



# DÖKÜNTÜLÜ HASTALIKLAR (ÇOCUK)

## BİRİNCİ BASAMAĞA YÖNELİK TANI VE TEDAVİ REHBERİ

2003

Çocukluk çağında sık görülen, çoğu virüslerle oluşan, deride çeşitli tipte döküntüler, bazen de ateşle seyreden hastalıklardır. Başlıcalarını kızamık, kızamıkçık, kırmızı, suçiçeği, beşinci hastalık (eritema enfeksiyozum) ve altıncı hastalık (roseola infantum) oluşturur. Ayrıca birçok sistemik, alerjik ve bulaşıcı hastalığa döküntü eşlik edebilir.

### Tanı

#### Öykü

Öykü ve fizik inceleme birçok olgu için tanı koydurucudur.

- Yaş
- Yakınmaların süresi
- Döküntü dışında başka yakına olup olmadığı, varsa neler olduğu (ateş, burun akıntısı, baş ağrısı, boğaz ağrısı, gözlerde kızarıklık, ışıktan rahatsız olma, öksürük, kaşıntı, eklem ağrısı, kusma, karın ağrısı gibi)
- Döküntünün özellikleri: diğer belirtiler ortaya çıktıktan sonra kaçınıcı günde başladığı, kaç gündür var olduğu, nereden başladığı, nereye yayıldığı, rengi, büyülüklüğü sorulmalıdır.

#### Fizik muayene

- Genel görünüm
- Ateş
- Döküntünün özellikleri (makülopapüler, veziküler, yaygın, basınca solup solmama, birleşme özelliği, rengi, simetrik olması)
- Döküntünün yerleşimi (ilk başlama yeri, yayılımı, döküntünün yoğun olduğu ya da hiç görülmediği yerler)
- Lenfadenopati varlığı ve yerleşimi (ön servikal, postauriküler, subokipital gibi)
- Ağız ve boğaz muayenesi (Koplik lekesi, yumuşak damakta erantem, tonsillerin görünümü, çilek dili)
- Gözlerin görünümü (konjonktivit)
- Saçlı deri (lezyon olup olmadığı)

TABLO: Çocukluk Çağında Sık Görülen Döküntülü Hastalıklar

Hastalık	Kültüçük süresi (gün)	Bulşırıcılık süresi	Eşlik eden belirtiler	Döküntünүн дөлкөлигү	Döküntünүн дөлкөлигү	Döküntünүн дөлкөлигү	Döküntünүн дөлкөлигү	Laboratuvar bulguları	Tedavi	Koruma	Komplikasyon	Sevk
Kazanık	9-14	Döküntüden 2-4 gün önce de 2-5 gün sonra da dek	Kapılıklı ales, ales, reze, ösrük, konjunktivit, fotofobi	Sağdı deni sınımda basır, givre ve ekstremitelere yeyili	Makülöpapüler, 3-5 gün sonra başlar, 5-7 gün süre	Semptomlardan 9 ayını birten ve 1 ilkönen, 1. sınıftaki kizamik özgül İGM	Ales için paracetamol (40-60 mg/kg/juin, 4 doza, ağızdan)	Prötnöli, sinüzit, öfke, tarenji, ensefali, üzün dönenme SSP	Nafis, aralı, arı, ensefali, trombotik purpura	Ensefali, trombotik purpura	Ağır prötnöni ensefali, larenji	
Kazanıkçık	14-21	Döküntü başından sona 7 gün, konjenital rububatla bir yıl	Hafif ales, baş ağrısı, halsizlik, postaniküre subtoksik LAP	Yüzde baslayıp, boyuna günde ekstremitelere yeyili	Makülöpapüler, pembe pembe, 1-2 gün sonra başlar, 5-7 gün süre	Semptomlar 9 ayını birten ve 1 ilkönen, 1. sınıftaki kizamik özgül İGM	Ales için paracetamol (40-60 mg/kg/juin, 4 doza, ağızdan)	Kazanık, kizamik, Kebeklik (KKK) aşısı yepitimaldir.	Nafis, aralı, arı, ensefali, trombotik purpura	Ensefali, trombotik purpura	Ağır prötnöni ensefali, larenji	
Kızıl	2-5	Biletiliden 2-4 saat öncesinden, 2-3 saat sonra da dek (teav. alýyorsa 24 saat sonra bulasılık sona erer)	Sıklıkla 4 yaştan büyük çocukların görüldüğü, Ağrı, baş ağrısı, göz ağrısı, damak ve uvaladıktan sonra, perteleyen, pastırçıçısı, servikal LAP.	Koluk alın ve kastardan tüm vücutta yayılır. Vücutte ve alında solan, tonuslu, kaslı, görünümdünde	Yaygın, pembe-kırmızı, basına soluk, perorai soluluk, perorai soluluk	Beitrilem kirci, günü basır, bir hata süre	ASO, lökositler, böğek kültürü	Ales için paracetamol (40-60 mg/kg/juin, 4 doza, ağızdan), Penisil V, 50-100 000 üregigelen, 3 doza, ağızdan, 10 gün Benzatin Penisil tek doz, kasi içine	Sinüzit, öfke, masödit, servikal adenit, retroperitoneal apse, osteomyelit, ARA, AGN	Pedofisile-retroperitoneal apse, menenjili, servikal adenit, retroperitoneal apse, osteomyelit, sezik arıti, osteomyelit	Ensefali, trombotik purpura	
Suççegi	10-21	Döküntüden 1-2 gün önce başlayıp döküntülenen tamam karnı ağrısı kabuktanana dek	Ateş, halsizlik, baş ağrısı, baş ağrısı, bazen karnı ağrısı	Sağlı def., yüz ve fönde sık, ekstremitelerde nadir	Kasıntı, eritematoz makülerler, iç su dolu ve vezkere döşenmiş, kaukalanır. Aynı anda farklı yaşta beyninler bulunur	Sembollerden 24-48 saat sonra başlar, 7-10 gün surer	İkinci 72 saatte ölürem, 4 doza, ağızdan, lenfositoz	Aşının vermez Ates için paracetamol/ (40-60 mg/kg/juin, 4 doza, ağızdan), Suççegi aşı**	Dif enfeksyonları enesfili, sezelere ataksi, prötnöli, aspirin kullanıma Reye Sendromu	İmmünl yemenzikli hastalar, prötnöli, aspirin kullanıma	Ensefali, sezelere ataksi, prötnöli, aspirin kullanıma	
Erteleme enfeksiyonuz	4-14	Döküntüden önce başlayıp, 1-2 gün sonra da dek	En sık okul çağında görülen hafif givede	Yarıkarda, ko, bacak ve dantelen, sineklik	Biletiliden hemen sonra başlar,	—	Ateş için paracetamol (40-60 mg/kg/juin, 4 doza, ağızdan)	Artırılmış kırıç	Artırılmış kırıç	Apäslik kırıç		
Roseola infantum	10-15	Bilinmiyor	En sık 6 ay-3 yaş arasıdır. Yüksek ateş-General durum iyiiyilir	Göğüsde makropapüller, başıktan soğan, nadiren birleşir	Ateşin 3-5. gündede artan normale düşmesiyle oraya çıkar, 1-2 gün surer	Lökopeni	Ateş için paracetamol (40-60 mg/kg/juin, 4 doza, ağızdan)	Fenilik konvüzyon				

