

Erişkin iki hastada el-ayak-ağız hastalığının değerlendirilmesi

Evaluation of hand-foot-mouth disease in two adult patients

Nuran SARI¹

ÖZET

Viral döküntülü hastalıklar çocuk hastalarda enfeksiyon yapmakla birlikte nadir olarak erişkinlerde de görülebilmektedir. El-ayak-ağız hastalığı (EAAH) genellikle beş yaş altındaki çocuklarda döküntü ile seyreden viral bulaşıcı bir hastalıktır. Tipik olarak el, ayak, oral kavite ve ağız çevresinde makülopapüler veya veziküler erupsiyonlarla karakterizedir. Hastalık insana fekal-oral, oral-oral, damlacık ve temas yoluyla bulaşabilmektedir. Etkenleri enterovirüs genusu içerisinde yer alan koksakivirüs (*Coxsackievirus*), ekovirüs (*Echovirus*) ve enterovirüslerdir (*Enterovirus*). İki erkek kardeş (18 ve 22 yaşlarında) ateş, baş ağrısı, boğaz ağrısı, halsizlik, iştahsızlık, yaygın kas ağrısı yakınmasından bir gün sonra döküntüler ortaya çıkması üzerine polikliniğe başvurmuşlardır. Benzer bulguların küçük kız kardeşlerinde de olduğunu bir hafta önce pediatri polikliniğinde el-ayak-ağız hastalığı tanısı ile tedavi aldığını bildirmişlerdir. İki kardeşin ağız çevresi, el ve ayak tabanlarında maküloveziküler döküntüler olduğu görülmüştür. El-ayak-ağız hastalığı ön tanısı ile semptomlara yönelik olarak parasetamol, antiseptikli boğaz gargarası, antihistaminik, yatak istirahati ve hidrasyon önerilerinde bulunulmuştur. Takip edilen hastaların muayenelerinde aktif lezyonlar olmakla birlikte komplikasyon veya ağır hastalık

ABSTRACT

Infections of viral rashes occurring frequently in pediatric patients even so it can be rarely seen in adult patients. Hand-foot-mouth disease (EAAH) is a viral infectious disease that is usually seen in children under the age of five. Typically it was characterized by maculopapular or vesical eruptions around the hands, feet, oral cavity and mouth. The disease could be transmitted to humans via fecal-oral, oral-oral, droplet and contact. The causative agents are the *Coxsackieviruses*, *Echoviruses* and *Enteroviruses* which are found in the enterovirüs genus. An adults two brothers (aged 18 and 22) applied to the out patient clinic after one day of fever, headache, sorethroat, fatigue, loss of appetite, rash complaints and common muscle pain. They reported that similar findings were present in their younger sisters and that were treated with a diagnosis of hand-foot-mouth disease in the pediatric outpatient clinic one week before. There were subfebril fever, oropharyngeal hyperemia and maculovesicular rashes to perioral, palm and foot in the examinations of two brothers. Paracetamol, antiseptic mouthwash, bed rest, antihistaminic and hydration were suggested for symptoms to diagnosis of hand-foot-mouth disease. Although there were active lesions in the follow-up examinations, there was no

¹Sincan Devlet Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Ankara



İletişim / Corresponding Author : Nuran SARI

Akıncı Cad. No: 4 Urhal Sitesi Platin 2 Konutları A Blok No: 9 Etimesgut/Ankara - Türkiye

Tel : +90 505 457 93 09 E-posta / E-mail : nuran_sari2003@yahoo.com

Geliş Tarihi / Received : 02.09.2018

Kabul Tarihi / Accepted : 05.09.2019

DOI ID : 10.5505/TurkHijyen.2019.79446

Sarı N. Erişkin iki hastada el-ayak-ağız hastalığının değerlendirilmesi.

