
Erişkin Varisella Pnömonisi: Olgu Sunumu

Güven ÇELEBİ*, Yunus GÜRBÜZ*, Rüçhan TÜRKYILMAZ*

* SSK Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, ANKARA

ÖZET

Suçiçeği erişkinlerde daha ağır bir klinik tablo ve komplikasyonlarla seyretmektedir. Ülkemizde; suçiçeğinin erişkinlerdeki insidansı, komplikasyonları ve mortalite oranları ile ilgili veriler yeterli değildir. Yurtdışı yayınlar, suçiçeği pnömonisine bağlı ölüm oranları konusunda oldukça farklı sonuçlar içermektedir. Bu bildirimde; bir erişkin suçiçeği pnömonisi olgusu sunulmuş ve ilgili literatür gözden geçirilmiştir. Olgunun toraks tomografisinde miliyer nodüler lezyonlar ve buzlu cam görünümünde alanlar saptanmıştır. Hasta, asiklovir ve sekonder bakteriyel pnömoni nedeniyle antibiyotik ile tedavi edilmiş, klinik ve radyolojik olarak tam iyileşme sağlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Suçiçeği, Suçiçeği pnömonisi, Varisella pnömonisi, Bakteriyel pnömoni, Varicella zoster virüs (VZV), Toraks BT, Nodüler infiltrasyon, Asiklovir

SUMMARY

Varicella Pneumonia in an Adult Patient: A Case Report

Chickenpox occurs with a more serious clinical course and complications in adults. In our country, data on incidence, complications and mortality rate of chickenpox in adults are not adequate. International reports present variable findings on mortality rates due to varicella pneumonia. In this report, a case of varicella pneumonia in an adult is presented and the related literature is reviewed. Thorax CT findings of the case include milliar nodular lesions and regions in the form of ground glass attenuation. The patient was treated with acyclovir and an antibiotic was added because of secondary bacterial pneumonia. Clinical and radiological cure was attained.

Key Words: Chickenpox, Chickenpox pneumonia, Varicella pneumonia, Bacterial pneumonia, Varicella zoster virus (VZV), Thorax CT, Nodular infiltration, Acyclovir

Suçiçeği, daha çok çocukluk çağında görülen döküntülü viral bir hastalıktır. Suçiçeği etkeni olan Varicella zoster virüs (VZV) insanda iki tür klinik tabloya neden olmaktadır: Primer infeksiyon formu suçiçeğidir ve VZV ile ilk kez karşılaşan, duyarlı veya seronegatif bireylerde oluşmaktadır. Sekonder infeksiyon formu ise zona hastalığıdır ve primer infeksiyon sonrasında sinir köklerinin dorsal ganglionlarında latent kalan virüslerin reaktivasyonu sonucu ortaya çıkmaktadır^[1]. Suçiçeği çocuklarda genellikle benign bir hastalıkken; erişkinlerde, immün yetmezliği olanlarda ve hamilelerde daha ağır bir klinik tablo ve daha sık komplikasyonlarla seyretmektedir^[2,3]. Erişkinlerde ciddi ve yaşamı tehdit eden en sık komplikasyon varisella pnömonisidir^[2]. Diğer komplikasyonlar; meningoensefalit, transvers miyelit, Reye sendromu, Guillain Barre sendromu, miyokardit, nefrit, kanama diyatezi, hepatit ve sekonder bakteriyel infeksiyonlar olarak bildirilmektedir^[1,4].

Suçiçeği geçiren erişkinlerde varisella pnömonisi sıklığı 1/400 olarak tahmin edilmektedir^[1]. Varisella pnömonisinde mortalite oranı ise %9 ile %50 arasında bildirilmektedir^[2]. Pnömoni; genellikle ilk suçiçeği döküntülerinden 2-3 gün sonra, takipne, dispne, öksürük ve yüksek ateş semptomlarıyla ortaya çıkmaktadır^[1,2]. Suçiçeği pnömonisi, çok hafif bir klinik seyir gösterebileceği gibi mekanik ventilasyon gerektirecek kadar ağır bir tabloya da neden olabilmektedir. Akciğer radyografilerinde genellikle nodüller ve interstisyel pnömoni görünümü izlenmektedir. Varisella pnömonisinin tedavisinde asiklovir etkin bir ilaç olarak kullanılmaktadır. Kortikosteroidlerin tedavideki yeri ise tartışmalıdır.

Bu bildirimde; kliniğimize yatırılarak tedavi verilen, önceden sağlıklı, immün sistemi normal erişkin bir varisella pnömonisi olgusu sunulmuş ve ilgili literatür gözden geçirilmiştir.

OLGU

Yirmisekiz yaşında erkek hasta, sağ yan ağrısı ve döküntü yakınmalarıyla 25 Kasım 1999 tarihinde kliniğimize başvurdu.

