

İMMÜNSÜPRESE OLMAYAN ERİŞKİN BİR HASTADA SU ÇİÇEĞİ PNÖMONİSİ

Mustafa SÜNBÜL, Mehmet AKKUŞ, Şaban ESEN, Cafer EROĞLU,
Hakan LEBLEBİCİOĞLU

ÖZET

Su çiçeği sıklıkla çocukluk yaşlarında görülen bulaşıcılığı yüksek, döküntülü viral bir hastalıktır. En sık görülen komplikasyonları pnömoni ve ensefalittir. Sağlıklı kişilerde su çiçeği her zaman tam olarak iyileşmekle birlikte immünsüprese hastalarda ilerleyici hastalık gelişebilir. 30 yaşında erkek hasta, ateş, solunum sıkıntısı, deri döküntüsü şikayetleri ile kliniğimize başvurdu. Fizik muayenede; genel durumu kötü, ateş 38,5°C, nabız 100/dakika, solunum 44/dakika, dudaklar siyanotik, akciğerler bilateral solunuma az katılıyor, orta ve bazallerde ralleri vardı. Vücutta saçlı deri dahil yaygın papüloveziküler deri döküntüleri mevcuttu. Akciğer grafisinde yaygın bilateral retikülonodüler görünüm izlendi. Su çiçeği pnömonisi tanısı ile yatırılan hastadan kan ve balgam kültürü alındı. Hastada primer-sekonder pnömoni ayrımı tam yapılamadığı için asiklovir (10 mg/kg 8 saat arayla) birlikte, sefepim 3x2 g/gün ve klaritromisin 2x500 mg /gün tedavisi başlandı. Hasta respiratöre bağlandı. Kan kültüründe üreme olmadı. Trakeal aspirat kültüründe patojen bakteri saptanmadı. ELISA ile varisella IgG ve IgM antikorları pozitif bulundu. Tedavinin 10. gününde trakeostomi açıldı ve mekanik ventilasyona kanül ile devam edildi. Hastalığın 12. gününde hasta uyandırıldı ve destekli spondan solunumu başlatıldı. Klinik olarak şikayetleri gerileyen ve oksijenasyonu düzelen hasta respiratörden ayrılarak takip edildi. Asiklovir tedavisi 10 güne, sefepim ve klaritromisin tedavisi 14 güne tamamlanarak kesildi. Herhangi bir sorunu olmayan hasta şifa ile taburcu edildi. Sonuç olarak erişkin dönemde nadir görülen suçiçeği seyrinde hayatı tehdit eden pnömoni gelişebilir, erken antimikrobiyal ve destek tedavisi mortalite riskini azaltmada yararlı olabilir.

Anahtar kelimeler: Su çiçeği pnömonisi

SUMMARY

Chickenpox pneumonia in an immunocompetent adult patient.

Chickenpox is principally a childhood viral disease characterized by skin eruptions with high infectivity. Pneumonia and encephalitis are the most encountered complications. Otherwise healthy people almost exhibit full recovery, however, the disease may be dangerous in patients with immunosuppression. A 30 year-old male patient admitted to our clinic with fever, respiratory distress and skin eruptions. Physical examination revealed a poor general condition with fever of 38.5°C, heart rate 100/min, respiratory rate 44/min, cyanotic lips and the lungs were bilaterally participating respiration less than normal and rals in mid and basal regions. There were widespread papulovesicular skin eruptions including scalp. Chest x-ray revealed widely bilateral reticulonodular lesions. Blood and sputum cultures were obtained from the patient with an initial diagnosis of chickenpox. An empirical treatment consisting of acyclovir 10 mg/kg every 8 hours, cefepime 3x2 g/day, clarithromycin 2x500 mg/day was started because no clear distinction between primary and secondary pneumonia was established. Then the patient was intubated and mechanically ventilated. Blood culture yielded no growth as for the culture of tracheal aspirate that revealed no pathogenic bacteria. IgG and IgM antibodies for varicella were positive by ELISA. On the tenth day tracheostomy was performed and mechanical ventilation continued via canula. At the 12th days of the disease the patient reawakened and allowed spontaneous respiration. His clinical course improved, oxygenation restored and consequently he left the mechanical ventilation. Acyclovir therapy continued 10 days and cefepime and clarithromycin 14 days. The patient was discharged with full recovery. In conclusion, during the course of chickenpox which is rare in adult ages, life-threatening pneumonia might ensue, early antimicrobial treatment and supportive measures may be useful in reducing mortality risk.

