



Nadir Görülen Bir Olgu: Atipik Kızamık

A Rare Case: Atypical Measles

Tuna Demirdal, Ümmü Sena Sarı, Figen Kaptan, Nesrin Türker, Bahar Örmən, Nurbanu Sezak
Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İzmir, Türkiye

Öz

Atipik kızamık, daha önce ölü kızamık aşısı ile aşılanmış bireylerin kızamık virüsü ile karşılaşmasıyla veya nadiren de canlı aşıya bağlı olarak ortaya çıkan, tipik kızamıktan farklı bir klinik tablo olarak tanımlanmıştır. Bu çalışmada daha önce kızamık aşısı ile aşılanma öyküsü olan, yüksek ateş, avuç içi ve ayak tabanından başlayan makülopapüler döküntü ve akciğer tutulumu ile başvuran erişkin bir atipik kızamık olgusu sunulmuştur. İlk kez 1970'li yıllarda daha çok çocuklarda bildirilen atipik kızamık, aşılanma öyküsü olsa bile, ateş yüksekliği, atipik döküntü ve pnömoni ile başvuran erişkin hastalarda da ayırıcı tanıda düşünülmelidir.

Anahtar Sözcükler: Atipik kızamık, pnömoni, döküntü

Abstract

Atypical measles has been described in persons who were exposed to wild measles virus several years after they were immunized with killed measles vaccine. Occasionally, it can be caused by live measles vaccines also. It is a clinical picture different from typical measles. In this report, an adult patient with a history of immunization, who presented with high fever, maculopapular rash starting at the palms and soles, and pneumonia, is presented. Atypical measles that was first reported in the 1970s in mostly kids should be considered for differential diagnosis in adult cases presenting with high fever, atypical rash and pneumonia even if patients have a history of immunization.

Keywords: Atypical measles, pneumonia, exanthem

Giriş

Atipik kızamık, 1970'li yıllarda daha çok çocuklarda bildirilmiş ve önceden ölü kızamık aşısı ile aşılanmış bireylerin kızamık virüsü ile karşılaşmasıyla ortaya çıkan, tipik kızamıktan farklı bir klinik tablo olarak tanımlanmıştır. Hastalık ateş, baş ağrısı, miyalji, konjunktivit ve prodrom döneminin ardından ortaya çıkan döküntüler ile karakterizedir. Tipik kızamıktan farklı olarak döküntüler periferden başlar, santrale yayılır. El ayası ve ayak tabanında görülebilir. Makülopapüler döküntülere bazen vezikül, ürtiker, peteşi ve purpura eşlik edebilir. Atipik kızamık, farklı karakterde olabilen döküntü, ateş ve bazen de akciğer tutulumunun eşlik etmesiyle erişkin hastada tanıyı güçleştirmektedir (1,2).

Bu çalışmada yetişkin bir hastada görülen atipik kızamık olgusu sunulmuş, konuya hekimlerin yeniden dikkatinin çekilmesi amaçlanmıştır.

Olgu

Öyküsünde astım bulunan 36 yaşında kadın hasta, halsizlik, ateş yüksekliği, öksürük, vücutta yaygın döküntü ve vajinal akıntı şikayetiyle kliniğimize başvurdu. Hastaneye başvurusundan on gün önce halsizlik, gözlerde yanma ve batma, ateş yüksekliği, bundan bir gün sonra, önce avuç içinden başlayan, sonra tüm vücuda yayılan makülopapüler tarzda döküntü, kuru öksürük ve nefes darlığı yakınmaları başlamıştı. Çevresinde döküntülü hastalık geçirme öyküsü yoktu. Çocukluk aşılarının aşı programına uygun yapıldığı öğrenildi. Bir haftadır ismini hatırlamadığı bir antibiyotik kullanıyordu. Döküntüler öncesinde kullandığı bir ilaç yoktu.

