

Akut Solunum Yetersizliği ile Seyreden Suçiçeği Pnömonisi Olgusu

Paşa Göktaş, Serpil Ertem, Zerdi Dağ, Nurgül Ceran, Berna Göçer

Özet: Suçiçeği, çocukluk çağının genellikle iyi seyirli bir infeksiyon hastalığıdır. Pnömoni, suçiçeğini erişkin çağda geçirenlerde karşılaşılabilecek en ciddi komplikasyonlardan biridir. Bu yazıda yoğun sigara kullanımı bulunan bir erkek hastada mekanik ventilasyon gerektiren ağır solunum yetersizliği ile ortaya çıkan bir suçiçeği pnömonisi olgusu sunulmaktadır.

Anahtar Sözcükler: Suçiçeği, pnömoni.

Summary: A case of chickenpox pneumonia presenting with severe respiratory failure. Primary varicella-zoster virus (VZV) infection is usually seen in childhood with a benign course. Pneumonia is one of the most serious complications of chickenpox contracted in adulthood. In this report, we presented a case of severe VZV pneumonia requiring mechanic ventilation encountered in a heavy smoker adult male.

Key Words: Chickenpox, pneumonia.

Giriş

Suçiçeği vakalarının %90'dan fazlası 15 yaşın altında, bunların da yaklaşık yarısı 5-9 yaşları arasında ortaya çıkmaktadır. Genellikle iyi seyirli bir çocukluk çağı infeksiyonu olmakla birlikte, özellikle erişkin ve immün sistem bozukluğu olan bireylerde çok ciddi komplikasyonlarla seyrebilmektedir. Antibiyotik öncesi yıllarda çocukluk döneminde infeksiyonun önde gelen komplikasyonları sekonder bakteriyel infeksiyonlar iken, antibiyotiklerin kullanıma girmesiyle ensefalit ve Reye sendromu birincil komplikasyonlar haline gelmiştir (1). Primer suçiçeği pnömonisi ise prematüre bebekler ile yenidoğanlarda, immün sistem bozukluğu olan çocuklarda, kortikoterapi görmüş bireylerde, gebeliğin ikinci ve üçüncü trimestri ile postpartum periyoddaki kadınlarda, 20 yaş üzerindeki erişkinlerde gözlenen ve yüksek ölüm oranları ile hayatı tehdit eden bir komplikasyondur (1-4). Erken dönemde başlanacak intravenöz asiklovir tedavisinin mortaliteyi azaltıcı etkisi bildirilmektedir (1-3,5).

Olgu

34 yaşında erkek hasta, öksürük, nefes darlığı, ateş, vücutta yaygın döküntü yakınmaları ile yatırıldı. Üç gün önce halsizlik ve ateş, bundan bir gün sonra vücutta döküntü, öksürük, ve nefes darlığı yakınmaları başlamıştı. 15 gün kadar önce çocuğunun suçiçeği geçirdiği öğrenildi. Özgeçmiş ve soygeçmişinde bir özellik tanımlamayan hastanın, alışkanlıkları arasında günde 2 paket sigara kullanımı vardı.

Fizik muayenesinde, ateş 38.5 °C, nabız 96/dakika ve ritmik, TA 100/60 mmHg, solunum sayısı 60/dakika olan hastanın bilinci açık ve koopere idi. Vücutta yaygın veziküller döküntüler saptandı. Solunum sistemi muayenesinde bilateral akciğer orta ve alt zonlarda kreptan raller mevcuttu. Diğer sistem muayeneleri doğal idi.

