



Meningokoksemi İlişkili Perioral Peteşi

Perioral Petechiae Associated with Meningococcemia

Mustafa Gençeli¹(iD), Kübra Nur Erdoğan²(iD), Talha Üstüntaş²(iD), Ayşegül Aşkın²(iD), Ayşe Sümeyra Engin²(iD), Özge Metin Akcan¹(iD)

¹ Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı, Konya, Türkiye

² Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Konya, Türkiye

Makale atfı: Gençeli M, Erdoğan KN, Üstüntaş T, Aşkın A, Engin AS, Metin Akcan Ö. Meningokoksemi ilişkili perioral peteşi. J Pediatr Inf 2025;19(2):127-129.

Giriş

İnvaziv meningokokkal hastalıklar tüm dünyada önemli bir mortalite ve morbidite nedenidir. Meningokoksemi ani başlangıçlı, hızlı seyirli, yüksek mortalite ile seyreden bulaşıcı bir hastalıktır. *Neisseria meningitidis* zorunlu insan patojeni olan gram negatif bir diplokoktur. Meningokokkal hastalık klinik spektrumu, kendini sınırlayan ateşli hastalıktan hızlı progresif septik şoka kadar ilerleyebilir (1). Burada ateş ve yoğun perioral peteşi ile başvuran bir meningokok enfeksiyonu olan bir olgu sunulmuştur.

Olgu Sunumu

Yedi yaşında daha önceden bilinen hastalığı olmayan erkek hasta tarafımıza bir gündür olan ağız çevresinde yoğun kızarıklık ve vücutta da yer yer olan döküntü, eklem ağrısı ve ateş şikayetleri ile başvurdu. Öz geçmişinde özellik yoktu. Soy geçmişinde kardeşinde üç yaşındayken bakteriyel menenjit geçirme öyküsü vardı, ek özellik yoktu. Fizik muayenesinde; vücut sıcaklığı= 38.4 °C, kalp tepe atımı= 100/dk, kan basıncı= 95/60 mmHg, yumuşak damakta, ağız çevresinde yoğun, gövdesinde, genital bölgede ve ekstremitelerinde yer yer peteşileri mevcuttu (Şekil 1,2). Diğer sistem muayeneleri normaldi. Kan tetkiklerinde C-reaktif protein= 3 mg/L, lökosit= 7960/mm³, nötrofil= 5080/mm³, hemoglobin= 13.8 g/dL, platelet= 193000/mm³, INR= 1.18, aPTT= 26 saniye, diğer rutin biyokimyasal tetkikleri normaldi. Hastaya meningokok-



Şekil 1.

semi ön tanısıyla seftriakson (100 mg/kg/gün, iki dozda), intravenöz başlandı. İzlemde aralıklı alınan hemogram ve koagülasyon tetkikleri normal sonuçlandı. Hastanın vital bulgularında bozulma olmadı. Peteşiyal döküntüleri yer yer kaybolup yeni döküntüleri çıktı ancak ekimotik lezyon gelişmedi. Kan kültürü negatif sonuçlandı. Kandan *N. meningitidis* polimeraz zincir reaksiyonu çalışıldı ve non-grup pozitif sonuçlandı. Hastanın kardeşinde de menenjit geçirme öyküsü olduğu için immünolojik değerlendirme yapıldı. Toplam kompleman

Yazışma Adresi/Correspondence Address

Mustafa Gençeli

Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı,
Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı,
Konya, Türkiye

E-mail: genceli.mstf13@gmail.com

Geliş Tarihi: 31.07.2024 Kabul Tarihi: 25.10.2024

Çevrim İçi Yayın Tarihi: 27.06.2025

Bu eser CC BY-NC Atıf-GayriTicari Türev Eser Yaratma 4.0 Uluslararası Lisansı kapsamında lisanslanmıştır.

Veri Paylaşım Beyanı: Bu çalışmanın bulgularını destekleyen veriler, makul talepler doğrultusunda sorumlu yazardan temin edilebilir.

*Telif Hakkı 2025 Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları ve Bağışıklama Derneği. Makale metnine www.cocukenfeksiyon.org web sayfasından ulaşılabilir.



Şekil 2.

