

# Çocuklarda Sık Görülen Deri Enfeksiyonları

## *Common Pediatric Infections of Skin*

### Öz

Makalemizde, derinin sık görülen pediatrik enfeksiyon ve enfestasyonları ele alınmıştır. İmpetigo, follikülit, furonkül, ektima, sellülit gibi bakteriyel, herpes simpleks, varisella zoster, molluskum kontagiozum, siğiller gibi viral, tinea capitis, kandidiazis gibi fungal ve skabies, pedikülozis gibi paraziter hastalıklar tartışılmıştır.

### Abstract

The following paper examines the common pediatric infections and infestations of the skin. Common bacterial problems such as impetigo, folliculitis, furuncle, ecthyma, cellulitis, viral infections such as herpes simplex, varicella zoster, molluscum contagiosum and viral warts, fungal infections such as tinea capitis and candidiasis, finally parasitic infections such as scabies and pediculosis are discussed.

### Bakteriyel Enfeksiyonlar

Piyoderma derinin yüzeysel bakteriyel enfeksiyonudur ve impetigo, follikülit, furonkül, ektima ve birkaç diğer hastalığı içine alır (1).

İmpetigo, *Staphylococcus aureus* ve *Streptococcus pyogenes*'in neden olduğu en sık karşılaşılan bakteriyel deri hastalığıdır. Nonbüllöz impetigo (impetigo kontagiosa) ve büllöz impetigo olmak üzere iki klinik şekli vardır.

**İmpetigo kontagiosa** vücudun herhangi bir bölgesinde olabilirse de en çok yüz ve ekstremitelerde görülür. Küçük bir papülovezikülveya püstül şeklinde başlar, hızla rüptüre olur, çevresi eritemli, tanıya da yardımcı olan bal rengi krutlu plaklar ortaya çıkar. Zaten varolan atopik dermatit veya uyuz lezyonlarının üzerine de yerleşebilir. Hasta sistemik olarak iyi durumdadır ve ağrı yoktur. Skar bırakmaması skarla iyileşen sigara yanıklarından ayırıcı tanısında önemlidir. Streptokoklar genellikle nazofarinkste taşınır (1,2).

**Büllöz impetigo** eritemli ve nemli bir erozyon bırakarak, hızla rüptüre olan büller şeklinde görülür. Lezyonlar ağrılı olabilir, sistemik semptomlar da yaygındır. Büller bulaştırıcıdır. Epidermolitik toksinin (eksfoliatin) lokal etkisiyle ortaya çıkar. Stafilokoklar sıklıkla burun, aksilla ve perinede taşınır (1,2).

**Prof. Dr. Berna ŞANLI**

*Deri ve Zührevi Hastalıklar Uzmanı*

**Yazışma Adresleri /Address for Correspondence:**

*Prof Dr Berna Şanlı Dermatoloji Kliniği, Saraylar Mahallesi 357 Sokak No:13 İnceoğlu İş Merkezi Kat:3 Daire:6-7 Bayramyeri/Denizli*

**Tel/phone:** +90 258 264 64 65

**mail:** bernasanlier@gmail.com

### Anahtar Kelimeler:

Deri enfeksiyonları,  
enfestasyonları.

### Keywords:

Skin infections, infestations.

**Geliş Tarihi - Received**

15/03/2016

**Kabul Tarihi - Accepted**

17/04/2016

**Ektima** impetigoya benzer, ama dermise penetre olur, ülseratifdir. Genellikle alt ekstremitelerde görülür. En sık etken A grubu beta hemolitik streptokoklardır. Ülser üzerindeki krut kaldırıldığında zımbayla delinmiş gibi görünür ve iyileşirken skar bırakır (2).

Atopik ekzemalı çocuklarda impetigo sık sık tekrarlar. Bunun nedeni deride bakteriyi yüksek oranda taşımalarıdır. Ekzeması olmayan çocuklarda tekrarlayan atakların nedeni fleksuralarda *Staphylococcus* taşıyan aile bireyleri olabilir (3).

Follikülit folliküler açıklığın, yüzeysel stafilokokal enfeksiyonudur. Asemptomatik, çevresi eritemli kıl folliküllerinde yüzeysel eritemli papül ve püstüller şeklindedir. Furonkül, kıl follikülünü ve çevresini tutan, daha derin yerleşmiş hassas bir nodül veya apsedir. Follikülit veya furonküle sistemik semptomlar görülmez (1).

