

ANOGENİTAL VERRÜLÜ ÇOCUK HASTALARINDA 3 YILLIK GÖZLEM

Özlem Ekiz*, Emine Nur Rifaioğlu*, Bilge Bülbül Şen*, Tuğba Şen*, Adnan Çelikel**, D. Sümeyra Demirkıran*, Çiğdem Asena Doğramacı*

*Mustafa Kemal Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Dermatoloji Ana Bilim Dalı, Hatay

**Mustafa Kemal Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Adli Tıp Ana Bilim Dalı, Hatay

Özet

Amaç: Çocuklarda görülen anogenitalverrülerin (AGV) erişkinlerden farklı bir önemi bulunmaktadır. Çalışmamızın amacı, son 3 yılda kliniğimize AGVşikayeti ile getirilen 12 yaş altı çocuk hastaların klinik özelliklerini, olası bulaş yollarını, verilen tedavi şekillerini ve tedavideki başarı oranımızı belirlemektir.

Yöntem: Çalışmamızda Ocak 2009 - Ocak 2013 tarihleri arasında Dermatoloji kliniğimize başvuran, AGV'li 12 yaş altı çocuk hastaların dosyaları retrospektif olarak değerlendirildi. Yaş, cinsiyet, başlangıç yaşı, hastalık süresi, lokalizasyon, vücudun başka bir bölgesinde klinik verruka, ailede veya çocuğa bakan kişilerde vücudun herhangi bir yerinde verruka varlığı, verilen tedavi şekli ve hastanın son muayenedeki durumları kaydedildi.

Bulgular: Hastanemizde klinik olarak AGV tanısı alan bütün hastalar içerisinde çocuk hastaların oranı %3.2 idi. Çalışmaya alınan toplam 9 hastanın 5'i (%55.6) kız, 4'ü (%44.4) erkekti. Sekiz hastada sadece perianal tutulum (%88.9), bir hastada ise sadece genital tutulum bulunmaktaydı. Hiçbir olgumuzda cinsel istismarı düşündürecek bulguya rastlanılmadı. Hastalarımızın hepsine tedavi uygulandı. Beş hastada verilen tedavi ile lezyonları tamamen düzeldi.

Sonuç: Çocuklardaki AGV sıklıkla kız çocuklarında ve perianal bölgede görülmektedir. Yetişkinlerden farklı olarak çocuk olgularda hem bulaşma yolunun saptanması hem de uygun tedavinin yapılması oldukça zordur. Ayrıca bu tür olgularda cinsel istismar açısından her zaman dikkatli olmak gerekmektedir. Tedavi seçenekleri yetişkinler ile benzer şekildedir. Tüm aile bireyleri çocuklardaki AGV'nin bulaşma şekilleri, tedavi seçenekleri ve tedavi sonrası nüksler konularında ayrıntılı olarak bilgilendirilmelidir.

Anahtar kelimeler: Çocuk, anogenitalverrü, cinsel istismar

Abstract

Objective: Anogenital warts (AGW) which were seen in children have different importance other than adults. We aimed to exhibit the clinical properties, possible transmission ways, applied treatment modalities and achievement of treatments of the children with AGW younger than 12 years old, who have been evaluated in our clinic for three years.

Methods: In our study, the data of the children with AGW, aged 12 years and under which admitted to our department of dermatology clinic between January 2009 and January 2013. Age, sex, age of onset, duration of treatment, localization, having verruca in another part of body, existence of verruca in any location of family members or nursing person, applied treatment modalities and situation of lesions in last visit were reported.

Results: The rate of pediatric patients was 3.2% of all patients in our hospital with a diagnosis of clinically AGV. Total of 9 children, 5 girls (55.6%) and 4 boys (44.4%), were included to the study. Only eight patients had perianal involvement (88.9%), and one patient had genital involvement. In none of our cases, the findings suggestive of sexual abuse were detected. All of our patients were given treatment. In 5 patients the lesions disappeared by the treatment.

Conclusion: AGW which were seen in children were generally observed in female and perianal location. The finding of transmission ways and giving optimal treatment were more difficult than adults. Also, the sexually abuse should be taken into consideration in such cases. The treatment modalities are similar to adults. All members of family should be informed about transmission ways, treatment modalities and recurrence after therapy of AGW in children.

