



Dr. Nilden Tuygun\*, Dr. Gönül Tanır\*\*

### Özet

Deri döküntüleri çocukluk çağının bulaşıcı hastalıklarının bazılarının asıl bulgusu olduğu gibi bazı hastalıklarda da hastalığın seyri esnasında minör bulgu olarak karşımıza çıkabilmektedir. Akut döküntülü hastalıklarda lezyonun niteliği makulopapüler, peteşiyal, papüler ya da veziküler olabilir. Döküntülü bir hastaya yaklaşımda öyküde hastanın geçirmiş olduğu enfeksiyonlar, aşılama durumu, döküntülü hastayla temas öyküsü ve çevrede benzer hastalık varlığı, prodromal dönem ve bu dönemdeki belirtiler, eşlik eden belirtiler, döküntünün niteliği, rengi, başladığı bölge, dağılımı ve süresi sorgulanmalıdır. Patognomonik ya da diğer tanısal bulguların saptanması önemlidir. Tam kan sayımı ve periferik yayma incelemesi klinik tanıya yardımcı olacak laboratuvar testleridir. Serolojik testler ve kültür incelemeleri tanıyı doğrulamak ve bildirim amaçlı olarak yapılmalıdır.

**Anahtar Sözcükler:** Döküntü, bulaşıcı hastalık, çocukluk çağı.

### Abstract

Exanthem is not only the major sign in some contagious diseases in pediatric patients, but may be seen as a minor symptom in the progress of some other diseases as well. The nature of the lesions can be maculopapular, petechial, papular or vesicular in acute exanthematous diseases. The differential diagnosis of the acute exanthems is based on a number of factors, including history of infectious disease and immunization, type of prodromal period and the symptoms accompanied with the rash, features of the rash as distribution, color, origin and duration of the rash and presence of pathognomonic or other diagnostic signs. Complete blood cell count and peripheric blood smear are helpful tests in diagnosis but cultures and serologic tests must be used for identification of the causative agent or for demonstration of the development of specific antibodies.

**Key Words:** Exanthem, infectious disease, childhood.

## 1. Çocukluk Çağının Viral Döküntülü Hastalıkları

**Kızamık (Rubeola, measles):** Etken Paramiksovirus üyesi olan bir RNA virüsüdür.

Oda ısısında 34 saat aktif olarak kalabilmektedir. İnkubasyon süresi 10-12 gün arasında değişir. Prodromal dönem 3-5 gün süreli düşük ve orta dereceli bir ateş yüksekliği, öksürük ve nezle ile başlar; fotofobi, bulbar konjonktivit eşlik eder. Koplik



Kızamığın kulak arkasından başlayan döküntüsü

lekeleri kızamığın patognomonik bulgusudur. Yanakta alt 2. molar diş hizasında eritemli zeminde noktasal beyaz-gri taneciklerdir. Prodromal dönemde görülür, döküntü başladıktan 12-18 saat sonra kaybolur (1).

Döküntünün başlamasıyla ateş 40-40.5 °C'ye yükselir ve 3-4 gün kadar sürer. Döküntü makulopapüler özellikte, olup saçlı deri ve yüzden başlar, üçüncü günde gövde ve ekstremitelere yayılır, üçüncü günden sonra başladığı yerden itibaren solmaya başlar ve ortalama 6-7 günde tümüyle kaybolur. Yüz ve gövdede birleşme eğilimindedir. Lezyonlar soyularak ve birkaç günde gerileyen hiperpigmentasyonla iyileşir. Hastalığın beşinci gününden sonra ateşin sürmesi komplikasyon varlığını düşündürür. En sık komplikasyonları akut otitis media ve pnömonidir. Kızamıklı hastanın bulaştırıcılığı döküntü öncesinde 2-4 gün, sonrasında dört gündür (2).

