

İbuprofen Kullanımına Bağlı Süt Çocuğunda Görülen Eritrodermi Olgusu ve Literatürün Gözden Geçirilmesi

Erythrodermia Development after Ibuprofen Use in an Infant and Review of Literature

Öner Özdemir¹, Zeynep Uzan-Tatlı², Asuman Kırıl³, Behzat Özkan⁴

¹T. C. Sağlık Bakanlığı İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 3. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Alerji-İmmünoloji Bölümü, İstanbul, Türkiye

²T. C. Sağlık Bakanlığı İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul, Türkiye

³T. C. Sağlık Bakanlığı İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Süt Çocuğu Bölümü, İstanbul, Türkiye

⁴T. C. Sağlık Bakanlığı İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Endokrinoloji Bölümü, İstanbul, Türkiye

ÖZET

Eksfoliyatif dermatit olarak da bilinen eritrodermi, eritem ve vücudun %90'undan fazlasının skuamöz lezyonlarla kaplandığı enflamatuar ve yaşamı tehdit eden bir hastalıktır. Geniş vaka serileri etyolojik nedenler göz önüne alınarak incelendiğinde, steroid olmayan anti-enflamatuar ilaçların, özellikle ibuprofen'in, altta yatan nadir nedenlerden biri olduğu dikkati çekmektedir. On aylık bir kız çocuğuna yüksek ateş ve ajitasyondan dolayı ibuprofen verilmişti. İbuprofen verildikten saatler sonra hasta yaygın eritem geliştirerek hastanemize başvurmuştu. Acilde antihistaminik ve steroid kullanılmasına rağmen, döküntüsü kaybolmaması üzerine kliniğimize yatırılmıştı. Hastamızın tam kan sayımı, CRP ve biokimyasal değerleri normaldi. Elektrolit tedavisine ilaveten, döküntü için deksametazon da verildi. Dermatolojiyle konsülte edildiğinde, ibuprofen'e bağlı eritrodermiden şüphelenilerek topikal eau de goulard, hidrokortizon krem ve difenhidramin tedavisine eklendi. Hasta vital bulgularının gözlemi için monitorize edildi ve sıcak tutuldu. Yatışının 5. gününde döküntü geriledi ve hasta taburcu edildi. Sonuçta eritrodermi altta yatan cilt hastalığı, ilaçlar, tümörler gibi değişik hastalıklarla ilişkili bulunmasına rağmen; hastamızda ibuprofen'e bağlandı. Bundan dolayı, bu tür cilt lezyonları olan hastalarda ilaç kullanımı sorgulanmalıdır. İbuprofen gibi sık kullanılan bir antipiretiğin nadiren eritrodermi gibi hayatı tehdit edebilen komplikasyona yol açabileceği akılda tutulmalıdır. Bu sunumla, özellikle klinisyen ve aile üyelerinde ibuprofen'le ilişkili eritroderminin farkındalığını artırmak istedik. (JAREM 2012; 2: 127-30)

Anahtar Sözcükler: Eritrodermi, ibuprofen, sütçocuğu

ABSTRACT

Erythrodermia, also known as exfoliative dermatitis, is an inflammatory and life-threatening disorder presenting with erythema and squamous lesions covering more than 90% of the body. When a large case series is evaluated for etiological reasons, non-steroid anti-inflammatory drugs, specifically ibuprofen, should be considered be one of the rarest predisposing factors. A 10-month-old girl had been given ibuprofen because of high fever and agitation. Hours after ibuprofen use, she had developed generalized erythema and presented to our hospital. After antihistaminic and steroid injections in emergency, the rash did not vanish and she was admitted to our clinic. Her complete blood count, C-reactive protein and routine biochemistry values were found to be normal. In addition to electrolyte therapy, dexamethasone was given for the rash. On consultation with dermatology, erythrodermia, probably due to ibuprofen, was suspected and topical eau de goulard, hydrocortisone cream and diphenhydramine were added to the therapy. She was monitored for vital signs and kept warm. At the fifth day of admission; the rash resolved and she was discharged. As a result; although erythrodermia has been frequently reported to be associated with various underlying diseases such as skin disorders, medications, and malignancies; in our case it seemed to be caused by ibuprofen. Additionally, the patients who have this kind of skin lesion should be questioned for any medication being used. It should be kept in mind that ibuprofen, as a commonly used antipyretic medication, may rarely cause erythrodermia, which may sometimes be a life-threatening complication. With this report, we wish to increase awareness of clinicians and family members regarding ibuprofen-associated erythrodermia. (JAREM 2012; 2: 127-30)