İmpetigoda enfeksiyonun iyileşmesi topikal tedavi veya yaygın hastalıkta sistemik antibiyotiklerle birkaç gün sürer. Krutların da temizlenmesi gereklidir. Bölgesel bakım ve genel hijyen önemlidir (2). Lokalize impetigoda topikal mupirosin ve giderek artan bir direnç görülse defusidikasid günde 3 kez 7-10 gün uygulanır (3-5). Sistemik tedavilerde amoksisilin-klavulonat, flukloksasilin, eritromisin ve sefalekssin kullanılır (1,2). Çok sayıda lezyon veya derin enfeksiyon varsa 7-10 gün sistemik antibiyotikler önerilir (1) Toplumdan kaynaklanan metisiline dirençli stafilokokal enfeksiyon da olabileceği için erode bölgeden veya krut altından kültür yapılmalıdır (3). Streptokokal enfeksiyonun en ciddi komplikasyonu akut glomerulonefrittir. Bunun gibi nonsüpüratif komplikasyonlar antibiyotiklerle önlenemez. Ancak erken dönemde penisilin kullanımı akut romatizmal ateşi önler (2,4).

Sellülit, *Streptococcus pneumoniae*, Grup A streptokoklar ve *Haemophilus influenzae*'nin neden olduğu, derin subkutan dokuya doğru yayılan deri enfeksiyonudur. En sık yüzü tutar. Eritemli, sınırları belirgin olmayan, ısı artışı gösteren, palpasyonla hassas lezyonlar görülür ve sıklıkla sistemik bulgular eşlik eder (2).

*Haemophilus* sellüliti tek taraflıdır ve mukozal yayılımla birlikte. Periorbital veya preseptal sellülitin araştırılması gereklidir. Orbital sellülit kadar dikkatli tedavi edilmelidir ve cerrahi bir acildir. *Haemophilus* veya pnömokoklara da bağlı olabilir. Şiddetli enfeksiyon sistemik belirtilerle birlikte lenfanjit ve lenfadenite neden olabilir (2).

Tedavide, özellikle enfeksiyon periorbital ve preseptal ise veya yaygın ve sistemik semptomlarla birlikte-

se sistemik antibiyotikler gereklidir. Flukloksasilin, benzil penisilin, eritromisin ve sefalosporinler topikal antibiyotiklerle birlikte kullanılabilirler (2).

## Viral Enfeksiyonlar

### Herpes simpleks

Deri veya muköz mebranları etkiler. İki antijenik tipten Tip I genellikle ağız, dudaklar ve genital dışı bölgelerde, Tip II ise genital bölgede hastalığa neden olur. Primer enfeksiyonda virusla karşılaşmadan 3-7 gün sonra ateş, halsizlik ve hassas lenfadenopatiyle seyreden bir prodrom dönemi olur. Çocukların %60'ında ağızda ülserasyon, dudaklarda veziküllerle seyreden gingivostomatit, boğaz ağrısı ve ateş görülür. Orofaringeal membranların ödem, ağrı ve ülserasyonuna bağlı olarak disfaji ve salya akması olur. Primer enfeksiyon subklinik geçirilebilir, ama tekrarlayan ataklarda dudak vermilion kısmı, perioral bölge, burun mukozası ve yanıklarda lezyonlar görülür. Bu bölgelerde hassasiyet ve yanma hissinin ardından eritemli zeminde sonradan ülsere olan püstüllere ilerleyen ağırlı veziküller görülür. Ateş, ultraviyole ışığı, travma ve menslere aktivasyon kolaylaşabilir. Ataklar kabuklanmayla kendi kendini sınırlar. Herpetik deri enfeksiyonlarının komplikasyonları herpetik keratit, ensefalit, ekzema herpetikumdur (Kaposi'nin variselliform erupsiyonu) (3).