**Kızamıkçık (Rubella):** Etken Togavirus ailesinden bir RNA virüsüdür. İnkubasyon süresi 14-21 gündür. Virüs döküntüden yedi gün önce ve 14 gün sonra nazofarenksten izole edilebilir. Ancak asıl bulaştırıcılık beş gün önce ve altı gün sonra olur. Prodromal dönem hafif nonspesifik bulguları içerirse de,

\*Uzm.; Dr. Sami Ulus Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hast., Ankara

\*\*Uzm.; Dr. Sami Ulus Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hast. Pediatrik Enfeksiyon Uzm., Kli. Şefi, Ankara



Su çiçeğinin farklı evre lezyonları

genellikle görülmez. Döküntüden en az 24 saat önce hastalık için karakteristik olan lenfadenopatiler ortaya çıkar. Postoriküler, suboksipital ve posterior servikal yerleşimlidir. Yumuşak damakta, Forscheimer lekeleri denilen pembe renkli enantemlerin görülmesi hastalık için patognomoniktir, ancak %20 hastada görülebilir. Döküntü açık pembe renkli makulopapüler tarzda olup saçlı deri ve yüzden başlar, birinci gün sonunda tüm vücuda yayılır, ikinci gün başladığı yerden solar ve üçüncü gün kaybolur. Lezyonlar tek tek görülür, birleşmez. Soyulma ve hiperpigmentasyon görülmez (2, 3).

**Eritema enfeksiyozum (5. Hastalık):**  
Parvovirüs B19'un neden olduğu hafif



Meningokokseminin son evresi (purpura fulminans)

seyirli bir enfeksiyon hastalığıdır. Bir-iki hafta süren inkübasyondan sonra prodromal dönem olmaksızın aniden yüzde tipik döküntü ile başlar. Döküntü başladığı an viremi kaybolur ve bulaştırıcılık biter. Parvovirus B19 kronik hemolitik anemili ve immun yetmezlikli hastaları aplastik krize sokabilir. Aplastik krize girmiş anemili hastalar bu dönemde çok bulaştırıcıdır (3). Döküntü çok kaşıntılıdır, soyulma olmaksızın iyileşir. Döküntü üç evreli makulopapüler tarzdadır, evreler her zaman birbirinden ayırt edilemez.

**1. Evre:** Yüzde 'tokat yemiş görünümü' denilen kızıla benzeyen tablodur.

**2. Evre:** Gövdede ve ekstremitelerde proksimaline yerleşen, ortadan solmaya başlayan, retiküler, 'dantela tarzı' döküntü olur. Ekstansör bölgelerde görülür, el ve ayaklar korunur.

**3. Evre:** Sıcak banyo, heyecan, egzersiz ve minör travmalar sonucu oluşan rekürren döküntüler alevlenme ve azalmalarla, ortalama 11 gün (2-39 gün) sürer (2).

**Roseola infantum (6. Hastalık):** Human Herpes Virüs (HHV) tip 6'nın yol açtığı, bazen de HHV tip 7'nin döküntüsüz olarak benzer tabloya neden olduğu bir enfeksiyon hastalığıdır. Inkübasyon süresi 10 gündür. Bulaştırıcılığı bilinmemektedir. Ani başlayan ve üç-dört gün içinde 40-40.5 °C'ye yükselen ateş ve hafif nezle belirtileri prodromal dönemi oluşturur. Ateş %6 olguda konvülsiyona yol açar. Servikal ve oksipital lenfadenopati eşlik edebilir. Ateş çok yüksek olmasına karşın genel durum son derece iyidir. Ateş 3-4 gün yüksek kalıp kriz şeklinde düşer. Ateş düşünce hemen ya da bir gün sonra gövdeden başlayıp ekstremitelere yayılan 2-3mm çaplı makulopapüler tarzda lezyonlar ortaya çıkar. Döküntü 1-2 gün sürer. Bazen yalnızca yüz ve gövdede oluşur, basmakla solar, soyulma ve hiperpigmentasyon olmaksızın iyileşir. Periferik yaymada ilk 24-36 saat polimorfonükleer lökosit hakimiyeti ile lökositoz görülürken, 2. günden sonra mononükleer lökosit hakimiyeti ile birlikte lökopeni olur (2, 4).

