

# Nadir Bir Herpes Virüs İnfeksiyon Formu Olarak Herpetik Dolama: Vaka Sunumu

İhsan ESEN \*, Ümmü AYDOĞMUŞ \*, Tuncer GÜRLER \*, Fatma DEMİREL \*, Can Naci KOCABAŞ \*

*Nadir Bir Herpes Virüs İnfeksiyon Formu Olarak Herpetik Dolama: Vaka Sunumu*

Herpetik dolama herpes simpleks tip 1 veya tip 2'nin neden olduğu bir çeşit parmak infeksiyonudur. Çocuk ve ergenlerde ender görülen herpetik dolama, eritem ve ağrılı nonpürülan veziküller ile karakterizedir. Bakteriyel infeksiyonlar ile karıştığından sıklıkla yanlış tanı ve uygunsuz tedavilere neden olmaktadır. Doğru tanı ve uygun tedavi için çocuk hekimleri bu konuda bilgi sahibi olmalıdır. Ayrıca çocuk hekimleri muhtemelen her gün herpes simpleks virüsü ile enfekte birçok çocuğun oral salgısı ile temas etmektedir. Bu nedenle herpetik dolama sağlık personeli için bir mesleki risk olarak da akıldta tutulmalıdır. Bu makalede herpetik dolama tanısı ile tedavi edilen dokuz aylık bir kız hasta sunulmuştur.

**Anahtar kelimeler:** Herpetik dolama, herpes simpleks virüsü, çocuk

Çocuk Dergisi 2011; 11(3):126-129

*Herpetic Whitlow; A Rare Form of Herpes Virus Infection: Case Report*

Herpetic whitlow is a herpes simplex virus type 1 or 2 infection of the fingers. This rare form of herpes virus infection is characterized by painful and non-purulent vesicles in children and adolescents. Misdiagnosis of herpetic whitlow usually leads to inappropriate interventions. Pediatricians should be aware of this entity for correct initial diagnosis and accurate management. In addition, pediatricians everyday come into close contact with oral secretions of many children who might be infected with herpes simplex type 1 virus. Herpetic whitlow should be remembered as an occupational hazard. In this paper we reported a case of herpetic whitlow in a 9-month-old girl.

**Key words:** Herpetic whitlow, herpes simplex virus, child

J Child 2011; 11(3):126-129

## GİRİŞ

Herpes simpleks virüs tip 1 (HSV\*1) tipik olarak ağız, farinks, yüz, göz ve santral sinir sistemini etkilerken Herpes simpleks virüs tip 2 (HSV-2) başlıca anogenital bölge infeksiyonları ile ilişkilidir. Bununla birlikte, her iki serotip de aynı bölgeyi enfekte edebilir. Birçok erişkin HSV ile infektidir ve sessiz virüs taşıyıcısıdır. Çocuklar genellikle yaşla artan sıklıkta HSV-1 ile enfekte olur. Dünya çapında HSV-1 sıklığı HSV-2'den daha fazladır. Herpes Simpleks virüs tip 2 başlıca cinsel yol ile bulaştığından çocukluk yaş grubunda yaygın değildir <sup>(1)</sup>. Herpetik dolama bir

veya daha fazla parmağın distal falanksını etkileyen ender bir HSV infeksiyon kliniğidir. Hastalar genellikle el parmaklarının, nadiren ayak parmaklarının distal falanks derisini etkileyen ağrılı, ödemli ve non-pürülan veziküllü cilt lezyonu nedeni ile başvururlar. Viral yayılım genellikle çocuğun kendisinde var olan herpetik lezyondan parmaklara bulaş şeklinde olmaktadır. Bunun dışında aile içi veya diğer yakın temas edilen bireylerden de viral yayılım bildirilmiştir <sup>(2)</sup>. Çocuklarda herpetik dolama konusundaki literatür erişkin verileri ile karşılaştırıldığında oldukça kısıtlıdır. Doğru tanı ve uygun tedavi için herpetik dolamanın klinik özelliklerinin çocuk hekimleri tarafından bilinmesi gerekmektedir. Bu yazıda herpetik dolama tanısı almış olan dokuz aylık bir kız hasta tanımlanmış ve konu ile ilgili mevcut literatür bilgileri gözden geçirilmiştir.