Key words: Child, anogenitalwart, sexual abuse

Geliş Tarihi / Received: 10.04.2012, Kabul Tarihi / Accepted: 15.05.2012

GİRİŞ

Anogenitalverru(AGV) veya kondilomaakuminatum, insan papilloma virüsünün (HPV)neden olduğu en sık görülen cinsel yolla bulaşanhastalıklardan biridir (1).Günümüzde genitalverrüler sıklıkla yetişkin dönemlerinde görülmesine rağmen puberte öncesi çocuklarda da görülme sıklığıgiderek artmaktadır (2). Tedavinin bu yaş grubunda zor olması ve sık nüksler görülmesi sebebi ile çoğu zaman içinden çıkılmaz bir durum haline gelmektedir. Ayrıcayetişkinlerdeki AGV'lerde cinsel temasla bulaşın en sık görülen bulaşma yolu olması sebebi ile çocuk olgularda cinsel istismar yönünden her zamandikkatli olmak gerekmektedir. Bu nedenlerden dolayı çocuk yaşta görülen AGV'lerin yetişkinlerden çok daha farklı bir önemi bulunmaktadır.

Çalışmamızın amacı, son 3 yılda kliniğimize AGV şikayeti ile getirilen 12 yaş altı çocuk hastaların klinik özelliklerini, olası bulaş yollarını, cinsel istismar olup olmadığını, verilen tedavi şekillerini ve tedavideki başarı oranımızı belirlemektir.

YÖNTEM VE GEREÇLER

Çalışmamızda Ocak 2009 ile Ocak 2013 tarihleri arasındadermatoloji polikliniğimize başvuran, klinik olarak AGV tanısı alan 12 yaş altı çocuk hastaların dosyaları retrospektif olarak değerlendirildi. Yaş, cinsiyet, başlangıç yaşı, hastalık süresi, lokalizasyon, vücudun başka bir bölgesinde klinik verruka lezyonları, ailede veya çocuğa bakan kişilerde vücudun herhangi bir yerinde verruka lezyonlarının varlığı, verilen tedavi şekli ve hastanın son muayenedeki durumları kaydedildi. Tedavi verilen ancak dosyada takip bilgisi olmayan beş hastanın ailelerine telefon edildi, hastalıklarının durumu hakkında bilgi alındı.

BULGULAR

Çalışmaya alınan toplam 9 hastanın 5'i(%55.6) kız, 4'ü (%44.4) erkekti. Kız/erkek oranı 1.25 olarak saptandı. Hastaların başvuru anındaki yaşları 1-12 yıl (ortalama 4,8), hastalığın başlangıç yaşı ise 6 ay-12 yıl (ortalama 4,2 yıl) arasındaydı. Üçünde (%33,3) başlangıç yaşı iki yaş ve altındaydı. Hastalık süresi 2ay-12ay(ortalama 7 ± 4 ay)arasında değişmekteydi. Hastaların tanı anındaki demografik özellikleri Tablo'da gösterilmiştir.Aynı tarihler arasındahastanemizde klinik olarak AGV tanısı alan tüm hastalar içerisinde çocuk hastaların oranı %3.2 idi. Hastalarımızın hiçbirinde eşlik eden herhangi bir hastalık bulunmuyordu. Hastalarımızın sekizinde sadece perianal tutulum (%88.9) mevcuttu. Bir olgumuzda labiummajusta lezyonlar bulunmaktaydı. Cinsiyete göre lokalizasyon açısından değerlendirildiğinde erkeklerin tümünde sadece perianal tutulum varken, kızların dördünde perianal tutulum, birinde ise labiummajusta tutulum mevcuttu.

İki hastamızda başka anatomik bölgelerinde de verruka lezyonları mevcuttu (olgu 6 ve 9). Bir olgunun sadece annesinin (olgu 4) ve bir olgunun anne, baba ve ablasının (olgu 9) ellerinde verruka lezyonları bulunuyordu. Beş olgunun (olgu 2,3,5,7 ve 8) ise ne kendilerinde ne de ailelerinde verrukalezyonu veya önceye aitverruka lezyonu hikayesi yoktu.

Cinsel yolla bulaşmaveya istismar açısından olgularımızın hepsi Adli Tıp Anabilim Dalı ile beraber aileden alınan hikaye ve fizik muayene bulguları ile değerlendirilmiştir. Hiçbir olgumuzda cinsel istismarı düşündürecek bulguya rastlanılmadı.

