Erythema Nodosum and Mycobacterium Tuberculosis

Eritema Nodosum ve Mycobacterium Tuberculosis

Eritema Nodosum / Erythema Nodosum

Övgü Kul[1], Deniz Aygün[2], Gürkan Tarçın[1], Serdar Nepesov[2], Yıldız Camcıoğlu[2]
[1]Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD, [2]Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD, Enfeksiyon Hastalıkları, Klinik İmmünoloji ve Allerji Bilim Dalı, İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İstanbul, Türkiye

Özet

Eritema nodosum[EN], pannikülitin en yaygın formu olup, deri altı yağ dokusunun inflamatuvar bir hastalığıdır. Etyolojisi %55 oranında idiyopatik olarak tanımlanmakla birlikte tüberküloz, sarkoidoz, Behçet hastalığı, inflamatuvar bağırsak hastalıkları, streptokok enfeksiyonu, malignite gibi sistemik hastalıkların bir bulgusu olabilmektedir. Düşmeyen ateş ve bacaklarında orta sertlikte nodüler kırmızı renkte döküntüler nedeniyle getirilen 14 yaşında kız hastaya Eritema nodosum[EN], tanısı konularak etyoloji araştırıldı. İncelemeler sonucunda sözü edilen birçok hastalık dışlandıktan sonra tüberkülin cilt testi ve Quantiferon pozitif, akciğer tomografisinde tomurcuklanan ağaç manzarası saptanarak hastaya akciğer tüberkülozu tanısı konuldu ve tedaviye başlandı. Aynı tarihlerde EN nedeniyle başvuran 11 yaşındaki bir diğer kız hastada da incelemeler sonucunda tüberkülin cilt testi 20 mm, Quantiferon TB-gold testi negatif idi ve akciğer tomografisinde hiler lenfadenopati tüberküloz ile uyumlu bulundu, EN nedeninin akciğer tüberkülozu olduğu belirlenerek tedaviye alındı. Eritema nodosum[EN] nedeniyle başvuran iki adolesan kız hasta, EN ile akciğer tüberkülozunun yakın ilişkisine dikkat çekmek amacı ile sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler

Eritema Nodosum; Tüberküloz; Akciğer

Abstract

Erythema nodosum[EN] is a common form of panniculitis and inflammatory disease of the subcutaneous fat tissue.EN occurs in a variety of disorders including tuberculosis, sarcoidosis, Behçet's disease, inflammatory bowel disease and streptococcal infection but idiopathic cases account for 55%. A 14 years old patient was diagnosed as Erythema nodosum[EN] with prolonged fever and red subcutaneous nodules in pretibial location. With tuberculin skin and Quantiferon positivity and tree in bud sign in chest x ray she was diagnosed as tuberculosis. On the same dates a 11 years old patient was admitted with EN. She was also diagnosed as tuberculosis due to tuberculin skin and Quantiferon positivity and hilar lymphadenopathy in thorax CT. The other causes were excluded in both cases. We present these two adolescents cases to keep in mind the close relationship between tuberculosis and erythema nodosum.

Keywords

Erythema Nodosum; Tuberculosis; Lung

DOI: 10.4328/JCAM.3723 Received: 02.07.2015 Accepted: 28.07.2015 Printed: 01.08.2015 J Clin Anal Med 2015;6(suppl 4): 557-9
Corresponding Author: Deniz Aygün, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD, Enfeksiyon Hastalıkları, Klinik İmmünoloji ve Allerji BD, İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, 34098, İstanbul, Türkiye. GSM: +905327868682 F.: +90 2126328633 E-Mail: fdenizaygun@gmail.com

Giriş

Eritema nodosum[EN] genellikle tibia ön yüzüne yerleşen, iki taraflı, yüzeyden kabarık, ağrılı, sıcak ve kendiliğinden iz bırakmadan iyileşen deri nodülleridir.

