

Ayın olgusu

Ömer Doğru¹, Tevfik Demir¹, Mustafa Kulaç², Afşın Kundak¹

Olgu

Ondört yaş erkek hasta, öksürük, kusma ve ishal şikayeti ile başvurduğu hastanede pnömoni tanısı ile yatırılarak kristalize penisilin ve amikasin tedavisi başlanmıştır. Tedavinin ikinci günü genel durumunda kötüleşme, her iki alt ekstremitte, genital ve gluteal bölgelerde ciltte hiperemi ve “deskuamasyon” gelişmiş ve üçüncü günü ciltteki hiperemik ve “deskuame” bölgelerde ekfoliyasyon gelişen hasta hastanemize sevk edilmiştir.

Hastanın fizik bakışında genel durumu orta, kaşektik görünümde, bilinci açık, arteriyel kan basıncı: 80/60mmHg, nabız:120/dak, solunum sayısı: 28/dak idi. Tüm vücutta yaygın “deskuamasyonlu”, gluteal ve inguinal bölgede, sırtta yüzeyel sulantılı erezyonel plaklar izlendi (resim). Nikolsky fenomeni pozitif idi. Dudaklarda kanamalı ragardlar ve ağız mukozasında 2 adet 3-4 mm çapında aftöz lezyon görüldü. Akciğer dinleme bulgularında sağ orta ve alt zonlarda daha belirgin olmak üzere iki taraflı krepitan ralleri mevcuttu.

Laboratuvar incelemesinde hemoglobin: 9,5gr/dl, hematokrit: %25,8, lökosit: 12 200/mm³, trombosit: 112 000/mm³, üre: 102 mg/dL, kreatinin: 2,5 mg/dL, sodyum: 129 mEq/L, potasyum: 4,6 mEq/L, alanin aminotransferaz: 36 IU/L, aspartat aminotransferaz: 54 IU/L olarak bulundu.



Resim: Gluteal ve inguinal bölgede yaygın deskuamasyonlu, yüzeyel sulantılı erezyonel plaklar

¹ Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

² Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı

Yazışma adresi: Ömer Doğru, Selcuklu mah. Adnan Kahveci cad. Kale sitesi B. Blok No:7 Uydukent 03030 Afyon

