

DÖKÜNTÜLÜ HASTALIKLAR

Dr. İlker Devrim

Dr.Behçet UZ Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Çocuk Enfeksiyon Ünitesi

Döküntü tanımı

- Ciltte oluşan döküntü: **eksantem**
- Mukozada oluşan döküntü: **enantem**



•Koplik lekeleri

Döküntü özellikleri-döküntü tipi

LEZYON	TANIMLAMA
Eritem	• Deride geniş alanı tutan ve basmakla solan kızarıklılıktır.
Makül	• Büyüklüğü 1 cm geçmeyen deri yüzeyinde olan ve basmakla solan kızarıklılıklardır.
Papül	• Çapı 1 cm'den, yüksekliği 0,5 cm küçük kabarıklıktır.
Vezikül – bül- püstül	• Çapı 1 cm den küçük içi berrak sıvı ile dolu kesecik şeklindeki kabartılar • Çapı 1 cm den büyük ise bül • İçindeki sıvının bulanıklaşması durumunda püstül olarak tanımlanır.
Purpura	• Cilt altına olan kanamanın oluşturduğu, basmakla solmayan döküntüdür, 5 mm den küçük olanlarına peteşi büyük olanlarına ekimoz
Nödü	• Cilt altı dokusunu da tutan derin yerleşimli, büyüklüğü genellikle 1 cm den büyük, yuvarlak ve sert şişliklerdir. Üzerindeki deride kızarıklık, hassasiyet, varsa: eritema nodozum

Neden önemli?

- Çocukluk çağında döküntülü hastalıkların ayırıcı tanısı çok geniştir
- Döküntü ile birlikte ateşin olması, enfeksiyöz hastalık olasılığını artırmasına rağmen, romatolojik hastalıklar ve ilaçlar da sorumlu olabilir
- En sık neden olan viral ekzantemler çoğunlukla kendini sınırlayan hastalıklarla ilişkilidir
- Ancak bazı vakalarda, ekzantemin tanısı hastalar ve gebe veya immün sistemi baskılanmış temaslılar için kritik olabilir

Döküntülü hastalık tanımı

- Akut gelişen
- (Sıklıkla) sistemik enfeksiyona bağlı
- (Sıklıkla) ateşle birlikte olan
- Etkenin kendisi veya toksini ile oluşan deri ve/veya mukoza lezyonları ile karakterize hastalık

Döküntüsü olan bir hasta ile karşılaşıldığında ilk tanısal değerlendirmede;

1. Hasta için yaşamsal bir tehdit oluşturuyor mu?
2. Toplum sağlığı açısından risk oluşturuyor mu?
3. Temas edilen kişiler için ciddi sağlık riski oluşturuyor mu?
4. Bilinen döküntülü bir hastalık için tipik özellikler taşımıyor mu?

Vaka-1:

- Gebeliğinde düzenli takipli, yirmi bir yaşında sağlıklı annenin ilk gebeliğinden 38 gestasyonel haftada normal vajinal yolla doğan postnatal 4. günde erkek hasta ateş ve vücudunda döküntü nedeniyle yatırıldı.
- Daha önce husursuzluk nedeni ile iki defa çocuk doktoruna gitmiş

En olası tanınız nedir?

- Grup B streptokoka bağlı sepsis
- E.coli sepsisi
- Listeria monocytogenes
- Meningokoksemi
- İlaç döküntüsü

Klinik seyir-12 saat

- Hastanın yatışından itibaren döküntülerinin hızla arttığı ve birleşme eğiliminde, purpurik vasma dönüştüğü gözlemlendi.