Key Words: Erythrodermia, ibuprofen, infant

GİRİŞ

Eritrodermi, ilk kez 1868 yılında Hebra tarafından tanımlanan vücudun %90'undan fazlasının eritem ve skuam ile kaplı olduğu enflamatuar bir hastalıktır (1). Jeneralize -yaygın- eritrodermi bazen eksfoliyatif dermatit olarak da adlandırılır, fakat dermatit her zaman mevcut değildir. Akut olabildiği gibi kronik olarak da görülebilir. Hastalık erişkinlerde iyi tanımlanan bir antite olmasına karşılık, çocuklarda çok sık rastlanmamaktadır (2-5). Çocuk hastalarda özellikle de yenidoğan döneminde daha nadir olmasına rağmen, hayatı tehdit eden klinik seyri dolayısıyla önem kazanmaktadır ve dermatolojik aciller arasında kabul edilir (5). Erişkin hastalarda

sıklığı 35/100.000 olarak ifade edilmektedir (1, 2). Çocuklardaki insidans çalışmaları çok az olmakla beraber, pediatrik dermatoloji kliniklerine başvuran Hindistanlı çocuk hastalardaki sıklığı ise %0.11 olarak bildirilmiştir (3, 4).

Eritrodermi, değişik etyolojik hastalık ve durumlara bağlı gelişen ortak bir klinik tablodur. Eritrodermi genel olarak etiyolojide rol alan faktörlere göre süregelen deri hastalıkları, ilaçlar, malignitelerden kaynaklanan eritrodermiler ve idyopatik olmak üzere dört ana grupta değerlendirilir (1-5). Etiyolojide rol alan hastalıklara ait kısa bilgi Tablo 1'de özetlenmiştir. Sarkar ve arkadaşının (4) 1999'da yayınladıkları 17 çocuk hastayı içeren bir çalışmada; en

İstanbul'da 28-31 Mart 2011 tarihleri arasında düzenlenen 33. Pediatri Günleri Kongresi'nde sunulmuştur.

 **Yazışma Adresi / Address for Correspondence:** Dr. Öner Özdemir, T. C. Sağlık Bakanlığı İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 3. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Alerji-İmmünoloji Bölümü, İstanbul, Türkiye, Tel: +90 216 566 40 00 E-posta: ozdemir_oner@hotmail.com

Geliş Tarihi / Received Date: 12.06.2012 **Kabul Tarihi / Accepted Date:** 04.10.2012
© Telif Hakkı 2012 AVES Yayıncılık Ltd. Şti. Makale metnine www.jarem.org web sayfasından ulaşılabilir.
© Copyright 2012 by AVES Yayıncılık Ltd. Available on-line at www.jarem.org
doi: 10.5152/jarem.2012.31

Tablo 1. Çocuklarda eritrodermi'ye yol açan nedenlerin (etyolojisinin) ayırıcı tanısında düşünülmesi gereken hastalıklar

