

BEN BU CİLT BULGUSUNU TANIMİYORUM !!!

Dr. Özlem BİLİR
Rize Üniversitesi
Acil Tıp A.D.

- I)- İlaç ve Enfeksiyon gibi çeşitli ajanlara karşı gelişen hipersensitivite reaksiyonları,
- II)- Bakteriyel Acil Dermatozlar,
- III)- Viral Acil Dermatozlar,
- IV)- Otoimmün ve İnflamatuar Deri Hastalıkları.

○ I)- İLAÇ ve İNFEKSİYON gibi ÇEŞİTLİ AJANLARA KARŞI GELİŞEN HİPERSENSİTİVİTE REAKSİYONLARI:

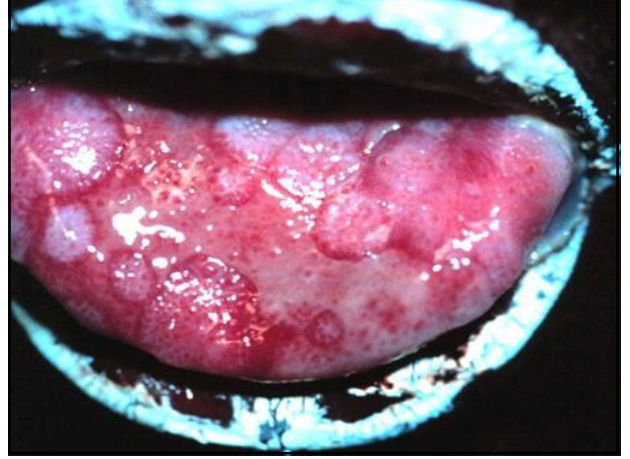
- Eritema Multiforme,
- Steve-Johnson Sendromu,
- Toksik Epidermal Nekroliz (Lyell sendromu)

ERİTEMA MULTİFORME

- Hafif ve tekrarlayıcı bir klinik seyir.
- Simetrik olarak ekstremitelerin uç ve dış yüzlerine yerleşen tipik hedef benzeri lezyonlarla karakterizedir.
- Tutulan vücut alanı %10'un altındadır.



- Üst solunum yolu enfeksiyonuna benzer prodromal belirtiler olabilir.
- Mukozal tutulum sıklıkla gözlenir. Genellikle oral mukoza ile sınırlıdır. Hafif seyir göstererek birkaç gün içerisinde skatris bırakmadan iyileşir.



- Kadın erkek oranı eşittir ve 3 yaş altı-50 yaş üzerinde nadir gözlenir.
- Etyolojisinde sıklıkla HSV enfeksiyonu rol oynar.
- Bahar aylarında ultraviyole etkisi ile daha sık görülmektedir.



- Tedavide;
 - Subjektif yakınmalara yönelik topikal steroid, analjezik ve antihistaminikler kullanılabilir.
 - Rekürren EM önlemek için en ideal yaklaşım asiklovir ya da derivelerine 6-12 ay süre ile 10 mg/kg dozunda kullanmaktır.

STEVEN-JOHNSON SENDROMU (SJS) VE TOKSİK EPİDERMAL NEKROLİZ (TEN)

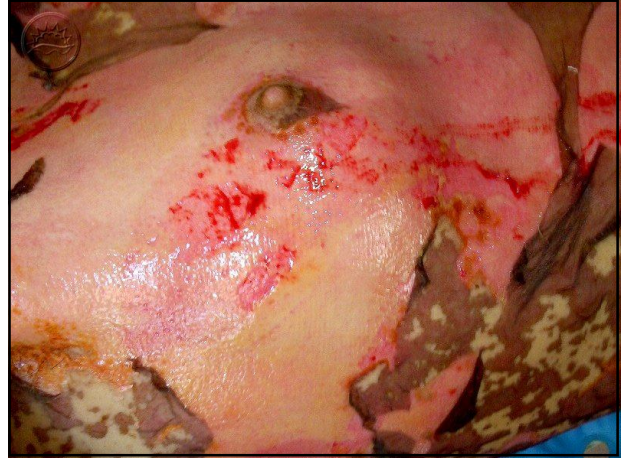
- Şiddetli deri ve mukoza tutulumu ile seyreder.
- Klinik olarak gövdede ve yaygın olarak tüm vücutta büllerle birlikte düz, atipik görünümde hedef benzeri ya da purpurik lezyonlarla karakterizedir.