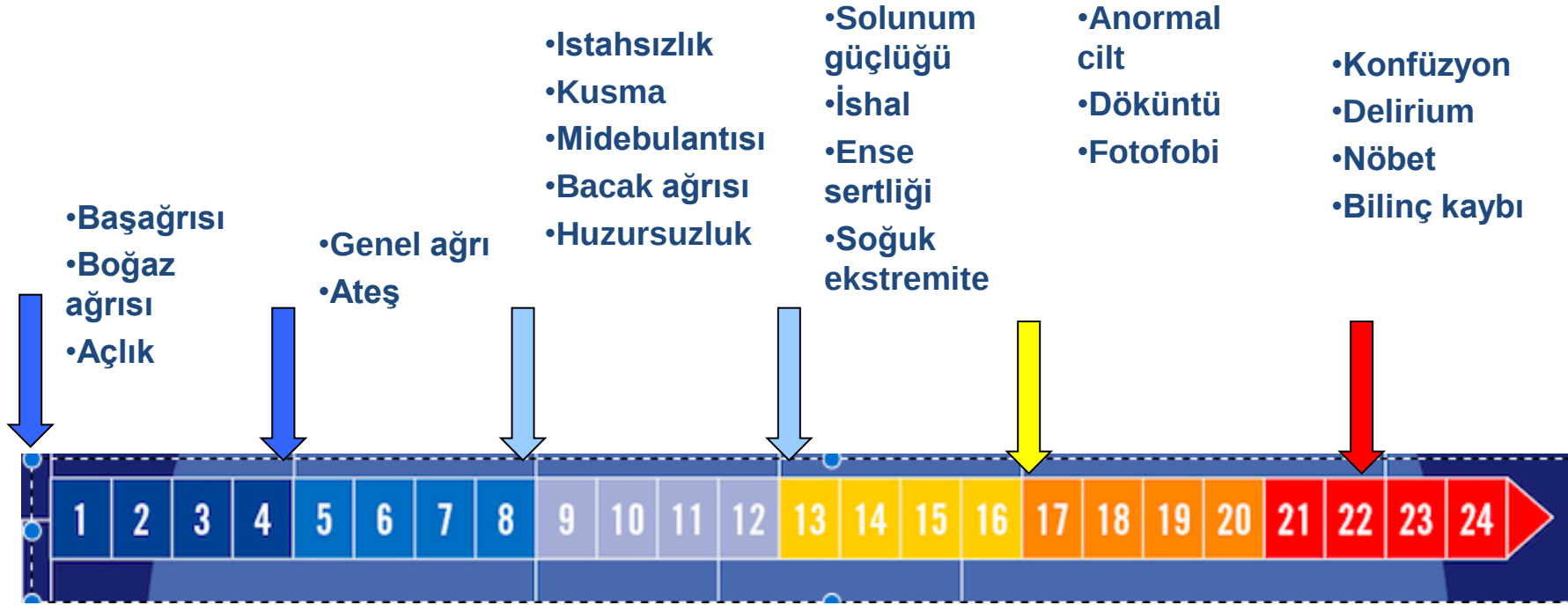


- **Ateş**
- **Kusma ve mide bulantısı**
- **Huzursuluk**
- **Beslenme ve iştahta azalma**
- **Baş ağrısı**
- **Boğaz ağrısı**

- Hemorajik döküntü
- Baş ağrısı ve ense sertliği
- Fotofobi

- **Bilinç bulanıklığı**
- **Nöbet**
- **Koma**

Adölesanlarda



•Saat

•Erken semptomlar
•Non-spesifik

•Meningoksemiye
bağlı 12-15 s

Vaka-1



- Gelen her hastayı mutlaka döküntü açısından muayane edin
- Hastanın ölçebilirsiniz vital bulgularını kan Genel durumu , ense sertliğini dosyasına kaydedin
- Döküntülü bir hastada, mutlaka döküntünün özelliklerini yazın

Vaka-2: Her zaman ilaç çözüm değildir

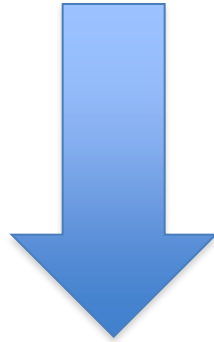
- 5 yaşında erkek hasta
- 4-5 gündür ağzı açık uyuma, yüksek ateş
- Parol şurup
- Klavunik asit-amoksisilin(reçete ediliyor)



1 saat sonra ağız kenarında döküntü, boyunda veziküler döküntü

Vaka-2

Hasta dış merkezde tekrar değerlendiriliyor ve Sulbaktam-ampisilin ve antihistaminik başlanıyor



Hastanın ateşi devam ediyor, konjoktival hiperemi, döküntülerde yayılma ve ülserasyon

Vaka-2: Tanınız nedir?

- Suçiçeği
- Kawasaki hastalığı
- Steven-Johnson sendromu/TEN
- Eritema-multiforme
- Eritema-multiforme major

Stevens Johnson Sendromu/TEN

- Sıklıkla ilaçlara bağlı
- Her yaşta ortaya çıkabilmekle birlikte en sık 2-4. dekatlarda görülür.
- Mukokutanöz lezyonlar, sebep olan ilacın alınmasını takiben **1-14 günlük** dönemin ardından ortaya çıkar.
- Gövde ve yüzde başlayan eritematöz makülopapüler döküntüler hızla tüm vücuda yayılır.
- Tedavisinde ilk basamak, sebep olan ilacın kesilmesi ve destek tedavisidir

- SJS/TEN etyolojisinde enfeksiyonlar, maligniteler, kollajen doku hastalıkları gibi çok çeşitli faktörler olmasına rağmen en sık neden ilaçlardır.
- Antibiyotikler, nonsteroid antiinflamatuar ajanlar (NSAİİ) ve antikonvülzan ajanlar.
- Antibiyotikler:, aminopenisilinler, kinolonlar, sefalosporinler, tetrasiklinler ve imidazol grubu antifungaller yer almaktadır.

- Karakteristik deri lezyonları başta gövde ve yüzde olmak üzere düzensiz atipik hedef tarzı lezyonlar ve merkezi nekrotik diffüz purpurik maküllerdir.
- Bazal tabaka ve stratum spongiosumdaki hücre ölümleri sonucu dermoepidermal bileşkede ayrışma ve bunu takiben bül oluşumu görülür.

- Hastaların yaklaşık %90'ında müköz membranlar tutulur.
- Eritematöz, ağrılı erozyonlar en sık ağız mukozasında görülmekle birlikte göz, genitoüriner sistem, gastrointestinal sistem ve respiratuar sistemde sık olarak etkilenir.

TEDAVİ

- Sistemik kortikosteroidler
- Siklosporin
- Siklofosfamid,
- İntravenöz immünglobulinler (IVIg)*
 - 1-3 gr/kg/gün 3-5 gün

Uygulanan tedaviler

- Cilt bakımı
- İzotonik solüsyon ile yıkama
- Fitokrem ,advantan ve avil krem
- TPN
- Göz damlaları
- Ağız bakımı

Uygulanan tedaviler

- Intravenöz immunoglobulinler(yüksek doz)
- 3 gün boyunca 1.5-2 gr/kg/gün
- Antibiyotikten mümkün olduğunca kaçınılmalı

Vaka-2



- Antibiyotikler her zaman çözüm değil
- Her ateş= antibiyotik demek değil
- Steven-johnson düşünülüyorsa **yüksek doz**
IVIG
- **Biyopsi**

Yaşamsal tehdit oluşturan döküntülü hastalıklar

- **Meningokoksemi**
- **Stafilokoksik haşlanmış deri sendromu**
- **Kawasaki hastalığı**
- **Toksik şok sendromu**
- **Viral hemorajik ateş sendromları**
- **Riketsiyal döküntüler**
- **Endokardit**
- **Stevens Johnson sendromu**
- **Toksik epidermal nekrolizis**

Yaşamsal tehdit oluşturan döküntülü hastalıklar

- Hastaneye yatırılmalı
- Gerekli tanısal incelemeler
- Tedavi

- İzolasyon
- Temas edilen kişilere için varsa koruyucu önlemler alınmalıdır

Prodrom bulguları var mı?