Key words: Chikenpox pneumonia

GİRİŞ

Su çiçeği sıklıkla çocukluk yaşlarında görülen bulaşıcı-lığı yüksek, döküntülü viral bir hastalıktır. En sık görülen komplikasyonları pnömoni ve ensefalittir. Sağlıklı kişilerde su çiçeği her zaman tam olarak iyileşmekle birlikte immünsüpre hastalarda ilerleyici hastalık gelişebilir, bu tür hastalarda mortalite % 20'ye kadar çıkmaktadır (6,16). Ülkemiz-

de su çiçeğinin erişkinlerdeki sıklığı, komplikasyonları ve mortalite ile ilgili veriler sınırlıdır. Olgu bildirim şekline sunulan yayınlar mevcuttur (2). Makalede; kliniğimizde takip edilen, yetişkinlerde nadir görülen, immünsüpresyonu olmayan bir hastada gelişen su çiçeği pnömoni olgusu sunulmuştur.

OLGU

Otuz yaşında, erkek hasta, serbest meslek sahibi. Ateş, solunum sıkıntısı, deri döküntüsü yakınması ile başvuran hastanın bir hafta önce halsizlik, bitkinlik, iştahsızlık şikayetleri başlamış. Dört gün sonra da sırtında ve göğsünde deri döküntüleri çıkmış. Döküntüler saçlı deriye ve tüm vücuduna yayılmış, ekstremitelerinde daha seyrekmiş. Yer yer sulantılı ve kaşıntılı imiş. Hastanın ateşi yükselmiş. Son iki gündür de solunum sıkıntısı ortaya çıkmış. Hasta öksürükle birlikte, az miktarda mukoid balgam çıkarıyormuş. Öyküsünden su çiçeği geçirmediği öğrenildi. Hastanın üç çocuğu son bir ay içinde yakın aralıklarla su çiçeği geçirmişti. Altta yatan önemli bir hastalığı yoktu. On yıldır 1 paket/gün sigara kullanıyor, ara sıra alkol alıyor.

Fizik muayenede; genel durum kötü, huzursuzluğu mevcuttu. Ateş 38,5°C, nabız 100/dakika, solunum 44/dakika idi. Vücutta saçlı deri dahil yaygın papülovesiküler tipde bazıları kurutlu, bazıları veziküler döküntüleri mevcuttu. Ekstremitelerde döküntüler daha az idi. Dudaklar siyanotik, akciğerler bilateral solunuma az katıyor, dinlemekle orta ve bazallerde krepitan ralleri vardı. Kalp ritmik, taşikardikti. Akciğer grafisinde yaygın bilateral retikülonodüler görünümde artış mevcuttu. Laboratuvar bulguları; lökosit: 11,300/mm³, trombosit 88,000 /mm³, sedimentasyon

5 mm/saat. Kreatin kinaz: 536 U/L (35-195), AST:73 IU, ALT:39 IU. Kan gazları PO₂: 50.5 mmHg, pH:7.35. Balgam mukoid, hemorajik ve köpüklü idi. Gram boyamada seyrek Gram pozitif kok görüldü. Su çiçeği ve pnömoni tanısı ile yatırılan hastadan kan ve balgam kültürü alındı. Hastada primer-sekonder pnömoni ayrımı tam yapılamadığı için asiklovir 10 mg/kg 8 saat arayla, sefepim 3x2 g/gün ve klaritromisin 2x500 mg /gün tedavisi başlandı. Solunum yetmezliği nedeniyle hasta respiratöre bağlandı. Takiplerinde ateşleri 7 gün boyunca 38°C'nin üzerinde seyretti. Kan kültüründe üreme olmadı. Trakeal aspirat kültüründe patojen bakteri saptanmadı. ELISA ile varisella IgG ve IgM antikorları pozitif idi. Döküntüleri yatışının 5. gününden sonra kurutlanarak solmaya başladı. Trakeal tüpden sekresyonları aspire edildi. Tekrarlanan trakeal aspirat kültüründe de üreme olmadı. Tedavinin 10. gününde trakeostomi açıldı ve mekanik ventilasyona kanül ile devam edildi. Hastalığın 12. gününde hasta uyandırıldı ve destekli spontan solunumu başlatıldı. Klinik olarak şikayetleri gerileyen ve oksijenasyonu düzelen hasta respiratörden ayrılarak takip edildi. Asiklovir tedavisi 10 güne, sefepim ve klaritromisin tedavisi 14 güne tamamlanarak kesildi. Hastanın trakeostomi kanülü çekildi. Sorunu olmayan hasta şifa ile taburcu edildi.