**Suçiçeği (Varisella):** Etken, Herpesvirüs grubundan Varisella zoster virüsidir. Inkübasyon süresi 11-21 gün, ortalama 16 gündür. Bulaştırıcılığı döküntüden 24 saat önce başlar, tüm lezyonlar **krutlanana** dek sürer. Hafif ateş, halsizlik gibi yakınmaların

olduğu bir prodromal dönemi izleyen, gövdeden başlayıp yüz ve ekstremitelere santripedal biçimde dağılan döküntüler oluşur (1). Lezyonlar küçük kırmızı papüllerle başlayıp gözyaşı damlası biçiminde eritematöz tabanlı veziküllere dönüşür. Vezikül içindeki berrak sıvı 8-12 saat sonra bulanıklaşır ve püstül olur, **krutlanarak** 1-3 haftada iyileşir. Lezyonlar üç gün boyunca çıkmaya devam eder. Her lezyonun yaşı farklıdır. Saçlı deri, ağız mukozası ve gözü tutabilir. Döküntü ile 3-4 gün ateş yüksek olur. Bazan döküntü hemorajik olabilir, sekonder bakteriyel enfeksiyon gelişmezse skarsız iyileşir Çok kaşıntılıdır. Kabuklar kalkınca geçici depigmentasyon bırakır (4).

**Enterovirüslerin neden olduğu döküntülü hastalıklar:** ECHO virus 2, 4, 5, 6, 9, 16, 17, 25 ve Koksaki virüs A2, A4, A9, A16, B3, B4, B5 ateş ve döküntü yapan enteroviral enfeksiyonlardır. Genellikle rubelliform, yani kızamıkçık benzeri jeneralize ya da yalnızca el ve ayak tabanını tutan, soyulmadan ve skar bırakmadan iyileşen pembe renkli döküntüler yapar. Sonbahar ve yaz aylarında, ateşli ve döküntülü bir hastada aseptik menenjit saptanırsa, enteroviral enfeksiyon akla gelmelidir (2).

**Herpanjina:** Koksaki virüs A4 ile ortaya çıkar, ani yüksek ateş ve boğaz ağrısını izleyerek, ağız içinde arka tarafta çok sayıda yaygın, ağrılı ülserler olur. Herpetik gingivostomatit ile karışabilir, ancak herpesvirüse bağlı lezyonlar daha çok ağız mukozasının ön bölümlerine yerleşir (5).

**El-ayak-ağız hastalığı:** En sık koksaki virüs A16, sonra A4-7, A9, A10, B2, B5'in etken olduğu bulaşıcılığı yüksek, hafif seyirli bir enfeksiyon hastalığıdır. Ağız içinde dil, sert damak ve yanak mukozasında ülserler, sonra el ve ayakların dorsal bölümleri ve parmak kenarlarında oval biçimde deri çizgilerine paralel 2-10 mm çaplı vezikülöpüstüller olur. Üç yerleşim yerinin üçünü de tutmayabilir. Nadiren tüm vücuda yayılıp 5-7 günde skarsız iyileşir (5).

**Enfeksiyöz Mononükleoz:** Epstein-Barr Virüs (EBV), *Cytomegalovirus* (CMV), tokzoplazma, adenovirüs, kızamıkçık virüsü, hepatit A virüsü, *human immunodeficiency virus* (HIV) enfeksiyöz mononükleoz nedeni olabilir (6).

