

# Parvovirus B19 İnfeksiyonuna Bağlı Bir İnfantil Hemorajik Ödem Vakası

Müferret ERGÜVEN \*, Sinem KARACA ATAKAN \*\*

## Parvovirus B19 İnfeksiyonuna Bağlı Bir İnfantil Hemorajik Ödem Vakası

Akut İnfantil Hemorajik Ödem ateş, ödem ve purpurik deri döküntüleri ile karakterize derinin lökositoklastik vaskülitidir. Hızlı ve gürültülü bir başlangıçla birlikte selim seyirlidir ve genellikle birkaç haftada kendiliğinden iyileşir. Etiyolojisinde infeksiyonlar, immunizasyon ya da ilaçlar sorumlu olabilmektedir. Parvovirus B19 klinik olarak Eritema İnfeksiyozum adlı klinik tabloyu oluşturan sık görülen bir hastalık etkenidir. İlkbaharda toplum epidemileri yapıp solunum yolu ya da kan ürünü transfüzyonları ile yayılır. Parvovirusa antikor yanıtı gösteren serolojik testler ve Parvovirusa özgü IgM antikorlarının varlığı tanısaldır ve özgül bir tedavisi yoktur. Hastamızda görülen Parvovirus B19 infeksiyonuna bağlı gelişen Akut İnfantil Hemorajik Ödem tablosu literatürde rastlanılmaması nedeniyle sunuldu.

**Anahtar kelimeler:** Parvovirus B19, akut infantal hemorajik ödem, lökositoklastik vaskülit

Çocuk Dergisi 2009; 9(1):43-45

## Infantile Hemorrhagic Edema Due to Parvovirus B19 Infection

Acute Infantile Hemorrhagic Edema is a leukocytoclastic vasculitis of skin characterized by fever, edema and purpuric rashes. The disease has a benign clinical course with acute prodromal period and usually resolves within a few weeks. Infections, immunization and drugs can be responsible in the etiology of the disease. Parvovirus B19 is the etiologic agent of erythema infectiosum. Parvovirus B19 causes outbreaks of infection in the spring and transmission occurs via the respiratory route and blood transfusions. Serological tests with antibody response to human Parvovirus and the presence of IgM antibodies specific to Parvovirus are diagnostic. Parvovirus infection does not have a specific treatment. Acute Infantile Hemorrhagic Edema seen in our patient which developed due to Parvovirus B19 infection was presented since it was not documented in the literature.

**Key words:** Parvovirus B19, acute infantile hemorrhagic edema, leukocytoclastic vasculitis

J Child 2009; 9(1):43-45

## GİRİŞ

Akut İnfantil Hemorajik Ödem (AİHÖ), ateş, ödem ve purpurik deri döküntüleri ile karakterize derinin lökositoklastik vaskülitidir <sup>(1,2)</sup>. Bazı yayınlarda Henoch Schönlein Purpurası'nın (HSP) varyantı olabileceği dile getirilmiştir <sup>(3)</sup>. Etiyolojisi net olarak bilinmemekle birlikte hastaların  $\frac{3}{4}$ 'ünde infeksiyon öyküsü vardır <sup>(4,5)</sup>. Hastalık ani başlar, selim seyirlidir ve kendiliğinden düzelir.

Parvovirus B19 klinik olarak Eritema İnfeksiyozum adlı klinik tabloyu oluşturur, aynı zamanda orak hücre hastalığı, sferositoz ve talasemiye içeren hemolitik anemili hastalarda aplastik krizin önemli bir

**Alındığı tarih:** 23.12.08

**Kabul tarihi:** 25.01.09

\* İstanbul Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Pediatri Kliniği, Uz. Dr.

\*\* İstanbul Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Pediatri Kliniği, As. Dr.

nedenidir. Parvovirusa özgü IgM antikorlarının varlığı tanısaldır ve özgül bir tedavisi yoktur. Hastamızda görülen Parvovirus B19 infeksiyonuna bağlı gelişen Akut İnfantil Hemorajik Ödem tablosu literatürde rastlanılmaması nedeniyle sunuldu.