Laboratuvar incelemelerinde lökosit sayısı 10

Haydarpaşa Numune Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Servisi, Haydarpaşa-İstanbul

800/mm³, hemoglobin 17.5 gr/dl, hematokrit % 48, trombosit sayısı 75 000/mm³, eritrosit sedimentasyon hızı 8 mm/saat, glikoz 119 mg/dl, BUN, 18 mg/dl, kreatinin 1.05 mg/dl, AST 85 İÜ/lt, ALT 89 İÜ/lt, alkalen fosfataz 147 İÜ/lt, GGT 66 İÜ/lt, LDH 955 İÜ/lt, total bilirubin 0.8 mg/dl, direkt bilirubin 0.2 mg/dl, protrombin zamanı 13.4 saniye, protrombin aktivitesi % 73.1, PTT 35.7 saniye, fibrinojen 430 mg/dl, CRP (+++) pozitif olarak saptandı. İdrar kültürü ve alınan iki adet kan kültüründe üreme saptanmadı. Boğaz kültüründe normal boğaz florası elemanları üredildi. Balgam kültüründe patojen bakteri üremedi. Akciğer grafisinde, bilateral yaygın interstisyel paternde mikronodüller, retiküler infiltrasyon görüldü.

Hastaya anamnez, fizik muayene ve klinik bulgular ile suçiçeği pnömonisi tanısı konuldu. İntravenöz olarak 8 saat ara ile 10 mg/kg asiklovir ve ampisilin-sulbaktam tedavisi başlandı. Tedavinin ikinci gününde solunum yetersizliği arttı; kan gazı analizlerinde PCO₂ 29.4 mm Hg, PO₂ 43 mm Hg, HCO₃⁻ 21.2 mmol/lt, pH 7.46, TCO₂ 22.1 mmol/lt, ABE-0.9 mmol/lt, SBE -2.1 mmol/lt, SBC 23.2 mmol/lt, SAT % 82.1, O₂CT % 19.4 bulunması üzerine yoğun bakım birimine nakledildi. 6 gün boyunca mekanik ventilasyon desteği sağlanan hastanın, genel durumunun düzelmesi üzerine 16. günde taburcu edildi.

İrdeleme

Varisella-zoster virusu infeksiyonları, suçiçeği veya herpes zoster olarak ortaya çıkar. Suçiçeği, çocukluk yaş grubu infeksiyonu olup çoğunlukla kendini sınırlayıcı olarak bilinmektedir. Literatürde, suçiçeğine bağlı fatal komplikasyonlar da bildirilmektedir. Suçiçeğinin komplikasyonları arasında serebellar ataksi, ensefalit, myokardit, nefrit, kanama diyatezi, hepatit, Reye sendromu, bakteriyel süperinfeksiyonlar sayılabilir. 15 yaş altındaki çocuklarda serebellar ataksi sıklığı 1/4 000 oranındadır ve 2-4 haftada gerileyen bir komplikasyondur. %0.1-0.2 oranında görülen ensefalit, infeksiyonun ciddi komplikasyonlarından biridir ve

erişkinlerde hayatı tehdit edici olmaktadır. Mortalite hızının % 5-20 arasında değiştiği ve % 15 oranında nörolojik sekel kalabileceği bildirilmiştir. Sıklıkla erişkinler ve immün sistem defekti bulunanlarda ortaya çıkan ve hayatı tehdit eden bir komplikasyon da suçiçeği pnömonisidir. Değişik çalışmalarda erişkinlerde suçiçeği pnömonisi gelişme sıklığının %0.25-1.8 arasında değiştiği bildirilmiştir (1,2,4-6). Yapılan prospektif bir çalışmada, suçiçeği geçirmekte olan 140 askerde radyolojik incelemede % 16 oranında pnömoni bulguları gözlenmekle birlikte, bu olguların yalnızca 1/4'nde öksürük yakınması saptanmıştır. Bu durum da asemptomatik pnömoni olgularının tahmin edilenden daha sık olduğunu düşündürmektedir (7). Suçiçeği pnömonisi için en riskli grupları kemik iliği transplant alıcıları ve kanserli çocuklar oluşturmaktadır (4).

1942'den sonra suçiçeğine bağlı ciddi komplikasyonların artış göstermesinin nedenleri arasında, kanser kemoterapötikleri ve kortikosteroid gibi immünosüpresif ajanların kullanıma girmesi bulunmaktadır (2,4). Pnömoni için risk faktörleri arasında sigara kullanımı ve özellikle gebeliğin ikinci ve üçüncü trimestri sayılmaktadır (2,4,5,8). Ellis ve arkadaşları (8) tarafından yapılan çalışmada, sigara içen suçiçeği infeksiyonlu 19 hastanın 7'sinde pnömoni gelişirken, sigara içmeyen hastaların hiçbirinde pnömoni tespit edilmemiştir. Yine Feldman (4)'in araştırmasında sağlıklı erişkinler arasında suçiçeği pnömonisi insidansı, sigara içmeyenlerde % 3 iken, içenlerde 15 kat fazla olarak % 50 oranında bildirilmiştir. Bizim hastamızda da günde iki paket sigara kullanımı söz konusudur.