**Epstein-Barr virusünün neden olduğu enfeksiyöz mononükleoz:** İnkubasyon süresi 4-6 hafta arasında değişir. Ateş, boğaz ağrısı ve halsizlik gibi nonspesifik belirtiler prodromal dönemi oluşturur ve 2-3 gün sürer. Ateşin daha yükselmesiyle klinik bulgular ortaya çıkar. Jeneralize lenfadenopati, hepatosplenomegali ve membranöz tonsillit görülebilir. Palatal peteşiler, %25 hastada yumuşak ve sert damak birleşme yerinde görülür. Periorbital ödem hastaların yarısında saptanabilir. Döküntü yaygın makulopapüler tarzda hastaların yalnızca %10-15'inde görülür. Klinik bulguların varlığı, 10000-40000/mm<sup>3</sup> arası lökositöz varlığı ve serolojik doğrulama enfeksiyöz mononükleozis triadını oluşturur. A grubu beta-hemolitik streptokoklar olguların %25'ine eşlik edebilir. Boğaz kültürü sonucuna göre üreme varsa mutlaka penisillin ile tedavi etmek gerekir. Çünkü ampisillin ile tedavi sonrası antijen-antikor reaksiyonu sonucu jeneralize bakır rengi döküntü ortaya çıkar. Bu bir hipersensitivite reaksiyonu değildir. Bu kişiler yaşamlarının herhangi bir döneminde ampisillin kullandıklarında diğer insanlarla aynı oranda alerji geliştirirler. Hastalık 10-20 günde kendini sınırlar (3, 6).

**2. Meningokoksemi:** Etkeni bir Gram negatif diplokok olan *Neisseria meningitidis*'dir. Fatal seyredebilen, ekstremitte amputasyonlarıyla sonuçlanabilen bir hastalıktır. Hastalığın prognozu tedaviye başlama zamanı ile ilişkili olduğundan döküntüyü aydınlatmak tanısıl açıdan acil önem taşımaktadır. Meningokoksemi yüksek ateş, peteşiyal ve purpurik lezyonlar, taşikardi, hipotansiyon ve menenjit bulguları ile karakterize şiddetli bakteriyel septisemidir. Genellikle bir yaş altı çocuklarda görülür (4). İlk belirti ani başlangıçlı yüksek ateştir, 4-6 saat sonra geçici bir iyilik durumu olur ve hastalar bu dönemde yanlılıkla eve gönderilebilir. Bu dönemi izleyen 6-12 saat sonra döküntü başlar ve genel durum hızla bozulur. Döküntü iki evrede ortaya çıkar:

**1- Erken evre:** Yaygın makulopapüler ve ya ürtikeryal döküntü biçiminde başlayıp hemorajik lezyonlara dönüşebilir ya da başlangıçtan itibaren peteşiyal olabilir. Peteşiler seyrek olabildiği için, tüm vücut ve kıvrım yerlerinde aranmalıdır. Ortası gri renkli küçük septik emboliler de görülebilir.



**2- Geç evre:** Purpura fulminans olur, prognozun kötü olduğunu gösterir (7).

Hastalığa ait lezyonlardan ödem, cilt altı enfarkt ile birlikte eritrositlerin damar dışına çıkması sorumludur. Benzer vasküler olaylar meninks ve diğer dokularda da ortaya çıkar. Meningokok enfeksiyonlarının hemorajik cilt bulgularının diğer Gram (-) mikroorganizmalara göre daha sık görülmesi, meningokok endotoksininin cilt reaksiyonu yapıcı özelliği ve potansiyeline bağlıdır.

İlk 24 saat içinde tedaviye başlanmayan olguların yaklaşık yarısı kaybedilirken, tedaviye ilk 12 saatte başlamakla mortalite ve morbidite önemli ölçüde azalır (6). Bu nedenle meningokoksemi döküntü ayırıcı tanısında akıldan çıkarılmaması gereken bir hastalıktır.

**3. Kızıl:** A grubu beta-hemolitik streptokokların eritrojenik toksininin neden olduğu karakteristik, yaygın eritematöz döküntü ile ortaya çıkan bir hastalıktır. Daha önceden bu toksinle karşılaşmış kişiler toksine karşı antikor oluşturur ve toksini nötralize eder. Bu nedenle antikor bulunmayan kişilerde döküntü olur. İnkubasyon süresi 1-7 gün arasında değişir. Ateş, kusma, boğaz ağrısı ve baş ağrısının eşlik ettiği prodromal evre 12-24 saat sürer. Tedavi edilmezse ateş 39.5 C'ye kadar yükselir ve 5-7 güne kadar uzayabilir. Penisilin ile 12-24 saatte ateş düşer. Döküntü enanitem ve ekzantemleri içerir. Tonsiller ödemlidir, üzerinde eksuda vardır, palatal peteşiler görülebilir. İlk 2 gün hiperkeratotik membran nedeniyle beyaz çilek dili olur, 4-5. günler membran kalkar, parlak kırmızı mukoza kalır, kırmızı çilek dili görülür. Gövdenin üst bölümünde skarlatiniform biçimde, eritrodermi zemininde zımpara kağıdı şeklinde noktasal kırmızı papüller oluşur, 4-5 günde tüm vücuda yayılır, el ve ayakta daha belirgin olan yaygın deskuamasyon ile iyileşir. Pastia çizgileri, kıvrım yerlerindeki peteşiyal döküntülerdir (1,6).

