

## STAPHYLOCOCCAL HAŞLANMIŞ DERİ SENDROMU

Dr. Şevki ÖZDEMİR (x)  
Dr. Hakkı KARATAŞ (xx)  
Dr. Gönül ERGENEKON(x)  
Dr. Ayten URAL(x)  
Dr. Muammer PARLAK (xx)

Ritter hastalığı olarakta bilinen Staphylococik haşlanmış deri sendromu (SSSS) esas olarak süt çocuklarının, nadiren daha büyük çocukların ve adultların hastalığıdır(2). Bölgemizde çok nadir görülmesi nedeniyle Staphylococcal haşlanmış deri sendromlu bir olguyu yayınlamayı uygun bulduk ve konuyla ilgili literatürü gözden geçirdik.

### OLGU

E.G., 15 günlük erkek çocuk. Hikayesi: Doğumundan bir hafta sonra ayaklarında su toplayan kabarcıkların oluştuğu, bunun üzerine, Gümüşhane Şiran'-da pratisyen hekime götürüldüğü, ismini bilmediği sıvı ve merhem verildiği, bu verilen ilaçları kullanmasına rağmen şikayetlerinin ilerleyerek kasıklara, koltuk altlarına, eller ve el bileklerine yayıldığı, bunun üzerine Kelkit'de çocuk hastalıkları mütehassısına götürüldüğü ve devlet hastahanesine yatırıldığı ifade edilmiştir. Bu esnada kabarcık olan bölgelerde, ağız etrafında ve boyunda soyulma olmaya başlamış. Yapılan tedavilerle netice alınamayınca, hastahanemize sevk edilmiş. Acil polikliniğimize müracaat eden hasta 29/2/1987 tarihinde Ritter hastalığı düşünülerek Dermatoloji kliniğine-yatırıldı 30/12/1987 tarihinde istenen çocuk hastalıkları konsültasyonu ile, çocuk sağlığı ve hastalıkları kliniğine nakle-dildi.

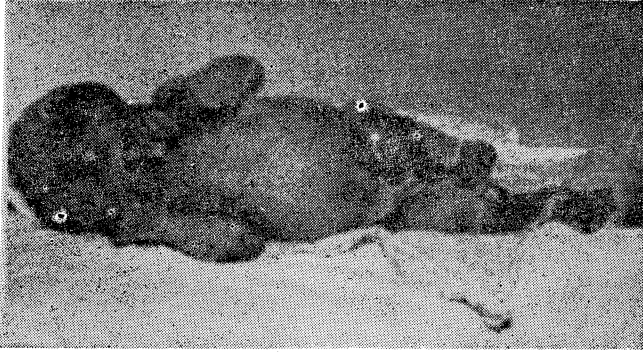
Öz ve Soygeçmişi: Ailenin ilk çocuğu, doğumundan beri anne sütü ile beslenmekte olan bebeğe, anne sütünün az olması ve çocuk hekiminin tavsiyesi üzerine Optamil mama verildiği ifade edildi. Anne ile baba arasında yakın akrabalık mevcut. Önemli bir hastalık geçirmemişler.

---

(x) Atatürk Üniv. Tıp Fak. Dermatoloji Anabilim Dalı Öğretim Üyeleri  
(xx) " " " " " " " Arş. Görevlileri

Fizik muayene: 3 kg, ağırlığında, 50 cm. boyunda, baş çevresi: 34 cm. genel durum orta. Emme ve yenidoğan reflexleri normoaktifte yakın. Turgor, tonus normal. Ateş: 37,7 °C (aksiller). Nabız: 120/dk., Solunum sayısı: 40/dk., Baş boyun, konjunktiva ve skleralar normal. Ağızda moniliasis (muguet) mevcut. Solunum, dolaşım, sindirim ve ürogenital sistem normal.

Dermatolojik muayene: Saçlı deri, yüz, boyun bölgesi, koltuk altları, sırt, inguinal bölge ve ekstremitelerde epidermis deriden tamamen ayrılmış durumda ve erozyone sahalar görülmektedir (Resim: 1,2). Nikolsky müsbettir. Tırnaklardaki deformite dışında deri ve ekleri normaldir. Ağız mukozasında moniliasis gözlendi.



Resim: 1



Resim: 2

Laboratuvar bulguları: 29/12/1987 tarihinde idrar: Dansite yetişmedi, prot.: (+), şeker: (+++), bil. : eser, urobiinojen: (—), mik: 2-3 lökosit, 6-7 eritrosit, 18-20 epitel. 30/12/1987 tarihinde idrar: Dansite yetişmedi, prot.: (+), şeker: (+) bi.: (—), urobilinojen: normal, mik: 1-2 lökosit, 5-6 Ca. Oxalat.

