

Primer Herpetik Gingivostomatit: Üç Olgu Raporu

Primary Herpetic Gingivostomatitis: Three Case Reports

Derya YILDIRIM*, Esin HAŞTAR**, H. Hüseyin YILMAZ***, Ülkem AYDIN****

Özet

Herpes simpleks virüs enfeksiyonları deri ve mukozanın yaygın veziküler erüpsiyonlarıdır. Primer formu genellikle çocuklarda görülür. Bu çalışmada, ağız yaraları şikayetleri ile kliniğimize gelen ve birinde herpes dijitalis de bulunan üç çocuk hasta sunulmuştur. Hastalarda halsizlik, lenfadenopati gibi sistemik semptomlara ek olarak dilde, dişetinde ve vermilyondaki ülserasyon bulgularına dayanarak primer herpetik gingivostomatit tanısı koyuldu. Hastalara destekleyici medikal tedavi verildi, bulaşı önleyici tedbirler önerildi ve takip için kontrole çağırıldılar.

Anahtar Kelimeler: Stomatit, Herpetik, Çocuk

Abstract

Herpes simplex virus infections are common vesicular eruptions of the skin and mucosa. Primary disease is usually seen in children. In this study three patients, who attended our clinic with the complaint of oral cankers were presented. One of the patients had also herpes digitalis. Primary herpetic gingivostomatitis was diagnosed by intraoral signs such as ulcerations on the vermillion, tongue and gingiva in addition to the systemic symptoms such as malaise and lymphadenopathy. Supportive treatment was advised, patients were cautioned against spread of infection and a follow-up appointment was scheduled.

Key Words: Stomatitis, Herpetic, Child

Bu vakalar 3. Oral Diagnoz ve Maksillofasiyal Radyoloji Derneği Bilimsel Sempozyumunda 21-23 Nisan 2006 tarihleri arasında poster bildirisi olarak sunulmuştur.

*Yrd. Doç. Dr., Süleyman Demirel Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Ağız, Diş ve Çene Radyolojisi Anabilim Dalı
**Yrd. Doç. Dr., Gaziantep Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Ağız, Diş ve Çene Radyolojisi Anabilim Dalı
***Doç. Dr., Süleyman Demirel Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Ağız, Diş ve Çene Radyolojisi Anabilim Dalı
****Doç. Dr., Başkent Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Ağız, Diş ve Çene Radyolojisi Anabilim Dalı

Herpes Simpleks Virüs (HSV) Tip 1'in neden olduğu primer enfeksiyon oral kavitede, genellikle 10 yaşın altındaki çocuklarda virüsle ilk karşılaşma sonrası görülür. Herpes simpleks Tip 1 enfeksiyonlarının çoğu subklinik olmasına karşın hastaların küçük bir yüzdesinde primer herpetik gingivostomatit ortaya çıkar. Primer herpetik gingivostomatit, HSV Tip 1'in neden olduğu en yaygın semptomatik HSV enfeksiyonudur¹⁻⁴. Klinik görünümüyle vezikülobüllöz hastalıklar grubunda yer alır ancak bu lezyonlar yırtılarak ülserlere dönüşür⁵. Genellikle klinik bulgularına dayanarak kolay tanı koyulmasına ve ciddi bir hastalık olarak kabul edilmemesine rağmen ayırıcı tanı yapılması gereken hastalıklar ve bulaşma riski açısından önemlidir. Bu makalede üç primer herpetik gingivostomatit olgusu sunulmuş ve klinik bulgular, ayırıcı tanı, tedavi ve hastalığın bulaşma riski tartışılmıştır.

OLGU SUNUMLARI:

Olgu 1

Dört yaşında kız çocuğu yaklaşık dört gün önce ağzında ve dilinde çıkan yaralar nedeniyle kliniğimize getirildi. Hastanın bilinen bir sistemik hastalığı yoktu. Yemek yeme ve yutkunmada güçlük ve ağrı şikayeti vardı. Parmak emme alışkanlığı olan hastanın sağ el işaret parmağında morumsu renkte içi püyü dolu çevresi eritemli hale ile çevrili vezikül ve büller gözlemlendi (Resim 1). Hastanın ayaklarında lezyon yoktu. Birkaç gündür hastanın ateşinin yüksek olduğu öğrenildi ve kliniğimize başvurduğunda da hastanın ateşi yüksekti. Intraoral muayenede; dilde, dişetinde, palatinal mukozada ve yumuşak damakta ülsere lezyonlar vardı (Resim 2). Cilt lezyonları nedeniyle dermatoloji konsültasyonu istendi. Konsültasyon