**4. "Kırmızı göz, kırmızı ağız" nedeni olan döküntülü hastalıklar:** Viral döküntülü hastalıklardan kızamığın ayırıcı tanısında yer alan ve birbirini ile karışabilen bir grup hastalıktır. Deri döküntüsü ile birlikte her klinik tabloya göre farklı göz ve ağız mukozası tutulumu gösterirler (6).

**Kawasaki Hastalığı:** Epidemiyolojik ve klinik özellikleri enfeksiyöz bir nedeni düşündürmesine karşın etiyolojisi bilinmeyen

bir hastalıktır. Daha önceden sağlıklı çocuklarda ortaya çıkan ve uzun süreli koroner arter hastalığı ya da ölümlerle sonuçlanabilen bir akut vaskulittir. Erken dönemde tanı konulup tedavi edilmesi prognozu iyileştirir ve kardiyak sekelleri önleyebilir. Beş günden uzun süren ve parasetamole yanıt vermeyen ateşe ek olarak aşağıdaki 5 bulgudan dördünün olması tanı ölçütleridir:

1. Bilateral pürülan olmayan bulbar konjonktivit (yarık lamba ile üveit tespit edilebilir),

2. Ağız bulguları: Kırmızı çilek dili, dudaklarda ödem, eritem, fissür ve kanama, orofarengeal eritem,

3. Polimorf eritematöz döküntü (her türlü döküntüyü taklit edebilir),

4. El ve ayak bulguları: Endurasyon ve ödem, periungal soyulma (2-3 hafta sonra),

5. Tek taraflı 1,5 cm'den büyük ve ağrısız lenfadenopati varlığı (8).

**Toksik Şok Sendromları** (Stafilokokkal / Streptokokkal): Eritrodermik makülopapüler döküntü ve 2-3 gün süren, 39.9 °C ve üzeri ateş ile seyreden hipotansiyonun eşlik ettiği ciddi hastalık tablolarıdır. Tanı ölçütleri arasında gastrointestinal sistem (ishal ya da kusma), böbrekler (BUN ve kreatininin en az 2 kat yükselmesi ve üriner sistem enfeksiyonu olmadan piyüri olması), karaciğer (AST, ALT ve/ya da total bilirubinin en az 2 kat yükselmesi), kas (şiddetli kas ağrıları olması ve/ya da kreatinin fosfokinazın en az 5 kat yükselmesi), müköz membran (farengeal, konjonktival vb. hiperemi varlığı), santral sinir sistemi (ateş ve hipotansiyon olmadan ve fokal bulgu olmaksızın bilinç ve oriyantasyon bozukluğu olması) tutulumu, trombositopeni ile belirlenen bulgulardan üç ya da daha fazlası vardır. Döküntüler soyulma gösterir (9).

**Stafilokoksik haşlanmış deri sendromu:** Eritem ve sonrasında epiderminin yüzeysel katmanlarının yaygın ayrılması ile karakterize toksine bağlı epidermolitik bir hastalıktır. Staphylococcus aureus faj grup II (tip 3A, 3B, 5S, 71) sorumludur. S.aureus burun, konjonktiva ve/ya da göbek kordonunda enfeksiyona yol açmaksızın kolonize olabilmektedir. Ekzotoksin üreten tipler hematojen yolla deriye yayılabilir. Eksfoliyatif toksin, stratum granülozum tabakasından intraepidermal ayrılmaya ve akantolize yol