### Varicella zoster (suçiçeği)

Tipik olarak 10 yaş altındaki çocukları etkiler. Üst solunum yolundan damlacık yoluyla veya enfekte vesiküller sıvıyla bulaşır. Lezyonlar önce gövdededir, sonra yüz, saçlı deri ve ekstremitelere yayılır. Soluk, eritemli maküller şeklinde başlar, 24-48 saat içinde ödemli papüllere, sonra vesiküllere dönüşürler, sonra kabuklanır ve hafif bir erozyon bırakarak dökülürler. Lezyonlar vücutta değişik evrelerde dirler. Konjunktiva, ağız ve burun mukozasında da lezyon görülür. Erupsiyonun başlamasından 2 gün öncesinden 5-6 gün sonrasına kadar çok bulaştırıcıdır.3

Sağlıklı çocuklara destek tedavisi yeterlidir. Çok az hastada sistemik tedavi gerekir (3).

### Molluscum contagiosum

Poxvirus enfeksiyonudur. Enfekte kişiyle temasla veya kontamine bir eşyayla bulaşır. Örneğin yüzme havuzlarından da bulaşabilir (3). Okul çağı çocuklarında sıktır (1). T hücre fonksiyonunun bozuk olduğu hastalıklar olan atopik dermatit, HIV enfeksiyonu, konjenital immün yetersizliği olanlarda daha sıktır. Altı ay kadar olabilen inkü-

basyon dönemini takiben ortası göbekli deri renginde papüller görülür. Özellikle yüz ve boyunda sıktır. Çok sayıda ve dev lezyonlarda immün direnç düşüklüğü akla gelmelidir. Erişkinlerde karın alt kısmı ve genital bölgede görülen lezyonlar hemen hemen her zaman cinsel yolla bulaşır, ama çocuklarda bu bölge lezyonları şüphe uyandıran başka bir durum yoksa çocuk istismarını düşündürmez (1). Yaklaşık 2 ayda kendiliğinden iyileşir, ama öncesinde sıklıkla inflame veya ekzematize olabilir (3). Otoinokülasyon ve çevreye bulaş söz konusu olabileceği için kendi kendini sınırlayan bir hastalık olsa da tedavi gereklidir.1 Tedavide kriyoterapi önerilebilir. Ancak skar bırakabilir (3). Bir küretle lezyon temizlenebilir, topikal tretinoin, %5 imiquimod, potasyum hidroksidle küretaj, gümüş nitratla koterizasyon diğer tedavi seçenekleridir (1).

### Viral siğiller

Çok yaygındır. Human papillomavirusun (HPV) neden olduğu yavaş büyüyen epitelyal lezyonlardır (2). En sık 12-16 yaş arasında görülür (3). Verruka vulgaris, verruka plana, plantar siğiller ve condylomata acuminata dört önemli klinik tipidir. Verruka vulgaris en sık eller, parmaklar, tırnak çevresi, bazen burun delikleri ve dudaklarda görülür. Deri renginde hiperkeratotik verrüköz papüllerdir. Kaşıntılı olabilirler, kaşıntı otoinokülasyonla lineer yayılıma neden olabilir. Sıvı nitrojenler kriyoterapi etkili bir tedavi seçeneğidir. Topikal salisilik asid, topikal 5-fluorourasil krem kullanılabilir (1).

### Mikotik Enfeksiyonlar

#### Tinea capitis

*Microsporum* veya *Trichophyton* türlerinin neden olduğu saçlı derinin mantar enfeksiyonudur. Genellikle okul çağı çocuklarında erişkinlerden daha sıktır. Hem ekto hem de entotriks enfeksiyonuna neden olabilir. Eritemli skuamlı skalpta bölgesel saç kaybı vardır. Sınırlar genellikle keskin ve inflamedir. Özellikle zoonofilik bir mantar sa pustüller ve belirgin endürasyon görülebilir. Antropofilik formlardaysa inflamasyon daha azdır. Kerion celsi adı verilen özel bir klinik şeklinde akut inflamatuvar pustüller ve nodüller görülür. Bu genellikle zoofilik mantarlardan kaynaklanır ve çoğu zaman akut stafilokokal enfeksiyonla karıştırılır. Genellikle zamanla kendiliğinden iyileşse bile uygun tedavi edilmezse skatrisyel alopesiye neden olur (6).

