

## Olgu

# Aile Hekimliğinde Sık Karşılaşılan Bir Hastalık; Büllöz İmpetigo Sevk mi, Tedavi mi?

## A Common Disease in Family Practice, Bullous Impetigo Referral or Treatment?

Ümit AVŞAR<sup>1</sup>, Ümmü Zeynep AVŞAR<sup>1</sup>, Mehmet IŞIK<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD

Geliş Tarihi: 24.03.2013, Kabul Tarihi: 16.04.2013

### Özet

İmpetigo derinin yüzeysel bulaşıcı piyojenik bir enfeksiyonudur. Non-büllöz ve büllöz olmak üzere iki klinik formu mevcuttur. Olguların %70'ini non-büllöz form oluşturmaktadır. Büllöz impetigonun hemen hemen tüm vakalarında etken koagülaz pozitif *S. Aureus*'tur. Okul öncesi ve okul çağı çocuklar daha sık etkilenmektedir. Sık yerleştiği bölgeler özellikle ağız ve burun çevresi olmak üzere yüz ve daha az oranda ekstremitelerdir.

**Olgu:** 3 yaşında kız çocuğu yüzde özellikle ağız ve burun çevresinde lokalize, ana lezyonun etrafında uydu lezyonların izlendiği hafif eritemli zeminde bal rengi krutla kaplı lezyonlar, sağ el baş parmak distalinde 1x1 cm boyutunda içeriği şeffaf bül, sol el üzerinde 2 adet üzeri kahverengi kurutla kaplı lezyon etrafında ince bül artıklarının izlendiği lezyonlar vardı. Lezyonların tipik görünümü, sağ el başparmağındaki şeffaf bül, sol el sırtındaki ortası kurutlu lezyonlardan büllöz İmpetigo tanısı konuldu.

**Tartışma:** Non-büllöz impetigo morfolojik olarak tipik bal rengi krutların görülmesiyle kolayca tanınabilir. Ayırıcı tanıda önemli olan sekonder olarak impetiginize olmuş primer dermatolojik hastalıkları tanıyabilmektir. Büllöz lezyonların olması tanı spektrumunu genişletebilir. Sık görülen cilt lezyonları ilk görüldüğünde dermatolog dışı hekimler için tanısı ve tedavisi zormuş gibi görünmekle birlikte yeterli birikime sahip olduğunda kolayca tedavi edilebilmekte ve gereksiz sevklerin önüne geçilmektedir. Bu bağlamda Aile Hekimliği uzmanlık eğitimine seçmeli de olsa dermatoloji rotasyonunun eklenmesi olumlu olabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Büllöz, impetigo, aile hekimliği, sevk

### Summary

Impetigo is a superficial, contagious infection of the skin in two clinical forms; non-bullous and bullous. Seventy percent of the cases is in non-bullous form. In almost all cases of bullous impetigo the etiological agent is coagulase positive *S. Aureus*. Preschool and school children are affected more often. Frequently settled regions are especially perioral and perinasal areas of the face, and less frequently are the extremities.

**Case:** 3 years old female, having an erythematous main lesion on face, especially around the mouth and nose, with honey colored scab and satellite lesions around it, a 1 cm X 1 cm clean blister on the distal part of thumb of right hand, two brown colored scabby lesions with tiny bulla on the left hand. With respect to the typical appearance of the lesions, clean bulla on right hand thumb and lesions on dorsal part of left hand with central scabs, it is diagnosed as bullous impetigo.

**Discussion:** Non-bullous impetigo can be easily diagnosed morphologically with appearance of typical honey-colored scabs. The important point is to diagnose secondary impetiginization of primary dermatologic lesions. Diagnosis and treatment of dermatological lesions may be thought to be difficult when they are first seen by a non-dermatologist physician, but they may be easily treated if there is enough experience and unnecessary referrals are prevented. Addition of dermatology rotation to Family Medicine specialty training, even electively, may be a positive step.

**Key words:** Bullous, impetigo, family medicine, referral

## Giriş

**Etiyoloji:** İmpetigoderinin yüzeysel bulaşıcı piyojenik bir enfeksiyonudur. Non-bülloz ve bülloz olmak üzere iki klinik formu mevcuttur. Olguların %70'ini non-bülloz form oluşturmaktadır.<sup>1,2</sup> Bülloz impetigonun hemen hemen tüm vakalarında etken koagülaz pozitif *S. Aureus*'tur. Non-bülloz form ise genellikle A grubu beta hemolitik streptokoklara, ikinci sıklıkta yine *S. Aureus*'a bağlı ortaya çıkmaktadır.<sup>3,4</sup> Bülloz impetigo gelişiminden öncelikle stafilokokların grup 2 fajı sorumludur. Bu tablonun gelişiminden bül sıvısında bulunan epidermolitik toksinin sorumlu olduğu gösterilmiştir.<sup>5,6</sup> Bülloz impetigoda lokal epidermolitik toksinin bül gelişimine yol açtığı, stafilokoksik haşlanmış deri sendromunda ise toksinin hematojen yolla yayılımının bu tabloya neden olduğu düşünülmektedir.<sup>3,6,7</sup>