Türk Hij Den Biyol Derg, 2020; 77(1): 117-122

tablosu olmaması nedeni ile yatış yapılmamış, ayaktan semptomatik tedavi ile izlenmişlerdir. Hastalarda tanı, hastalık öyküsü ve cilt lezyonlarının tipik görünüm ve dağılımına dayanılarak konulmuş olup histopatoloji, viral seroloji veya diğer PCR (polimeraz zincir reaksiyonu) çalışılmamıştır. Daha geniş hasta sayıları ve tanımlanmış viral etken eşliğinde yapılan çalışmaların daha faydalı olacağı düşünülmektedir. Erişkin hastalarda sık olmamakla birlikte EAAH görülebilmektedir. Komplikasyon veya ağır hastalık tablosu gelişmemesi açısından erken dönemde semptomatik ve destek tedavileri başlanmalıdır. Çevreye bulaş riskini en aza indirmek için alınacak önlemlerin hastalara bildirilmesi önem arz etmektedir. Benzer döküntülü hastalıklarda ön tanıda yer almasını sağlamak, erken tanı ve tedavi ile komplikasyonları önlemek, gerekli hijyen önlemleri ile toplumsal bulaş riskini azaltmak, hastalığı tekrar gündeme taşımak amacı ile aile içi temas öyküsü, anamnez, tipik döküntüler, klinik bulguları ile tanı konulan erişkin iki erkek kardeşle saptanan EAAH olguları paylaşılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Erişkin, döküntü, el-ayak-ağız hastalığı

complication or severe disease. Therefore they were followed by symptomatic treatment, hospitalization not considered. Diagnosis in our patients were based on the disease history and skin lesions, typical appearance. We couldn't studied distribution of histopathology, viral serology or PCR (polymerase chain reaction). Larger patient numbers and studies with a defined viral factor are thought to be more useful. Although it is not common in adult patients, EAAH can be seen. Early symptomatic and supportive therapies should be initiated to avoid complications or severe disease. It is important to inform patients about the measures to be taken to minimize the risk of social transmission. EAAH in two adult brothers who diagnosed with clinical findings were shared so purpose of the study to ensure that the early diagnosis is made in similar rash diseases, prevent complications by early diagnosis and treatment, reduce the risk of social transmission with necessary hygiene measures, update this disease again. EAAH cases were prescribed in two adult brothers diagnosed with history of family contact, typical rashes and clinical findings.

Key Words: Adults, rash, hand-foot-mouth disease

GİRİŞ

Viral döküntülü hastalıklar sıklıkla çocuk hastalarda tanı almakla birlikte, nadir olarak erişkin hastalarda da görülebilmektedir. El, ayak ve ağız hastalığı (EAAH) özellikle be yaş altı çocuklarda görülen oldukça bulaşıcı bir viral hastalıktır. Hastalık toplumda sıklıkla fekal-oral bulaşmakla birlikte oral-oral, damlacık ve temas yolu ile bulaş görülebilmektedir (1). Etkenleri enterovirüsler içerisinde yer alan koksakivirüs A-B, ekovirüs ve enterovirüslerden yirmiden fazla alt tipi içermektedir. En sık saptanan etkenler enterovirüs 71 ve koksaki virüs A16' dır (2). İnkübasyon dönemi 3-7 gün arasındadır. Halsizlik, iştahsızlık, miyalji,

ateş, lenfadenopati, sonrasında ağız içi, çevresi, el ve ayaklarda makülopapülerden vesiküle değişen karakterde lezyonlar ortaya çıkar. İyileşme 7-10 günde gözlenmektedir (3). Genellikle sorunsuz şekilde iyileşmekle birlikte nadiren menenjit, ensefalit, myelit ve solunum sistemi komplikasyonlarına neden olabilmektedir (4). Büyük çocuklarda ve yetişkinlerde de nadir olarak vaka bildirimleri bulunmaktadır (5-7). El-ayak-ağız hastalığı erişkinlerin yaklaşık %11'ini etkileyip, %1'inden azında klinik bulgu vermektedir (8). Komplikasyon veya ağır hastalık tablosu gelişmemesi açısından erken semptomatik ve destek

tedavileri başlanmalıdır. Hastalığı gündeme taşımak, benzer döküntülü hastalıklarda ön tanıda yer almasını sağlamak, komplikasyonları önlemek, gerekli hijyen önlemleri ile toplumsal bulaş riskini azaltmak için olgu paylaşımlarının önemli olduğu düşünülmektedir.

