

Otitis Eksterna Sonrasında Gelişen Stafilokoksik Haşlanmış Deri Sendromu

Staphylococcal Scalded Skin Syndrome Following Otitis Externa

Gökhan Aydemir¹, Cihan Meral², Asım Ülçay³

¹Aksaz Asker Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Muğla, Türkiye

²GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul, Türkiye

³Aksaz Asker Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, Muğla, Türkiye

Özet

Otitis eksterna, genelde sıcak ve nemli iklimlerde görülür. En önemli etken lokal travmadır. Kulağın tahrişi, dış kulak kanalı'nın kirli havluyla aşırı kurulanması, uygun olmayan biçimde dış kulak kanalı lavajı etken organizmanın yerleşmesine zemin hazırlar. Otitis eksternadan sorumlu bakteriler genelde *Pseudomonas aeruginosa*, *Bacillus proteus*, *Staphylococcus aureus*'tur. Dış kulak kanalının normal mikrobik florası enfeksiyon sırasında kaybolur. Olgumuzda, altı yaşındaki kız hasta, dış kulak yolu iltihabı nedeniyle tedavi edilmekteyken ateş ve vücutta döküntü nedeniyle hastaneye yatırıldı. Aynı akşam yüzünde ve burnunda büllöz kabarcıklar oluştu. Takip eden ikinci günde lezyonlar sefuroksim tedavisine rağmen yaygınlaştı. Nikolsky belirtisi müspet olan olgunun, cilt biyopsisi yapılarak stafilokoksik haşlanmış deri sendromu teşhisi konulmuştur. Uzun süreli ve sık su teması en önemli predispozan faktördür. Hastanın tatil amacıyla bölgemizde bulunmasından dolayı bolca havuza girmiş olmasının bu enfeksiyonda tetikleyici bir etken olduğu düşünülmüştür.

(*Çocuk Enf Derg* 2010; 4: 38-41)

Anahtar Kelimeler: Stafilokoksik haşlanmış deri sendromu, Otitis eksterna

Abstract

Otitis Externa is generally seen in hot and warm climates. The most important etiology is local trauma. Mechanical irritation of the ear, excessive drying of the ear channel with a dirty towel, and inappropriate drainage of the ear channel cause a tendency for establishing the responsible microorganism. *Pseudomonas aeruginosa*, *Bacillus proteus* and *Staphylococcus aureus* are the bacteria responsible for otitis externa. Normal microbic flora of the outer ear channel are lost during infection. In our case, a 6 year old girl developed fever and exanthema during treatment for otitis externa and was hospitalized. Bullous lesions were seen on the face and nose during the same evening. On the following day, the lesions spread despite cefuroxime treatment. The Nikolsy sign and skin biopsy led to the diagnosis of staphylococcus scalded skin syndrome. Long term and frequent water contact is most important causal factor. The reason for this infection is thought to be that the patient had been to a swimming pool many times during vacation. (*J Pediatr Inf* 2010; 4: 38-41)

Key Words: Staphylococcal scalded skin syndrome, Otitis externa

Geliş Tarihi: 08.02.2009

Kabul Tarihi: 07.07.2009

Yazışma Adresi:

Correspondence Address:

Dr. Gökhan Aydemir
Aksaz Asker Hastanesi,
Çocuk Sağlığı ve
Hastalıkları Kliniği,
Muğla, Türkiye
Tel.: +90 252 421 01 61-
2919
E-posta:
draydemir73@yahoo.com

Olgu Sunusu

Altı yaşındaki İngiliz kız hastanın, bir gün önce başlayan kulak ağrısı, kulak kaşınması, kulakta doluluk ve kulak akıntısı şikayetleri mevcuttu. Hastaya dış kulak yolu enfeksiyonu tanısı konularak dış kulak yolu aspire edildi. Beraberinde antibiyoterapi başlanmıştır.