Fizik muayenede; ateş: 38 °C, nabız: 90 atım/dk ve ritmik, tansiyon arteryel: 100/60 mmHg, solunum sayısı: 40/dakika olan hastanın bilinci açık ve koopere idi. Tüm vücudunda basmakla solan, yer yer birleşme eğilimi gösteren kırmızı makülopapüler döküntüler, ayak

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Ümmü Sena Sarı

Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İzmir, Türkiye Tel.: +90 555 874 26 64 E-posta: dr.kuru_88@hotmail.com

Geliş Tarihi/Received: 21 Temmuz 2015 **Kabul Tarihi/Accepted:** 10 Ağustos 2015

2014 yılında düzenlenen 5. Türkiye Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Uzmanları Derneği Kongresi'nde sunulmuştur.

Haseki Tıp Bülteni,

Galenos Yayınevi tarafından basılmıştır.

The Medical Bulletin of Haseki Training and Research Hospital,
published by Galenos Publishing.

tabanında peteşiyal döküntüler, ağız içinde enanem ve beyaz plaklar saptandı (Resim 1, 2). Solunum sistemi muayenesinde bilateral yaygın ronküs ve dispne tespit edildi. Diğer sistem muayeneleri doğaldı. Laboratuvar incelemelerinde; lökosit sayısı: $11.010/mm^3$ (%86 nötrofil, %9,7 lenfosit, %2 bazofil, %2 monosit), trombosit sayısı: $144.000/mm^3$, hemoglobin: 11,7 g/dl, AST: 125 IU/ml, ALT: 29 IU/ml, LDH: 439 IU/ml, eritrosit sedimentasyon hızı: 85 mm/saat, C-reaktif protein: 27,4 mg/dl idi. Enzyme linked immunosorbent assay (ELISA) ile yapılan serolojik incelemede anti-HIV antikor pozitif saptandı, ancak Western blot anti-HIV doğrulama testi negatif idi. Polimeraz zincirleme tepkimesi ile HIV RNA negatif bulundu.

Solunum sıkıntısı ve öksürük yakınması olan hastanın postero-anterior akciğer grafisinde intertisyel işaretlerde belirginleşme izlendi. Toraks bilgisayarlı tomografide; mediastende en büyüğünün kısa çapı 6 mm olan artmış sayıda lenf nodları ve her iki akciğerde, daha çok üst zonları tutan çok sayıda nodüler opasiteler saptandı.

İdrar ve kan kültüründe üreme olmadı. Vajinal akıntı yakınması olan hastanın vajinal sürüntü örneği kültüründe *Candida albicans* üredi, flukonazol 150 mg/gün tedavisi üç gün süre ile verildi.

Serolojik incelemede kızamık IgM ve IgG antikorları pozitif saptandı. Yatışının ikinci gününde ateşi düştü, prodüktif olmayan öksürük yakınması devam etti. Solunum sıkıntısı, öksürük yakınması ve döküntülerin gerilemesiyle klinik durumu düzelen hasta, yatışının sekizinci gününde taburcu edildi. Taburculuğundan sonraki altıncı ayda



Resim 1. Ayak tabanında peteşiyal döküntüler



Resim 2. Yüzde birleşme eğilimi gösteren makülopapüler döküntü

yapılan serolojik incelemede kızamık IgG antikor pozitif, kızamık IgM antikor negatif saptandı. Hastada herhangi bir komplikasyon gözlenmedi.

Tartışma

Kızamık çoğunlukla çocukluk çağında görülen, döküntülü bir enfeksiyon hastalığıdır. Hastalık yüksek ateş, öksürük, burun akıntısı ve konjonktivit ile başlar. Prodrom döneminin ardından sentrifugal yayılan makülopapüler döküntü ortaya çıkar. Koplik lekesi olarak adlandırılan hastalığa özgül enanem, döküntülerin başlangıcından bir-iki gün önce, yanak mukozasında alt molar dişler hizasında görülür ve genellikle 12-18 saat içinde hızla kaybolur (1).

Etken Paramyxoviridia ailesinden, Morbilli virüs cinsinde yer alan, sadece insanlarda hastalık yapan kızamık virüsüdür. Virüs, akut ve çok bulaşıcı bir enfeksiyon tablosuna yol açar (1,2).

