

Diklofenak Kullanımı Sonrası Ortaya Çıkan Toksik Epidermal Nekroliz

Toxic Epidermal Necrolysis Which Was Occured After Diclofenac Usage

Osman Yeşilbaş¹, Hasan Serdar Kıhtır¹, Esra Şevketoğlu¹

1Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi

Yazışma Adresi

Dr. Osman Yeşilbaş

Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi. Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi

Zuhuratbaba Mah. Tevfik Sağlam cad. No:11 Bakırköy-İstanbul

e-mail:drosmanyasilbas@gmail.com

Tel:05335419722

Geliş tarihi / Received: 11.12.2015

Kabul tarihi / Accepted: 15.04.2016

Anahtar kelimeler: Toksik Epidermal Nekroliz, Diclofenak, İntravenöz Immunglobulin

Key words: Toxic Epidermal Necrolysis, Diclofenac, Intravenous Immunglobulin

Sayın Editör;

Toksik epidermal nekroliz (TEN) akut başlayan ve hızla ilerleyen deri ve mukoza reaksiyonudur (1). Sebep sıklıkla nonsteroid antiinflatuar (NSAI), antikonvülsan ve antibakteriyel ilaçlardır. Sorumlu ilacın tetiklediği anormal immun yanıt sonrası aktive olan sitotoksik T lenfositlerin ve doğal öldürücü hücreler aşırı keratinosit nekrozuna yol açmaktadır (1,2). Her yıl 2/1.000.000 insanda ortaya çıkmakta ve ortalama %30 mortaliteye sebep olmaktadır (2). Klinik olarak ateş, konjonktivit, burun akıntısı ve myaljiden oluşan prodromal bir dönemden sonra ağrılı, yer yer büllöz makülopapüler döküntü ortaya çıkmaktadır. Oral, genital, gastrointestinal soyulma ve pürülan akıntının eşlik ettiği konjonktivit hastalığa sıklıkla eşlik etmektedir (2). Diclofenak analjezik olarak kullanılan NSAI olup TEN' e sebep olabilmektedir (3). Bu yazıda diklofenak kullanımına ikincil ortaya çıkan TEN olgusunu resimleri ile sunmayı amaçladık.

Dokuz yaşında kız hasta iki gün önce başlayan ateş, gözlerde kızarıklık, halsizlik ve döküntü nedeniyle başvurduğu hastanede iki gün yatarak takip edildikten sonra döküntülerinin artarak soyulmaya başlaması; dudak, orafarenks, konjonktivalar ve genital bölgede de benzer lezyonlar ortaya çıkması nedeniyle TEN ön tanısıyla çocuk yoğun bakım ünitemize sevk edildi. Yoğun bakım ünitemize kabulündeki fizik muayenesinde; genel durumu orta, dehidrate, halsiz olan hastanın Glaskow koma skoru 15 idi. Vücut ısısı, kalp tepe atımı ve kan basıncı normal olan hastanın oksijen satürasyonu oda havasında % 97-99 arasındaydı. Yüz, gövde, sırt ve üst ekstremitelerinde yoğun olmak üzere tüm vücudunda birleşme eğiliminde olan, yer yer büllöz ve soyulmuş makülopapüler döküntüleri mevcuttu (Resim 1-3). Dudak, oral mukoza, perine ve vajinasında soyulması olan hastanın konjonktivaları hiperemik ve pürülan akıntısı mevcuttu. Tam kan sayımında lökopenisi (2080/mm³) ve lenfopenisi (350/mm³) olan hastanın C-reaktif

protein (CRP) düzeyi 12.9 mg/dl (0.01-0.5), prokalsitonin düzeyi ise 0.42 ng/ml (0-0.05) olarak saptandı. Elektrolit dengesizliği olmayan hastanın diğer biyokimyasal değerleri normaldi. Tüm kültürleri ve serolojik tetkikleri negatif saptandı. Ayrıntılı anamnezinde hastanın şikayetlerinin başlamasından beş gün önce baş ağrısı nedeniyle iki adet diklofenak drajeyi aynı anda içtiği öğrenildi. İki'den fazla mukozal bölge tutulumu ve tipik deri bulguları ile diklofenak kullanımına ikincil gelişen TEN tanısı konulan hastaya intravenöz immunglobulin (1 g/kg/doz, 3 gün), idame sıvı, antibiyotikli göz pomadı, vücudundaki soyulmuş bölgelere günlük dekontaminasyon ve nemlendirme amacıyla yıkama solüsyonu (Prontosan®) ve klorheksidin emdirilmiş gazlı bez (Bactigras®) ile kapatma işlemi uygulandı. Yaralar enfekte özellikte olmadığı için antibiyotik başlanmadı. Yatışı boyunca ateşi olmayan, prokalsitonin ve CRP düzeyi azalan, lezyonları iyileşen hasta 11 gün sonra şifa ile taburcu edildi.



Resim 1. Hastanın yüz, gövde ve üst ekstremitesinde birleşme eğiliminde olan, yer yer büllöz ve soyulmuş makülopapüler döküntüler.



Resim 2. Sırt bölgesindeki geniş bir alanı soyulmuş ve klorheksidin emdirilmiş gazlı bez ile kapatılmış makülopapüler döküntüler.



Resim 3. Dudak lezyonu ve her iki yanakta geniş bir alanı soyulmuş deri lezyonları.

Kaynaklar

1. Dicle Ö, Yılmaz E, Alpsoy E. Stevens-Johnson sendromu ve toksik epidermal nekroliz: retrospektif bir değerlendirme. *Türkderm* 2009;43:15-20.

2. Downey A, Jackson C, Harun N, Cooper A. Toxic epidermal necrolysis: review of pathogenesis and management. *J Am Acad Dermatol* 2012;66(6):995-1003.

3. Shetty SR, Chatra L, Shenai P, Rao PK. Stevens-Johnson syndrome: a casereport. *J Oral Sci* 2010;52(2):243-6.