- Prodromal belirtiler şiddetlidir ve deri hassasiyeti saptanır. İç organ tutulumu belirgindir. (Solunum ve Gastrointestinal sistem tutulumu)
- Mukozal tutulum belirgin ve şiddetli olup en az iki mukozal alan hastalığa katılır.
- Tutulan vücut alanı %10'un üzerinde olup mortalite oranı %1-50 arasında değişir.



- Eğer tutulum %10'un altında ise **SJS**, %30'un üzerinde ise **TEN** ve %10-30 oranında tutulum ise **SJS-TEN overlap** olarak tanımlanır.
- Etiyolojisinde sıklıkla ilaçların rol oynamaktadır. (Antikonvülzanlar, antibiyotikler ve antiinflamatuvar ilaçlar sıklıkla)

- Çocuklarda gözlenen SJS sıklıkla infeksiyöz ajanlara bağlı olarak (*Mycoplasma pneumoniae*) gözlenebilmektedir.
- **TEN**; SJS'unun son derece hızlı ilerleme gösteren ve şiddetli klinik görünümü olarak kabul edilmektedir. TEN'de döküntüler yaygın ve birleşme eğilimindedir.



- Tedavide;
 - Ciddi prezentasyonlu hastalarda acil hekimi tarafından hızla ABC kontrolü yapılmalı,
 - Hasta stabilizasyonu sağlanmalı,
 - Potansiyel enfeksiyonlara karşı geniş spektrumlu antibiyotikler başlanmalı,
 - Sistemik organ disfonksiyonuna yönelik takip yapılmalı.

- **II)- BAKTERİYEL ACİL DERMATOZLAR:**
 - Stafilokokal Haşlanmış Deri Sendromu (SSSS),
 - Stafilokokkal Toksik Şok Sendromu,
 - Streptokokal Toksik Şok Sendromu,
 - Nekrotizan Fasiitis.

STAFİLOKOKAL HAŞLANMIŞ DERİ SENDROMU

- Deride hassasiyet, büller ve yaygın yüzeyel deskuamasyonla seyred r.
- S. Aureus'un bazı su ları tarafından üretilen eksfoliyatif toksin sorumlu tutulmaktadır.

- Yenidoğanları ve 5 ya  altındaki çocukları sıklıkla etkilemektedir.
- Ayırıcı tanı TEN ile yapılmalıdır. TEN'de mukozaların ağıır ve yaygın tutulumuna karşılık SSSS'de mukozaların tutulmuyor olması önemli bir ipucudur.

  Yaygın Form (Ritter Hastalığı);

- Hastalık öncesinde halsizlik, ateş, sinirlilik ve deride belirgin bir hassasiyetin geli tiğı prodromal bir dönem vardır.
- Yüzde yerleşen bir eritemle ba lar ve döküntüler ağıız çevresinde ve kıvrımlı bölgelerde belirginleşir.
- 24-48 saat içersinde büllöz hale gelir ve geniş büller tüm v coda yayılır.
- Mukozaları tutmaz.
- 5-7 gün içersinde yüzeyel deskuamasyonla iyileşir.



  Lokalize Form:

- Eksfoliyatif toksin üreten S. Aureus su larının hemotojen yolla dissemine olmadığı lokal bir enfeksiyondur.
- Deride hassasiyet yoktur.
- Her yaşta gözlenebilir.

○ Tedavide;

- Hastanın stabilizasyonu sağlanmalıdır,
- İntravenöz antistafilokokal antibiyotiklerin kullanımı,
- Destekleyici deri bakımı ve sıvı-elektrolit dengesinin yakın takibi.

STAFİLOKOKAL TOKSİK ŞOK SENDROMU

- S.aureus'un ekzotoksin üreten suşlarının neden olduğu multiorgan yetmezliği ile giden akut, sistemik bir hastalıktır.
- Yüksek ateş, hipotansiyon veya şok ve genellikle gövdeden başlayıp sentripetal yayılım gösteren maküler eritema ile ortaya çıkar.



STAFİLOKOKAL TOKSİK ŞOK SENDROMU İÇİN TANI KRİTERLERİ

○ I)-Aşağıdakilerden 3'ü mutlaka olmalı:

- A)-Ateş >38 C
- B)-Diffüz maküler eritematöz döküntü ve döküntünün 1-2. haftasında özellikle el içi ve ayak tabanlarında olmak üzere yaygın deskuamasyon.
- C)-Hipotansiyon, sistolik <90 mmhg

○ II)-Ek olarak aşağıdaki organlardan en az 3'ü tutulmalı:

- A)-Gastrointestinal sistem (bulantı, kusma, diyare)
- B)-Kas-iskelet sistemi (myalji, kas enzimlerinde yükselme)
- C)-Renal (fonksiyon testlerinde bozukluk)
- D)-Karaciğer fonksiyonlarında bozukluk.
- E)-Hematolojik sistem (trombositopeni <100000/μL)
- F)-Merkezi sinir sistemi (dezoryantasyon, bilinç değişiklikleri)

○ Tedavi:

- Hasta stabilizasyonu sağlanmalı.
- Potansiyel enfeksiyonlara karşı geniş spektrumlu antibiyotikler başlanmalı ve enfeksiyon odağı ortadan kaldırılmalı.
- Sistemik organ disfonksiyonuna yönelik takip yapılmalı.

