

El ayak ve ağız hastalığı: olgu sunumu*

Ruhuşen Kutlu, Latife Uzun

Necmettin Erbakan Üniversitesi, Meram Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Konya

Öz

El, ayak ve ağız hastalığı özellikle 5 yaş altı çocuklarda görülen oldukça bulaşıcı bir viral hastalıktır. Nadiren daha büyük çocuklarda ve yetişkinlerde de hastalık görülebilmektedir. Bu hastalar sıklıkla birinci basamak sağlık kurumlarına başvururlar. Deri ve zührevi hastalıklar uzmanları ve bazı ilgili dal uzmanları dışındaki hekimler tarafından çok iyi bilinmemektedir. Halkın bu hastalık ile ilgili bilgisi de yetersizdir. Bu hastalığa tanı koyup, takip ve tedavisini birinci basamak sağlık kuruluşlarında yönetebildiğimiz zaman aileleri gereksiz stresten, zaman kaybindan, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarını da gereksiz muayenelerden kurtarırız. Birinci basamak sağlık kurumlarında tedavi edilebilecek bir hastalığın tanınması için iki olguyu sunmak istedik.

Anahtar Kelimeler: El ayak ve ağız hastalığı, deri döküntüsü, aile hekimliği

Abstract

Hand, foot and mouth disease is a highly contagious viral disease, especially in children under 5 years of age. Rarely, it can be seen in older children and adults. These patients often apply to primary health care institutions. This disease is not well known by general practitioners, but it is generally well known by skin and venereal disease specialists and some related branch specialists. It is also inadequate for the public to be informed about this issue. When we diagnose this disease and manage its follow-up and treatment in primary health care institutions, we save the families from unnecessary stress, time loss, and second and third level health care institutions from unnecessary examinations. People are not well informed about this disease. We wanted to present two cases of disease to recognize a treatable disease in primary health care institutions.

Key words: Hand, foot and mouth disease, skin rash, family medicine

Genel Tıp Derg 2018;28(3):131-134

Alınan: 05.01.2018 / 05.04.2018 / Yayınlanma: 20.09.2018

Yazışma adresi: Ruhuşen Kutlu, Necmettin Erbakan Üniversitesi, Meram Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Konya

E-posta: ruhuse@yahoo.coms

Giriş

El-ayak-ağız hastalığı (EAAH) enterovirus ailesine ait viruslara bağlı olarak gelişen, deri ve mukoza lezyonlarına yol açan, çoğunlukla komplikasyonsuz seyreden sistemik bir enfeksiyondur. En sık "Coxsackie virus A16" ile ortaya çıkan hastalığa başka coxsackie viruslerde (A5, A7, A9, B1, B3) neden olabilmektedir. İkinci sıklıkla görülen etken ise Enterovirus 71 olup salgınlara yol açabilme özelliği ile öne çıkmaktadır. Hastalık 5 yaş altı çocuklarda daha sık olmakla birlikte her yaşta görülebilir. İlkbahar ve yaz döneminde daha sık gözlenir. Oldukça bulaşıcı olan hastalık; burun veya ağız sekresyonları, fekal materyal ve damlacık yolu ile yayılım gösterir (1,2). Hastalığın ilk haftasında bulaştırıcılık çok yüksektir, lezyonlar geriledikten sonra dahi birkaç hafta süresince viral taşıyıcılık devam etmektedir. Lenf nodlarında çoğalan virus viremi sırasında deri ve mukozaya gelmektedir. Kuluçka süresi 5-7 gün kadardır.

Sıklıkla ateş, halsizlik, iştahsızlık ve boğaz ağrısı ile başlar. Birkaç günlük prodrom dönemi sonrası önce az sayıda, küçük veziküller veya aft benzeri ağız lezyonları ortaya çıkar. El ve ayak lezyonları, oral veziküller ile birlikte veya kısa bir süre sonra ortaya çıkar. Sayıları değişkendir, bazen yüzlerce olabilir. En tipik bulgusu özellikle el-ayak parmaklarının ventral ve lateral bölgeleri ile avuç içi ve ayak tabanında 2-10 mm'lik, eritemli halka ile çevrili, oval, uzun eksenleri deri çizgilerine paralel olan vezikülopüstüllerdir. El-ayak-ağız hastalığı olarak adlandırılmış olmakla birlikte diz, dirsek, gluteal bölge ile gövde ve nadiren yüz de tutulabilir. Döküntüler kaşıntısız ve ağrısızdır. Veziküllerin hemen hemen hepsi aynı dönemdedir, polimorfik değildir. Eritemli makülopapüler lezyonlar da eşlik edebilir. Miyalji, karın ağrısı, lenfadenopati bulunabilir. Veziküler olması nedeniyle suçiçeği ile karışabilmekte, mukozaya tutulumu nedeniyle de üst solunum yolu enfeksiyonu olarak değerlendirilebilmektedir (1,2,3). Tanısı

