



# 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, kızıl, 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 yakınma 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, büyüklüğü 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, suboksipital gibi)
- Ağız ve boğaz muayenesi (Koplik lekesi, yumuşak damakta enanem, tonsillerin görünümü, çilek dili)
- Gözlerin görünümü (konjonktivit)
- Saçlı deri (lezyon olup olmadığı)

TABLO: Çocukluk Çağında Sık Görülen Döküntülü Hastalıklar

Hastalık	Kuluçka süresi (gün)	Bulaşıcılık süresi	Eşik eden belirtiler	Döküntünün yeri	Döküntünün özelliği	Döküntünün süresi	Laboratuvar bulguları	Tedavi	Koruma	Komplikasyon	Sevki
<b>Kızamık</b>	9-14	Döküntüden 2-4 gün önce ve 2-5 gün sonra da çıkabilir	Kızık (keş), ateş, nezle, öksürük, konjonktivit, kaşıntı, fotofobi	Seçil deri, sınırlı başlar, gövde ve ekstremitelere yayılır	Makülopapüler döküntü, birleşme özelliğindedir, kaşıntıya eşlik etmez	Semptomlardan 3-5 gün sonra başlar, 5-7 gün sürer	Lökopeni, kızamık özgül ıgıt	Ateş için parasetamol/ (40-60 mg/kg/gün, 4 dozda, ağzdan)	9 ayını bitiren ve ikinci 1 sınıftaki çocuklarda kızamık aşısı yapılmalıdır.	Pnömoni, sinüzit, otit, larenjit, ensefalit, uzun dönemde SSPE	Ağır pnömoni, ensefalit, larenjit
<b>Kızamıkçık</b>	14-21	Döküntü başlandıktan sonra 7 gün, konjenital rubella'da bir yıl	Hafta ateş, baş ağrısı, nazal sekresyonlar, postorale ve subokspital LAP	Yüzde başlayıp, boyuna, gövde ve ekstremitelere yayılır	Makülopapüler, pembe	Semptomlar başladıktan 1-2 gün sonra başlar, üç gün kadar sürer	Normal ya da hafif lökopeni, kızamıkçık özgül ıgıt	Ateş için parasetamol/ (40-60 mg/kg/gün, 4 dozda, ağzdan)	Kızamık-kızamıkçık-kabakulak (KKK)* aşısı	Nadiren artıral, trombositopeni, purpura	Ensefalit, trombositopeni
<b>Kızıl</b>	2-5	Belirtilerden 24 saat önce, 2-3 hafta sonra da çıkabilir. Tedavi alıncaya kadar 24 saat sonra bulaşıcılık sona erer)	Sıklıkla 4 yaştan büyük çocuklarda görülür. Ateş, boğaz ağrısı, baş ağrısı, ciltte döküntü, damak ve uvulda peteşiler, pasta çökmesi, serikel LAP	Kulak altı ve kaskından tüm vüda yayılır. Yüzde ve alında kızamık, parotal solukluk	Vaygın, pembe-kırmızı, basınca solan, toplu başı görünümünde	Belirtilen ikinci gün başlar, bir hafta sürer	ASO, lökositöz, boğaz kültürü pozitif	Ateş için parasetamol/ (40-60 mg/kg/gün, 4 dozda, ağzdan) Parasetamol/ 50.000-100.000 ü/gün, 3 dozda, ağzdan, 10 gün Parasetamol/ 100 mg/kg/gün, 4 dozda, kas içine		Sinüzit, otit, serikel, artıral, retroorale peteşiler, artıral, artıral, artıral	Petionisler-retionisler, artıral, artıral, artıral
<b>Supçeği</b>	10-21	Döküntüden 1-2 gün önce başlayıp döküntüden bir hafta sonra da çıkabilir	Ateş, nazal sekresyonlar, boğaz ağrısı, bazen kaşınması	Seçil deri, yüz ve gövdeye sık, ekstremitelerde nadir	Kasınitli, eritematöz maküller, içi sıvı dolu veziküllere dönüşür, kabuklanır. Ayrık arada farklı yaşta lezyonlar bulunur	Semptomlardan 24-48 saat sonra başlar, 7-10 gün sürer	İlk 72 saatte lökopeni, ardından lükositöz	Ateş için parasetamol/ (40-60 mg/kg/gün, 4 dozda, ağzdan), Kas için aspirin için Asko/ıv**	Supçeği aşısı**	Deri enfeksiyonları, ensefalit, serikel artıral, pnömoni, aspirin kullanırsa Reye Sendromu	İmmün yetersizlikli hastalar, pnömoni, ensefalit
<b>Eritema enterikozum</b>	4-14	Döküntüden önce başlayıp 1-2 gün sonra da çıkabilir	En sık okul çağında görülür. Özgü olmayan hafif USYE bulguları	Yanaklarda, kol bacak ve gövdeye	Makülopapüler, dantele benzer, simetrik	Belirtilerden hemen sonra başlar.	—	Ateş için parasetamol/ (40-60 mg/kg/gün, 4 dozda, ağzdan)	—	Artıral, apastik kız	Apastik kız
<b>Roseola infantum</b>	10-15	Bilmiyor	En sık 6 ay-3 yaş arasında görülür. Yüksek ateş, Genel durum iyi	Göğüsle başlar, yüz ve ekstremitelere yayılır	Pembe, 2-3 mm, makülopapüler, basınca solan, nadiren birleşir	Ateşin 3-5. gününde normalde düşmesiyle ortaya çıkar, 1-2 gün sürer	Lökopeni	Ateş için parasetamol/ (40-60 mg/kg/gün, 4 dozda, ağzdan)	—	Fektil konvüzyon	