OLAY/OLGU

İki erkek kardeş (18 ve 22 yaşlarında) ateş, baş ağrısı, boğaz ağrısı, halsizlik, iştahsızlık, kas ağrısı yakınması sonrası döküntüleri olması üzerine polikliniğe başvurdular. Benzer bulguların beş yaşındaki kız kardeşlerinde de olduğu, kardeşinin kreşinde de hasta olan çocukların bulunduğunu,

ve bir hafta önce pediatri polikliniğine el-ayak-ağız hastalığı tanısı ile tedavi aldığını bildirdiler. İki kardeşin yapılan muayenelerinde subfebril ateş (37°C , $37,3^{\circ}\text{C}$), orofarenkslerde hiperemi, ağız çevresi, el ve ayak tabanlarında maküloveziküler döküntüleri mevcuttu. Tam kan tahlil tahlilleri, biyokimya, C-reaktif protein ve sedimentasyon değerlerinde anormal bulgu saptanmadı. El-ayak-ağız hastalığı tanısı, ailevi hastalık temas öyküsü ve cilt lezyonlarının tipik görünüm ve dağılımına dayanılarak konuldu. Hastalar ateş, el-ayak ve oral mukozada papül ve herpetik lezyonlar, döküntülerin etrafında enflamatuvar eritem, minimal sıvı içeren kabarcıklar olması ile EAAH olarak tanımlandı (Resim 1- 4).



Resim 1-2. 22 yaşında erkek hastanın ellerinde makülopapüler lezyonlar



Resim 3. 22 yaşında erkek hastanın ağız çevresinde maküloveziküler, deskuame lezyonlar



Resim 4. 18 yaşında erkek hastanın el ve ayak içinde makülopapüler lezyonlar

Hastalarda anamnez, temas öyküsü, lezyonların tipik görünümü ve yerleşim bölgesi olması nedeni ile klinik tanı konuldu. İki hastada seroloji, histopatolojik inceleme veya viral marker çalışması yapılmadı. Mevcut bulgular ile semptomlara yönelik olarak parasetamol, antiseptikli boğaz gargarası, antihistaminik, yatak istirahati ve hidrasyon önerilerinde bulunuldu. EAAH da hastalarda yüksek ateş, kusma, bilinç bulanıklığı gibi bulgular olduğunda aseptik menenjit ve ensefalit yönünden değerlendirilmesi ve yatırarak tedavi edilmesi önerilmektedir. Ayrıca kardiyak ve pulmoner komplikasyonlar açısından dikkatli olunmalı, gerektiğinde akciğer grafisi ve kalp grafisi gibi görüntülemeler de yapılmalıdır. Ancak takip edilen hastalarda komplikasyon düşündürecek semptomlar bulunmadığından yatış düşünülmedi, ek radyolojik tetkikler yapılmadı. Klinik yakınmalarda artma veya komplikasyon gelişmesi durumunda kontrol önerildi. Ancak hastaların kontrol için tekrar poliklinik başvurusu olmadı.