TARTIŞMA

Su çiçeği temasla bulaşan, kendi kendini sınırlayan, bulaşıcılığı yüksek, genellikle çocuklarda benign seyirli, döküntülü bir virus hastalığıdır (1,5,16). Primer su çiçeği infeksiyonları yetişkinlerde nadirdir, ancak çocuklardan daha yüksek oranda mortalite ve morbidite riski taşımaktadır. Su çiçeği geçiren erişkinlerde su çiçeği pnömonisi sıklığı 1/400 olarak tahmin edilmektedir (16). Şiddetli pnömonide mortalite % 9-50 arasında değişmektedir (10). Son yıllarda yetişkinlerde su çiçeği infeksiyonlarının sıklığı artmaktadır ve pnömoni yetişkinlerde primer su çiçeği infeksiyonlarının en önemli komplikasyonlarından biridir (1,15,16). Su çiçeği pnömonisi, klasik su çiçeği döküntüleri olan hastaların akciğer grafisinde yoğun bilateral nodüler gölgelerin bulunması ile tanımlanır. Su çiçeği geçiren yetişkinlerde pnömoni komplikasyonu çocuklardan 25 kat daha fazla görülür (9). Solunum

sistemi ile ilgili semptomlar genellikle döküntüden 3 ile 5 gün sonra başlar. En sık semptomlar deri döküntüsü, öksürük, solunum sıkıntısı, göğüs ağrısı ve hemoptizidir (11).

Olgumuzda da kliniğimize başvuru şikayeti solunum sıkıntısı, öksürük, ateş ve deri döküntüleri idi ve döküntülerden 3 gün sonra solunum sıkıntısı gelişmişti. İlk muayenede hemoptizi şikayeti olmayan hastada takiplerinde hemoptizi gelişti ve mukoid balgamı mevcuttu. Su çiçeğinin tanısında hastalığı geçirenle temas öyküsü önemlidir. Olgumuzda da hastanın üç çocuğunun son bir ay içerisinde yakın aralarla su çiçeği geçirmiş olması tanıyı destekleyen önemli bir bulguydu. Hastada kan gazlarında hipoksi gelişmesi ve solunum yetmezliği nedeniyle mekanik ventilasyon uygulandı. Takiplerinde ateş 38°C'nin üzerinde seyretti. Mekanik ventilas-

yonun 10. gününde trakeostomi açıldı. Solunumu rahatlatan hasta respiratörden ayrılarak gözlemlendi. Tamamen solan deri döküntüleri iz bırakmadan iyileşti. Su çiçeği pnömonisinde agresif tedaviye erkenden başlanması önemlidir (13). Tedavinin temelini antiviral ilaçlar ve destek tedavisi oluşturmaktadır (2). Yaşamı tehdit eden ciddi su çiçeği pnömonilerinde erken başlanan ve yüksek doz uygulanan intravenöz asiklovir tedavisinin prognozu olumlu etkilediği araştırmacıların çoğu tarafından kabul edilmektedir (4,8,12). Olgumuzda sekonder bakteriyel pnömoni tam elimine edilemediği için asiklovirle birlikte, klaritromisin ve sefepim tedavisi de yeterli süre verilmiştir. Hastamızda klinik ve radyolojik olarak tam iyileşme elde edilmiştir. Laboratuvar bulgularında saptanan trombositopeni de kontrolde normal olarak bulunmuştur. Semptomatik tedavide ateş düşürücüler ve antihistaminikler de kullanılabilir.