İdiopatik	- Nedeni bilinemez
Malignite tipleri	- Hodgkin ve non-Hodgkin lenfomalar, kutanöz T-hücreli lenfoma, mikozis fungoides, bronş ve prostat kanseri vb.
İktiyoz tipleri	- Büllöz iktiyoziform eritroderma
	- Büllöz olmayan iktiyoziform eritroderma
	- Netherton sendromu
	- Sjogren-Larssen sendromu
Enfeksiyon tipleri	- Stafilokoksik haşlanmış deri sendromu
	- Kızıl
	- Neonatal kandidiazis
	- Toksik şok sendromu
Enfestasyonlar	- Norveç Uyuzu (skabiyyaz)
İmmünyetmezlik sendromları	- Omenn sendromu
	- Graft versus host hastalığı
İlaç reaksiyonları	- Non-steroid anti-inflamatuar ilaçlar
	- Antiepileptikler (fenitoin, fenobarbital)
	- Antibiyotikler (sülfonamid, penisilinler, antitüberküloz, seftriakson, vankomisin vb.)
	- Borik asit toksisitesi
Beslenme/metabolizma hastalıkları	- Biotin metabolizma bozuklukları
	- Esansiyel yağ asidi eksiklikleri
	- Kwashiorkor
	- Akrodermatitis enteropatika
	- Kistik fibroz
	- Leiner hastalığı
Nadir görülen diğer cilt hastalıkları	- İnfantil seboreik dermatit
	- Atopik dermatit
	- Kawasaki Sendromu
	- Dermatomyozit
	- Sarkoidoz
	- Pemfigus foliaceus
	- Psöriazis
	- Pitriazis rubra
- Yaygın kutanöz mastositoz	

sık (%29) neden olarak değişik gruptan ilaçlar gösterilmiştir. Bunu takiben bazı dermatolojik hastalıklar da örneğin: atopik (%12) ve seboreik dermatit (%5) etyolojide belirli sıklıkta saptanmıştır. İlaçlar içinde antiepileptikler (fenitoin, fenobarbital vb.), antibiyotik-

tikler (sülfonamid, antimalaryal, penisilin, isoniazid, streptomisin vb.) ve steroid olmayan anti-inflamatuar ilaçlar (NSAİİ) başta gelmektedir (5).

Literatürde eritroderminin görülme yaşına bakıldığında etyolojiye göre farklılık görülmektedir. Yapılan çalışmalarda hastalığın ortalama yaşı 3 yaş olmakla birlikte olguların %47'si süt çocuğu grubundadır. İktiyozis gibi kalıtsal hastalıklarda yenidoğan döneminde dahi eritrodermi gözlenebilmektedir (3). Bizim olgumuz NSAİİ'ye bağlı olarak çok nadir bir sebepten fakat 10 aylık süt çocuğunda geliştiğinden en sık rastlanan yaş grubunda yer almaktadır. Birçok yayında kız:erkek oranı arasında hastalığın görülmesi açısından anlamlı fark bulunmamıştır. Bir çalışmada erkek/kız oranı 0.89:1 olarak bulunmuştur (4).

Kutanöz (cilt bulgusu olan) ilaç reaksiyonları son zamanlarda yaygın ilaç kullanımıyla çok sık görülmeye başlanmıştır. İlaçlara bağlı reaksiyonlar çoğunlukla selim olmakla birlikte, nadiren büllöz ve eritrodermi ile birlikte olanları yüksek mortaliteye sahiptir (1-5). İbuprofen çocuk hastalarda antipiretik ve antiinflamatuar amaçla oldukça sık kullanılan bir NSAİİ'dir. Bu olgu sunumu ile amacımız ibuprofen'e bağlı çok nadiren geliştiğini düşündüğümüz eritrodermiyi son literatür verileri ışığında anlatmak, mortalite ve morbiditesinden bahsetmek, sık kullanılan bir antipiretik ilacın hayatı tehdit edici önemli bir yan etkisine olan farkındalığı artırmaktır.