TARTIŞMA

El, ayak ve ağız hastalığı özellikle beş yaş altı çocuklarda görülen sıklıkla oral-fekal, damlacık ve temas yolu ile bulaşabilen viral hastalıktır. Nadiren daha büyük çocuklarda ve yetişkinlerde hastalık görülebilmektedir. Ateş, boğaz ağrısı, iştahsızlık, halsizlik bulguları ile birlikte ağız çevresinde, avuç içi ve ayak tabanında görülen döküntüler ile karakterize bir klinik tablodur. Döküntüler kırmızı, yuvarlak lezyonlar şeklinde olabildiği gibi bazen veziküller şeklinde de görülebilmektedir (1, 2). Hastalarımız 18 ve 22 yaşlarında erişkin hastalar olmakla birlikte aynı bulgular ile bir hafta önce beş yaşındaki kardeşlerinin EAAH tanısı almış olması nedeni ile aile içi bulaş düşünülmüştür. Hastalarda miyalji, halsizlik, subfebril ateş sonrası ağız çevresi ile başlayıp avuç içi ve ayak tabanlarında da oluşan döküntüler ile klinik olarak EAAH tanısı konulmuştur.

Hastalık etkenleri enterovirüs cinsi içerisinde

yer alan koksakivirüs, ekovirüs ve enterovirüs'lerdir. Virüs enfekte kişilerin nazofarengeal sekresyonları, veziküler döküntü içerisinde ve gaitalarında bulunur. Fekal-oral, temas, damlacık yolu, ile enfekte kişilerden duyarlı kişilere yayılım gösteren oldukça bulaşıcı bir hastalıktır (4). Hastalarımız, kardeşlerinin kreşinde de benzer bulgular olan çocuklar olduğunu bildirdiler. Kalabalık ortamlarda temas yoğunluğu nedeni ile bulaş riski artmaktadır. Genellikle hastalığın ilk haftasında bulaş oranı en yüksektir. Hastanın semptomatik dönemde yayılımı önlemek için evinde kalması, duyarlı kişiler ile temas etmemesi önerilmektedir (5). Bulaşı önlemek için su ve sabunla sık el yıkamaları, sık temas edilen yüzeyleri uygun şekilde dezenfekte etmeleri önerilmektedir. Hastalarımıza ve kreşe giden kardeşine el hijyeni, temas önlemleri ile ilgili uyarılarda bulunuldu. Hastalığın aşısı ve virüse özgün spesifik bir tedavisi yoktur. Semptomatik olarak yatak istirahati, analjezik, antipiretik, hidrasyon destek tedavileri önerilmektedir (6-8). Hastalarımıza da klinik bulgularına yönelik olarak parasetamol, antiseptikli boğaz gargarası ve antihistaminik tedaviler başlandı.

Döküntüler çoğunlukla kendi kendini sınırlar ve ağır hastalık tablosuna neden olmazlar. Hastalar yedi ile on gün içerisinde gelişen tüm bulguların kaybolmasıyla tamamen iyileşir. Özellikle immünespresif hastalarda komplikasyonlara yol açabilmektedir (9). Yüksek ateş, kusma, bilinç bulanıklığı gibi bulgular olduğunda aseptik menenjit ve ensefalit yönünden değerlendirilmelidir. Kardiyak ve pulmoner komplikasyonlara neden olabildiğinden gerektiğinde EKG (elektrokardiyografi) ve direkt akciğer grafisi gibi radyolojik incelemeler yapılmalıdır (10). Takip edilen hastaların muayenelerinde aktif lezyonlar yoğun olmakla birlikte komplikasyon veya ağır hastalık tablosu görülmemesi nedeni ile yatış düşünülmedi, ayaktan semptomatik tedavi ile izlendiler.

El-ayak-ağız hastalığında gelişen lezyonların ayırıcı tanısında su çiçeği ve herpetik viral enfeksiyonlar, eritema multiforme, sekonder sifilide görülen

avuç içi ve ayak maküler lezyonları, ilaç allerjileri, infektif endokardit, septik emboliler ve vaskülit akla gelmelidir. Geç dönemde görülen el ve ayaklardaki deskuamatif lezyonlar fungal enfeksiyonları da taklit edebilmektedir (5-9). Hastalarımızda tanı, hastalık öyküsü ve cilt lezyonlarının tipik görünüm ve dağılımına dayanılarak konulmuş olup histopatoloji, viral seroloji veya PCR çalışılmadı. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü'nün viroloji laboratuvarlarında tanı için virüsün bulunması muhtemel alanlardan (burun, boğaz sürüntüsü, gaita, döküntü sıvıları) alınan numunelerden PCR yöntemi ile virüs izole edilebilir. Ayrıca serolojik olarak kanda hastalığa sebep olan virüslere karşı oluşan antikorlar tespit edilebilmektedir. Moleküler yöntemler ile virüs varlığı tespit edilip, ileri hücre kültürü ve subtip tanımlamaları yapılabilmektedir (1,5). Elde edilen veriler sürveyans çalışmalarında çok değerli olacaktır.

