

Yaygın Vezikülobüllöz Lezyonlarla Seyreden Atipik El Ayak Ağız Hastalığı: Üç Olgu

Sunumu

[Eren GÜZELOĞLU](#)¹, [Emre AKKELLE](#)²

Öz

El ayak ağız hastalığı; Enterovirüs ailesinden virüslerin neden olduğu bulaşıcı bir hastalıktır. En sık görülen etkenler "Coxsackievirus" A16 ve "Enterovirüs 71" dir. Son yıllarda Coxsackievirus A6' nın neden olduğu atipik el-ayak-ağız hastalığı tanımlanmıştır. Klasik formun aksine, atipik el-ayak-ağız hastalığında; yaygın vezikülobüllöz lezyonlar el, ayak, boyun ve gövdede bulunur. Bu lezyonlar kabuklanır ve soyulur. Burada benzer bulgulara ve atipik el-ayak-ağız hastalığına sahip üç olgu sunuldu. Büllöz lezyonlu olguların ayırıcı tanısında el-ayak-ağız hastalığı düşünülmeli ve multidisipliner yaklaşımla takip edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: El-ayak-ağız hastalığı, vezikülobüllöz döküntü, coxsackievirus A6, çocuk, egzema

Yayın Bilgisi

Gönderi Tarihi: 07.09.2018

Kabul Tarihi: 16.01.2019

Online Yayın Tarihi: 30.09.2019

DOI: 10.26453/otjhs.458022

Sorumlu Yazar

Eren GÜZELOĞLU

TC Sağlık Bakanlığı Sancaktepe

Şehit Prof. Dr. İlhan Varank Eğitim

Araştırma Hastanesi

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği

Tel: 05326602370

e.Mail: dr.erenguzeloglu@gmail.com

Atypical Hand-Foot-Mouth Disease with Widespread Vesiculobullous Lesions: Three Case Reports

[Eren GÜZELOĞLU](#)¹, [Emre AKKELLE](#)²

Abstract

Hand-Foot-Mouth Disease; an infectious disease caused by viruses from the enterovirus family. The most common causes are "Coxsackievirus" A16 and "Enterovirus 71". Atypical hand-foot-mouth disease caused by Coxsackievirus A6 has been described in recent years. In atypical hand-foot-mouth disease, unlike the classic form; widespread vesiculobullous lesions are found in hands, feet, neck and trunk. These lesions are crusted and peeled. Three cases with similar findings and atypical hand-foot-mouth disease were presented here. Hand-foot-mouth disease should be considered in the differential diagnosis of the cases with bullous lesions and should be followed by multidisciplinary approach.

Keywords: Hand-foot-mouth disease, vesiculobullous lesion, coxsackievirus A6, child, eczema

Article Info

Received: 07.09.2018

Accepted: 16.01.2019

Online Published: 30.09.2019

DOI: 10.26453/otjhs.458022

Corresponding Author

Eren GÜZELOĞLU

TC Sağlık Bakanlığı Sancaktepe

Şehit Prof. Dr. İlhan Varank Eğitim

Araştırma Hastanesi

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği

Tel: 05326602370

e.Mail: dr.erenguzeloglu@gmail.com

¹TC Sağlık Bakanlığı Sancaktepe Şehit Prof. Dr. İlhan Varank Eğitim Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul.

²TC Sağlık Bakanlığı Sancaktepe Şehit Prof. Dr. İlhan Varank Eğitim Araştırma Hastanesi Çocuk Alerji ve İmmunoloji Kliniği, İstanbul.

GİRİŞ

El-Ayak-Ağız Hastalığı; deri ve mukozada veziküler döküntüler ile seyreden, enterovirus ailesinden virüslerin neden olduğu bir enfeksiyondur.¹ Genellikle ateş, halsizlik, avuç içi ve ayak tabanında

veziküler döküntü, herpanjina ve yeme bozukluğu gibi semptomlarla seyreder. En sık "Coxsackievirus" A16 ve ikinci sıklıkta görülen etken Enterovirus 71 olup salgınlara yol açabilme özelliği ile öne çıkmaktadır.² El ve ayak lezyonları, oral

veziküller ile birlikte veya kısa bir süre sonra ortaya çıkar. Sayıları değişkendir, bazen yüzlerce olabilir. Diz, dirsek, gluteal bölge ile gövde ve nadiren yüz de tutulabilir. Klasik el-ayak-ağız hastalığında bül ve kabuklanma tipik değildir.³ 2011 yılından bu tarafa yaklaşık 150 atipik el-ayak-ağız hastalığı olgusu bildirilmiş ve çoğunda izole edilen enterovirüs serotipinin Cocksackievirus A6 olduğu görülmüştür. Olguların yaygın büllöz lezyonlarla seyrettiği tariflenmiştir.⁴⁻⁶ Sunmuş olduğumuz üç olgu, yaygın vezikülobülöz lezyonları olan olgular olup, bu klinik ile başvuran olgularda ayırıcı tanıda atipik el ayak ağız hastalığı düşünülmesi gerektiği vurgulanmaya çalışılmıştır.