Resim 1: Herpes dijitalis lezyonları



sonucunda hastanın parmağındaki lezyonların herpetik veziküller olduğu anlaşıldı. Hastaya primer herpetik gingivostomatit teşhisi koyuldu ve semptomatik tedavi başlandı. Konsültasyondaki önerilere göre eldeki lezyonların temizlenmesi için antiseptik solüsyon (Batticon® sol., 2x1) ve parmakta gelişebilecek sekonder enfeksiyonlara karşı antimikrobiyal krem (Fucidin®, 2x1) ile özellikle yemeklerden önce kullanılmak üzere ağız mukozası için antiseptik-analjezik bir jel (Calgel® Jel, 3x1) reçete edildi ve önerilerde bulunuldu (Tablo 1).

Resim 2: Diş etinde ülserasyonlar



Tablo 1. Primer herpetik gingivostomatit olgularında tedavi ve öneriler

Topikal anestetik
Analjezik-antipiretik
İstirahat
Bol sıvı alınması
Sıvı ya da püre şeklinde gıdalarla beslenme
Oral mukozada yakıcı etki oluşturacak gıdalardan kaçınma
Ağız hijyenine dikkat edilmesi
Elle lezyonlara dokunulmaması
Tabak, kaşık, havlu gibi özel eşyaların ayrılması
Aile bireyleri ile direkt temaslardan kaçınılması

Hastanın parmak emme alışkanlığının önlenmesi için ebeveyni ile görüşüldü. 15 gün sonra yapılan kontrolde lezyonların iyileşmiş olduğu belirlendi.

Olgu 2

10 yaşındaki kız çocuğu, yaklaşık üç gün önce ağız içinde dilde ve daha sonra dudaklarında çıkan yaralar nedeniyle kliniğimize getirildi. Hastanın bu şikayeti dışında sağlıklı olduğu öğrenildi. Lezyonların, ağız açmada kısıtlılığa ve yemek yemede güçlüğüne neden olduğu öğrenildi. Hastanın şikâyetleri başlamadan

dört gün öncesinde, üç yaşındaki küçük kardeşinin ağzında da benzer yaraların çıktığı ve yaraların üzerine eczacı tarafından önerilen bir ilacın (Mikostatin® süsp.) damlatılarak uygulandığı belirlendi. Küçük kardeşteki ağız lezyonları kaybolmuş ve şikayetleri geçmişti; ancak benzer görünümde olduğu öğrenildi. Hastanın dil ucunda ve dudaklarında birkaç mm çapında ülsere lezyonlar vardı (Resim 3). Dudaklarda kurutlanma ve ağız açma sırasında kanama dikkati çekmekteydi. Hastanın diğer vücut bölgelerinde başka lezyon yoktu. Hastanın ebeveyni, daha önce kardeşinde ortaya çıkmış olan lezyonların iyileşmesini kullandıkları ilaca bağladıklarından hastamızda da aynı ilaç tedavisini denemişti. Hastanın ebeveynine doktor tavsiyesi dışında ilaç kullanmaması uyarısında bulunularak, yeni bir tedavi planlaması yapıldı. Antiseptik-analjezik jel (Dentinox® Jel, 3x1) ve ağız

Resim 3: Dilde ve dudak mukozasında ülsere lezyonlar



gargarası (Klorhex®) reçete edildi ve önerilerde bulunuldu (Tablo I). On beş gün sonra yapılan kontrolde lezyonların iyileşmiş olduğu belirlendi.

Olgu 3

Herhangi bir sistemik hastalığı olmayan 9 yaşındaki erkek çocuğu dişetlerinde şişlik, kanama, ağrı ve ağzında çıkan yaralar şikayetiyle kliniğimize getirildi. Klinik muayenede dudaklarda kurutlanma, dişetlerinde hiperemi ve ödem (Resim 4) ve özellikle dudak mukozasında çok sayıda ülsere lezyon (Resim 5) olduğu gözlemlendi. Hastanın vücudunda başka lezyon yoktu. Hastada halsizlik ve ateş şikayeti de mevcut olmakla birlikte ateşi yüksek olmadığı için yalnızca önerilerde bulunuldu (Tablo I). Bir hafta sonra hasta takip amacıyla kontrole çağırıldı ve kontrolde lezyonların iyileşmiş olduğu saptandı.