Hastalarımızın hepsine tedavi uygulanmıştı. Beş olguda (olgu 1,2,7,8,9) verilen tedavi ile lezyonları tamamen düzeldi. Bir olguda (olgu 4) kriyoterapi sonrasında lezyonların gerilememe olmaması üzerine triklorasetik asit uygulanması planlandı, fakat hasta bir daha kontrole gelmedi. Topikal imikimod ve topikal podofilinasyonu uygulanan hastalarımızın (olgu 3 ve 5) halen tedavileri etmektedir; lezyonlarının sayısında azalma olmakla beraber yeni lezyon çıkışları da devam etmektedir. Bir olgumuzda (olgu 6) kriyoterapi sonrasında lezyonlarında belirgin küçülme olmaması üzerine cerrahi eksizyon açısından çocuk cerrahisine yönlendirildi. Tedavi olan beş hastadan telefonla ulaşılabilen üç olguda 6 ay sonunda nüks olmadığı öğrenildi.

Tablo 1. AGV'lü 9 çocuk olgunun demografik özellikleri

Olgu	Yaş	Sex	Başlangıç Yaşı	Hastalık Süresi	Lokalizasyon	Başka yerde verruka	Ailede veya bakıcı verruka	Tedavi (sırasıyla)	Sonuç
1.	2,5	K	2	6 ay	perianal	yok	Annede AGV	koterizasyon	Tam iyileşme
2.	5	K	4	12 ay	perianal	yok	yok	Koterizasyon + kriyoterapi	Tam iyileşme
3.	4	E	3	12 ay	perianal	yok	yok	Topikal imikimod	Kısmi iyileşme (Tedavi altında)
4.	1	E	8 ay	4 ay	perianal	yok	Annede elde	kriyoterapi	İyileşme yok, Takip dışı
5.	3	E	2	12 ay	perianal	yok	yok	podofilin	Kısmi iyileşme (Tedavi altında)
6.	5	E	5	3 ay	perianal	ellerinde	yok	kriyoterapi	Kısmi iyileşme (Cerrahi)
7.	3	K	2,5	6 ay	perianal	yok	yok	koterizasyon	Tam iyileşme
8.	12	K	11	2 ay	perianal	yok	yok	koterizasyon	Tam iyileşme
9.	8	K	7,5	6 ay	labium majus	göz kapağı	Anne, baba, abla da ellerde	kriyoterapi	Tam iyileşme

AGV:anogenital verrü

TARTIŞMA

Yetişkinlerdeki AGV prevelansı son 30 yıl içinde hızlı bir şekilde artış göstermiştir. Çocuklardaki AGV prevelansı ile ilgili net bir bilgi olmamasına rağmen, çoğu yazar tarafından artış olduğu bildirilmektedir. Bu artışın yetişkinlerdeki artış ile ilişkili olduğu da söylenmektedir (2,3). Ülkemizden Yazganoğlu ve ark.'nın çalışmasında 4,5 yıl içinde takip ettikleri tüm AGV'li hastalar içerisinde çocukların oranı %3 olarak bildirilmiştir (4). Marcoux ve ark.'nın çalışmasında ise bu oran yaklaşık % 0.7 idi (5). Çalışmamızdaki tüm AGV'li hastalar içerisinde çocukların oranı (%3.2) ülkemizden yapılan diğer çalışmaya benzer şekildeydi (4). Çalışmamızda çocuklardaki AGV, diğer yapılan çalışmalara benzer şekilde kız çocuklarında daha sık görülmüştür (1,4-7). Cinsiyetler arasındaki farklılığının, kadınmukozasının infeksiyonada daha yatkın olmasından, immun yanıt farklılıklarından ve kızların daha sık muayeneye getirilmesinden kaynaklandığı ileri sürülmektedir (1). Ancak Marcoux ve ark.'nın çalışmasında farklılığın kızların daha fazla cinsel istismara uğramasından ileri geldiğini öne sürülmüştür (5). Bizim çalışmamızda ise hiçbir olguda cinsel istismara ait bulguya rastlanılmadı.

Perianal bölge hem kızlarda hem erkeklerde en sık görülen tutulum yeridir (1). Genital bölge tutulumu ise kızlarda gözlenebilirken, erkeklerde çok nadirdir (5,8). Bizim çalışmamızda da erkek çocukların hiçbirinde genital bölge tutulumu yoktu. Kız çocuklarından ise birinde labium majusta çok sayıda verrüye rastlanıldı.