OLGU 1

12 aylık erkek hasta; kliniğimize ateş, döküntü yakınmaları ile başvurdu. Döküntüleri 3 gün önce ağız çevresinde başlayıp, avuç içi ve ayak tabanında 3-4 adet lezyon çıktıktan sonra, her iki kol ve bacağı yayıldığı öğrenildi. Dış merkezde antihistaminik başlandığı, döküntüleri artınca kliniğimize getirildiği belirtildi. Özgeçmiş ve soy geçmişinde özellik yoktu. Fizik muayenesinde boy, kilo persentilleri normaldi. Ateş: 38C, SS: 40/dk, Nabız: 120/dk idi. Orofarenks hiperemikti. Dudak çevresinde, kol ve bacaklarda yaygın eritem

ve veziküler lezyonlar mevcuttu (**Resim 1a**, **Resim 1b**). Diğer sistem bakıları olağandı. Laboratuvar incelemesinde, Hemogloblin düzeyi: 9,9mg/dL, Lökosit sayısı: 21700/mm³, Trombosit sayısı: 435000/mm³, C Reaktif Protein: 3,65mg/dL (0-0,5), biyokimyasal tetkikleri olağan sınırlarda idi. Servise yatırılan hastanın ayırıcı tanısında stafillokcal enfeksiyon olabileceği düşünüldüğünden klindamisin başlandı. Bakteriyemi ekarte edilemediğinden tedavisine seftriakson eklendi. Lezyonlarına yönelik olarak topikal mupirosin uygulandı. İmmunolojik değerlendirme için immunglobulinleri gönderildi. İmmunglobulinleri yaşına göre normal sınırlarda idi. Viral serolojileri gönderildi. EBV, CMV, VZV serolojileri negatif saptandı. Olgunun izleminde lezyonlar kabuklanarak soyulmaya başlandı. İzleminde lezyonların tümüyle kaybolduğu görüldü.

OLGU 2

8 aylık erkek hasta; kliniğimize ateş, döküntü yakınmaları ile başvurdu. Döküntüleri 2 gün önce ağız çevresinde başlayıp, avuç içi ve ayak tabanında 3-4 adet lezyon çıktıktan sonra, her iki kol ve bacağı yayıldığı öğrenildi. Özgeçmiş ve soy geçmişinde özellik yoktu. Fizik muayenesinde boy, kilo persentilleri

normaldi. Ateş: 37,8C, SS: 42/dk, Nabız: 130/dk idi. Orofarenks hiperemikti. Dudak çevresinde, kol ve bacaklarda yaygın eritem ve veziküler lezyonlar mevcuttu (**Resim 2a**, **Resim 2b**). Diğer sistem bakıları olağandı. Laboratuvar incelemesinde, Hemoglobin düzeyi : 10,9mg/dL, Lökosit sayısı: 18000/mm³, Trombosit sayısı: 457000/mm³, C Reaktif Protein: 1,5mg/dL (0-0,5), biyokimyasal tetkikleri olağan sınırlarda idi. Servise yatırılan hastanın ayırıcı tanısında stafilokkal enfeksiyon olabileceği düşünüldüğünden klindamisin başlandı. Bakteriyemi ekarte edilemediğinden tedavisine seftriakson eklendi. Lezyonlarına yönelik olarak topikal mupirosin uygulandı. İmmunolojik değerlendirme için immunglobulinleri gönderildi. İmmunglobulinleri yaşına göre normal sınırlarda idi. Viral serolojileri gönderildi. EBV, CMV, VZV serolojileri negatif saptandı. Olgunun izleminde lezyonlar kabuklanarak soyulmaya başlandı. Ateş yüksekliği olmadı. Tedavinin 7. gününde poliklinik izlemine alınarak taburcu edildi. İzleminde lezyonların tümüyle kaybolduğu görüldü.