## Epidemiyoloji:

Çocukluk çağı impetigoları genellikle bir travmayı takiben gelişmektedir. Böcek ısırığı ve hafif yaralar deri bariyerini kırarak hastalığa zemin hazırlayabilir.<sup>8</sup> Okul öncesi ve okul çağı çocuklar daha sık etkilenmektedir. Hijyen koşullarının yetersizliği, kalabalık ortam, önceden mevcut viral, fungal ya da parazitik enfeksiyonlar, ekskoriyasyon ve erozyonların eşlik ettiği kaşıntılı deri hastalıkları predispozan faktörler arasındadır. Non-bülloz formu bülloz forma göre daha sıklıkla ve salgınlarla seyeder. Bülloz formu ise sıklıkla sporadiktir.

## Klinik:

Bülloz impetigoda hastalığın erken döneminde büller şeffaftır. Daha sonra içerikleri bulanık hale gelir. Büller 2-3 gün içinde patlayarak lezyon üzerinde kahverengimsi krutlar oluşur. Bülloz impetigoda çevreye yayılım ve merkezi iyileşme nedeniyle özellikle yüzde tipik sirsine (halka şeklinde) lezyonlar da izlenebilir.<sup>9</sup>

Non-bülloz impetigoda başlangıçta eritemli zemin üzerinde ince duvarlı veziküller izlenir. Hızla açılan bu veziküllerin üzerinde bal rengi krutlar oluşur. Sıklıkla asemptomatik olan lezyonlarda merkezi iyileşme olmadan çevreye yayılım olur. Şiddetli olgularda ateş, halsizlik ve bölgesel LAP görülebilir.

Sık yerleştiği bölgeler özellikle ağız ve burun çevresi olmak üzere yüz ve daha az oranda ekstremitelerdir.<sup>10</sup>

## Komplikasyonlar:

Hastalığın ciddi komplikasyonu akut poststreptokoksik glomerülo nefrittir. İnsidansı yaklaşık %2-5 arasındadır. Ancak nefritogenik streptokok türlerinin varlığında bu

oranlar %10-15 arasında değişebilir. En fazla etkilenen grubu 1-3 yaş arası çocuklar oluştururlar.<sup>10</sup> Daha nadir olarak kızıl, ürtiker, eritema multiforme, lenfanjit, süpüratif lenfadenit, sellülit, septisemi ve septik artrit görülebilir.<sup>9</sup>

## Vaka

3 yaşında kız çocuğu annesi tarafından polikliniğimize ellerinde, yüzünde ağız ve burun çevresinde 5-6 gün önce başlayıp bir yandan kabuklanan diğer yandan başka yerlere yayılan, bazılarının içi su dolu yaralar şikayetiyle başvurdu. Aile yaylaya çıkmıştı ve keçi yetiştiriciliğiyle uğraşıyorlardı.

Dermatolojik muayenesinde, yüzde özellikle ağız ve burun çevresinde lokalize, ana lezyonun etrafında uydu lezyonların izlendiği hafif eritemli zeminde bal rengi krutla kaplı lezyonlar saptandı (Resim 1).



**Resim 1:** Yüz bölgesindeki lezyonlar.

Sağ el baş parmak distalinde 1x1 cm boyutunda içeriği şeffaf bül (Resim 2), sol el üzerinde 2 adet üzeri kahverengi krutla kaplı lezyon etrafında ince bül artıklarının (Resim 3) izlendiği lezyonlar vardı.



**Resim 2:** Sağ el baş parmak distalinde bülloz lezyon.



**Resim 3:** Sol el üzerinde 2 adet üzeri kahverengi krutla kaplı lezyon.

Yüzdeki lezyonların ayırıcı tanısında Herpes simpleks, Tinea facialis, kontakt dermatit, sekonder impetiginize atopik dermatit, seboroik dermatit, pemfigus seboroikus,

fotosensitif dermatitler ve akrodermatitis enteropatika düşünüldü. Eldeki lezyonların ayırıcı tanısında ise Herpetik dolama, Tinea manum, fotosensitif dermatit, kontakt dermatit, akrodermatitis enteropatika, atopik dermatit akla getirildi.