## VAKA

Dokuz aylık kız hasta ateş yüksekliği ve sağ el ikinci

**Alındığı tarih:** 09.02.2011

**Kabul tarihi:** 22.02.2011

\* Ankara Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hematoloji Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara

**Yazışma adresi:** Dr. İhsan Esen, Ankara Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hematoloji Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Endokrinolojisi Kliniği, İrfan Baştuğ Cad. Kurtdereli Sok. No:10, Altındağ-Ankara

**e-posta:** esen\_ihsan@yahoo.com

parmak ucunda şişlik, kızarıklık ve püy toplanması yakınması ile hastaneye kabul edildi. Hastaya 3 gün önce öksürük ve ateş yakınması ile çocuk hekimi tarafından değerlendirilmiş, bronşiolit ve gingivostomatit tanısı ile ayaktan tedavi verilmişti. Özgeçmişinden, aralarında akrabalık olamayan anne ve babanın çocuğu olarak sorunsuz bir gebeliği takiben komplikasyonsuz, miadında 3200 g doğduğu öğrenildi. Ebeveynleri tarafından kızlarının bugüne kadar herhangi önemli bir sağlık sorunu yaşamadığı, aşılarının tam olduğu, motor gelişiminin yaşıtları ile benzer ve olağan olduğu belirtildi. Soygeçmişinde özellik olmayan hastanın, ayrıca ailesinde benzer yakınması olan bireyin olmadığı öğrenildi. Vücut ısısı 37.5°C, kalp tepe atımı: 115 /dk., solunum sayısı: 45/dk., kan basıncı: 90/50 mmHg olarak saptandı. Fizik incelemesinde ağırlığının 8.2 kg (25-50. persantil), boyunun 70 cm (25-50. persantil) olduğu saptandı. Sağ el ikinci parmak distal falanks derisini tamamen kaplayan kızarıklık, ödem ve içinde bulanık sıvı olan vezikülobüllöz cilt lezyonu olduğu gözlemlendi (Resim 1). Bunun dışında sağ ön kol volar yüzde 2 adet 3-4 mm çaplı veziküller lezyon olduğu saptandı. Ağız ve dudak mukozasında hiperemik zemin üzerinde non-pürülan birkaç adet veziküler lezyonu vardı. Hastanın genital muayenesinde haricen kız ile uyumlu ve doğal olduğu gözlemlendi. Laboratuvar tetkiklerinde beyaz küre: 11500/mm<sup>3</sup> (% 46 nötrofil, % 54 lenfosit), hemoglobin: 12,6 g/dl, trombosit: 312.000/mm<sup>3</sup>, MCV: 72,2 fl, CRP: 0,1 mg/dl (normal: 0-0,8 mg/dL) böbrek ve karaciğer fonksiyonları normal idi. Çocuğun parmak emme alışkanlığı olduğunun öğrenilmesi ve ağız mukozasındaki veziküler lezyonunun varlığı ile klinik olarak herpetik dolama tanısı konul-



**Resim 1.** Hastanın sağ el işaret parmağındaki lezyonun görünümü.

du. Hastaya intravenöz asiklovir tedavisi başlandı tedavinin dördüncü gününde ağızdan tedaviye geçildi. Veziküler lezyonun içeriğinin pürülan görünümü nedeni ile ikincil bakteriyel infeksiyon düşünülerek çocuk infeksiyon hastalıkları konsültasyonu ile hastanın tedavisine ampicilin sulbaktam ve klindamisin eklendi. Bakteriyolojik kültürde üreme olmaması nedeni ile antibiyotik tedavisi kesildi. Vezikül sıvısında polimeraz zincir reaksiyonu (PCR) ile HSV-1 DNA'sı saptanması üzerine klinik tanı doğrulanmış oldu. On günlük tedavi sonrası hastanın parmağında belirgin iyileşme izlendi ve hasta taburcu edildi.

## TARTIŞMA

Herpetik parmak infeksiyonu ilk kez 1909 yılında Adamson tarafından aynı zamanda herpetik dudak lezyonu olan iki erkek çocukta bildirilmiş ve parmak emmenin başlıca risk etkeni olduğu belirtilmiştir. Stern ve ark. (3) tarafından 1959 yılında sağlık personelinde herpetik parmak infeksiyonu çok uygun bir adlandırma olmayan ağrılı ve irin üreten infeksiyon anlamında "herpetic whitlow" şeklinde tanımlanmıştır ve bu terim günümüzde yaygın olarak kullanılmaktadır. "Whitlow" sözcüğü tırnak çevresindeki hassas veya yaralanmış alan anlamına gelen bir İskandinav terimi olan "whichflaw" sözcüğünden türetilmiştir (4).

