

TOKSİK ŞOK SENDROMU (Bir Vaka Takdimi)

Mehmet YÜCESOY*, Ömür GÖNEN**, Mustafa ÖZESMİ**,
Fikret KAVUK***, Ahmet H. KÖKER****

Ö Z E T :

Bir erkek hastada septik artrit ve staphylokoksik pnömoni ile birlikte seyreden toksik şok sendromu vakası takdim edildi.

S U M M A R Y :

TOXIC SHOCK SYNDROME (Case Report)

A case of Toxic Shock syndrome which is associated with septic arthritis and staphylococcal pneumonia was presented. This is the first and unusual case report from Turkey. Up to date more than 1000 cases of toxic shock syndrome have been reported, most of them were menstruating women, associated with tampon usage.

Toksik şok sendromu ilk defa 1978 yılında Todd ve arkadaşları tarafından 8 ila 17 arasında değişen 7 çocukta tarif edilmiştir (8). Daha sonra binden fazla toksik şok sendromu (TŞS) menstruasyon sırasında vaginal tampon kullanan kadınlarda bildirilmiş ve bunların çoğunda Staphylococcus aureus izole edilmiştir (6, 3, 9). Bildiğimiz kadariyle septik atritle giden TŞS ilk defa yayınlanmaktadır.

Tipik olgularda başlangıçta ateş aniden yükselir, birlikte ishal ve kusma görülür. Ateş genellikle 40°C'nin üzerindedir. 72 saat içinde hipotansiyon gelişir. Ciltte diffüz maküler eritematöz döküntü yanlılıkla ilaca bağlanabilir. Değişik derecede belirgin mukoz membran tutulması vardır, pharyngeal, konjunktival ve vaginal

(*) Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Bilim Dalı Yrd. Doçenti.

(**) Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Bilim Dalı Doçenti.

(***) Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Bilim Dalı Araştırma Görevlisi.

(****) Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Bilim Dalı Profesörü.

hiperemi mevcut olabilir. Diffüz miyalji hemen daima vardır. Laboratuvar incelemede sıklıkla pyüri, hipoproteinemi, hipokalsemi, hiperbilürübinemi, protrombin zamanında uzama bulunur. Bunlara ek olarak lökositoz, azotemi, anemi bulunabilir. İyileşme döneminde tipik olarak el ayasında ve ayak tabanında deride deskuamasyon ve soyulma olur (10). TŞS'nun belli başlı kriterleri tablo : 1 de özetlenmiştir.

VAKA TAKDİMİ :

18 yaşında erkek hasta 5.10.1982 tarihinde yüksek ateş, karın ağrısı, sol kalçada ağrı ve cilt döküntüsü nedeni ile yatırıldı. İki gün önce 39°C'nin üzerinde ateş, karın ağrısı, ishal ve sol kalçada ağrı nedeni ile devlet hastanesine yatırılmış, serum fizyolojik, % 5 destroz, Chloramhenicol, ampicilin ile tedavi edilmiş, hastada klinik düzelme olmadığı için Tıp Fakültesi Hastanesine sevk edilmiş.