Kızamığın bu tipik tablosundan farklı olarak kendini gösteren atipik kızamık ilk kez 1965 yılında tanımlanmıştır. Daha önce ölü kızamık aşısı ile aşılanağın virüs ile teması sonucu ortaya çıkar. Rau ve Schmidt (3) iki-dört yıl kadar önce ölü kızamık aşısı uygulanmış çocuklarda; yüksek ateş, atipik döküntü ve pnömoni ile seyreden alışı olmayan bir kızamık tipi ile karşılaştığını bildirmişler, sonrasında benzer raporlar literatüre girmiştir (4,5). Olgumuzda yüksek ateş, avuç içinden başlayıp tüm vücuda yayılan makülopapüler döküntü ve pnömoni atipik kızamık tanısını düşündürülen bulgularıdır.

İnaktif kızamık aşısı Amerika Birleşik Devletleri'nde 1963 yılında kullanım onayı almış, 1967 yılında bu aşının uygulandığı kişilerde atipik kızamık sendromuyla karşılaştığından kullanımdan kaldırılmıştır (1,2). Her ne kadar atipik kızamık sendromu ölü kızamık aşısının uygulandığı kişilerde görülmüşse de, canlı kızamık aşısı uygulanmış kişilerde de ortaya çıktığı bildirilmiştir (6-8). Ülkemizde kızamık aşılması 1970'li yıllarda başlamıştır. Aşı takviminde önceleri tek doz uygulanan kızamık aşısı, 1998 yılından itibaren dokuz aylık iken yapılan aşıya ek olarak ilköğretim birinci sınıfta da rapel doz yapılmaya başlanmıştır (9). Çocukluk aşmaları tam olan olgumuza da tek doz kızamık aşısı uygulandığı düşünülmektedir. Atipik kızamık sendromunun patogeneğinde; kızamık virüsüne karşı kısmi immunize olan hastada, bu virüse karşı gelişen bir hipersensitivitenin söz konusu olduğuna inanılmaktadır (1). Olgumuzda dokuzuncu ayda uygulanan tek doz canlı kızamık aşısı ile sağlanan kısmi immünizasyonun, erişkin yaşta vahşi tip virüs ile tekrar karşılaştığında atipik kızamık tablosuna neden olabileceği düşünülebilir. Klinik tablonun oluşmasında hücrel immünitenin mi, humoral immünitenin mi yoksa her iki mekanizmanın birlikte mi etkili olduğu halen tartışmalıdır (1). Başlangıçta saptanamayacak kadar düşük antikor titresi olan bu hastalarda, atipik

kızamık tablosu sonrasında aşırı derecede yüksek antikor titresi oluşmuştur (örnek: 1/100 000). Atipik kızamığın tekrarladığına dair bir bilgi mevcut değildir (1,2).

İnkübasyon süresi tipik kızamık ile benzerdir. Döküntüler tipik kızamıktan farklı olarak periferden başlar, makülopapüler, veziküler, ürtikeryal, hemorajik veya multiform karakterde olabilir. Bizim olgumuzda olduğu gibi ateş ve farklı karakterde döküntü şikayetleri ile başvuran hastada, atipik kızamık, suçiçeği, kayalık dağlar humması, kızıl, sifiliz, Henoch-schönlein purpurası ve ilaç erüpsiyonu ayırıcı tanıda düşünülmelidir (2).

Atipik kızamık genellikle daha ağır seyirlidir ve nadir de olsa ölüm bildirilmiştir (1). Çoğunlukla akciğer tutulumuna bağlı solunum sıkıntısı görülür. Bazı hastalarda akciğer grafisinde nodüler lezyonlar ve plevral efüzyon saptanabilir. Nodüler lezyonlar uzun süre hatta yıllarca sebat edebilir (10,11). Hastamızdaki radyolojik görüntülemelerde de nodüler lezyonlar ve mediastinal lenfadenopati saptanmıştır.