Kan bulguları: Hb: 18,4 gr, Bk: 10000, Çomak: 8, Parçalı: 80, Lenfosit: 12, Trombosit: bol miktarda, BUN: 29 mg % , Kreatinin : 0,7 mg % , Na, K: yetişmedi, T. bil. : 3,8 mg % , D. bil. : 0,5 mg % , İnd. bil. : 3,3 mg % , -Alkali fosfataz: 41 (10-50) U/L, SGOT: 186 U, SGPT: 32 U, TG: 713 mg % , Kolesterol: 140 mg % .

Ağız kültürü: E. Coli üredi.

Yara kültürü: Enterobacter aerogenes üredi.

Kan kültürü: Staphylococcus coagulans pozitif üredi.

Tedavi: Serum dextroz: 250 cc/gün, İV, Serum içerisine 3cc. Serum Sale, 3 cc. KCl, 1,5 cc. Ca glukonat katıldı. Ampicillin: 200 mg/kg/gün, İV, 4 dozda veriliyordu. Mikostatin Oral Süsp. : 3x1/2 ölç., Paranox Supp.: 3x1/2 rectal. Bu arada hastaya küvöz bakımı yapılıyordu.

31/12/1987 tarihinde hastanın genel durumunun bozulduğu, ateşinin yükseldiği ve exitus olduğu, keza exitus nedeninin Sepsis olduğu bildirildi.

## TARTIŞMA

S.S.S. Sendromu 1878'de Ritter Von Ritter Shain tarafından "Dermatitis exfoliativa neonatorum, adı altında ilk olarak tarif edildi (4,5). Yine Ritter tarafından hastalığın-tamamen yenidoğana sınırlı olduğu iddia edilmiştir(5). Fakat sonradan yapılan incelemelerde hastalığın sadece yenidoğana has olmayıp, nadiren büyük çocuklarda ve adultlarda görüldüğü anlaşılmıştır(1,2,5). S.S.S. Sendromunun, superficial epidermisin derin kısımlardan ayrılmasıyla karakterize bir antite olduğu Lyell tarafından 1956 yılında açıklandı(2). Klinik olarak haşlanmış deri görünümü mevcut olup, yara kültürlerinde Staphylococcus aureus'un grup 2, type 71 vak'aların çoğundasebep olan ajan olarak bulundu (1,2,3). Bu Staphylococcus aureus phage grup II ile meydana gelen exfoliatif exotoxin granüler tabakada yüzeysel bir yarığa sebep olur (2). Bunun neticesi olarak generalize büll formasyonu ve exfoliasyon gelişir (3). Beş günden daha az yaştaki farelere exfoliatif exotoxin enjekte edilirse (İntraperitoneal, subcuteneal veya intradermal) benzer değişiklikler meydana getirilir. Hatta toksinin enjeksiyonundan 1-2 saat sonra Nikolsky bulgusu müspet çıkabilir (3). Yine ifade edilmektedir ki hastalığın etkeni olan Staphylococcus aureus vücutta aksiller apse, gluteal apse, dizlerin septik artriti gibi fokal bir odakta bulunur ve burdan orjinini alır. Bazen de odak bulunamaz. Yara kültürlerinde de Staphylococcus görülemez. Fakat hemokültürler

Staphylococların bulunduğunu daima kanıtlar (6). Nitekim bizim hastamızda da ağız kültürü ve yara kültüründe Staphylococ aureus'a rastalanmamış ama kan kültüründe görülmüştür.

Fakat bunun yanında phage gurup II olmayan Staphylococcus ile beraber haşlanmış deri sendromuna 19 aylık kız çocuğunda-rastlanmış ve yayınlanmıştır (7). Bu vesileyle bül formasyonu ve exfoliasyondan sorumlu olduğu kabul edilen toxic exfoliasyonun phange grup II Staphylococcus aureus'un karakteristik bir belirtisi olmadığı anlaşılmış ve fizikokimyasal özelliği iyi bilinen iki farklı toksinin olduğu belirtilmiştir. (7).

Staphylokoksik haşlanmış deri sendromu belirgin deri hassasiyeti ve kızıla benzeyen yaygın bir eritemle birdenbire başlar. Bazen de farenjitis, rinore, konjunktivitis veya farklı bir Staphylococcal enfeksiyonu takiben görülür. 12-14 saat içinde Nikolsky bulgusu müsbetleşir. Berrak sıvıyla dolmuş, geniş, yumuşak bül gelişir ve derhal rüptüre olur. Derinin buruşuk, eksfolie, geniş yaprakları nemli, parlak kırmızı yüzey bırakarak ayrılır. Yaygın eksfoliasyondan dolayı sıcaklık regülasyonu ve sıvı-elektrolit dengesi yenidoğanda, önemli bir problemdir (3).