HASTALIK	PRODROM DÖNEMİ
Kızamık	3-4 gün önce orta derecede ateş, öksürük, burun akıntısı ve konjunktivit
Roseola infantum	3-5 gün süren yüksek ateş, huzursuzluk olur
Kızıl	1-2 gün süren ateş, baş ağrısı, kusma, karın ağrısı
Kızamıkçık	Belirgin bir prodrom dönemi yoktur
Suçiçeği	Prodrom yoktur
Eritema enfeksiyozum	Sıklıkla prodrom dönemi yoktur.
Toksik sok sendromları	Prodrom olmaz veya 1 gün önce yüksek ateş, baş ağrısı, konfüzyon, kusma ve ishal
Enteroviral ve Adenoviral enfeksiyonlar	Genellikle prodrom yoktur, nadiren döküntüden birkaç gün önce başlayan ateş olabilir.
Kawasaki hastalığı	Döküntü ve ateş aynı anda başlayabileceği gibi, ateş döküntüden 1-5 gün önce başlayabilir.

Döküntü tipine göre hastalıklar

-enfeksiyöz-

ERİTAMATÖZ PAPÜLER VEYA DİFFÜZ ERİTEM	MAKÜLER- MAKULOPAPÜLER	VEZİKÜLOBÜLLÖZ	PETEŞİAL DÖKÜNTÜ	NODÜLER LEZYON
• Kızıl • Arcanobacterium haemolyticum • Stafilokoksik kızıl • Kawasaki hastalığı • Toksik şok sendromları • SSSS	• Kızamık • Kızamıkçık • Eritema infeksiyozum • Roseola infantum • EBV • CMV • Sifiliz • Tifo • Meningokoksemi (erken dönem) • Enfektif endokardit • Dissemine gonokok enfeksiyonu • Neonatal uyuz • Enteroviral döküntü • Adenovirüs döküntüsü • Riketsial hastalıklar	• Suçiçeği • Zona zoster • Herpes simpleks • Ekzema herpetikum • El ayak ağız sendromu • Büllöz impetigo • Stafilokoksik haşlanmış deri sendromu • Dissemine gonokok enfeksiyonu • Çiçek • Uyuz • Konjenital sifiliz • Ektima • Riketsia hastalıkları	• Meningokoksemi • Viral hemorajik ateş sendromları • Sepsis • Eldiven çorap send. • Viral sendrom • RMSF • TSS • Enfektif endokardit • El ayak ağız sendromu • Dissemine gonokok enfeksiyonu • Enteroviral döküntü	• Eritema nodozum • Mantar enfeksiyonları • Mikobakteri enfeksiyonları • ARA

Döküntü tipine göre hastalıklar

-enfeksiyöz olmayan-

ERİTAMATÖZ PAPÜLER VEYA DİFFÜZ ERİTEM	MAKÜLER- MAKULOPAPÜLER	VEZİKÜLOBÜLLÖZ	PETEŞİAL DÖKÜNTÜ	NODÜLER LEZYON
• İlaç reaksiyonları • Toksik epidermal nekloizis • Atropin zehirlenmesi • Vankomisine bağlı redman sendromu • Eritema toksikum neonatorum	• İlaç döküntüsü • JİA • Serum hastalığı • DRESS sendromu	• Stevens-Johnson Sendr. • TEN • Böcek sokması • Dermatitis herpetiformis • Pemfigus • Epidermolysis bülloza • İnkontineta pigmenti • Mastositoz • Ürtikerya pigmentoza • İnfanıl akropüstüloz • Akrodermatitis enteropatica • Hiper IgE sendromu • Kontak dermatit • Yanık • Neonatal püstuler melanozis • Milia	• Vaskülit sendromları • Trombositopeni • Nötropenik dermatoz (sweet sendromu)	• Pannikulit sendromları

Mukoza tutulumu

HASTALIK	MUKOZA TUTULUMU
Kızamık	Koplik lekeleri
Kızamıkçık	Yumuşak damakta Forchheimer lekeleri, peteşiyal döküntü
Kızıl	Beyaz çilek dili – kırmızı çilek dili
Toksik Şok Sendromları	Kırmızı çilek dili
Kawasaki	Kırmızı çilek dili, dudaklarda çatlaklar
Su Çiçeği	Ağız içinde aftlar
EBV	Yumuşak damakta peteşi
Roseola infantum	Yumuşak-sert damak çizgisinde ülserler (Nagayama spots)
El Ayak Ağız Hastalığı	Yumuşak damakta aftlar
Eldiven Çorap Sendromu	Ağızda aft
SJS Ve TEN	Kojunktiva, ağız, ÜSY, ,özafagus, GIS, anogenital bül oluşumu

Vaka-3

- 7 aylık erkek hasta, kış dönemi
- Ateş, öksürük, grip benzeri bulguları mevcut
- Bir gün önce başlayan döküntü

En olası tanınız nedir?