Resim 4: Dudak mukozasında ülsere lezyonlar



Resim 5. Üst dudakta kurutlanma ve dişetinde hiperemi



TARTIŞMA

Vezikülobüllöz veya ülsere lezyonları olan hastaların değerlendirilmesinde anamnezle hastanın yaşı, sistemik-dermatolojik hastalıkları ve kullandığı ilaçlar, lezyonların ne zamandır var olduğu, başlangıcından bu yana gösterdiği değişiklikler, ülselerin ağrılı olup olmadığı öğrenilmeli; klinik muayenede lezyonların yeri, şekli, sayısı, ülselerin endüre olup olmadığı ve ağız içindeki diğer değişiklikler incelenmelidir³.

Primer herpetik gingivostomatit lezyonları ciltte, vermilyonda ve oral mukozada herhangi bir yerde ortaya çıkabilir. Oral lezyonlar başlangıçta küçük veziküller şeklindedir; bunlar daha sonra kolaylıkla yırtılır ve genellikle çapı 1 mm veya daha az olan ülser şeklinde lezyonlara dönüşür. Ülselerin çevresinde kırmızı bir hale dikkati çeker. Marjinal ve yapışık dişetin akut enflamasyonu nedeniyle dişetlerinde kızarıklık ve ödem ortaya çıkar³⁻⁷. Primer lezyonlara ateş, servikal lenfadenopati, halsizlik, bulantı, genel durum bozukluğu, artralji gibi sistemik semptomlar eşlik eder^{3,5,6,8}.

Teşhiste yararlanılabilecek bazı laboratuvar teknikleri (Tablo II) bulunmakla beraber bu tekniklerden yararlanılması çoğu zaman pratik değildir^{2,9}. Belirgin klinik semptomlarla birlikte daha önce böyle bir hastalığın geçirilmemiş olmasına dayanarak primer herpetik gingivostomatit tanısı koyulabilir^{4,10}. Yapılan bir çalışmada pratisyen tıp doktorlarının herpetik gingivostomatit olarak tanı koyduğu vakaların %78'inin virüs kültürü ile doğrulandığı belirtilmiştir^{6,9}. Dolayısıyla, anamnez ve klinik muayenenin eksiksiz olması koşuluyla, hastalığın tanısının koyulması genellikle mümkündür. Sunulan olgularda da hastaların 10 yaş altında olması, ateş, halsizlik gibi bulgular olması, başka sistemik hastalıkların olmaması, lezyonların çok sayıda vezikül ve ülserler şeklinde olması ve dudaklarda ve oral mukozanın birçok yerinde bulunması nedeniyle primer herpetik gingivostomatit tanısı koyulmuştur.

Kolay tanınmasına rağmen ayırıcı tanıda düşünülmesi gereken birçok hastalık vardır (Tablo III)^{1,5}. Akut nekrotizan ülseratif gingivitisteki halitozis, lezyonların dişetiyle sınırlı olması ve ülserlerin öncesinde veziküllerin bulunmaması ayırıcı tanıyı sağlayan özelliklerdir. Sunu-

Tablo II. Primer herpetik gingivostomatit olgularında tanı yöntemleri

Tzank testi	Kolay, ucuz, muayenehanede uygulanabilir Hassasiyet %40-50 arasında Uygulayıcının deneyimine bağlı Geç dönem lezyonlarda sonuç vermez
Direkt immunofloresans	Hastane ortamında, özel donanım gerektirir Uygulayıcının deneyimine bağlı
Viral kültür	Teşhiste altın standart Hastane ortamında, özel donanım gerektirir

lan 3. olguda da hastanın esas şikâyetleri arasında dişetlerinde şişlik, ağrı ve kanama olmasına karşın papillerde nekroz görülmemesi ve dişetleri dışında, dudaklarda da lezyonlar olması ayırıcı tanıyı sağlamıştır. Streptokokal farenjitte de veziküler formda

Tablo III. Çocukluk çağında görülen primer herpetik gingivostomatitin ayırıcı tanısı