Tel: 0532 573 67 54

Faks : (0272) 214 49 96

e-mail: drdogru@hotmail.com

Alındığı tarih: 30. 06. 2005, kabul tarihi: 27. 07. 2006

Tanı ve Tartışma

Toksik epidermal nekroliz (TEN) ağır, ilerleyici, yaygın cilt nekrozu ve sistemik tutulum ile seyreden, yüksek oranda ölüme neden olan bir hastalıktır. İlk kez 1956 yılında Lyell tarafından tam olarak tanımlanmıştır (1,2). Sıklıkla ilaçlara bağlı olarak ortaya çıkar, özellikle sulfonamidler, antibiyotikler, oksikam, steroid dışı antiinflamatuvar ilaçlar, antikonvülzan ilaçlar ve allopürinol sorumlu tutulmuştur (3). Yaygın cilt yanıklarına benzer klinik görüntü oluşturduğundan genelde yanık birimlerinde tedavi edilir. Daha önceleri TEN ve eritema multiforme'nin (EM) tek bir hastalığın farklı klinik şekilleri olduğu düşünülmekte idi. Ancak histolojik ve immünokimyasal çalışmalarla her iki hastalığın farklılığı ortaya konulmuştur. Eritema multiforme'de histopatolojik olarak T hücrelerinden zengin yoğun hücre infiltrasyonları izlenirken, TEN'de ise tümör nekroz faktör-alfaya güçlü immüno aktivite gösteren makrofaj ve dendrositlerin yer aldığı zayıf hücre infiltrasyonu izlenmektedir. Klinik olarak da TEN, EM'den kolaylıkla ayırt edilebilir. Genelde EM ekstremitelerde hedef lezyonlar halinde görülür, klinik bulgular çok ağır seyretmez ve sıklıkla herpes simpleks virüs ve mikoplazmanın sebep olduğu enfeksiyonlar sonrasında görülür. Toksik epidermal nekroliz ise yaygın eritematöz maküllerle seyrederek ve sıklıkla boyun ve yüzde yaygın cilt ekfoliyasyonu görülür. İlaç kullanım sonrası ortaya çıkar ve yüksek oranda ölüm ile seyrederek (4,5). Hastamız da kliniğimize sevk edilmeden önceki üç gün içinde gelişen genel durumunda kötüleşme, arteriyel kan basıncının düşük olması, vücutta hiperemi ile başlayan ve ekfoliyasyona dönüşen cilt lezyonlarının varlığı ile TEN'deki prodromal toksik faz bulguları ile uyumlu idi. Toksik epidermal nekroliz için özgün bir tedavi yöntemi yoktur. Kortikosteroidler, damarıçi immünglobulin, plazmaferez, siklofosamid, siklosporin, N-asetilsistein gibi tedavilerin yararlı olduğuna dair çalışmalar olsa da kontrollü çalışmalarda bu tedavilerden herhangi birinin yararlı olduğu gösterilememiştir (6). Tedavide sebep olan etkenin kesilmesi ve özel yoğun bakım veya yanık birimlerinde destek tedavisi verilmelidir. Hastaya daha önce başlanan amikasin ve kristalize penisilin tedavisi kesilerek, elektrolit ve sıvı tedavisi uygulandı. Kortikosteroid ve damarıçi immünglobulin tedavisi tartışmalı

olduğundan hastamıza başlanmadı. Lezyonlara %2'lik "eau boriq" ile ıslak pansuman ve sonrasında vazelinli pansumanlar uygulandı. Yatışının üçüncü gününde cilt bulgularında gerileme başladı ve yedinci gününde tama yakın iyileşme gözlemlendi.

Spies M. ve ark. (7) yaptığı çalışmada belirtildiği gibi TEN'de steroidlerin kullanımı ile ilgili son 20 yılda belirsizlik devam ettiğinden ve ikincil enfeksiyon riskini arttırabileceğinden hastamızda da başlanması uygun görülmedi. Hatta Roujeau ve ark. (3) yaptığı çalışmada steroidlerin TEN gelişmesi ile önemli derecede ilişkili olduğu bulunmuştur. Hastamızda %2 "eau boriq" ile ıslak pansuman ve sonrasında vazelinli pansumanlar uygulandı. Toksik epidermal nekroliz gelişen hastalarda özel cilt bakımı, cerrahi "debridman" ve gerektiği durumlarda cilt greftleri kullanılabilir (7).

Kaynaklar

1. Fitzpatrick TB, Eisen AZ, Wolff K, Freedberg IM, Austen KF. *Dermatology in General Medicine*. 4th ed. New York: McGraw-Hill, 1993: 1795- 806.
2. Lyell A. Toxic epidermal necrolysis: an eruption resembling scalding of the skin. *Br J Dermatol* 1956; 68: 355-61.
3. Roujeau JC, Kelly JP, Naldi L, et al. Medication use and the risk of Stevens-Johnson syndrome or toxic epidermal necrolysis. *New Engl J Med* 1995; 333: 1600-7.
4. Becker DS. Toxic epidermal necrolysis. *Lancet* 1998; 351: 1417-20.
5. Roujeau JC, Stern RS. Medical progress: severe adverse cutaneous reactions to drugs. *New Engl J Med* 1994; 331: 1272-85.
6. Schummer W, Schummer C, Kuwert C. Toxic epidermal necrolysis after phenytoin usage in a brain trauma patient. *J Neurosurg Anesthesiol* 2002; 14: 229-33.
7. Spies M, Sanford AP, Aili Low JF, Wolf SE, Herndon DN. Treatment of extensive toxic epidermal necrolysis in children. *Pediatrics* 2001; 108: 1162-8.