OLGU SUNUMU

On aylık kız çocuğu, 1 gün önce ateş ve huzursuzluk şikâyetiyle geldiği sağlık kuruluşundan verilen ibuprofen kullanımından 24-48 saat sonrasında vücudunda yüzden başlayan sonra tüm vücutta yayılan döküntü gelişmesi nedeniyle acil servisimize başvurdu. Antihistaminik ve steroid enjeksiyonu yapıldıktan sonra döküntülerinde gerileme olmaması üzerine ilaç reaksiyonu ön tanısıyla yatırıldı. Özgeçmişinden daha önce bu ilacı kullanmadığı, soy geçmiş sorgulamasından da ailesinde ilaç reaksiyonları ve atopisi olan birinin olmadığı öğrenildi.

Fizik muayenede hastanın genel durumu orta, şuur açık, huzursuz, kalp tepe atımı: 126/dak, tansiyon arteriyel: 80/40 mmHg ve ateş: 37.5°C idi. Daha belirgin olarak yüzde -göz etrafı ve ağız çevresinde-, boyun altı kıvrımında ve vücutta yaygın eritem saptandı (Resim 1a, b). Bacak ve ellerinin üstünde minimal ödem de dikkati çekiciydi. İyileşme döneminde eritemli doku soyularak iyileşti (Resim 1c, d). Solunum sayısı: 28/dak, solunum sesleri bilateral eşit ve doğal; kalp sesleri de doğal ve üfürüm yoktu. Batın doğal bombelikte, organomegali saptanmadı. Diğer sistem muayenelerinin de normal sınırlarda olduğu görüldü.

Yapılan laboratuvar tetkiklerinden tam kan sayımı ve rutin biyokimyasında (karaciğer ve böbrek fonksiyonları dâhil) da özellik yoktu. CRP negatifti. Hastanın eozinofilisi yok ve total IgE değeri normaldi. TORCH ve VDRL testleri negatif bulundu. Yapılan tam idrar tetkikinde 14 lökosit ve lökosit esteraz (3+) saptanması üzerine hastanın ateşinin idrar yolu enfeksiyonuyla ilişkili olabileceğinden nitrofurantoin ve seftriakson tedavisine eklendi. Kan ve idrar kültürlerinde üreme olmaması üzerine antibiyotik tedavisi kesildi. Metabolik hastalık (biotinidaz eksikliğini de içeren) taramaları negatif olarak sonuçlandı. Eritrodermik döküntüsü için hastaya intravenöz sıvı tedavisi, feniramin maleat ve deksametazon başlandı. Hayati bulguları takip edilerek, sıcak tutulmaya



Resim 1. a, b) Hastamızın (soldan sağa) başlangıçtaki cilt lezyonlarını göstermektedir. Burada özellikle ağız, göz çevresi ve boyun altındaki eritem dikkati çekmektedir. Göğüs önü ve kolların üstlerinde de sınırlı eritem odakları mevcuttur. Hastamızda soldaki resimde izlenen göz kapak üstünde ve ellerdeki ödem de hastalıkla uyumludur. c, d) Hastamızın (soldan sağa) düzelleme döneminde (taburcu edilirken) görülen cilt lezyonlarının durumu. Başlangıçta görülen eritemli lezyonların zamanla soyulmaya başladığı görülmektedir. Özellikle soldaki resimde boyun altında skuamöz dökülme belirgindir

çalışıldı. Cildiye konsültasyonu sonucu; eritrodermi tanısı biyopsi ile doğrulanan hastanın tedavisi yeniden düzenlendi. Cilt biyopsisinde özgün olmayan dermatitle uygun ve yer yer de psoriasisiform değişiklikler saptandı. Kortizon pomad, difenhidramin oral tedavisi başlanıp, feniramin maleat kullanımı sonlandırıldı. Günde iki kez lokal eau de goulard uygulaması yapıldı. Yatışının 5. gününde döküntüleri gerileyen hasta mevcut tedaviyle kontrole çağrılarak taburcu edildi [Hastamızın velisinden eğitim amaçlı sunumu için izin alınmıştır].

