

Suçiçeği Enfeksiyonu Sonrası Gelişen Cilt Defektli İki Olgunun Sunumu

SKIN DEFECTS FOLLOWING VARICELLA INFECTION: CASE REPORTS

Dr. Serkan SAYILKAN,^a Dr. İlker ÜŞÇETİN,^a Dr. Fatih ÖKTEM,^a
Dr. Nilgün MARKAL ERTAŞ,^a Dr. Selim ÇELEBİOĞLU^a

^aSSK Ankara Eğitim Hastanesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Kliniği, ANKARA

Özet

Suçiçeği varicella zoster virüsünün yol açtığı, çocukluk çağının sık görülen, bulaşıcı, virütik bir hastalıktır. Genellikle 5-10 yaşları arasında ortaya çıkar.

Suçiçeği enfeksiyonu yenidoğanlar, yaşlılar ve bağışıklık sistemi baskılanmış kişiler için daha ciddi bir hastalıktır. Deri lezyonlarının stafilococcus ya da streptokoklarla ikincil enfeksiyonu en sık görülen komplikasyonudur. Bazen nekrotizan fasiit ve sonrasında cilt defektleri görülebilir.

Yazımızda suçiçeği enfeksiyonu sonrası nekrotizan fasiit ve cilt defektli gelişen 2 hasta sunulmuştur. Bu hastalar cerrahi debridman, lokal yara bakımı, kısmi kalınlıkta deri grefti ve lokal flepler kullanılarak tedavi edilmiştir. Yazımızda ayrıca bu tip olgulardaki tedavi seçenekleri de sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Suçiçeği, cilt

Türkiye Klinikleri J Med Sci 2005, 25:129-132

Abstract

Chicken pox is a viral, contagious disease caused by varicella zoster virus. It is common in childhood and generally seen between 5-10 years old of age.

Chicken pox infection generally follows a more serious course in newborns, the elderly and immune suppressed patients. Secondary infection of the resulting skin lesions by staphylococcus or streptococcus is the most common complication. Gross cutaneous defects as a consequence of necrotizing fasciitis may be seen in some instances.

We present two cases of necrotizing fasciitis and subsequent skin defects secondary to chicken pox infection. The patients were successfully treated with serial surgical debridement, split thickness skin grafts, local flaps and local wound care. In addition, we review possible treatment modalities for such cases.

Key Words: Chicken pox, skin

Suçiçeği varicella zoster virüsü (VZV)'nin yol açtığı, çocukluk çağının sık görülen, son derece bulaşıcı bir hastalıktır. Genellikle 5-10 yaşları arasında ortaya çıkan ve kendiliğinden iyileşen yaygın deri lezyonları ile karakterizedir. VZV, birincil bir enfeksiyon (suçiçeği) ya da endojen nedenle aktive olan tekrarlayıcı enfeksiyona (herpes zoster ya da zona) neden olur. Birincil enfeksiyonda VZV konjonktivalar ya da üst solunum yollarına girer. Bölgesel lenf dokularında çoğaldıktan sonra birincil viremi ile yayılır. Daha sonra karaciğer, dalak ve başka

yerlerde üreme ve ikincil viremi sonucunda tipik veziküler döküntüsü olan deri lezyonları oluşur. Tipik döküntüsü küçük kırmızı papüller şeklinde başlar ve hızla eritemli zeminde veziküllere dönüşür. Veziküller ülserleşir ve iyileşir.^{1,2}

Suçiçeği enfeksiyonu genellikle hafif bir hastalık olmakla beraber komplikasyonlar görülebilir. Yenidoğanlar, yaşlılar ve bağışıklık sistemi baskılanmış kişiler için daha ciddi bir hastalıktır.^{3,4} Deri lezyonlarının stafilococcus ya da streptokoklarla ikincil enfeksiyonu hastalığın en sık görülen komplikasyonudur.⁵ Bazen nekrotizan fasiit ve sonrasında gelişen cilt defektleri görülebilir. Pnömoni, kardit, hepatit, glomerulonefrit, ensefalit diğer komplikasyonlarıdır.⁴⁻⁶

Bu yazımızda kliniğimizde suçiçeği enfeksiyonu sonrası cilt defektli gelişen 2 olgu sunulmuştur.