Yetişkinlerde seksüel temas, AGV'lerin esas bulaş yolu olarak düşünülse de, çocuklarda çok çeşitli yollarla geçiş olabilmektedir. Örneğin, el gibi vücudun başka yerinde mevcut olan kutanöz siğillerden oto veya hetero-inokülasyon yolu ile (1,3) veya banyo ve tuvalet gibi ortak kullanım alanlarından temas ile anogenital siğillerin non-seksüel yolla (5,9) bulaşı olabilir. Ayrıca annenin genital yolundan prenatal olarak veya doğum esnasında virüslerin vertikal yolla da geçişi olabilmektedir (10). İlk bir yaş içinde ortaya çıkan AGV'lerin bulaşma yolu perinatal olarak düşünülse de, bu yaş sınırı 24 aya kadar uzayabilmektedir (8). Marcoux ve ark.'nın çalışmasında üç yaşın altında görülen lezyonların çocuğa bakan kişilerin ellerinden yani heteroinokülasyon yoluyla, üç yaş üstü olguların da otoinokülasyon yoluyla kendi kendilerini infekte ettikleri ileri sürülmüştür (5). Hastalarımızın üç tanesinde AGV'lerin başlangıç yaşı 2 yaş ve altındaydı. Bu olgulardan birinde (olgu 1) annede AGV olması perinatal bulaşı, diğer olguda ise (olgu 4) annenin ellerinde verruka lezyonlarının olması bulaş şekli olarak heteroinokülasyonu düşündürdü. Beş yaşındaki bir olgumuzda (olgu 6) kendi ellerinde verrukal lezyonlarının olması bulaşma yolunun otoinokülasyon ve sekiz yaşındaki bir

olgumuzda (olgu 9) ise anne, baba ve ablasının ellerinde verruka lezyonlarının bulunması bulaşma yolunun heteroinokülasyon olabileceğini akla getirdi.

Cinsel istismar daha çok geç yaşlarda görülse de, çocuk yaşlarda da olabilmektedir (5). Cinsel istismar açısından olgularımızın hepsi Adli Tıp Anabilim Dalı ile beraber aileden alınan hikaye ve fizik muayene bulguları ile değerlendirildi. Hiçbir olguda cinsel istismarı düşündürecek bulguya rastlanılmadı.

Çocuklardaki AGV'lerin tedavisi zor olabilmektedir. Çocukların çoğunluğu ağrı nedeni ile veya korktukları için tedaviyi tolere edememekte ve büyük çoğunluğunda datedavi esnasında sedasyon veya genel anestezi gerekmektedir. Hatta psikolojik travmalar bile yaşanmaktadır. Ayrıca bugünkü mevcut tedavilerin hiç birisi virusu yok etmede, verrükleri ortadan kaldırmada ya da nöksleri önlemede yeterli değildir. Bununla beraber spontan remisyon oranları %20 gibi sık oranlarda bildirilmektedir (11). Yine de lezyonlarda artış olması, spontan iyileşmenin zaman alması, ailelerin endişelenmesi ve ailenin isteği gibi nedenlerle tedavi etmek gerekmektedir. Yetişkinlerdekine benzertedavi yöntemleri çocuklarda da kullanılmaktadır. Evde aileler tarafından uygulanabilecek tedavi yöntemleri arasında podofilin %0.5 solusyon/jel ve imikimod %5 krem yer almaktadır. Doktor tarafından uygulanacak tedaviler ise kriyoterapi, cerrahi yöntemler (makas, traşlama), elektrokoterizasyon, pulsed-dye laser, simetidin, triklorasetik asit ve biklorasetik asittir (12). Bizde hastalarımızdan üçüne sadece koterizasyon, üçüne sadece kriyoterapi, birine kriyoterapi+koterizasyon, birine podofilin atuşmanı ve birine de topikal imikimod uyguladık. Hastalarımızdan beşi (olgu 1,2,7,8,9) verilen tedavi ile tamamen lezyonlarının düzeldi. Tedaviye yanıt vermeyen bir olgu takipten çıktı, bir olgu ise cerrahiye yönlendirildi. Diğer iki hastamızın tedavisi ise halen devam etmektedir. Verilen tedaviler ile tamamen düzelmeye oranımız (%55.6), ülkemizden yapılan diğer çalışmaya benzer şekildeydi (4).