linik bulgularla konular. Ayırıcı tanıda diğer stomatit ve döküntü yapan hastalıklar akla gelmelidir. El-ayak-ağız hastalığında lezyonlar genellikle 7-10 gün içinde krutlanarak, iz bırakmaksızın iyileşir. Spontan iyileşme eğiliminde olduğundan tedaviye gerek yoktur; gerekirse semptomatik tedavi verilebilir. Spesifik antiviral tedavisi yoktur. Hafif ve kendini sınırlayan bir hastalık olmakla birlikte; aseptik menenjit, ensefalit, miyokardit, pulmoner ödem ve/veya hemoraji, plevral effüzyon, akut flask paralizi ve dehidrasyon gibi komplikasyonlara da rastlanabilmektedir. İklim değişiklikleri, ülkeler arası seyahatlerin artması, virüsün genetik materyalindeki süregen değişiklikler nedeni ile ilerleyen yıllarda bu hastalığın görülme sıklığının artması beklenmektedir. Yüksek ateşle birlikte ellerde, ayaklarda ve ağızda döküntü şikayeti ile başvuran hastalarda bu hastalık mutlaka akılda bulundurulmalıdır (4,5).

Aile hekimleri olarak birinci basamakta da karşılaşılabileceğimiz, daha çok çocuklarda görülen ve lezyonların yaygın olması sebebiyle ebeveynleri panikleyen bu hastalığın takip ve tedavisi hakkında bilgi sahibi olarak danışmanlıkta bulunmanın önemini vurgulamak için bu iki vakayı sunmak istedik.

Olgu Sunumu

Olgu 1

On yedi yaşında erkek hasta ateş, boğaz ağrısı şikayetleri ile aile hekimliği polikliniğine başvurdu. Hastanın özgeçmişinde kronik hastalık ve alerji öyküsü yoktu. Bir yıldır günde 1-2 adet sigara içiyordu. Annesinde tip 2 diyabetes mellitus öyküsü mevcuttu. Hastanın fizik muayenesinde vücut ısısı 37,8°C, nabız 96/dk, kan basıncı 115/ 75 mmHg olarak ölçüldü. Hastanın orofarinks bakısında hiperemi ve tonsillerde grade 1-2 hipertrofi dışında bulgusu yoktu. Hastanın diğer sistem muayeneleri normaldi. Viral üst solunum yolu enfeksiyonu düşünülerek semptomatik tedavi başlandı. İlk başvuruda herhangi bir döküntüsü olmayan hasta, dört gün sonra ellerinin, ayaklarının iç yüzünde, ağız çevresinde üzeri sulu döküntülerinin olması üzerine deri ve zührevi hastalıklar polikliniğine başvurdu. Hastanın orofarinks muayenesi doğaldı. Her iki elin parmaklarının iç yüzeyinde, avuç içinde, ağız çevresinde ve her iki ayağın tabanında makülopapüler karakterde lezyonlar mevcuttu (**Resim1-3**). Başka herhangi bir vücut bölgesinde döküntü yoktu.



Resim 1. Ağız çevresinde makülopapüler lezyonlar.



Resim 2. Her iki elin parmaklarının iç yüzeyinde, avuç içinde makülopapüler lezyonlar.



Resim 3. Her iki ayağın tabanında makülopapüler lezyonlar.

Olgu 2

İki yaşında erkek hasta ateş, halsizlik, iştahsızlık, döküntü şikayetiyle aile hekimliği polikliniğine başvurdu. Özgeçmişinde bilinen bir hastalığı ve sürekli kullandığı ilacı yoktu. Besin alerjisi (inek sütü) nedeni ile diyet ile takip ediliyordu. Soy geçmişinde özellik yoktu. Hastanın fizik muayenesinde vücut ısısı 38,2 °C, nabız 120/dk, kan basıncı 90/50 mmHg idi. Hastanın orofarinks muayenesi doğaldı. Ağız çevresinde, el parmaklarının ventral ve lateral bölgeleri, ayak tabanında ve ekstremitelerde vezikülopüstüller lezyonlar mevcuttu (**Resim 4**).



Resim 4. Ağız çevresinde, el parmaklarının ventral ve lateral bölgeleri, ayak tabanında ve ekstremitelerde vezikülopüstüller lezyonlar.

Hastalara EAAH tanısı konularak ailelere hastalık hakkında bilgi verildi. Döküntülerin 7-10 gün içerisinde kendiliğinden geçeceği anlatıldı. Hastalığın bulaştırıcılığının yüksek olmasından dolayı el hijyenine dikkat edilmesi ve gebelerle temastan kaçınılması konusunda tüm aile üyeleri bilgilendirildi. Hastalığın viral nedenli olduğu, antibiyotige gerek olmadığı anlatılarak; evde ateş takibi yapması

ve ateşi 38 °C'nin üzerinde ölçüldüğü takdirde ateş düşürücü alması önerildi.