Geliş Tarihi/Received: 03.10.2003 **Kabul Tarihi/Accepted:** 10.03.2004

Yazışma Adresi/Correspondence: Dr. Serkan SAYILKAN
64. Sok. No:22/7, 06510, Emek, ANKARA
serkansayilkan@hotmail.com

Copyright © 2005 by Türkiye Klinikleri



Resim 1. Sol inguinal bölgede suçiçeği enfeksiyonu sonrası gelişmiş, 3 x 4 cm'lik deri kaybı ve aynı hastanın ameliyat sonrası görünümü.

Olgu 1

Dokuz yaşında kız çocuğu kliniğimize, sol inguinal bölgesinde yaklaşık 3 x 4 cm boyutlarında cilt defekti ile yatırıldı (Resim 1a). Hastanın hikayesinde yaklaşık 1 ay önce geçirilmiş suçiçeği

enfeksiyonu mevcut idi. Hasta bu süre zarfında pediatri kliniğinde takip altında iken, hastalığın 10. gününden sonra, sol inguinal bölgede başlayan pürülan akıntılı, nekrotik görümlü cilt lezyonlarının geliştiği öğrenildi. Hastanın genel durumunun kötü, ateş, taşikardi, hipotansiyon ve bilinç değişikliklerinin olduğu, bu nedenle de hastaya intravenöz antibiyotik ve sıvı tedavisi uygulandığı öğrenildi. Bu nedenle cilt nekrozunun, nekrotizan fasiit sonrası geliştiği düşünüldü. Hastanın genel durumu düzeldiğinde yara yerlerinde demarkasyon hatları oluşmuş nekrotik lezyonlarına debridman uygulandı ve kliniğimize nakledildi. Cilt defekti tabanında yetersiz granülasyon dokusu ve bir miktar pürülan akıntı mevcuttu. Yeterli granülasyon dokusu oluşuncaya dek, günlük seri debridman ve antibiyotikli pomadlar ile pansuman tedavisi uygulandı. Sonrasında hastanın sol gluteal bölgesinden alınan kısmi kalınlıkta deri grefti ile



Resim 2. Sağ submandibular bölgede ve sağ uyluk mediyalinde suçiçeği enfeksiyonu sonrası gelişmiş 2 x 2 cm ve 10 x 10 cm'lik cilt defektlerinin görünümü.

sol inguinal bölgedeki 3 x 4 cm boyutlarındaki defekt kapatıldı. Hastada greft donör sahası için gluteal bölgenin seçilme nedeni, donör saha skarının az görülebilen bir bölgede kalmasını sağlamaktı. Ameliyat sonrası erken ve geç dönemde herhangi bir komplikasyon ile karşılaşmadı (Resim 1b).

Olgu 2

Üç yaşında erkek çocuğu kliniğimize sağ submandibular bölgede yaklaşık 2 x 2 cm, sağ uyluk medialinde yaklaşık 10 x 10 cm boyutlarında cilt defektleri ile yatırıldı (Resim 2). Pediatri kliniğinden kliniğimize nakledilen bu hastanın da hikayesinde, yaklaşık 20 gün öncesinde geçirilmiş suçiçeği enfeksiyonu mevcut idi. Olgu 1'deki hasta ile benzer klinik tablosu olan hastaya pediatri kliniğinde yattığı süre içinde nekrotizan fasiit geliştiği düşünülerek iv medikasyon uygulandığı öğrenildi. Hasta kliniğimize yatırıldığında nekrotizan fasiit tablosu düzelmiş, defekt tabanında bir miktar pürülan akıntısı ve yetersiz granülasyon dokusu mevcut idi. Günlük seri debridman ve pansuman tedavisi ile yeterli granülasyon dokusu sağlandıktan sonra, sağ uyluk medialindeki 10 x 10 cm defekt için, defekt proksimalinden fasyokutan flep planlandı ve ilerletildi. Sağ submandibular bölgedeki 2 x 2 cm defekt ise yara dudakları tazelenildikten sonra cilt flepleri dekole edilerek, primer sütürasyon ile kapatıldı. Ameliyat sonrası erken ve geç dönemde komplikasyon izlenmedi (Resim 3).