Akut nekrotizan ülseratif gingivitis
Streptokokal farenjit
Rekürrent aftöz stomatit
Eritema multiforme
Stevens-Johnson sendromu

lezyonlar bulunmaz ve lezyonlar dudaklar ve ağız çevresindeki bölgeyi tutmaz⁵. Aftöz ülserler ise birçok vakada, tipik olarak 7-10 gün içinde iyileşen tek bir ülser şeklinde kendini gösterir. Lezyonlar keratinize mukozayı çok seyrek olarak etkiler ve birden fazla lezyonun bir arada bulunması çok nadirdir¹. Stevens-Johnson Sendromu ve eritema multiforme de genellikle klinik olarak üst üste binen ve primer herpetik gingivostomatitle karışabilecek durumlardır. Okul çocuklarında ve adolesan dönemde daha sık görülür ve pek çok etken rol oynar. Başta sülfonamidler olmak üzere penisilinler ve difenilhidantoin gibi ilaçların kullanımından yaklaşık 2-3 hafta sonra lezyonlar ortaya çıkar. Herpes simpleks, mikoplazma ve klamidy enfeksiyonlarına bağlı olarak da ortaya çıkabilir. Genel durumu bozar ve cilt ve mukozaları tutan vezikülö-büllöz lezyonlar oluşur; ciltte yassı plaklar ve purpurik maküller de görülür. Bu nedenle, primer herpetik gingivostomatitten ayırt edilmesi için hastanın kullandığı ilaçlar ve başka hastalıkları olup olmadığı öğrenilmelidir. Eritema multiforme lezyonları ortası koyu eritemli, çevresinde beyaz halo bulunan ve kenarları koyu eritematöz çizgi şeklinde olup eş merkezli halkalardan oluşan ve 'hedef' şeklinde tanımlanan lezyonlardır. Bu lezyonlar ekstremitelerin ekstansör yüzlerinde, el ve ayakta ya da tüm vücutta görülebilmekle beraber hastaların %35-65 kadarında cilt lezyonları oluşmadan da ülserlere ağız lezyonları ortaya çıkabilir. Cilt lezyonları bulunduğu ayırıcı tanı yapılması kolay olmasına karşın ağız lezyonları primer herpetik gingivostomatitle benzerlik gösterebilir. Ancak, eritema multiformede görülen ülserlerin primer herpetik gingivostomatitte görülen ülserlerden daha derin ve düzensiz şekilli olduğu belirtilmektedir^{1,11}. Sunulan olgularda da lezyonların primer herpetik gingivostomatitin tipik lezyonları ile uyumlu olduğu gözlenmiştir.

Amerika Birleşik Devletlerinde diş hekimliği ve dental hijyenistlik öğrenimi gören öğrencilerin HSV enfeksiyonları konusundaki bilgi, tutum ve profesyonel yaklaşımlarının incelendiği bir çalışmada öğrencilerin, virüsün el teması ile bulaşabileceği, hastalık aktif durumdayken hastanın ellerini daha sık yıkaması, el sıkışmaktan ve yanaktan öpüşmekten kaçınması gerektiği konusundaki bilgilerinin yetersiz olduğu görülmüştür¹². Diğer yandan, primer herpetik gingivostomatitte de hastalığın bulaşma riski vardır. Bu nedenle, daha önce herpes virüsüyle enfekte olmuş diş hekimleri için mesleki bir risk olduğundan, diş hekimi muayene ve tedavi sırasında eldiven ve gözlük kullanarak herpes dijitalis ve oküler herpesten korunmalıdır². Başlangıçta oluşmuş veziküllerin hasta tara-

findan rüptüre edilmesi ve vezikül içerisindeki sıvının başka bölgelere bulaştırılmasıyla virüsün yayılmasına neden olunabileceğinden, hastanın yakın temasta olduğu kişiler için de bu risk vardır. Herpes Simpleks Tip I virüsü olgularımızdan birinde ağızda herpetik lezyonlar bulunan kardeşiyle yakın temasıyla (öpme) oral bölgeye, diğer olgumuzda ise parmak emme alışkanlığı nedeniyle parmağına inoküle olmuştur. Otoinokülasyon konjunktivit ve keratitle de sonuçlanabilir¹³. Bu nedenle, hastalara bulaşıcılıkla ilgili uyarılarda bulunulmalıdır² (Tablo I).