Allen ve ark.'ları tedavi sonrasında sık olarak nöks meydana gelebildiği için, çocuklardaki AGV'lerde her zaman tedaviye gerek olmadığını savunmuşlardır. Ayrıca aynı çalışmada tedaviyle iyileşen çocuk olguların oranı ile tedavisiz kendiliğinden iyileşen olguların oranı arasında anlamlı farklılık görülmemesinden dolayı, bir yıla kadar asemptomatik olan çocuk AGV'li olgularının tedavisiz de izlenebileceğini bildirmişlerdir (1). Ailelerin endişeleri ve lezyonların sayılarının gittikçe artması gibi nedenlerden dolayı biz kliniğimize başvuran tüm olgulara tedavi uyguladık. Tedavi olan beş hastadan telefonla ulaşılabilen üç olguda nöks olmadığı öğrenildi.

SONUÇ

Çocuklarda AGV görülme oranı son yıllarda yetişkinlerinkine paralel olarak artmaktadır. En sık kız çocuklarında ve perianal bölgede rastlanmaktadır. Yetişkinlerden farklı olarak çocuk olgularda hem bulaşma yolunun saptanması hem de uygun tedavinin yapılması oldukça zordur. Ayrıca cinsel istismar açısından her zaman dikkat etmek gerekmektedir. Fakat yine de çoğu olguda cinsel istismar yönünde bir kanıt bulunmamaktadır. Bununla beraber tüm aile bireyleri çocuklardaki AGV'nin nasıl bir hastalık olduğu konusunda, bulaşma şekilleri, tedavi seçenekleri ve tedavi sonrası nüksler konularında ayrıntılı olarak her zaman bilgilendirilmelidir.

Sonuç olarak çalışmamızın çocuklarda görülen AGV ile ilgili ülkemize epidemiyolojik verilerin oluşturulmasına katkıda bulunacağına inanıyoruz. Ancak bu konudada fazla sayıda hasta ile yapılmış, prospektif, daha uzun süreli ve çok merkezli çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

KAYNAKLAR

1. Allen AL, Siegfried EC. The natural history of condyloma in children. *J Am Acad Dermatol*. 1998;39(6):951-5.
2. Stumpf PG: Increasing occurrence of condylomata acuminata in premenarchal children. *Obstet Gynecol* 1980;56:262-4.
3. Oriel D, Robinson A. Human papillomavirus in children. In: Mindel A, ed. *Genital Warts: Human Papillomavirus Infection*. London: Edward Arnold, 1995:237-51.
4. Yazganoğlu K. D, Mirzoyeva L, Özarmağan G. Çocuklarda Kondiloma Aküminata. *Türk Dermatoloji Dergisi* 2009;3:77-82.
5. Marcoux D, Nadeau K, McCuaig C, et al. Pediatric anogenital warts: a 7-year review of children referred to a tertiary care hospital in Montreal, Canada. *Pediatr Dermatol* 2006;23:199-207.
6. Obalek S, Misiewicz J, Jablonska S, et al. Childhood condyloma acuminatum: association with genital and cutaneous human papilloma viruses. *Pediatr Dermatol* 1993;10:101-6.
7. Padel AF, Venning VA, Evans MF, et al. Human papillomaviruses in anogenital warts in children: typing by in situ hybridisation. *BMJ* 1990;300:1491-4.
8. Mammas IN, Sourvinos G, Spandidos DA. Human papillomavirus (HPV) infection in children and adolescents. *Eur J Pediatr* 2009;168:267-73.

9. Rock B, Naghashfar Z, Barnett N, et al. Genital tract papilloma virus infection in children. Arch Dermatol.1986 Oct;122(10):1129-32.
10. Cohen BA, Honig P, Androphy E. Anogenital warts in children.Clinical and virologic evaluation for sexual abuse.Arch Dermatol.1990 Dec;126(12):1575-80.
11. Handley J, Dinsmore W, Maw R, Corbett R, Burrows D, Bharucha H, Swann A, Bingham A. Anogenital warts in prepubertal children; sexual abuse or not? Int J STD AIDS. 1993 Sep-Oct;4(5):271-9.
12. Todd G, Krause W: Sexuallytransmitteddiseases. Pediatricdermatology. Eds. Schachner LA, Hansen RC. 3rd edition. Spain, Mosby, 2004; 1181-1225.