Tartışma

Suçiçeği enfeksiyonu genellikle çocukluk çağında görülen, viral kökenli bir hastalıktır. Hafif seyirli bir hastalık olmakla beraber bazen komplikasyonlar görülebilir. Bu hastalıkta görülen deri lezyonlarının stafilokok veya streptokoklarla ikincil enfeksiyonu en sık görülen komplikasyondur. Bu enfeksiyonlar sonrasında bazen nekrotizan fasiit ve sonrasında cilt defektleri görülebilir. Çocukluk çağı döküntülü hastalıklarından sonra cilt nekrozları komplikasyon olarak karşımıza çıkabilmektedir. Bu nedenle, cilt lezyonlarının sekonder enfeksiyonu genellikle mikrotravmalar sonucu olduğundan önlenmesi primer amaç olmalıdır. Nekrotizan fasiit, çoğunlukla fasiya dahil cilt altı dokularda nekroza neden olan, hemen daima ateş,



Resim 3. Sağ submandibular bölgede ve sağ uyluk medialinde cilt defektleri olan hastanın ameliyat sonrası görünümü.

taşikardi, hipotansiyon ve bilinç değişiklikleri dahil sistemik toksisite ile birlikte olan bir

komplikasyondur.¹ Bu 2 olgumuzda gözlemlendiğimiz gibi bu şekilde cilt defekti gelişen hastalarda, cilt defektinin tabanında yetersiz granülasyon dokusu ve pürülan akıntı olmaktadır. Bu nedenle bu hastaların tedavi planında günlük seri cerrahi debridmanlar, lokal yara bakımı ve pansuman tedavisi yapılmalıdır. Yara yerinde enfeksiyonun önüne geçildikten ve iyi bir yara zemini elde edildikten sonra gecikmiş primer kapama yapılabilir. Primer kapama yapılamayacak büyüklükte bir defekt var ise yüz bölgesi hariç diğer bölgelerde kısmi kalınlıkta deri grefti kullanılmalıdır. Yüz bölgesi estetik açıdan önemli olduğundan ilk tercih olarak lokal dokular kullanılmalıdır. Lokal dokuların yetersiz olduğu durumlarda tam kat kalınlıkta deri grefti kullanılmalıdır. Defektler greft ile kapatılmaya uygun değilse ve lokal flep imkanımız yok ise bu defektlere serbest flep uygulanmalıdır.⁷

KAYNAKLAR

1. Behrman BE. Nelson Textbook of Pediatrics. 14th ed. Philadelphia: WB Saunders; 1992. p.12,69.
2. Whitley RJ. Varicella zoster virus. In: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R, eds. Mandell, Douglas and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases. 4th ed, Philadelphia: Churchill Livingstone Inc; 1995. p.1345-51.
3. Chen TM, George S, Woodruff CA, Hsu S. Clinical manifestations of varicella zoster virus infection. *Dermatol Clin* 2002;20(2):267-82.
4. Gnann Jr JW. Varicella-zoster virus: Atypical presentations and unusual complications. *J Infect Dis* 2002;15:186 (Suppl 1):P91-8.
5. Jackson MA, Burry VF, Olsan LC. Complications of varicella requiring hospitalization in previously healthy children. *Ped Infect Dis J* 1992;11:441.
6. Gucuyener K, Citak EC, Elli M, Serdaroglu A, Citak FE. Complications of varicella zoster. *Indian J Pediatr* 2002;69(2):195-6.
7. Place JP, Herber SC, Hardesty RA. Basic Techniques and Principles in Plastic Surgery, Grabb and Smith's Plastic Surgery. 5th ed. Philadelphia: Lippincott-Raven; 1997. p.13-25.