Herpetik dolamanın çocuklardaki klinik seyri, Szinnai ve ark. (5) tarafından 1970-2000 yılları arasında bildirilmiş ve 42 hastada 54 herpetik dolama lezyonunu derledikleri çalışmalarında çok iyi tanımlanmıştır. Herpetik dolamada yakınmalar 2-20 günlük inkübasyon dönemini takiben ağrı ve yanma hissi şeklinde ortaya çıkar. Takiben lokal şişlik, kızarıklık ve bir veya daha fazla küçük, hassas inflamatuvar vezikül şeklinde cilt lezyonu gelişir. Özellikle küçük çocuklarda ateş ve halsizlik gözlemlenebilir. Lezyonlar genellikle başlangıçta berrak bir sıvı içerir, fakat bir haftayı takiben vezikül sıvısında beyaz küre sayısındaki artış nedeni ile sıvı bulanıklaşır. Buna karşın bakteriyel paronşiyada lezyon başlangıç aşamasından sonra cerahat içerirler. Herpetik dolama sıklıkla parmak pulpasını tutmasına rağmen, tırnak yatağı ve parmakların yan yüzlerinde de gelişebilir. Herpetik dolama kendi kendini sınırlayan ve sıklıkla 3 hafta içinde kendiliğinden iyileşebilen bir hastalıktır (5).

Herpetik dolamanın sıklıkla işaret parmağında gözlemlendiği bildirilmektedir. İşaret parmağını başparmak ve 3. parmak izlemektedir. Çocuk ve ergenlerde en sık infeksiyon kaynağının vakaların yaklaşık yarısında saptanan gingivostomatit ve/veya herpes labialis olduğu bildirilmektedir <sup>(5)</sup>. Vakamızda da var olan gingivostomatit ve herpes labialis'in infeksiyon kaynağı olduğunu düşünmekteyiz. İnfeksiyonun sağ el işaretparmağını tutması da literatür verileri ile uyumlu bulundu. Otoinokülasyon dışında infeksiyon kaynağı olarak herpes labialis olan annenin bir sevgi gösterisi olarak bebeklerinin el ve ayaklarını emme/öpme davranışı olması ya da diğer aile bireyleri ile yakın temas ile bulaşabildiği bildirilmiştir <sup>(5)</sup>. İlginç olarak bir vakada da büyük olasılıkla oyun parkındaki çocukların tükürüklenmiş elleri ile oyun oynadıkları sallanma barlarının infeksiyon kaynağı olduğu bildirilmiştir <sup>(6)</sup>. Herpetik dolamalı hastaların yaş dağılımı özellikle yaşamın ilk 2 yılında bir zirve göstermektedir <sup>(5)</sup>. Vakamızda da dahil olduğu bu yaş grubunda olası bir şekilde infeksiyon sıklığının nedeni parmak emme davranışının sık olmasıdır.

Herpetik dolama 10 yaşındaki bir kız hastada insan bağışıklık yetmezliği virüs (HIV) infeksiyonunun ilk bulgusu olarak bildirilmiştir. Bu vakada yineleyen infeksiyonlar ve lökopeni varlığı, bağışıklık yetmezliğine işaret ettiğinden tetkik edilmiş ve HIV infeksiyonu tanısı almıştır <sup>(7)</sup>. Vakamızın bağışıklık yetmezliği düşündürecek öykü, laboratuvar bulgusunun olmaması ve hastalık seyrinin beklendiği gibi seyretmesi bağışıklık yetmezliği düşündürmedi ve bu konuda ileri tetkik yapılmadı.

Hem HSV-1 hem de HSV-2 herpetik dolamaya neden olabilmektedir. İlk iki dekatta vakaların % 90'ından fazlasını HSV-1 etiyolojik neden olarak saptanmaktadır <sup>(8)</sup>. Szinnai ve ark.'nın <sup>(2,9)</sup> tarafından da sık rastlanan etiyolojik nedenin HSV-1 olduğu bildirilmiştir. Bununla birlikte iki ergende infeksiyon kaynağı HSV-2'nin etken olduğu herpes genitalis olarak bildirilmiştir. Vakamızda da literatür ile uyumlu olarak vezikül sıvısında PCR ile HSV-1 virüs DNA'sı saptandı.