Akıntıdan kültür alınarak takip önerilmiş ancak ertesi gün ateş ve vücudunda yaygın döküntü ile acil servise tekrar başvurduğunda hospitalize edilmiştir. Döküntülerinin gün boyunca tüm vücuduna yayıldığı, sağ gözaltı ile sol kulak sayvanındaki döküntülerinin su topladığı ifade edilmiştir. Hasta tatil amacıyla bölgeye geldiğinden anne ve babasının ifadelerine göre son



Şekil 1. Tüm vücutta makülopapüler büllöz lezyonları



Şekil 2. Ağız kenarında, göz kapakları ve kulakta lezyonlar



Şekil 3. Gluteal bölgede büllöz lezyonlar

haftayı sürekli havuzda yüzerek geçirdiği öğrenildi. Hastanın fizik muayenesinde; vücut ısısı 39.3°C (aksiller), nabız sayısı 136/dak, solunum sayısı 24/dak, TA 90/50 mmHg idi. Vücut ağırlığı 20 kg (50 persentil), boyu 120 cm (50 persentil) olarak ölçüldü. Genel durum iyi-orta, şuur açık, ileri derecede halsiz ve çevreyle ilgisi azalmıştı. Tüm vücutta yaygın, birleşme eğilimi gösteren makülopapüler büllöz döküntüleri (Şekil 1) ile birlikte ağız kenarında, göz kapakları ve kulak sayvanlarında büllöz lezyonları saptandı (Şekil 2). Nikolski fenomeni pozitif idi. (Şekil 3). Ayrıca otoskopik muayenede, kanal cildinde ödem ve eritem, aurikulaı oynatmakla şiddetli ağrı, kötü kokulu akıntı mevcut idi. Diğer sistem muayeneleri normaldi.

Laboratuvar bulgularında; Hb:12.4 gr/dl, Hct: %37, Plt: 328.000/mm³, beyaz küre sayısı: 25400/mm³ idi. Periferik yaymasında, %78 PNL, %18 lenfosit, %4

monosit mevcuttu. Sedimentasyon hızı: 19 mm/sa idi. Biyokimyasal göstergelerinde üre: 42 mg/dl, kreatinin: 0.5mg/dl, glikoz: 87 mg/dl, Na: 137 mEq/L, K: 4.1 mEq/L, Ca: 8.9 mg/dl, AST: 99 IU/L, ALT: 49 IU/L, CPK:45, total protein: 6.8 gr/dl, albumin: 4.2 gr/dl bulundu. Tam idrar analizinde; pH: 5.5, dansite: 1030, keton (+), protein: negatif, sedimentinde nadir lökosit saptandı. HBsAg negatifti. Hastada ayırıcı tanı amacıyla hemokültür, idrar kültürü ve açık olan yaralarından sürüntü kültürleri alındı. Cilt biyopsisi yapıldı. Fakat hemokültürlerde ve sürüntü kültüründe üreme olmazken ilk gün acil serviste dış kulak yolundan alınan kültüründe metisilin duyarlı staphylococcus aureus üredi. Cilt biyopsisinde de epidermin granüler tabakasında ayrılma shds ile uyumlu olarak değerlendirildi. Bu bulgular ile hastada, stafilokoksik haşlanmış deri sendromu, toksik şok sendromu, stevens Johnson sendromu, toksik epidermal nekroliz ön tanıları düşünüldü. Anamnezinde herhangi bir ilaç kullanımının olmaması, müköz membranların ve cildin birlikte tutulmuş olmaması ve tüm vücut yüzeyinin %20'sinden az erozyon bulunması, olgumuzda ayrıca da stafilokok enfeksiyonunu düşündüren fokal enfeksiyon odağının mevcudiyetinden dolayı hastaya, stafilokoksik haşlanmış deri sendromu tanısı konuldu. Olguya uygun sıvı replasmanı ve intra venöz amoksisilin-klavulanat kombinasyonu üç dozda 50/5 mg/kg olarak başlandı. Cilt bakımı içinde fusidik asitli kremler ve rivanollü solüsyon uygulandı. Olgunun ateşi, yatışının üçüncü gününde kayboldu. Antibiyotik tedavisinin beşinci gününde intravenöz uygulama kesilerek oral 10 güne tamamlandı. Takiplerinde cilt lezyonları tedavinin üçüncü gününde gerilemeye başladı. Olgu tedavisi tamamlandıktan sonra tamamen iyileşmiş olarak taburcu edildi.