Patogenezi henüz net olarak bilinmemekle birlikte gecikmiş tipte bir aşırı duyarlık yanıtı olduğu düşünülmektedir. Çoğunlukla genç erişkin kadınlarda, çocuklarda ise adolesan dönemde görülür. Tüberküloz, sarkoidoz, Behçet hastalığı, bakteriyel enfeksiyonlar, coccidioidomycosis ve histoplazmozis gibi mantar enfeksiyonları, inflamatuvar bağırsak hastalıkları, lenfoma gibi sistemik hastalıkların bir bulgusu olarak görülebilmekte ancak %55'e varan oranda idiyopatik olarak tanımlanmaktadır [1-3]. Ülkemiz gibi gelişmekte olan ülkelerde primer tüberküloz enfeksiyonu EN'un önemli sebepleri arasındadır[5].

Bu yazıda aynı dönemde eritema nodosum tanısından yola çıkarak incelenen adolesan çağındaki 2 olguya, diğer tanılar dışlandıktan sonra tüberkülin deri testi, Quantiferon testi ve akciğer görüntülemesine dayanarak akciğer tüberkülozu tanısı konulması, Türkiye'de EN nedenleri arasında tüberkülozun öncelikle düşünülmesini hatırlatmak amacıyla sunulmuştur.

Olgu Sunumu 1

14 yaşında kız olgu 20 gündür devam eden ateş nedeniyle başvurdu. Daha önce sağlıklı olan olguya boğaz enfeksiyonu nedeniyle önce oral amoksilin klavulonat tedavisi başlanmış fakat 1 haftanın sonunda ateş düşmeyince intramüsküler olarak seftriakson tedavisine geçilmiş. Tedavinin 3. gününde ateşleri aralıklı olarak devam eden hasta her iki bacak ön yüzünde orta sertlikte, cildde pembe-morumtrak renkte, ağrılı nodüllerin ortaya çıkması nedeniyle merkezimize yönlendirilmiş. Fizik muayenesinde, kilo:46.5 kg [10-25P], boy: 158 cm [25-50P], kalp tepe atımı: 86/dk, kan basıncı: 105/80 mmHg, vücut ısısı: 36,7°C idi. Bilateral bacak ön yüzünde farklı boyutlarda, simetrik yerleşimli, en büyüğü 2 cm çapında olan yuvarlak, ciltten kabarık, üzerinde sıcaklık artışı olan çok sayıda nodüler lezyonları vardı. Sol submandibular 3 cm, sağ mandibular 3 cm ve sağ arka servikal 2 cm orta kıvamlı, hareketli, hafif hassas lenfadenomegalileri mevcuttu. Diğer sistem muayeneleri normaldi. Tam kan sayımı, serum biyokimyası ve tam idrar incelemeleri normal değerlerdeydi. Periferik kan yaymasında atipik hücre bulunmadı. Eritrosit sedimentasyon hızı [110 mm/saat], C-reaktif protein [CRP:5.6 mg/dl] ve Anti streptolisin O [ASO:433 IU/ml] düzeyi artmıştı. Kan ve boğaz kültürlerinde üreme olmadı. Viral serolojisinde özellik yoktu. Immunglobulin G, A,M ve IgE düzeyleri yaşa göre normal değerlerdeydi. Bağ dokusu hastalıkları yönünden araştırıldığında anti nükleer antikor[ANA] benekli pozitif, p ve c- antinötrofilik sitoplazmik antikorları [p-ANKA ve c-ANCA] ve anti dsDNA'sı negatif saptandı. Behçet hastalığı açısından yapılan paterji testi negatifti, gözde üveit saptanmadı. Tek BCG skarı olan hastanın PPD'si 15 mm idi ve Quantiferon TB-gold testi pozitif sonuçlandı. Akciğer grafisinde infiltrasyon görülen olgunun çekilen toraks BT'sinde sol akciğer alt lobda belirgin olmak üzere her iki akciğerde tomurcuklanan ağaç manzarası görüldü. Balgamda aside dirençli bakteri saptanmadı. Aile taramasında aktif tüberküloz olgusuna rastlanmadı. Elde edilen olumlu verilere dayanarak hastaya akciğer tüberkülozu tanısı konarak izoniazid, rifampisin ve pirazinamid tedavileri başlandı. Üç hafta sonra hastanın lezyonlarında gerileme görüldü ve lezyonlar 4-5 haftа içinde kayboldu.