(CH) 50 ve yaşına göre immünglobulin G, A, M ve periferik lenfosit alt grup dağılımı normal sonuçlandı. Seftriakson tedavisi yedi güne tamamlanan hasta taburcu edildi. Hastaya taburculuk sonrası işitme testi yapıldı normal sonuçlandı ve nörolojik değerlendirmesinde patolojik bulgusu yoktu. Altı aylık aralıklı izleminde ek problemi olmadı.

Tartışma

Meningokoksemi hızla ilerleyen bir hastalık olması, hızlı tanı, erken antibiyotik ve destek tedavisinin hastalığın sonucuyla ilişkili olması nedeniyle, meningokoksemi tanısı hafif semptomların varlığında ve hastalığın başlangıcında klinik olarak konulmalıdır (2).

Çocuklarda lokal mekanik nedenlere bağlı purpurik döküntüler görülebilir. Peteşiyal veya purpurik lezyonların varlığında altta yatan hematolojik bozukluğun derhal ve eksiksiz bir şekilde araştırılması gereklidir. Perioral peteşi ile ilgili olgu sunumları genellikle lokal travma ile ilişkilendirilmiştir. Bildirilen olgu sunumunda, dokuz yaşındaki erkek hastada şişe kapağını emme sonucu perioral peteşi gözlenmiştir (3). Hastamız meningokoksemi seyri sırasında yoğun perioral peteşi bildiren ilk olgudur.

İnvaziv meningokok hastalığı, uygun tedavi başladıktan sonra bile hızla ilerleyebilir ve yaşamı tehdit edebilir. Enfeksiyonun komplikasyonlarını azaltmak için parenteral antibiyotik tedavisi mümkün olan en kısa sürede başlanmalıdır.

Sefotaksim, seftriakson veya penisilin, invaziv meningokok hastalığı klinik tanısı olan hastalarda başlangıç tedavisi olarak tercih edilmektedir. Erken ve agresif sıvı resüsitasyonu, pediatrik hastalarda daha iyi sağkalımla ilişkilidir. Hem menenjit hem de septisemi için önerilen antibiyotik tedavi süresi 5-7 gündür (4). Hastamızda ateş ve peteşi olmasıyla meningokoksemeden şüphelenildi. Uygun sıvı replasmanı ve seftriakson tedavisi başlandı. Hastanın genel durumunun iyi olması, ateşinin sebat etmemesi, vitallerinde bozulma olmaması üzerine tedaviye vankomisin eklenmesi düşünülmeydi. Tedavinin dördüncü gününde polimeraz zincir reaksiyon test sonucu, *N. meningitidis* pozitif saptandı.

İnvaziv meningokok hastalığında hızlı tanı konulması önemlidir. Ancak geleneksel yöntemler zaman almaktadır. Özellikle erken antibiyotik tedavi uygulanması sebebiyle kültürde etken çoğu zaman gösterilememektedir. Bu nedenle kültüre dayalı olmayan yöntemler; hassas, spesifik, erken tanı ve önleme için değerli olmaktadır (5). Yapılan bir çalışmada kültür negatifliğinin daha düşük bakteri yüküyle ve daha az şiddetli vakalarla ilişkili olmadığı gösterilmiştir. Ancak invaziv meningokok hastalığının laboratuvar doğrulamasında polimeraz zincir reaksiyonu yöntemlerinin kültürden önemli ölçüde daha duyarlı olduğu gösterilmiştir (6). Meningokoksemi kliniği ile uyumlu bir hastada kan polimeraz zincir reaksiyonu *N. meningitidis* grup B'ye pozitif ancak kan kültür negatif sonuçlanmıştır (7). On yaşındaki bir hastanın invaziv meningokok hastalığı ile uyumlu klinik bulguları varmış. Kan ve beyin omurilik sıvısı kültürlerinde etken gösterilememiş ancak hem beyin omurilik sıvısı hem de kanda polimeraz zincir reaksiyonu yöntemiyle tanı doğrulanmıştır. Literatürde birçok benzer olgular bulunmaktadır (8). Hastamızda kültür öncesinde antibiyotik alım öyküsü yoktu ancak kültürde etken gösterilemedi.