ARA Akut romatizmal ateş, AGN Akut glomerulonefrit, LAP Lefterdenpale

\* KKK Aşısı: 12. ayını tamamlayan çocuklara den alınır uygulanır. Ancak toplumda tüm çocukların aşılanmaması, aşısız çocuklarda hastalık görülme yaşını ileriye atıp konjenital rubella riskini artıracağı unutulmamalıdır. Sağlık Bakanlığı aşı takviminde yer almamaktadır.

\*\* Asko/ıv, 12 yaştan büyük hastalar, kronik deri ya da akciğer hastalığı bulunmayan, uzun süreli salisilat tedavisi uygulanmayan, kortikosteroid kullanmayan gibi orta-ağır şiddetli supçeği geçiren riski daha yüksek olan hastalar için düşünülmelidir.

\*\*\* Supçeği aşısı: Bir yaşından büyük çocuklarda kullanılacak bir aşı bulunmaktadır. 12 ay-12 yaş arasında tek doz, 12 yaşın üzerinde dört-sekiz hafta araya iki doz deri altına uygulanır. Sağlık Bakanlığı aşı takviminde yer almamaktadır.



# 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 orofarengeal 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 tıkanması ve asfiksi riski nedeniyle, kalp ve solunumun monitörize edilebileceği bir hastaneye **hemen sevk edilir** . Hasta ambulansla sevk edilmelidir. Sevk sırasında, hastanın solunumu kontrol altında tutulmalı 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
Farengel/larengel 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
<b>Eritromisin</b>		
Çocuklarda	40-50 mg/kg/gün (günde dört kez)	Ağızdan
Erişkinlerde	500 mg (günde dört kez)	Ağızdan
<b>Prokain penisilin</b>		
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 temaslılar**

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 orofarengeal salgılarıyla temas eden sağlık çalışanları

**Profilaksi****Antibiyotik**

*Benzatin penisilin G* : Tek doz kas içine <6 yaş için 600.000 ü,  
\*6 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 temaslılar veya aşılanma durumu bilinmeyen her kişiye hemen bir doz aşı uygulanmalı, daha sonra bağışıklama aşı takvimine göre tamamlanmalıdır. Geçmişte üç doz aşı yapılmış olan temaslılara da, son 12 ayda dördüncü bir doz uygulanmamışsa hemen rapel uygulanmalıdır. Hastalığı geçirenler tedaviden 3 ay sonra aşılanmalıdır.

**İzlem**

Bütün yakın temaslılar difterinin klinik semptom ve bulgularını gösterip göstermedikleri yönünden sorgulanmalı, hastayla son temastan sonraki yedi gün boyunca günlük izleme alınmalıdır. Günlük izlemede boğazda membran varlığı araştırılmalıdır. Bütün temaslıların 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<sup>th</sup> ed. 1992.
5. Pickering L, ed. 2000 Red Book, Report of the Committee on Infectious Disease, 25<sup>th</sup> ed. Elk grove Village: American Acedemy of Pediatrics, 2000.
6. Rappuoli R, Peragini 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