STREPTOKOKAL TOKSİK ŞOK SENDROMU

- A grubu beta hemolitik streptokokların neden olduğu çoğunlukla mortal seyreden bir hastalıktır.
- Genç ve sağlıklı kişilerde gözlenir. (20-50 yaş)
- İlk bulgu bir ekstremitayı ilgilendiren çok yoğun ağrı varlığıdır.

- Eritematöz maküler bir döküntü izlenebilse de Stafilokokal TSS'de izlenenden daha düşüktür.
- Kan kültürlerinde üreme ve mortalite oranı da Stafilokokal TSS'den daha yüksektir.



STREPTOKOKAL TOKSİK ŞOK SENDROMU İÇİN TANI KRİTERLERİ

○ I. *Streptococcus pyogenes* izole edilmeli

- A. Normalde steril olan bir alandan
- B. Normalde steril olmayan bir alandan

○ II. Klinik Bulgular

- A. Hipotansiyon, sistolik <90 mmhg
- B. Aşağıdakilerden 2 veya daha fazlası
 - 1. Böbrek tutulumu
 - 2. Trombositopeni yada DIC
 - 3. Karaciğer fonksiyon testlerinde yükselme
 - 4. Yetişkin solunum distress sendromu
 - 5. Maküler eritematöz döküntü ve sonrasında deskuamasyon
 - 6. Yumuşak doku nekrozu (nekrotizan fasiit veya miyozit de olabilir)

- Tedavi:
 - Hasta stabilizasyonu sağlanmalı.
 - Yoğun bir destek tedavi.
 - Erken dönemde cerrahi tedavi.

NEKROTİZAN FASİİT

- Yağ dokunun ve fasyaların hızlı nekrozu ile karakterize hayatı tehdit eden bir enfeksiyondur. (%20-40 oranında mortalite)
- A grubu streptokoklar, S. Aureus, E. Coli, Bacteriodes ve Clostridium gibi birden fazla aerobik ve anaerobik bakteriler ile oluşmaktadır.

- Enfeksiyon yaygın bir selülit alanı şeklinde başlar. Yalnız tedaviye rağmen gerileme olmaz.
- Bulguların başlamasından 36 saat sonra enfeksiyon yeri eritemli görüntüden gri-mavi renge bürünür ve lezyonun sınırları belirsizleşir.



- Yüzeysel fasyada ve yağ dokuda oluşan nekroz sonrasında enfeksiyon alanında ince akışkan, kötü kokulu bir sıvı gözlenir.
- En sık ekstremitelere yerleşir.
- MR lezyonun derinliğini belirlemede oldukça başarılıdır.

o Tedavi:

- Hasta stabilizasyonu sonrasında ilk kural cerrahi debridmandır.
- Antimikrobiyal tedaviye kültür sonuçları beklenmeden gram yayma sonuçları ile hızla başlanmalıdır.
- Hiperbarik oksijen tedavisi.

o III)- ACİL VİRAL DERMATOZLAR:

- Neonatal Herpes Simplex Virus Enfeksiyonlar
- Sitomegalovirus Enfeksiyonları (CMV)
- Epstein-Barr Virus Enfeksiyonları (EBV)
- Rozeola Infantum (Ekzantem Subitum)
- Cowpox Virus enfeksiyonları
- Eritema İnfeksiyozum

NEONATAL HERPES SİMPLEX VİRUS İNFEKSİYONLARI

- o %70'i HSV-2 'ye bağlı olarak gelişmektedir.
- o Yenidoğanlar %85 peripartum dönemde, %10 postpartum dönemde, %5 uterin dönemde enfekte olmaktadır.

o İntrauterin enfeksiyon formunda;

- o Bebeğe doğumda ya da sonrasında veziküller döküntü, bül, ülserasyon ve skatris oluşumu gözlenir.

o Peripartum ve Postpartum enfeksiyon formunda;

- o Yaşamın 10-12. gününde başlayan, bebeğin geliş biçimine göre kalça ya da saçlı deride yerleşmiş, grude veziküller, büller ya da soyulmuş deri bulguları ile karakterizedir.