TARTIŞMA

İlaç yan etkisi Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından şöyle tanımlanmıştır: İnsanlarda profilaksi, teşhis veya tedavi amacıyla kullanılan ilaç dozunun istenmeyen, aniden oluşan, zararlı olan etkisidir (6). Çok değişik şekillerde oluşabilen ilaç yan etkileri bulunmakla beraber; eritrodermi de bahsedilen yan etkiler arasında yer almaktadır. NSAİİ'lerin yan etkilerini gözden geçirdiğimizde; daha çok gastrit, peptik ülser ve böbrek fonksiyonlarında bozulma gibi prostaglandin inhibisyonuna bağlı yan etkilere yol açarlar. En ciddi yan etkileri de hipersensitivite reaksiyonlarıdır. Örneğin aplastik anemi, trombositopeni, agranülositoz, hemolitik anemi ve hepatit vb. dir. İmmün yetmezlikli hastalarda daha çok aseptik menenjit ve anafilaktoid reaksiyonlara yol açarlar. Ürtiker, bronkospazm ve proktokolit aspirine duyarlı hastalarda sık rastlanır. Bullöz ilaç reaksiyonları -eritema multiforme (EM), Stevens Johnson Sendromu (SJS) vb.- nadir fakat tehlikeli olabileceğinden önemsenmelidir. Roujeau ve arkadaşları da (7) bir derlemesinde en sık NSAİİ'nin kaşıntı, morbilliform döküntü, kurdeşen (ürtiker) ve fotosensitiviteye yol açtığını bildirmişlerdir.

Tüm ilaç reaksiyonları erken ve gecikmiş tip olarak ayrılabilir. Ayrıca bunlarda immüno-alerjik patogeneze düşünülürse erken reaksiyon IgE-aracılığıyla, geç dönemde oluşan reaksiyon ise T-hücreye

bağımlı olarak oluşur. Alerjik olmayan patogeneze de ayrıca bahsedilmektedir. Çoğu ilaç reaksiyonu ilaç aşırı duyarlılığına (hipersensitivite) bağlıdır (8). Hipersensitivite oluşumunda ilacın bir haptene gibi davranmasıyla immün sistemde ona özgün bir aktivasyon olur ve bu çeşit reaksiyon öncesinde duyarlılık gerektirmez. İlaçla ilk defa karşılaşıldığında bile reaksiyon oluşabilir. Coombs ve Gell immüno-alerjik reaksiyonları 4 sınıfta, tip I-IV, (IgE'ye, anti-kor aracılı sitotoksikiteye, immüno-globulin kompleksine, T-hücreye bağımlı) olarak kategorize etmişlerdir. Sonraki Pichler klasifikasyonu da tip IV gurubunu (geçikmiş hipersensitivite reaksiyonu) rol oynayan hücre tiplerine göre -Th1, Th2, sitotoksik T lenfosit ve diğer T hücrelerinin rol almasına göre- 4 alt guruba ayırmışlardır. Esas olarak monosit/makrofajların rol aldığı reaksiyon tip IVa olarak adlandırılmış ve kontakt dermatit gelişimi buna örnek gösterilmiştir. Eozinofil rol aldığı tip IVb, örneği eozinofilik makülopapüler ekzantem; sitotoksik CD4+/CD8+ T-hücrelerinin rol aldığı tip IVc, örneği makülopapüler-büllöz ekzantem; ve nötrofillerin rol oynadığı tip IVd, örneği akut jeneralize ekzantematöz püstülozis olarak verilmiştir (9).