- Kızamık
- Non-spesifik viral döküntü
- Eritema infeksiyozum
- Kızamıkçık
- Roseola infantum

Kızamık

- Kış ve ilkbaharda sık,
- Pik Mart ve Nisan aylarında
- Damlacık yoluyla yayılır
- Ev içi temasda %90 bulaşıcı
- Kızamığa ait semptomlar başlamadan 3 gün önce bulaştırıcılık başlar ve döküntü ortaya çıktıktan sonra 4 gün daha devam eder
- Bu nedenle hastalar döküntünün çıkmasından 5 gün sonraya kadar izole edilmelidir



Kızamık

Kızamık lezyonları:

- Cilt
- Konjuktiva
- Müköz membranlar
 - Nazofarenks
 - Bronş
 - İntestinal membran



Kızamık

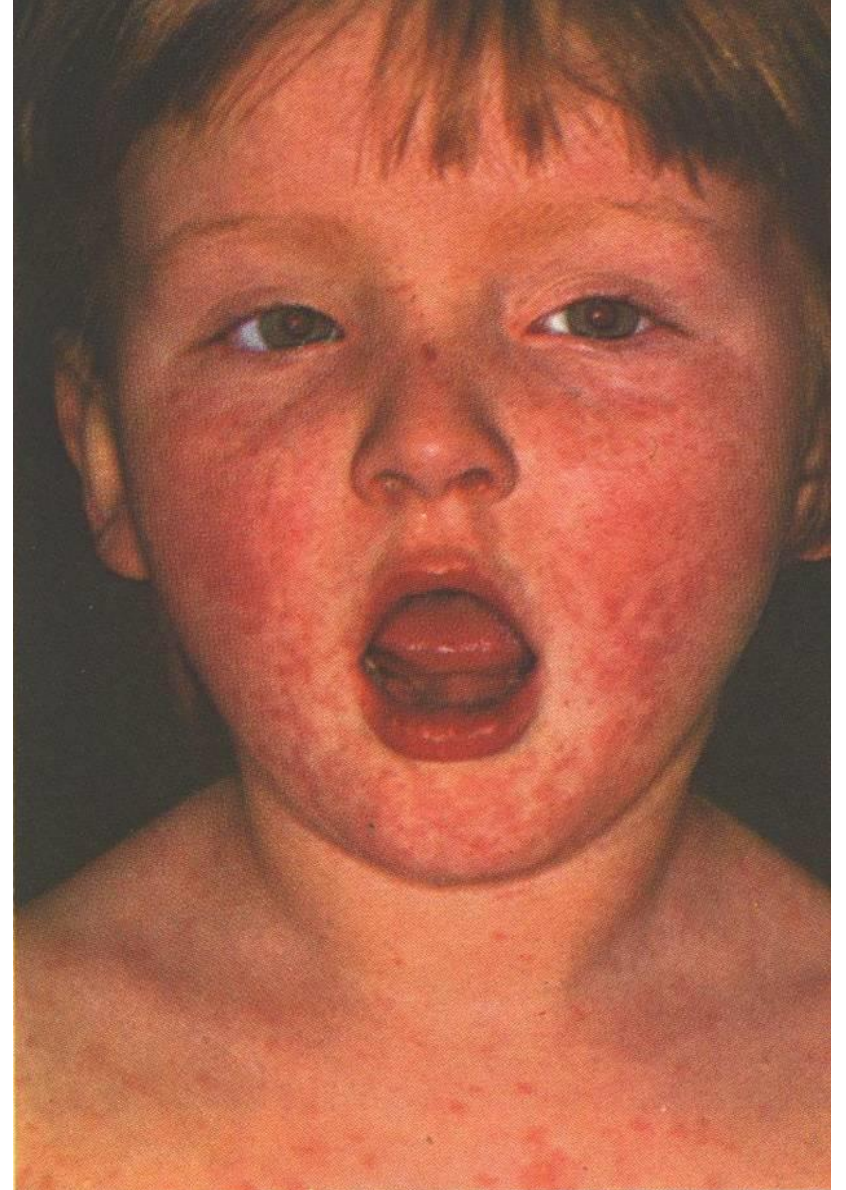
- Bulaştırıcılık immun suprese hastalarda daha uzundur,
- Subakut sklerozan panensefalit geçirenlerde ise bulaştırıcılık yoktur
- Anne kızamık geçirmişse transplasental geçen antikorlar 3-6 ay bebeği korur
- Enfeksiyonun primer bölgesi nazofarenksin respiratuvar epitelidir

Kızamık

- İnkubasyon süresi: 8-12 gün (7-21 gün)
- Ardından hafif ateş, öksürük, nezle ve konjunktivit başlar
- 3-5 gün sürer
- En sık 4 yaş civarı
- Konjunktivit öncesi alt göz kapağında çizgide belirginleşme (Stimson bulgusu) ve arkasından çıkan **fotofobi** tipiktir

Kızamık

- Ateşin 3-5. günü kızamık için tipik olan eritematöz makülopapüler döküntü görülür
- Alından veya posterior oksipital bölgeden başlar, 3 gün içinde gövde ve ekstremitelere yayılır
- Kaşıntı genellikle hafif



Koplik Lekeleri





349



Tedavi

- Spesifik tedavisi yok
- Destek tedavisi
- Antipiretikler (parasetamol ve ibuprofen)
- Gelişmekte olan ülkelerde vitamin A (6 ay-2 yaş)
- Temas sonrası pasif immünizasyon (immünglobulin ile) ilk 6 günde.