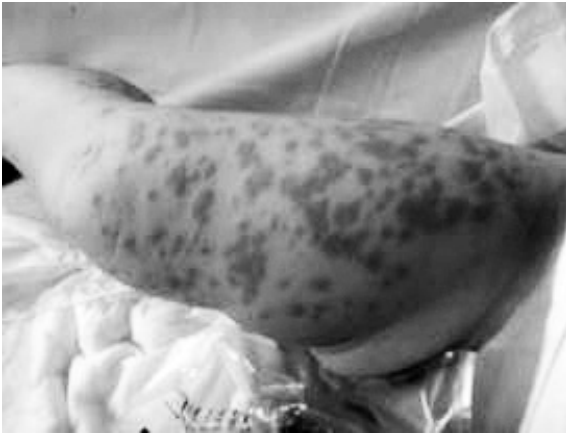
## VAKA SUNUMU

On aylık erkek hasta bir haftadır düşmeyen ateş yakınmasıyla gözlem altında tutulurken sağ ayak bileğinde bir-iki santimetre ve bilateral ayak tabanlarında iki-üç santimetre boyutlarında, basmakla solmayan, deriden kabarık dört-beş adet palpabl purpura tarzı döküntü ortaya çıktı (Resim 1, 2). Bilateral ayak sırtında yumuşak gode bırakmayan ödem görüldü. Hastanın yakın zamanda geçirilmiş infeksiyon ya da aşılama öyküsü yoktu. Ateşi dış çıkarıyor olmasına bağlanmıştır.

Hastanın fizik muayenesinde; boyu 50-75. persantilde,



Resim 1. Ayak tabanında ödem ve döküntü.



Resim 2. Bacakta ödem ve döküntü.

tartısı ve baş çevresi 50. persantildeydi. Muayene sırasında ajite, etrafla ilgisizdi ve sürekli ağlıyordu. Solunumu rahat, akciğer sesleri bilateral doğaldı. Organomegalisi saptanmadı. Diğer sistem bulguları doğaldı. Rektal ateşi 38.5°C ölçülüp antipiretik tedavi başlandı.

Laboratuvar bulgularında idrarında özellik saptanmayan hastanın hemogloblin 10.3 g/dL, ortalama eritrosit hacmi 67 fL, lökosit sayısı 19,300/mm<sup>3</sup>, trombosit sayısı 773,000/mm<sup>3</sup>, açlık kan şekeri 71 mg/dL (N:60-100 mg/dL), kalsiyum 10.4 mg/dL (N:8.8-10.8 mg/dL), albümin 3.4 g/dL, elektrolit değerleri, böbrek ve karaciğer fonksiyon testleri, protrombin zamanı normal sınırlardaydı. Eritrosit sedimentasyon hızı 93 mm, CRP:6.9 mg/dL (0.8'e göre) bulundu. ASO negatif, C3 ve C4 düzeyi normal sınırlardaydı. RF: 314 (N:0-20) bulundu. Tüm romatolojik testler negatifti. Hastaya ampirik olarak antibiyotik başlandı. Kan, idrar, BOS, dışkı ve yara kültürlerinde üreme

olmadı. Hepatit, HIV, TORCH ve *M. pneumoniae* infeksiyonlarına yönelik tetkiklerde özellik saptanmazken Parvovirus B19 IgM pozitif bulundu.

Palpabl purpura tarzı döküntüler ikinci günde azaldı, üçüncü gün tamamen kayboldu. Hastaya ampirik antibiyotik tedavisi dışında tedavi verilmedi ve sağlıklı taburcu edildi.

## TARTIŞMA

AİHÖ değişik antijenik uyarılara karşı gelişen immünolojik yanıt sonucu ortaya çıkan bir vaskülitir. İlk kez Snow tarafından 1913 yılında "el ve ayaklarda purpura, ürtiker ve anjionörotik ödem" olarak tanımlanmıştır<sup>(6)</sup>. Vakaların % 75'inde infeksiyon, immünizasyon ya da ilaç kullanım öyküsü bulunmaktadır<sup>(2,7,8)</sup>.

AİHÖ lökositoklastik bir vaskülit olup, ateş, ödem ve purpurik döküntülerle karakterizedir<sup>(1)</sup>. Genellikle 2 yaş altındaki çocuklarda görülür. Gürültülü bir başlangıç göstermesine rağmen, selim seyirlidir ve kendiliğinden iyileşir<sup>(2,4)</sup>. Vakamız ateş, ödem ve döküntüleriyle AİHÖ ile uyumlu bulunmuştur. Laboratuvar bulgularında tanı koydurucu özellik yoktur<sup>(9)</sup>. Vakamızdaki CRP yüksekliği geçirdiği viral infeksiyona bağlanmıştır.

Lökositoklastik vaskülitin dolaşan immün komplekslerin damar duvarında doku zedelenmesi yapması nedeniyle oluştuğu düşünülmektedir<sup>(8)</sup>. İnfeksiyon etkenlerinden en sık rastlananlar A grubu beta hemolitik streptokoklar, *S. aureus*, *M. lepra*, HBV, HCV, HIV, CMV, *E. coli*, rotavirus olarak karşımıza çıkmaktadır<sup>(7,8)</sup>. İlaçlardan çeşitli antibiyotikler (penisilin, sulfonamid), tiazidler ve bazı nonsteroid antiinflatuvar ilaçlar literatürde lökositoklastik vaskülit nedeni olarak bildirilmiştir<sup>(2,8)</sup>. Vakamızda etiyojiye yönelik yapılan incelemelerde Parvovirus B19 IgM pozitif bulundu ve seyrek bir etken olarak tespit edildi.