Yirmi bine yakın Hintli çocuk hastayı içeren eritrodermi etyolojisine yönelik geriye dönük yapılan çalışmada ilk sırada enfeksiyonlar (%40 sıklıkta), sonrasında iktiyoziform eritrodermi (%25), atopik dermatit (%15), infantil seboreik dermatit (%10) ve nedeni bilinmeyen eritrodermi (%10) gelmiştir (3). Fransa'dan Pruszkowski ve arkadaşının (10) 51 eritrodermili yenidoğan ve bebek hastalarda etyolojisi araştırmak için yaptıkları çalışmada; nedenleri immünyetmezlik (%30), iktiyoz (%21), Netherton sendromu (%18), ekzematöz veya papulo-skuamöz dermatozlar (%20) ve nedeni bulunamayan (%5) eritrodermi olarak sıralanmışlardır. Hindistan ve Fransa'da çocuk hastalarda yapılan bu tür çalışmalarda ise NSAİİ'den eritrodermi etyolojisinde bahsedilmemektedir.

Yine vaka serilerinde değişmekle beraber Raksha ve arkadaşının (11) çalışmasında 200 hastalık cilde özgün (kutanöz) ilaç reaksiyonuna sahip olan çocuk hastalarda gerçekleştirdiği çalışmada NSAİİ'ler döküntü yapan ilaçların başında gelmiştir. Fakat bu seride sadece 5 vakada ekfoliyatif dermatite (5/200) rastlanılmasına rağmen bunların sadece birinde (1/200) ibuprofen'e bağlı olarak eritrodermi gelişmişti. İbuprofen bir NSAİİ olarak eritrodermi dışında EM ve SJS'nuna da yol açabilir. Bu seride bildirilen 7 SJS'lu vakanın 3'ü ibuprofen'e bağlanmıştı. Raksha ve arkadaşının (11) bu seride EM ve SJS'nun en sık nedenini ibuprofen'e bağlamışlardır. Fakat Malhotra ve arkadaşının (12) 54 kişilik, Jhaj ve arkadaşının (13) 379 kişilik ilaç döküntüsü olan çocuk hastalarda yaptıkları çalışmada, ekfoliyatif dermatit/eritrodermiye hiç rastlanmamıştır. Heinzerling ve arkadaşının (14) 5 yıl boyunca 612 hastalık şüpheli cilde özgün ilaç reaksiyonuna sahip olan hastalarda gerçekleştirdiği çalışmada NSAİİ'lerle %21 oranında değişik cilt reaksiyonlarına rastlanılmasına rağmen eritrodermi görülmemiştir. İlaç reaksiyonu olduğu kesin tanısı konulan 107 vakadan sadece birinde -1/107- ibuprofen'e bağlı vaskülitik reaksiyon gözlenmişti (14). Sadece cilde özgün ilaç reaksiyonuna sahip olan çocuk hastalarda gerçekleştirilen bu araştırmalarda dahi ya çok az oranda (1/200) ya da hiç ibuprofen'e bağlı olarak eritrodermi bildirmemişlerdir. Vakamızda da literatüre uygun olarak bir NSAİİ olan ibuprofen'e bağlı olduğunu düşündüğümüz eritrodermi gelişmiştir. Hâlbuki son zamanlarda aspirin ve diğer benzeri NSAİİ'lara (diflunisal, metamizol, 5-aminosalicylic acid) karşı da eritrodermi gelişebildiği bildirilmektedir (15-18). So-

nuç olarak; olgumuz 10 aylık süt çocuğu olduğundan en sık rastlanan yaş grubunda yer almasına rağmen, NSAİ'ye bağlı olarak çok nadir bir sebepten eritrodermi geliştirmiştir.