Tartışma

Hastaların büyük çoğunluğu 2-10 yaş arasında, özellikle 5 yaş altındaki çocuklardır. Uğraş ve ark.'nın EAAH tanısı alan 127 çocuk hastada yaptığı çalışmada hastaların %87.4'ü beş yaş ve altında ve yaş ortalaması 3.32±2.58 yaş (9ay-15yaş) idi (6). Topkarcı ve ark.'nın yaptığı çalışmada 21 hastanın 11'i kız, 10'u erkek; ortanca yaş 5.38 idi (1-12 yaş) (7). Bucak ve ark. çalışmasında 39 hastanın ortalama yaşı 29,8±27,9 (6-155) ay olarak hesaplandı (4). Liu B. ve ark.'nın 3649 hastada yaptığı çalışmada neredeyse tamamı (%92.9) 5 yaşın altındaki çocuklardı (8). Bizim olgularımızın biri iki yaşında, diğeri on yedi yaşında idi.

Sıklıkla yaz aylarında görülmesine rağmen belki de küresel ısınmanın etkisi ile ilkbahar ve sonbaharda da epidemilere neden olabilmektedir. Uğraş ve ark.'nın yaptığı çalışmada EAAH'nın %61.2'si haziran, temmuz ve ağustos aylarında, ikinci sıklıkta eylül ve ekim aylarında görüldü (6). Topkarcı ve ark.'nın yaptığı çalışmada olgular birinci sıklıkla yaz mevsiminde, ikinci sıklıkta da İstanbul'un genellikle sıcak seyrettiği eylül ve ekim aylarında görülmekteydi (7). Bucak ve ark.'nın çalışmasında en sık başvuru eylül (%20,5), haziran (%17,9) ve ekim (%17,9) aylarında görüldü (4). Liu B. ve ark.'nın yaptığı çalışmada ise aylara özgü insidans haziran ve temmuz aylarında gerçekleşti (8). Olgularımızın biri eylül, diğeri ekim aylarında başvurdu.

Her ne kadar el-ayak ve ağız hastalığı olarak tanımlansa da gluteal bölge, diz, dirsek ve yüz tutulumu da görülebilir. Topkarcı ve ark.'nın yaptığı çalışmada en sık görülen semptomlar döküntü (%100) ve hafif ateş (%76.2) olup, döküntü hastaların tamamında ellerde ve ayaklarda; %90.5'inde oral mukozada ve %80.9'unda gluteal bölgede görüldü (7). Uğraş ve ark.'nın yaptığı çalışmada en sık başvuru şikayeti döküntü (%64.5) ve ateş (%61.4) idi. Fizik muayenede tüm hastalarda (%100.0) avuç içi ve ayak tabanında vezikülopüstüller döküntü saptanırken, 94 hastada (%74.0) ayrıca enanem de tespit edildi (6). Bucak ve ark.'nın çalışmasında en sık görülen başvuru şikayeti; el ve ayaklarda döküntü (%100), ateş (%82,1) ve oral aft (%79,5) idi. Hastaların tümünde döküntüler, hafif/orta dereceli bir ateş sonrası oluşmuştu. Dermatolojik muayenede lezyonlar hastaların %94,9'unda (n=37) ellerde, %87,2'sinde (n=34) ayaklarda, %79,5'inde (n=31) ağız içinde ve %61,5'inde (n=24) glute-

al bölge, kol ve/veya bacaklarda izlendi (4). Bizim olgularımız da ise ateş ve döküntü başvuru şikayeti iken; birinde her iki elin parmaklarının iç yüzeyinde, avuç içinde, ağız çevresinde ve her iki ayağın tabanında makülopapüler lezyonlar, diğerinde ağız çevresinde, el parmaklarının ventral ve lateral bölgeleri, ayak tabanında ve ekstremitelerde vezikülo püstüller döküntüler izlendi.