OLGU 3

7 aylık kız hasta; kliniğimize ateş, döküntü yakınmaları ile başvurdu. Döküntüleri 2 gün önce ağız çevresinde başlayıp, avuç içi

ve ayak tabanında 3-4 adet lezyon çıktıktan sonra, her iki kol ve bacağı yayıldığı öğrenildi. Özgeçmiş ve soy geçmişinde özellik yoktu. Fizik muayenesinde boy, kilo persentilleri normaldi. Ateş: 38,3C, SS: 38/dk, Nabız: 128/dk idi. Orofarenks hiperemikti. Dudak çevresinde, kol ve bacaklarda yaygın eritem ve veziküler lezyonlar mevcuttu. Diğer sistem bakıları olağandı. Laboratuvar incelemesinde, Hemoglobin düzeyi: 12,7mg/dL, Lökosit sayısı: 27300/mm³, Trombosit sayısı: 367000/mm³, C Reaktif Protein: 0,35mg/dL (0-0,5), biyokimyasal tetkikleri olağan sınırlarda idi. Bakteriyemi ekarte edilemediğinden tedavisine seftriakson eklendi. İmmunolojik değerlendirme için immunglobulinleri gönderildi. İmmunglobulinleri yaşına göre normal sınırlarda idi. Viral serolojileri gönderildi. EBV, CMV, VZV serolojileri negatif saptandı. Olgunun izleminde lezyonlar kabuklanarak soyulmaya başlandı. Ateş yüksekliği olmadı. Tedavinin 7. gününde poliklinik izlemine alınarak taburcu edildi. İzleminde lezyonların tümüyle kaybolduğu görüldü.

TARTIŞMA

El, ayak, ağız hastalığı enterovirus ailesinden virüslerin neden olduğu, çocukluk çağında bölgesel salgınlara yol

açabilen bir enfeksiyondur. En sık saptanan etkenler enterovirus 71 ve coksackie virus A16' dır. El, ayak lezyonları, oral veziküllerle birlikte veya kısa süre sonra ortaya çıkar.¹⁻³ Bül ve kabuklanma tipik değildir.⁴⁻⁷

Son yıllarda literatürde Coksackie virus A6'nın neden olduğu yaygın vezikülobüllöz lezyonlarla seyirli olgular mevcuttur. Asya'da 2008 de, Amerika'da 2011 yılında tanımlanan bu olgularda eritema coksakium adı verilen vezikülobüllöz lezyonlar saptanmaktadır. Sıklıkla el ve ayak dorsal kesimlerinde, gövde ve boyunda saptanan lezyonlar kabuklanarak soyulmaktadır. Özellikle immun yetmezlikli ve atopisi olan

çocuklarda görülmekte olup, ülkemizden de vakalar yayınlanmıştır. Atipik el-ayak-ağız hastalığında ekzema herpetikum, suçiçeği ve büllöz impetigo ile ayırıcı tanı gerektiği vurgulanmıştır.⁴⁻⁷

Ağustos 2018 de takip ettiğimiz 3 olgu benzer şekilde yaygın vezikülobüllöz lezyonlarla kliniğimize başvurmuş olup, atipik el ayak ağız hastalığı düşünülmüştür. Coksackie A6 serolojisi laboratuvarımızda çalışılmamaktadır. Bu yüzden olgular klinik bulgular çerçevesinde takip edilmiştir. Yaygın vezikülobüllöz olgularda ayırıcı tanıda atipik el ayak ağız hastalığı düşünülmesi ve multidisipliner yaklaşımla takip edilmesi gerekmektedir.

KAYNAKLAR

1. Yorulmaz A, Onat N. Clinical and Demographic Properties of Hand-Foot and Mouth Disease. J Clin Anal Med. 2017;8(3):219-22.
2. Koch WM, Bogich T. The Epidemiology of Hand, Foot and Mouth Disease in Asia. Pediatr Infect Dis J. 2016;35:e285-e300.
3. Ekinçi A, Erbudak E. 2012 yılı Haziran ayında İstanbul'da el-ayak-ağız hastalığı sıklığında önemli artış. Türkderm. 2013;192-3.
4. Feder HM Jr, Bennett N, Modlin JF. Atypical hand, foot, and mouth disease: a vesiculobullous eruption caused by Cocksackie virus A6. Lancet Infect Dis. 2014;14:83-86.
5. Mathes EF, Oza V, Frieden IJ. Eczema coxsackium and unusual cutaneous findings in an enterovirus outbreak. Pediatrics. 2013;132:149-157.
6. Kaminska K, Martinetti G. Cocksackievirus A6 and Hand, Foot and Mouth Disease: Three Case Reports of Familial Child-to-Immunocompetent Adult Transmission and a Literature Review. Case Rep Dermatol. 2013;5(2):203-209.

7. Kocabaş B, Karbuz A. Onikomadezis ile seyreden ve küçük çaplı salgına yol açan bir atipik el-ayak-ağız hastalığı

olgusu. İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hast. Dergisi. 2017;7(2):157-160



Resim 1A



Resim 1B



Resim 2A



Resim 2B