Okullarda özellikle *Microsporum audouinii* ve *Microsporum canis* epidemileri görülebilir. Bu epidemik tip tinea capisteste genellikle küçük, hafif skuamlı, çok az saç

kayı olan bir bölgeler bulunur. Lezyonlar yavaşça büyür ve birleşir, geniş alopesi bölgelerine neden olabilir. (6).

Favus, *Trichophyton schoenleinii*'nin neden olduğu bir saçlı deri mantar enfeksiyonudur. Genellikle diğer aile bireyleri de enfektidir. En sık çocuklar etkilenir. Pubertede gerileme eğilimi yoktur. Hafif formlarında eritem vardır ve saçların parlaklığı azalmıştır. Hastalık ilerledikçe eritem artar ve skutulumlar görülür. Skutulom kötü kokulu sarımsı kepek ve kabuklardır. Her skutulum birkaç kıl kökü içerir ve daha sonra yerlerinde skatrisyel alopesi kalır (6).

Tanı skuamlar veya koparılan saçlarda KOH incelemesiyle koyulur. Kültürde de gösterilebilir (6).

Tedavide oral antifungaller önerilir. Bu endikasyonda onaylı tek ilaç oral griseofulvindir. 10-20 mg/kg/gün minimum 6 hafta kullanılır. Ancak genellikle 2-3 ay tedavi gerekir. Çocuklarda onaylı olmasa da oral terbinafin 3 mg/kg/gün 2-4 hafta kullanılabilir. *T. tonsurans*'a etkilidir, ancak *M.canis*'e etkinliği düşüktür. Ketokonazol %2 şampuan tedavi edici amaçlı değil, bulaştırıcılığı azaltmak için haftada 2 kez önerilebilir (3,6).

### Kandidiazis

Yenidoğan bebekler kandidial enfeksiyonlara fizyolojik olarak hassastır. En sık pamukçuk ve bez bölgesi tutulumu görülür. Ama intretigo, vulvovajinit, anguler keilit veya paronişi de görülebilir. Oral kandida enfeksiyonu genellikle vajinal doğum sırasında anneden bulaşır. Annenin memesinden, ellerinden veya yeterince sterilize edilmiş biberon vs. gibi eşyalardan da bulaşabilir. Dil, yumuşak veya sert damak, diş etleri veya yanak mukozasında yapışık beyaz plaklar şeklindedir. Ağrılı olabilir. Tanı direkt mikroskopik bakı ve kültürle doğrulanabilir. Bez bölgesi kandidiazisi genellikle pişiğe sekonder gelişir. Tedavide azol içeren kremler kullanılır, bölgenin kuru tutulması önemlidir. Pamukçukta nistatin oral süspansiyon günde 4 kez, 1-2 hafta önerilir (3,6).

### Paraziter Enfeksiyonlar

#### Scabies

*Sarcoptes scabiei varyete hominis*'in neden olduğu yaygın bir enfestasyondur (1). *Sarcoptes scabiei* deri altında tünel kazarak yumurtalarını bırakır, bunlardan larvalar gelişir, larvalar olgunlaşır, çiftleşir ve bu siklus 2 haftalık periyodlarla devam eder (2). Doğrudan temas veya eşyalarla bulaşır. Klinik belirtiler primer infestasyondan genellikle 3 hafta sonra başlar. En erken belirtiler gece kaşıntısıdır. Genellikle bebeklerde yüz, avuç içi ve ayak

tabanları, daha büyük çocuklarda ise kalçalar, el ve ayak bilekleri, parmak araları ve meme areolası etkilenir. Papül, nodüller, tüneller ve vezikülopüstüller gibi primer ve sekonder lezyonlar görülür. Tüneller ve nodüller spesifik lezyonlardır. Tüneller hemen stratum korneum altındadır. Sonlarında siyah bir nokta olan lineer veya kıvrımlı beyazımsı lezyonlar şeklinde görülürler. Bunlar dişi parazitlerin yerleşim yeridir. Nodüler skabies sıklıkla gövde, koltuk altı ve genital bölgede görülen çok kaşıntılı kırmızı kahverengi nodüllerdir. Bu nodüller uyuz iyileşse bile birkaç ay inat edebilir (1).