Tartışma

Otitis eksterna, dış kulak kanalının (DKK) enflamatu- ar değişikliklerine verilen genel bir isimdir. Primer ola- rak kanalda gelişebileceği gibi bir deri hastalığının uzantısı biçiminde de olabilir. Genetik faktörler (DKK'nın dar olması, aşırı buşon gelişimi, egzama eğilimi); çevre- sel faktörler (ısı, nem, yüzme); travmatik faktörler enfeksiyon gelişimine zemin hazırlarlar. Etiyoloji iki ana grupta değerlendirilebilir. Bunlardan birincisi bakteriyel, fungal veya viral olabilecek enfektif etkenler, diğeri ise egzama, seboreik dermatit veya nörodermatit gibi reaktif faktörlerdir (15). Dış kulak yolu sıcak, karanlık ve nemli bir sahadır. Bu durum bakteri ve mantarların üre- mesini ve kolayca hastalık yapmasına sebep olabilir. Bir takım etkenler, otitis eksterna görülmesini sıklaştı- rabilir. Olgumuzda olduğu gibi havuzda yüzme sonu- cunda kulak yoluna fazla miktarda su girebilir. Su, kulak yolunun hemen girişindeki ter ve yağ bezlerinden salgılanan ve kulak kiri olarak bilinen koruyucu mumu yok etmektedir, böylelikle çevresel faktöre bağlı otitis eksterna gelişebilir (6,7). Bu durum da bakterilerin ve mantarların üremesi de kolaylaşmaktadır. Deride bak- terilerin hastalık yapabilmesinde rol oynayan faktörler göz önüne alındığında, bakterinin patojenik özellikleri, giriş yolu ve konağın bağışıklığı ve bakterinin salgılamış olduğu toksinler ön plana çıkmaktadır (8-10). Haşlanmış deri sendromu *S. aureus*'un eksfoliyatif toksini ile ilişki- li bir tablodur. Yeni doğanda ve çocuklarda görülmek- tedir. Olgumuzda dış kulak yolu enfeksiyonu takip eden 48 saatte ağız çevresinde başlayan ve tüm vücuda yayılan yaygın eritem saptanmış olması, deride büyük, gevşek büller ortaya çıkışı, normal görünümdeki derinin hafif bir temasla kolayca soyulması, güneş yanıklarının görülemeyeceği kapalı bölgelerde de görülmesi ve *S. aureus* içinde fokal bir odak saptanması nedeniyle tanı konmuştur. *S. aureus* tarafından salgılanan eksfo- liyatif toksin nedeniyle meydana gelen bir tabloda, toksik şok sendromudur. Ancak toksik şok sendro- munda multiorgan tutulumları ön plana çıkmaktadır. Toksik epidermal nekrolizis de, haşlanmış deriye ben- zer geniş eritem ve nekrozla karakterize, derinin taba- kalar halinde soyulduğu bir tablodur. Eritema multiformenin bazı özelliklerini taşır ve hatta bu tablonun en ağır şekli olduğu düşünülür. Tanıda esas karmaşa ilaç- larda oluşan toksik epidermal nekroz (TEN;Lyell sendromu) ile olmaktadır. Bu iki tablonun ayırt edilmesi çok önemlidir çünkü tedavide yapılan bir hata yaşamsal önem taşır. TEN de genellikle bir ilaç alımı öyküsü ve

sadece eritemli alanlarda, nikolski pozitifliği söz konu- sudur (11). Ayrıca perioral kurustalar gözlenmez. Histopatolojik olarak shds'nda subkorneal ayrışma belirlenirken TEN 'de dermoepidermal ayrışma izlenir ve tüm epidermiste nekroz vardır.