EKZEMA HERPETİKUM

- Dissemine olmuş bir viral enfeksiyon olarak acil müdahale gerektirmektedir.
- Dudaktaki herpes virus enfeksiyonunun otoinokulasyonu veya infekte kişiden heteroinokulasyon şeklinde bulaş olmaktadır.

- Baş, boyun ve gövde daha sık tutulmaktadır.
- Yaygın kubbe şeklinde göbeklenme gösteren veziküllerden oluşan monomorfik bir döküntüdür.
- Döküntüler iki hafta içerisinde hemorajik kurutlara dönüşmektedir.



SİTOMEGALOVİRUS İNFEKSİYONLARI

- Okul çağı çocuklarında infekte bireylerden oral sekresyonlar ve idrara yolu ile bulaş olur. Erişkinlerde cinsel yolla bulaş olmaktadır.
- İmmün yetmezlikli kişilerde ilerleyici organ tutulumu ile giden yüksek mortalite oranları bildirilmiştir.

- Deride morumsu kırmızı renkli papül ya da noduslar, nadiren veziküller oluşmaktadır.
- Purpurik karakterde yaygın bir döküntü gelişebilmektedir.



EPSTEİN-BARR VİRUS İNFEKSİYONU

- Eritemli papüller döküntüler görülebilir.
- Ampisilin kullanımı ile yaygın eritemli papüller ya da morbiliform döküntü izlenmesi tipiktir..



ROZELO İNFANTUM

- HSV-6'nın etken olduğu ve 6 ay – 2 yaş arasında çocuklarda en sık görülen döküntülü ateş nedenidir.
- Boyun ve gövdeden başlayarak yüz ve ekstremitelere dağılan eritemli papüler ile karakterize döküntüler vardır.





- İmmun yetmezlikli erişkin hastalarda şiddetli ve mortal seyredebilmektedir.
- Tedavi;
 - Semptomatik yaklaşım.
 - Şiddetli olgularda antiviral tedavi kullanılmaktadır.

COWPOX VİRUS İNFEKSİYONLARI

- İnsanlara derideki küçük sıyrıklar yoluyla evcil kedilerden ya da süt sağma nedeniyle bulaşmakta.
- 5-7 günlük inkubasyon süreci sonrasında oluşan papüller veziküllere dönüşmekte.

- Hemorajik özellik kazanan veziküller göbeklenme özelliği gösteren etrafı eritemli ve ödemli püstül haline gelir. İkinci hafta içerisinde de üzeri skarla kaplı bir ülserasyon oluşturur.



ERİTEMA İNFEKSİYOZUM

- Sıklıkla çocuklarla gözlenir
- Parvovirus B19 etkindir.
- Yanaklarda birleşme eğilimi gösteren pembe-kırmızı papüllerle karakterizedir. (tokatlanmış yüz görünümü)



- Döküntüler el, ayak ve gövdeye yayılım göstererek ağırsı bir görüntü sergiler.
- Erişkinlerde baskın semptom poliartraljidir. Yanaklardaki döküntüler nadirdir.



- IV)- OTOİMMÜN VE İNFLAMATUAR DERİ HASTALIKLARI
 - Pemfigus Vulgaris
 - Generalize Püstüler Psoriasis
 - Eritrodermi

PEMFIGUS VULGARİS

- Gevşek büllerle ve erozyonlarla karakterizedir. Deri ve mukoz membranların yaşamı tehdit eden otoimmün bülloz hastalıdır.
- Normal görünümlü deride ortaya çıkan gevşek büller kolaylıkla rüptüre olması sonucu ağırlı erode alanlara dönüşür.





- En çok tutulan alanlar; oral mukoza, saçlı deri, yüz, sırt, göğüs ön duvarı, göbek, axilla ve inguinal bölgelerdir.
- Genellikle tutulum oral mukozadan başlayarak konjunktiva, larinks, farinks, özefagus, vulva ve üretra gibi muköz membranlarda da lezyonlar görülebilir.



- İntraepitelyal büllelerin ve derideki erozyonların varlığı ve muköz membran tutulumundaki değişikliklerle pemfigus vulgaris, pemfigus foliaceus ve paraneoplastik pemfigus olmak üzere 3 temel varyantı vardır.

○ TEDAVİ;

- Temel hedefen az yan etki ile en uzun remisyonu sağlamaktır.

