavisi başlandı.

Geliş Tarihi: 29.11.2018

Kabul Tarihi: 30.11.2018

Yazışma Adresi / Correspondence Address:

Ayşe Büyükcem

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı,
Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı,
Ankara-Türkiye

E-mail: draysebaktir@gmail.com

©Telif Hakkı 2018

Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Derneği -Makale metnine
www.cocukenfeksiyon.org web sayfasından ulaşılabilir.

©Copyright 2018 by Pediatric
Infectious Diseases Society -Available online at
www.cocukenfeksiyon.org



Resim 2. Akciğer filminde sol akciğerde difüz interstisyel infiltrasyonlar.

Tanınız Nedir?

Hastanın mevcut kliniği değerlendirilerek *M. pneumoniae* enfeksiyonuna ikincil Stevens-Johnson sendromu (SJS) tanısı konuldu ve SJS için 3 gün boyunca intravenöz immünoglobülin (IVIg) (günde 400 mg/kg/doz) tedavisi aldı. Ayrıca ağız ve deri lezyonları için destekleyici bakım verildi. Hastanın ateşi, IVIG tedavisinden 1 gün sonra düştü. Sekiz günlük tedaviden sonra hastanın mukokütanöz lezyonlarının, pnömoni bulgularının düzeldiği gözlemlendi ve hasta taburcu edildi. Taburculuktan 3 hafta sonra alınan *M. pneumoniae* IgM 3.81 RU/mL (0-1.1) ve IgG, > 200 RU/mL olarak tespit edildi.

M. pneumoniae, çocuklarda toplum kökenli pnömoni nedenlerinden biridir. En sık görülen semptom ve bulgular arasında boğaz ağrısı, ses kısıklığı, ateş, öksürük, baş ağrısı, titreme, burun akıntısı, miyalji, genel halsizlik, servikal adenopati ve mirinjit yer almaktadır. Ayrıca bazı *M. pneumoniae* enfeksiyonlarında dermatolojik, nörolojik, renal, kardiyak, hematolojik ve hepatik veya pankreatik komplikasyonlar görülebilmektedir. Dermatolojik komplikasyonlar arasında konjunktivit, ülseratif stomatit ve atipik hedef lezyonları olan eritematöz, makülopapüler, veziküler döküntü ve SJS yer almaktadır. Ayrıca çocuklarda *M. pneumoniae*, SJS'nin en sık rastlanan enfeksiyöz sebebidir. SJS, akut özellikle ateşin eşlik ettiği şiddetli inflamasyon ve iki veya daha fazla mukozal zarının nekrozu ve sistemik semptomlar ile karakterizedir. SJS, ilk kez 1922 yılında Stevens ve Johnson tarafından tanımlanmıştır. SJS ve toksik epidermal nekroliz (TEN), aynı hastalığın ciddi farklı biçimleridir. SJS insidansı yılda 1.1-7.1/1.000.000 olgu arasında olduğu tahmin edilmektedir. Hastalık, cilt dekolmanı ve mukozit ile birlikte. SJS çoğunlukla ilaç reaksiyonları ve daha az sıklıkla enfeksiyonlarla ilişkilidir.

Enfeksiyonlar arasında *M. pneumoniae*, çeşitli cilt lezyonlarının eşlik ettiği SJS'den sorumlu en yaygın patojendir. Bu lezyonlar makülopapüler ve bazen vezikülobüllöz lezyonlar şeklinde olabilir ve hedef benzeri lezyonlar hastaların yaklaşık %50'sinde mevcuttur. Laboratuvar bulguları, SJS için tanısız değildir. Lökositoz, ESH ve transaminazlarda yükseklik görülebilir. SJS, kortikosteroid tedavisi, IVIG, siklosporin, siklofosamid ile tedavi seçenekleri bulunmaktadır. SJS tedavisinde kortikosteroid kullanımı tartışmalıdır. Kortikosteroid tedavisinde süperenfeksiyon ve komplikasyon riskleri bulunmaktadır. IVIG, SJS için başka bir tedavi seçeneğidir. IVIG ile tedavi edilen SJS hastalarında hastanede kalış süresinin kıaldığını gösterilmiştir. IVIG, SJS'li çocuklar için yararlı ve güvenli bir tedavi gibi görünmektedir ve 3 gün boyunca uygulanan 0.5-1.0 g/kg IVIG dozları daha etkin bulunmuştur.

M. pneumoniae enfeksiyonu olan çocuklarda mukozal ve büllöz ve hedef lezyonların eşlik ettiği atipik cilt lezyonları varsa, tanımlar arasında SJS de akla gelmelidir.

Kaynaklar

1. Bullen LK, Zenil JA. Visual diagnosis: A 15-year-old female who has cough, rash, and painful swallow. *Pediatr Rev* 2005;26:176-81.
2. Bystryn JC. Erythema multiforme with mucous membrane involvement and stevens-johnson syndrome are clinically different disorders. *Arch Dermatol* 1996;132:711-2.
3. Leaute-Labreze C, Lamireau T, Chawki D, Maleville J, Taieb A. Diagnosis, classification, and management of erythema multiforme and stevens-johnson syndrome. *Arch Dis Child* 2000;83:347-52.
4. Letko E, Papaliadis DN, Papaliadis GN, Daoud YJ, Ahmed AR, Foster CS. Stevens-johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis: A review of the literature. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2005;94:419-36; quiz 436-418, 456.

5. Metry DW, Jung P, Levy ML. Use of intravenous immunoglobulin in children with stevens-johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis: Seven cases and review of the literature. *Pediatrics* 2003;112:1430-6.
6. Morici MV, Galen WK, Shetty AK, Lebouef RP, Gouri TP, Cowan GS, et al. Intravenous immunoglobulin therapy for children with stevens-johnson syndrome. *J Rheumatol* 2000;27:2494-7.
7. Patterson R, Grammer LC, Greenberger PA, Lawrence ID, Zeiss CR, Detjen PF, et al. Stevens-johnson syndrome (SJS): Effectiveness of corticosteroids in management and recurrent sjs. *Allergy Proc* 1992;13:89-95.
8. Rabelink NM, Brakman M, Maartense E, Bril H, Bakker-Wensveen CA, Bavinck JN. [erythema multiforme vs. Stevens-johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis: An important diagnostic distinction]. *Ned Tijdschr Geneesk* 2003;147:2089-94.
9. Tay YK, Huff JC, Weston WL. *Mycoplasma pneumoniae* infection is associated with stevens-johnson syndrome, not erythema multiforme (von hebra). *J Am Acad Dermatol* 1996;35:757-60.
10. Weiner LB, McMillan JA. *Mycoplasma pneumoniae*. In: Long SS, Pickering LK, Prober CG (eds). *Principles and practice of pediatric infectious diseases*. 2nd ed. New York: Churchill Livingstone, 2003;1005-10.