Adhisivam B. ve arkadaşlarının bildirdiklerine göre nasal septum apsesi sonrasında gelişen shds sendromu- na rastlanmıştır (12). Ayrıca Brewer JD., ve arkadaşlarının bildirdiğine göre dış erupsiyonu sonrasında da shds gelişmiştir (13). Annunziato D ve arkadaşlarının bildirdiği- ne göre shds sünet sonrasında da görülmüştür (14). Ancak olgumuzdan önce dış kulak yolu iltihabı sonrasın- da shds bildirilmemiştir. Cilt bütünlüğünün bozulup stafi- lokokokun invazyonunun gerçekleştiği olgulardan sonra shds'nun geliştiği bilinmektedir. Dış kulak yolu da cildin bütünü içinde değerlendirildiğinde gerek genetik gerekse çevresel faktörlerin etkisiyle meydana gelebilecek hasar- lanma sonrasında shds ortaya çıkabilmektedir. Bu açıdan olgumuz bir ilk niteliğindedir.

Shds, stafilokokların eksfoliyatif toksinine bağlı olarak ortaya çıkan, genellikle yeni doğan ve 5 yaş altı çocuklarda görülen, deride yaygın büller ve soyulmayla karakterize klinik bir tablodur. Hastalığın kesin tanısı bizim olgumuzda olduğu gibi cilt biyopsisiyle konulmaktadır. Tedavide anti- biyotik tedavisinin yanı sıra sıvı-elektrolit dengesinin korun- ması ve sekonder enfeksiyonlardan koruma amacıyla lokal bakım kurallarına dikkat edilmesi büyük önem taşımaktadı- r. Shds'nun otitis eksterna sonrasında da görülebileceği bu olgu vesilesiyle tarafımızca irdelenmiştir.

Kaynaklar

1. Daneshrad D, Kim JC, Amedee RG. Acute otitis externa. J La State Med Soc 2002; 154: 226-8.
2. Pelton SI, Klein JO The draining ear. Otitis media and externa. Infect Dis Clin North Am 1988; 2: 117-29.
3. Potsic WP. Office pediatric otology. Otolaryngol Clin North Am 1992; 25: 781-9.
4. Patel GK, Finlay AY. Staphylococcal scalded skin syndrome: diag- nosis and management. Am J Clin Dermatol 2003; 4: 165-75.
5. Annunziato D, Goldblum L M. Staphylococcal scalded skin syndrome. A complication of circumcision. Am J Dis Child 1978; 132: 1187-8.
6. Beers SL, Abramo TJ. Otitis externa review. Pediatr Emerg Care 2004; 20: 250-6.
7. Cantor RM. Otitis externa and otitis media. A new look at old problems. Emerg Med Clin North Am 1995; 13: 445-55.
8. Cribier B, Piemont Y, Grosshans E. Staphylococcal scalded skin syndrome in adults. A clinical review illustrated with a new case. J Am Acad Dermatol 1994; 30: 319-24.
9. Patel GK, Finlay AY. Staphylococcal scalded skin syndrome: diag- nosis and management. Am J Clin Dermatol 2003; 4: 165-75.
10. Johnston GA. Treatment of bullous impetigo and the staphylo- coccal scalded skin syndrome in infants. Expert Rev Anti Infect Ther 2004; 2: 439-46.

11. Manzella J P, Hall C B, Green J L, McMeekin T O. Toxic epidermal necrolysis in childhood: differentiation from staphylococcal scalded skin syndrome. *Pediatrics* 1980; 66: 291-4.
12. Adhisivam B, Mahadevan S. Abscess of the nasal septum with staphylococcal scalded skin syndrome. *Indian pediatr* 2006; 43: 372-3.
13. Brewer JD, Hundley MD, Meves A, Hargreaves J, McEvoy MT, Pittelkow MR. Staphylococcal scalded skin syndrome and toxic shock syndrome after tooth extraction. *J Am Acad Dermatol* 2008; 59: 342-6. Epub 2008 May 15. Links
14. Annunziato D, Goldblum L M. Staphylococcal scalded skin syndrome. A complication of circumcision. *Am J Dis Child* 1978; 132: 1187-8.
15. Özgirgin ON. Dış kulak enfeksiyonları, KBB Hastalıkları ve baş boyun cerrahisi, Asya Tıp Kitabevi, 2. baskı-2007, s:119