Sağ el başparmağındaki şeffaf bül ve sol el sırtındaki sirsine ortası kurutlu lezyonlar gibi tipik bulgularla klinik olarak Büllöz İmpetigo tanısı konuldu.

Tedavi olarak, bül ve püstüller drene edildi, antiseptik solüsyonla temizlendi. Lezyonlara topikal olarak mupirosin pomad günde 3 kez başlandı. Her uygulama öncesinde eski krem artıkları ve kurutların temizlenmesi tenbih edildi. Hastanın tırnaklarının uygun şekilde kesilmesi ve sabun kullanımının önemi anlatıldı. Lezyonlar yaygın olduğu için amoksisilin-klavunik asit 25/3.6 mg/kg/gün bölünmüş 2 dozda başlandı. Kontrolde gelmelerinin zor olduğunu söyleyen anneden mobil telefon numarası alındı. Tedavinin 3. gününde arandığında lezyonların genelinin iyileşmeye başladığı öğrenildi. Bir hafta sonra ise tamamen iyileştiği öğrenildi.

### Tartışma

Non-bülöz impetigo morfolojik olarak tipik bal rengi krutların görülmesiyle kolayca tanınabilir. Ayırıcı tanıda önemli olan sekonder olarak impetijinize olmuş primer dermatolojik hastalıkları tanıyabilmektir. Elde özellikle bir tırnağın çevresinde kümelenmiş (herpetiform) veziküller varsa herpetik dolama akla getirilmelidir. Ancak vakamızda tek bir bül vardı ve herpetiform değildi. Bu nedenle büllöz impetige tanısı konuldu.

Sık görülen cilt lezyonları ilk görüldüğünde dermatolog dışı hekimler için tanısı ve tedavisi zorlaşmış gibi görünmekle birlikte yeterli birikime sahip olduğunda kolayca tedavi edilebilmekte ve gereksiz sevklerin önüne geçilmektedir. Bu bağlamda Aile Hekimliği uzmanlık eğitimine seçmeli de olsa dermatoloji rotasyonunun eklenmesi olumlu olabilir.

### Kaynaklar:

1. Oumeish I, Oumeish OY, Bataineh O. Acute bacterial skin infections in children. *Clin Dermatol* 2000; 18(6):667-678.
2. Kane KSM, Ryder JB, Johnson RA, Baden HP, Stratigos A. *Color Atlas Synopsis of Pediatric Dermatology*. New York, McGraw-Hill, 2002; 454-501.
3. Hay RJ, Adriaans BM. Bacterial infections. *Rook's Textbook of dermatology'de*. Ed. Burns T, Breathnach S, Cox N, Griffiths C. Oxford, Blackwell Publishing, 2004; 27.1-27.85.
4. Brook I, Frazier EH, Yeager JK. Microbiology of nonbullous impetigo. *Pediatr Dermatol* 1997; 14(3):192-195.
5. Lee PK, Zipoli MT, Weinberg AN ve ark. Pyoderma: Staphylococcus aureus, streptococcus, and other Gram-positive bacteria. *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine'de*. Freedberg IM, Eisen AZ, Wolf K ve ark. 6. Baskı. USA, McGraw-Hill; 2003; 1856-1877.
6. Baker DH, Dimond RL, Wuepper KD. The epidermolytic toxin of Staphylococcus aureus: its failure to bind to cells and its detection in blister fluids of patients with bullous impetigo. *J Invest Dermatol*. 1978 Oct;71(4):274-5.
7. Ginsburg CM. Staphylococcal toxin syndromes. *Pediatr Infect Dis J*. 1991 Apr;10(4):319-21.
8. Maddox JS, Ware JC, Dillon HC Jr. The natural history of streptococcal skin infection: prevention with topical antibiotics. *J Am Acad Dermatol*. 1985 Aug;13(2 Pt 1):207-12.
9. Öztürkcan S, Şahin MT: Piyodermalar. *Pediyatrik Dermatoloji*. Ed. Tüzün Y, Kotoğyan A, Serdaroğlu S, Çokuğraş H, Tüzün B, Mat MC. İstanbul, Nobel Tıp Kitapevi, 2005; 575-8.
10. Dajani AS, Ferrieri P, Wannamaker LW, Natural history of impetigo. II. Etiologic agents and bacterial interactions. *J Clin Invest*. 1972 Nov;51(11):2863-71.

**Bu çalışma 10. Ulusal Aile Hekimliği Kongresi'nde poster bildirisi olarak sunulmuştur.**

### Yazışma Adresi / Correspondence:

Dr. Ümit AVŞAR

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD

e-posta: dravsar@gmail.com