Temas edilen kişiler açısından ciddi sağlık riski oluşturması

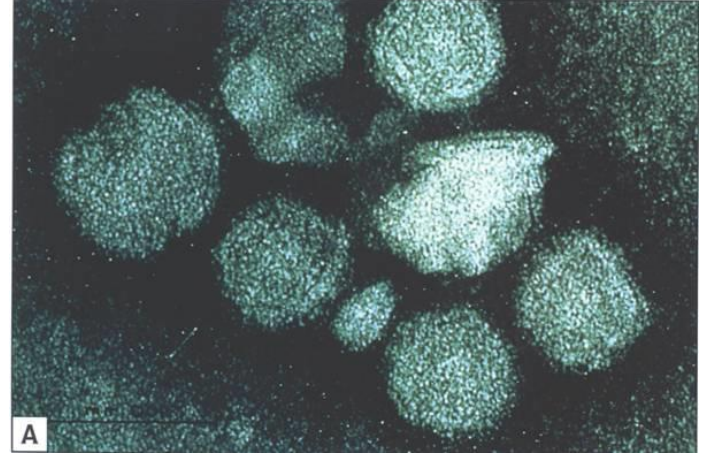
HASTALIK	RİSKLİ DURUM	SONUÇ
Kızamık	İmmün baskılanma Erişkin	Öldürücü pnömoni (döküntü olmayabilir)
Su çiçeği	İmmün baskılanma Erişkin	Öldürücü dissemine enfeksiyon
	Gebe	Konjenital varisella sendromu
Kızamıkçık	Gebe	Konjenital kızamıkçık sendromu
Parvovirus	Gebe	İntraüterin ölüm, hidrops fetalis
	Hemolitik anemi	Aplastik kriz
	İmmün baskılanma	Kronik hipoplastik anemi
Meningokok hastalığı	Tüm temaslılar	Meningokoksemi, menenjit



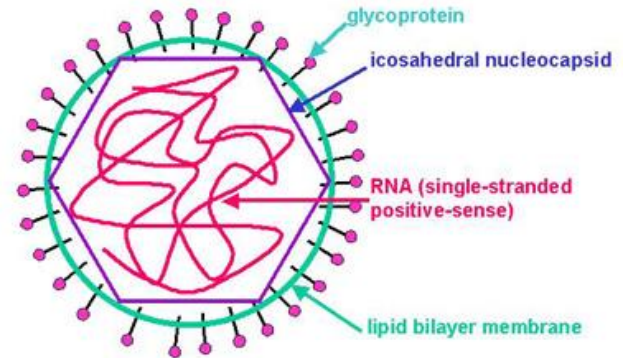
**TEMAS VARLIĞINDA SONUCU ÖNLEMELİK İÇİN GEREKLİ KORUYUCU
ÖNLEMLER EN KISA ZAMANDA ALINMALIDIR**

Rubella (Kızamıkçık, 3 gün kızamığı)

- Togaviridae ailesinden Rubivirus cinsinden tek zincirli bir RNA virusudur
- Isıya, ultraviyole ışına, etere, kloroform ve formole duyarlıdır
- Virusun tek doğal kaynağı insandır



RUBELLA VIRUS



Rubella (Kızamıkçık, 3 gün kızamığı)

- Klinik genellikle hafif ve generalize eritematöz makülopapüler döküntü lenfadenopati ve hafif ateş ile karakterizedir
- Konjenital rubella



Rubella

- Kış sonu bahar başı sık
- Büyük çocuklarda, adolesanlarda ve genç erişkinlerde yüksek insidansa sahiptir (en sık 5-9 yaş)
- Nazofarenks salgılarıyla direk temas yada damlacık yolu ile bulaşır
- İnkübasyon süresi:14-21 gündür



Rubella

- Esas bulaştırıcılık 5 gün önce ve 6 gün sonra olur
- Asemptomatik enfeksiyon geçirenlerde bulaşıcıdır
- Klinik hastalık esnasında virus nazofarengeal sekresyonlar, idrar, kan ve feçes ile vücuttan etrafa saçılır

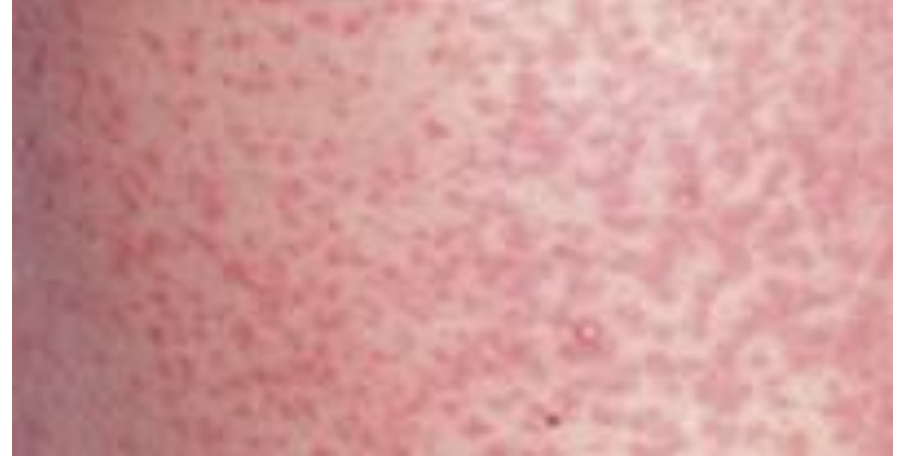


Rubella

- Döküntüden en az 24 saat önce hastalık için karakteristik olan lenfadenopatiler ortaya çıkar.
- Postaeriküler, suboksipital ve posterior servikal yerleşimlidir.
- Faringeal mukoza ve gözde inflamasyon çok hafif.
- Gözde **fotofobi** görülmez
- Ateş hafif yüksek, baş ağrısı olmaz