• GLUKOKORTİKOIDLER:

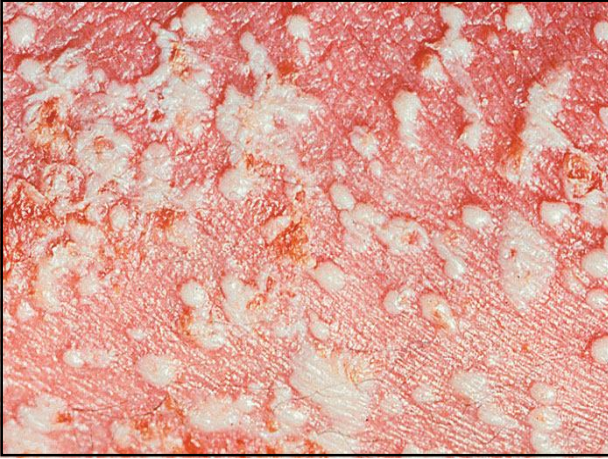
- Antiinflatuar ve immünsüpresif etkileri ile sistemik kortikosteroidler tedavide en iyi seçenektir.

• SİKLOFOSFAMİD

- En etkili ilaç olmakla birlikte kısa ve uzun dönem toksiteleri kullanımını kısıtlamaktadır.
- Şiddetli ve hızla ilerleyen vakalarda prednizolon+plazmaferez+siklofosfomet tedavisinden olumlu sonuçlar alınabilmektedir.

GENERALİZE PÜSTÜLER PSORİAZİS

- Hastalığın öncesinde ve sonrasında psoriaze rastlanmaktadır.
- Tüm vücutta yaygın eritem ve püstüller görülerek daha önceden etkilenmeyen vücut bölgelerine doğru yayılım gösterir.

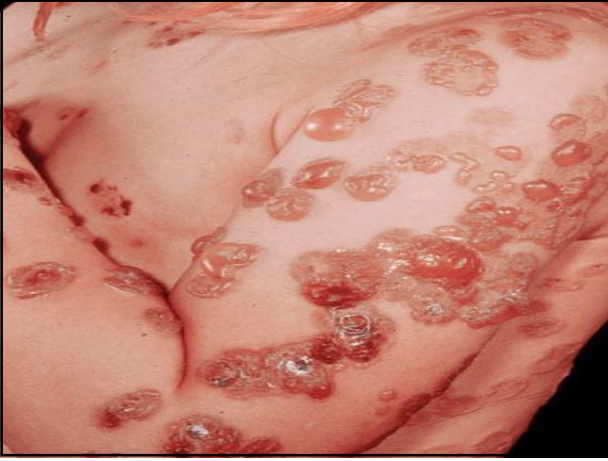


- Püstüller günler sonra yaygın deskuamasyonla geriler.
- Avuç içi ve ayak tabanlarının tutulumu tipiktir.
- Fleksura bölgeleri ve genital bölge özellikle etkilenir.



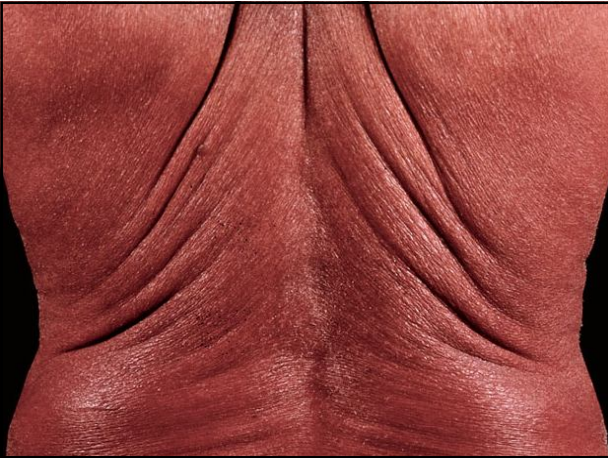
- Gebeliğin yaygın püstüler psoriasis (impetigo herpetiformis)
- Infantil ve juvenil püstüler psoriasis
- Sırsine, annüler ve lineer püstüler psoriasis





ERİTRODERMİ

- Yaygın eritem ve deskuamasyonla seyreden inflamatuvar bir deri hastalığıdır. Sistemik bulgular eşlik edebilir.
- Primer (idiyopatik) veya sekonder (psoriasis, atopik dermatit, kutanöz T hücreli lenfoma ve ilaç reaksiyonları özellikle neden)



- İlaçlardan kalsiyum kanal blokerleri, karbamazepin, simetidin, lityum ve fenitoin en fazla sorumlu tutulanlardır.

- **Primer;**
 - Gövdede yerleşen lezyon tüm vücuda yayılır.
- **Sekonder;**
 - Mevcut deri hastalığının tüm vücuda yayılması söz konusudur.