El-ayak-ağız hastalığı sıklıkla çocuklarda görülen bir hastalık olmasına rağmen nadir de olsa erişkinde de görülebilmektedir. Yoğun stres, düşük kişisel hijyen, yorgunluk, immunsupresif tedaviler ve hastalarla yakın temasta olmanın erişkinde hastalığın ortaya çıkışını tetikleyebileceği düşünülmektedir. Ancak patojenik mekanizma halen net olarak bilinmemektedir. Erişkinde EAAH genellikle asemptomatik veya hafif şiddetli seyretmektedir (10,11). Artan global seyahat koşulları nedeniyle hafif semptomatik veya subklinik hastaların viral taşıyıcı olarak rol oynayabilmektedir.

Son yıllarda EAAH, değişik suşlarla farklı bölgelerde endemik olabilmektedir. Çin, Japonya, Malezya ve Tayvan gibi uzak doğu ülkelerinde

hastalık endemik olarak görülmekte ve vaka seri bildirimleri bulunmaktadır (3,10,11). Ayrıca Avrupa ve Amerika'dan olgu bildirimleri mevcuttur (12,13). Yapılan çalışmalarda en sık izole edilen etkenlerin koksakivirüs 6-10 ve enterovirüs 71 olduğu görülmektedir (14-16). Ülkemizde erişkin hastalarda EAAH ile ilgili yapılmış sınırlı sayıda yayın olup bunlar olgu sunumları şeklindedir (5,17,18). Serolojik veya histopatolojik olarak etkenlerin tanımlanabildiği daha geniş ölçekli çalışmaların yapılması gerekmektedir.

Ülkemizde toplam A, B, C, D ile sınıflandırılan 51 tane bildirim zorunlu hastalık bulunmaktadır (19). Ancak EAAH hastalığı bu bildirim listesinde yer almamaktadır. Ayrıca hastanelerde kullanılmakta olan uluslararası ICD-10 (International Classification of Diseases - Uluslararası Hastalık Sınıflaması) kodlama sisteminde mevcut değildir, EAAH tanısı sisteme girilememektedir. Örnek göndermek zorluğu nedeni ile mikrobiyolojik tespitlerde de sıkıntı yaşanabilmektedir. Toplu verilere ulaşmak zorlaşmaktadır. Olgu bilgileri paylaşımının bu nedenlerle çok önem taşıdığı düşünülmektedir.

Hem çocuk hem de erişkinlerde EAAH insidansında artış görülmesi nedeni ile salgınlara yol açmasının önüne geçmek için hekimlerin klinik bulgular konusunda farkındalığının artması gerekmektedir. Komplikasyon gelişiminin engellemesinde erken semptomatik ve destek tedavi başlanması önemlidir. Hasta ve hasta yakınlarına temas ve damlacık izolasyonu, hijyen ve kontrol önlemleri konularında uygun bilgilendirme yapılması, uyumun sağlanması ile bulaş riski en aza indirilebilecektir.