RPA: Right parametrial abscess; RGN: Right gynaecological abscess; LAB: Left abdominal abscess.

ABA: Akut somatikal astes AGM: Akut alge

**Suççeği aşısı:** Bir yaşından büyük çocuklarda kuş Sağlığı Bakanlığı aşısı takviminde yer almaktadır.



# DİFTERİ

## BİRİNCİ BASAMAĞA YÖNELİK TANI VE TEDAVİ REHBERİ

2003

Difteri, toksin üreten *Corynebacterium diphtheriae* 'nın yol açtığı, tonsiller, farenks veya burunda yapışkan membran, düşük ateş ve boğaz ağrısı ile karakterize bir üst solunum yolu enfeksiyonudur. Hastanın orofarengéal salgılarıyla bulaşır.

- **Solunum sistemi;** tonsil, farenks, larenks, larengo-trakeal yol, burun
- **Solunum sistemi dışı;** deri, kulak, konjonktiva, genital yerleşimli olabilir.

### **Solunum sistemi yerleşimli difteri**

1. Aşısız kişide boğaz ağrısı ve düşük dereceli ateş
2. Farenks ve tonsillerde kaldırılınca kanayan, tipik olarak gri veya beyaz, düz, kalın, fibrinöz ve kuvvetlice mukozaya yapışmış membranlar
3. Servikal lenfadenopati
4. Boyunda ödem nedeniyle aşırı şişlik (boğa boynu)
5. Yumuşak damakta paralizi
6. Solunum zorluğu, ses kısıklığı ve öksürük (larenks difterisi)
7. Tek taraflı veya iki taraflı, başlangıçta seröz, giderek seröz-anjinöz burun akıntısı (burun difterisi)

### **Tanı**

Larenjit, nazofarenjit veya tonsillitle birlikte tonsil, farenks ve burunda yapışkan membranların (psödomembran) görülmesi

### **Ayırıcı tanı**

- Bakteriyel farenjit (A grubu streptokok)
- Viral farenjit
- Enfeksiyöz mononükleoz
- Oral sifiliz
- Kandidiyaz
- Akut epiglottit
- Krup

## Tedavi

1. Hasta, solunum yolu tikanması ve asfaksi riski nedeniyle, kalp ve solunumun monitörlere edilebileceği bir hastaneye **hemen sevk edilir**. Hasta ambulansla sevk edilmelidir. Sevk sırasında, hastanın solunumu kontrol altında tutulmalıdır ve oksijen uygulanmalıdır.
2. Antitoksin ve antibiyotik ile özgül tedaviye **en kısa sürede** başlanmalıdır.