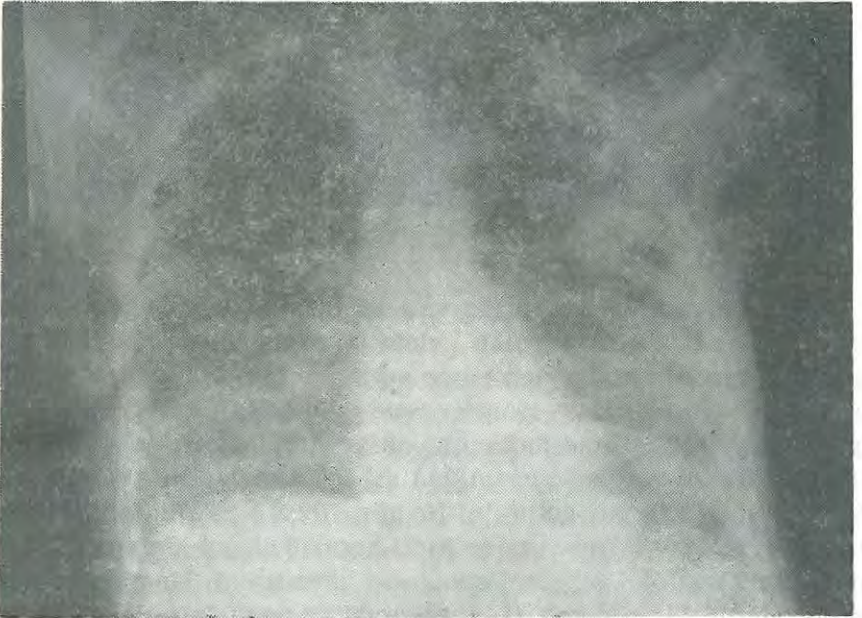
Fizik muayenede oral ateş 39,2°C nabız 158/dk, kan basıncı 85/60mmHg idi, hasta apatik görünümde ve oriantasyonu bozuktu. Gövdede belirgin olmak üzere deride maküler eritematöz döküntüler vardı. Orofarenks ve konjktivalar hiperemikdi. Her iki akciğerde ronkuslar ve sol kaidede raller vardı. Epigasturik bölge palpasyonla hassastı, sol kalçada hareketle hassasiyet vardı. Kalp muayenesi, nörolojik muayene ve fundus muayenesi normaldi, lenfadenopati yoktu. İdrar : D, 1020, protein 2 +, bilürübin 1 +, mikros. : Her sahada 15 - 20 lökosit vardı, BK : 11400/mm idi. Formülde : % 15 çomak, % 75 parçalı, % 10 lenfosit vardı, trombosit 80000/mm idi. Hb. 14 gr. Hct. % 40, sedimantasyon 26 mm/st idi.

TABLO 1 : TOKSİK ŞOK SENDROMU İÇİN KRİTERLER*

1. Ateş (38.9°C veya daha yüksek).
2. Döküntü : Diffüz maküler eritrodermi
3. El ayasında ve ayak tabanında hastalığın başlangıcından 1 - 2 hafta sonra deskuamasyon ve soyulma.
4. Hipotansiyon : Sistolik kan basıncının 90 mmHg veya daha düşük olması yada diastolik kan basıncında 15 mmHg yada daha fazla ortostatik düşme.
5. Multisistem tutulması : Aşağıdakilerden üç yada daha çoğunun tutulması ;

(*) Shands KN, et al. N Engl. J. Med 303 : 1436, 1980'den alınmıştır.

- a) Gastrointestinal : Başlangıçta kusma ishal.
 - b) Adele : Şiddetli myalji veya kreatinin fosfataz seviyesinde normalin en az ki katı yükselme.
 - c) Mukoz membran : Vajinal, oropharengial veya konjonktival hiperemi.
 - d) Renal : BUN veya kreatininde en az normalin iki katı artış veya idrar sedimentinde steril pyüri (her sahada 5 veya daha fazla lökosit).
 - e) Hepatik : Total bilirübin, SGOT veya SGPT'de en az iki kat artma.
 - f) Hematolojik : Trombositlerin 100.000/mm veya daha az olması,
 - g) Merkezi sinir sistemi : Oriyantasyon bozukluğu veya ateş hipotansiyon ve fokal norolojik bulgu olmadan şuur değişikliği.
6. Diğer iyi bilinen sebeplerin makul delillerinin olmayışı : Reye sendromu, akut pankreatit, leptospirozis, viral exantem, dizanteri, kayalık dağlar lekeli yumması, kızıl, kızamık, Kawasaki hastalığı.



Şekil : 1

BUN, 66 mg/dl, Kreatinin, 1.6 mg/dl, total bilirübin, 1.6 mg/dl, SGOT, 130 Ü, SGPT 90 Ü., alkalen fosfatase 48 İÜ, protrombin zamanı 24 (kontrol 14), S. amilaz 160 SÜ/dl idi. Gaitada gizli kan 2 + idi. pH 7.49, P 02 55 mmHg, PC02 35 mmHg idi. Akciğer grafisinde iki taraflı yama tarzında infiltrasyon ve sol akciğerde multiple yuvarlak dansiteler vardı (Şekil :1). Pelvis grafisinde sol kalça eklemünde minimal daralma vardı (Şekil : 2).