Olgu Sunumu 2

Öncesinde bilinen hastalığı olmayan 11 yaşında kız hasta her iki bacak ön yüzde ağrılı, ciltten kabarık, kırmızı renkli lezyonlar nedeni ile kliniğimiz acil polikliniğine getirilmiş. Enfeksiyon servisine yatırılan hastanın fizik muayenesinde her iki tibia ön yüzünde deriden kabarık, basmakla ağrılı, kırmızı renkli çok sayıda nodülleri vardı, diğer sistem muayeneleri doğaldı. Tam kan sayımı, serum biyokimyası, tam idrar tahlili, c-reaktif protein değeri [0,1 mg/dl], eritrosit sedimentasyon hızı[20 mm/saat] normal bulundu. Viral serolojisi ve immunglobulinlerin yaşına uygun düzeylerdeydi. Boğaz kültüründe üreme olmadı. Anti streptolisin O [ASO], anti nükleer antikor [ANA], anti dsDNA'sı ve p ve c- antinötrofilik sitoplazmik antikorları [p-ANKA ve c-ANCA] negatif saptandı. Bir adet BCG skarı olan hastanın tüberkülin cilt testi 20 mm, Quantiferon TB-gold testi negatif saptandı. Akciğer grafisinde mediastinal genişleme saptananan hastanın toraks bilgisayarlı tomografisinde sağ akciğer üst lob posterior segmentte santral ve periferik yerleşimli parankimal yoğunluk artışı ve aynı tarafta hiler alanda lenfadenomegaliler mevcuttu. Açlık mide sıvısında aside dirençli bakteri saptanmadı. Aile taraması normaldi, dayısının 10 yıl önce tüberküloz geçirdiği öğrenildi.

PPD pozitifliği olan olgunun radyolojik görüntüleme bulguları akciğer tüberkülozu ile uyumlu bulunarak izoniazid, rifampisin ve pirazinamid tedavileri başlandı. Hastanın bacaklarındaki lezyonlar 2 hafta içinde gerilemeye başladı ve 4. haftanın sonunda kayboldu.

Tartışma

Eritema nodosum özellikle alt ekstremitelerin ekstensör yüzlerinde orta sertlikte ağrılı, yüzeyden kabarık, sıcak, 1-10 cm çapında kırmızı renkli ele gelen nodüllerdir. Nadiren kalça ve üst ekstremitede de görülebilir. Başlangıçta kırmızı renkli ve sıcak olan lezyonlar giderek solar, önce mor ardından sarı-yeşilimsi bir renk alır. Genellikle 2-8 haftada ülsere olmadan ve iz bırakmadan iyileşir. Toplumda sıklığı 1-5/100 000 oranındadır ve genç erişkin kadınlarda daha sık olduğu bildirilmiştir. Çocukluk çağında ise puberte öncesi kız ve erkeklerde eşit olarak görülürken, puberte döneminde kız çocuklarında daha sık görüldüğü bildirilmiştir [1,6]. Genellikle idiyopatik, kendi kendini sınırlayan bir lezyon olmakla birlikte sistemik hastalıkların deri bulgusu olarak da görülebilir. Çocukluk çağında en sık A grubu beta hemolitik streptokoklar ve tüberküloz EN'un etyolojisinde ön plana çıkmaktadır. Bunların dışında sarkoidoz, Behçet hastalığı, bakteriyel gastroenteritler, derin mantar enfeksiyonları, enflamatuvar bağırsak hastalıkları, lenfoma ve lösemiler, kollajen doku hastalıkları, sülfonamid, amoksisilin gibi penisilin grubu antibiyotiklerin ve oral kontraseptif ilaçların kullanımı sonrası görülebilir. Patogenezi tam olarak aydınlatılamasa da gecikmiş tip aşırı duyarlılık yanıtının sebep olduğu deri altı yağ dokusunun septalarında enflamasyon tanımlanmıştır. Histopatolojik olarak erken dönemde prolifere kapiller damarların etrafında nötrofil infiltrasyonu sonucu septal kalınlaşma gelişir[2]. Ayrıca hemoraji ve küçük damar enflamasyonu da eşlik edebilir fakat vaskülitle ilişkisi yoktur. Tanı klinik olarak konulur, biyopsi nadiren gereklidir. Bacakta lezyon olmaksızın üst ekstremite ve kalçada görülmesi, iyileşmenin 6 haftadan uzun sürmesi ve ülsere olması du-