Herpetik dolama ile ilgili bildirilmiş en sık komplikasyon *Staphylococcus aureus* ve diğer bakterilerin neden olduğu superinfeksiyonlardır. Bunun dışında herpetik dolama ilişkili olarak tırnak distrofisi, tırnak

kaybı, oküler HSV infeksiyonu ve parmaktaki lezyona cerrahi insizyon yapılmış bir vakada HSV ensefaliti bildirilmiştir <sup>(5)</sup>. Vakamızda hastalık seyrinde ve izleminde herhangi bir komplikasyon yaşanmadı.

Herpetik dolama tanısı genellikle klinik şüpheye dayanır. Hastanın kendisinde veya yakın temas ettiği bireylerde HSV infeksiyonu varlığında parmaklarda veziküler lezyonlar herpetik dolamayı düşündürmelidir. Veziküllerin insizyonundan kaçınılmalıdır, bununla birlikte dikkatli bir şekilde yapılacak iğne aspirasyonu ile elde edilecek vezikül sıvısı PCR veya kültür materyali olarak kullanılabilir. Herpetik cilt lezyonlarının tanısı için hızlı ve ucuz sonuç veriyor olması nedeni ile Tzanck testi kullanılabilir. Fakat testin duyarlılığı ve özgüllüğü değerlendiren kişiye bağlı olarak oldukça değişkendir. Direkt floresan antikorlar (DFA) ve PCR gibi alternatif tanısal testlerin yaygınlaşması nedeni ile Tzanck testinin günümüzde kullanımı azalmıştır <sup>(1)</sup>. Bakteriyel parmak infeksiyonları ve herpetik dolamanın klinik ayrımı her zaman çok kolay olmamaktadır. Szinnai ve ark.'nın <sup>(5)</sup> yaptıkları derlemede 26 vakanın yalnızca 6'sında (% 23) başlangıç klinik tanının doğru olduğu ve 15 vakada (% 65) bakteriyel infeksiyon izlenimi nedeni ile antimikrobiyal tedavi başlandığı saptanmıştır. Ayrıca bakteriyel infeksiyon ön tanısı veziküllerin drenajı için gereksiz cerrahi insizyonlara neden olabilmektedir. Bu durum iyileşme süresini uzatmakta ve morbiditeyi artırmaktadır. Vakamızda başvuru anında klinik tanı olarak herpetik dolama düşünüldü fakat bulanık vezikül sıvısı bakteriyel süperinfeksiyonu düşündürdüğünden bakteriyolojik kültür sonuçları çıkıncaya kadar hastaya antimikrobiyal tedavi verildi. Herpetik dolama tanısı ender herpes infeksiyonu formu olduğundan klinisyenlerin aklına gelmemekte, paronisi ve diğer bakteriyel cilt infeksiyonu gibi yanlış tanımlara yol açmaktadır. Herpetik dolamanın daha az ağrıya neden olması, başlangıç aşamasında veziküllerin berrak olması, uzun ve kendini sınırlayan klinik seyri ve antibiyotiklere yanıt vermemesi gibi klinik özellikleri paronisyadan ayırt edici özellikleridir.

Herpetik dolama tedavisinde topikal veya sistemik asiklovir tedavisinin etkinliğini gösteren bir çalışma bulunmamaktadır. Bununla birlikte asiklovirin diğer herpes infeksiyonlarında olduğu gibi herpetik dolama tedavisinde yararlı olabileceğini düşünmek yanlış

olmayacaktır. Bir sağlık sorunu olmayan çocuklarda herpetik dolama için özel bir tedaviye gerek olmadığı bildirilmesine rağmen <sup>(1,2)</sup>, sistemik asiklovir tedavisinin çocuklarda hastalık süresini kısalttığı ve lezyon sayısında artışı önlediği şeklinde gözlemler de bulunmaktadır <sup>(10-14)</sup>.

Mesleki risk olarak herpetik dolama, özellikle çocuk yoğun bakım ünitelerinde çalışan sağlık personeli için tehlike oluşturmaktadır <sup>(2,15,16)</sup>. Çocuk hekimleri her gün polikliniklerde ve hastane servislerinde olası HSV-1 ile enfekte çocukların ağız salgıları ile temas etmektedir. Bununla birlikte, çocuk hekimlerinde herpetik dolama nadiren bildirilmiştir <sup>(17)</sup>.

Bu vaka sunumu ile çocuklarda ender ve sıklıkla yanlış tanı ile gereksiz tedavilere neden olan herpes virüs infeksiyonu formu olan herpetik dolamaya dikkat çekilmek istendi. Ayrıca çocuk sağlığı ve hastalıkları alanında çalışan sağlık personelinin bir mesleki risk olarak herpetik dolama konusunda farkındalığının artırılması ve enfekte sekresyonlar ile temas riskinin olduğu durumlarda gerekli koruyucu tedbirlerin alınması gerektiği vurgulanmaya çalışıldı.