Parvovirus B19 klinik olarak Eritema İnfeksiyozum adlı klinik tabloyu oluşturan sık görülen bir hastalık etkenidir. İlkbaharda toplum epidemileri yapıp solunum yolu ya da kan ürünü transfüzyonları ile yayılır. Bu virusun eritrosit progenitor hücrelere afinitesi orak hücre hastalığı, sferositoz ve talasemiye içeren hemolitik anemili hastalarda aplastik krizin önemli

bir nedenidir. Parvovirusa antikor yanıtı gösteren serolojik testler ve Parvovirusa özgü IgM antikorlarının varlığı tanısaldır.

Ayrırcı tanıda düşünülmesi gereken Eritema Multiforme etiyojisinde genellikle herpes virüs vardır, infeksiyondan bir-üç hafta sonra genellikle ekstremite distallerinde eritemli maküller şeklinde başlar ve 24-48 saat içinde genişleyip bir-üç cm'lik papüller oluşur. Papüllerin genişlemesi ile birlikte hedef lezyon olarak adlandırılan merkezde koyu purpura (bül ve nekroz görülebilir), ortada ödemli papül ve bunu çevreleyen eritemli makül oluşur. Hastamızın lezyonları papüler tarzda olup, hedef lezyon şekli gözlenmemiştir.

AIHÖ'in spesifik tedavisi bulunmamaktadır, steroid ve antihistaminiklerle klinik seyirde değişiklik gözlenmez, ancak etiyojide yer alan infeksiyonun tedavisi gereklidir <sup>(8)</sup>. Hastamıza etken saptanana kadar profilaktik antibiyotik tedavisi verilmiştir.

AIHÖ bazı yazarlar tarafından HSP'nin bir varyantı olarak kabul edilmektedir; ancak iki yaşından küçük çocuklarda görülmesi, kutanöz lezyonların büyüklüğü, iç organ tutulumunun olmaması nedeniyle ayrı bir antite olarak ele alınmalıdır.

## SONUÇ

AIHÖ'in çocukluk çağında farklı etiyojilere bağlı olarak ortaya çıkabilen selim seyirli, kendiliğinden iyileşen ve palpabl purpura tarzı döküntülerle karakterize bir tablodur. Hastamızda görülen Parvovirus B19 infeksiyonuna bağlı gelişen Akut İnfanıl Hemorajik Ödem tablosu literatürde rastlanılmaması nedeniyle sunulmuştur.

## KAYNAKLAR

1. **Çaksen H, Odabaşı D, Kösem M, Arslan Ş, Öner AF, Ataş B, Akçay G, Ceylan N.** Report of eight infants with acute infantile hemorrhagic edema and review of the literature. *J Dermatol* 2002; 29:290-5.
2. **Saraçlar Y, Tınaztepe K, Adalıoğlu G, Tuncer A.** Acute hemorrhagic edema of infancy (AHE). A variant of Henoch-Schönlein purpura of a clinical entity? *J Allergy Clin Immunol* 1990; 86:473-83.
3. **Millard T, Harris A, MacDonald D.** Acute infantile hemorrhagic edema. *J Am Acad Dermatol* 1999; 41:837-9.
4. **İnce E, Mumcu Y, Suskun E, Yalçınkaya F, Tümer N, Cin Ş.** Infantile acute hemorrhagic edema: A variant of leukocytoclastic vasculitis. *Pediatr Dermatol* 1995; 12:224-7.
5. **Legrain V, Lejean S, Taieb A, et al.** Infantile acute hemorrhagic edema of the skin: studies of ten cases. *J Am Acad Dermatol* 1991; 24:17-22.
6. **Snow IM.** Purpura, urticaria, and angioneuritic edema of the hands and feet in a nursing baby. *JAMA* 1913; 61:18-9.
7. **Vito Di Lernia, Mara Lombardi, and Giovanni LO Scocco.** Infantile Acute Hemorrhagic Edema and Rotavirus Infection. *Pediatric Dermatology*: 2004; 21:548-50.
8. **Tınaztepe K, Güçer Ş.** Lökositoklastik vaskülit. *Katkı Pediatri Dergisi* 1995; 16:152-64.
9. **Parlak AH, Kavak A, Alper M, Özyürek H, Kocabay K.** Akut infantil hemorajik ödem: Bir vaka takdimi. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 2002; 45:326-9.