Bizim hastamızda da Nikolsky müsbetti. Büllöz lezyonlar ve neticesinde epidermisin daha alt tabakalardan ayrılmasıyla erozyone sahalar resimlerden de görüleceği üzere yaygındı.

S.S.S.S., Toxic epidermal nekrolizis (TEN) ile karışmaktadır. Fakat bunları birbirinden ayıran bariz farklar vardı. TEN'in genellikle 40 yaşının üzerinde başlaması, mukoza tutulmasının ciddi boyutlarda olması, genellikle meydana gelişinde ilaçların sorumlu olmasıyla ayrılırlar (5). Bizim vak'amızda hemokültürde Staphylococ üremiş, mukoza tutulması olmamıştır.

Ayrıca Streptococcal scarlet fever ile karışabilir. Bunda deri eritematöz görünümüdür. Pastia çizgileri mevcuttur. Nikolsky bulgusu arasına mevcut olabilmesine rağmen bül ve exfoliasyon görülmez(3).

S.S.S.S., Toxic şok sendromuyla da karışabilir. Staphylococcal enfeksiyonla oluşur. Generalizeye yakın eritematöz, deskuamatif deri değişimine neden olur. S.S.S.S.'den farkı, farklı bir exotoksinle meydana gelmesidir (2). Nikolsky bulgusu yoktur (6).

Birde kimyasal yanıklarla karışabilir(6). Ayırıcı tanıda hastanın hikayesi bize fikir verir.

Hastalığın tedavisi, ikinci derece yanıklara uygulanan tedaviye benzer. Bilhassa sıvı ve elektrolit dengesi ayarlanılmaya çalışılmalıdır. Neonatal devrede ve çocuklarda antibiyotiklerin kullanılması tartışmalıdır. Mamafih uygun antibiyotik tedavisi bakteriel exotoksinlerin üreme miktarını azaltabilir veya elimine edebilir ve hastalığın yayılmasını azaltabilir(2).

Adultlarda hastalık yüksek mortaliteye sahiptir. Tedavide semisentetik penisilinler, Nafcillin, Oxacillin seçilen ilaçlardır. Kortikosteroidler kontrendikedir(2,2).

Biz hastamıza sıvı-elektrolit dengesini temin etmek için serum taktık. Gerekli elektrolitler verilirken antibiyotik olarak Ampicillin başlandı. Nitekim antibiyogram neticesi ampicilline hassastı. Fakat hastamızın vücudundaki yaygın erozyone sahalar, sekonder enfeksiyonun gelişmesine zemin hazırladı. Gelişinden 3 gün sonra ex oldu.

## SUMMARY

### *A. Staphylococcal Scalded Skin Case*

S.S.S.S., which is known Ritter disease, is essentially a disease of neonatal, rarely children and adults. We presented an SSSS case, for it is rare in our region. By the way we reviewed the related literature.

## KAYNAKLAR

- 1- Domonkos, A.N.: Andrews, diseases of the skin, Seventh edition, Philadelphia, W.B. Saunders Company, 1982, PP: 302-303.
- 2- Ramsay, D.L. and Hunley, H.J.: Papulo squamous eruptions and exfoliative dermatitis in Dermatology. ed. Moshella, S.L., et al. Volum 1, second edition, W.B. Saunders, Philadelphia, 1985, PP: 545-546, 608.
- 3- Fitzpatrick, T.B., Eisen, A.Z., et al.: Dermatology-in general medicine. Second edition, MC Graw-Hill Book Company, Newyork, 1979, PP: 1439-1440.
- 4- Taieb, A.: Syndrome des enfants e'boullantes ou Staphylococcal Scalded Skin Syndrome(S.S.S.S.). Ann. Dermatol., Venereol., 113:1167-1168, 1986.
- 5- Elias, P.M.,M.D. et al.: Staphylococcal Scalded Skin Syndrome. Arc. Dermatol., 113: 207-217, 1977.
- 6- Blanc' M.F., Janier, M.: Staphylococcies exfoliantes (SSSS) de l'adulte. Ann. Dermatol., Venereol. 113: 833-843, 1986.
- 7- Massicot, P., Micheau, F., et al.: Scalded Skin Syndrome in children associated with *S. aureus* of non phage group II. Report of a case Contracted in West Africa (Togo). 107: 1155-1160, 1980.