Klinik açıdan eritrodermiye bakıldığında döküntü yanı sıra en belirgin belirtiler kaşıntı (%41 vakada) ve yanmadır (%18). Sistemik belirtiler arasında ateş (%53), taşikardi (%53), ayakta ödem (%12) görülür (4). Lezyonların başlangıç yeri farklılık göstermektedir. Olguların çoğunda lezyonlar hastamızdaki gibi yüzden başlamaktadır. Olgumuzun yaşı itibarıyla diğer belirtilerin varlığı tam olarak değerlendirilememekle beraber, var olan huzursuzluğun kaşıntı ve yanmaya bağlı olabileceği düşünülmüştür. Diğer yandan literatürde ifade edilen ateş, taşikardi ve ilgili resimlerde (Resim 1a-d) görüldüğü üzere yaygın skuamli eritem, el ve ayaklarda ödem gibi bulgulara hastamızda da rastlanmıştır. Teşhis konulurken, klinik değerlendirme esas olmasının yanında dermatolojik (biyopsi) ve alerjik testler (eozinofil sayımı, total IgE, cilt testleri gibi) kullanılmasına rağmen bunların güvenilirlikleri ve kullanımı kısıtlıdır. Ayırıcı tanıda düşünülmesi gereken diğer hastalıklar ise Tablo 1'de gösterilmiştir.

Eritroderminin vücut metabolizmasında da büyük değişiklikler yapar. Derinin kan akımının artması hipotermiye neden olur. Kompansasyon için bazal metabolizma hızı artar. Skuamlarla proteinler kaybedilir, plazma volümü artarak hemodilüsyona ve şiddetli ödeme neden olur. Zamanla bazal metabolizma hızı artar, katabolik aktivite nedeniyle de hızlı bir şekilde kilo kaybı başlar. Eritrodermi tedavisi bu yüzden hastanede yapılmalıdır. Hasta ısıtılmalı ya da sıcak tutulmalıdır, sıvı elektrolit dengesi sağlanmalı ve hayati bulgular düzenli olarak takip edilmelidir. Muhtemel olabilecek diğer ilaç reaksiyonlarına karşı bütün gereksiz ilaçlar kesilmelidir. Deri lezyonları topikal steroidle tedavi edilmelidir. Bu bilgiler ışığında hastamız serviste yatırılarak izlenmiştir. Sıcak tutulması yanında, sıvı tedavisi de uygulanmış ve hastanın hayati bulgular düzenli olarak takip edilmiştir. Ayrıca uygulanan topikal steroid ve antihistaminik tedavi fayda sağlamıştır. Fakat tedavi başarısızsa literatürde karaciğer ve akciğer yetmezlikleri ve sonrasında çoklu organ yetmezliği gibi komplikasyonlara yol açabildiği de bildirilmiştir (19, 20).

Eritrodermi pediatri pratiğinde oldukça nadir rastlanan bir klinik tablodur. Buna rağmen yenidogan döneminde bile karşımıza çıkabileceği unutulmamalıdır. Eritroderminin prognozu altta yatan durumla ilişkilidir. Eritrodermi'nin etyolojide yer alan çeşitli faktörler nedeni ile hastanın anamnez ve fizik muayenesinin doğru değerlendirilmesi çok büyük önem taşımaktadır. Vakamızda olduğu gibi etyolojik faktör olan ve pratikte sık kullanılan ibuprofen'in bu tür deri reaksiyonlarına yol açabileceği akılda tutulmalıdır. Diğer yandan mortalitesi nedeni ile acil dermatolojik hastalıklar arasında yer almaktadır. Bu tür cilt lezyonu bulunan vakalar hastanede yatırılarak tedavi edilmelidir.

SONUÇ

İbuprofen gibi sık kullanılan fakat başka birçok hastalıkla karıştırılabilecek klinik tabloya yol açan bir ilacın bu yan etkisinin iyi

tanınıp tedavisinin bilinmesi kanaatimizce çok önemlidir. Ayrıca, her ilaç kullanılmadan önce iyice düşünülmeli ve beklenen tedavi edici faydası ihtimali zarar verebilme riskini mutlaka aşmalıdır.