## KAYNAKLAR

1. Chayavichitsilp P, Buckwalter JV, Krakowski AC, Friedlander SF. Herpes simplex. *Pediatr Rev* 2009;30:119-29. <http://dx.doi.org/10.1542/pir.30-4-119> PMID:19339385
2. Feder HM Jr, Long SS. Herpetic whitlow. Epidemiology, clinical characteristics, diagnosis, and treatment. *Am J Dis Child* 1983;137:861-3. PMID:6613951
3. Stern H, Elek SD, Millar DM, Anderson HF. Herpetic whitlow, a form of cross-infection in hospitals. *Lancet* 1959;2:871-4. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(59\)90804-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(59)90804-9)
4. Feder HM Jr, Geller RW. Herpetic whitlow of the great toe. *N Engl J Med* 1992;326:1295-6. <http://dx.doi.org/10.1056/NEJM199205073261919>
5. Szinnai G, Schaad UB, Heining U. Multiple herpetic whitlow lesions in a 4-year-old girl: case report and review of the literature. *Eur J Pediatr* 2001;160:528-33. <http://dx.doi.org/10.1007/s004310100800> PMID:11585074
6. Schleiss MR, Fong W. Primary palmar herpes simplex virus 1 infection in a ten-year-old girl. *Pediatr Infect Dis J* 1992;11:338-9. <http://dx.doi.org/10.1097/00006454-199204000-00019> PMID:1565565
7. El Hachem M, Bernardi S, Giraldo L, Diociaiuti A, Palma P, Castelli-Gattinara G. Herpetic whitlow as a harbinger of pediatric HIV-1 infection. *Pediatr Dermatol* 2005;22:119-21. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1525-1470.2005.22205.x> PMID:15804298
8. Gill MJ, Arlette J, Buchan K. Herpes simplex virus infection of the hand. A profile of 79 cases. *Am J Med* 1988;84:89-93. [http://dx.doi.org/10.1016/0002-9343\(88\)90013-7](http://dx.doi.org/10.1016/0002-9343(88)90013-7)
9. Oh JO, Kimura SJ, Ostler HB, Dawson CR, Smolin G. Oculogenital transmission of type 2 herpes simplex virus in adults. *Surv Ophthalmol* 1976;21:106-9. [http://dx.doi.org/10.1016/0039-6257\(76\)90087-4](http://dx.doi.org/10.1016/0039-6257(76)90087-4)
10. de Ocariz MM, Vega-Memije ME, Muñoz-Hink H. A case of herpetic whitlow associated with erythema multiforme. *Pediatr Dermatol* 1998;15:384-5. <http://dx.doi.org/10.1046/j.1525-1470.1998.1998015384.x> PMID:9796591
11. Feder HM Jr. Herpetic whitlow in an infant without defined risks. *Arch Dermatol* 1995;131:743-4. <http://dx.doi.org/10.1001/archderm.1995.01690180123032> PMID:7778941
12. Jordan MB, Abramo TJ. Occurrence of herpetic whitlow in a twelve-day-old infant. *Pediatr Infect Dis J* 1994;13:832-3. <http://dx.doi.org/10.1097/00006454-199409000-00019> PMID:7808858
13. Mohler A. Herpetic whitlow of the toe. *J Am Board Fam Pract* 2000;13:213-5. PMID:10826871
14. Walker LG, Simmons BP, Lovallo JL. Pediatric herpetic hand infections. *J Hand Surg Am* 1990;15:176-80. [http://dx.doi.org/10.1016/S0363-5023\(09\)91128-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0363-5023(09)91128-5)
15. Eifferman RA, Adams G, Stover B, Wilkins T. Herpetic whitlow and herpetic keratitis. *Arch Ophthalmol* 1979;97:1079-81. <http://dx.doi.org/10.1001/archophth.1979.01020010533003> PMID:220943
16. Adams G, Stover BH, Keenlyside RA et al. Nosocomial herpetic infections in a pediatric intensive care unit. *Am J Epidemiol* 1981;113:126-32. PMID:6258425
17. Avitzur Y, Amir J. Herpetic whitlow infection in a general pediatrician--an occupational hazard. *Infection* 2002;30:234-6. <http://dx.doi.org/10.1007/s15010-002-2155-5> PMID:12236568