KAYNAKLAR

1. Somer A. Çocukluk çağı viral infeksiyonları. In: Ulusoy S, Leblebicioğlu H, eds. Viral infeksiyonlar. Ankara: Bilimsel Tıp Yayınevi, 2011: 293-394.
2. Brenda WL, Lerner KL. Hand, Foot, and Mouth Disease. Infectious Diseases: In Context. 2008; 355-357.
3. Yin DQ, Wang CB, Zhou X, Ji SX. Epidemiology characteristics of human coxsackievirus A16 and enterovirus 71 circulating from 2009 to 2017 in Linyi, China. Jpn J Infect Dis. 2018; 2-18.
4. Krafchik BR, Tellier R. Viral Exanthems. In: Harper J, Oranje A, Prove N, eds. Textbook of Pediatric Dermatology. 2nd ed. Massachusetts: Blackwell Publishing, 2006: 418-49.
5. Topkarcı Z, Erdoğan B, Yazıcı Z. El-ayak-ağız hastalığının klinik ve demografik özellikleri. Bakırköy Tıp Derg 2013;9(1):12-5.
6. Ramirez-Fort MK, Downing C, Doan HQ, Benoist F, Oberste MS, Khan F, et al. Coxsackievirus A6 associated hand, foot and mouth disease in adults: clinical presentation and review of the literature. J Clin Virol. 2014;60(4):381-6.
7. Lipe DN, Affleck S. Atypical presentation of hand, foot, and mouth disease in an adult. Clin Pract Cases Emerg Med. 2018 17;2(2):179-180.
8. Second J, Velter C, Calès S, Truchetet F, Lipsker D, Cribier B. Clinico pathologic analysis of atypical hand, foot, and mouth disease in adult patients. J Am Acad Dermatol 2017;76(4):722-9.
9. Xing W, Liao Q, Viboud C, Zhang J, Sun J, Wu JT. Epidemiological characteristics of hand-foot-and-mouth disease in China, 2008-2012. Lancet Infect Dis. 2014; 14(4): 308-318. doi: 10.1016/S1473-3099(13)70342-6.
10. Bian L, Wang Y, Yao X, Mao Q, Xu M, Liang Z. Coxsackievirus A6: a new emerging pathogen causing hand, foot and mouth disease outbreaks worldwide. Expert Rev Anti Infect Ther. 2015;13(9):1061-71.
11. Mirand A, Henquell C, Archimbaud C, Ughetto S, Antona D, Boilly JL, et al. Outbreak of hand, foot and mouth disease/herpangina associated with Coxsackievirus A6 and A10 infections in 2010, France: a large city wide, prospective observational study. Clin Microbiol Infect 2012;18:110-8.
12. Centers for Disease Control and Prevention. Notes from the Field: Severe hand, foot and mouth disease associated with Coxsackievirus A6 - Alabama, Connecticut, California, and Nevada, November 2011-February 2012. MMWR 2012;61:213-4.
13. Shin JU, Oh SH, J. H. A case of hand-foot-mouth disease in an immunocompetent adult. Ann Dermatol. 2010. 22(2), 216-8.
14. Ni H, Yi B, Yin J, Fong T, He T, Du Y, et al: Epidemiological and etiological characteristics of hand, foot, and mouth disease in Ningbo, China, 2008-2011. J Clin Virol 2012;54:342-8.
15. Zhou H, Guo SZ, Zhou H, Zhu YF, Zhang LJ, Zhang W: Clinical characteristics of hand, foot and mouth disease in Harbin and the prediction of severe cases. Chin Med J, 2012;125:1261-5.
16. Koh WN, Bogich T, Siegel K, Jin J, Cang EY, Tan CY, et al. The epidemiology of hand, foot and mouth disease in Asia: A systematic review and analysis. Pediatr Infect Dis J. 2016; 35 (10): 285-300.
17. Kuşçu F, Kömür S, Ulu A. Erişkin bir hastada el, ayak ve ağız hastalığı. Flora, 2016;21 (2): 93-4.
18. Sağıroğlu PÇ, Eray İK, Babırhan DK. Gebelikte el-ayak-ağız hastalığı: Olgu sunumu. Ankara Med J, 2016;16(3):319-323.
19. Bulaşıcı Hastalıkların İhbarı ve Bildirim Sistemi Hakkında Tebliğ. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı. 2004.