**Antitoksin uygulaması** halen tedavide en ciddi destektir. Antibiyotik verilmesi ise bakterinin yerleştiği anatomik bölgede yok edilmesini sağlar ve hastalığın yayılmasını önler.

### Difteri Antitoksini Uygulaması

Difteri tipi	Doz (ünite)	Veriliş yolu
Nazal difteri	10.000-20.000	Kas içine
Tonsiller difteri	15.000-25.000	Kas veya ven içine
Farengeal/larengéal difteri	20.000-40.000	Kas veya ven içine
Karışık tip/gecikmiş tanı	40.000-60.000	Ven içine

## Antibiyotik tedavisi

Antibiyotik tedavisi antitoksin tedavisine bir seçenek değildir ve yerine geçmez.

Antibiyotik	Doz	Veriliş yolu
<i>Eritromisin</i>	Çocuklarda 40-50 mg/kg/gün (günde dört kez)	Ağızdan
	Erişkinlerde 500 mg (günde dört kez)	Ağızdan
<i>Prokain penisilin</i>	Çocuklarda 25.000-50.000 ü/kg/gün (günde iki kez)	Kas içine
	Erişkinlerde 600.000 ünite (günde iki kez)	Kas içine

Antibiyotik tedavisi en az 14 gün devam etmelidir.

## Korunma ve kontrol

**Difteri bildirimi zorunlu bir hastalıktır.**

## İzolasyon

Hastalar; tedavi tamamlanıp en az 24 saat arayla lezyon bölgesinden alınan kültür iki kez (-) bulununcaya kadar **kesinlikle** sağlıklı bireylerden ayrı tutulmalıdır.

## **Yakın temaslıklar**

Toksijenik *C. diphtheriae* ile enfekte bir difteri olgusu ile son yedi gün içinde yakın temasta bulunan herkesin risk altında olduğu kabul edilir.

- Ev halkı
- Arkadaşlar, akrabalar ve evi düzenli ziyaret eden kişiler (bakıcı kadın vb.)
- Öpüşme/cinsel ilişki
- Okulda aynı sınıfta bulunanlar
- İşyerinde aynı odayı paylaşanlar
- Hastanın orofarengéal salgılarıyla temas eden sağlık çalışanları

## **Profilaksi**

### **Antibiyotik**

*Benzatin penisilin G* : Tek doz kas içine <6 yaş için 600.000 ü,  
³6 yaş için 1,2 milyon ü

veya

*Eritromisin* : 7-10 gün ağızdan, çocuklar için 40 mg/kg/gün, erişkinler için 1g/gün

## **Bağışıklama**

Geçmişte üç dozdan daha az difteri toksoidi ile aşılanmış bütün yakın temaslıklar veya aşılanma durumu bilinmeyen her kişiye hemen bir doz aşı uygulanmalı, daha sonra bağışıklama aşı takvimine göre tamamlanmalıdır. Geçmişte üç doz aşı yapılmış olan temasılılara da, son 12 ayda dördüncü bir doz uygulanmamışsa hemen rapel uygulanmalıdır. Hastalığı geçirenler tedaviden 3 ay sonra aşılanmalıdır.

## **İzlem**

Bütün yakın temaslıklar difterinin klinik semptom ve bulgularını gösterip göstermedikleri yönünden sorgulanmalı, hastaya son temastan sonraki yedi gün boyunca günlük izleme alınmalıdır. Günlük izlemede boğazda membran varlığı araştırılmalıdır. Bütün temaslıkların bağışıklanma durumları sorgulanmalıdır.

## **Kaynaklar**

1. Christenson B, Bottiger M. Serological Immunity to Diphtheria in Sweden in 1978 and 1984. Scand J Infect Dis 1986; 18:227-33
2. Damro M R, ed. Griffith's 5 Minute Clinical Consult. William & Wilkins, Texas, 1998.
3. Galazka A, Kardymowicz B. Immunity Against Diphtheria in Adults in Poland. Epidem Infect 1989; 103: 587-93
4. Krugman S, et al. Diphtheria. Infectious Disease of Children. Mosby Year Book, 9 th ed. 1992.
5. Pickering L, ed. 2000 Red Book, Report of the Committee on Infectious Disease, 25th ed. Elk grove Village: American Acedemy of Pediatrics, 2000.
6. Rappuoli R, Perugini M, Falsen E. Molecular Epidemiology of the 1984-1986 Outbreak of Diphtheria in Sweden. N Eng J Med 1988;318:12-4.
7. Simonsen O, Kjeldsen K, Bentzon MW, Heron I. Susceptibility to Diphtheria in Populations Vaccinated Before and After Elimination of Indigenous Diphtheria in Denmark. Acta Path Microbiol Immunol Scand 1987; 95: 225-31