Suçiçeği pnömonisi, sağlıklı bireylerde döküntülerin başlangıcından itibaren 3-5 gün içerisinde ortaya çıkmaktadır. Ancak immün sistem defekti bulunan bireylerde bu süre 7 güne kadar uzayabilmektedir. Takipne, ateş, öksürük ve dispne en sık rastlanan semptomlardır (4). Hastamızda da pnömoni bu belirtilerle döküntüden 2 gün sonra ortaya çıkmıştır. Radyolojik olarak viral pnömoniyi destekleyen görünüm elde edilmiştir.

Sağlıklı erişkinlerde % 10-30 arasında olan mortalite, immünosüpresyon altındaki bireylerde, gebelerde ve postpartum periyotta daha da yüksektir (4,9). Suçiçeğinin bu ciddi komplikasyonu için erken dönemde başlanacak asiklovir tedavisinin hayat kurtarıcı olabileceği de-

şik çalışmalarda dile getirilmiştir (5). Erken tedavi için başlangıç zamanı, radyolojik pnömoni ile hospitalize edilmiş 18 yaş üzerindeki immünokompetan bireylerde, ilk 36 saatlik süredir. Tedavi dozu 8 saatte bir 10 mg/kg olarak önerilmektedir. Haake ve arkadaşları (5) tarafından yapılan çalışmada, erken tedaviye alınan hastalarda ateşin düşme süresi, takipnenin azalma hızı ve oksijenasyonda düzelme parametrelerinde kontrol grubuna göre belirgin farklılık saptanmıştır. Hastamızda asiklovir tedavisi erken başlanmış olmakla birlikte, akciğer oksijenasyonu yeterli olmayıp mekanik ventilasyona da gereksinim duyulmuştur. Sonuç olarak, mortalite hızları da göz önüne alınarak, özellikle risk gruplarında bulunan bireylerdeki suçiçeğinin seyirinde semptomatik olarak pnömoni gelişmeden önce antiviral tedavinin başlatılmasının yararlı olacağı kanısına varılmıştır.

Kaynaklar

1. Zaia JA, Grose C. Varicella and herpes zoster. In: Gorbach SL, Bartlett JG, Blacklow NR, eds. *Infectious Diseases*. Philadelphia: Saunders, 1992: 1101-12
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*. Fourth ed. New York: Churchill Livingstone, 1995: 1345-51
3. Gershon AA, LaRussa P. Varicella-zoster virus infections. In: Krugman S, Katz SL, Gershon AA, Wilfert CM, eds. *Infectious Diseases of Children*. St. Louis: Mosby, 1992: 587-614
4. Feldman S. Varicella-zoster virus pneumonitis. *Chest* 1994; 106(Suppl 1): 225-75
5. Haake DA, Zakowski PC, Haake DL, Bryson YJ. Early treatment with acyclovir for varicella pneumonia in otherwise healthy adults. Retrospective controlled study and review. *Rev Infect Dis* 1990; 12: 788-98
6. Anderson DR, Schwartz J, Hunter MJ, Cottrill C, Bisaccia E, Klanier AS. Varicella hepatitis: a fatal case in a previously healthy, immunocompetent adult. *Arch Intern Med* 1994; 154: 2101-5
7. Weber DM, Pellechia JA. Varicella pneumonia: study of prevalence in adult men. *JAMA* 1965; 192: 572-3
8. Ellis ME, Neal KR, Webb AK. Is smoking a risk factor for pneumonia in adult with chickenpox. *Br Med J* 1987; 294: 1002
9. Schlossberg D, Littman M. Varicella pneumonia. *Arch Intern Med* 1988; 148: 1630-2