rumlarında ayırıcı tanı için biyopsi endikasyonu vardır. Olgularımızda lezyonlar alt ekstremitede yaygın olarak görülmekteydi, birinci olguda lezyonların solup kaybolması 4 hafta, ikinci olguda 1 hafta sürdü, biyopsi yapılmadı, tanı klinik olarak konuldu.

Tüberküloz, ülkemiz gibi gelişmekte olan ülkelerde eritema nodosumun en sık nedenlerinden biridir. EN'la başvuran hastalarda altta yatan bir mikobakteri enfeksiyonu olabileceği mutlaka hatırlanmalı ve tüberküloz dışlanmalıdır. Ülkemizde 1994-2001 yılları arasında EN'lu erişkinlerde yapılan bir çalışmada en sık etyolojik neden olarak tüberküloz [%20] saptanmıştır [7]. Tüberküloza sekonder EN gelişimi sadece primer tüberküloza özgü klinik bir bulgudur. Görülme zamanı ise tüberküloz basiliyle ilk karşılaşmadan 4-8 hafta sonra tüberkülin cilt testinin pozitifleştiği döneme rastlamaktadır [5,7]. Tüberkülin cilt testinin risk faktörü olmayan hastalarda 15 mm ve üzerinde olması anlamlıdır. Eritema nodosumla başvuran olgularda, PPD pozitif gelirse enfeksiyon odağı bulunamasa da antitüberküloz tedaviye başlanabilir. Sonuç olarak ülkemiz gibi gelişmekte olan ülkerlerde EN'la başvuran hastalarda solunum sistemi yakınması veya sistemik hastalık bulgusu olmasa dahi tüberküloz mutlaka akla gelmeli, hastalar bu açıdan tetkik edilmelidir.

Çıkar Çakışması ve Finansman Beyanı

Bu çalışmada çıkar çakışması ve finansman destek alındığı beyan edilmemiştir.

Kaynaklar

1. Cengiz AB, Kara A, Kanra G, Seçmeer G, Ceyhan M. Erythema nodosum in childhood: Evaluation of ten patients.Turk J Pediatr 2006;48(1):38-42.
2. Soderstrom RM, Krull EA. Erythema nodosum. A review. Cutis 1978;21(6):806-10.
3. Çelebi S, Hacımustafaoğlu M, Yüceer MB, Aygün FD, Yenigül C. Çocuklarda eritema nodozum. J Pediatr Inf 2011;5(4):136-40.
4. Mert A, Ozaras R, Tabak F, Pekmezci S, Demirkesen C, Ozturk, R. Erythema nodosum: An experience of 10 years. Scandinavian Journal of Infectious Diseases. 2004;36(6-7):424–7.
5. Mert A, Ozaras R, Tabak F, Ozturk R. Primary tuberculosis cases presenting with erythema nodosum. J Dermatol. 2004;31(1):66-8.
6. Garty BZ, Poznanski O. Erythema nodosum in Israeli children. IMAJ 2000;2(2):145-6.
7. Mert A. Eritema nodosum: 9 yıllık deneyim. Cerrahpaşa J Med 2002;3(1-3):47-59.

How to cite this article:
Kul Ö, Aygün D, Tarçın G, Nepesov S, Camcıoğlu Y. Erythema nodosum and Mycobacterium Tuberculosis. J Clin Anal Med 2015;6(suppl 4): 557-9.