Primer herpetik gingivostomatit kendini sınırlayan bir durumdur ve başka bir hastalığı olmayan bireylerde bir-iki hafta içinde semptomların ortadan kalkması ve lezyonların skar bırakmadan iyileşmesi beklenir^{1,5}. Semptomların görülmesinden itibaren 72 saat içinde başlanan antiviral tedavinin (Acyclovir®) klinik bulgu ve belirtilerin süresini kısaltabileceği belirtilmekle birlikte, immün yetmezliği olmayan sağlıklı bireylerde semptomlar kendini sınırlayan türde olduğundan

antiviral tedavi önerilmemektedir^{14,15}. Diğer yandan semptomatik tedavi, beslenme ve sıvı alımı ile ilgili önerilere uyulması gerekmektedir^{2,6}. Hastalık bir-iki hafta içinde iyileşmekle birlikte virüs trigeminal gangliona yerleşerek burada latent formda kalır ve daha sonra reaktif olarak sekonder (rekürrent) herpes simpleks enfeksiyonlarına neden olabilir¹³. Primer herpetik gingivostomatit genellikle ciddi bir durum olarak kabul edilmese de, ağır seyreden, tekrarlayan ya da atipik olgularda antiviral tedaviye başvurulabilir; ağır nedeniyle yutkunma güçlüğü çeken çocuk dehidrate olabilir ve bazı durumlarda hastane yatışı gerekebilir^{6,13}. Sunulan vakalarda belirtilen süre içinde yapılan kontrollerde semptomların ortadan kalktığı ve lezyonların iyileştiği gözlenmiştir.

Sonuç olarak, lezyonların özellikleri iyi tanınarak primer herpetik gingivostomatit diğer hastalıklardan ayırt edilmeli, normal seyreden vakalarda semptomatik tedavi uygulanmalı ve bulaşma riskine karşı gerekli önlemler alınmalıdır.

Kaynaklar

1. Treister NS., Lerman MA. Acute oral ulcerations. J. Am. Dent. Assoc. 138: 499-501, 2007.
2. Ajar HA., Chauvin PJ. Acute herpetic gingivostomatitis in adults: A review of 13 cases, including diagnosis and management. J. Can. Dent. Assoc. 4: 247-251, 2002.
3. Derviş E., Derviş E. Oral Ülserler. Klinik Gelişim. 22: 24-29, 2009.
4. Faden H. Management of primary herpetic gingivostomatitis in young children. Pediatr. Emerg. Care. 22:268-269, 2006.
5. Regezi JA., Sciubba JJ. Jordan RCK. Oral pathology: Clinical pathologic correlations. St. Louis Missouri: Saunders, USA, 2003, 2-3.
6. Porter SR., Leao JC. Review article: Oral Ulcers and it's relevance to systemic disorders. Aliment. Pharmacol. Ther. 21:295-306, 2005.
7. Arduino PG. Porter SR. Herpes Simplex Virus Type 1 infection: overview on relevant clinico-pathological features. J. Oral Pathol. Med. 37:107-121, 2008.
8. Kolokotronis A. Dumas S. Herpes simplex virus infection, with particular reference to the progression and complications of primary herpetic gingivostomatitis. Clin. Microbiol. Infect. 12:202-211, 2006.
9. Kiderman A., Furst AL., Miller T., Schmidt-Afek N., Morag A., Zakay-Rones Z. How successfully do general practitioners diagnose herpetic gingivostomatitis clinically? Br. J. Gen. Pract. 52: 481-482, 2002.
10. Tovu S., Parlatescu I., Tovu M., Cionca L. Primary herpetic gingivostomatitis in children and adults. Quintessence Int. 40:119-124, 2009.
11. Tuygun N., Tanır G. Döküntülü hastaya yaklaşım. STED. 14:26-30, 2005.
12. Kanjirath PP., Peters MC., Inglehart MR. Treating patients with Herpes Simplex Virus infections: Dental and dental hygiene students' knowledge, attitudes, and professional behavior. J. Dent. Education. 71:1133-1144, 2007.
13. Simmons A. Clinical manifestations and treatment considerations of Herpes Simplex Virus infection. J. Infect. Dis. 186: 71-77, 2002.
14. Wilson SS., Falioglu E., Herold BC. Novel approaches in fighting herpes simplex virus infections. Expert Rev. Anti. Infect. Ther. 7:559-568, 2009.
15. Nasser M., Fedorowicz Z., Khoshnevisan MH., Shahiri Tabarestani M. Acyclovir for treating primary herpetic gingivostomatitis. Cochrane Database Syst. Rev. 4: CD006700, 2008.

Yazışma Adresi:

Dr. Esin HAŞTAR
Gaziantep Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız, Diş ve Çene Radyolojisi Ana Bilim Dalı 27310 Gaziantep
Tel: 0342 360 6060 / 76610 • Faks no: 0342 361 0610 • E-posta: dtesin@hotmail.com