Öykü: Dört gün önce göğsünün sağ yan tarafında; hareketle ilgisi olmayan, sürekli ve batıcı bir ağrı başlamış. Aynı gün göğüs ve karnında içleri berrak sıvı ile dolu birkaç tane vezikül çıkmış, bir iki defa kusması olmuş, idrar rengi koyulaşmış, idrar yaparken yanması başlamış. Ertesi gün başvurduğu doktor tarafından suçiçeği tanısı konmuş, ayrıca üriner sistemde taş olduğu da düşünülerek; antibiyotik ve analjezik tedavisi verilmiş. Hasta ilaçları iki gün kullanmış ancak yakınmalarında azalma olmamış ve döküntüler tüm vücuduna yayılmış. Hastanın iki çocuğu bir hafta önce suçiçeği geçirmiş.

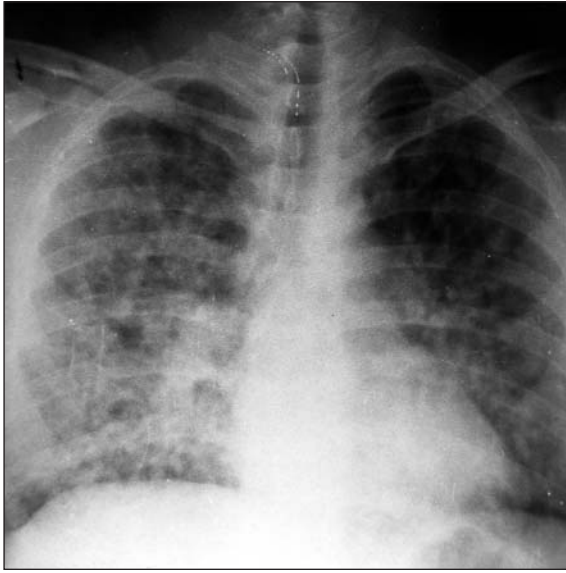
Özgeçmiş: Bir yıl önce idrar yolundan taş düşürmüştü. Soygeçmişinde özellik yok.

Başvuruda yapılan fizik incelemede; aksiller ateş: 38°C, radial nabız: 118/dakika, solunum sayısı: 30/dakika, tansiyon arteriyel: 130/80 mmHg olarak ölçüldü. Takipneik görünümdeki hastanın yüzünde, gövde ve kollarında çok sayıda, ön kol ve alt ekstremitelerinde az sayıda makülopapüler ve veziküller lezyonlar vardı. Yüzdeki döküntülerin çoğu kurutlanmıştı. Gözkapakları ödemli, konjunktivalar hiperemik, ağız hijyeni kötü, orofarinks ve tonsiller hiperemikti. Oral mukozaya ve orofarinkste enanemler vardı. Ral veya ronküs duyulmamakla birlikte solunum sesleri kabalaşmıştı, kalp ritmik ve taşikardikti. Kosta-vertebral açı hassasiyeti yoktu, diğer sistem muayeneleri doğaldı.

Laboratuvar incelemelerinde; hematokrit: %45, hemoglobin: 14.9 g/dL, lökosit sayısı: 8400/mm³, trombosit sayısı: 99 000/mm³, lökosit formülünde %80 polimorf nüveli lökosit, %4 çomak ve %16 lenfosit, eritrosit sedimentasyon hızı: 45 mm/saat, tam idrar incelemesinde; 8-10 eritrosit, 1-2 lökosit, kan biyokimyasında; kan şekeri: 122 mg/dL, üre: 47 mg/dL, kreatinin: 1.1 mg/dL, ALT: 133 U/L, AST: 103 U/L, ALP: 180 U/L, GGT: 414 U/L, LDH: 660 U/L, total bilirubin: 1.1 mg/dL, direkt bilirubin: 0.6 mg/dL, total protein: 7.5 g/dL, albumin: 3.8 g/dL, Na: 130 mEq/L, K: 4.0 mEq/L, Ca⁺⁺: 4.0 mEq/L, serolojik testlerde; HBsAg, antiHBs, antiHCV ve antiHIV negatif, Varisella IgM ve IgG pozitif.

PA akciğer grafisinde; bilateral, yaygın, nodüler tarzda infiltratif görünüm izlendi (Resim 1). Abdominal ultrasonda: Hepatosteatoz ve sağ böbrek kaliksinde 4 mm çapında, sol böbrek kaliksinde 6 mm çapında taş saptandı. Bilgisayarlı toraks tomografisinde; her iki akciğerde, özellikle perihiler bölgelerde olmak üzere buzlu cam görünümünde dansite artışı gösteren alanlar ve üst-orta zonlarda daha fazla olmak üzere miliyer nodüler lezyonlar mevcuttu (Resim 2).