Atipik kızamık olgularında kızamık virüsü izole edilememiştir. Tanıda serolojik yöntemler tercih edilmektedir. Kızamık antikorları döküntüden sonraki bir ile üçüncü günde ELISA ile saptanabilir. Tek serum örneğinde IgM tipi antikor pozitifliği veya akut ve konvalesan dönemde alınan serum örneklerinde dört kat ya da daha fazla titre artışı tanı koydurucudur (1,2). Olgumuzda atipik kızamık tanısı; klinik bulgular, çocukluk çağında kızamık aşısı ile aşılama öyküsü ve hasta serumunda kızamık IgM antikor pozitifliği ile konulmuştur.

Erişkinde kızamık aşısı ile aşılama öyküsü olsa bile, yüksek ateş, atipik döküntü ve akciğer tutulumu ile başvuran her hastada, ayırıcı tanıda atipik kızamık da akla getirilmelidir. Olgumuzda canlı aşı ile tek doz aşılama öyküsü olması, atipik kızamığın ortaya çıkmasında kısmi immünizasyonun neden olabileceğini düşündürmektedir. Bir diğer neden, kızamık aşısının saklanması, transportu ve son kullanıcıya ulaşmasına kadar geçen sürede soğuk zincir şartlarının sağlanamaması olabilir.

Etik

Hasta Onayı: Retrospektif çalışma, Hakem Değerlendirmesi: Editörler kurulu tarafından değerlendirilmiştir.

Yazarlık Katkıları

Konsept: Tuna Demirdal, Ümmü Sena Sarı, Dizayn: Tuna Demirdal, Ümmü Sena Sarı, Veri Toplama veya İşleme: Tuna Demirdal, Ümmü Sena Sarı, Analiz veya Yorumlama: Figen Kaptan, Nesrin Türker, Bahar Örmən, Literatür Arama: Figen Kaptan, Nesrin Türker, Bahar Örmən, Yazan: Tuna Demirdal, Ümmü Sena Sarı.

Çıkar Çatışması: Yazarlar bu makale ile ilgili olarak herhangi bir çıkar çatışması bildirmemiştir.

Finansal Destek: Çalışmamız için hiçbir kurum ya da kişiden finansal destek alınmamıştır.

Kaynaklar

1. Gerson AA. Measles Virus (Rubeola). In: Mandell GL, Douglas R, Bennett JE, Editors. Principles and practice of infectious diseases. 7th Ed. New York: Churchill Livingstone, 2010;229-36.
2. Balık İ, Kızamık. In: Topçu AW, Söyletir G, Doğanay M, Editors. İnfeksiyon Hastalıkları ve Mikrobiyolojisi. 3.B askı. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri, 2008;1218-27.
3. Rauh LW, Schmidt R. Measles immunization with killed virus vaccine: Serum antibody titers and experience with exposure to measles epidemic. Bull World Health Organ 2000;78:226-31.
4. Nichols EM. Atypical Measles Syndrome: A continuing problem. Am J Public Health 1979;69:160-2.
5. Martin DB, Weiner LB, Nieburg PI. Atypical Measles in adolescents and young adults. Ann Intern Med 1979;90:877-81.
6. Amurao GV, Gottwald LD, Duggan J, Amurao CV, Assaly R. Vaccine era measles in an adult. Cutis 2000;66:337-40.
7. Turhan V, Adam E. Atipik kızamık sendromu (bir olgu nedeniyle). Flora 2007;12:157-60.
8. Öztoprak N, Çelebi G, Temiz E. Şiddetli boyun spazmıyla seyreden atipik kızamık olgusu. Mikrobiyol Bül 2006;40:401-5.
9. Örmeci A, Eren E, Kaya S, ve ark. İkinci ve üçüncü kez kızamık aşısı yapılan çocuklarda bağışıklık düzey değişimleri. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2008;51:199-205.
10. Handerson JAM, Hammond DI. Delayed diagnosis in atypical measles syndrome. Can Med Assoc J 1985;133:211-3.
11. Mitnick J, Becker MH, Rothberg M, Genieser NB. Nodüler residua of atypical measles pneumonia. AJR Am J Roentgenol 1980;134:257-60.