Rubella

- Prodromal dönem genellikle görülmez ve çok kısa
- Prodromal bulgular çıkmadan döküntü başlar
- Rubellanın tipik pembe-kırmızı lezyonları, kızamığın mor-kırmızı ve kızılın sarı-kırmızı lezyonlarından (güneş yanığı) ayrılır
- Kızıl ile karşılaştırıldığında ağız etrafında solukluk yoktur



Rubella

- Döküntü açık pembe renkli makulopapüler tarzda olup saçlı deri ve yüzden başlar, 1. gün sonunda tüm vücuda yayılır, 2. gün başladığı yerden itibaren solar ve 3. gün kaybolur.
- O kadar hızlı kaybolur ki , gövdede çıkarken yüzdeki solar



Rubella

- Lezyonlar genellikle tek tek görülür
- Ancak özellikle yüzde birleşme eğilimi gösterebilir
- Soyulma ve hiperpigmentasyon görülmez
- Hafif bir kaşıntı olabilir

Lenfadenopati



Üst damakta peteşi

- Yumuşak damakta, döküntü ortaya çıkmadan **24 saat** önce beliren *Forscheimer lekeleri* denilen pembe renkli enantemlerin görülmesi hastalık için patognomoniktir, ancak %20 hastada



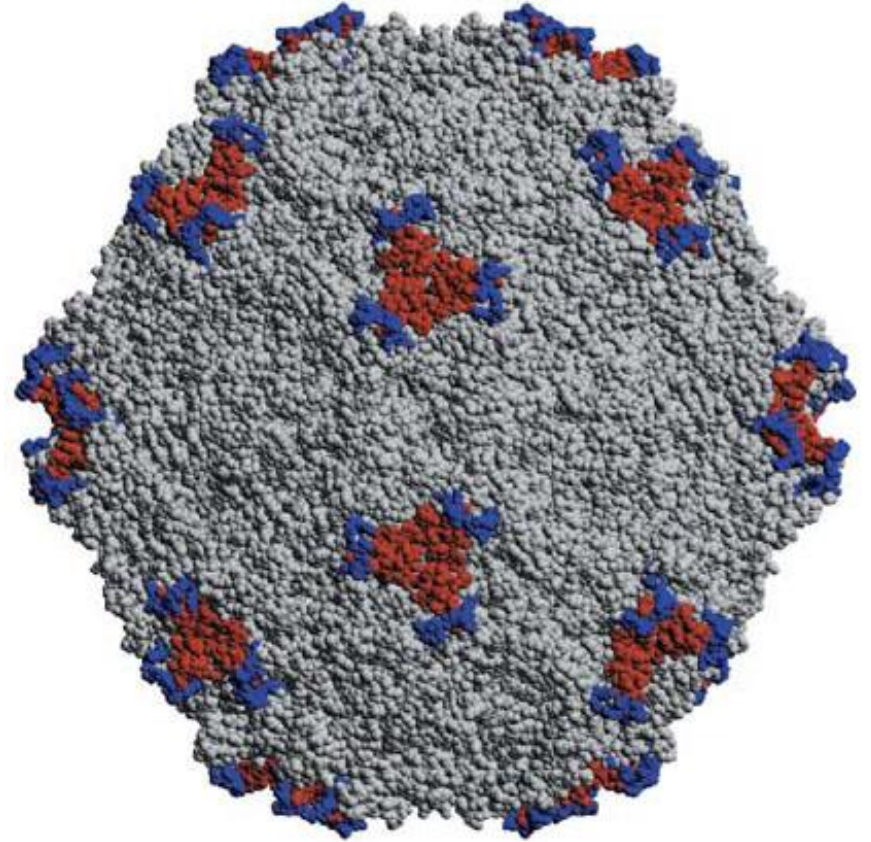
Rubella

KOMPLİKASYONLAR

- Nadir görülür
 - Artrit
 - Ensefalit (1/6000 vakada), mortalite %20
 - Trombositopenik purpura ((1/3000 vakada)
 - Konjenital Rubella Sendromu

ERİTEMA ENFEKSİYÖZUM (5. hastalık)

- Etken Parvoviridae ailesinden sadece insanlarda patojen olan Parvovirus B19' dur
- Tek sarmallı küçük DNA virusu
- İkosehedral protein kapsidi var



ERİTEMA İNFEKSİYÖZUM

- Genellikle ilkbaharda okul çağındaki çocuklarda görülür (en sık 5-15 yaş arası (%70))
- Kış sonu ve ilk bahar
- Prodrom dönemi yoktur hafiftir. Hafif ateş, baş ağrısı ve ÜSYE bulguları
- Solunum yolu salgıları (nazofarengeal) ve kan ve kan ürünleri yolu ile bulaşabilir
- İnkübasyon süresi: 4-21 gün (28 güne kadar uzayabilir)
- Erişkinlerin %40-60' ı seropozitif

ERİTEMA ENFEKSİYÖZUM

- İnkübasyon döneminin ardından yüzde aniden tipik döküntü ile başlar
- Döküntü başladığı an viremi kaybolur ve bulaştırıcılık biter



ERİTEMA ENFEKSİYOZUM

- Döküntü **çok kaşıntılıdır**, soyulma olmaksızın iyileşir



ERİTEMA ENFEKSİYOZUM

- Döküntüler genellikle kaşıntılıdır ve ekstansör yüzlerde daha fazladır, **el ayaaları ve ayak tabanlarını tutmaz**



ERİTEMA ENFEKSİYOZUM

- Bazen döküntüler el ve ayaklarda lokalize olabilir (eldiven çorap görüntüsü)



Vaka-3



- Çocukluk çağı döküntülü hastalıkların prodromal dönemi, klinik bulguları, inkubasyon dönemi hakkında ayırıcı tanı yapacak kadar bilgi sahibi olmalıdır.