Tokat ve ark. (14) yetişkin su çiçeği pnömonili mekanik

ventilasyonlu bir olguda asiklovir ile intravenöz immünglobulini kombine kullanmışlar ve ARDS gelişen hastaların tedavisinde güvenilir ve etkili olduğunu ileri sürmüşlerdir. Tedavide steroidlerin yeri konusunda farklı görüşler mevcuttur (16). Lau (7) şiddetli su çiçeği pnömonili, hafif hepatit ve trombositopenisi olan bir hastayı, asiklovirle birlikte sistemik steroid kullanarak tedavi etmiştir. Şiddetli su çiçeği pnömonisinin gelişmesinde sigara kullanımı, gebelik ve kronik akciğer hastalığı risk faktörleri olarak bildirilmiştir (5,6). Hastamız da 10 yıldır günde 1 paket sigara kullanıyordu.

Hastalıktan korunmada etkenle karşılaşmamış olan yetişkinlere su çiçeği aşısı önerilir (3,13). Temas öyküsü olan seronegatif kişilere de ilk 96 saat içinde aşı ile birlikte Varicella-Zoster immünglobulini uygulanmalıdır. Sonuç olarak erişkin dönemde nadir görülen suçiçeği seyrinde hayatı tehdit eden pnömoni gelişebilir, erken antimikrobiyal ve destek tedavisi mortalite riskini azaltmada yararlı olabilir.

KAYNAKLAR

- 1- Ann MA: Varicella-Zoster virus, *Clin Microbiol Rev* 9:361 (1996).
- 2- Çelebi G, Gürbüz Y, Türkyılmaz R: Erişkin varisella pnömonisi-olgu sunumu, *Flora* 5:148 (2000).
- 3- Fairley CK, Miller E: Varicella-zoster virus epidemiology-a changing scene? *J Infect Dis* 174 (Suppl 3):S314 (1996).
- 4- Gogos CA, Bassaris HP, Vagenakis AG: Varicella pneumonia in adults. A review of pulmonary manifestations, risk factors and treatment, *Respiration* 59:339 (1992).
- 5- Golpe Gomez R, Garcia Aranguena L, Garcia Perez MM, de la Roza Fernandez CO, Fernandez Rozas SM, Cifrian Martinez JM: Varicella pneumonia in the previously healthy adult, *Ann Med Internal* 16:83 (1999).
- 6- Jones AM, Thomas N, Wilkins EG: Outcome of varicella pneumonia in immunocompetent adults requiring treatment in a high dependency unit, *J Infect* 43:135 (2001).
- 7- Lau LG: Adult varicella pneumonia that responded to combined acyclovir and steroid therapy, *Med J Malaysia* 54:270 (1999).
- 8- Mer M, Richards GA: Corticosteroids in life-threatening Varicella pneumonia, *Chest* 114:426 (1998).
- 9- Mohsen AH, Peck RJ, Mason Z, Mattock L, McKendrick MW: Lung function tests and risk factors for pneumonia in adults with chickenpox, *Thorax* 56:796 (2001).
- 10- Nilsson A, Orqvist A: Severe varicella pneumonia in adults in Stockholm County 1980-1989, *Scand J Infect Dis* 28:121 (1996).
- 11- Paytubi C, Negro E, Ferrer S, Monmany J, Barrio JL: Varicella pneumonia in the adult. Study of 9 cases, *Ann Med Internal* 18:312 (2001).
- 12- Potgieter PD, Hammond JM: Intensive care management of Varicella pneumonia, *Respir Med* 91:207 (1997).
- 13- Pugh RN, Omar RI, Hossain MM: Varicella infection and pneumonia among adults, *Int J Infect Dis* 2:205 (1998).
- 14- Tokat O, Kelebek N, Turker G, Kahveci SF, Ozcan B: Intravenous immunoglobulin in adult varicella pneumonia complicated by acute respiratory distress syndrome, *J Int Med Res* 29:252 (2001).
- 15- Weller TH: Varicella: historical perspective and clinical overview, *J Infect Dis* 174 (Suppl 3):S306 (1996).
- 16- Whitley RJ: Varicella-Zoster virus, "Mandell GL, Bennett JE, Dolin R (eds): *Principles and Practice of Infectious Diseases*, 5th ed." kitabında s. 1580, Churchill Livingstone, New York (2000).