Önceki raporlar, mannoz bağlayıcı lektin geninin (MBL2) yaygın kusurlu yapısal polimorfizmlerinin taşınmasının bir bireyin invaziv meningokok hastalığına yakalanma riskini büyük ölçüde arttırdığını belirtmiştir. Ancak elde edilen son veriler ve diğer tüm mevcut kanıtlar, MBL2 yapısal polimorfizmlerinin çocuklarda veya yetişkinlerde invaziv meningokok hastalığına yatkınlık oluşturmadığını göstermektedir (9). Nadir genetik varyantlar nedeniyle oluşan kompleman eksikliklerinin invaziv bakteriyel enfeksiyon riskini arttırdığı yaygın olarak kabul edilse de, kompleman sistemdeki yaygın genetik varyantların hastalık duyarlılığıyla ilişkisi hakkında hala bilgi eksiklikleri vardır (10). Alternatif ve terminal kompleman yollarının bileşenlerinde eksiklik olan bireyler; invaziv, tekrarlayan meningokok enfeksiyonlarına karşı duyarlı kabul edilmektedir (11).

Ateş ve peteşi şikayetleri ile başvuran çocuklarda aksi ispat edilene kadar meningokoksemi gibi yaklaşılmaz. Hastamızda olduğu gibi bazı hastalarda peteşiyal döküntüler belli bölgelerde yoğunlaşabilir.

Kaynaklar

1. Biebl A, Hartman G, Bernhard C, Bechter E, Luckner-Hornischer A, Frühwirth M, et al. Vaccine strategies of meningococcal disease: Results of 10-year population based study. *Eur J Pediatr* 2005;164:735-40. <https://doi.org/10.1007/s00431-005-1719-7>
2. Kepenekli E, Tuygun N, Tanir G. Invasive meningococcal disease in children; assessment of clinical features and treatment options in 7 patients. *J Pediatr Inf* 2008;2:152-5.
3. Sil A, Chakraborty S, Punithakumar EJ, Panigrahi A. Suction purpura: A playful clue to an acute perioral rash. *J Paediatr Child Health* 2020;56:1488. <https://doi.org/10.1111/jpc.15107>
4. Nadel S. Treatment of meningococcal disease. *J Adolesc Health* 2016;59:21-8. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.04.013>
5. Deghmane AE, Hong E, Taha MK. Diagnosis of meningococcal infection using internally controlled multiplex real-time PCR. *Methods Mol Biol* 2019;1969:17-31. https://doi.org/10.1007/978-1-4939-9202-7_2
6. Guiducci S, Moriondo M, Nieddu F, Ricci S, De Vitis E, Casini A, et al. Culture and real-time polymerase chain reaction sensitivity in the diagnosis of invasive meningococcal disease: Does culture miss less severe cases? *PLoS One* 2019;14:e0212922. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0212922>
7. García-Salido A, García-Brunet A, Pérez-Sebastián I, Blanco-Iglesias E, Unzueta-Roch JL, Serrano-González A. Coinfección por astrovirus y *Neisseria meningitidis* serogrupo B en una niña [Coinfection by astrovirus and *Neisseria B meningitidis* in a girl]. *Arch Argent Pediatr* 2018;116:659-63. <https://doi.org/10.5546/aap.2018.e659>
8. Bhandari P, Dorji T, Sharma TR, Mynak ML. Fatal case of meningococcal meningitis in a child from rural Bhutan: A case report. *Clin Case Rep* 2024;12:e9396. <https://doi.org/10.1002/ccr3.9396>
9. Bradley DT, Bourke TW, Fairley DJ, Borrow R, Shields MD, Young IS, et al. Genetic susceptibility to invasive meningococcal disease: MBL2 structural polymorphisms revisited in a large case-control study and a systematic review. *Int J Immunogenet* 2012;39:328-37. <https://doi.org/10.1111/j.1744-313X.2012.01095.x>
10. van den Broek B, van der Flier M, de Groot R, de Jonge MI, Langereis JD. Common genetic variants in the complement system and their potential link with disease susceptibility and outcome of invasive bacterial infection. *J Innate Immun* 2020;12:131-41. <https://doi.org/10.1159/000500545>
11. Lewis LA, Ram S. Meningococcal disease and the complement system. *Virulence* 2014;5:98-126. <https://doi.org/10.4161/viru.26515>