Gebelere özellikle ilk trimesterde bulaş olduğunda spontan abortus veya gelişme geriliği ile sonuçlanma riski oldukça fazladır. Bu nedenle aile hekimleri olarak el, ayak ve ağız hastalığı tanısı koyduğumuz kişilerin gebelerden uzak durması, onlarla yakın temastan kaçınması konusunda uyarılarda bulunmak koruyucu hekimlik kimliğimizin gereğidir. Henüz el, ayak ve ağız hastalığına karşı koruyuculuğu sağlayabilecek bir aşı geliştirilemedi. Yıllar içerisinde serotip dağılımı ve serotipe bağlı olarak da klinik farklılıklar görülebilir. Enterovirus 71'in etken olduğu el, ayak ve ağız hastalığı daha ciddi seyrebilmekte, nörolojik ve kardiyak komplikasyonlar daha sık gelişebilmektedir. Bu nedenle aşı çalışmaları Enterovirus 71'e yönelik yapılmaktadır. Hastanın enfekte eşyalarıyla temasın önlenmesi, kontamine malzemelerin dezenfeksiyonu, veziküllerin patlatılmaması, düzenli el yıkama ile bulaş büyük oranda önlenmektedir. El-ayak-ağız hastalığı için ayırıcı tanıda eritema multiforme, ikinci evre sifiliz, ilaç erupsiyonu, diğer viral enfeksiyonlar, enfektif tromboemboli, suçiçeği ve vaskülit akla gelmelidir. Hafif ve kendini sınırlayan bir hastalık olmakla birlikte; aseptik menenjit, ensefalit, miyokardit, pulmoner ödem ve/veya hemoraji, plevral effüzyon, akut flask paralizi ve dehidratasyon gibi komplikasyonlara da rastlanabilmektedir. Döküntüye eşlik eden yüksek ateş, kusma, bilinç bulanıklığı, solunum güçlüğü, taşikardi, bradikardi gibi bulgular saptandığında komplikasyon varlığı açısından değerlendirilmeli, gerekirse diğer bölümlerle koordinasyon sağlanmalıdır (9). Burada takdim edilen iki olguda da herhangi bir komplikasyona rastlanmadı.

EAAH gibi ateş ve döküntü ile seyreden çocukluk çağı hastalıklarının birinci basamak hekimleri tarafından diğer döküntülü hastalıklarla ayırıcı tanısının yapılması, erken tanısı ve aile içi koruyucu önlemlerin alınması ile ölümcül komplikasyonların oluşumu önlenir. Birinci olgumuzda olduğu gibi EAAH'nın alışılmadık şekilde daha ileri çocukluk döneminde de görülebileceği akılda tutulmalıdır. Özellikle her yaş grubuna hizmet veren ve

geniş bir hasta popülasyonu olan aile hekimlerinin ateşli çocuklarda EAAH'nı da göz ardı etmemeleri önemlidir. Ayrıca olası bir salgına yönelik ilgili sağlık birimleri bilgilendirilmeli, medya kanalı ile gerekli uyarılar yapılmalı ve hastalıktan korunma önlemlerini kapsayacak şekilde halk bilinçlendirilmelidir.

Hasta Onamı: Çalışmanın hasta onamları alınmıştır.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

Finansal Destek: Yazarlar bu çalışma için finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir

Kaynaklar

1. Ekinci AP, Erbudak E, Baykal C. 2012 yılı Haziran ayında İstanbul'da el-ayak-ağız hastalığı sıklığında önemli artış. *Turkderm* 2013; 47(4): 192-3.
2. Varkal MA, Yıldız İ, Ünüvar E. Çocuklarda ateşli döküntülü hastalıklar. *İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi* 2015; 78: 1.
3. Muppa R, Bhupatiraju P, Duddu M, Dandempally A. Hand, foot and mouth disease. *J Indian Soc Pedod Prev Dent* 2011; 29: 165-7.
4. Bucak İH, Tepe B, Almış H, Köse A, Turgut M. Pediatri ve dermatoloji kliniklerinin ortak tanısı: El-ayak-ağız hastalığı olan otuz dokuz hastanın prospektif izlemi. *Turkderm-Turk Arch Dermatol Venereology* 2017; 51: 41-5.
5. Kuşçu F, Kömür S, Candevir Ulu A. Erişkin Bir Hastada El, Ayak ve Ağız Hastalığı. *FLORA* 2016;21(2):93-4.
6. Uğraş M, Küçük Ö, Biçer S, Çöl D, Giray T, Erdağ GÇ, Yalvaç Z, Yüce B, Vitrinel A. İki yıllık periyot içinde el-ayak-ağız hastalığı olan çocukların değerlendirilmesi. *Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi* 2014; 25(1): 34-8.
7. Topkarcı Z, Erdoğan B, Yazıcı Z. El-ayak-ağız hastalığının klinik ve demografik özellikleri. *Bakırköy Tıp Dergisi* 2013; 9(1): 12-5.
8. Liu B, Luo L, Yan S, Wen T, Bai W, Li H, Zhang G, Lu X, Liu Y, He L. Clinical features for mild hand, foot and mouth disease in China. *PLoS One* 2015;10(8):e0135503.
9. Ünal MH, Ögülmüş S, Azimetli S, Keskin A, Uğurlu M. El, Ayak ve Ağız Hastalığı: Olgu Sunumu. *Ankara Med J* 2015; 15(1): 32-4.