

Bulaş yolu Tespit Edilemeyen Bir Lenfograduloma Venereum (LGV) Olgusu

Özgül Çoban Balık*, Cihangir Aliğaoğlu*, Zeki Çabuk**

* Erzurum Numune Hastanesi, Dermatoloji Kliniği

** Erzurum Numune Hastanesi, Üroloji Kliniği

Özet

Lenfograduloma venereum Chlamydia trachomatis'in neden olduğu cinsel yolla bulaşan ve nadir olarak görülen bir hastalıktır. Bu yazıda bilateral çok sayıda inguinal lenfadenopati ve ülserasyon gösteren, bulaş yolu tesbit edilemeyen bir lenfograduloma venereum olgusu sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Lenfograduloma venereum

Balık ÖÇ, Aliğaoğlu C, Çabuk Z. Bulaş yolu tespit edilemeyen bir lenfograduloma venereum (LGV) olgusu. TÜRKDERM 2004; 38: 216-217.

Summary

Lymphogranuloma venereum is a rare form of the sexually transmitted disease caused by Chlamydia trachomatis. In this manuscript a case of lymphogranuloma venereum with unknown transmission site is presented.

Key Words: Lymphogranuloma venereum

Balık ÖÇ, Aliğaoğlu C, Çabuk Z. A case of lymphogranuloma venereum with unknown transmission site. TÜRKDERM 2004; 38: 216-217.

Zorunlu hücre içi üreme gösteren "Chlamydia trachomatis" in L1, L2, L3 serotiplerinin yol açtığı lenfograduloma venereum hastalığı (LGV) nadir görülen, cinsel yolla geçiş gösteren bir hastalıktır¹⁻⁴. Hastalığın ikinci döneminde bilateral olarak Poupart bağının üstünde ve altındaki lenf nodlarının büyümesi sonucu oluşan Groove belirtisi LGV için patognomoniktir¹⁻⁴. Tedavisi geciken nodüller drene olarak açılırlar¹⁻⁴. Hastalık genital sıvılardan direkt inokulasyonla bulaşmasına rağmen geçiş tam olarak bilinmemektedir^{3,5}.

Olgu

Yirmidört yaşında erkek hasta genital bölgesinde çok sayıda şişlik ve yaralar nedeniyle polikliniğimize başvurdu. Şikayetlerinin üç hafta önce hafif yüzeysel kızarıklık ve sivilceler şeklinde başladığı sonradan giderek derinleşip ve büyüdüğü, birkaç kez çeşitli ilaçlar kullanmasına rağmen şikayetleri giderek arttığı öğrenildi. İyice sorgulan-

masına rağmen herhangi bir seksüel ilişki olmadığı anlaşıldı. Daha önce saptanmış genital bir hastalık öyküsü yoktu.

Hastanın dermatolojik muayenesinde her iki inguinal bölgede yaklaşık 1 X 2 cm , 1 x 1,5 cm çaplarında etrafı mor renkli 2 adet ülser lezyon ve bilateral deriye yapışık fluktuasyon veren çok sayıda LAP saptandı. Poupart bağının üzeri ve altındaki büyümüş lenf nodları oluk meydana getirmişti. (Groove belirtisi). Yer yer etrafta papulopüstüler lezyonlar saptandı (Şekil 1,2). Hasta üretral akıntı tarif etmiyordu.

Ülsere lezyonlardan alınan materyalin Giemsa boyama ile yaymasında bir patoloji saptanmadı. Cilt biyopsisinde fibrin eksudasyonu polimorfonukleer lökosit infiltrasyonu saptandı. Sedimentasyon 75 mm/saat idi. VDRL, TPHA, HIV testleri negatif idi. Serolojik incelemede mikroiimmunofloresan teknikte IgG antikor titresi 1,36 bulundu.

Alındığı Tarih: 03.03.2003 **Kabul Tarihi:** 11.06.2003

Yazışma Adresi: Dr. Özgül Çoban Balık, Aşağı Mumcu Cad. Katkat Apt. Kat: 3 Erzurum, Tel: 0442 235 51 20



Şekil 1: İki adet etrafta mor renkli ülsere lezyon ve bilateral çok sayıda LAP ve etrafta tek tek püstüller.