Tanı tipik lezyonlardan yola çıkılarak klinikle koyulur. Aile üyelerinde de benzer semptomlar olması tanıyı destekler. Permetrin %3 krem çocuklar için etkili ve güvenilir bir ilaçtır (3). Göz ve ağız çevresi hariç tüm vücuda akşam uygulanır, sabah yıkanır, bir hafta sonra tedavi tekrarlanır. İki aylıktan küçük infantlarda permetrin önerilmez. Sülfür %6 merhem tercih edilmelidir. Üç gün üst üste boyundan aşağıya tüm vücuda sürülür ve son uygulamadan 24 saat sonra yıkanır (1). Bazen tedavi sonrasında ekzema görülebilir ve topikal steroid kullanımı gerekebilir (2). Tedavi sırasında yatak çarşaf, nevresimler ve giysiler yıkanmalı, yıkanmayanlar 1 hafta kullanılmalıdır (1). Parazit vücudun ılık ve nemli ortamından uzakta ancak yaklaşık 1 gün yaşayabilir (3). Aile üyeleri ve yakın temasta bulunan diğer kişilere de tedavi verilmelidir (1).

### **Pediculosis capitis**

*Pediculosis humanus capitis*'in neden olduğu bir enfestasyondur. Sıklıkla asemptomatik olabilir, ama parazitin salyasına alerjik reaksiyon gelişmesi nedeniyle kaşıntı görülebilir (2). Kaşıntı en çok oksipital bölgededir. Kızarıklık, papüller, ekskoriye lezyonlar ve sekonder bakteriyel enfeksiyon görülebilir. Oksipital ve servikal lenfadenopati sıktır (1). Yakın temasla bulaşır. Kısa saç veya

saçların arkada toplanması bulaş riskini azaltır (3). Vücut sıcaklığından uzakta yatak veya şapkada birkaç saat yaşayabilir. Saç kurutma, fırçalama sırasında, giysilerdeki saçlardan bulaşabilir. Dolayısıyla bunlar ya yıkanmalı veya 50 derece ya da daha yüksek ısıda kurutulmalıdır (3). Tanı saçlı deri veya saçta bit veya yumurtalarının görülmesiyle koyulur. Yumurtalar gri-beyaz, 1 mm boyunda ve saç yapıştırlar (1).

Tedavide permetrin %1 şampuan tercih edilir. Saçlı deride 10 dakika bekletilip durulur. Bir veya 2 hafta sonra uygulama tekrarlanmalıdır. Uyuzdaki gibi yakın temasta olan kişiler de tedavi edilmelidir. Ancak permetrine direnç söz konusu olabilmektedir (1). Saçı ıslakken ince dişli bir tarakla taramayla saçların büyük bitlerden temizlenmesi de popüler bir yöntemdir. En az 2 hafta boyunca 3-4 günde bir bu işlemin tekrarlanması gereklidir. Bu yöntem küçük bitlere ve yumurtalara etkili değildir (3). Tedavi sonrasında fırça, tarak gibi eşyalar 60 derece suda 5 dakika bekletilerek dezenfekte edilmelidir. Tedaviye dirençten şüphelenildiğinde, bunun direnç değil rekürrens de olabileceği göz önüne alınmalıdır. Çünkü genellikle hastanın yakın temasta olduğu kişiler tedavi edilmezse tekrar bulaş söz konusu olabilir (6).

### **Kaynaklar**

1. Sethuraman G, Bhari N. Common skin problems in children. *Indian J Pediatr* 2014; 81 (4): 381-90.
2. Bhagavatula M, Powell C. Common superficial skin infections and infestations. *Paediatr Child Health* 2011; 21 (3): 132-36.
3. Tomson N, Sterling JC. Infections and infestations of the skin in children. *Paediatr Child Health* 2007; 17 (10): 400-406.
4. Oumeish I, Oumeish OY, Bataineh O. Acute bacterial skin infections in children. *Clin Dermatol* 2000; 18 (6): 667-78.
5. Alter SJ, Vidwan NK, Sobande PO, et al. Common childhood bacterial infections. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care* 2011; 41 (10): 256-83.
6. Korting HC. Fungi. In: Burgdorf WHC, Plewig G, Wolff HH, Landthaler M, eds. *Braun-Falco's Dermatology*, 3rd ed. Philadelphia: Springer, 2009: 205-43.