VAKA-4

- 9 aylık çocuk,yüksek ateş($> 39,5^{\circ}\text{C}$), iki-üç gündür
- FM: sadece timpanik membran hiperemik
- Oral klavunik asit-amoksisilin veriliyor
- Ateş düşüyor, ve döküntü oluşuyoR
- Tanınız nedir?

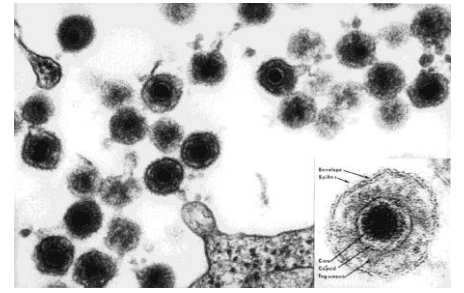


Figure – This 10-month-old infant has the typical rose-pink, macular lesions of roseola infantum.

Vaka-4: Tanınız nedir?

- **Roseola infantum (6.hastalık)**
- **İlaç erupsiyonu**
- **Eritema enfeksiyozum(5.hastalık)**
- **Kızamık**
- **Kızamıkçık**

ROSEOLA INFANTUM (Ekzantem subitum) (6.hastalık)



Epidemiyoloji

Etken: human herpesvirus tip 6 (HHV-

- Bebekler doğduğunda %90 seropozitif doğar
- 4-6 ay olduklarında hızla negatifleşir
- 3-5 yaşda %80-100 seropozitif olur
- 6 ay ile 3 yaş arası (en sık temas 6-15 ay)
- İlkbahar ve sonbahar aylarında sık
- 2 yaş altı döküntü daha sık
- Bulaşıcılık kızamık ve su çiçeğine göre daha düşük

ROSEOLA INFANTUM

- Döküntüler ateşin düştüğü 3 yada 4. günde başlar
- Lezyonlar ayrı, gül pembesi rengine 2-3 mm çapında makül yada makülopapülerdir, basınca solar, nadiren birleşme eğilimindedir.

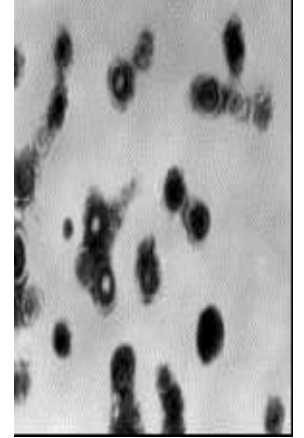
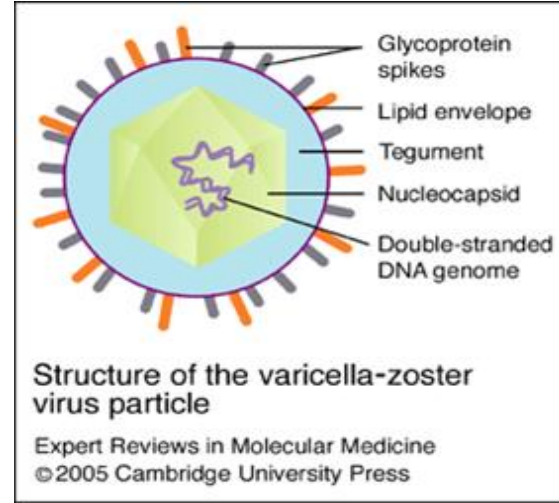
ROSEOLA INFANTUM

- Döküntüler tipik olarak gövdeden başlayıp boyna, üst ekstremitelere, yüze ve alt ekstremitelere yayılır.
- Döküntüler 1-2 gün devam eder
- İyileşirken pigmentasyon bırakmaz.

Varisella

Etiyoloji

- Etken: Varicella-zoster virus (VZV).
- Lineer çift zincirli DNA içeren herpes grup ailesinden.
- Latent VZV enfeksiyonu zostere neden olur



EPİDEMİYOLOJİ

- Çok bulaşıcıdır (damlacık yolu)
- Bulaştırıcılık döküntüden 24 saat önce başlar, tüm lezyonlar krutlanana kadar devam eder
- Aktif suçiçeği yada zoster enfeksiyonu olan kişiyle direk temas başlıca bulaş yoludur

Varisella

- İnkübasyon süresi: 10-21 gün
- Hafif ateş, halsizlik ve döküntü ile başlar
- Çocuklarda döküntüler ve semptomlar eş zamanlı başlayabilir
- Döküntüler ortaya çıkmadan 1-2 gün önce bulaştırıcılık başlar



Varisella

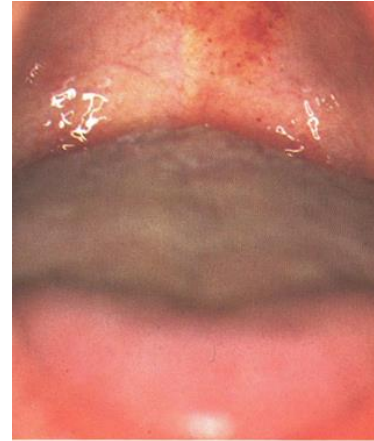
Ekzantem

- Karakteristik deri lezyonu kırmızı makül şeklinde başlar, papüle ilerler
- Aynı anda farklı dönemlerden , küçük,ayrık, etrafında 1-2 mm lik eritem olan veziküller bulunur
- Lezyonlar püstülleşir ve krutlanır