Hastaya 4 hafta boyunca günde 200 mg doksisisiklin verildi. Beraberinde lokal yara bakımı yapıldı. 5 hafta sonra ülser alanlarında hafif skar dışında bulgu yoktu. 3 ay sonra tekrarlanan sifiliz serolojik testleri de negatif bulundu.

Tartışma

LGV'un klinik ve histopatolojik bulguları spesifik olmamakla beraber teşhisin en rahat konabildiği muhtemelen ikinci dönemdir. 3-30 günlük inkubasyon periyodunu takiben gelişen belli belirsiz ülser birkaç günde semptomsuz olarak iyileşir¹⁻³. Bu nedenle çoğu hasta birinci dönem bulgularını hatırlayamaz. Daha karakterize semptomların olduğu ikinci dönemde genellikle bilateral inguinal lenf nodları şişerek Groove belirtisini oluşturur. Bu LGV için patognomoniktir¹⁻³. Nodüller alttan mobil üstten deriye yapışkır. Zamanla mavi kırmızı renk alan nodüller fluktuasyon vermeye başlar ve sonra açılarak drene olur.

Tanıda alınan biopsi örnekleri nonspesifik bulgular sunar³. Direkt yaymada her zaman inklüzyon cisimleri gösterilemez³. Kompleman fiksasyon testleri çok güvenilir sonuçlar vermez². Kültür güvenilir ancak zorluklarından dolayı pek tercih edilen bir metod değildir¹⁻³. Frei testi sadece tarihi bir öneme sahiptir¹⁻³. Direkt immünfloresan ve immünperoksidaz yöntemi ile doku biyopsisinde makrofajlar içinde klamidya antijeni saptanabilir¹⁻³. Elisa metodu ise çok avantajlı testler değildir.

Artık kompleman fiksasyon testine oranla daha sensitif ve spesifik olan mikroiimmunfloresan testi tercih edilmektedir². Mikroiimmunfloresan testi serolojik bir test olarak güvenilir kabul edilebilir¹⁻³. IgM antikor po-



Şekil 2: Zemini pürülan ülsere lezyonun yakın görünüşü.

zitifliği klamidya türleri arasındaki çapraz reaksiyonlarda sıkır³. Oldukça sensitif ve spesifik olan bu testte IgG çapraz reaksiyon daha azdır ve 1,2'nin üstündeki titreler LGV tanısını büyük ölçüde destekler². Bizim hastamızda IgG titresi 1,36 bulunmuştur.

LGV olgularının çoğu semptom vermeksizin iyileşir ve yıllar sonra anogenital sendrom ve esthiomen gibi üçüncü dönem belirtileri ile ortaya çıkabilir^{3,5}. Ancak ikinci dönem bulguları ile erken tanı koymak mümkündür ve bizim hastamızda da tipik LGV ikinci dönem bulguları mevcuttu. Bu bulgulara ilaveten serolojik sonuçlar ve hastanın doksisisikline mükemmel cevabı tanımızı doğrulamaktadır. Ancak anamnezde bulaş yolunun tesbit edilememesi dikkat çekiciydi. Seksüel geçiş gösterdiği çok iyi bilinen LGV olgularının zaman zaman nonseksüel geçiş gösterebildiğini vurgulayarak az görülen LGV'un kliniğini yeniden hatırlatmayı uygun bulduk.

Kaynaklar

1. Serdaroğlu S, Baransü O, Erözenci A: Veneryen hastalıklar. Dermatoloji. Ed.Tüzün Y, Kotağyan A, Aydemir EH, Baransu O. 2.Baskı. İstanbul, Nobel Kitabevi, 1994;144-146.
2. Webster SB: Nontreponemal sexually transmissible diseases. Dermatology. Ed. Moschella SL, Hurly HJ. 3rd edition. Philadelphia, WB Saunders Co,1992;994-996.
3. Rothenberg RB: Lymphogranuloma Venereum. Dermatology In General Medicine. Ed. Freedberg IM, Eisen AZ, Wolff K, Austen KF, Goldsmith LA, Katz SI, Fitzpatrick TB. 5th edition. Newyork, McgrawHill, 1999;2592-2594.
4. Aggarwal K, Jain VK, Gupta S: Bilateral groove sign with penoscrotal elephantiasis. Sex Transm Infect 2002;78:458.
5. Serdaroğlu S, Oğuz O, Türkoğlu S, Yılmaz G: Perianal Vegetan Lezyonlu Lenfogranüloma Venereum Olgusu. Türkderm 1998;2:138-139.