Hastanın rutin kültürleri alındı. Suçiçeği, varisella pnömonisi ve ürolitiazis tanılarını ve varisella pnömonisine yönelik olarak, asiklovir (günde 3 kez 750 mg IV) başlandı. Tedavinin 2. gününde hastanın solunum sayısı normale döndü ve genel durumunda düzelme görüldü. İzleminde ateşi 38°C civarında seyretti, boğaz kültüründe normal boğaz florası üre-



Resim 1. Başvuru anındaki PA akciğer grafisinde bilateral, yaygın, nodüler tarzda infiltrasyonlar izlenmektedir

di, idrar kültüründe üreme olmadı, kan kültürlerinde üreme görülmedi. Tedavinin 3. gününde hastanın lökosit sayısında yükselme görüldü ($22\ 000/\text{mm}^3$), lökosit formülünde; %76 PNL, %8 çomak, %16 lenfosit sayıldı. Fizik inceleme bulgularında döküntülerin çoğunun kurutlanması dışında belirgin bir değişiklik saptanmadı. Kontrol akciğer grafisinde sağ akciğer orta zonda, infiltrasyon alanının belirgin şekilde arttığı görüldü. Hastanın rutin kültürleri tekrarlandı ve sekonder bakteriyel pnömoni ön tanısıyla ampirik olarak sulbaktam-ampisilin (SAM) (günde 4 kez 1 g IV) başlandı. Yatışının 5. gününden itibaren hastanın ateşi normale döndü, semptomları tamamen kayboldu, kontrol akciğer grafisinde lezyonlarda gerileme görüldü. Asiklovir 7 gün, SAM 10 gün verilip kesildi ve hasta taburcu edildi. On gün sonraki kontrolde; hastanın yakınmasının olmadığı, fizik inceleme bulgularının normal olduğu, rutin laboratuvar testlerindeki tüm anormal değerlerin normale döndüğü, akciğer grafisindeki infiltrasyonların tamamen kaybolduğu görüldü.

TARTIŞMA

Suçiçeği çoğunlukla bir çocukluk çağı hastalığı olmasına rağmen değişik çalışmalarda, erişkinlerde görülme oranı %10-20 arasında bildirilmektedir^[1,2]. Hastalık özellikle kış ve ilkbahar aylarında salgınlar halinde görülmektedir. Erişkinlerde varisella pnömonisi ve mortalite oranları ile ilgili veriler çoğunlukla küçük çalışmalar ve olgu sunumlarına dayanmaktadır^[2].



Resim 2. Başvuru anındaki toraks tomografisinde; her iki akciğerde, özellikle perihiler bölgelerde olmak üzere buzlu cam görünümünde dansite artışı gösteren alanlar ve üst-orta zonlarda daha fazla olmak üzere miliyer nodüler lezyonlar izlenmektedir

Bizim olgumuzda varisella pnömonisi tanısı; ailede suçüçeği öyküsü olması, olguda suçüçeğine ait tipik döküntülerin görülmesi, radyolojik görüntülerin varisella pnömonisi ile uyumlu olması ve VZV'ye karşı gelişen IgM türü antikorların serumda gösterilmesine dayanılarak konmuştur. Dispne, göğüs ağrısı, öksürük gibi pnömoni ile ilgili ilk semptomlar genellikle döküntülerin ortaya çıkmasından 2-5 gün sonra görülmektedir. Olgumuzda ilk semptom sağ yan ağrısıdır ve ilk veziküllerden hemen önce veya eş zamanlı olarak ortaya çıkmıştır. Hastanın görünümüne bilateral böbrek taşı olduğundan ağrının bu taşla bağlı olabileceği de düşünülebilir. Ancak kosta-vertebral açısı hassasiyetinin olmaması, kolik özelliği göstermemesi, suçüçeği ile aynı anda ortaya çıkıp aynı sürede kaybolması, ağrının varisella pnömonisine bağlı bir semptom olduğunu desteklemektedir. Aynı şekilde ilk incelemelerde saptanan mikroskopik hematüri, böbrek taşı nedeniyle oluşabileceği gibi varisellaya bağlı viseral veya mukozal tutulum nedeniyle de oluşabilir. Çünkü suçüçeğinde; hepatit, nefrit, miyokardit gibi iç organ tutulumu ve konjunktiva, orofarinks, vajina gibi mukozal yapılarda enanemler görülebilmektedir^[1,4]. Hastalık başlangıcında yüksek bulunan (3-4 kat) ve iyileşme sürecinde normale dönen transaminaz değerleri hepatit lehine yorumlanmıştır.