Varisella

- Müköz membran tutulumu
damak, farinks,
konjonktiva ve genital
müköz membranlarda
ülserler şeklindedir



219



220



Komplikasyonlar

- Sekonder bakteriyel enfeksiyonlar (piyodermi,erizipel)
- Daha çok immun suprese çocuklarda pnömoni
- Serebellit ve ensefalit
- Trombotik lezyonlar
- Guillian Barre Sendromu
- Optik nörit
- Akut disemine ensefalomyelit (ADEM)
- Pankreatit
- Orşit
- Artrit
- Hepatit



ZOSTER

- Oftalmik zoster de görülebilir
- Lezyonlar makül,papül olabilir,su çiçeğindeki evreleri izler
- 8.kranial sinir tutulumu ve dış kulak yolunda veziküller görülmesine “ Ramsey Hunt Sendromu” denir

EL, AYAK VE AĞIZ HASTALIĞI

► Birçok enterovirüsle bildirilmiş (coxsackie A16 (en sık), A5, A7, A9, A10, B2, B3, B5 ve enterovirus 71)

- Yaz aylarının sonlarında yada sonbaharda görülür
- İnkübasyon süresi: 4-6 gün
- Bulaş: fekal-oral yada oral-oral
- Hafif ateş, iştahsızlık, halsizlik ve boğaz ağrısı gibi hafif prodrom belirtilerinden sonra karakteristik enanem ile başlar.



EL, AYAK VE AĞIZ HASTALIĞI

- Gri-beyaz düzgün yuvarlak veziküller el ve ayakların dorsal yüzlerinde görülür, el ayası ve ayak tabanında da olabilir.
- Küçük infantlarda diaper bölgesi de tutulmuş olabilir.
- Ağızdaki lezyonlar vezikül şeklinde başlar ve hızlıca erode olur, keskin sınırlı ülserler, bukkal mukoza ve dilde de görülür.



389



390



EL, AYAK VE AĞIZ HASTALIĞI



KIZIL

ETİYOLOJİ

- Grup A β -hemolitik streptokoklar (*Streptococcus pyogenes*)
- M proteinin antijen temeline göre 100< serotipe ayrılır
- Klinik bulgular *S. pyogenes*in eritrojenik ekzotoksinlerine bağlıdır
- Farengeal enfeksiyonların insidansı sıklıkla 3 yaş < üzerinde, özellikle küçük okul çocuklarında



EPİDEMİYOLOJİ

- 10 yaş altı çocuklarda sık
- Kış sonu-ilkbahar başı
- Solunum yolu ile yayılır

KIZIL

ETİYOLOJİ

- Süpüratif ve non-süpüratif komplikasyonlara neden olur
- İmpetigo, erizipel, farenjit, tonsillit, myozit, nekrotizan fasiit, bakteriyemi ve TŞS' na neden olabilir
- Kızıl farenjit, piyodermi veya infekte yara ile ilişkili olabilir



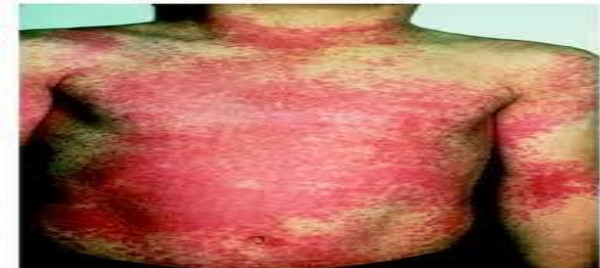
Kızıl

- İnkübasyon: 2-5 gün
- Ateş ,baş ağrısı, kusma,halsizlik ve boğaz ağrısı şeklinde **aniden** başlar
- Enantem,kıpkırmızı oral muköz membran ve beyaz çilek dil ile prezente olur
- Kırmızı ödematöz papillerin aradan çıkması ile 4-5 gün sonra kırmızı çilek dili görünümü olur



Kızıl

- Ateş başladıktan **12-48 saat sonra** döküntü başlar.
- Döküntü sıklıkla **boyun çevresinden** başlayarak gövdeye ve ekstremitelere yayılır.
- Eritematöz basınca solan nokta şeklindeki döküntülerdir (sarı röfle verir).
- Güneş yanığına benzer



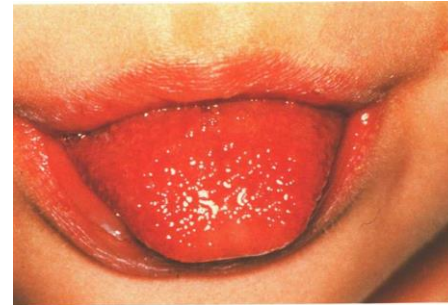
Kawasaki Hastalığı (mukokütanöz lenf nodu sendromu)

- Nedeni tam olarak bilinmeyen multisistemik bir hastalıktır.
- Küçük damarları, özellikle korenerleri tutar



Tanı Kriterleri

1. Ateş (en az 5 gün 39,4 C üzerinde ateş)
2. Bilateral konjonktival enjeksiyon
3. Orofarenks, dudak eritemi ve çilek dil
4. Akut nonpürülan servikal LAP
5. Polimorfo eritematöz ekzantem
6. Aşağıdakilerden en az biri: el içleri ve ayak ve tırnak etrafında soyulma.



Teşekkürler