Çıkar çatışması: Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

KAYNAKLAR

1. Jih MH, Kimyai Asadi A, Freedberg IM. Exfoliative dermatitis. In: Freedberg IM, Eisen AZ, Wolff K, Austen KF, Goldsmith LA, Kustz SI, editors. Fitzpatrick's dermatology in general medicine, 6th ed. New York: McGraw-Hill; 2003; 436-9.
2. Nicolis GD, Helwig EB. Exfoliative dermatitis. A clinic-pathologic study of 135 cases. Arch Dermatol 1973; 108: 788-97. [CrossRef]
3. Sarkar R, Sharma RC, Koranne RV, Sardana K. Erythroderma in children: A clinico-etiological study. J Dermatol 1999; 26: 507-11.
4. Sarkar R, Garg VK. Erythroderma in children. Indian J Dermatol Venereol Leprol 2010; 76: 341-7. [CrossRef]
5. Sarkar R, Basu S, Sharma RC. Neonatal and infantile erythroderma. Arch Dermatol 2001; 137: 822-3.
6. Edwards RI, Aronson JK. Adverse drug reactions: definitions, diagnosis, and management. The Lancet 2000; 356: 1255-9. [CrossRef]
7. Roujeau JC. Clinical aspects of skin reactions to NSAIDs. Scand J Rheumatol Suppl 1987; 65: 131-4. [CrossRef]
8. Özdemir O. Development of antiepileptic hypersensitivity syndrome after phenytoin treatment. Turk J Pediatr 2010; 52: 111-2.
9. Pichler WJ. Delayed drug hypersensitivity reactions. Ann Intern Med 2003; 139: 683-93.
10. Pruszkowski A, Bodemer C, Fraïtag S, Teillac-Hamel D, Amoric JC, de Prost Y. Neonatal and infantile erythroderma: A retrospective study of 51 patients. Arch Dermatol 2000; 136: 875-80. [CrossRef]
11. Raksha MP, Marfatia YS. Clinical study of cutaneous drug eruptions in 200 patients. Indian J Dermatol Venereol Leprol 2008; 74: 80. [CrossRef]
12. Malhotra S, Chopra SC, Dogra A, Gupta C. Cutaneous adverse drug reactions- one year pharmacovigilance study in a tertiary care hospital. Indian J Pharmacol 2004; 36: S41-2.
13. Jhaj R, Uppal R, Malhotra S, Bhargava VK. Cutaneous adverse reactions in in-patients in a tertiary care hospital. Indian J Dermatol Venereol Leprol 1999; 65: 14-7.
14. Heinzerling LM, Tomsitz D, Anliker MD. Is drug allergy less prevalent than previously assumed? A 5-year analysis. Br J Dermatol 2012; 166: 107-14. [CrossRef]
15. Cook DJ, Achong MR, Murphy FR. Three cases of diflunisal hypersensitivity. CMAJ 1988; 138: 1029-30.
16. Bernedo N, Audicana MT, Uriel O, Velasco M, Gastaminza G, Fernández E, et al. Metamizol as a cause of postoperative erythroderma. Contact Dermatitis 2004; 50: 317-8. [CrossRef]
17. Iemoli E, Piconi S, Ardizzone S, Bianchi Porro G, Raimond F. Erythroderma and toxic epidermal necrolysis caused by to 5-aminosalicylic acid. Inflamm Bowel Dis 2006; 12: 1007-8. [CrossRef]
18. Sehgal VN, Srivastava G. Erythroderma/generalized exfoliative dermatitis in pediatric practice: an overview. Int J Dermatol 2006; 45: 831-9. [CrossRef]
19. Okoduwa C, Lambert WC, Schwartz RA, Kubeyinje E, Eitokpah A, Sinha S, et al. Erythroderma: review of a potentially life-threatening dermatosis. Indian J Dermatol 2009; 54: 1-6. [CrossRef]
20. Hydzik P, Gawlikowski T, Groszek B. Drug-induced erythrodermia complicated by multiorgan failure--case report. Przegł Lek 2011; 68: 503-5.