açabilir (6). Yenidoğan ve beş yaş altında sıklıkla görülür. Yenidoğanda generalize tipte olurken, yaş büyüdükçe stafilokok toksinine karşı oluşan antikorlar toksini metabolize eder ve hastalık lokalize biçimde kalır. Jeneralize tipi yüz, boyun, aksilla ve inguinal bölgeden eritematöz lezyonlarla başlar, yaygın papüler erüpsiyon halini alır, 24-48 içinde deride büyük ve gevşek büller oluşur. Cilt duyarlı duruma gelir ve hızla ağız, göz çevresi ve boyundan başlayarak soyulur. Nikolsky fenomeni pozitifdir. Yani ciltte hafif sürtünmeyle epidermal ayrılma olur, alttaki kırmızı, parlak bölge açığa çıkar. Soyulmalar iyileşme döneminde değil, hastalığın aktif döneminde ortaya çıkar. Klinik bulgular ateş, huzursuzluk ve dokunmayla ağlama ile kendini gösterir. Lokalize tipi ekstremiteler ve karın alt bölgelerinde berrak ve/ya da hafif pürülan sıvı içeren 1-3 cm çaplı büllerle karakterizedir. Sıklıkla büll patlamış ve epidermis soyulmuş durumdadır (3).

**Stevens-Johnson Sendromu ve Eritema Multiforme:** Stevens-Johnson sendromu ve eritema multiforme major, klinik olarak üst üste binen tablolar olduğu için sinonim kabul edilebilir. Okul çocuğu ve adölesanda daha sık görülen pek çok etiyolojik etmenin rol oynadığı genel durumu bozan, cilt ve mukozaları tutan bir hastalıktır. Başta sülfonamidler olmak üzere penisilinler ve difenilhidantoin vb ilaçlardan yaklaşık 2-3 hafta sonra lezyonlar ortaya çıkar. Enfeksiyonlardan herpes simpleks,

mikoplazma ve klamidya enfeksiyonlarına bağlı ortaya çıkabilir (3). Eritema multiforme denilen hedef lezyonlarla ortaya çıkabildiği gibi, mukozal tutulumla da başlayabilir. Eritema multiformenin lezyonları; hedef biçiminde, ortası koyu eritemli, etrafında beyaz halo, kenarları koyu eritematöz çizgi şeklinde fikse lezyonlardır. Ekstremitelerin ekstansör yüzlerinde, el ve ayakta ya da tüm vücutta görülebilir. Stevens-Johnsons Sendromu vezikülöbüllöz lezyonlar ile başlar. En az iki müköz membranı ve gövdeyi tutar. Yassı plaklar, purpurik maküller oluşur (4).

**Dr. Nilden Tuysun**

**İletişim için:** nildentuysun@yahoo.com

**Kaynaklar**

- 1- Katz SL, Gershon AA, Hotez PJ. Krugman's Infectious Diseases of Children. 10th edition. 1998.
- 2- Bligard CA, Millikan LE. Acute exanthems in children. Clues to differential diagnosis of viral disease. Postgrad Med 1986;79: 150-54, 159-67.
- 3- Kane KS M et al. Color Atlas and Synopsis of Pediatric Dermatology. The Mc Graw-Hill Companies, Inc.; 2002.
- 4- Gable EK. Pediatric exanthems. Primary Care 2000; 27: 359-69
- 5- Baykal C. Dermatoloji Atlası 1.Baskı .2000.
- 6- Long SS, Pickering LK, Prober CG. Pediatric Infectious Diseases 2nd edition Philadelphia: 2003
- 7- Nelson DG, Leake J, Bradley J, Kupperman N. Evaluation of febrile children with petechial rashes: is there consensus among pediatricians? Pediatr Infect Dis J 1998;17:1135-40.
- 8- Yamamoto LG. Kawasaki Disease. Pediatric Emergency Care 2003;19:422-424
- 9- Weston WL, Lane AT. Color Textbook of Pediatric Dermatology. 199.



Eritema multiformenin hedef lezyonları



Kawasaki hastalığının polimorf eritematöz döküntüsü