Şekil : 2

Kan basıncı İV sıvı infüzyonu ile düzeldi, sol kalça eklemine yapılan ponksiyonda pürülan eklem sıvısı aspire edildi. Kültürler alındıktan sonra 12 gr metisiline ve 3 gr chloramphenicol verildi, sol kalça eklemi cerrahi olarak drene edildi. Kan kültüründe staphylococcus aureus üredi, 7. günde metisiline 18 gr/güne çıkarıldı, Chloramphenicol kesildi ve gentamycin 240 mg/gün başlandı. ASO, HBsAg, VDRL ve ANA menfi bulundu. 10. gün Hb. 9.5 gr'a düştü iki ünite taze kan transfüzyonu yapıldı. Ateşi kontrol altına alınamadığı için metisiline kesildi 6 gr/gün Cephalotin ilave edildi, 11. gün ateş normale döndü, 14. gün her ki el ayasında ve ayak tabanlarında deride deskuamasyon ve soyulma gözlemlendi (Şekil : 3)



Şekil : 3

T A R T I Ş M A

İlk rapor edilen 691 TŞS olgusunun sadece % 2.5'i erkek olup olguların çoğu menstruasyon sırasında vaginal tampon kullanan kadınlarda bildirilmiştir (7). Ancak TŞS'nun staphylococic deri ve deri altı lezyonlarda, cerrahi yara infeksiyonlarında derin abse olgularında olabildiği bilinmektedir (4). Bizim olgumuzda yüksek ateş, karın ağrısı maküler cilt döküntüsü, hipotansiyon, konfüzyon, iyileşme döneminde el ayası ve ayak tabanında deride deskvamasyon ve soyulma, lökositoz, sola kayma, trombositopen, steril piyüri, azotemi, karaciğer fonksiyon bozukluğu ve anemi mevcut

TŞS'na uymaktadır. Kan kültüründe Staphaureus'un üremesi tanıyı desteklemektedir.

TŞS'nun nedeni kesin olarak bilinmemektedir. Todd ve ark. (8), epidermal ekzotoksin yapan staph. aureus'u bundan sorumlu tutmuşlar ve bunun Scalded skin syndrom (haşlanmış deri sendromu) yapan phage grup II Stapylokoksik eksfoliasyondan farklı olduğunu bildirmişlerdir. Daha sonra TŞS'da izole edilen staph. aureusların farklı olarak pyrogenic exotocin - C yaptığı (5), olguların % 91'inde enteretoksin - F adı verilen bir protein izole edildiği ve bunun klinik tablodan sorumlu olabileceği bildirilmiştir (1).

Klinik olarak haşlanmış deri sendromu, staphylococsic besin zehirlenmesi, kızıl, kayalık dağlar lekeli humması, leptospirozis, Kawasaki hastalığı ile benzerlikleri olduğundan ayırıcı tanıda düşünülmesi gerekir.

Tedavide koagulaz pozitif staph. aureuslara etkili antibiyotikler verilmekte ve destekleyici tedavi uygulanmaktadır (2).

KAYNAKLAR

1. Bergdoll MS, Crass BA, Reser RF, et al. An enterotoxin-like protein in staphylococcus aureus strains from patients with toxic shock syndrome. Ann Intern Med. 96 (part-2) : 969, 1982.
2. Chesney PJ, Crass BA, Polyak BM et al. Toxic shock syndrome management and long-Term sequelae. Ann Intern Med, 96 (part-2) : 847, 1982.
3. McKenna UG, Meadows JA, Brewer NS, et al. : Toxic shock syndrome a newly recognized disease entity. Report of 11 Mayo Clin Proc. 55 : 663, 1980
4. Reingold AL, Hargrett TN, Dan BB, et al. Nonmenstruel Toxic shock syndrome : A review of 130 cases. Ann Intern Med. 96 (part : 2) : 871, 1982.
5. Schlievert MP, Osterholm MT, Kelly JA, et al. Toxin and enzyme characterization of staphylococcus aureus isolates from patients with and without toxic shock syndrome. Ann Intern Med. 96 (part 2) : 937, 1982.
6. Shands KN, Schmid GP, Dan BB, et al. : Toxic shock syndrome in menstruating women. N. Engl. J. Med. 303 : 1436, 1980.
7. Shands KN, Dan BB, Schmid GP. Toxic shock syndrome : The emerging picture Ann Intern Med. 94 : 264, 1981.
8. Todd J. Fishaut M, Kapral F, Welch T. : Toxic shock syndrome associated with phage- group II staphylococci. Lancet, 2 : 1116, 1978.
9. Tofte RW, Williams DN, Toxic shock syndrome : Clinical and Laboratory features in 15 patients. Ann Intern Med. 94 : 149, 1981.
10. Tofte RW, Williams DN : Clinical an laboratory manifestations of toxic shock syndrome. Ann Intern Med. 96 (part 2) : 843, 1982.