Varisella pnömonisi, erişkinlerde en sık görülen komplikasyondur ve göğüs radyografilerinde genellikle nodüler veya interstisyel pnömoni tarzında görüntüleme bulguları ortaya çıkmaktadır^[1]. Bilgisayar-

lı toraks tomografilerinde ise; tek tek veya birleşmiş nodüller ve buzlu cam görünümü izlenmektedir^[5]. Görüntüleme bulguları çoğunlukla su çiçeğine ait cilt lezyonlarının iyileşmesiyle birlikte kaybolmaktadır. Ancak varisella pnömonisi geçiren bazı olgularda; klinik bulguların tamamen iyileşmesine ve solunum sistemine ait hiçbir semptom kalmamasına rağmen görüntüleme bulgularının aylarca sebat ettiğine dair yayınlar vardır^[6]. Hatta bu radyolojik görüntüler ayrıncı tanı açısından pulmoner metastazlar ile karışabilmektedir^[7]. Bizim olgumuzun akciğer grafisinde miliyer nodüller infiltrasyonlar, toraks tomografisinde ise nodüler lezyonlar ve buzlu cam görünümünde alanlar saptanmıştır. Bu bulgular tedavi bittikten 10 gün sonra çekilen kontrol akciğer grafisinde tamamen kaybolmuştur. Kontrol toraks tomografisi çekilmemiştir.

Varisella pnömonisinde, tedavinin temelini antiviral ilaçlar ve destek tedavisi oluşturmaktadır. İmmün sistemi normal suçiçeği olgularında, rutin uygulanan antiviral tedavinin gerekliliği tartışmalıdır^[2,11]. Ancak yaşamı tehdit eden ciddi varisella pnömonisi olgularında; erken başlanan ve yüksek doz uygulanan intravenöz asiklovir tedavisinin prognozu olumlu etkilediği araştırmacıların çoğu tarafından kabul edilmektedir^[2,8-10]. Tedavide kortikosteroidlerin yeri konusunda farklı görüşler mevcuttur^[1,2,11]. Bizim olgumuzda, varisella pnömonisine yönelik olarak IV asiklovir ve sekonder bakteriyel pnömoni nedeniyle IV sulbaktam/ampisilin kullanılmıştır. Klinik ve radyolojik olarak tam iyileşme sağlanmıştır. Bu olgudaki bulgu ve sonuçlarımız literatürde yayınlananlar ile benzerdir. Fakat; immün sistemi normal erişkin varisella pnömonilerinde, antiviral tedavinin yeri ve etkinliği konusunda iyi planlanmış ve kontrollü çalışmalara ihtiyaç vardır.

KAYNAKLAR

1. Richard J Whitley. Varicella zoster virus. In: Mandell G, Bennet J, Dolin R (eds). Principles and Practice of Infectious Diseases. New York: Churchill Livingstone, 1995;2:1345-51.
2. Nilsson A, Ortqvist A. Severe Varicella pneumonia in adults in Stockholm County 1980-1989. Scand J Infect Dis 1996;28:121-3.
3. Weller TH. Varicella: Historical perspective and clinical overview. J Infect Dis 1996;174 (Suppl 3).
4. Baysal B. Su çiçeği ve Herpes zoster. Topçu AW, Söyletir G, Doğanay M (Editörler). Enfeksiyon Hastalıkları kitabında. Nobel Tıp Kitabevleri. 1996:750-3.
5. Kim JS, Ryu CW, Lee SI, Sung DW, Park CK. High-resolution CT findings of Varicella zoster pneumonia. AJR Am J Roentgenol 1999; 172(1):113-6.
6. Meyer B, Stalder H, Wegmann W. Persistent pulmonary granulomas after recovery from Varicella pneumonia. Chest, Vol 89, 457-9.
7. Picken G, Booth AJ, Williams MV. Case report: The pulmonary lesions of chickenpox pneumonia-revisited. Br J Radiol 1994;67:659-60.
8. Gogos CA, Bassaris HP, Vagenakis AG. Varicella pneumonia in adults. A review of pulmonary manifestations, risk factors and treatment. Respiration 1992;59:339-43.
9. Potgieter PD, Hammond JM. Intensive care management of Varicella pneumonia. Respir Med 1997;91: 207-12.
10. Mer M, Richards GA. Corticosteroids in life-threatening Varicella pneumonia. Chest 1998;114:426-31.
11. Conti JA, Karetzky MS. Varicella pneumonia in the adult. New Eng J Med 1989;86:475-8.

Yazışma Adresi:

Dr. Güven ÇELEBİ

Tıp Fakültesi Cad. Çelik Apt. 86/12

Abidinpaşa - ANKARA

Makalenin Geliş Tarihi: 07.02.2000

Kabul Tarihi: 22.05.2000